



# Prosessledelse og standardiserte pasientforløp

*En kvalitativ casestudie av to norske sykehus*

**Ole Kristian Hermansen og Espen Gilhuus Salthaug**

**Veileder: Førsteamanuensis Jon Iden**

Masterutredning i Strategi og Ledelse

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Dette selvstendige arbeidet er gjennomført som ledd i masterstudiet i økonomi- og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at Høyskolen eller sensorer innestår for de metoder som er anvendt, resultater som er fremkommet eller konklusjoner som er trukket i arbeidet.



## Forord

Denne masterutredningen er utført ved Institutt for strategi og ledelse ved Norges Handelshøyskole, som en del av masterstudiet i Økonomi og administrasjon.

Utredningen omhandler arbeid med standardiserte pasientforløp ved norske sykehus og er drøftet i lys av fagfeltet prosessledelse. Arbeidet har gitt oss verdifull innsikt i den spennende helsesektoren og dens kompleksitet. Vi håper begge at vi på et senere tidspunkt vil få muligheten til å jobbe med prosessledelse ved norske sykehus.

Utredning er basert på intervjuer med personer som jobber i eller med utformingen av standardiserte pasientforløp på to norske sykehus, samt to informanter med sentral kunnskap om temaet. I den forbindelse ønsker vi å takke intervjuobjektene for at de tok seg tid til å bli intervjuet, og for at de delte sine tanker og kunnskaper om temaet. Spesielt vil vi takke våre kontaktpersoner på sykehusene som organiserte og la til rette for intervjuene. Dere har vært til stor hjelp.

Til slutt ønsker vi å rette en stor takk til vår veileder, førsteamanuensis Jon Iden, for god tilrettelegging, fyldige tilbakemeldinger og konstruktive ideer underveis i prosessen. Ditt engasjement har overgått det vi forventet av en veileder.

Vi ønsker deg god lesing.

Bergen, 17/6-2014

---

Espen Gilhuus Salthaug

---

Ole Kristian Hermansen

## Sammendrag

Denne masterutredningen har hatt til hensikt å undersøke hvordan norske sykehus praktiserer prosessledelse i forbindelse med standardiserte pasientforløp, forklare hvorfor de jobber på den måten de gjør og belyse hvilke gevinster ulike tilnærminger til arbeidet med standardiserte pasientforløp gir. Vi har basert oss på ti dybdeintervjuer med personer som jobber i, eller med utforming av, standardiserte pasientforløp ved to norske sykehus, samt dybdeintervjuer med to personer som innehar mye kunnskap om standardiserte pasientforløp og helsesektoren generelt. Gjennom studien har vi undersøkt motivasjon og bakgrunn for arbeidet med standardiserte pasientforløp, hvordan sykehusene legger til rette for arbeidet, hvordan man gjennomfører prosjekter for å utarbeide standardiserte pasientforløp, hvordan de standardiserte pasientforløpene forvaltes og hvilke effektene som sykehusene hittil har sett etter innføringen av standardiserte pasientforløp.

Analysen har avdekket at det er store forskjeller på hvor godt arbeidet med standardiserte pasientforløp er forankret hos ledelsen og hvor mye ressurser som settes av til arbeidet. Sykehuset Østfold tilnærmer seg arbeidet med standardiserte pasientforløp gjennom prosessledelse og ledelsen har avsatt ressurser til aktivt å bygge prosessledelseskapasitet. De har en klar metodikk for prosjekter for utvikling av standardisert pasientforløp og støtte fra prosessveiledere til å gjennomføre dem. Ved Helse Stavanger mangler arbeidet med standardiserte pasientforløp ledelsesforankring, det er ikke et klart system for arbeidet og ansvaret for gjennomføring er delegert nedover i systemet. Metodikken for gjennomføring av prosjekter for standardiserte pasientforløp er uklar, men de får likevel gjennomført enkeltprosjekter som de føler gir gode resultater. Dette er sannsynligvis et resultat av engasjerte enkeltpersoner, ikke et system som tilrettelegger for suksess. Derfor vil det være vanskelig for Helse Stavanger å lykkes på lengre sikt med dagens tilnærming til arbeidet.

Forskning viser at standardiserte pasientforløp har effekter, og da særlig på kvalitet i pasientbehandlingen. Vi mener at å systematisk bygge prosessledelseskapasitet er en god tilnærming til arbeidet med standardiserte pasientforløp. Høy prosessledelseskapasitet legger til rette for suksess i arbeidet med standardiserte pasientforløp. En fellesnevner for å komme i gang vil uansett være at arbeidet med standardiserte pasientforløp må ha forankring i ledelsen, og at det settes av tid og ressurser til arbeidet.

---

# Innholdsfortegnelse

## Innhold

|   |           |
|---|-----------|
| <b>FORORD</b> .....   | <b>3</b>  |
| <b>SAMMENDRAG</b> .....                                       | <b>4</b>  |
| <b>INNHALDSFORTEGNELSE</b> .....                              | <b>5</b>  |
| <b>TABELL- OG FIGURLISTE</b> .....                            | <b>8</b>  |
| <b>1. INNLEDNING</b> .....                                    | <b>10</b> |
| 1.1 AKTUALISERING.....  | 10        |
| 1.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL.....                                   | 11        |
| <b>2. TEORETISK FUNDAMENT</b> .....                           | <b>13</b> |
| 2.1 ORGANISERING OG STYRING AV HELSEVESENET .....             | 13        |
| 2.1.1 <i>New Public Management</i> .....                      | 13        |
| 2.1.2 <i>Oppdrag og reformer</i> .....                        | 14        |
| 2.1.3 <i>Medisinske og faglige aspekter</i> .....             | 15        |
| 2.1.4 <i>Organisering av spesialhelsetjenesten</i> .....      | 15        |
| 2.2 PROSESSLEDELSE .....                                      | 16        |
| 2.2.1 <i>Hva er en prosess?</i> .....                         | 16        |
| 2.2.2 <i>Prosesorienteringes utvikling</i> .....              | 17        |
| 2.2.3 <i>Prosessledelse</i> .....                             | 20        |
| 2.2.4 <i>Prosessmodenhet</i> .....                            | 21        |
| 2.2.5 <i>Prosessledelseskapasitet</i> .....                   | 22        |
| 2.3 STANDARDISERTE PASIENTFORLØP .....                        | 24        |
| 2.3.1 <i>Utbredelse av standardiserte pasientforløp</i> ..... | 27        |
| 2.3.2 <i>Metodikk</i> .....                                   | 27        |
| 2.3.3 <i>Litteraturgjennomgang</i> .....                      | 31        |

---

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| 2.4       | OPPSUMMERING AV TEORETISK FUNDAMENT .....        | 36        |
| <b>3.</b> | <b>METODE .....</b>                              | <b>37</b> |
| 3.1       | STUDIENS FORMÅL .....                            | 37        |
| 3.2       | FORSKNINGSDESIGN .....                           | 37        |
| 3.2.1     | <i>Innsamlingsmetode</i> .....                   | 38        |
| 3.2.2     | <i>Utvalg av studien</i> .....                   | 38        |
| 3.2.3     | <i>Intervjuer</i> .....                          | 39        |
| 3.2.4     | <i>Analyse av data</i> .....                     | 41        |
| 3.3       | EVALUERING AV METODE.....                        | 42        |
| 3.3.1     | <i>Troverdighet</i> .....                        | 42        |
| 3.3.2     | <i>Overførbarhet</i> .....                       | 43        |
| 3.3.3     | <i>Bekreftbarhet</i> .....                       | 43        |
| <b>4.</b> | <b>PRESENTASJON AV FUNN .....</b>                | <b>45</b> |
| 4.1       | FUNN FRA SYKEHUSET ØSTFOLD .....                 | 45        |
| 4.1.1     | <i>Motivasjon og bakgrunn for arbeidet</i> ..... | 45        |
| 4.1.2     | <i>Organisasjonsspesifikke forhold</i> .....     | 47        |
| 4.1.3     | <i>Prosess-spesifikke forhold</i> .....          | 51        |
| 4.1.4     | <i>Effekter</i> .....                            | 57        |
| 4.1.5     | <i>Planen fremover</i> .....                     | 58        |
| 4.2       | FUNN FRA HELSE STAVANGER .....                   | 58        |
| 4.2.1     | <i>Motivasjon og bakgrunn for arbeidet</i> ..... | 59        |
| 4.2.2     | <i>Organisasjonsspesifikke forhold</i> .....     | 62        |
| 4.2.3     | <i>Prosess-spesifikke forhold</i> .....          | 64        |
| 4.2.4     | <i>Effekter</i> .....                            | 70        |

---

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| 4.2.5     | <i>Planen fremover</i> .....                 | 71        |
| 4.3       | SAMMENDRAG OG OPPSUMMERING AV FUNN .....     | 72        |
| <b>5.</b> | <b>DRØFTELSE</b> .....                       | <b>74</b> |
| 5.1       | HELSEFORETAKENE PRIORITERER ULIKT .....      | 74        |
| 5.2       | GJENNOMFØRING AV PROSJEKT.....               | 76        |
| 5.3       | PROSESSEIERS ROLLE .....                     | 77        |
| 5.4       | MAKT OG AUTONOMI HOS LEGENE .....            | 78        |
| 5.5       | KONSEKVENSER FOR ANDRE DIAGNOSEGRUPPER ..... | 78        |
| 5.6       | VEIEN VIDERE .....                           | 80        |
| <b>6.</b> | <b>KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER</b> .....     | <b>81</b> |
| 6.1       | KONKLUSJON .....                             | 81        |
| 6.2       | IMPLIKASJONER.....                           | 82        |
| 6.2.1     | <i>Implikasjoner for sykehus</i> .....       | 83        |
| 6.2.2     | <i>Implikasjoner for forskning</i> .....     | 83        |
| <b>7.</b> | <b>LITTERATURLISTE</b> .....                 | <b>85</b> |
| <b>8.</b> | <b>VEDLEGG</b> .....                         | <b>91</b> |

## Tabell- og figurliste

### *Tabell-liste*

|   |    |
|---|----|
| Tabell 1: Oversikt over faser i metodikker for utarbeidelse av standardiserte pasientforløp         | 30 |
| Tabell 2: Oversikt over intervjuobjekter .....  | 39 |
| Tabell 3: Oppsummering av motivasjon og bakgrunn for arbeidet i Sykehuset Østfold.....              | 47 |
| Tabell 4: Oppsummering av organisasjonsspesifikke forhold i Sykehuset Østfold.....                  | 51 |
| Tabell 5: Oppsummering av prosess-spesifikke forhold i Sykehuset Østfold .....                      | 57 |
| Tabell 6: Oppsummering av effekter i Sykehuset Østfold.....   | 58 |
| Tabell 7: Oppsummering av planen fremover med standardiserte pasientforløp i Sykehuset Østfold..... | 58 |
| Tabell 8: Oppsummering av motivasjon og bakgrunn for arbeidet i Helse Stavanger .....               | 62 |
| Tabell 9: Oppsummering av organisasjonsspesifikke forhold i Helse Stavanger .....                   | 63 |
| Tabell 10: Oppsummering av prosess-spesifikke forhold i Helse Stavanger.....                        | 70 |
| Tabell 11: Oppsummering av effekter i Helse Stavanger .....   | 71 |
| Tabell 12: Oppsummering av planen fremover med standardiserte pasientforløp i Helse Stavanger.....  | 72 |
| Tabell 13: Prosessledelseskapasitet i Sykehuset Østfold og Helse Stavanger .....                    | 72 |



---

## *Figurliste*

|   |    |
|---|----|
| Figur 1: En oversikt over utviklingen av prosessorientering (Harmon, 2010).....                               | 18 |
| Figur 2: Modell for prosessmodenhet (Iden, 2013).....   | 21 |
| Figur 3: Modell for prosessledelseskapasitet (Iden, 2013).....  | 22 |
| Figur 4: Sammenhengen mellom Prosessledelseskapasitet og velfungerende prosesser og bedrift (Iden, 2013)..... | 24 |
| Figur 5: Standardisert pasientforløp, basert på modell fra Sykehuset Østfold. (Grimsmo, 2012).....            | 25 |
| Figur 6: 7-phaseses (Kris Vanhaecht et al., 2012) .....   | 28 |
| Figur 7: Gruppering av resultater fra studier .....   | 31 |

# 1. Innledning

## 1.1 Aktualisering

Det forventes mye når en tredjedel av statsbudsjettet settes av til helseforetakene (Finansdepartementet, 2014). Norsk helsevesen kritiseres stadig for lav effektivitet, lange køer og manglende pasientfokus. Til tross for kritikken og det negative fokuset på det norske helsevesenet har det aldri før blitt behandlet så mange pasienter, og pasienter med så avanserte diagnoser, som i dag (Statistisk Sentralbyrå, 2013). Flere kritiske diagnoser har korte til ingen ventelister, og mange får rask behandling. Slik helsevesenet i Norge er organisert, med aktivitetsbasert finansiering, har sykehusene insentiver for å ha et høyt aktivitetsnivå, med effektiv bruk av ressurser. Fra januar 2014 baserer en liten andel av finansieringen av helsevesenet seg også på kvalitet i behandlingen som gis. Man ønsker med dette at helseforetakene skal tilpasse seg for å oppnå både høy kvalitet og høy effektivitet i behandlingen. Som et ledd i kvalitetsbasert finansiering er det satt flere kvalitetskrav til en rekke diagnoser. For eksempel er det for kreftdiagnoser satt ett krav om 20 dagers frist fra pasienten er henvist til spesialist, til behandling er påbegynt. (helsenorge.no, 2013)

En utfordring innen medisinfaget er at fagområder blir mer kompliserte og spesialiserte. Det gjør at det ofte kreves flere spesialister for å gjennomføre behandling av en pasient. Jo flere personer som involveres i behandlingen, dess mer komplisert blir organiseringen, og det er en fare for at pasienten opplever behandlingen som fragmentert. At styring av sykehus er utfordrende er ikke noe nytt, men kompleksiteten øker stadig.

*“I have long suspected that running even the most complicated corporation must almost be child's play compared to trying to manage almost any hospital. The pressures are enormous“* Henry Mintzberg (1997) referert i Grund (2000)

Når man har en slik spesialisering må man se etter nye måter å organisere arbeidet på, for å oppnå ønsket kvalitet og effektivitet. Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge har de satset på Lean for å bedre kvaliteten og effektiviteten ved sykehuset. Det nye sykehuset i Østfold vil bli organisert etter prosesser, og gjennomfører i disse dager flere prosjekter for å utarbeide standardiserte pasientforløp, slik at de er klare når man flytter inn i det nye sykehuset på Kalnes i 2015. Sykehuset Østfold og Universitetssykehuset i Nord-Norge er ikke alene om å gjøre kvalitetstiltak. Lean-prinsipper er på vei inn i de fleste norske sykehus,

---

og alle de regionale helseforetakene gjennomfører i større eller mindre grad tiltak for å bedre kvaliteten ved sykehusene (Grøndalen, 2013).

Standardiserte pasientforløp er ett av tiltakene som i flere eksperimenter har vist seg å gi gode effekter, både på kvalitet og effektivitet. (Panella, Marchisio, & Di Stanislao, 2003). Et standardisert pasientforløp er en koordinert tverrfaglig behandlingsprosess med et avklart start- og endepunkt for en definert pasientgruppe, som er dokumentert og bygger på beste praksis og faglig evidens (Helse Vest, 2012). St. Olavs Hospital i Trondheim har hatt gode erfaringer med standardisert pasientforløp for hofteoperasjoner (Riksrevisjonen, 2013b). Pasientene får behandling i samsvar med beste medisinske praksis, opplever lite venting og er raskt på beina etter operasjon. Fagfolkene opplever en mer faglig spennende arbeidsdag, mindre venting på andre og mer tilfredse pasienter. Sykehuset når sine mål for kvalitet, pasienttilfredshet og økonomi. Summen av dette gir mer helse for hver krone, og innbyggere som er raskt tilbake i aktivitet (Høie, 2014).

Alle de regionale helseforetakene har prosjekter som omhandler standardiserte pasientforløp, og flesteparten av de lokale helseforetakene skriver om dette på sine nettsider. Til tross for at alle gir uttrykk for å jobbe med standardiserte pasientforløp, er det store forskjeller i målinger på liggetid og reinnleggelser når man sammenlikner like diagnosegrupper ved forskjellige sykehus (Riksrevisjonen, 2013a). Det kan være flere grunner til at man får forskjellige utfall. For eksempel kan diagnosegruppen være lavt prioritert ett sted, eller ha et forløp som ikke er standardisert. Årsaken til dette kan også være at det er store forskjeller i hvordan sykehusene arbeider med standardiserte pasientforløp.

## 1.2 Forskningsspørsmål

Vi har ikke funnet forskning på hvordan det jobbes med standardiserte pasientforløp i norske sykehus, men vi har funnet at både Sykehuset Østfold og Helse Vest har egen metodikk for utvikling av standardiserte pasientforløp. Forskingen vi har funnet har fokusert på testing av enkeltstående standardiserte pasientforløp. Vi har ikke funnet forskning som ser på forvaltning og styring av flere pasientforløp. Hensikten med vår studie er å undersøke hvordan norske sykehus praktiserer prosessledelse i forbindelse med standardiserte pasientforløp, forklare hvorfor de jobber på den måten de gjør og belyse hvilke gevinster ulike tilnærminger til arbeidet med standardiserte pasientforløp gir.

På bakgrunn av dette har vi utarbeidet følgende forskningsspørsmål:

*Hvordan arbeides det med standardiserte pasientforløp i norske sykehus?*

Dette er en vid problemstilling. Vi har derfor valgt å dele forskningsspørsmålet inn i fem underliggende spørsmål.

*Hva er motivasjon og bakgrunn for arbeidet med standardiserte pasientforløp?*

*Hvordan legger sykehusene til rette for arbeidet med standardiserte pasientforløp?*

*Hvordan gjennomføres prosjekter for utvikling av standardiserte pasientforløp?*

*Hvordan forvaltes de standardiserte pasientforløpene?*

*Hvilke effekter har man hittil sett etter implementering av standardiserte pasientforløp?*

Forskningsspørsmålet vil vi besvare gjennom dybdeintervjuer med personer involvert i arbeidet med standardiserte pasientforløp på både flere nivåer i to norske sykehus. I tillegg vil vi benytte informasjon om standardiserte pasientforløp som ligger tilgjengelig på helseforetakenes nettsider.

Videre følger et teoretisk fundament som forklarer hvordan helsevesenet er organisert og styrt, samt presenterer relevant teori knyttet til standardiserte pasientforløp og prosessledelse. Deretter følger en redegjørelse for våre metodiske valg. Funn vil bli presentert i kapittel fire, og interessante funn vil bli drøftet i kapittel fem. Avslutningsvis vil vi trekke konklusjoner i forhold til problemstillingen, og reflektere over implikasjoner for sykehusene og for videre forskning.

## 2. Teoretisk Fundament

Innledningsvis i dette kapittelet vil vi gi en innføring i hvordan helsevesenet i Norge er organisert og styrt. Deretter presenteres teori fra prosessledelse. Prosessledelse er inkludert fordi standardiserte pasientforløp er behandlingsprosesser i helsevesenet, og teori om prosessledelse er med på å belyse hvordan man kan arbeide med prosesser. I den forbindelse har vi særlig fokusert på prosessledelseskapasitet. Til sist presenterer vi standardiserte pasientforløp, med tilhørende metodikk for kartlegging og utvikling, og en litteraturgjennomgang som presenterer effekter ved bruk av standardiserte pasientforløp.

### 2.1 Organisering og styring av helsevesenet

Helseforetakene er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Målene som fastsettes av departementet legger således føringer for arbeidet som gjøres i sykehusene. Ledelsen i det enkelte sykehus må håndtere forventninger fra både pasienter og medarbeidere, og samtidig forholde seg til politiske og økonomiske rammer (Grund, 2000). Kvalitetsmål og aktivitetsmål fra politisk hold, og en mer fragmentert helsetjeneste, underbygger bruk av standardiserte pasientforløp.

#### 2.1.1 New Public Management

I utgangspunktet er det et tydelig skille mellom privat og offentlig sektor. Privat sektor reguleres av markedet, mens offentlig sektor reguleres av politikerne. Der privat sektor har profitt som overordnet mål, har offentlig sektor fem mål for tjenestene som leveres. Disse er kvalitet, effektivitet, reaksjonsevne og ansvarlighet, et likeverdig tilbud til alle og lavest mulig kostnader. Politikerne bestemmer hvordan finansiering tildeles, og den overordnede organiseringen av helsevesenet med tildeling av ansvar og myndighet. Dagens organisering av helsevesenet har elementer fra New Public Management og skaper et kvasi-marked der målet for hver enkelt tjenesteyter i helsetjenesten er å tjene penger. (Grund, 2000; Le Grand, 2007)

New Public Management er en modernisering av offentlig sektor ved bruk av prinsipper fra privat sektor. Et grunnprinsipp i New Public Management er at mer markedsorientering innenfor offentlig sektor vil lede til et mer kostnadseffektivt tilbud av offentlige goder (Hansen, 2013). Helse- og omsorgsdepartementet eier de regionale helseforetakene, og skal

gi dem rammebetingelser som stimulerer til å sette pasienten i sentrum, samt å utnytte personell, teknologi og bygningsmasse effektivt.

Modellen sykehusene styres etter introduserer valg og konkurranse, kombinert med mål- og resultatstyring og stykkprisfinansiering for å skape mekanismer som likner på det man finner i et marked. Dette finner vi igjen som innsatsstyrt finansiering, fritt sykehusvalg, og at sykehusene er organisert i egne selskaper. På denne måten vrir man sykehusenes mål fra å levere en god tjeneste på en effektiv måte til å tjene penger. Sykehusene vil tilpasse seg med økt aktivitetsnivå fordi finansiering tildeles på grunnlag av antall behandlinger. I tillegg til å behandle pasienter må sykehusene nå arbeide med mål- og strategiutvikling, logistikk og infrastruktur, økonomistyring, organisering, og utvikling av sine ansatte og sine prosesser. På operasjonelt plan visker New Public Management ut skillet mellom offentlig og privat sektor. (Grund, 2000)

Hood (1995) har beskrevet omstillinger og reformer som ligger under New Public Management med følgende karakteristika.

1. *desentralisering i egne enheter der hver enhet er et eget kostnadssenter*
2. *økt konkurranse innad og ut mot privat sektor*
3. *bruk av styringsmekanismer fra privat sektor*
4. *fokus på disiplin og forsiktig ressursbruk*
5. *involvert toppledelse*
6. *prestasjonsmåling for offentlig tjenesteproduksjon*
7. *styring basert på resultatmål* (Hood, 1995)

Gjennom dagens organisering har man fått en klar bestiller-leverandørinndeling og tydeligere styrings- og lederansvar. Ordningen skal gi sykehusene insentiver til å tilpasse tjenesteproduksjonen i takt med den medisinske utviklingen og pasientens behov. Korte beslutningsveier og mer ansvar gjør det lettere for sykehusene å tilpasse seg endringer i ytre og indre rammebetingelser. (Grund, 2000)

### **2.1.2 Oppdrag og reformer**

Rammebetingelser og styringssignaler for norske sykehus presenteres gjennom reformer, nasjonale strategier og oppdragsdokumenter. Disse konkretiserer mål og styrer tildeling av midler til de regionale helseforetakene. I dag er det Samhandlingsreformen, God kvalitet

---

trygge tjenester, og Nasjonal helse- og omsorgsplan som gjelder. Gjennom Nasjonal helse- og omsorgsplan legger regjeringen kurs for helse og omsorgstjenesten og folkehelsearbeidet de neste fire årene. Dagens plan gjelder frem til 2015 og foreslår reformer og tiltak som skal gjennomføres i perioden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012. Målet er å skape bedre samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialhelsetjenesten og sørge for at pasienter får behandling på rett nivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). God kvalitet trygge tjenester er innført for å skape en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste, øke pasientsikkerheten og intensivere arbeid med systematisk kvalitetsforbedring. Som et ledd i dette er det innført en forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering og et nasjonalt program for pasientsikkerhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). I tillegg legger strategier fra Helse- og omsorgsdepartementet føringer for utvikling av helsetjenesten.

### **2.1.3 Medisinske og faglige aspekter**

Det pågår kontinuerlig en rivende medisinskfaglig utvikling. Den medisinske utviklingen gjør at sykehusene kan behandle stadig flere sykdommer, og gjøre kompliserte inngrep som tidligere ikke var mulig. Endrede behandlingsmetoder, som kikkhullsoperasjon, gjør inngrep mer skånsomt for pasienten og gir kortere restitusjonstid. Men for legen er en slik operasjon mer krevende. Den medisinske utviklingen gjør fagområdene smale og dype. En lege gjennomfører ikke lenger behandlingene alene, men et team av leger med forskjellige spesialiteter må jobbe sammen. (Sosial- og Helsedepartementet, 1998)

Den økte medisinske utviklingen har ført til at man kan sentralisere en del behandlinger, og desentralisere andre. Enkelte diagnosegrupper er så små at man må sentralisere behandlingen for å få et godt nok pasientgrunnlag. Andre er så avanserte at man kun har ett fagmiljø for det i Norge. En annen effekt av den medisinske utviklingen er at diagnostisering og behandling av tilstander som tidligere kun var mulig ved regionssykehus, nå er mulig på sentralsykehus og enkelte lokalsykehus. Dette gir muligheter for desentralisering. (Sosial- og Helsedepartementet, 1998)

### **2.1.4 Organisering av spesialhelsetjenesten**

Spesialhelsetjenesten i Norge er i dag organisert i fire regionale helseforetak. Disse er Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. De regionale helseforetakene er morselskap for underliggende lokale helseforetak. Helse Stavanger HF hører til Helse Vest,

mens Sykehuset Østfold hører til Helse Sør-Øst. Under hvert lokale helseforetak hører flere behandlingsinstitusjoner. Disse er organisert i sentral- og lokalsykehus, avhengig av operasjonene og behandlingene de kan utføre. Ulike sykehus har ulik funksjonsfordeling. Det vil si at ikke alle sykehus gjør akkurat det samme, men utfører forskjellig type behandlinger og operasjoner, med varierende vanskelighetsgrad og til ulike pasientgrupper (Helsedirektoratet, 2013). I hver region er det også et regionsykehus som tar seg av de mest avanserte behandlingene. Disse har også spesialoppgaver på nasjonalt nivå. Eksempelvis har Haukeland Universitetssjukehus landsdekkende funksjon for behandling av pasienter med store brannskader eller brannskader som krever spesiell ekspertise (Helse Bergen, 2010).

Organisering internt i sykehus domineres av organisering i klinikker og divisjoner. Klinikkene er gjerne spesialisert etter type sykdommer, organer eller behandlingsformer (Helse Bergen, 2014; Roksund, s.a.). Dette fører til at helsepersonellet i spesialhelsetjenesten blir gode på spesielle sykdommer, organer og behandlingsformer (Roksund, s.a.). Antall ledelsesnivåer varierer fra mellom tre og fem, der fire er det vanligste (Kjekshus & Bernstrøm, 2010). Sykehusarbeid er selvstendig arbeid, og leger og sykepleiere har stor frihet i arbeidet de gjør. Det er de som tar beslutninger og prioriterer hva som skal gjøres i forhold til behandling av hver pasient. Dette gir sykehusene et stort behov for å koordinere aktiviteter og tilbud, og få best mulig flyt mellom de ulike tilbudene (Grund, 2000).

## 2.2 Prosessledelse

Prosessledelse har vi trukket inn i det teoretiske fundamentet fordi standardiserte pasientforløp er prosesser i helsevesenet. Prosessledelse tilbyr et rammeverk for hvordan en bedrift kan lede sine prosesser, og å ha kjennskap til prosessledelse er relevant for å forstå hvordan sykehusene kan legge til rette for arbeid med standardiserte pasientforløp. Vi vil gå nærmere inn på den historiske utviklingen til prosesstankegang, presentere relevant teori innenfor prosessledelse og knytte dette opp mot standardiserte pasientforløp. Avslutningsvis presenteres prosessledelseskapasitet, som er relevant for hvordan vi har strukturert våre funn, og som grunnlag for drøfting.

### 2.2.1 Hva er en prosess?

En prosess er det arbeidet som gjøres når noe skal skapes eller endres. Prosessene går gjerne på tvers av de ulike avdelingene i bedriften. Hammer (2010) skriver at «*all work, is process*



---

*work*» og med det mente han at alt som utføres av arbeid kan sees på som prosesser. Det finnes flere definisjoner for ordet prosess, men vi har valgt å basere vår oppgave på definisjonen til Iden:

*«Det flere personer fra ulike enheter i organisasjonen til sammen utfører for å behandle en sak fra den oppstår til den er ferdigbehandlet og overlevert kunden, inklusiv de ressurser som benyttes og de regler som regulerer behandlingen, omtaler vi som en prosess.» (Iden, 2013)*

Arbeidet som sykehusene gjør med behandlingen av pasienter, som er en sentral på prosess på sykehusene, kan lett kobles opp mot denne definisjonen. Flere personer med ulik faglig bakgrunn og fra ulike avdeling jobber sammen i behandlingen av pasienter. Behandlingen starter når pasienten kommer inn på sykehuset og avsluttes når pasienten skrives ut. Behandlingen utføres i henhold til krav, regler og prosedyrer som er satt på forhånd og legger dessuten beslag på andre ressurser enn de ansatte. Eksempler kan være operasjonsutstyr, senger, mat og klær.

Prosessledelse kan sees på som det fagfeltet som søker å utnytte mulighetene som ligger i aktivt å styre selskapet med hensyn på de definerte prosessene. Det engelske uttrykket for prosessledelse er Business Process Management, som vi heretter vil referere til som BPM. Prosessledelse og BPM vil begge bli nevnt, avhengig av hvilke kilder vi refererer til, men innholdet i de to uttrykkene anser vi for å være det samme.

## **2.2.2 Prossessorienteringes utvikling**

Harmon (2010) ser på prossessorientering som sammensatt av tre faglige hovedtradisjoner: Bedriftsledelsestradisjonen, kvalitetstradisjonen og IT-tradisjonen. De tre tradisjonene har alle prosessfokus og sammen utgjør de opphavet til det Harmon anser for å være BPM. Vi ser det hensiktsmessig å gi en innføring i utviklingen av disse tradisjonene.



Figur 1: En oversikt over utviklingen av prosessorientering (Harmon, 2010)

### *Kvalitetstradisjonen*

Kvalitetstradisjonen kan spores tilbake til begynnelsen av det 20. århundre da man kan se tegn på at enkelte begynner å fokusere på prosesser. Frederick W. Taylor ga i 1911 ut boken «The Principles of Scientific Management», et verk som ble opphavet til Taylorisme eller vitenskapelig arbeidsdeling. Effektivisering, kvantifisering og måling av produksjon er vesentlige begreper i dette verket. 8 år tidligere hadde Henry Fords samlebåndsproduksjon blitt en suksess og det er rimelig å anta at Taylor har hentet mye inspirasjon derfra. (Harmon, 2010)

Kvalitetsfokuset fortsatte utover i det 20. århundre da det ble jobbet med å implementere Taylors ideer. I begynnelsen ble dette omtalt som «Work Simplification Movement». Med et stadig økende fokus på kvalitet blir isteden «Quality Movement» et begrep som betegner perioden. Perioden kjennetegnes av konferanser og andre former for kunnskapsdeling omkring kvalitetsarbeid. (Harmon, 2010)

Kvalitetsfokuset kommer for alvor på agendaen på 70- og 80-tallet da Vesten innså at de hang etter når det kom til å produsere kvalitet til lave kostnader. Asia, og da særlig Japan, var blitt den store eksportøren, mens USA og Europa i større grad begynte å importere. Amerikaneren William E. Deming hadde vært sentral i Japans suksessfulle gjenoppbygging av industrien etter andre verdenskrig og hadde blant annet bidratt til å innføre bruken av statistisk prosesskontroll. Ledelsens rolle i prosessdesignet er noe Deming la stor vekt på (Deming & ebrary Inc., 2000). Et selskap i Japan som har hatt særlig stor innflytelse på kvalitetstradisjonen er Toyota. Gjennom Toyota Production System har de fått mye internasjonal anerkjennelse. De fleste kjenner til begreper som Lean og Just-in-time som stammer fra Toyota. Total Quality Management (TQM) er også et begrep som stammer fra

japansk industri. TQM var den mest populære kvalitetstankegangen på 80-tallet. (Harmon, 2010)

På 80-tallet fikk Six Sigma sitt gjennombrudd. Metoden var utviklet av Motorola og kombinerte prosessanalyse med kvalitetskontrollteknikker. Lean fikk samtidig en stadig økende oppmerksomhet. I dag bruker mange Lean Six Sigma, som er en metode som kombinerer de to tankegangene. (Harmon, 2010)

Prosessmodenhet er også et begrep som tilhører kvalitetstankegangen. Capability Maturity Model, CMM, ble først utviklet for å kartlegge hvilke leverandører som kunne levere software til US Department of Defence til avtalt pris og innen avtalt tid. Modellen består av fem modenhetskategorier og et selskap som blir evaluert blir plassert i en av disse. (Harmon, 2010)

### *Bedriftsledelsestradisjonen*

Historisk har ikke ledere og administrativt ansatte vært skolert i en helhetlig tankegang omkring bedriftens virke. Finans, strategi, markedsføring og drift ble derfor ansett som separate disipliner (Harmon, 2010). I 1985 lanserer Porter sin verdikjedeteori. Porter argumenterer for at det er de verdiskapende prosessene i en bedrift som gir grunnlag for konkurransefortrinn. Porter hevder også at et selskaps verdikjeder henger sammen med kunder og leverandørers verdikjeder, og at dette også har innvirkning på bedriftens verdiskapning. (Porter, 1985)

Like etter, i 1990, utga Geary Rummler boken "Improving Performance: How to Manage the White Space on the Organization Chart". Boken beskriver ulike organisasjonsnivåer og hevder at redesign av prosesser er det viktigste for å forbedre selskapets resultater. Videre hevder Rummler at nøkkelen til å forbedre prosesser er å forbedre lederes og ansattes prestasjoner i jobben (Rummler, Brache, & Safari Tech Books Online., 1995).

### *IT-tradisjonen*

Den tredje tradisjonen omhandler bruken av datamaskiner og software for å automatisere prosesser. Fra slutten av 60-tallet har det vært en rask utvikling i teknologi og dette har bidratt til at arbeidet enten blir støttet av eller kan bli utført i sin helhet av teknologiske løsninger. Særlig innføringen av Internett har hatt stor påvirkning på måten man jobber på i dag. (Harmon, 2010)

På begynnelsen av 90-tallet ble Business Process Reengineering et populært begrep. BPR er beskrevet av blant annet Hammer. Han forklarer hvordan en bedrift må rekonstruere hele prosessen for at IT skal bli utnyttet fullt ut. En slik radikal forandring innebærer mye ny informasjon. Prosessmodelleringsverktøy ble derfor en viktig bidragsyter for å øke forståelsen til alle involverte. BPR var både omfattende og kontroversielt, og mange mente at man ikke burde rekonstruere hele bedriften hver gang man skulle forbedre seg. Et annet tiltak som hadde stor popularitet på slutten av 90-tallet var Enterprise Resources Planning. ERP er betegnelsen på programvarer som støtter opp under flere av bedriftens virksomhetsområder, som for eksempel innkjøp, lager og produksjon. Ved å se på kvaliteten i og samhandlingen mellom de ulike virksomhetsområdene ble inkrementell forbedring lettere. (Harmon, 2010)

BPM kombinerer de tre tradisjonene som er nevnt over, men det er viktig å påpeke at mange bedrifter fortsatt har fokus på kun en eller to av tradisjonene.

### **2.2.3 Prosessledelse**

De fleste bedrifter har et funksjonelt syn på seg selv. Når ansatte skal illustrere organisasjonenes oppbygning er det sannsynlig at avdelinger og rollehierarkier vil bli tegnet opp. Dette er ikke feil, men det er heller ikke den eneste måten å gjøre det på. Prosessledelse har fokus på prosessene i organisasjonen, for det er prosessene som skaper verdier. Disse prosessene går vanligvis på tvers av organisasjoners interne grenser.

Det er ulike oppfatninger og ulike tilnærminger om hva prosessledelse er. Det er ingen fasit i hvordan man skal bruke prosessledelse i de ulike organisasjonene. Det viktigste er at det er hensiktsmessig tilpasset organisasjonens behov. I vår oppgave har vi sett på prosessledelse med et bredt blikk. Studiens syn på prosessledelse kan forklares gjennom Smith og Fingar sin definisjon:

*«Business Process Management not only encompasses the discovery, design and deployment of business processes, but also the executive, administrative and supervisory control over them to ensure that they remain compliant with business objectives for the delight of customers.»* (Smith & Fingar, 2003)

Definisjonen er relevant for arbeidet med standardiserte pasientforløp fordi den tilbyr et helhetlig og altomfattende syn på hva som inngår i arbeid med prosesser. Prosessledelse

innebærer ikke kun kartlegging, design og implementering av bedriftens prosesser. Det krever også ledelse, forvaltning og tilsyn med prosessene slik at de er tilpasset bedriftens mål og kundens behov. For sykehusene som jobber med standardiserte pasientforløp, kan fokus på å etablere systemer for ledelse, styring og forvaltning være nødvendig for å få fullt utbytte av arbeidet med standardiserte pasientforløp.

## 2.2.4 Prosesmodenhet

Det er svært store forskjeller på hvor gode de ulike bedriftene er på prosessbevissthet. Som vi har nevnt tidligere er det derfor utviklet et rammeverk for å kategorisere hvor moden en bedrift er i prosesstankegangen. Modellen heter Capability Maturity Model og har 5 kumulative nivåer som illustrert i figuren under. Bedrifter på nivå 1 praktiserer ikke prosessledelse og er funksjonelt orienterte. På nivå 2 er noen sentrale prosesser beskrevet, men det er ingen helhet. På nivå 3 har bedrifter navngitt og beskrevet prosesser, og begynner derfor å oppnå en viss kontroll over prosessene sine. Når man kommer til nivå 4 må mål for prosessene og prosesseierskap være definert. I tillegg må det samles inn data om ytelse og resultater. Når vi da kommer til nivå 5, er bedriftens prosesstankegang optimalisert. Det arbeides da med analyse og kontinuerlig forbedring av prosessene (Paulk, Curtis, Chrissis, & Weber, 1993).



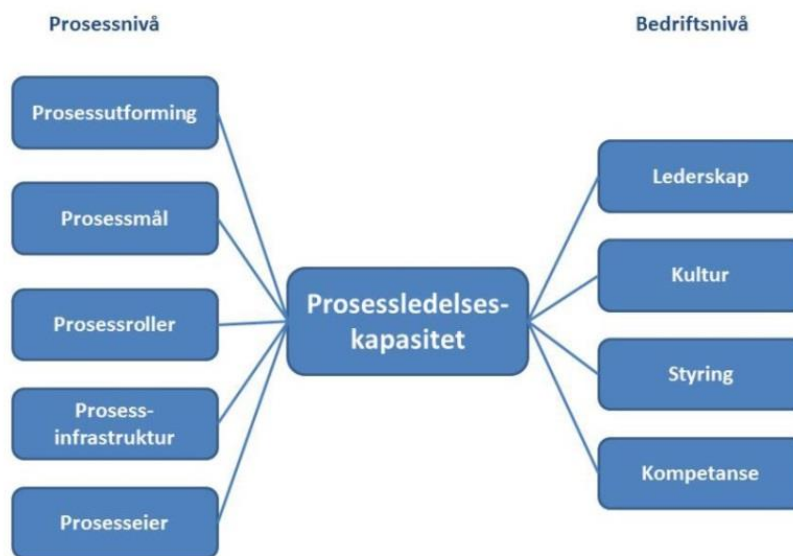
Figur 2: Modell for prosesmodenhet (Iden, 2013)

Det er viktig å påpeke at få bedrifter befinner seg kun på et av nivåene. Til og med de enkelte prosessene kan ha egenskaper fra flere av nivåene. CMM-modellen kan være et nyttig verktøy for å analysere en bedrifts prosesmodenhet og se hvor langt bedriften har kommet i arbeidet med å prosessorientere seg. (Iden, 2013).

Vi ønsker å bruke prosesmodenhetsskalaen til å beskrive hvor langt sykehusene er kommet i arbeidet med standardiserte pasientforløp. Dette er nyttig fordi skalaen beskriver konkrete tiltak som må iverksettes for at organisasjonen skal eskalere på skalaen.

## 2.2.5 Prosessledelseskapasitet

Prosessledelseskapasitet er den samlede evnen en organisasjon har til prosessledelse. Prosessledelseskapasitet kan utvikles, noe som er avgjørende om prosessledelse skal bli utnyttet på en best mulig måte. Når vi utforsker hvordan norske sykehus arbeider med standardiserte pasientforløp, vil det være relevant å belyse hva de gjør for å bygge de forskjellige kapasitetene. Modellen under viser ni ulike kapasiteter, fordelt på to forskjellige nivåer, som er inkludert i prosessledelseskapasitet. Disse kapasitetene varierer i styrke og er for enkelhetens skyld delt inn i høy og lav styrke. Dette illustrere organisasjonens nåværende kapasitet og hvilke tiltak som bør prioriteres om man skal forbedre den. (Iden, 2013)



Figur 3: Modell for prosessledelseskapasitet (Iden, 2013)

Vi anser det som nødvendig å forklare nærmere hva som inngår i de ulike kapasitetene Iden (2013) har inkludert i modellen.

**Prosessutforming** handler om i hvilken grad organisasjonen bevisst har utformet og dokumentert sine prosesser. Det er essensielt at aktiviteter, roller, regler og ressurser beskrives for at man i organisasjonen skal ha en felles forståelse av hvordan prosessene utføres.

**Prosessmål** er viktig om man skal ha kontroll over prosessens ytelse og resultatoppnåelse. Prosessmål er fundamentalt for styring og forbedring, og uten mål er det vanskelig å vite hvilke tiltak som må iverksettes. Måloppnåelse må derfor være under kontinuerlig vurdering.

**Prosessroller** betegner de personene som er involvert i prosessens utførelse og som har ansvar for gjennomførelsen. Rolle innehaverne må ha de riktige ferdigheter som gjør de kapable til å utfylle rollen. Samtidig må de ha kjennskap til prosessens helhetlige utforming og mål.

God **prosessinfrastruktur** er viktig, særlig i prosesser der det er mye informasjonsbehandling. IT-systemer må være tilpasset prosessene slikt at arbeids- og informasjonsflyten er optimal, og personalavdelingen må understøtte prosessfokus ved å utforme hensiktsmessige løsninger innen opplæring, avlønning og karriereplanlegging.

**Prosesseier** er den rollen i prosessen som har ansvaret for verdiskapingen. Denne personen må arbeide på tvers av de tradisjonelle avdelingene og sørge for at prosessen er hensiktsmessig utformet og at den leverer i henhold til målene.

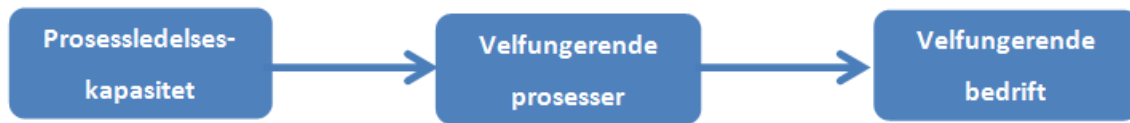
Det er umulig å etablere prosessledelse uten **lederskap** fra toppen. For å etablere prosessledelse må ledelsen i organisasjonen være engasjert, informert og motivert til å drive med prosessarbeid. Det er opp til ledelsen å sørge for at endringer blir gjennomført og at det er satt av ressurser.

Det må være **kultur** for prosesstankegang i organisasjonen om man skal lykkes med prosessledelse. Kultur for prosesstankegang vil si at de ansatte har et gjennomgående kundeperspektiv og et tverrfunksjonelt fokus i sitt arbeid. Endringsvillighet og ansvarsbevissthet for resultatene er også essensielt. Om man skal lykkes med prosessledelse må organisasjonen verdsette disse verdiene og jobbe for at kulturen fremmer prosesstankegangen.

**Styring** er viktig både ved overgangen til og i den daglige driften av prosessledelse. Ved å etablere en styringsstruktur sørger man for at prosessene blir fulgt opp. For eksempel kan det være hensiktsmessig at et prosess-styre opprettes og at de har overordnet ansvaret for alle prosessene, rollene i dem og samhandling mellom dem.

**Kompetanse** kreves for å etablere og drifte en organisasjon som er prosessorientert. Uten kompetanse vil det være vanskelig, om ikke umulig, å innføre prosessledelse. Kompetanse kan være kunnskap om utforming og implementering av prosesser. Det kan også være kunnskap om metoder, verktøy og teknikker for prosessmodellering.

Iden (2013) presentere følgende modell for å illustrere sammenhengen mellom høy prosessledelseskapasitet, velfungerende prosesser og en velfungerende bedrift.



Figur 4: Sammenhengen mellom Prosessledelseskapasitet og velfungerende prosesser og bedrift (Iden, 2013).

For å gjøre modellen direkte relevant for oppgaven kan man bytte ut boksen til høyre med *velfungerende sykehus*. Boksen i midten omfavner mange ulike typer prosesser, ikke bare behandlingsprosesser, og derfor blir det for snevert å bytte denne boksen med *velfungerende standardiserte pasientforløp*, selv om det er en viktig del av helheten. Høy prosessledelseskapasitet øker sjansen for at man får velfungerende prosesser i organisasjonen (Iden, 2013). Arbeidet med prosesser overlates ikke til tilfeldighetene, men følges opp i et system. Det kan derfor være viktig for sykehus som jobber med standardiserte pasientforløp, ikke kun å fokusere på enkeltprosjekter, men bygge kapasitet for prosessledelse. Det øker dessuten sjansen for at organisasjonen som helhet blir velfungerende.

## 2.3 Standardiserte pasientforløp

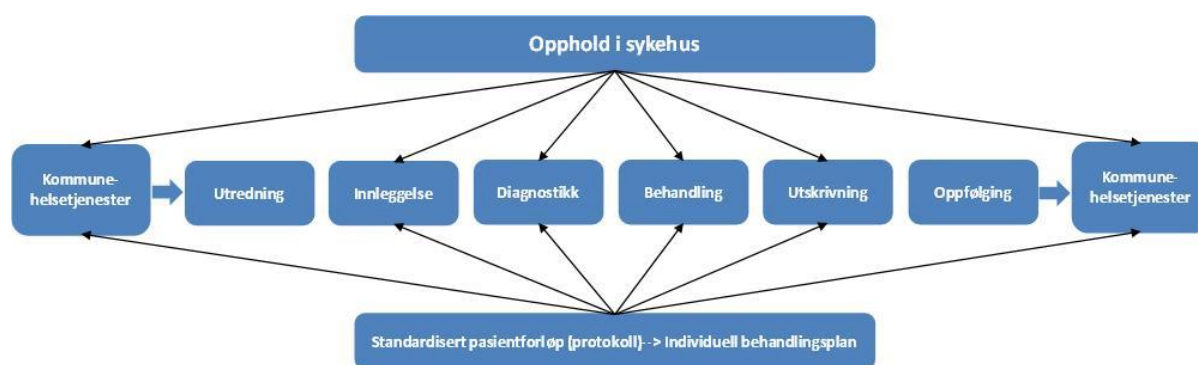
Når det snakkes om standardiserte pasientforløp brukes også betegnelser som standardiserte behandlingslinjer, behandlingsforløp, critical pathways, care pathways og clinical pathways. Vi har valgt å benytte begrepet standardiserte pasientforløp i vår oppgave.

Det er vesentlig å skille mellom et pasientforløp og et standardisert pasientforløp. Et pasientforløp er *den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Alle pasienter har et pasientforløp uavhengig om det er standardisert eller ikke. Pasientforløpet omfatter alle kontakter pasienten har med helsevesenet og de aktiviteter som gjennomføres, fra symptomer oppstår til pasienten er hjemme og rehabilitert. Forløpet inkluderer forskjellige roller, institusjoner og aktiviteter som fastlege, sykehus, rehabilitering og oppfølging. Denne flerfagligheten, med mange involverte, er med på å gjøre forløpene kompliserte. Pasientforløpene varierer grunnet individuelle forskjeller i tilstand hos pasienter innen samme diagnosegruppe, dårlig kommunikasjon mellom involverte roller og



institusjoner, mange involverte roller, ulik kompetanse hos like roller, og ulike preferanser for medisinsk praksis (Nylenna, 2013).

Et standardisert pasientforløp er en strukturert respons på et spesifikt problem, en diagnose, basert på medisinsk evidens (Panella et al., 2003). Det er basert på analyse av best praksis og faglig evidens og er tilpasset den aktuelle organisasjonen (Kris Vanhaecht et al., 2012). Gode pasientforløp kjennetegnes ved at aktivitetene er satt sammen på en måte som gir rasjonell og koordinert behandling, møter pasientens ulike behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), og er utviklet av tverrfunksjonelle team bestående av forskjellige legegrupper, sykepleiere, sosialarbeidere, administratorer og andre som er involvert i behandlingen av en pasient (K. Vanhaecht, De Witte, Panella, & Sermeus, 2009).



Figur 5: Standardisert pasientforløp, basert på modell fra Sykehuset Østfold. (Grimsmo, 2012)

Modellen viser et generisk standardisert pasientforløp. Et pasientforløp kan typisk inneholde kommunehelsetjeneste, utredning, innleggelse, diagnostikk, behandling, utskrivning og oppfølging, og deretter kommunehelsetjenesten igjen.

Det finnes mange ulike definisjoner på standardiserte pasientforløp. Flere av definisjonene baserer seg på European Pathway Association (EPA) sine fem karakteristika av et standardisert pasientforløp.

1. en dokumentert behandlingsprosess med mål for behandlingen, basert på evidens, beste praksis og pasientens karakteristika og forventninger.
2. tilrettelegging for kommunikasjon mellom teammedlemmene, pasientene og deres pårørende
3. koordinering av behandlingsprosessen ved å koordinere rollene og aktivitetene sekvensielt i det tverrfaglige teamet, med hensyn til pasientene og de pårørende

4. dokumentering, overvåking og evaluering av variasjoner og resultater
5. identifisering av riktige ressurser

(Biringer, Klausen, Lærum, Hartveit, & Vanhaecht, 2013; European Pathway Association, 2007)

Ut ifra EPA sine karakteristika anser vi denne definisjonen fra Helse Vest som en helhetlig definisjon av et standardisert pasientforløp:

*«Et standardisert pasientforløp er en koordinert tverrfaglig behandlingsprosess med et avklart start- og endepunkt for en definert pasientgruppe, basert på en normativ beskrivelse av mål og tiltak. Forløpet skal fremme samhandling, pasientsikkerhet og – tilfredshet, være forankret i faglig evidens og god klinisk praksis, samt sikre effektiv ressursutnyttelse og gi målbare resultater.»* (Helse Vest, 2012)

En standardisering av pasientforløp kan benyttes fordi pasienter med samme diagnose i utgangspunkt har behov for samme behandling. Ved å standardisere pasientforløp for pasienter med samme diagnose, kan man sørge for at pasientene får lik behandling og en behandling med utgangspunkt i en bestemt best praksis. Dette kan gi bedre risikjusterte pasientresultater, pasientsikkerhet og optimalisere ressursutnyttelse. Dette vil gi bedre behandling og pleie gjennom hele pasientforløpet. (Biringer et al., 2013; Helse Vest, 2012)

Vi vil presisere at et standardisert pasientforløp er en prosess. En av definisjonsforskjellene fra prosess er at definisjonen av et standardisert pasientforløp vektlegger at forløpet skal være basert på faglig evidens. Et standardisert pasientforløp er en prosess for behandling av en bestemt diagnose i helsevesenet. Saken, som er en pasient med diagnosen, behandles av leger og sykepleiere på forskjellige avdelinger til man er ferdigbehandlet og klar for å bli utskrevet. Forløpet inkluderer de ressurser og regler som regulerer behandlingen. Dette kan for eksempel være nasjonale guidelines for beste medisinske praksis. I et forsikringsselskap er kunden representert med en mappe eller liknende, mens i helsevesenet er kunden representert av pasienten selv. Siden pasienten er saken settes det ekstra krav til prosessene, fordi pasienten vil oppleve alle svakheter ved prosessen. Et standardisert pasientforløp, er i likhet med en prosess, både en dokumentert beskrivelse av forløpet og en praksis som skal gjennomføres. Man kan si at uttrykket prosess er generisk, mens et standardisert pasientforløp er en behandlingsprosess i helsevesenet.

---

### 2.3.1 Utbredelse av standardiserte pasientforløp

The European Pathway Association har i samarbeid med en rekke forskere undersøkt utbredelsen av standardiserte pasientforløp. Slike forløp er benyttet i helsevesenet i over 20 år. Bruk av forløp er mest benyttet i akuttmedisin for å forbedre både kvalitet og effektivitet. Det er behov for internasjonal benchmarking og kunnskapsdeling for utvikling, implementering og evaluering. (Kris Vanhaecht et al., 2010)

Arbeid med kvalitetstiltak knyttet til pasientforløp foregår i alle regionale helseforetak. Satsingen på pasientforløp er et ledd i helseforetakenes strategier for samhandling, pasientsikkerhet og kvalitet. I Sørlandet Sykehus HF har det siden 2004 vært et prosjekt kalt «Prosjekt optimale pasientforløp» som har arbeidet aktivt med kartlegging og forbedring av pasientforløp. I 2013 ble det utviklet og godkjent tolv forløp, og gjennom hele prosjektet er det utviklet over 100 standardiserte pasientforløp (Sørlandet Sykehus). Ringerike Sykehus var et foregangssykehus når det gjaldt prosessstanskegang i helsevesenet. I 2009 ble det satt i gang et nasjonalt pilotprosjekt der organisasjonsstrukturen gikk fra å være seksjons- og avdelingsorganisert til å ha en matriseorganisasjon med ledede prosesser i tillegg. Da sykehuset skulle fusjoneres i Vestre Viken Helseforetak, stoppet pilotprosjektet og arbeidet med organisasjonsstrukturen opp. Prosessorganisering gikk på tvers av organiseringen som ble vedtatt i Vestre Viken, og ledelsens fokus ble rettet mot fusjonen. (Thoresen, 2011)

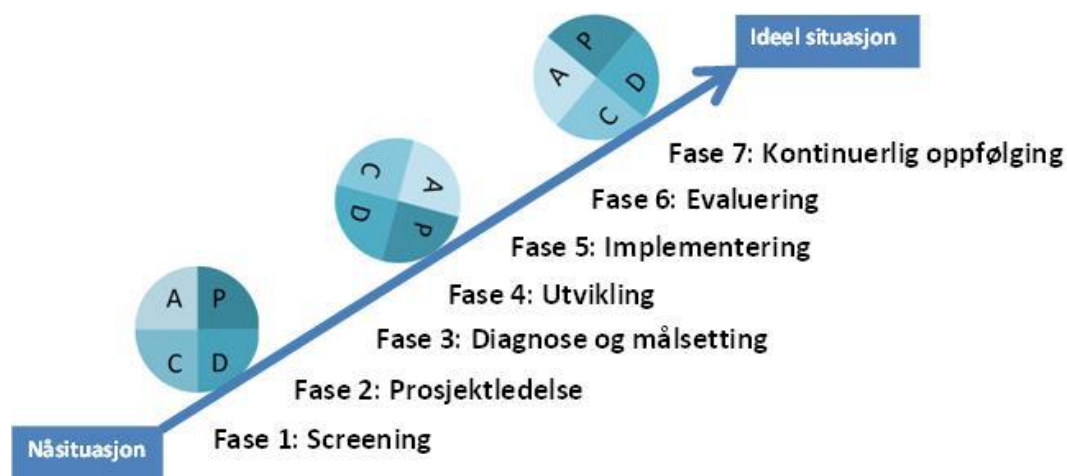
Det er forskjellig hvor systematisk de regionale helseforetakene satser på pasientforløp. Helse Sør-Øst har etablert et eget prosjekt som jobber med å få en likere forståelse av, og likere arbeid med standardiserte pasientforløp innad i det regionale foretaket (Akershus Universitetssykehus, 2012). I Helse Vest har de utarbeidet en egen forløpshåndbok med metodikk for hvordan man skal utarbeide og implementere pasientforløp. Forløpene som er utarbeidet i de forskjellige helseforetakene finnes i på helsebiblioteket.no. Dette er en arena for kunnskapsdeling, og kan fungere som en kilde til inspirasjon for forløpsprosjektene.

### 2.3.2 Metodikk

Vi har funnet tre metodikker som er laget for arbeid med standardiserte pasientforløp. 7-phases metodikken utviklet av the European Pathway Association er en metodikk spesielt laget for arbeid med standardiserte pasientforløp. I Sykehuset Østfold har de sin egen metodikk, mens Helse Vest har utviklet en forløpshåndbok der de presenterer en metodikk for hvordan man skal jobbe med standardiserte pasientforløp i regionen.

## 7-Phases

7-phases er en metode for design, implementering og evaluering av standardiserte pasientforløp. Metoden har sitt utspring i Demings sirkel. Demings sirkel kalles også kvalitetssirkelen eller PDCA hjulet. Dette står for «plan-do-check-act» og sirkelen er utgangspunkt for flere kvalitetsmetodikker (Iden, 2013). De syv fasene er screening, prosjektorganisering, diagnose og målsetting, utvikling, implementering, evaluering og kontinuerlig oppfølging, og hver av de syv fasene gjennomgår en runde i sirkelen. (Kris Vanhaecht et al., 2012)



Figur 6: 7-phaseses (Kris Vanhaecht et al., 2012)

Screeningfasen starter med å velge ut hvilken behandling det skal utarbeides et standardisert pasientforløp for. Prosjektet kan være å forbedre et eksisterende forløp eller utarbeide et helt nytt. Her må det avklares om det å utarbeide et standardisert pasientforløp er det riktige for diagnosegruppen det er snakk om. For eksempel kan opplæring av personell eller ytterligere informasjon til pasientene være kvalitetstiltak som hever behandlingen til et ønsket nivå. I denne fasen etableres eierskap til prosjektet, og prosjektets interesser kartlegges. (Kris Vanhaecht et al., 2012)

Når det er klart at et standardisert pasientforløp skal utarbeides, må prosjektet organiseres. Dette innebærer å definere start- og endepunkt for pasientforløpet, og hvilken diagnosegruppe (sak) som det standardiserte pasientforløpet skal behandle. I tillegg etableres et tverrfaglig prosjektteam som skal gjennomføre prosjektet. Prosjektteamet kan bestå av representanter fra berørte interessentgrupper. Det utarbeides også en prosjektplan for gjennomføring. (Kris Vanhaecht et al., 2012).

At prosjektteamet har god forståelse for forløpet og svakhetene i forløpet er vesentlig. Målet i seg selv er ikke fullstendig redesign av forløpet, men å optimalisere og standardisere ved behov. Dagens forløp kartlegges, og evalueres deretter gjennom fire perspektiver. Dette inkluderer teamets perspektiv, pasientens perspektiv, tilgjengelig beste evidens og medisinsk praksis, samt eksterne partnere. Temaets perspektiv omhandler det som dreier seg om organisering av forløpet. (Kris Vanhaecht et al., 2012)

På grunnlag av analysen utformes et standardisert pasientforløp. I utviklingen av forløpet danner beste medisinske praksis og organisasjonens tilgjengelige ressurser grunnlaget for forbedring. Rekkefølge og organisering av aktiviteter bestemmes, og prosessen formaliseres slik at eksisterende praksis blir forbedret i henhold til målsetningen som er satt i foregående fase. Resultatet av denne fasen er ofte en ny prosess med medfølgende prosessmodell og dokumentasjon. (Kris Vanhaecht et al., 2012)

Implementering fokuserer på at den nye prosessen tas i bruk. Det bør gjennomføres informasjonsmøter med brukerne og bruken bør overvåkes. Som en del av implementeringen anbefaler metodikken å innføre det nye pasientforløpet på en liten testgruppe først. Om ikke testresultatene er tilfredsstillende eller brukerne er misfornøyd må det gjøres korreksjoner. (Kris Vanhaecht et al., 2012)

I etterkant av den fullstendige implementeringen må det nye standardiserte pasientforløpet overvåkes og evalueres nøye. Både brukervennlighet, og om man har fjernet utfordringene man hadde tidligere, må vurderes. Brukervennligheten kan evalueres ved bruk av et egenutviklet evalueringsverktøy for pasientforløp (CPSET), mens indikatorer fra målepunkter analyseres, for eksempel ved bruk av statistisk prosess kontroll. (Kris Vanhaecht et al., 2012)

Om det standardiserte pasientforløpet er suksessfullt implementert og oppnår de forhåndsbestemte målene fortsetter man å benytte det i daglig praksis. Dette betyr at forløpet må holdes vedlike og endres når det er nødvendig. En person eller et team må ha ansvar for oppfølging av forløpet. Siden medisinen stadig er i endring er det viktig å ha jevnlig oppfølginger slik at man opprettholder beste medisinske praksis. Det anbefales oppfølging hver sjette måned. (Kris Vanhaecht et al., 2012)

### Andre metodikker

Metodikken for utvikling av standardiserte pasientforløp i Helse Vest kombinerer Helse Vest sin prosjektmetodikk med 7-phases. Denne er publisert i en egen forløpshåndbok (Helse Vest, 2012). Forløpshåndboken gir også en kort innføring i prosessmodellering og statistisk prosesskontroll (Helse Vest, 2012). Metodikken ved Sykehuset Østfold er egenutviklet, men også den minner om 7-phases (Sykehuset Østfold, 2011). Metodikken er en blanding av forskjellige metodikker, men grunnstrukturen i metodikken er Demings sirkel. I tillegg inngår noe Lean, problemløsningsmetodikk og statistisk prosesskontroll.

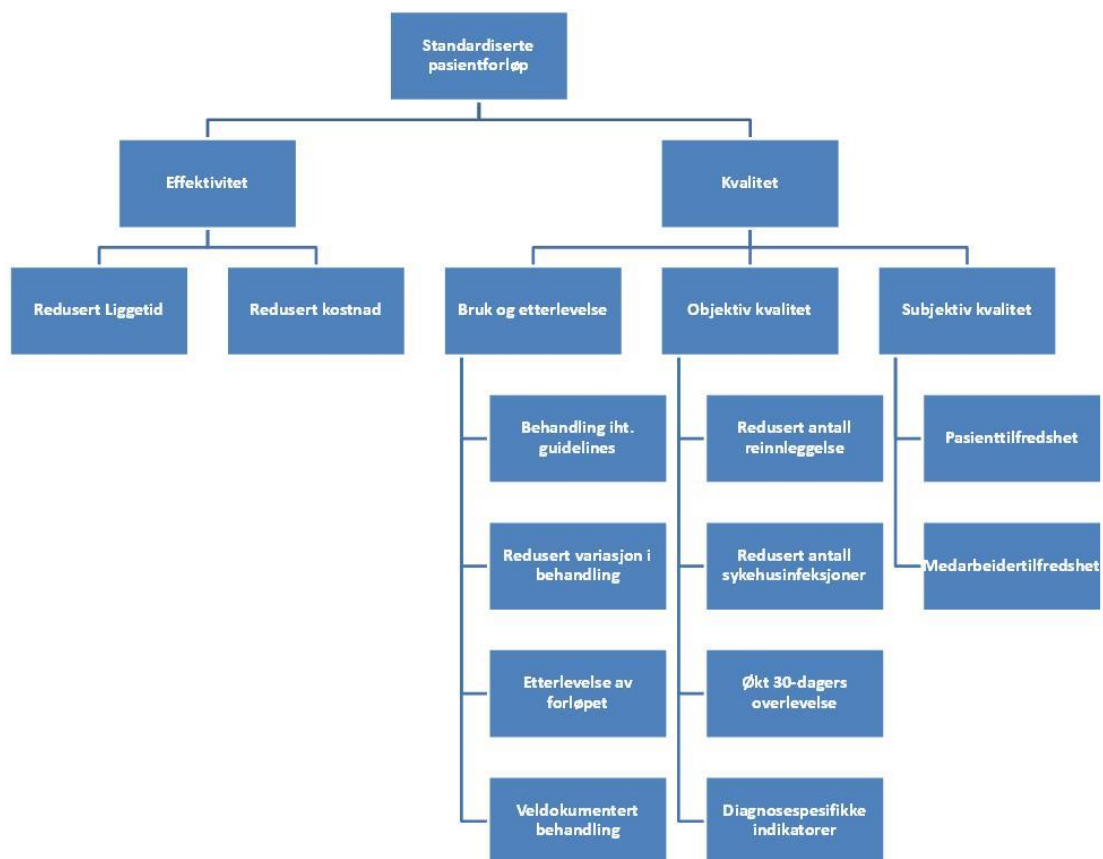
| 7-phases                      | Metodikk Helse Vest   | Metodikk Sykehuset Østfold                        |
|-------------------------------|---|---|
| Screening                     | Etablering av et forløpsarbeid/prosjekt                       | Beslutte hvilken pasientgruppe man skal jobbe med |
| Prosjektledelse               |   | Plan for arbeidet                                 |
| Diagnostisering og målsetting | Kartlegging og analyse  | Pasientforløpet i dag                             |
| Utvikling                     | Forslag til nytt standardisert forløp                         | Hva er beste praksis?                             |
|                               |   | Ønsket pasientforløp                              |
| Implementering                | Utprøving og innføring  | Fra ord til handling                              |
| Evaluering                    |   | -   |
| Kontinuerlig oppfølging       | Avslutning av prosjektet og overføring av forløpet til linjen | Forbedring  |

*Tabell 1: Oversikt over faser i metodikker for utarbeidelse av standardiserte pasientforløp*

Tabellen viser fasene i 7-phases, metodikk i Helse Vest og metodikk for pasientforløp og prosesser i Sykehuset Østfold. Som det fremgår av tabellen går de samme fasene igjen i de forskjellige metodikkene, men med litt forskjellige navn. Ett unntak er at metodikken fra Sykehuset Østfold ikke inneholder en fase for evaluering, men deres metodikk er for prosesser og pasientforløp. Evalueringsfasen er trolig lagt til i 7-phases som følge av at metodikken er spesielt utviklet for bruk innen medisin. Faglig evidens er vesentlig, og helsearbeidere er veldig skeptiske til å ta i bruk nye metoder som ikke er ordentlig testet.

### 2.3.3 Litteraturgjennomgang

For å få et overblikk over temaet standardiserte pasientforløp gjennomførte vi en litteraturgjennomgang. Hensikten var å kartlegge hvilke effekter innføring av standardiserte pasientforløp har på pasientbehandling. Vi har benyttet Bibsys som hovedkilde for søk. I tillegg har vi støttet oss på Google Scholar og helseforetakenes egne nettsider. I søk på litteratur har vi benyttet søkeord som critical pathways, clinical pathways, care pathways, standardiserte pasientforløp og behandlingsforløp. Fra forskning har vi inkludert casestudier som måler indikatorer før og etter etablering av et standardisert pasientforløp for behandling av en bestemt diagnose. Diagnosen og casene som inngår i forskningsartiklene varierer fra studie til studie.



Figur 7: Gruppering av resultater fra studier

Som vi har illustrert i figuren over, har vi delt studiene inn etter resultater på effektivitet og kvalitet. Effektivitet inkluderer resultater som redusert liggetid og redusert kostnad. Resultater innen kvalitet inkluderer bruk og etterlevelse, objektiv kvalitet og subjektiv kvalitet. Resultater innen bruk og etterlevelse er behandling i henhold til guidelines, redusert variasjon i behandling, etterlevelse av forløpet og veldokumentert behandling. At en

behandling er veldokumentert gjør at man i større grad kan etterprøve hva som er gjort. Objektiv kvalitet er den medisinske kvaliteten, og resultater innen objektiv kvalitet er økt 30-dagers overlevelse, redusert antall sykehusinfeksjoner, redusert antall reinnleggelser, samt resultater på diagnosespesifikke indikatorer. Subjektiv kvalitet er delt inn i pasienttilfredshet og medarbeidertilfredshet. I de tilfellene dette er målt er det benyttet spørreskjemaer.

Vi har inkludert 15 studier i litteraturgjennomgangen. I presentasjon av studiene er de gruppert etter resultat på både effektivitet og kvalitet, resultater på effektivitet uten endring i kvalitet, og deretter studier med resultater på kvalitet uten endring i effektivitet. I tillegg har vi lagt til et avsnitt med en studie som ser på organisatoriske effekter av standardiserte pasientforløp.

### *Økt effektivitet og kvalitet*

Av de 15 studiene vi har sett på, har ni av studiene funnet både økt effektivitet og behandlingskvalitet, etter at standardisert pasientforløp er introdusert for behandling av diagnosegruppen. I sin studie av implementering av standardisert pasientforløp i brystkirurgi fant Richter-Ehrenstein et al. (2012) signifikant reduksjon i liggetid på 24 %. I samme tidsperiode ble kostnadene redusert med 23 %. Forskerne legger til at foruten økonomiske gevinster observeres det mer veldokumentert behandling og antall behandlinger i henhold til best praksis har økt. (Richter-Ehrenstein et al., 2012)

Burgers et al. (2013) undersøkte behandlingsrelatert liggetid før og etter innføring av standardisert pasientforløp for hoftebrudd. Studien konkluderer med at innføring av et standardisert pasientforløp har økt behandlingskvaliteten og redusert liggetiden fra ni til syv dager (Burgers et al., 2013). Dette støttes av Lau et al. (2010). I sin studie av hoftebrudd ble liggetid redusert med fem dager, infeksjoner og liggesår ble redusert, mens 30-dagers overlevelse økte sammenliknet med før standardisert pasientforløp var implementert. Pasienter med brukket lårhals som fulgte et standardisert pasientforløp hadde signifikant bedre resultater enn kontrollgruppen på liggetid og 30-dagers overlevelse. (Gholve, Kosygan, Sturdee, & Faraj, 2005)

Dowsey et al. (1999) finner reduksjon i både liggetid og reinnleggelse i deres studie av hofte- og kneprotesekirurgi. Pasientgruppen som fikk behandling i henhold til det standardiserte pasientforløpet hadde kortere gjennomsnittlig liggetid, færre reinnleggelser, og ble oppegående tidligere enn kontrollgruppen.



---

Panella et al. (2003) har gjennomført en studie av Italiensk helsevesen. Studien er en casestudie gjort på behandling av flere forskjellige diagnoser, før og etter suksessfull implementering av standardiserte pasientforløp. Det er benyttet spesifikke indikatorer tilknyttet hvert standardisert pasientforløp. Studien viser reduksjon i liggetid og redusert variasjon i behandlingen. For diagnosegruppen «hjertefeil» så man i tillegg en signifikant forbedring i resultat for pasienter som ble behandlet i henhold til det standardiserte pasientforløpet. (Panella et al., 2003)

Innen endetarms- og tykktarmskirurgi eksisterer store forskjeller i behandling. I utvikling av et standardisert pasientforløp basert på beste praksis fikk Melbert et al. (2002) gode resultater. 264 pasienter gikk gjennom et standardisert pasientforløp mens kontrollgruppen besto av 122 pasienter. Gjennomsnittlig liggetid for pasientene i kontrollgruppen var 8,2 dager, mens det for gruppen i det standardiserte pasientforløpet var 5,5 dager. I tillegg kunne pasientene i det standardiserte pasientforløpet innta normal diett tidligere og kostnad per pasient ble redusert. Det ble gjennomført pasienttilfredshetsundersøkelse av begge gruppene, men ingen signifikant forskjell ble påvist. (Melbert et al., 2002)

I vårt søk fant vi også en masteroppgave om standardiserte pasientforløp ved Sykehuset Østfold. Hensikten med oppgaven var å undersøke om den standardiserte behandlingslinjen ble fulgt for diagnosegruppen bronkiolitt. Undersøkelsen tyder på at ansatte i stor grad benytter behandlingslinjen. I tillegg viser målinger gradvis reduksjon i liggetid, samtidig som antall reinnleggelser ikke har økt. Sett over flere år har kostnaden per pasient blitt redusert. (Heljesen, 2007)

Ronellenfitsch et al. (2008) undersøkte i sin litteraturgjennomgang studier som rapporterer om effekter ved implementering av standardiserte pasientforløp for vanlige kirurgiske inngrep. Funnene ble gruppert i økonomi, behandlingskvalitet, veldokumenterte operasjoner, medarbeidertilfredshet og medarbeideropplæring. Studien sier at standardiserte pasientforløp bedrer objektiv og subjektiv behandlingskvalitet. I tillegg finner litteraturgjennomgangen at implementering av standardiserte pasientforløp reduserer kostnader, øker medarbeidertilfredshet og er et godt verktøy for opplæring. Effektene er størst for diagnoser med høyt volum, eller for kompliserte inngrep. (Ronellenfitsch et al., 2008)

### *Effektivitet*

I en studie av diagnosegruppen ukompliserte akutte hjerteinfarkt ved Changi General Hospital i Singapore finner Cheah (2000) signifikant reduksjon i liggetid etter implementering av standardisert pasientforløp for diagnosegruppen. (Cheah, 2000)

### *Kvalitet*

Fem studier finner økt behandlingskvalitet, uten at de finner endringer i faktorer som går på effektivitet. For pasienter med hjertefeil førte innføring av standardisert pasientforløp til redusert dødelighet og redusert antall reinnleggelser sammenliknet med kontrollgruppen. I tillegg var også behandlingen som ble gitt i større grad i samsvar med internasjonale guidelines (Garin et al., 2012). Infeksjoner som følge av kirurgiske inngrep ble signifikant redusert som følge av implementering av standardisert behandlingsforløp for pasienter som gjennomgikk bypass-operasjon av hjertearterien (Trussell et al., 2008).

For diagnosen brystkreft utviklet og implementerte forskere et standardisert pasientforløp med 14 kvalitetsindikatorer. Syv av åtte indikatorer for behandlingskvalitet og fire av fem indikatorer på vente- og gjennomløpstid ble bedre. Hovedfunnet i studien var at behandling i henhold til guidelines ble bedre. (van Hoeve, de Munck, Otter, de Vries, & Siesling, 2014)

For diagnosegruppen viral bronkiolitt fant forskere drastisk reduksjon i reinnleggelser etter implementering av et standardiserte pasientforløp. I tillegg ble redusert risiko, for behandling som ikke er i samsvar med nasjonale og internasjonale guidelines, redusert. (Cheney et al., 2005)

I 2010 gjennomførte Rotter et al. (2010) en litteraturgjennomgang av 27 studier der pasienter som gjennomgikk et standardisert pasientforløp ble sammenliknet med en kontrollgruppe. Målet med gjennomgangen var å se hvilke effekter standardiserte pasientforløp har på profesjonell praksis, pasientens prognose etter behandling, liggetid og sykehuskostnad. Studiene fant nedgang i sykehuskomplikasjoner og veldokumentert behandling på behandlinger støttet av standardiserte pasientforløp. Det ble ikke funnet forskjell i reinnleggelser. Selv om flere av studiene som er inkludert i litteraturgjennomgangen viser signifikant reduksjon i liggetid konkluderer forskerne med at standardiserte pasientforløp reduserer komplikasjoner uten å negativ endring av liggetid. (Rotter et al., 2010)

### *Andre studier*

Forskere tilknyttet European Pathway Association har gjennomført en studie av 103 standardiserte pasientforløp på 49 sykehus. Studien hadde som formål å se om helsearbeidere opplever å jobbe i et standardisert pasientforløp forskjellig fra å jobbe med behandling som ikke støttes av et standardisert pasientforløp. De standardiserte pasientforløpene fikk bedre evaluering av helsearbeiderne, selv om forskjellen ikke var signifikant. Studien fant at standardiserte pasientforløp har signifikant påvirkning på koordinering av behandling, og positiv, men ikke signifikant påvirkning på organisering av behandlingen. Ikke alle de standardiserte pasientforløp fungerer bra, og også behandlinger som ikke støttes av et standardisert pasientforløp kan være godt organiserte. (K. Vanhaecht et al., 2009)

### *Oppsummering litteraturgjennomgang*

Av de 15 studiene vi har gjennomgått har 14 av studiene sett økt kvalitet som resultat ved innføring av standardiserte pasientforløp. Når økt kvalitet observeres finner fem studier at dette er gjennom bedre bruk og etterlevelse, fem studier finner økt objektiv kvalitet, mens fem studier finner at både bruk og etterlevelse og objektiv kvalitet øker. Når det gjelder subjektiv kvalitet er det én studie som finner bedret medarbeidertilfredshet, men dette måles ikke i alle studier. En studie måler pasienttilfredshet men finner ingen forskjell. Av de 15 studiene som finner økt kvalitet er det ti av disse studiene som i tillegg finner økt effektivitet. Den økte effektiviteten kommer hovedsakelig som nedgang i liggetid. Det er kun en studie som finner nedgang i liggetid uten endring i andre faktorer. Nedgang i liggetid kan komme som følge av innføring av nye guidelines, som tilbyr en bedre måte å gjennomføre behandling på. For eksempel vil en kikkeshullsoperasjon, sammenliknet med bukåpning, redusere liggetiden, siden inngrepet er mer skånsomt og gir kortere restitusjonstid. Dette øker både kvalitet og effektivitet, og kan forklare at vi i ti av studiene finner begge disse effektene, og at kun en studie finner økt effektivitet alene.

I litteraturgjennomgangen har vi ikke funnet studier som finner negative resultater ved innføring av standardiserte pasientforløp. Det er naturlig å anta at vi observerer dette fordi man ved å innføre standardiserte pasientforløp vil få gjennomgått dagens behandlingspraksis, og dermed får oppdatert den i henhold til nyeste guidelines eller organisert den på en bedre måte. I tillegg vil det å få behandlingen dokumentert gjøre det lettere for legene å etterleve forløpet, og behandle med mindre variasjon.

Ut ifra dette vil vi påstå at standardiserte pasientforløp kan benyttes som et verktøy for å øke kvaliteten i pasientbehandlingen, men ikke nødvendigvis øke effektiviteten.

## 2.4 Oppsummering av teoretisk fundament

Standardiserte pasientforløp er behandlingsprosesser i sykehuset som skal sørge for samhandling og pasientsikkerhet. I teori og metodikk for utvikling av standardiserte pasientforløp blir standardiserte pasientforløp fremstilt som et verktøy for å øke kvalitet og effektivitet for enkeltforløp. Dette kan gi gode enkeltforløp, men det vil komme som et tillegg til systemene som eksisterer. Derfor har vi inkludert prosessledelse. Teori fra prosessledelseslitteraturen kan benyttes som et grunnlag for hvordan de standardiserte pasientforløpene skal styres. Gjennom prosessledelse kan man styre de standardiserte pasientforløpene, og det som betyr noe for pasienten. Å jobbe med prosessledelse innebærer blant annet involvering av hele organisasjonen, endring av kultur, etablering av nye styringsstrukturer og forankring hos ledelsen. Det er mer omfattende enn om man benytter standardiserte pasientforløp som et verktøy for enkeltprosesser. Prosessledelseskapasitet, som ble presentert under prosessledelse, er utgangspunktet for en struktur som vil bli benyttet videre i presentasjon av funn. Teorien fra dette kapittelet vil også gå igjen i drøftingen.

## 3. Metode

Vi vil i dette kapitlet forklare vår metodiske fremgangsmåte for studien. Her vil også oppgavens forskningsdesign bli forklart og begrunnet. Vi vil forklare hvordan vi samlet inn og analyserte data og avslutningsvis vil vi reflektere omkring metodens styrker og svakheter.

### 3.1 Studiens formål

Hensikten med vår studie var å undersøke hvordan norske sykehus praktiserer prosessledelse i forbindelse med standardiserte pasientforløp, forklare hvorfor de jobber på den måten de gjør og belyse hvilke gevinster ulike tilnærminger til arbeidet med standardiserte pasientforløp gir. Basert på dette var det logisk å velge en kvalitativ forskningstilnærming. Dette ga oss muligheten til å snakke med personer som jobber med dette til daglig, som har mye informasjon om dagens praksis og som har personlige meninger om det. Vi ønsket å se fenomenet fra innsiden, gjennom personlig kontakt og en helhetlig tilnærming. Helsesektoren er ganske ukjent for oss og vi ønsket derfor å være åpne for all informasjon som ble presentert.

### 3.2 Forskningsdesign

Vår forskning har vært gjennomført med eksplorerende design. Dette egner seg om man søker etter å finne ut *«hva som skjer; å søke ny innsikt; å stille spørsmål og se fenomener i nytt lys»* (Robson, 2002). En slik design skal ikke være for strukturert, nettopp fordi det kan være vanskelig å planlegge hvordan man skal oppdage funn man ikke vet noe om på forhånd. Tidlig i studien fant vi ut at det er forskjeller mellom hvordan de ulike sykehusene i Norge er organisert og hvordan de jobber med standardiserte pasientforløp. Siden vi før intervjuene hadde begrenset tilgang til informasjon om de to sykehusene som inngår i denne studien, var det nødvendig å være eksplorative i tilnærmingen. En eksplorerende design og et kvalitativt datagrunnlag egner seg godt i form av casestudie og intervjuer (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011).

### 3.2.1 Innsamlingsmetode

Valg av innsamlingsmetode blir i stor grad påvirket av problemstillingen (Johannessen et al., 2011). Vi har valgt en eksplorerende problemstilling og det er derfor naturlig å samle inn kvalitative data. Kvalitative data, som gjerne er tekst, samles inn og analyseres. Vi har valgt å samle data gjennom dybdeintervjuer.

### 3.2.2 Utvalg av studien

Vi har valgt å fordype oss i to case, nemlig to norske sykehus som tilhører ulike regionale helseforetak. Vi valgte to sykehus fordi det gir oppgaven en viss bredde og muligheten til å sammenlikne de to mot hverandre. Tre sykehus ville sannsynligvis blitt for omfattende til å gå i dybden, gitt oppgavens naturlige begrensning. Den første casen er Sykehuset Østfold, enhet Fredrikstad (SØ). Det ble valgt grunnet deres nylig uttalte fokus på prosesser og pasientforløp (Hødal, 2014). Opprettelsen av stillingen «prosessdirektør» var en faktor som underbygget dette fokuset. Helse Stavanger, enhet Stavanger Universitetssykehus (HS) er den andre casen. Sykehuset ble valgt grunnet en litt eldre uttalelse om satsing på pasientforløp (Sørbø, 2011). Begge sykehusene, eller enhetene, var det administrative senteret og det største sykehuset i sine lokale helseforetak. Dette gjorde de mer aktuelle siden sentrale personer innen prosessarbeidet holdt til her. I tillegg har både Helse Sør-Øst og Helse Vest et uttalt fokus på pasientforløp på sine nettsider.

Vi har intervjuet personer som innehar relevante roller for vår oppgave. Intervjuobjektene ble utpekt av prosessdirektøren på Sykehuset Østfold og kvalitetskoordinatoren ved Helse Stavanger, som var våre kontaktpersoner. Intervjuobjektene ved Sykehuset Østfold er tilknyttet ulike pasientforløp. Dette fører til at funnene kan generaliseres for sykehuset i større grad. Samtidig får vi ikke en like objektiv skildring av de ulike pasientforløpene. Intervjuobjektene ved Helse Stavanger har alle en tilknytting til det samme pasientforløpet. Det gjør funnene mindre generaliserbare for sykehuset, men pasientforløpet blir beskrevet fra ulike synspunkter. Rollene blir nærmere forklart i kapittel 4.

I tillegg har vi intervjuet to personer som ikke er direkte tilknyttet de to sykehusene. Disse fungerer som informanter, da de er kilder til informasjon som også er relevant for oppgaven. Den ene informanten var fra helseforetaket Vestre Viken (VV), som er tilknyttet Helse Sør-Øst. Informanten ble valgt grunnet hennes omfattende kunnskap om Helse Sør-Øst og arbeidet som gjøres regionalt med standardiserte pasientforløp. Den andre informanten var

fra European Pathway Association (EPA). Denne informanten ble valgt på bakgrunn av vedkommende sin omfattende kunnskap om pasientforløp og bruken av dette på et nasjonalt nivå. I tillegg er denne informanten ansatt i Helse Vest, det regionale helseforetaket som Helse Stavanger er en del av.

| Rollene i studien    | Stilling                       | Sted | Rolle i pasientforløp |
|----------------------|--------------------------------|------|-----------------------|
| Prosessdirektør      | Prosessdirektør                | SØ   | Overordnet rolle      |
| Prosessveileder A    | Prosjektleder                  | SØ   | Prosessveileder       |
| Prosessveileder B    | Rådgiver og sykepleier         | SØ   | Prosessveileder       |
| Prosesseier          | Kirurg og seksjonsleder        | SØ   | Prosesseier           |
| Sykepleier           | Sykepleier                     | SØ   | Deltager i utforming  |
| Kvalitetskoordinator | Kvalitetskoordinator           | HS   | Overordnet rolle      |
| Kreftkoordinator     | Kreftkoordinator og sykepleier | HS   | Kreftkoordinator      |
| Prosesseier          | Overlege og kirurg             | HS   | Prosesseier           |
| Overlege             | Overlege ved støtte-avd.       | HS   | Jobber i forløpet     |
| Sykepleiere          | Sykepleiere                    | HS   | Jobber i forløpet     |
| Informant VV         | Kvalitetskoordinator           | VV   | -                     |
| Informant EPA        | Leder i EPA Norge og lege      | EPA  | -                     |

Tabell 2: Oversikt over intervjuobjekter

### 3.2.3 Intervjuer

Vi har valgt å innhente primærdata ved å gjennomføre dybdeintervjuer. Vi ønsket å ha en fleksibel struktur for å kunne følge opp viktige tråder som dukket opp underveis. Samtidig ville vi sørge for å dekke alle temaene vi på forhånd hadde fordypet oss i. Derfor valgte vi en semistrukturert løsning med en veiledende intervjuguide. Ved for eksempel å velge spørreskjema ville vi vært bundet til skjemaets struktur og ville derfor ikke fått muligheten til å følge opp interessant informasjon som eventuelt kom frem under intervjuet.

*“The qualitative research interview is an interview, whose purpose is to gather descriptions of the life-world of the interviewee with respect to interpretation of the meaning of the described phenomena.” (Kvale, 1983)*

### *Forberedelser til intervjuene*

Før hvert intervju hadde vi laget en intervjuguide til de ulike stillingene som intervjuobjektene hadde. Intervjuguidene var basert på teori om pasientforløp og prosessledelse, samt eventuell kunnskap om intervjuobjektets stillingsbeskrivelse, der vi visste noe om det på forhånd. Vi valgte individuelle intervjuguider, siden stillingene og ansvarsområdene varierte stort mellom intervjuobjektene (Vedlegg 2). De første intervjuene gjorde vi ved Sykehuset Østfold og intervjuguidene ble fulgt mer slavisk her enn i Helse Stavanger. Dette var fordi vi underveis i arbeidet med utredningen fikk bedre innsikt i relevante temaer, og derfor ikke trengte en like detaljert intervjuguide.

Intervjuguidene var strukturert omkring tre hovedtemaer innenfor arbeidet med standardiserte pasientforløp; prosjekt, forvaltning og deling. I *prosjekt* inngikk etablering, kartlegging og implementering av det standardiserte pasientforløpet. *Forvaltning* gikk på den daglige ledelsen og den kontinuerlige forbedringen av det standardiserte pasientforløpet. Mens det tredje og siste temaet, *deling*, handlet om hvordan de delte og innhentet informasjon fra eksterne aktører som andre sykehus, helseforetak og organisasjoner. Intervjuguidene inneholdt 20 til 30 spørsmål som var formulert på forhånd. Spørsmålene var i hovedsak åpne spørsmål med mye bruk av fraser som «kan du forklare...», «kan du gi eksempler på...» og «hvordan gjør dere...». Ved intervju av personer ved Vestre Viken og EPA brukte vi ikke intervjuguider, men vi beholdt de tre temaene og strukturerte intervjuet deretter.

### *Gjennomføring av intervjuene*

Intervjuene ble gjennomført i perioden 26. mars til 9. mai 2014. Intervjuet med kvalitetskoordinator ved Vestre Viken foregikk over telefon, mens resten foregikk ansikt til ansikt på intervjuobjektens arbeidsplass. Intervjuene varte mellom 30 og 80 minutter og ble tatt opp ved hjelp av lydopptaker. Under intervjuene hadde en intervjuer ansvar for å følge intervjuguiden og den planlagte strukturen, mens den andre hadde ansvar for å følge interessante og relevante ledetråder og ny informasjon. Intervjuet med sykepleiere ved Helse Stavanger var det eneste intervjuet der to intervjuobjekter deltok i samme intervju. Grunnen til dette var at intervjuobjektene var midt i en overlappingsprosess der den ene skulle pensjoneres og den andre skulle overta stillingen. Resten av intervjuene ble holdt med kun et intervjuobjekt. Det var ingen andre til stede under intervjuene.



---

Før selve intervjuet begynte leste vi opp en tekst der vi forklarte hensikten med intervjuet og studien generelt (Vedlegg 1). Opptak av intervjuet, anonymitet og lagring av data ble også forklart i detalj og godkjent av alle intervjuobjektene. Intervjuene begynte alltid med spørsmål om intervjuobjektet kunne fortelle litt om hvilken stilling, erfaring og utdanning de hadde. I tillegg ba vi de spesifisere hvilke(t) pasientforløp de jobbet med eller i. Dette er relevant informasjon og i tillegg vil det kanskje virke som en rolig og mindre skremmende start for intervjuobjektet. Intervjuene ble alltid avsluttet med et spørsmål om det var noe intervjuobjektet ville legge til eller utdype, slik at det ikke var viktig informasjon vi hadde unnlatt å snakke om.

Vi opplevde under intervjuene at alle intervjuobjektene forstod intervjuets formål og at de ga oss ærlige svar. Vi opplevde også at de var ganske komfortable med situasjonen og at de ikke hadde noe i mot å bli intervjuet, selv om det her var noe variasjon mellom intervjuobjektene.

### **3.2.4 Analyse av data**

Opptak fra intervjuene ble transkribert. Navn som ble nevnt i intervjuet ble utelatt fra transkriberingen og erstattet med stillingen til vedkommende. Lydfilene ble deretter slettet. Funnene i transkriberingen, som utdypes senere i oppgaven, danner grunnlaget for drøftingen.

Kvalitativ analyse er krevende siden dataene ofte er svært omfattende. Tolv transkriberte dybdeintervjuer er mange tusen ord, og ordene kan bety forskjellige ting avhengig av kontekst og begreper. For å ivareta ordenes betydning og sammenheng, er det viktig å organisere dataene før man analyser og tolker (Johannessen et al., 2011). I vår analyse kategoriserte vi først alle funnene før vi begynte å tolke og sammenlikne. Kategoriene tok utgangspunktet i teorien om prosessledelseskapasitet, men vi har lagt til en del kategorier for å dekke temaer som bakgrunn, motivasjon og realiserte effekter. Dette ble gjort for å få fokus på den informasjonen som var relevant for analysen. Den kategoriske systematiseringen kunne fulgt det samme oppsettet som intervjuguiden. Vår forståelse for temaet hadde derimot utviklet seg mellom de første intervjuene og analysen, og vi valgte derfor å strukturere analysen noe forskjellig. Kategoriene i analysen er mer konkrete og oversiktlige, noe som gjør det enklere å sammenlikne de to casene, samt å knytte dem opp mot det teoretiske fundamentet.

Analysen er todelt, en del for hver case. Her blir all informasjon fra intervjuene som vi anser som relevant for oppgaven presentert. De to intervjuene med informanter fra Vestre Viken og European Pathway Association er ikke presentert direkte i analysen. Noe av kunnskapen vi tilegnet oss her har blitt en del av det teoretiske fundamentet, oftest presentert gjennom originalkildene, mens annen kunnskap har økt vår forståelse for temaet og indirekte bidratt i drøftingen og konklusjonen.

### 3.3 Evaluering av metode

Ingen metoder er perfekte, og vår metode er intet unntak. Vi mener vi har valgt den riktige metoden i henhold til vår problemstilling, men det er allikevel viktig å være klar over metodens svakheter. Tolkingen av data er spesielt utfordrende siden helsesektoren er et ganske nytt miljø for to økonomistudenter. Vi har valgt å evaluere vår metode etter rammeverket til Lincoln og Guba (1985). De skriver om fire kriterier som kan brukes for å evaluere en kvalitativ metode: Pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet. Vi har derimot valgt å se bort fra pålitelighet, siden det er lite hensiktsmessig å bruke dette kriteriet på kvalitativ metode (Johannessen et al., 2011). Vår datainnsamling har blitt styrt av en samtale og i tillegg er våre observasjoner tydelig verdiladet og kontekstavhengige.

#### 3.3.1 Troverdighet

Troverdighet omhandler kvaliteten på innhentet data (Thagaard, 2003). Det kan være nødvendig å spørre seg selv om man måler det man tror man måler (Johannessen et al., 2011). Våre data er ment til å kartlegge arbeidet med standardiserte pasientforløp innenfor to sykehus. Derfor har det vært viktig for oss å snakke med personer fra alle nivåer, både personer som er aktivt med i utforming av forløpene og dem som kun blir påvirket av innføringen. Selv om våre intervjuobjekter har blitt plukket ut av en leder på sykehusene, noe som kan gi grunn til å hevde at intervjuobjektene har en viss grad av forutinntatthet, har vi fokusert på å hente informasjon om hva som faktisk blir gjort og ikke hva som ideelt sett burde bli gjort av tiltak på sykehusene. Vi har også poengtert det faktum at vi ikke er ute etter å avdekke «feil» eller henge ut enkeltindivider, kun å kartlegge arbeidet. Ved å stille flere av intervjuobjektene ved det samme sykehuset de samme spørsmålene, har vi fått flere like svar, noe som sikrer troverdighet. I tillegg har vår individuelt tilpassede intervjuguide økt sjansen for at vi stiller de riktige spørsmålene til de riktige rollene. Det reduserer risiko

---

for at noen svarer på spørsmål som de ikke har grunnlag for å svare på. Samtidig sørger det forhåpentligvis for at svarene er relevante for studiens formål. Flere har nevnt konkrete eksempler der det er forskjell mellom praksis og ønsket forløp, noe som styrker sannsynligheten for at svarene reflekterer virkeligheten.

Ved å ta opp intervjuene med lydopptaker og transkribere i ettertid, mener vi å kunne minimere faren for at våre egne oppfatninger påvirker dataene.

Vi er åpne for at studien kan ha en viss grad av intervjuuskjevhet. Før intervjuet ved Sykehuset Østfold visste vi mer om sykehuset og intervjuobjektene stillinger. Dette gjorde at vi var bedre forberedt til intervjuene der. Ved Helse Stavanger visste vi mindre og disse intervjuene har derfor en mer eksplorerende art. Vi er også åpne for at det har forekommet noe kognitiv skjevhet siden vi på forhånd hadde enkelte antagelser om funn. Vi kan ubevisst ha søkt etter å få støtte for disse.

### **3.3.2 Overførbarhet**

Overførbarhet handler om at tolkningen som utvikles i prosjektet kan være relevant i andre sammenhenger (Thagaard, 2003). Prosjektet beskriver en nåsituasjon innfor to case med hva som er gjort av arbeid med standardiserte pasientforløp. Det vil være feil å generalisere funnene på et nasjonalt eller et regionalt plan. Siden vi kun har snakket med personer innenfor enkelte pasientforløp, vil ikke all informasjon kunne generaliseres for sykehuset heller. Det vil også være feil å generalisere funnene i hver case over en lengre tidsperiode.

Men resultatene kan være overførbare på andre måter. Vi har analysert og systematisert våre data på en strukturert måte. Derfor mener vi å kunne peke på årsak-virkningsforhold ved flere anledninger. Det teoretiske fundamentet har også gjort oss i stand til å kunne foreslå endringer i praksis for å forbedre situasjonen. Disse funnene begrenser seg ikke bare til helsesektoren, men kan til en viss grad generaliseres andre steder der det også arbeides med prosessledelse.

### **3.3.3 Bekreftbarhet**

Bekreftbarhet er knyttet til tolking av dataene (Thagaard, 2003). En svakhet ved prosjektet er at det er stor forskjell på akademisk bakgrunn mellom forskerne og flesteparten av intervjuobjektene. Det er rimelig å anta at forskjell i tankesett, kunnskap og erfaring kan ha

bidratt til misforståelser eller mangel på forståelse. Vi må også være åpne for at vi utilsiktet kan ha tatt ting ut av sin opprinnelige kontekst.

Det en styrke at det er to forskere som gjennomfører denne studien, siden diskusjon og kritisk tenkning vil gjøre tolkninger mer objektive. Vi forsøkte å bruke så mye direkte sitater som mulig i presentasjonen av funn, dette for best mulig å kunne presentere reelle data. Gjennom analysens struktur mener vi å ha avdekket de viktigste funnene i datamaterialet.

## 4. Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil vi presentere funn fra intervjuene vi har gjennomført. Vi har valgt å presentere funnene i Sykehuset Østfold og funnene i Helse Stavanger hver for seg. Dette har vi gjort fordi de to casene er ganske ulike i måten de arbeider med standardiserte pasientforløp. Funnene er delt inn i motivasjon og bakgrunn for arbeidet, organisasjonsspesifikke forhold, prosess-spesifikke forhold, effekter, og planen fremover. Etter hvert av disse delkapitlene følger en tabell med oppsummering av funn. Etter at funnene fra begge sykehus er presentert vil vi gi en kort felles oppsummering.

### 4.1 Funn fra Sykehuset Østfold

Ved Sykehuset Østfold gjennomførte vi fem intervjuer. Intervjuobjektene var alle involvert i arbeidet med standardiserte pasientforløp, og to av intervjuobjektene hadde også roller i flere standardiserte pasientforløp. Flere av intervjuobjektene hadde jobbet med forskjellige prosjekter for standardisering av pasientforløp. Intervjuene ble gjennomført over to dager. Dag en intervjuet vi først prosessdirektør og deretter en prosessveileder og en prosesseier. Dag to intervjuet vi en sykepleier som til daglig jobber i et pasientforløp som er standardisert, og som hadde deltatt i prosjektet med å standardisere pasientforløpet. Til sist intervjuet vi nok en prosessveileder.

Prosessdirektøren har det overordnede ansvaret for arbeidet med standardiserte pasientforløp og prosesser ved Sykehuset Østfold. Prosessveilederne har lang erfaring, og har bistått i utvikling av flere forløp. Prosesseier har ansvar for utforming og forvaltning av to standardiserte pasientforløp. I intervjuene har vi forsøkt å fokusere på generelle faktorer ved arbeidet som gjøres ved Sykehuset Østfold, men enkelte ganger belyser vi dette med eksempler fra enkeltforløp.

#### 4.1.1 Motivasjon og bakgrunn for arbeidet

Arbeidet med standardiserte pasientforløp i Sykehuset Østfold ble startet allerede tidlig på 2000 tallet (Heljesen, 2007), med varierende hell. Da ble det utarbeidet standardiserte pasientforløp for å tilfredsstille direktøren. Noen av disse forløpene ble tatt i bruk, mens andre ble «sovende» forløp. Suksess var i stor grad avhengig av om ledelsen i avdelingene

støttet arbeid med standardiserte pasientforløp. På grunn av dette er det fortsatt forskjeller på hvor langt man har kommet med arbeidet i dag. Prosessveileder A forklarer:

*«I enkelte deler av sykehuset er det jobbet med prosesser og standardiserte pasientforløp lenge, mens andre er i startgropa i prosessarbeidet.»*

I Helse Sør-Øst er det flere prosjekter der standardiserte pasientforløp inngår. Digital fornying, Glemt av sykehuset, I trygge hender (Pasientsikkerhetsprogrammet), Kvalitet i helsetjenesten og Behandlingslinjer er alle prosjekter som Helse Sør-Øst har gående eller deltar i, og som i noen grad omfatter standardiserte pasientforløp. Prosjektet Behandlingslinjer er et prosjekt internt i Helse Sør-Øst der det jobbes med å utarbeide felles metodikk, opplæring av prosessveiledere og nettverk for deling av kunnskap mellom helseforetakene i regionen (Akershus Universitetssykehus, 2012).

Ledelsen ved Sykehuset Østfold uttaler at den tradisjonelle linjeorganisasjonen har utfordringer med å ivareta pasientens gang gjennom sykehuset. I dag er det en prosessdirektør som fronter arbeidet med standardiserte pasientforløp ved Sykehuset Østfold, noe sykehuset er alene om i norsk sammenheng. Bestillingen, som er gitt fra ledelsen, er at pasientforløp i Sykehuset Østfold skal kartlegges og beskrives, og helst forbedres. Å kartlegge prosessene er første steg i å kunne styre dem. Prosessdirektøren forklarer:

*«Det har vært en rivende medisinskfaglig utvikling(...)Legefaget blir mer fragmentert og vi ser at pasientbehandlingen står i fare for også bli veldig fragmentert. Vi ser det er behov for noe som binder dette i mye større grad sammen og da er jo prosessparadigme en måte og tenke dette på. En helt vanlig pasient som kommer inn kan møte 10-12 avdelinger med sine lederstrukturer, og vi ser at i overgangene her er det mye som svikter.»*

Selv om ledelsen i Østfold ønsker å lede prosessene, så er det ikke det i seg selv som motiverer de ansatte til å utarbeide standardiserte pasientforløp. Det kom tydelig frem at pasientens beste er det som står i fokus i hverdagen hos de ansatte, og at det er hovedmotivasjon for arbeidet med standardiserte pasientforløp. Våre intervjuobjekter la alle vekt på at en behandling støttet av et standardisert pasientforløp kan styrke pasientsikkerheten ved å gi forutsigbarhet både for pasienter og ansatte. Prosesseier så standardiserte pasientforløp som et verktøy for å bli enige om en medisinsk og organisatorisk beste praksis for å øke kvaliteten. Andre så standardiserte pasientforløp som et opplæringsverktøy for ansatte. Prosessveileder B uttaler:

«Jeg tenker det styrker pasientsikkerheten hvis vi bruker det til opplæring. Da har man en veiledning for hvordan jeg som fagperson skal kunne håndtere pasientene og da er det en trygg måte å gjøre det på.»

Å flytte inn i nytt sykehus på Kalnes, mellom Sarpsborg og Fredrikstad, trigger arbeidet med standardiserte pasientforløp ekstra. Både prosessdirektør og de andre intervjuobjektene fokuserte på at arbeidet som gjøres med standardiserte pasientforløp i stor grad er knyttet til innflytting i nytt sykehus. Ved det nye sykehuset skal det være fokus på prosessstakegang. Det å vite at man snart skal flytte inn i et nytt sykehus hvor det skal ledes på prosesser, later til å gi ekstra motivasjon for arbeidet med standardiserte pasientforløp.

|  |  |
|--|--|
| <b>Motivasjon og bakgrunn for arbeidet</b> | <p>Nasjonalt fokus på pasientsikkerhet og kvalitet, samt satsing på behandlingsforløpsprosjekt i HSØ.</p> <p>Behov for å gjøre sykehuset mindre fragmentert.</p> <p>Pasientsikkerhet er stor motivasjon for de ansatte til å jobbe med standardiserte pasientforløp.</p> <p>Utbygging av nytt sykehus på Kalnes trigger arbeidet ekstra.</p> |
|--|--|

Tabell 3: Oppsummering av motivasjon og bakgrunn for arbeidet i Sykehuset Østfold

#### 4.1.2 Organisasjonsspesifikke forhold

##### *Kultur*

Prosessdirektør forteller at det har skjedd en gradvis endring blant ledelsen på avdelingsnivå, der de blir mer åpne for å se pasientens gang gjennom hele sykehuset, istedenfor kun å se pasientens gang i egen avdeling. Fortsatt er avdelingene den fremtredende ledelsesveien, men det er etablert standardiserte pasientforløp som går på tvers av sykehusets avdelinger. Blant avdelingsledere er det forståelse for at standardiserte pasientforløp blir viktigere for styring av sykehuset i tiden som kommer. Våre intervjuobjekter uttalte at et pasientforløp er det som skjer fra hjem til hjem. Det vil si fra pasientens møte med helsevesenet når symptom oppstår, til behandling og restitusjon er gjennomført. Dette er et helhetsperspektiv som minner om prosessledelse. Når det gjelder standardiserte pasientforløp så er fokuset det samme, men i arbeidet med dem klarer man ikke alltid å ha et like helhetlig perspektiv. Prosesseier forklarer:

*«Vi har et perspektiv som går fra pasienten kommer inn på sykehus til den er ferdig på kontroll, men egentlig skulle vi gjerne ha fått med oss det som skjedde fra pasienten ble dårlig ut i primærhelsetjenesten (...) Jeg tror ikke det er å legge ambisjonsnivået for høyt å få med primærhelsetjenesten.»*

Fra de faglige ansatte er det et ønske om å få med fastlegene i de standardiserte pasientforløpene. Samarbeid med primærhelsetjenestene er vanskelig fordi det er mange aktører og dårlig tilrettelagt for samhandling. Til tross for Samhandlingsreformen er det ikke lagt godt nok til rette for samarbeid i praksis. I arbeidet med standardiserte pasientforløp fokuserer prosjektene på det de enklere kan gjøre noe med, som er etter at pasienten har kommet inn i sykehuset. Prosessveilederne, som har vært med på arbeidet med standardiserte pasientforløp helt fra starten, forteller at det internt i Sykehuset Østfold er store forskjeller på synet på standardiserte pasientforløp. Selv om våre intervjuobjekter har en felles forståelse for hva standardiserte pasientforløp er, må det ses i sammenheng med at de alle har deltatt i arbeidet med disse. Sykepleieren fortalte at utviklingsarbeidet tar mye tid og ressurser, som heller kunne blitt brukt på pasientbehandling. Sykepleier hadde ingen rolle i selve forvaltningen, og da er det heller ikke så lett å se at det arbeidet som gjøres, ikke kun gjøres for å bedre pasientforløpet nå, men tilrettelegge for ledelse og kontinuerlig forbedring. Etter at ledelsen i Sykehuset Østfold valgte å fokusere på prosesser og standardiserte pasientforløp, er det tydelig at det er en ambisjon at de standardiserte pasientforløpene skal følges opp kontinuerlig og brukes som et verktøy for styring og forbedring. Prosesseier utdyper:

*«Selve utarbeidelsen av forløpet er bare starten av jobben.»*

### **Ledelse**

For å fronte arbeidet med prosesser og standardiserte pasientforløp er det utnevnt en egen prosessdirektør. Stillingen er unik i norsk helsevesen og ble opprettet i 2012. I tillegg til å ha en prosessdirektør er det utdannet prosessveiledere som støtter arbeidet med standardiserte pasientforløp. Prosessdirektøren har ansvar for alt som heter prosessforbedring. En viktig oppgave prosessdirektøren har er å ha kontroll på de forskjellige prosessene og grenseflatene mellom prosesser og standardiserte pasientforløp. Endring av en pasientbehandling kan ha konsekvenser i avdelinger tilknyttet behandlingen og for tilstøtende prosesser. Prosessdirektøren har ansvar for at nødvendige tilpasninger skjer og helheten opprettholdes. I tillegg er prosessdirektøren opptatt av hvordan IKT understøtter prosessene, og at endringer



---

av de standardiserte pasientforløpene må understøttes av IKT. Prosessdirektøren uttaler at IKT i Sykehuset Østfold er vanskelig å forholde seg til fordi det er mange ulike systemer, og utdyper:

*«Vi kan ikke drive som vi alltid har gjort at vi endrer en arbeidsprosess og tror at alt er greit, for da får det konsekvenser for tre fire andre IKT-systemer og vice versa.»*

Intervjuobjektene stilte seg positivt til å ha en som er ansvarlig for å fronte prosessene og arbeidet med standardiserte pasientforløp. Prosessveilederne forteller at prosessdirektøren har bidratt til å systematisere arbeidet med standardiserte pasientforløp og prosesser. Prosessdirektøren utdyper:

*«Jeg tror måten vi er organisert på, med en egen prosessdirektør og oppfølging av prosesseiere som følges opp i et system, kan hjelpe oss å få genuint interesserte prosesseiere som følger opp prosessene på eget initiativ.»*

Prosessdirektøren fronter også standardiserte pasientforløp utenfor Sykehuset Østfold, og har jevnlig møter med pasient- og brukerutvalget til sykehuset. I disse møtene presenteres status på hvor langt de har kommet i arbeidet med å utarbeide standardiserte pasientforløp, og hvilke forløp det planlegges forløpsprosjekter for. I tillegg kan pasient- og brukerutvalget komme med innspill om hvilke behandlinger de mener har svakheter.

Prosessveilederne har fått spesialopplæring i kvalitetsarbeid og Sykehuset Østfold sin metode for standardiserte pasientforløp. I tillegg til internopplæring, var begge prosessveilederne vi pratet med involvert i Helse Sør-Øst sitt opplæringsprogram for prosessveiledere. Prosessveiledernes hovedoppgave er å støtte prosesseier og prosjektgruppen i standardisering av pasientforløp. Rollen skal sikre at kartlegging, utforming, visualisering og implementering er i henhold til sykehusets metodikk. En av oppgavene er å hjelpe gruppene med å visualisere forløpene i Visio. Rollen som prosessveileder er en slags internkonsulent. Prosessveilederne vi pratet med har sykepleierfaglig bakgrunn med organisasjon- og ledelsesutdanning på toppen. Å være prosessveileder er ikke nødvendigvis noen 100 % stilling. Man blir lånt ut som ressursperson når det er prosjekter som trenger det, og man kan fungere som sykepleier i tillegg.

### *Organisering/styring*

I følge prosessledelseslitteraturen kan man opprette et prosess-senter for å lede bedriftens prosesser (Iden, 2013). I Sykehuset Østfold har vi ikke fått vite om de har noe slikt, men det inngår i prosessdirektørens rolle å ha oversikt over grenseflatene til standardiserte pasientforløp og hvordan de henger sammen. Til dette har de støtte av dataprogrammet *Troux*. Prosesseierne er underlagt prosessdirektøren, og rapporterer status på prosessene hver 3. måned.

### *Opplæring / kompetanse*

Tankesettet til de ansatte ved Sykehuset Østfold har endret seg noe gjennom opplæring og arbeid med standardiserte pasientforløp, og det frigjøres ressurser til arbeidet. Det er lagt godt til rette for å bygge kompetanse, gjennom valg av egen metodikk for utvikling av standardiserte pasientforløp, og støtte fra prosessveiledere for å følge metodikken i gjennomføringen av forløpsprosjekter. Det er også gjennomført opplæring av utvalgte grupper. Prosessdirektøren forteller at alle avdelingssjefer har fått en presentasjon av hva prosesser og standardiserte pasientforløp er, hva de handler om og hvordan man utvikler dem. Prosessveilederne har fått en gjennomgående opplæring i bruk av pasientforløpsmetodikk og verktøy. Flere av disse hadde kunnskaper om dette på forhånd. Prosessveilederne forteller at de har bidratt til å utvikle internutdanningen av prosessveiledere ved Sykehuset Østfold, og til å utdanne prosessveiledere i Helse Sør-Øst. Prosessveileder A forteller:

*«Vi har laget en egen internutdanning på det, som vi har kjørt en gang. Og så har Helse Sør-Øst hatt en utdanning der jeg har vært med og bidratt.»*

Prosesseierne får en introduksjon i metodikken for standardiserte pasientforløp i Sykehuset Østfold når de blir valgt ut til å være prosesseiere og et forløpsprosjekt starter. Prosesseieren vi intervjuet forteller at han har drevet egenstudie for å få bedre forståelse for ledelse av prosesser. Han har også holdt foredrag for legene han har personalansvar for, siden de ikke har fått egen opplæring i standardiserte pasientforløp. Dette har skjedd på prosesseiers eget initiativ, men alle prosesseiere er ikke nødvendigvis like dedikerte. Nyansatte får, i forbindelse med oppstart, en innføring i metodikk for standardiserte pasientforløp og hvordan arbeidet med standardiserte pasientforløp er organisert i Sykehuset Østfold. Ansatte som ikke inkluderes i prosjektene med standardiserte pasientforløp vil ikke få noen opplæring. Sykepleieren vi intervjuet hadde mottatt minst opplæring av dem vi pratet med i

Sykehuset Østfold. Vårt inntrykk er at ansatte som ikke deltar i prosjektene, men til daglig jobber med pasientbehandlingen, har minst forståelse for viktigheten av standardiserte pasientforløp og prosesser.

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>Kultur</b>                  | <p>Pasientforløp er både et verktøy for forbedring av enkeltforløp og en måte å tilrettelegge for ledelse.</p> <p>Avdelingsledere har forståelse for viktigheten av å knytte behandlingen sammen med standardiserte pasientforløp.</p> <p>Hjem-til-hjem perspektiv på pasientforløp, men forskjell mellom dette perspektivet og hvor brede de standardiserte pasientforløpene blir i praksis.</p> |
| <b>Ledelse</b>                 | <p>Egen prosessdirektør med ansvar for å fronte og styre arbeidet med standardiserte pasientforløp og prosesser.</p> <p>Toppledelsen ønsker å styre prosessene.</p>   |
| <b>Organisering og styring</b> | <p>Prosesseiere som jevnlig rapporterer til Prosessdirektør.</p>  |
| <b>Opplæring og kompetanse</b> | <p>Det gjennomføres opplæring i prosess og pasientforløp for avdelingsledere, prosesseiere og nyansatte.</p> <p>Internopplæring for prosessveiledere.</p> <p>Prosjektene gjennomføres etter sykehusets metodikk.</p> <p>Støtte fra prosessveiledere i gjennomføring av prosjekt.</p>  |

Tabell 4: Oppsummering av organisasjonsspesifikke forhold i Sykehuset Østfold

### 4.1.3 Prosess-spesifikke forhold

#### *Prosesseier*

Prosesseier er gjerne en seksjonsoverlege, seksjonsleder, eller en fagperson som nyter stor respekt blant de ansatte gjennom å ha god faglig kunnskap. Prosesseieren vi intervjuet var seksjonsleder og overlege, i tillegg til å være prosesseier. Det virker som faglig kompetanse og autoritet blant de ansatte er viktige egenskaper når prosesseier velges i Sykehuset Østfold. Prosessveiler A utdyper:

*«Ofte så har vi jo den legen med størst autoritet, eller så får vi jo ikke implementert det. Setter vi noen som ikke har autoritet til å gjøre det, så vil ikke de andre legene bruke det. Du må ha legitimitet i forhold til faget. Du må være faglig flink.»*

I utviklingen av forløpene er fagkompetansen til prosesseier vesentlig, men i forvaltningen kunne kanskje andre hatt hovedansvaret. Det ser ut til å være vanlig, både innen helsevesenet og andre kompetansebedrifter, å ha fagspesialister i lederstillinger.

Prosesseier er sentral i både utforming og forvaltning av de standardiserte pasientforløpene. I utformingen av forløpet er prosesseieren det faglige alibiet og sørger for at den medisinske kvaliteten i forløpene er etter beste medisinske praksis. Prosesseier har god støtte i dette arbeidet av prosessveileder, som kjenner prosjektmetodikken, verktøyene og teknikker for utvikling av standardiserte pasientforløp godt. Prosesseier har et ansvar for å følge opp det standardiserte pasientforløpet og sørge for at det blir implementert, etterlevd og fulgt opp. I forvaltningsarbeidet inngår innhenting og tolking av dataene fra målepunktene i prosessen. Det er utarbeidet klare mål for prosessene. Prosesseieren forteller at i hans tilfelle er det en glidende overgang mellom rollen som prosesseier og rollen som seksjonsleder. En forvaltningsoppgave kan falle inn under begge rollene. Prosesseier forklarer:

*«Hvis vi får klagesaker for pasienter som er operert eller vurdert for operasjon, så behandler jeg de klagesakene i min kapasitet som leder av den seksjonen (...) I form av stillingen som seksjonsleder ligger ansvaret uansett hos meg, enten jeg hadde vært prosesseier eller ikke.»*

Som prosesseier i Sykehuset Østfold styrer man et standardisert pasientforløp på tvers av avdelinger. Det kan da oppstå konflikter, siden endring ett sted i prosessen kan gi behov for endring i en annen avdeling som forløpet berører. Myndigheten til prosesseier ut i organisasjonen oppleves litt utydelig av prosesseier selv. Siden forløpene han forvalter har vært operative i så kort tid, har ikke prosesseiers myndighet blitt testet ut i praksis. Prosesseieren vi snakket med opplevde god støtte og oppfølging fra ledelsen, og mulighet for å eskalere problemer om nødvendig. Dette støttes av prosessdirektør som sier:

*«Blir det noen problemstillinger knytta til i avdelingene så løfter de det til meg så tar jeg det med den andre avdelingen.»*

### ***Utvikling av standardiserte pasientforløp***

Kartlegging og utforming av standardiserte pasientforløp foregår i prosjekt. Prosjektet styres av et tverrfaglig prosjektteam. Prosesseier, som er den medisinskfaglige spesialisten, er leder for prosjektet, men med god støtte fra en til to prosessveiledere som hjelper til å gjennomføre prosjektet etter Sykehuset Østfold sin metodikk for standardiserte pasientforløp og prosesser. De som kjenner forløpet og pasientgruppen skal være med, og avdelingsledelse inkluderes også ofte i prosjektteamet. Prosesseier forteller:

---

*«Vi startet med et ganske bredt tverrfaglig møte hvor prosessdirektør hadde innkalt både avdelingsjef, og en del fagpersoner, sykepleier fra akuttmottaket, en sykepleier fra operasjonsavdelingen og undertegnede.»*

Å inkludere mange deltakere er med å skape eierskap til prosjektet. Det sørger for at implementeringen går lettere. Det er et fokus i Sykehuset Østfold på at prosjektarbeidet skal ha sterk medarbeider- og pasientinvolvering. Underveis i arbeidet inviteres medarbeidere, som er involvert i behandlingen som det standardiserte pasientforløp skal støtte, til å delta i kartlegging av nåsituasjonen, og til å komme med innspill til nytt standardisert pasientforløp. Pasienter, sykepleiere og leger kan alle ha ulike oppfatninger om hva kvalitet er. Det å inkludere representanter fra forskjellige roller som er involvert i pasientforløpet gjør at man får kartlagt hva de forskjellige interessentene anser som viktig for kvaliteten. Dette er i tråd med 7-phases metodikken. Hvorvidt pasientene involveres er avhengig av hvorfor man utvikler et standardisert pasientforløp. Om det utarbeides fordi to legegrupper ved sykehuset krangler om behandlingsmetode, inkluderes pasientrepresentanter etter at spørsmålet om behandling er avklart. Prosessveileder A utdyper.

*«Ved interne konflikter om valg av behandling eller interne samarbeidsproblemer er det ikke hensiktsmessig å ha med pasientrepresentant. Dynamikken i gruppa forandrer seg når pasienter deltar på møtene.»*

Det er ledelsen, gjennom prosessdirektøren, som beslutter hvilke pasientforløp som skal standardiseres, ofte etter tips fra ansatte nedover i organisasjonen. Kriterier for å gå i gang med arbeidet er høyt pasientvolum, åpenbare svakheter i behandlingen, eller at pasientforløpet er av strategisk betydning. Utvalget gjøres for å få størst mulig nytteeffekt. Dagens pasientforløp kartlegges i workshop med representanter for forskjellige roller, og prosessveileder tegner ned forløpet i Visio. Hensikten er å få oversikt over pasientforløpet og enes om hvordan man gjør det i dag. Prosessveilederne forteller at det ofte er slik at de som deltar i kartleggingen får en aha-opplevelse, fordi det er første gang de virkelig ser hva de gjør i dag og hvordan det påvirker de andre i prosessen. Alle delprosessene og faktorene som påvirker pasientforløpet identifiseres, og deretter måles hva som brukes av tid og ressurser på de forskjellige aktivitetene. Dette kan minne om *Value stream mapping* som man finner i Lean.

Når dagens pasientforløp er kartlagt legges det mye arbeid i å inkludere medisinsk beste praksis. Innen flere diagnoser eksisterer det nasjonale guidelines som setter strenge retningslinjer for hvilke aktiviteter som skal inngå i behandlingen. Typen forløp, eksisterende praksis og hvilke utfordringer man ønsker å løse, er førende for hvor dypt man går inn i den faglige evidensen. Prosessveileder B forteller:

*«Prosesseierne er fagfolk som er veldig opptatt av innhenting av faglig evidens. I de fleste diagnoser finnes det både nasjonale og internasjonale guidelines. Dette linkes alltid til forløpene når det er tilgjengelig.»*

På helsebiblioteket.no kan man finne forløp som er utviklet i andre helseforetak, og begge prosessveilederne forteller at det hender de er i kontakt med andre sykehus og lærer om hvordan de har organisert et forløp der. Ofte har legene jobbet andre steder, hvor de har jobbet på en annen måte, og så lærer man av det. Sykepleieren forteller at i forbindelse med forløpsprosjekt for behandlingen av brystkreft har hatt besøk fra Oslo Universitetssykehus. Representantene fra Oslo Universitetssykehus presenterte et nytt standardisert pasientforløp for brystkreft som nylig ble implementert der. Til tross for at sykepleieren var veldig imponert over det standardiserte pasientforløpet vil det trolig ikke bli implementert ved Sykehuset Østfold. Prosessveileder A forklarer:

*«Vi kan stort sett ta blåkopi, men noen organisatoriske tilpasninger må gjøres. Da må vi jobbe spesielt med forankringen (...) Selv om et standardisert pasientforløp er bygget på beste evidens så må det innom hver enkelt doktor for å få dem til å tro på det.»*

Både prosessdirektør og prosessveilederne forteller at implementering er vanskeligere, og etterlevelse dårligere, når et standardisert pasientforløp ikke er utviklet lokalt. Da blir ikke det nye forløpet forankret godt nok i organisasjonen. Oslo Universitetssykehus har tilgang på røntgenressurser som de ikke har ved Sykehuset Østfold. Både forskjeller i ressurser, og vanskeligheter med implementering gjør at det er behov for lokal tilpasning og forankring.

En innvending mot standardiserte pasientforløp er at de ikke tar hensyn til individuelle forskjeller mellom pasientene. I utarbeidelse av standardiserte pasientforløp ved Sykehuset Østfold er det fokus på at man skal ivareta individuelle forskjeller mellom pasienter. Dette gjøres gjennom å modellere aktiviteter som gir rom for vurdering. Målet er ikke å fjerne individuell variasjon, men uønsket variasjon i behandlingen. Prosesseier forteller:

---

*«Det viktigste er at man ikke må være for rigid i selve tegningene på en måte at vi låser oss til det. Det må være rom for vurdering. Ikke alle skal gjennom alle aktivitetene, og her krever det gode vurderinger fra det medisinske personellet. Vi mennesker er ikke like og medisinske tilstander kan være ganske forskjellige.»*

Målepunkter i forløpet utarbeides. Disse er diagnosespesifikke, og varierer fra forløp til forløp. Prosesseier, prosessveileder og prosessdirektør påpekte at det er store utfordringer med utforming av gode mål, fordi det er vanskelig å finne riktige indikatorer. Ofte ender de standardiserte pasientforløpene med mål som er enkle å måle fremfor det som er riktig å måle.

Implementeringen er den fasen, sammen med forvaltning, man ser på som vanskeligst. De har observert noen suksessfaktorer som stemmer godt med teorien på området. En sterk prosesseier med respekt blant de ansatte er vesentlig. Ansattes eierskap til det standardiserte pasientforløpet bygges gjennom involvering i forløpsprosjektene, og gjør implementeringen lettere. Prosesseier forteller:

*«For det første så tror jeg implementeringsprosessen starter allerede når man utformer pasientforløpene, når man involverer representanter for faggruppene som blir berørt og innhenter synspunkter.»*

Når implementering og eierskap starter tidlig, blir det å ta i bruk forløpet enklere. Når et nytt standardisert pasientforløp er utarbeidet presenteres det for ledelsen ved Sykehuset Østfold, og det legges ut på Internett og intranett. I tillegg holdes det fellesmøter med presentasjon av hele forløpet. Det informeres også via epost. Prosesseier utdyper:

*«Vi har hatt et foredrag for legene på kirurgisk avdeling om det nye pasientforløpet og så er alt sendt ut i til alle på epost. Men som alltid på sykehus, det å sende ting ut på mail og forvente at nå er det spikret, det fungerer ikke nødvendigvis altså.»*

Dokumentering av forløpene skjer underveis i utvikling av nye standardiserte pasientforløp. Det at prosessveilederne følger opp og støtter prosesseier i modellering av nytt forløp, sørger for at det blir veldokumentert og etter sykehusets teknikker. Forløpene legges i kvalitetssystemet og blir da tilgjengelig for alle ansatte. De deles også på helsebiblioteket.no.

### *Forvaltning av standardiserte pasientforløp*

Forvaltningsarbeidet går ut på å ta ut data fra målepunktene og analysere disse ved bruk av statistisk prosesskontroll. Analysene kan brukes for å se hvordan det standardiserte pasientforløpet presterer i forhold til definerte mål, om det er avvik, og til å gjøre små tiltak for å justere det. Prosesseier fortalte at han ser på data fra målinger ukentlig, og at han rapporterer til prosessdirektør hver 3. måned. Han forteller:

*«Jeg bruker ikke mange minuttene pr uke på min rolle som prosesseier. Det jeg gjør er at jeg går inn og ser på disse datasettene som jeg får, og ser om jeg kan se noen trender. Men foreløpig er ikke det så veldig lett siden vi ikke har holdt på så veldig lenge.»*

Det er et ønske å måle pasienttilfredshet i hvert enkelt pasientforløp, men det gjøres ikke i dag. Det gjøres enkelte pasienttilfredshetsundersøkelser, men de gir dårlige indikatorer på hva som kan gjøres på forløpsnivå. Prosesseier påpeker at subjektiv kvalitet er vanskelig å forholde seg til. Ofte kan fagfolkene være fornøyd med den medisinske jobben som er gjort, men likevel opplever man at pasienten ikke er tilfreds fordi pasienten hadde for høye forventninger i utgangspunktet. Pasientens forventning kunne da vært justert tidlig i forløpet gjennom god informasjon. Prosesseier forteller:

*«Det er klart at det kliniske resultatet er nok til syvende og sist det som betyr noe for pasientens prognose, men pasienttilfredshet er viktig.»*

Flere av intervjuobjektene påpekte at Sykehuset Østfold generelt ikke er flinke nok til å synliggjøre resultatene. Som et svar på det, har man i enkelte deler av sykehuset innført måltavler fra Lean. Disse synliggjør resultatene av de standardiserte pasientforløpene, og gjør det enklere å følge dem opp tettere. De forløpene som blir etterlevd har prosesseierer som synliggjør resultatene.



|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Prosesseier</b> | <p>Fremtredende innen faget, og respekt blant legene.</p> <p>Sentral i utforming av standardisert pasientforløp. Er det faglige alibiet.</p> <p>Ansvar for implementering, bruk og etterlevelse og oppfølging av forløpet.</p> <p>Det er noe uklart hvilken myndighet prosesseieren har utover sin vanlige stilling, men man opplever støtte fra ledelsen.</p>   |
| <b>Prosjekt</b>    | <p>Valg av prosjekt er basert på høyt pasientvolum, åpenbare svakheter i behandlingen, eller prosess med strategisk betydning.</p> <p>Egenutviklet metodikk, likner på 7-phases.</p> <p>Tverrfaglige prosjektteam der prosessveileder er sterkt inne.</p> <p>Involvering av ansatte for å skape eierskap.</p> <p>Fokus gjennom hele prosjektet på å skape eierskap, slik at et standardisert pasientforløp blir implementert på en god måte, og etterlevd.</p> |
| <b>Forvaltning</b> | <p>Hente ut data fra målepunkter, og analysere ved bruk av statistisk prosesskontroll.</p> <p>Rapport til prosessdirektør hver 3. måned.</p> <p>Prosesseiers forvaltningsoppgaver glir inn i oppgaver som hører til rollen som seksjonsleder.</p> <p>Det etterlyser måling av pasienttilfredshet på forløpsnivå.</p>   |

*Tabell 5: Oppsummering av prosess-spesifikke forhold i Sykehuset Østfold*

#### 4.1.4 Effekter

Prosesseier kunne ikke peke på spesifikke effekter av de standardiserte pasientforløpene han forvalter fordi de ikke har vært operative lenge nok. Prosessdirektøren fortalte at på enkelte standardiserte pasientforløp har de sett gode resultater. Flere steder har de fjernet dobbeltarbeid og kuttet ned ventetider. Når det gjelder kronikere forventes det et redusert antall reinnleggelse. For pasienter med hjerneslag har overlevelse økt etter at det ble innført et standardisert pasientforløp. Dette er i tråd med effektene presentert i kapittel to.

Sykepleier fortalte om bedre informerte pasienter, mer forutsigbar behandling og bedre samhandling blant medarbeiderne etter at et standardisert pasientforløp for en kreftdiagnose ble implementert. Et tiltak som ble gjennomført var å samlokalisere alle faggruppene som er involvert i pasientforløpet i et eget diagnosesenter. I utviklingen av dette forløpet har pasientene gitt gode innspill, noe som blant annet har redusert tiden fra prøvetakning til svar på prøve. Effektene sykepleieren ser måles ikke, men de som jobber i behandlingen til daglig merker dem.

|          |   |
|----------|---|
| Effekter | Fjernet dobbeltarbeid og redusert ventetider.   |
|          | Opplevelse av bedre informerte pasienter, mer forutsigbar behandling og bedre samhandling, uten at dette måles. |
|          | Andre forløpsspesifikke effekter, som redusert dødelighet.  |

Tabell 6: Oppsummering av effekter i Sykehuset Østfold

#### 4.1.5 Planen fremover

I forhold til det nye sykehuset har man kommet sent i gang med kartlegging og utvikling av standardiserte pasientforløp. Informantene uttaler at det hadde vært ideelt å ha alle prosessene kartlagt og optimalisert slik at designet av det nye sykehuset kunne basert seg på pasientforløpene. Når det gjelder antall forløpsprosjekter har de derfor ikke kommet så langt som de skulle ønske, men de prosjektene som gjøres er gode. Planen fremover er å fortsette arbeidet med å gjennomføre kartlegging- og utviklingsprosjekter og bygge prosessledelseskapasitet slik de har gjort til nå. De vil også delta mer aktivt i behandlingslinjeprosjektet i Helse Sør-Øst, men det blir ikke før man har flyttet inn i det nye sykehuset. Før innflytting skal flere forløp kartlegges og utformes, og etter innflytting ønsker prosessdirektør å lede prosessene. Prosessdirektør forklarer planen fremover:

*«I det nye sykehuset skal det jobbes for å sikre at eksisterende forløp holder seg ved like. Det skal også settes prosesseiere på flere store tverrgående prosesser for å sikre at slikt som legemiddelhåndtering, blodprøvetaking og andre logistikksaker går riktig for seg.»*

|                 |  |
|-----------------|--|
| Planen fremover | Ambisjon om å lede prosessene.   |
|                 | Fortsette arbeidet med kartlegging og utvikling av standardiserte pasientforløp, og sørge for at eksisterende forløp holdes vedlike. |
|                 | Sette prosesseiere på store tverrgående prosesser.   |

Tabell 7: Oppsummering av planen fremover med standardiserte pasientforløp i Sykehuset Østfold

## 4.2 Funn fra Helse Stavanger

Hos Helse Stavanger gjennomførte vi fem intervjuer med totalt seks intervjuobjekter. Alle ble intervjuet med utgangspunkt i det samme standardiserte pasientforløpet, der alle var involvert på en eller annen måte. Pasientforløpet gjelder for en diagnosegruppe med en bestemt type kreft. Det første intervjuet var med vår kontaktperson på sykehuset,

---

kvalitetskoordinatoren ved en av sykehusets divisjoner. Hun er også sykepleier, men med etterutdanning innen ledelse og kvalitetsarbeid. Det neste var med to sykepleiere på en sengepost. Det tredje intervjuet var med prosesseier for det standardiserte pasientforløpet, som også hadde roller som seksjonsoverlege og kirurg i forløpet. Det fjerde intervjuet var med en kreftkoordinator som også var sykepleier. Det femte og siste var med en seksjonsoverlege ved en avdeling som har en støttefunksjon i pasientforløpet, en rolle vi her velger å kalle overlege.

Kvalitetskoordinatoren har en overordnet og tilretteleggende rolle for arbeidet med standardiserte pasientforløp, mens det er prosesseieren som har ansvaret for selve utformingen av det. Det er riktignok slik at prosesseier ikke er en offisiell tittel på rollen. Likevel har vi valgt å bruke prosesseiertittelen siden arbeidsoppgavene og ansvarsområdene til rolleinnhaver har flere likhetstrekk med prosesseierrollen i teorien. Vi mener dette er akseptabelt siden Iden (2013) forklarer at mange norske bedrifter har prosesseiere, uten at tittelen nødvendigvis brukes. De andre rollene arbeider i forløpet, men de har ikke vært direkte med i utformingen av det, og de har ikke noe ansvar for forvaltningen.

Det standardiserte pasientforløpet som våre intervjuobjekter er tilknyttet er et av de som har vært vellykket implementert. Vi har forsøkt å fokusere mindre på forløpsspesifikke detaljer, og mer på organisatoriske faktorer som kan generaliseres for hele helseforetaket. Men ikke alle detaljer lar seg generalisere på organisasjonsnivå.

#### **4.2.1 Motivasjon og bakgrunn for arbeidet**

Helse Stavanger, som i hovedsak administrerer Stavanger Universitetssykehus, satte seg i 2011 som mål å finne de 50 mest vanlige pasientforløpene, og kartlegge dem. Hensikten var å legge et fundament for en kunnskapsbasert praksis, samt å øke forutsigbarheten til ansatte og pasienter (Sørbø, 2011). Derfor fikk alle sengeposter beskjed om å lage sine egne forløp. Kvalitetskoordinator utdyper:

*«I Helse Sør-øst og andre plasser så har de jo begynt før oss og hatt store prosjekter på dette. Vi ville prøve det på en litt annen måte her.»*

Målet om 50 pasientforløp i 2011 ble ikke nådd. Det spekuleres i om målet var urealistisk høyt. Det kan det hende det var, siden det ikke var satt av nok ressurser og tid til arbeidet. Kvalitetskoordinator forklarer:

*«Det som har vært vanskelig i forhold til dette er at bestillingen gikk ut til legene. Det var de som skulle jobbe med sitt pasientforløp. Det var ikke frigjort tid og det var ikke utarbeidet en god plan for hvordan man skulle gjøre det.»*

Siden det ikke var frigjort noe tid, har arbeidet med standardiserte pasientforløp variert veldig mellom de ulike avdelingene på sykehuset. De legene som hadde mest engasjement og som trodde mest på standardiserte pasientforløp, var sannsynligvis de som gjorde mest arbeid med kartleggingen også. Selv om målet ikke ble nådd har arbeidet fortsatt og vi har i denne oppgaven fokusert på hvordan arbeidet har utartet seg etter 2011.

Bestillingen som kom fra ledelsen ved Helse Stavanger i 2011 er uendret for dagens arbeid. Kvalitetskoordinator forklarer:

*«Bestillingen var jo å beskrive forløpene og se at man faktisk gjør det samme.»*

Selv om bestillingen kom ovenfra, var det flere ansatte nedover i organisasjonen som så nytten i å utarbeide standardiserte pasientforløp, og som engasjerte seg i arbeidet. Sykepleierne bekrefter at en kartlegging av forløpene har sine fordeler også for de ansattes oversikt:

*«Du kan få noen aha-opplevelser om det skrives ned, men vi kjenner det ganske godt.»*

På spørsmål om hva man ønsket å oppnå med dette arbeidet svarer kvalitetskoordinator:

*«Det kan være et godt opplæringsverktøy for nyansatte. Og når pasienten spør hva som skjer videre, så kan man lett slå opp. (...) Og selvfølgelig var det også mål om å gjøre en kvalitetsforbedring.»*

Det er tydelig at kartlegging har vært hovedfokuset så langt i arbeidet med standardiserte pasientforløp. Som kvalitetskoordinator forklarer i sitatet over er kartlegging viktig i seg selv, men også et godt utgangspunkt for videre arbeid med kvalitetsforbedring. For å lykkes med kvalitetsforbedring er det derimot viktig at de som jobber med utforming er engasjerte i arbeidet. Prosesseier forklarer videre:

*«Fra vår side ble det en anledning til å se over kvaliteten på det vi gjorde, om vi gjorde tingene riktig hele tiden, og om vi fikk kontroll over ting som vi burde gjøre. Vi fikk på en måte bedre flyt i utredningen.»*

---

Et ønske om bedre kontroll over helheten i behandlingen blir blant annet begrunnet med at struktur og samhandling mellom avdelingene har vært dårlig. Overlegen utdyper et behov for koordinering internt på sykehuset:

*«Vi så et behov, for det blir mye telefoner og mye rot når det ikke er fornuftig logistikk.»*

I tillegg til dårlig intern samhandling mellom avdelinger har det også vært mangelfull dokumentering av behandlingen av pasienter. Tidligere har pasientene ankommet operasjon uten at de har vært godt nok utredet på forhånd. Mange av pasientene er eldre og det er ikke alltid de vil tåle å bli operert uten å bli behandlet for andre komplikasjoner i forkant av en operasjon. Dermed må operasjonen utsettes. Operasjonstider som ikke blir utnyttet er sløsing av verdifulle ressurser og køene blir lengre. Grunnen til at flere pasienter ikke var godt nok utredet var at dokumenter tidligere kunne bli borte eller at mennesker sluttet i jobben uten å etterlate en fullstendig dokumentasjon av behandlinger de var involvert i. En skikkelig utredning øker pasientsikkerhet og det har vært en stor motivasjon for prosesseier i prosjektet for å utarbeide et standardisert pasientforløp. Han forklarer:

*«Pasientsikkerheten var mer mitt poeng enn påleggets poeng, som var den 20 dagers-regelen.»*

20-dagersrelene som blir nevnt her, er et nasjonalt krav om at det skal ta maksimum 20 dager fra sykehuset mottar en henvisning til behandlingen er i gang. Dette kravet gjelder for kreftdiagnoser og ble satt av regjeringen i 2011. Målet er at 80 % av alle pasienter skal ha påbegynt behandling innenfor disse 20 dagene (Statsministerens kontor, 2011). Det er ikke alle som mener at dette er nødvendig, og at det kanskje heller sprer frykt til pasienter om det tar mer enn 20 dager før behandlingen er i gang (Beisland, 2011). Uansett så har det fått sykehusene til å fokusere på effektivitet i utredningen. Alle intervjuobjektene som vi snakket med ved Helse Stavanger nevnte 20-dagersregelene opptil flere ganger. Selv om dette er et eksternt krav virker det som de ansatte blir motivert av å jobbe opp mot det.

Vi har fått inntrykket av at de fleste ved Helse Stavanger har vært positive til innføringen av standardiserte pasientforløp. Alle som jobber i pasientbehandling ønsker nok det beste for pasientene, og derfor blir kvalitetsarbeid som kan øke behandlingskvaliteten ofte tatt godt imot. Kvalitetskoordinatoren utdyper:

«Alle ønsker vel å jobbe med forbedringsarbeid, ha en god beskrivelse av det man gjør og ha enighet om at sånn gjør man det her.»

Derimot er det noe usikkerhet knyttet til hvilke metoder man skal bruke eller om standardiserte pasientforløp er riktig vei å gå. Kvalitetskoordinator forklarer at hun tror noen leger kanskje synes det er bortkastet å bruke mye tid på kartlegging og forbedring, da de frykter at endringene ikke blir implementert. I tillegg er det enkelte leger som frykter at begrepet standardisert pasientforløp er litt misvisende, da det ikke er et juridisk bindende forløp som alle skal igjennom. Hensikten med standardiseringen er ikke at alle skal motta akkurat det samme, men at pasientens behov blir ivaretatt på en god måte i et forutsigbart system.

Blant våre intervjuobjekter har vi ikke funnet tegn til skepsis, og det virker på dem som om det er et mindretall i organisasjonen som ikke tror at standardisering av pasientforløp har potensiale til å gjøre pasientbehandlingen bedre.

|  |  |
|--|--|
| <b>Motivasjon og bakgrunn for arbeidet</b> | <p>Mål om 50 standardiserte pasientforløp i 2011.</p> <p>Legge et fundament for en kunnskapsbasert praksis, samt å øke forutsigbarheten til ansatte og pasienter.</p> <p>Pasientsikkerhet er stor motivasjon for de ansatte til å jobbe med standardiserte pasientforløp.</p> <p>Eksterne krav trigger arbeidet ekstra (forløpsspesifikt).</p> |
|--|--|

Tabell 8: Oppsummering av motivasjon og bakgrunn for arbeidet i Helse Stavanger

## 4.2.2 Organisasjonsspesifikke forhold

### *Kultur*

Ved Helse Stavanger virker det hovedsakelig som om standardiserte pasientforløp er et verktøy for å oppnå høyere pasientsikkerhet og tilfredsstillende eksterne krav for behandlingen. De fleste i organisasjonen ønsker å bruke ordningen, men det virker ikke som om standardiserte pasientforløp har en sentral plass i måten å tenke på.

### *Ledelse*

Det virker som standardiserte pasientforløp generelt har lite direkte forankring hos toppledelsen ved Helse Stavanger, siden arbeidet har blitt delegert nedover til legene på avdelingsnivå. Det har ikke blitt satt av nok tid og ressurser til å gjennomføre prosjektene, noe som styrker vår oppfattelse. Prosjektene for utforming av standardiserte pasientforløp får

noe støtte fra kvalitetskoordinatorer i gjennomføringen. Kvalitetskoordinator jobber ikke kun med standardiserte pasientforløp, men med kvalitetsarbeid generelt.

### *Organisering/styring*

Kvalitetskoordinator har en vesentlig rolle i organiseringen av arbeidet med standardiserte pasientforløp. Rollen til kvalitetskoordinator i dette arbeidet er i hovedsak å tilrettelegge for at dokumenteringen av pasientforløpet, prosedyrer og guidelines lagres i kvalitetssystemet EQS. EQS står for Extend Quality System og er kvalitetssystemet som Helse Stavanger bruker. Kvalitetskoordinator jobber også med å sikre tverrfaglighet i arbeidet med pasientforløpene.

### *Opplæring/kompetanse*

Prosesseier har ikke fått noen opplæring om standardiserte pasientforløp eller prosesstankegang, og det er ingen organisert opplæring om standardiserte pasientforløp for de som arbeider med dette. Kvalitetskoordinator har utdanning innen kvalitetsarbeid og erfaring fra arbeid med standardiserte pasientforløp fra de tidlige prosjektene på sykehuset. Det virker derfor som om kvalitetskoordinatoren bistår arbeidet med kunnskap om utforming og implementering. Kvalitetskoordinator forklarer:

*«Prosjektet startet samtidig som bestillingen gikk ut, så det har jo vært litt sånn at veien blir til mens man går. Og det har vært spennende og man har lært mye underveis.»*

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>Kultur</b>                  | Standardiserte pasientforløp er et verktøy for forbedring av enkeltforløp.<br>Standardiserte pasientforløp har ingen sentral plass i måten å tenke på.       |
| <b>Ledelse</b>                 | Lite direkte forankring hos ledelsen, arbeidet delegert nedover i sykehuset.<br>Ikke avsatt nok ressurser til arbeidet.                                      |
| <b>Organisering og styring</b> | Standardiserte pasientforløp leges i kvalitetssystemet, men det er ikke system for kontinuerlig oppfølging av pasientforløp.                                 |
| <b>Opplæring og kompetanse</b> | Ingen opplæring av ansatte i standardiserte pasientforløp.<br>Kvalitetskoordinator bistår arbeidet med standardiserte pasientforløp.<br>Ingen klar metodikk. |

*Tabell 9: Oppsummering av organisasjonsspesifikke forhold i Helse Stavanger*

### 4.2.3 Prosess-spesifikke forhold

#### *Prosesseier*

Prosesseier er ingen offisiell tittel ved Helse Stavanger. De som har fått ansvaret for pasientforløpene, hovedsakelig overleger ved sengeposter, er de som har ansvaret for diagnosegruppen i utgangspunktet. De kan mest om forløpet og de er med i hele standardiseringsprosessen, fra utforming til forvaltning. For prosesseieren som vi intervjuet delte først ansvaret med en annen overlege:

*«Det var meg og en av de andre overlegene på avdelingene som fikk i oppgave å lage et standardisert pasientforløp (...) Han er veldig travel, er mye ute og reiser, så i praksis, etterhvert så er det jeg som har tatt over både planleggingen og gjennomføringen av pasientforløpssaken.»*

Prosesseieren innehar også en rolle som overlege og kirurg i det standardiserte pasientforløpet. Gjennom disse rollene har prosesseieren ansvar for koordinering av det flerfaglige samarbeidet og administrering av pasientbehandlingen. I forløpet jobber mange avdelinger sammen. Pasienten skal ha en poliklinisk konsultasjon, ta røntgenbilder, ta vevsprøver osv. Her vil behovet til hver enkelt pasient variere og det er mange avdelinger som kan bli koblet inn i et flerfaglig samarbeid. Pasienter som faller inn under diagnosegruppen som denne casen tar utgangspunkt i, får altså et standardisert pasientforløp.

Stillingen som kreftkoordinator, som er en rolle i dette forløpet, ble opprette etter at pasientforløpet ble standardisert. Kreftkoordinatoren er pasientens kontaktpunkt til sykehuset og koordinerer pasientens gang gjennom sykehuset. For pasienten er det velkomment å få informasjon om hva som kommer til å skje, få tidspunkter for behandling og støtte om de trenger det. For sykehuset er det kreftkoordinatoren som sørger for at den interne samhandlingen fungerer som den skal, ved å ha kontakt med alle involverte avdelinger. Kreftkoordinator forklarer:

*«Jeg er en trygghet for pasienten.»*

#### *Utvikling av standardiserte pasientforløp*

Et prosjekt for utvikling av et standardisert pasientforløp går i hovedsak ut på å kartlegge nåsituasjonen, men det gjøres også enkelte endringer samtidig. Dette er utfordrende siden det er så mange roller i et forløp. De har gjerne egne meninger om hva som bør prioriteres, eller



---

hva som bør forbedres, og hvordan. På en side er det viktig at alle blir hørt, men på en annen side så er det ikke sikkert det er optimalt å snakke med alle. Dette krever jo tross alt mye tid og ressurser. På spørsmål om hvordan det jobbes med involvering i utformingen, svarer kvalitetskoordinator:

*«Alle yrkesgruppene som er en del av dette forløpet får være med å uttale seg og si hva de gjør, og kanskje også få komme med innspill der de ser det er muligheter for en kvalitetsforbedring. Det har vært en utfordring å klare å få alle med, fordi det ikke har blitt frigjort tid. (...) Vi sendte noen mailer og spurte hva de kunne bidra med i forhold til dette. Og så har vi tatt det gruppevis.»*

Både overlegen og sykepleierne bekrefter at de har hatt muligheten til å delta i kartlegging og utvikling av forløpet. Involveringen har dog vært noe begrenset, men det virker på de nevnte intervjuobjektene som om det ikke var et stort behov for mer deltagelse heller. Andre avdelinger med støttefunksjoner har derimot vært med i større grad. På spørsmålet om hvordan pasienters syn blir representert svarer kvalitetskoordinator:

*«Det har vi ikke vært flinke til. Burde vært flinkere til det.»*

Involvering av pasienter eller pasientorganisasjoner er også noe som varierer fra diagnose til diagnose.

Helse Stavanger har hentet inn lite informasjon fra andre helseforetak og organisasjoner i prosjektene for utvikling av standardiserte pasientforløp. Det er i hovedsak nasjonale guidelines for behandlingen som danner grunnlaget for utformingen. Under utforming av enkelte nye forløp har det blitt mailet og ringt til andre sykehus. Et prosjekt var i Trondheim og snakket med personer ved St. Olavs Hospital om hvordan det gjøres der, men det virker som om det hører til unntaket å ta kontakt med andre utenfor sykehuset. På spørsmål om hvordan det samarbeides med resten av Helse Vest, svarer kvalitetskoordinator:

*«Vi har ikke jobbet så mye på tvers, annet enn de som har drevet med litt erfaringsutveksling. For et par år siden så hadde vi jevnlig møter der vi snakket om prosjektene våre, men det har vi ikke hatt de senere år.»*

Helse Vest har i flere år hatt fokus på å formidle informasjon til de ulike helseforetakene om standardiserte pasientforløp. Forløpshåndboken som Helse Vest har utviklet er ment å skulle være til hjelp for alle helseforetakene i regionen. Håndboken oppfordrer til bruken av

standardiserte pasientforløp, men det er opp til de ulike helseforetakene å bestemme om de vil bruke den, og da i hvilken grad. Gjennom våre intervjuer har vi ikke funnet noen informasjon som tilsier at Helse Stavanger har brukt denne håndboken. Kvalitetskoordinator forklarer:

*«Sykehuset her har jo ikke valgt noen metode eller en modell, annet enn at man kaller det for en kvalitetsforbedringsmodell som henter inn mye fra Lean og andre metoder. Så bruker vi det i veldig varierende grad.»*

Siden man ikke har en bestemt metode som skal benyttes for pasientforløpsprosjektene, er det stor variasjon i arbeidet, og det er vanskelig å forklare hvordan det arbeides. Basert på informasjonen vi har fått i intervjuene virker det som om fremgangsmåten kan oppsummeres slik: Første steg i utviklingen av et standardisert pasientforløp ved Helse Stavanger er at ledelsen gir beskjed om hvilke forløp som skal standardiseres, og hvem som er ansvarlig for prosjektet. De(n) ansvarlige jobber som oftest som overlege(r) i forløpet og har derfor god kjennskap til roller og aktiviteter fra før. Deretter starter nedtegningen av dagens forløp. Man henter inn informasjon om medisinsk beste praksis, eventuelt benchmarking eksternt, involvere ansatte, og blir enige om hvilken behandlingsmetode som skal benyttes i det standardiserte pasientforløpet. Eventuelle endringer blir gjort, pasientforløpet blir implementert og de involverte får opplæring om det trengs, gjennom møter og undervisning. Deretter samles alle prosedyrer og dokumenter i EQS.

Avhengig av pasientgruppen og diagnosen som skal behandles av forløpet er det forskjeller på hvor stor valgfrihet man har i utforming av et standardisert pasientforløp. For flere kreftdiagnoser, inkludert diagnosen som intervjuene tar utgangspunkt i, er utredning og behandling avklart på forhånd siden man følger krav og nasjonale guidelines som revideres regelmessig. Her handler det mer om rekkefølgen av aktiviteter, flyten mellom dem og hvor raskt ting skjer. Å lage pasientforløp for andre diagnosegrupper kan handle mer om å bestemme utredning og behandling basert på litteratursøk og innhenting av annen kunnskap og erfaring. Her kan flere behandlingsalternativer være aktuelle før man bestemmer seg for en metode. Noe av det som da har vært mest utfordrende er å bli enige om hvilket behandlingsalternativ man skal benytte i det standardiserte pasientforløpet. Kvalitetskoordinator forklarer:

---

*«Det er noe man sliter med, hvor lojale man er mot de prosedyrene man faktisk har og hvordan man skal utføre arbeidet. For det er nok veldig forskjellig, spesielt blant legene. De har kanskje med seg erfaringer fra andre sykehus og vil gjøre det på sin måte.»*

Enkelte operasjoner utføres på forskjellige måter av forskjellige leger, og tradisjonelt har legene selv fått bestemme hvordan de vil gjøre ting. Dette er ressurskrevende siden det krever ulike former for utstyr. Et eksempel er operasjoner av knokkelen ved stortåa. I dag er det minst fire ulike metoder som brukes ved Helse Stavanger for denne typen operasjon. Det vil si at sykehuset også må ha utstyret som brukes til alle de ulike metodene.

Implementeringen har vært utfordrende fordi det er mange roller involvert i forløpet som skal ha informasjon, og endre sin praksis. I det spesifikke kreftforløpet føler de implementeringen i hovedsak har vært vellykket. Kvalitetskoordinator utdyper:

*«Det å få alle med og at alle følger det som er bestemt, det er nok den største utfordringen. (...) Det er mange som skal nåes, det er mange vaktskifter, ikke alle kommer på alle møter, og det er jo de individualistene som synes at det fungerer så greit som det gjør.»*

Den siste delen av prosjektet er å dokumentere prosessen i EQS. Kvalitetskoordinator forklarer:

*«EQS er vårt system, hvor vi har alle prosedyrer og retningslinjer, og hvor man også kan lage prosesskart hvor man kan legge inn gangen i et forløp.»*

Et slikt system lagrer all informasjon om forløpet. I tillegg til selve utformingen vil også måltall og annen informasjon om aktivitetene og rollene være forklart i dette systemet. Dette er et viktig verktøy for forvaltning og opplæring av ansatte. Når pasienter skal finne informasjon om behandlinger på internett, er illustrasjoner og beskrivelser hentet fra dette systemet. I realiteten vil jo ikke all denne informasjonen bli brukt hyppig, men det er nyttig at den er tilgjengelig om behovet skulle melde seg.

Å føre inn standardiserte pasientforløp i kvalitetssystemet var ett av poengene i bestillingen som kom fra ledelsen. Arbeidsmengden for å få dette til er riktignok stor og gevinstene av å føre det inn blir sannsynligvis ikke synlige før etter en stund. Derfor er dette arbeidet noe som utsettes hos enkelte. Prosesseier har ansvaret for innføringen av sitt forløp i EQS. Prosesseieren vi snakket med har i utgangspunktet hektisk hverdag som kirurg og

seksjonsoverlege, og uten ekstra tildelt tid, har dette arbeidet ikke blitt fullført. Han forklarer:

*«Vi lagde et opplegg som vi implementerte i avdelingen og tingene fungerte, men for å få det til i EQS var det masse papirer og masse styr for at det skulle se riktig ut rent teknisk.(...) Det jeg har følt er at gevinsten er realisert allerede. Vi har fått det godt til og vi kjører etter et bestemt system. Vi som er inne i opplegget kan det og vi gjennomfører det. Så gjenstår det en ganske tung administrativ bit.»*

Kvalitetskoordinator er tilgjengelig i denne prosessen og hjelper til der det trengs. Men det store problemet er at det ikke blir satt av nok tid til prosesseier for å gjøre dette arbeidet. Å sette seg inn i kvalitetssystemet er omfattende, og det er ikke lett å konsentrere seg når man ofte blir avbrutt. Komplikasjoner etter kirurgi, ulykker og andre akutte behov vil alltid bli prioritert foran arbeidet med kvalitetssystemer. Kontinuerlig forbedring av pasientforløpet krever også at kvalitetssystemet oppdateres etter behov. Jo lenger man drøyer med dette arbeidet, dess kortere tid er det til det må endres uansett. Da er det fristende enklere å utsette dokumenteringen.

### ***Forvaltning av standardiserte pasientforløp***

På et sykehus er det mange prosesser som måles. Noe måles fordi det er pålagt, andre ting måles fordi det er et internt behov for det. Kvalitetskoordinator forklarer:

*«Det er jo mye overordnede måleparametere som trigger finansiering bl.a., men for hvert forløp så er det jo ofte andre mål som kan være viktigere enn de overordnede målene.»*

20-dagersregelene er en parameter i forløpet som måles fordi det er pålagt. Sykepleierne uttaler:

*«Vi greier ikke å holde den 20-dagersfristen. Jeg lurte på om det er rundt 65 %. Men vi vil jo høyere.»*

Sykepleierne sikter i sitatet til andelen pasienter som kommer innenfor de 20 dagene. Det som er utfordrende er at det er mange avdelinger som er involverte. Enkelte avdelinger på sykehuset har større pågang enn andre. Om en avdeling bruker for lang tid vil dette forplante seg videre i forløpet og potensielt føre til en piskesnert-effekt, altså at forsinkelsen forverres utover i forløpet.

---

Sykepleierne er også spesielt opptatt av hvor fornøyde pasientene er, men dette måles ikke i det daglige. Det hender det gjennomføres undersøkelser ved enkelte avdelinger på dette, men det skjer sjeldent. Opplevd pasientkvalitet har ikke nødvendigvis noe med klinisk kvalitet å gjøre, men er viktig for en organisasjon som har et uttalt pasientfokus. Den ene sykepleieren utdyper:

*«Vi burde hatt pasientundersøkelser oftere.»*

Et komplikasjonsregister kan være et viktig verktøy for et sykehus. Her vil ulike måleparametere som antall operasjoner, komplikasjoner i og etter behandling, og korrigerende av praksis registreres. Dette kan også kobles opp mot pasientjournalregistret som Helse Stavanger bruker. Et komplikasjonsregister har vært forsøkt innført ved Helse Stavanger flere ganger uten hell. Siden januar 2013 har derimot avdelingen der dette pasientforløpet hører hjemme hatt et internt system, der ulike målinger om forløpet har blitt registrert. Selv om mye måles har vi inntrykk av at intervjuobjektene mener det måles for lite. Dette bekrefter prosesseier:

*«Jeg vet ikke om vi er superflinke her.»*

Et hovedpoeng med standardiserte pasientforløp er at det legger til rette for å drive kontinuerlig forbedring. Ved å finne ut hvor flaskehalsene ligger, eller hvor den kliniske kvaliteten er for dårlig, kan man gjennomføre tiltak for å løse problemene. På spørsmål om hva som er fokus for forbedringstiltak som iverksettes svarer kvalitetskoordinator at effektivitet er det viktigste. Effektiviteten som kvalitetskoordinator snakker om handler om at pasientenes vei gjennom behandlingen skal være effektiv uten at det går på bekostning av pasientsikkerheten. Kvalitetskoordinator utdyper:

*«At pasienten slipper ventetid, det at ting går slag i slag, det å få det godt koordinert. Det er den effektiviteten.»*

Gjennom intervjuene fikk vi ikke noen informasjon om hvor jevnlig forløpene skulle følges opp. Dette kan ha noe å gjøre med at det ikke er lenge siden implementering av forløpet og at fokuset foreløpig er på andre ting.

De ansatte gir inntrykk av at det implementerte forløpet følges. Det kan være fordi behandlingsmetoden ikke er endret, og at det standardisere pasientforløpet i stor grad er basert på nasjonale guidelines for behandlingen. De forløpene der det historisk har vært flere

ulike behandlingsmetoder, kan nok være vanskeligere å følge, særlig for dem som mener at den valgte metoden i det standardiserte pasientforløpet ikke er riktig. Dette er vårt inntrykk etter intervjuene.

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>Prosesseier</b> | Fremtredende innen faget, og respektert blant legene.<br>Sentral i utforming av standardisert pasientforløp. Er det faglige alibiet.<br>I form av overlappende stilling har de som er prosesseier også ansvar for pasientenes behandling. |
| <b>Prosjekt</b>    | Pålegg til behandlingsansvarlig lege om å kartlegge pasientforløp.<br>Guidelines er retningslinje for nye forløp.<br>Tverrfaglige prosjektteam og noe støtte fra kvalitetskoordinator.<br>Involvering av ansatte for å skape eierskap.    |
| <b>Forvaltning</b> | Opprettet internt komplikasjonsregister for målinger av spesifikt forløp.<br>Prosesseiers forvaltningsoppgaver glir inn i ansvarsområdene han har som seksjonsleder.<br>Ansatte etterlyser måling av pasienttilfredshet på forløpsnivå.   |

Tabell 10: Oppsummering av prosess-spesifikke forhold i Helse Stavanger

#### 4.2.4 Effekter

Arbeidet med standardiserte pasientforløp har ikke kommet så langt. Noen av effektene blir ikke nødvendigvis synlige før etter lengre tid, men enkelte effekter er synlige allerede nå. Kvalitetskoordinator nevner at noen standardiserte pasientforløp innen kreft har redusert behandlingstiden til det hun anser som et akseptabelt nivå, i forhold til nasjonale krav. Det standardiserte pasientforløpet intervjuene i Helse Stavanger tar utgangspunkt i er et av dem. Særlig ansettelsen av kreftkoordinator har hatt en stor effekt for behandlingstiden. Kreftkoordinatoren har kontakt med alle de ulike avdelingene som er involvert i behandlingen og sørger for at pasientens reise gjennom sykehuset går så glatt som mulig. Forskjellen på en behandling som er støttet av et standardisert pasientforløp og en behandling som ikke er det, merkes først og fremst med at den organisatoriske flyten er mer gjennomtenkt og velkoordinert. Alle intervjuobjektene mener at det aktuelle forløpet har blitt forbedret på disse punktene. Prosesseier forklarer:

*«Spinoff-effekten for avdelingen er at det går mye mer på skinner nå. Det er mye mer pasientvennlig og pasientsikkerhetsmessig. Pasientene er utrolig mye mer fornøyd fordi de er godt informert i forkant og de blir godt informert i etterkant av behandlingen.»*

At pasientsikkerheten er bedret merker man på flere områder. Pasienter kommer ikke lenger til operasjon uten å ha blitt skikkelig utredet. Ting gjøres oftere riktig første gangen og prosesseier forklarer at dette er en kvalitetssikring. Opprettelsen av rollen som kreftkoordinator har også hatt andre effekter. Dette har ført til en stor endring i opplevd pasientkvalitet. De ansatte opplever at pasientene føler seg bedre ivaretatt, at de blir sett, og at de får den omsorgen de har behov for.

Prosesseier påpeker en negativ side ved standardiserte pasientforløp. Han trekker frem det faktum at standardiserte pasientforløp, og da særlig kreftdiagnosene, får mye fokus, og at arbeidet krever ressurser. Resultatet er at andre diagnosegrupper til tider kan bli skjøvet til side.

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Effekter</b> | <p>Redusert behandlingstid.</p> <p>Ansettelse av kreftkoordinator har bedret koordinering og gir forutsigbarhet for pasienter og ansatte.</p> <p>De ansatte opplever mer fornøyde pasienter som er bedre informerte.</p> |
|-----------------|--|

*Tabell 11: Oppsummering av effekter i Helse Stavanger*

#### **4.2.5 Planen fremover**

Det kommer tydelig frem at det ikke blir gjort nok forbedringsarbeid ved Helse Stavanger. Prosjektene med standardiserte pasientforløp har i seg selv mange positive effekter, men først og fremst er det et utgangspunkt for å forbedre pasientbehandlingen. I tillegg gjenstår det en del arbeid før alle de nåværende standardiserte pasientforløp er skrevet inn i EQS, men dette er tidkrevende både hva gjelder innføring og oppdatering. Det gjenstår også en del arbeid før informasjonen i EQS er tilpasset brukergruppene. Informasjon som er relevant for en brukergruppe kan være fragmentert og lagret i mange ulike dokumenter på forskjellige steder i EQS, eller i andre datasystemer.

På spørsmål om hva som er planen videre svarer kvalitetskoordinator:

*«Å jobbe videre med å standardisere flere forløp. Samt å jobbe videre med kvalitetsarbeidet. Ikke bare å skrive ned det vi driver med i dag.»*

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Planen fremover</b> | Standardisere flere pasientforløp.<br>Tilpasse kvalitetssystemet (EQS) til brukergruppene. |
|------------------------|--|

*Tabell 12: Oppsummering av planen fremover med standardiserte pasientforløp i Helse Stavanger*

### 4.3 Sammendrag og oppsummering av funn

Gjennom presentasjon av funn har vi sett at det er store forskjeller mellom de to casene. Motivasjon og bakgrunn for arbeidet er ved begge sykehus i stor grad å knytte sammen behandlingene, legge til rette for en kunnskapsbasert praksis, samt å øke pasientsikkerheten. Når det gjelder å tilrettelegge for arbeid med standardiserte pasientforløp, skiller sykehusene seg fra hverandre ved at Sykehuset Østfold bevisst bygger prosessledelseskapasitet for å jobbe med standardiserte pasientforløp, mens Helse Stavanger kun jobber med enkeltforløp. Begge sykehusene opplever effekter av forløpene, men ingen har gode målinger. Som en oppsummering av funnene har vi valgt å plassere de to casene inn i modellen for prosessledelseskapasitet.

|                             | Sykehuset Østfold | Helse Stavanger |
|-----------------------------|-------------------|-----------------|
| <b>Kultur</b>               | Medium            | Lav             |
| <b>Lederskap</b>            | Høy               | Lav             |
| <b>Styring</b>              | Medium            | Lav             |
| <b>Kompetanse</b>           | Høy               | Lav             |
| <b>Prosessutforming</b>     | Høy               | Høy             |
| <b>Prosessmål</b>           | Medium            | Lav             |
| <b>Prosessroller</b>        | Medium            | Lav             |
| <b>Prosessinfrastruktur</b> | Lav               | Lav             |
| <b>Prosesseier</b>          | Medium            | Lav             |

*Tabell 13: Prosessledelseskapasitet i Sykehuset Østfold og Helse Stavanger*

Som det fremgår av tabellen over har Sykehuset Østfold høyere prosessledelseskapasitet enn Helse Stavanger. Begge sykehusene har høy kapasitet på prosessutforming. Dette er fordi begge gjennomfører prosjekter for utvikling av standardiserte pasientforløp. Prosjektmetodikk og grad av formalitet i gjennomføringen er forskjellig, men i begge sykehus får man til gode enkeltforløp. Begge sykehusene har også utfordringer med prosessinfrastruktur, noe som kommer av nasjonale utfordringer for IKT i helsevesenet. Her stopper også likheten mellom de to casene. Sykehuset Østfold scorer høyere på resterende



kapasiteter fordi sykehuset jobber aktivt med å tilrettelegge for arbeidet med standardiserte pasientforløp.

Ut ifra funnene plasserer vi Sykehuset Østfold på nivå tre på modenhetsskalaen, mens vi plasserer Helse Stavanger på nivå to. Helse Stavanger mangler fortsatt oversikt over de fleste prosessene, en helhetlig tilnærming til arbeidet med prosesser og har et funksjonelt syn. Det at de gjør noe arbeid med å kartlegge og utarbeide standardiserte pasientforløp gjør at vi plasserer dem på nivå to. Sykehuset Østfold har jobbet aktivt med å bygge kapasitet for prosessledelse, og begynner å få en viss kontroll på forløpene sine. Man samler inn noe data fra målinger i forløpene og relasjoner mellom forløpene er definert. Ledelsen er interessert i bedriftens prosesser og de standardiserte pasientforløpene. De er i en utvikling fra et funksjonelt tankesett til prosessorientering.

## 5. Drøftelse

I kapittel 4 beskrev vi hvordan de to sykehusene arbeidet med standardiserte pasientforløp. I dette kapitlet vil vi diskutere de funnen vi synes er mest interessante. Hensikten med kapitlet er å forklare hvorfor funnene er som de er og hva arbeidet med standardiserte pasientforløp kan føre til. Diskusjonen vil ta utgangspunkt i funnene, og vi vil støtte oss på litteratur som ble presentert i det teoretiske rammeverket. Der det er nødvendig vil vi også trekke inn noe ny teori for å belyse funnene. Gjennom drøftingen vil vi komme inn på prosesseiers rolle, hvorfor det er forskjeller mellom casene og hva forskjellene har å si for arbeidet som gjøres. Til slutt vil vi gi noen forslag til hvordan sykehusene kan arbeide fremover.

### 5.1 Helseforetakene prioriterer ulikt

I kapittel 4 fant vi at Sykehuset Østfold bevisst bruker prosessledelse i sitt arbeid med standardiserte pasientforløp, mens Helse Stavanger ikke bruker det i sitt arbeid. Helse Stavanger jobber kun med enkeltstående standardiserte pasientforløp under sin funksjonelle organisasjonsstruktur. De to helseforetakene har altså to forskjellige tilnærminger til arbeidet.

Teorien forklarer at det kan være flere grunner til at ledelsen i bedrifter ikke velger prosessledelse. Et eksempel på dette kan være at ledelsen ikke bryr seg om prosesser og operasjonelle oppgaver (Michael Hammer, 2004). Et annet eksempel kan være at det er stor aktivitet og flere endringsprogrammer som pågår samtidig, noe som konkurrerer om ledelsens fokus (Meyer & Stensaker, 2011). Et tredje eksempel kan være at ledelsen ikke har forståelse eller kunnskap om hva prosessledelse innebærer (Iden, 2013).

Vi har ikke noen konkret informasjon om grunnen til at Helse Stavanger ikke benytter seg av prosessledelse, så alle de nevnte eksemplene fra teorien kan være gjeldende. Det er derimot rimelig å anta at ledelsen ved Helse Stavanger har kjennskap til prosessledelse. En mulig grunn kan være at de har et ulikt syn på hva det innebærer sammenliknet med Sykehuset Østfold. Det er nemlig store variasjoner i folks oppfatning av hva prosessledelse er. Wolf og Harmon spurte respondenter i tidsperioden 2005 til 2011 om hva de legger i begrepet BPM, og ga de ulike alternativer. Svarene var svært forskjellige og endret seg heller ikke særlig i

---

tidsperioden. I snitt mente ca 40 % at BPM er “(1) a top-down methodology designed to organize, manage, and measure the organization based on the organization’s core processes”, mens 30 % mente at det var “(2) a systematic approach to analyzing, redesigning, improving, and managing a specific process”. De resterende prosentene var fordelt på mer snevre alternativer (Wolf & Harmon, 2012). Slik vi tolker situasjonen har Helse Stavanger en tilnærming som minner mye om alternativ 2, selv om de ikke bevisst arbeider med prosessledelse.

Det er heller ikke helt utenkelig at Helse Stavanger bevisst har unngått å endre organisasjonsstrukturen fordi de er usikre på resultatene dette gir. Å endre en organisasjon med roller, kulturer, infrastruktur, ledelsesnivåer, skjulte maktstrukturer, osv., fra en funksjonell ledelse til prosessledelse er en stor jobb som krever mye ressurser. Sykehus er i tillegg spesielt komplekse organisasjoner. Å gå «all in» i dette er nok mange usikre på siden effektene av prosessledelse ikke er «sikre». Er dette bare en av mange visjoner om ledelse. Kommer det noe nytt om 10 år igjen? Kan man få noen effekter av kun å innføre enkeltelementer fra prosessledelse? Ved å jobbe med pasientforløp som verktøy viser man utad at man gjør noe med kvaliteten, samtidig som man slipper å gjøre store organisatoriske omstillinger. Dette er noe av det samme man observerer ved innføring av kvalitetssystemer som følge av eksterne krav, der man kartlegger prosesser, men uten at organisasjon blir prosessledet (Iden, 2011). Om standardiserte pasientforløp er innført ved siden av eksisterende struktur, så vil vi si at standardiserte pasientforløp kan anses for å være et verktøy for kvalitet og effektivitet på enkeltforløp. Dette kan også forklare hvorfor ledelsen ved Helse Stavanger har satt av så lite ressurser til arbeidet. Sentrale personer i arbeidet med standardiserte pasientforløp mener også dette er et verktøy i kvalitetsarbeidet (Biringer et al., 2013). Det er ikke nødvendigvis feil, men vi mener at sykehusene kan tjene på å utvide sin forståelse av prosesser generelt og standardiserte pasientforløp spesielt.

Ved Sykehuset Østfold har de valgt å bygge prosessledelseskapasitet aktivt. Vi ble forklart at arbeid med standardiserte pasientforløp og prosesser er en måte for direktøren ved sykehuset å få bedre kontroll på det som gjøres i organisasjonen. Tidligere direktører har også initiert arbeid med standardiserte pasientforløp, men da har man ikke bygd opp kapasitet for prosessledelse, men kun jobbet med enkeltforløp. Grunnene for denne tilnærmingen kan være den samme som for tilnærmingen Helse Stavanger har i dag. Sykehuset Østfold er midt i en stor omorganiseringsprosess med innflytting i nytt sykehus. Det hadde de vært om de vedtok å drive med prosessledelse eller ikke. Siden de nå uansett må endre

organisasjonsstrukturen er det sannsynligvis mye lettere å innføre prosessledelse i organisasjonen og vi tror det er derfor de har gjort det nå. Når man flytter til et nytt og moderne sykehus føler nok de ansatte at alt skal bli bedre, og siden de vet at det kommer til å bli en stor endring uansett, så er det rimelig å anta at motstanden mot endringen er mindre.

## 5.2 Gjennomføring av prosjekt

Både Sykehuset Østfold og Helse Stavanger har gjennomført flere prosjekter for å utvikle standardiserte pasientforløp. Ansatte i begge sykehus er stort sett fornøyd med resultatene av prosjektene de har gjennomført, og viste til resultater som bedre samarbeid, kutt av dobbeltarbeid, bedre informerte av pasienter og bedre utredninger.

I arbeidet med prosjektene har man ved Sykehuset Østfold hatt en klar metodikk og støtte fra prosessveiledere i modelleringsteknikk og bruk av modelleringsverktøy. Prosesseier har ikke selv hatt ansvaret for å lagre det standardiserte pasientforløpet i kvalitetssystemet. I Stavanger er metodikken mer uklar, og prosesseierne har selv ansvaret for lagringen i kvalitetssystemet. Kvalitetskoordinator er tilgjengelig for opplæring og hjelp til modelleringsverktøyet, men det er ikke satt av nok tid, så arbeidet kan derfor bli vanskelig å gjennomføre. Sedara et al. (2004) skiller i sin teori om kritiske suksessfaktorer mellom metodespesifikke og prosjektspesifikke faktorer. De faktorene som vi nettopp nevnte er alle metodespesifikke. Prosjektspesifikke faktorer som for eksempel prosjektledelse, tilgang til informasjon og involvering av prosessmedarbeidere, er begge sykehusene ganske gode på. I følge teorien er metodespesifikke faktorer viktige, men har mindre å si for resultatet av prosjektene enn prosjektspesifikke faktorer. Dette understøtter våre funn, og kan forklare hvorfor begge sykehusene, til tross for forskjeller i metoderelaterte faktorer, får til gode enkeltforløp (Sedara et al., 2004).

En norsk undersøkelse peker på at bedrifter som får godt utbytte av sine prosessutviklingsprosjekter har en engasjert ledelse, involverer ansatte som arbeider i prosessen, etablerer prosesseierskap, gir opplæring i prosesstankegangen og involverer eksterne ressurser som for eksempel konsulenter (Eikebrokk, Iden, Olsen, & Opdahl, 2011). Dette samsvarer godt med hvordan de arbeider i Sykehuset Østfold. I Helse Stavanger finner vi at de involverer ansatte, og i en liten grad etablerer prosesseierskap. Det er naturlig å anta at Sykehuset Østfold på sikt vil lykkes bedre med sine prosjekter, og at resultatene av

---

prosjektene i Sykehuset Østfold i mindre grad er overlatt til tilfeldighetene, sammenlignet med Helse Stavanger.

### 5.3 Prosesseiers rolle

Til tross for at de ved Helse Stavanger ikke har opprettet prosesseierskap offisielt, gjør personen som vi har omtalt som prosesseier flere av de samme oppgavene som prosesseier ved Sykehuset Østfold. Begge har i stor grad ansvaret for utformingen av det standardiserte pasientforløpet, samt å sikre at pasientforløpene bygger på faglig evidens og at pasientsikkerheten ivaretas på en god måte. Det har vært naturlig at de har vært en sentral del av arbeidet med de respektive standardiserte pasientforløpene, siden de er spesialister på pasientgruppen som forløpene behandler. Litteraturen peker på at prosesseier både har ansvar for utforming av prosess og prosessens ytelse, noe som er tilfellet ved begge sykehus.

Verken prosesseieren ved Sykehuset Østfold eller ved Helse Stavanger bruker mye ekstra tid i rollen etter at det standardiserte pasientforløpet er implementert. De fleste aktivitetene gjøres i lys av deres stillinger som overleger og eventuelt som seksjonsledere, som uansett gir dem ansvar for deler av forløpet. For eksempel fortalte prosesseier i Stavanger at de nettopp hadde greid å etablere et komplikasjonsregister, riktignok kun for avdelingen. Det virket derimot ikke som om dette var gjort i lys av stillingen som prosesseier. I stedet for forklarte han at gevinsten er hentet ut når forløpet er implementert, og prosesseier inntar da bare en rolle som kirurg i forløpet. I Østfold er det rutiner for rapportering til prosessdirektør, men prosesseier benytter ikke mye tid på å lede forløpet her heller. Prosesseieren i Sykehuset Østfold mente han brukte 2 til 3 minutter pr. uke på å lese ulike målinger. Det må riktignok legges til at ingen av sykehusene hadde kommet særlig langt i arbeidet med å forbedre de standardiserte pasientforløpene. Rollen som prosesseier hadde sannsynligvis blitt mer tidkrevende om andre stillinger uten lederansvar fra før hadde blitt valgt.

Begge helseforetakene begrunner valget av prosesseier med at det er overlegene som kjenner behandlingen best i utgangspunktet. I tillegg har de en fremtredende stilling som er respektert blant de andre legene. Prosesseiere som innehar mindre respekterte stillinger, for eksempel en sykepleier, ville sannsynligvis ikke hatt like stor autoritet blant legene, og implementering ville dermed blitt vanskeligere.

## 5.4 Makt og autonomi hos legene

Ved siden av det offisielle hierarkiet i helseforetakene eksisterer det også skjult makt. Legene, og særlig overlegene, har mye makt i form av sin spesialistkunnskap, og stor frihet i sin arbeidshverdag (Grund, 2000). Legene er de som vet best når det kommer til behandling, og det er naturlig at de har siste ordet i avgjørelser som omhandler pasientbehandling. For enkelte behandlinger er nasjonale guidelines allerede ganske førende for hva behandling skal inneholde, men for andre behandlinger er det ingen krav til behandlingsmetode. Forskjellige spesialister vil nok være uenige om hvilke behandlingsalternativer som er best. Når sykehusene utformer et standardisert pasientforløp har prosesseierne det siste ordet når man for eksempel skal bestemme hvilken behandlingspraksis forløpet skal benytte. I denne prosessen må man anerkjenne spesialistenes ekspertise, men sørge for at spesialistenes preferanser ikke får overstyre helheten (Storrøsten, Kira, Kramer-Johansen, & Kalberg, 2007). Det som kan skje når man innfører prosesseiere er at disse får en utvidet makt, og andre leger kan oppleve å få mindre autonomi i sin stilling. For pasienten kan noe redusert autonomi for legene bety økt kvalitet, siden det benyttes en avklart best praksis fremfor det den enkelte lege anser som det beste (Nylenna, 2013). Vi er usikre på om dette vil skape konflikter, men vi vet at det allerede har vært en utfordring å få alle til følge forløp, spesielt om de har personlige preferanser for valg av behandlingsalternativ. Tydelig ledelse som støtter sine prosesseiere vil være viktig i denne sammenheng, og i Sykehuset Østfold pekte ansatte på at prosessdirektøren gir støtte til prosesseier i slike konflikter.

## 5.5 Konsekvenser for andre diagnosegrupper

Sykehusene velger hvilke pasientforløp man skal standardisere ut ifra volum, viktighet og kompleksitet. Dette er faktorer som skal gjøre at gevinsten av arbeidet blir størst mulig. Denne prioriteringen favoriserer standardiserte pasientforløp for behandling av vanlige diagnoser, foran mer sjeldne diagnoser. Offentlig helsevesen skal yte behandling til alle som trenger det. Det betyr at man må ta seg av mange sykdommer og tilfeller som vil falle utenfor behandlinger som støttes av standardiserte pasientforløp.

Mange små og sjeldne pasientgrupper mangler et godt og helhetlig medisinsk tilbud, og sjeldne diagnoser har samme rett til behandling som personer med mindre sjelden sykdom (Aksnes, 2013). Man kan si at om det satses på standardiserte pasientforløp for de vanlige

---

diagnosene, så kan det være med å øke kvalitet og effektivitet i behandlingen, og ressursene man sparer kan benyttes til å gjøre behandlingen av de mer sjeldne diagnosene bedre. Men bedre diagnostikk gjør at stadig flere blir diagnostisert med de vanligere diagnosene. Dette kan føre til overbehandling, noe som kan være et resultat av aktivitetsbasert finansiering. Et eksempel er at fem ganger så mange gjennomgår snorkeoperasjoner i Norge sammenlignet med Sverige (Storvik, 2013). Trolig vil man oppleve at kapasitet som blir frigjort vil bli benyttet til vanlige pasientgrupper, fremfor en bedre behandling for de mer sjeldne diagnosene. Dette kan gjøre at gapet, som allerede finnes mellom kronikere og sjeldne diagnoser på den ene siden, og kreft og mer vanlige diagnoser på andre, blir større. Prosesseier i Helse Stavanger forklarte at det standardiserte pasientforløpet hadde gjort det bedre for pasientene som ble behandlet gjennom det, men at det til en viss grad gikk på bekostning av andre pasientgrupper.

At det blir et gap er politisk bestemt, men det viser at målstyring til en viss grad fungerer for å forbedre behandlinger i deler av helsevesenet. Overlegen ved Helse Stavanger forklarte at kreft vinner over kronikeren i systemene som vi har i dag. Kreftbehandlinger er noe staten bevilger mye ressurser til og setter krav til, men selv innenfor kreft er det store forskjeller. Enkelte diagnosegrupper har sterke interessegrupper som er flinkere til å fronte sin sak, noe som kan øke det politiske og medisinfaglige fokuset. Denne forskjellen kommer tydelig frem når man sammenligner brystkreft med prostatakreft. Prostatakreft er mer hyppig og mer dødelig, mens brystkreft har sterkere interessegruppe og får mer ressurser. I Stavanger fortalte de at det er 3,5 stillinger som arbeider spesifikt med brystkreft, men prostatakreft er noe man prøver å behandle mellom slagene.

Dette taler ikke imot å innføre standardiserte pasientforløp for vanlige pasientgrupper, men det taler for å innføre en styring som sørger for at også mindre diagnosegrupper får avsatt ressurser og behandlingen som de har krav på. Dette får man trolig lettere til ved å arbeide med standardiserte pasientforløp med en prosessledelsestilnærming, fremfor å jobbe med enkeltforløp. Da vil arbeidet som gjøres være styrt mer ovenfra, med eksempelvis et prosesssenter som har oversikt over alle behandlingsprosesser og hvordan de påvirker hverandre (Iden, 2013).

## 5.6 Veien videre

På slutten av kapittel 4 plasserte vi Sykehuset Østfold og Helse Stavanger inn rammeverkene for prosessledelseskapasitet og prosessmodenhet. Med dette som utgangspunkt vil vi runde av drøftelsen med å si litt om hvordan de to sykehusene kan arbeide videre med standardiserte pasientforløp. Vi plasserte Sykehuset Østfold på modenhetsnivå 3, definert, men de er i en utvikling mot modenhetsnivå 4, ledet. For at de skal opp til nivå 4 må de samle inn data systematisk, noe som vil danne et grunnlag for kontinuerlig forbedring. Vi mistenker også at for få ansatte ser bedriften som sammensatt av prosesser. Dette er et resultat av for liten opplæring om prosesstankegang, særlig for de som ikke er direkte involvert i arbeidet med standardiserte pasientforløp. Den største utfordringen er nok å skaffe IT-systemer som understøtter prosessenes arbeidsflyt. Vi vet det jobbes med dette opp mot det nye sykehuset på Kalnes, men dette er en særdeles utfordrende jobb i en så kompleks organisasjon. Sykehuset Østfold hadde jevnt over god prosessledelseskapasitet. Her var det kapasiteten på prosessinfrastrukturen som var minst utviklet og dette henger også sammen med dårlige IT-løsninger. Vi mener det også bør jobbes med styringen på bedriftsnivå. Man må skaffe flere dedikerte prosesseiere og jobbe for at koblingen mellom standardiserte pasientforløp og andre pasientforløp er definert og koordinert.

Helse Stavanger ble plassert på nivå 2, repeterbar. For at de skal komme opp til nivå 3 er det riktignok mye arbeid som gjenstår. Det viktigste vil være at ledelsen fatter interesse for prosessene på sykehuset. Man må begynne med opplæring av de ansatte om prosesstankegang og man må offisielt innføre og definere rollen som prosesseier. Det må etableres flere måleparametere og disse må brukes aktivt i kontroll av prosessene. Når det gjelder prosessledelseskapasitet så ligger Helse Stavanger helt i bunnen. Dette er ikke unaturlig siden de i dag ikke utøver prosessledelse i den betydning det er forklart i teorien. Det man først må gjøre er å bygge opp grunnleggende ferdigheter for de fire kapasitetene på bedriftsnivå. Dette er fundamentalt om man skal lykkes med igangsettingen av prosessarbeidet. Deretter kan man starte med å bygge kapasitet på prosessnivå.



## 6. Konklusjon og implikasjoner

I denne studien har vi undersøkt hvordan to norske sykehus arbeider med standardiserte pasientforløp. I dette kapitlet vil vi gi en konklusjon av våre funn og besvare forskningsspørsmålet. Vi vil også reflektere omkring oppgavens implikasjoner for sykehusene og for videre forskning.

### 6.1 Konklusjon

Formålet med denne studien har vært å undersøke hvordan norske sykehus praktiserer prosessledelse i forbindelse med standardiserte pasientforløp og forklare hvorfor de jobber på den måten de gjør. I studiens innledning presenterte vi fem spørsmål som skulle hjelpe oss å svare på forskningsspørsmålet vårt. Spørsmålene hjelper oss å belyse motivasjon og bakgrunn for arbeidet med standardiserte pasientforløp, hvordan sykehusene legger til rette for arbeidet med standardiserte pasientforløp, hvordan prosjekter for utvikling av standardiserte pasientforløp gjennomføres, hvordan de forvaltes, og hvilke effekter man har sett etter implementering. For å finne ut av dette har vi intervjuet personer på ulike nivåer i to norske sykehus som enten har vært involvert i arbeidet med standardiserte pasientforløp, eller jobber i en behandling der et standardisert pasientforløp er implementert. Vi har funnet ut at det er store forskjeller mellom hvordan de to sykehusene tilrettelegger for arbeidet med standardiserte pasientforløp. Av de to casene jobber det ene med standardiserte pasientforløp i lys av prosessledelse, mens det andre kun jobber med det som et verktøy under en funksjonell ledelse.

Vi har funnet ut at bakgrunnen for arbeidet er et nasjonalt fokus på pasientsikkerhet og kvalitet. Mange sykehus har i den forbindelse innført standardiserte pasientforløp som et tiltak for å øke samhandling og koordinering i behandlingen, legge til rette for en kunnskapsbasert praksis, og øke pasientsikkerheten. Vi fant også ut at eksterne forløpsspesifikke krav kan trigge gjennomføring av prosjekter for enkeltforløp. Spesifikt for Sykehuset Østfold er at byggingen av nytt sykehus kan ha gjort det enklere å innføre prosessledelse i organisasjonsstrukturen.

Sykehusene har ulike måter å legge til rette for arbeidet med standardiserte pasientforløp. Sykehuset Østfold bygger aktivt prosessledelseskapasitet, og prosesstankegangen er

forankret i toppledelsen. Ved Helse Stavanger jobber de med standardiserte pasientforløp som et verktøy ved siden av den funksjonelle organiseringen, og arbeidet er delegert til avdelingsnivå uten særlig fundament hos ledelsen. Det har heller ikke vært avsatt nok ressurser til arbeidet og resultatene varierer derfor stort på bakgrunn av enkeltindividers holdninger og initiativ. Felles for våre intervjuobjekter ved begge sykehus er at de er positive til innføringen av standardiserte pasientforløp.

Vi har også funnet ut at begge sykehusene får til gode standardiserte pasientforløp, selv om metodikk og gjennomføring er svært ulik. Siden Helse Stavanger jobber uten en klar metodikk og med lite forankring hos ledelsen, er det i større grad tilfeldig hvilke prosjekter som lykkes. Man blir mer avhengig av enkeltindividers initiativ, da det ikke er opprettet et system som tilrettelegger for suksess.

Forvaltningen av pasientforløpene er noe begge sykehusene har ytret at er utfordrende. I tillegg er det noe som det hittil ikke har vært jobbet så mye med. Prosesseierne ved begge sykehusene har begynt å måle sine prosesser, men utover det har prosesseierrollen lite forvaltning i det daglige. Det er derimot vanskelig å skille mellom arbeid som gjøres i tråd av å være prosesseier og arbeid som gjøres i tråd av stillingen som lege og leder.

Sykehusene opplyser å ha sett enkelte effekter som for eksempel redusert tid fra diagnose til behandling i Helse Stavanger og nedsatt dødelighet på enkelte forløp i Sykehuset Østfold. Generelt sett så måles det for lite til at man kan konkludere her, men effekten er i tråd med forskningen på området. Intervjuobjektene ved begge sykehus gir også inntrykk av at pasientene er mer tilfredse med behandlingen etter å ha gjennomgått et standardisert pasientforløp.

## 6.2 Implikasjoner

Vår studie har implikasjoner for sykehusene og for videre forskning, og det ønsker vi å presentere her. Vi vil presentere grunner til at sykehusene bør jobbe mer med prosessledelse i forbindelse med standardiserte pasientforløp, og også noen grunner til å la være. I tillegg nevner vi områder som vi mener det vil være interessant å forske videre på. Disse områdene vil generelt være mer interessante når sykehusene har kommet lenger i sitt arbeid, fått flere data og sett flere effekter.

---

### 6.2.1 Implikasjoner for sykehus

Arbeidet med standardiserte pasientforløp i norske sykehus kan deles inn i hvordan sykehusene tilrettelegger for arbeidet, hvordan prosjekter gjennomføres og hvordan standardiserte pasientforløp forvaltes. Å gjennomføre gode enkeltprosjekter er mulig uten en klar metodikk, eller stor grad av tilrettelegging fra sykehusets side, men resultatene blir da overlatt i større grad til tilfeldighetene. For å maksimere utbyttet som standardiserte pasientforløp kan ha, mener vi at sykehusene må se på standardiserte pasientforløp som prosesser, ikke som et verktøy. Disse prosessene må sees i en helhetlig sammenheng og styres deretter. Fagfeltet prosessledelse omhandler nettopp det.

Det er for drastisk å oppfordre alle sykehus til å legge om organisasjonsstrukturen i forbindelse med arbeidet med standardiserte pasientforløp. Istedenfor vil vi oppfordre de sykehusene som er i en endring eller som vurderer å endre strukturen, til å fordype seg i prosessledelsesfaget. Å lede gjennom prosesser egner seg godt for en organisasjon som stadig må tilpasse seg på grunn av nye behandlingsmetoder, teknologiutvikling, eksterne krav og guidelines, og så videre.

For de som ønsker å jobbe med standardiserte pasientforløp som et verktøy vil anbefale at det likevel settes av tid og ressurser til arbeidet. Uten ledelsesforankring og ressurser som støtter fagfolkene i arbeidet, vil ikke kvalitetsarbeid prioriteres, og man er prisgitt dyktige enkeltpersoner for suksess.

Vi mener at å systematisk bygge prosessledelseskapasitet er en god tilnærming til arbeidet med standardiserte pasientforløp. Høy prosessledelseskapasitet legger til rette for suksess i arbeidet med standardiserte pasientforløp. En fellesnevner for å komme i gang vil uansett være at arbeidet med standardiserte pasientforløp må ha forankring i ledelsen, og at det settes av tid og ressurser til arbeidet. Det kan være utfordrende nok, og kan ses på som et første steg i å bygge prosessledelseskapasitet. Uten at arbeidet er forankret i ledelsen og følges opp med ressurser, vil arbeidet med standardiserte pasientforløp bli vanskelig, og kun bli gjennomført i de delene av organisasjonen som har engasjerte ansatte som ser nytten av det.

### 6.2.2 Implikasjoner for forskning

For videre forskning vil det være interessant å gjøre liknende studier noen år frem i tid. Standardisering av pasientforløp er ganske nytt for de fleste helseforetak og man er ikke

kommet så langt i arbeidet enda. Det vil derfor være interessant å studere fenomenet nærmere når effektene er mer klare. Gitt at Helse Stavanger og Sykehuset Østfold ikke endrer sin tilnærming til arbeidet, vil de være svært interessant å se hvilke effekter de får av standardiserte pasientforløp.

Det vil også være interessant å gå dypere inn i rollen som prosesseier i helsevesenet. I denne studien har vi snakket med to prosesseiere, selv om kun den ene rollen er offisiell. Prosesseierne vi har snakket med har dyptgående klinisk kunnskap, men mindre til ingen kunnskap om prosessledelse. Vi mener det vil være interessant å kartlegge prosesseierrollen på flere enn to sykehus, og/eller flere prosesseiere på det samme sykehuset. Da vil man få muligheten til å sammenligne bakgrunn, motivasjon, mål, ansvarsområder osv. for å finne trender på et nasjonalt nivå. En av fordelene med å konsentrere seg om et sykehus er at man minker sjansen for kun å komme i kontakt med solskinnshistoriene. Våre intervjuobjekter er håndplukket av ansatte på sykehuset og representerer pasientforløp som har blitt standardisert med en viss suksess. Det har også en verdi å snakke med involverte i prosjekter som ikke har vært så vellykkede.

Det kan også være interessant å se på hvordan standardisering av pasientforløp påvirker legenes arbeidshverdag. Som vi skriver om i drøftingen har legene mye makt innad på sykehuset. Når behandlingen blir standardisert vil legene kanskje få mindre autonomi. I tillegg vil prosesseierne potensielt øke sin makt og autonomi. Å studere hvordan standardiserte pasientforløp påvirker den interne maktbalansen kan derfor være én interessant studie.

For fremtidig forskning vil vi anbefale å spisse problemstillingen mer enn vi har gjort for å gå dypere inn i færre områder. Om mulig bør man også forsøke å velge intervjuobjekter selv, for å få et mer objektivt syn på problemstillingen. Det blir interessant å følge arbeidet med standardiserte pasientforløp og prosessledelse ved norske sykehus i tiden fremover.

## 7. Litteraturliste

- Akershus Universitetssykehus. (2012). Regionsfunksjon for pasientforløp og behandlingslinjer i HSØ. Retrieved 29. mai, 2014, from <http://www.ahus.no/pasient/pasientforlop/Sider/RegionsfunksjonforpasientforlopogbehandlingslinjeriHSO.aspx>
- Aksnes, S. A. (2013). Sjeldne diagnoser og prioriteringer. Retrieved 13. juni, 2014, from <http://www.dagensmedisin.no/debatt/sjeldne-diagnoser-og-prioriteringer/>
- Beisland, C. (2011). Hastverk i kreftbehandlingen. Retrieved 10. mai, 2014, from <http://www.dagbladet.no/2011/12/13/kultur/debatt/kronikk/helse/kreft/19405442/>
- Biringer, E., Klausen, O. G., Lærum, B. N., Hartveit, M., & Vanhaecht, K. (2013). Betre kvalitet med behandlingslinjer. *Sykepleien*, 4, 62-64.
- Burgers, P. T., Van Lieshout, E. M., Verhelst, J., Dawson, I., & de Rijcke, P. A. (2013). Implementing a clinical pathway for hip fractures; effects on hospital length of stay and complication rates in five hundred and twenty six patients. *International orthopaedics*, 38, 1045–1050.
- Cheah, J. (2000). Clinical pathways--an evaluation of its impact on the quality of care in an acute care general hospital in Singapore. *Singapore medical journal*, 41(7), 335-346.
- Cheney, J., Barber, S., Altamirano, L., Cheney, M., Williams, C., Jackson, M., . . . Wainwright, C. (2005). A clinical pathway for bronchiolitis is effective in reducing readmission rates. *Journal of Pediatrics*, 147(5), 622-626. doi: 10.1016/j.jpeds.2005.06.040
- Deming, W. E., & ebrary Inc. (2000). *Out of the crisis* (pp. xiii, 507 p.). Retrieved from <http://site.ebrary.com/lib/yale/Doc?id=10725625>
- Dowsey, M. M., Kilgour, M. L., Santamaria, N. M., & Choong, P. F. M. (1999). Clinical pathways in hip and knee arthroplasty: a prospective randomised controlled study. *Medical Journal of Australia*, 170(2), 59-62.
- Eikebrokk, T. R., Iden, J., Olsen, D. H., & Opdahl, A. L. (2011). Understanding the determinants of business process modelling in organisations. *Business Process Management Journal*, 17(4), 639-662.
- European Pathway Association. (2007). Clinical/Care pathways. Retrieved 20. februar, 2014, from <http://www.e-p-a.org/clinical---care-pathways/index.html>
- Finansdepartementet. (2014). Budsjett 2014. Retrieved 4. mars, 2014, from [http://www.statsbudsjettet.no/Upload/Tilleggsproposisjon\\_2014/doks/budsjett2014.pdf](http://www.statsbudsjettet.no/Upload/Tilleggsproposisjon_2014/doks/budsjett2014.pdf)

- 
- Garin, N., Carballo, S., Gerstel, E., Lerch, R., Meyer, P., Zare, M., . . . Perrier, A. (2012). Inclusion into a heart failure critical pathway reduces the risk of death or readmission after hospital discharge. *European journal of internal medicine*, 23(8), 760-764.
- Gholve, P. A., Kosygan, K. P., Sturdee, S. W., & Faraj, A. A. (2005). Multidisciplinary integrated care pathway for fractured neck of femur: a prospective trial with improved outcome. *Injury*, 36(1), 93-98.
- Grund, J. (2000). Sykehus- Hvordan bør de styres? Retrieved from magma.no website: <http://www.magma.no/sykehus-hvordan-boer-de-styres>
- Grøndalen, I. (2013). Bruk av Lean ved norske somatiske sykehus: Universitetet for miljø- og biovitenskap.
- Hammer, M. (2004). Deep change. *Harvard Business Review*, 82(4), 84-93.
- Hammer, M. (2010). *What is Business Process Management? I Handbook on Business Process Management. Introduction, Methods and Information Systems*. Berlin: Springer Berlin-Heidelberg Verlag.
- Hansen, T. (2013). New Public Management. Retrieved 28. april, 2014, from [http://snl.no/New\\_Public\\_Management](http://snl.no/New_Public_Management)
- Harmon, P. (2010). The Scope and Evolution of Business Process Management. In J. vom Brocke & M. Rosemann (Eds.), *Handbook on Business Process Management I* (pp. 37-81). Berlin: Springer Berlin Heidelberg.
- Heljesen, G. S. (2007). *Behandlingslinjer- et verktøy for standardisering, styring og utvikling av pasientforløp*. (Mastergrad), Universitetet i Bergen.
- Helse Bergen. (2010). Brannskadeavdelingen. Retrieved 01. juni, 2014, from <http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/brannskadeavsnittet/Sider/enhet.aspx>
- Helse Bergen. (2014). Organisasjonskart. Retrieved 18. mars, 2014, from <http://www.helse-bergen.no/omoss/organisering/Documents/Organisasjonskart%20norsk.pdf>
- Helse Vest. (2012). Forløpshåndbok-Hvordan utarbeide, innføre og følge opp standardiserte pasientforløp. In H. Vest (Ed.).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Stortingsmelding nr. 47 (2008 og 2009) Samhandlingsreformen. Retrieved 2. mars, 2014, from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Meld. St. 16 (2010–2011), Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Retrieved 01. juni, 2014, from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>

- 
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Meld. St. 10 (2012–2013), God kvalitet- trygge tjenester. from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025>
- Helsedirektoratet. (2013). Kvalitetsbasert finansiering. Retrieved 10. februar, 2014, from <http://helsedirektoratet.no/finansiering/kvalitetsbasert-finansiering/Sider/default.aspx>
- helsenorge.no. (2013). Om kvalitet og kvalitetsindikatorer. Retrieved 29. mai, 2014, from <https://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Om-kvalitet-i-helsetjenesten.aspx>
- Hood, C. (1995). The “new public management” in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2-3), 93-109.
- Hødal, B. (2014). Nye pasientforløp i Sykehuset Østfold. Retrieved 18. februar, 2014, from <http://www.sykehuset-ostfold.no/aktuelt/nyheter/Sider/nye-pasientforlop-i-sykehuset-ostfold.aspx>
- Høie, B. (2014). Sykehustalen. Retrieved 03. februar, 2014, from [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler\\_artikler/minister/taler-av-helse--og-omsorgsminister-bent-/2014/sykehustalen.html?id=748853](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/taler-av-helse--og-omsorgsminister-bent-/2014/sykehustalen.html?id=748853)
- Iden, J. (2011). Fører investering i kvalitetssystem til prosessledelse? *Magma*, 1, 49-57.
- Iden, J. (2013). *Prosessledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag* (3. utg. ed.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Kjekshus, L. E., & Bernstrøm, V. (2010). Helseforetakenes interne organisering og ledelse: Universitetet i Oslo.
- Kvale, S. (1983). The qualitative research interview: A phenomenological and a hermeneutical mode of understanding. *Journal of Phenomenological Psychology*, 14(2), 171-196.
- Lau, T. W., Leung, F., Siu, D., Wong, G., & Luk, K. D. K. (2010). Geriatric hip fracture clinical pathway: the Hong Kong experience. *Osteoporosis international*, 21(4), 627-636.
- Le Grand, J. (2007). *The other invisible hand : delivering public services through choice and competition*. Oxford: Princeton University Press.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage.
- Melbert, R. B., Kimmins, M. H., Isler, J. T., Billingham, R. P., Lawton, D., Salvadalena, G., . . . Rowbotham, R. (2002). Use of a critical pathway for colon resections. *Journal of gastrointestinal surgery*, 6(5), 745-752.
- Meyer, C. B., & Stensaker, I. G. (2011). *Endringskapasitet*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Nylenna, M. (2013). Standardisert pasientbehandling i et brukerorientert helsevesen. Retrieved 05. mai, 2014, from <http://www.dagensmedisin.no/blogg/magne-nylenna/standardisert-pasientbehandling-i-et-brukerorientert-helsevesen/>
- Panella, M., Marchisio, S., & Di Stanislao, F. (2003). Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 509-521. doi: 10.1093/intqhc/mzg057
- Pasientsikkerhetsprogrammet. Om I trygge hender 24-7. Retrieved 29. mai, 2014, from <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/Om+I+trygge+hender+24-7.51.cms>
- Paulk, M. C., Curtis, B., Chrissis, M. B., & Weber, C. V. (1993). Capability maturity model for software. *IEEE Software*, 18-27.
- Porter, M. E. (1985). *Competitive advantage : creating and sustaining superior performance*. New York: Free Press.
- Richter-Ehrenstein, C., Heymann, S., Schneider, A., & Hein, O. V. (2012). Effects of a clinical pathway 3 years after implementation in breast surgery. *Archives of gynecology and obstetrics*, 285(2), 515-520.
- Riksrevisjonen. (2013a). Mange sykehus kan effektivisere pasientbehandlingen ved å lære av andre. Retrieved 05. juni, 2014, from <https://www.riksrevisjonen.no/Presserom/Pressemeldinger/Sider/Sykehus.aspx>
- Riksrevisjonen. (2013b). Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus.
- Robson, C. (2002). *Real world research : a resource for social scientists and practitioner-researchers* (2nd ed.). Oxford: Blackwell.
- Roksund, D. G. (s.a.). Hvorfor er primærhelsetjenesten viktig? , from <http://www.fastlegen.no/hva-er-fastlegeordningen/fakta-og-bakgrunn/verd-aa-vite/hvorfor-er-prim%C3%A6rhelsetjenesten-viktig>
- Ronellenfitch, U., Rössner, E., Jakob, J., Post, S., Hohenberger, P., & Schwarzbach, M. (2008). Clinical pathways in surgery—should we introduce them into clinical routine? A review article. *angenbeck's archives of surgery*, 393(4), 449-457.
- Rotter, T., Kinsman, L., James, E., Machotta, A., Gothe, H., Willis, J., . . . Kugler, J. (2010). Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), 163. doi: 10.1002/14651858.CD006632.pub2
- Rummler, G. A., Brache, A. P., & Safari Tech Books Online. (1995). *Improving performance: how to manage the white space on the organization chart The Jossey-Bass management series* (pp. xxv, 226 p.). Retrieved from <http://proquest.safaribooksonline.com/?uiCode=yaleu&xmlId=9780787900908>



- 
- Sedara, W., Gable, G., Rosemann, M., & Smyth, R. (2004). A success model for business process modelling: Findings from a multiple case study. Paper presented at the Pacific Asia Conference on Information Systems.
- Smith, H., & Fingar, P. (2003). *It Doesn't Matter--Business Processes Do: A Critical Analysis of Nicholas Carr 'S I. T. Article in the Harvard Business Review* Tampa, Florida: Meghan-Kiffer Press.
- Sosial- og Helsedepartementet. (1998). Hvis det haster..... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap.
- Statistisk Sentralbyrå. (2013, 19. juni 2013). Spesialisthelsetjenesten, 2012. Retrieved 18. februar, 2014, from <http://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse>
- Statsministerens kontor. (2011). Pressemelding 106-11: Krav til bedre og raskere kreftbehandling.
- Storrøsten, M., Kira, A.-M., Kramer-Johansen, L., & Kalberg, A. L. (2007). Maktkilder i sykehus.
- Storvik, A. G. (2013). Ny rapport avdekker omfang av overbehandling. Retrieved 14. juni, 2014, from <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/ny-rapport-avdekker-omfang-av-overbehandling/>
- Sykehuset Østfold. (2011). Metodikk pasientforløp og prosesser. Retrieved 2014, 18. mars, from <http://www.sykehuset-ostfold.no/fagfolk/pasientforlop/Sider/metodikk-pasientforlop-og-prosesser.aspx>
- Sørbo, M. (2011). Standardiserte pasientforløp vil øke kvaliteten. Retrieved 18. februar, 2014, from <http://www.helse-stavanger.no/aktuelt/nyheter/Sider/standardiserte-pasientforlop-vil-oke-kvaliteten.aspx>
- Sørlandet Sykehus. Optimale pasientforløp, POP. Retrieved 06. juni, 2014, from <http://www.sshf.no/aktuelt/prosjekter/pop/Sider/Optimale%20pasientforl%C3%B8p.aspx>
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thoresen, T. R. (2011). Nasjonalt Pilotsykehus, Vestre Viken HF Ringerike sykehus - Delrapport Leder og avdelingsstruktur som understøtter behandlingsforløp.
- Trussell, J., Gerkin, R., Coates, B., Brandenberger, J., Tibi, P., Keuth, J., . . . Ferrara, J. (2008). Impact of a patient care pathway protocol on surgical site infection rates in cardiothoracic surgery patients. *The American Journal of Surgery*, 196(6), 883-889.
- van Hoeve, J., de Munck, L., Otter, R., de Vries, J., & Siesling, S. (2014). Quality improvement by implementing an integrated oncological care pathway for breast cancer patients. *The Breast, online*.

- Vanhaecht, K., Bollmann, M., Bower, K., Gallagher, C., Gardini, A., Guezo, J., . . . Panella, M. (2010). Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries—an international survey by the European Pathway Association. *Journal of Integrated Pathways, 10*(1), 28-34.
- Vanhaecht, K., De Witte, K., Panella, M., & Sermeus, W. (2009). Do pathways lead to better organized care processes? *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 15*(5), 782-788. doi: 10.1111/j.1365-2753.2008.01068.x
- Vanhaecht, K., Van Gerven, E., Deneckere, S., Lodewijckx, C., Janssen, I., van Zelm, R., . . . Sermeus, W. (2012). The 7-phase method to design, implement and evaluate care pathways. *The International Journal of Person Centered Medicine, 2*(3), 341-351.
- Wolf, C., & Harmon, P. (2012). The state of Business Process Management: BP Trends.

## 8. Vedlegg

### *Vedlegg 1*

Hei.

Mitt navn er Espen Gilhuus Salthaug og ved siden av meg sitter Ole Kristian Hermansen. Vi er begge masterstudenter ved Norges Handelshøyskole og arbeider for tiden med vår masteroppgave innen strategi og ledelse. Vår problemstilling er «Hvordan arbeides det med standardiserte pasientforløp ved norske sykehus», noe vi vil drøfte gjennom teori tilknyttet care pathways og fagfeltet prosessledelse.

Hensikten med intervjuene er å lære om hvordan dere i sykehuset arbeider med standardiserte pasientforløp.

Det vil bli gjort opptak av dette intervjuet. Opptaket blir transkribert og deretter slettet. Informasjonen vil danne grunnlaget for analysen i vår oppgave og det er muligheter for at deler av transkriberingen kan bli gjengitt i sitatform i vår masteroppgave. Du vil bli anonymisert, men det er relevant for vår oppgave å nevne stillingen og evt. relevant bakgrunn til intervjuobjektet.

Vi vil gjerne presisere at det ikke er noen fasitsvar på de spørsmålene vi stiller. Vi er heller ikke ute etter å avdekke feil eller å avdekke uregelmessigheter.

Vi setter stor pris på at de tar deg tid til å bli intervjuet og håper at dere også kan få noe utbytte av den ferdige oppgaven.

## Vedlegg 2

### Intervjuguider

#### **SYKEPLEIER / KREFTKOORDINATOR**

##### Generelt

Kan du fortelle litt om deg selv (stilling, bakgrunn, erfaring)

Hvilke pasientforløp er du involvert i?

Hva er din rolle i det aktuelle pasientforløpet (aktiviteter, ansvar, myndighet)

##### Opplæring

Hvor godt kjenner du forløpet og de involverte rollene

Hva slags opplæring har du fått i prosess/pasientforløp?

##### Utforming

Har du vært involvert i utforming/implementering/forbedring av St.Pf?

##### Metode/teknikker

Hvordan hensyntas pasienten i utarbeidelse av et St.Pf. (i)

##### Ønskede effekter

Hvilke effekter forventer du av st.pf?

##### Måling og realiserte effekter

Hvilke resultater har du sett etter innføring av St.Pf.

Kan du gi eksempler på fordeler og ulemper etter innføring av St.Pf.?

Hvordan påvirker St.Pf. Omsorg og pasientsikkerhet og er det mer tid til pasienter

Hvordan er samhandlingen mellom involverte avdelinger i St.Pf.?

Hvilke forskjeller merker du med å jobbe med Pf. som er St. og de som ikke er det?

##### Ledelse

Hvordan jobber dere med kontinuerlig forbedring av St.Pf.?

##### Internt samarbeid

Hvordan samarbeider du med tilstøtende prosesser, roller og avdelinger? (konflikter og utfordringer)

##### Annet

Hva er dine tanker om innføringen av St.Pf

Hva ville du endret med utformingen av St.Pf.

Er det noe vi ikke har spurt deg om som du mener det er viktig å få frem? (evt utdype)

---

## OVERLEGE

### Generelt

Kan du fortelle litt om deg selv (stilling, bakgrunn, erfaring)

Hvilke pasientforløp er du involvert i?

Hva er din rolle i det aktuelle pasientforløpet (aktiviteter, ansvar, myndighet)

### Opplæring

Hvor godt kjenner du forløpet og de involverte rollene

Hva slags opplæring har du fått i prosess/pasientforløp?

### Utforming

Har du vært involvert i utforming/implementering/forbedring av St.Pf?

### Metode/teknikker

Hvordan hensyntas pasienten i utarbeidelse av et St.Pf. (i)

### Ønskede effekter

Hvilke effekter forventer du av st.pf?

### Måling og realiserte effekter

Hvilke resultater har du sett etter innføring av St.Pf.

Kan du gi eksempler på fordeler og ulemper etter innføring av St.Pf.?

Hvordan påvirker St.Pf. Omsorg og pasientsikkerhet og er det mer tid til pasienter

Hvordan er samhandlingen mellom involverte avdelinger i St.Pf.?

Hvilke forskjeller merker du med å jobbe med Pf. som er St. og de som ikke er det?

Hvordan fungerer St.Pf for planlagte og akutte behandlinger?

### Ledelse

Hvordan jobber dere med kontinuerlig forbedring av St.Pf.?

### Internt samarbeid

Hvordan samarbeider du med tilstøtende prosesser, roller og avdelinger? (konflikter og utfordringer)

### Annet

Hva er dine tanker om innføringen av St.Pf

Hva ville du endret med utformingen av St.Pf.

Er det noe vi ikke har spurt deg om som du mener det er viktig å få frem? (evt utdype)

## **PROSESSEIER**

Kan du fortelle litt om deg selv (stilling, bakgrunn, erfaring)

Hvilke pasientforløp er du involvert i?

Hva er din rolle i det aktuelle pasientforløpet (aktiviteter, ansvar, myndighet)

### Opplæring

Hva slags opplæring har du fått i prosess/pasientforløp? \*\*\*

Hvor godt kjenner du forløpet og de involverte rollene

### Utforming

Har du vært involvert i utforming/implementering/forbedring av St.Pf?

### Ønskede effekter

Hvilke effekter ønsker dere å realisere med å innføre st.pf?

### Metode/teknikker

Hvilke verktøy og metoder bruker dere i utarbeiding av pasientforløp

Hvordan hensyntas pasienten i utarbeidelse av et St.Pf.

Benyttes organisatoriske best practise i utformingen?

Hvordan benytter dere IT til å understøtte forbedringene?

### Implementering

Kan du fortelle litt om arbeidet med utforming og implementering av St.Pf

### Måling og realiserte effekter

Hvor mange av pasientene i en diagnosegruppe går igjennom st.pf uten avvik?

Hvilke resultater har du sett etter innføring av St.Pf.

Hvordan fungerer St.Pf for planlagte og akutte behandlinger

Hvordan måler dere prosessene. (opplevd vs. klinisk kvalitet)

Kan du gi eksempler på fordeler og ulemper etter innføring av St.Pf.?

Hvordan påvirker St.Pf. Omsorg og pasientsikkerhet og er det mer tid til pasienter

Hvordan er samhandlingen mellom involverte avdelinger i St.Pf.?

Hvilke forskjeller merker du med å jobbe med Pf. som er St. og de som ikke er det?

### Ledelse

Hvordan jobber dere med kontinuerlig forbedring av St.Pf.?

Hvor stor andel av arbeidstiden bruker du på rollen som prosesseier \*\*\*

Hva slags opplæring får nye medarbeidere

### Internt samarbeid

Hvordan samarbeider du med tilstøtende prosesser, roller og avdelinger? (konflikter og utfordringer)

Hvordan samarbeider dere med andre instanser i utarbeidelse og forvaltning av St.Pf.

Hvordan sørger dere for at dere benytter beste praksis?

Hvor langt er dere kommet i arbeidet med prosessorientering (prosessmodenhet)

### Annet

Hva er dine tanker om innføringen av St.Pf

Er det noe vi ikke har spurt deg om som du mener det er viktig å få frem? (evt utdype)

---

## **PROSESSVEILEDER / KVALITETSKOORDINATOR**

Kan du fortelle litt om deg selv (stilling, bakgrunn, erfaring)  
Hva er din rolle som prosessveileder

### Opplæring

Hva slags opplæring har du fått i prosess/pasientforløp?  
Hvor godt kjenner du forløpet og de involverte rollene  
Hva slags opplæring får nye medarbeidere

### Utforming

Har du vært involvert i utforming/implementering/forbedring av St.Pf?

### Ønskede effekter

Hvilke effekter ønsker dere å realisere med å innføre st.pf?

### Metode/teknikker

Hvilke verktøy og metoder bruker dere i utarbeiding av pasientforløpet  
Hvordan hensyntas pasienten i utarbeidelse av et St.Pf.  
Benyttes organisatoriske best practise i utformingen?  
Hvordan benytter dere IT til å understøtte forbedringene?

### Implementering

Kan du fortelle litt om arbeidet med utforming og implementering av St.Pf

### Måling og realiserte effekter

Hvor mange av pasientene i en diagnosegruppe går igjennom st.pf uten avvik?  
Hvilke resultater har du sett etter innføring av St.Pf.  
Hvordan fungerer St.Pf for planlagte og akutte behandlinger  
Hvordan måler dere prosessene. (opplevd vs. klinisk kvalitet)  
Kan du gi eksempler på fordeler og ulemper etter innføring av St.Pf.?  
Hvordan påvirker St.Pf. Omsorg og pasientsikkerhet og er det mer tid til pasienter  
Hvordan er samhandlingen mellom involverte avdelinger i St.Pf.?

### Ledelse

Hvordan jobber dere med kontinuerlig forbedring av St.Pf.?

### Deling mellom foretak

Hvordan samarbeider dere med andre instanser i utarbeidelse og forvaltning av St.Pf.  
Hvordan sørger dere for at dere benytter beste praksis?

### Annet

Hva er dine tanker om innføringen av St.Pf  
Hvor langt er dere kommet i arbeidet med prosessorientering (prosessmodenhet)  
Er det noe vi ikke har spurt deg om som du mener det er viktig å få frem? (evt utdype)

## **PROSESSDIREKTØR**

Kan du fortelle litt om deg selv (stilling, bakgrunn, erfaring)  
Hva er din rolle som prosessdirektør  
Hvor lenge har dere vært prosessorienterte?  
Hva er bakgrunn for prosessorientering?

### Opplæring

Hva slags opplæring har du fått i prosess/pasientforløp?  
Hvor godt kjenner du forløpet og de involverte rollene  
Hva slags opplæring får nye medarbeidere

### Utforming

Har du vært involvert i utforming/implementering/forbedring av St.Pf?

### Ønskede effekter

Hvilke effekter ønsker dere å realisere med å innføre st.pf?

### Metode/teknikker

Hvilke verktøy og metoder bruker dere i utarbeiding av pasientforløpet  
Hvordan hensyntas pasienten i utarbeidelse av et St.Pf.  
Benyttes organisatoriske beste praksis i utformingen?  
Hvordan benytter dere IT til å understøtte forbedringene?

### Implementering

Kan du fortelle litt om arbeidet med utforming og implementering av St.Pf

### Måling og realiserte effekter

Hvor mange av pasientene i en diagnosegruppe går igjennom st.pf uten avvik?  
Hvilke resultater har du sett etter innføring av St.Pf.  
Hvordan fungerer St.Pf for planlagte og akutte behandlinger  
Hvordan måler dere prosessene. (opplevd vs klinisk kvalitet)  
Kan du gi eksempler på fordeler og ulemper etter innføring av St.Pf.?  
Hvordan påvirker St.Pf. Omsorg og pasientsikkerhet og er det mer tid til pasienter  
Hvordan er samhandlingen mellom involverte avdelinger i St.Pf.?

Ledelse      Hvordan jobber dere med kontinuerlig forbedring av St.Pf.?

### Internt samarbeid

Hvordan samarbeider du med tilstøtende prosesser, roller og avdelinger? (konflikter og utfordringer)  
Hvordan påvirkes driften av avdelingene til det aktuelle pasientforløpet

### Deling mellom foretak

Hvordan samarbeider dere med andre instanser i utarbeidelse og forvaltning av St.Pf.  
Hvordan sørger dere for at dere benytter beste praksis?

### Annet

Hva er dine tanker om innføringen av St.Pf  
Hvor langt er dere kommet i arbeidet med prosessorientering (prosessmodenhet)?  
Er det noe vi ikke har spurt deg om som du mener det er viktig å få frem? (evt utdype)