

**Organisatoriske innovasjoner i
helsesektoren:
prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert
praksis og behandlingslinjer**

**Helge Ramsdal
Kjetil Ramsdal**

**Høgskolen i Østfold
Oppdragsrapport 2007:3**

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Høgskolen i Østfold har en godkjenningsordning for publikasjoner som skal gis ut i Høgskolens Rapport- og Arbeidsrapportserier.

Rapporten kan bestilles ved henvendelse til Høgskolen i Østfold.
(E-post: postmottak@hiof.no)

Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2007:3

© Forfatterne/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-219-2

ISSN: 1504-5331

**Oppdragsrapporten er en del av Norges Forskningsråds
forskningsprogram:**

Verdiskapende Innovasjon i Offentlig Sektor (VIOS):

**Organisatorisk innovasjon gjennom bruk av prosessbasert
virksomhetsmodellering - forprosjekt**

Forord.

Dette arbeidet er en del av forprosjektet ”*Organisatorisk innovasjon gjennom bruk av prosessbasert virksomhetsmodellering*”. Prosjektet er finansiert av Norges Forskningsråd under programmet ”Verdiskapende Innovasjon i Offentlig Sektor” (VIOS). Forprosjektet er et samarbeid mellom Stiftelsen Østfoldforskning og Høgskolen i Østfold, og skal munne ut i en søknad om et hovedprosjekt. Den foreliggende rapporten er ment som et grunnlag for denne søknaden, men er samtidig et selvstendig arbeid knyttet til en gjennomgåelse av relevant litteratur om de tema forprosjektet dreier seg om. I tillegg har vi trukket veksler på kunnskaper om ”fleksible organisasjoner” knyttet til prosjektet ”Et inkluderende eller ekskluderende arbeidsliv” som er et prosjekt under Strategisk høgskoleprogram i Norges Forskningsråd.

Det foreligger et enormt tilfang av kunnskap, dels i form av litteratur, dels som erfaringer fra organisasjonsutviklere, om de tema som vi her diskuterer. Det har vært en utfordring å sammenstille deler av denne kunnskapen på en måte som skaper en viss grad av oversikt uten å gjøre urett til de ulike perspektiver og analysemetoder som fagfeltet omfatter. Rapporten er derfor blitt langt mer omfattende enn opprinnelig planlagt. Det skyldes også at vi ble stadig mer fascinert av temaet, og at vi etter hvert er overbevist om at det er et stort potensial for videre forskning basert på de funn fra litteraturgjennomgangen som vi tar for oss her. Derfor presenterer vi i rapportens avslutningskapittel også noen tentative antakelser som vi ønsker å prøve ut i fremtidig forskning på feltet. For vår del er det særlig i forhold til ulike problemstillinger om etablering av behandlingslinjer og utvikling av tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren det er aktuelt å gå videre med etter arbeidet med rapporten.

Vi vil gjerne takke de som har hjulpet oss i dette arbeidet: Sven Erik Skønberg og Knut Aarvak i Stiftelsen Østfoldforskning (STØ), fagkolleger ved Avdeling for helse- og sosialfag, og ikke minst bibliotekjentesten ved avdelingen, som gjorde en viktig jobb med å innhente litteratur. Arbeidsdelingen mellom oss innebærer at Kjetil Ramsdal har hatt hovedansvar for å avgrense og søke etter relevant litteratur, sammenstille denne, og skrive ut kapitler der denne litteraturen gjennomgås. Helge Ramsdal har hovedansvar for rapporten, og har selv skrevet de første tre kapitlene, samt drøftingskapitlet, og også bidratt til de øvrige kapitler.

Kråkerøy 7.7.2007

Helge Ramsdal og Kjetil Ramsdal

Kapittel 1.....	5
Innledning.....	5
1.1. Bakgrunn: ”Prosessbasert virksomhetsmodellering i offentlig sektor”...	5
1.2. Bakgrunn for litteraturgjennomgåelsen.....	10
1.3. Prosessperspektivet ”Beste praksis” – et eksempel.....	12
1.4. Disposisjon.....	16
1.5. Metode for artikkelutvalg	20
1.6. Avgrensninger	24
Om innovasjon i offentlig sektor.....	27
2.1. Innledning.....	27
Kapittel 3:.....	33
Hvorfor prosessperspektiver? Om omstillinger i offentlig sektor.	33
3.1 Bakgrunn.....	33
3.2 Kritikken mot de nye organisasjonsmodellene.....	35
3.3 Svarene på kritikken - diamantorganisering og prosessbaserte virksomhetsmodeller.....	38
3.4. Om prosessperspektiver som grunnlag for omstillinger i helse- og sosialsektoren.....	43
Kapittel 4.....	51
Prosessperspektiver	51
4.1. Organisasjonsteoretiske grunnlag.....	51
4.2. Business Process Reengineering? Fra BPR til ”prosess”.....	52
4.2. Prosessbaserte virksomhetsmodeller i helse- og sosialsektoren.....	54
4.3. Beste Praksis (Best Practice)	58
4.4. Kunnskapsledelse (Knowledge Management).....	60
4.5. Prosessmodellering (Process Modelling).....	61
4.6. Avsluttende kommentar	63
Kapittel 5.....	65
Evidensbasert kunnskap.....	65
5.1. Innledning	65
5.2. Hva er evidensbasert kunnskap?.....	65
5.3. Strategier for iverksetting av EBM.....	69
5.4. Koplingen mellom Evidence Based Medicine (EBM), Evidence Based Health Care (EBHC) og Evidence Based Management (EBMAN).....	74
5.5. Avsluttende kommentar.....	81
Kapittel 6.....	85
Utfordringen: ”The Research - Practice Gap”.....	85
6.1. Innledning.....	85
6.2 Hvorfor er det så stort skille mellom kunnskap og iverksetting?.....	86
6.3 Hva vet vi om resultatene – systematiske gjennomganger.....	88

6.3. Hvilke strategier for å redusere skillet blir lansert?.....	97
6.4. Avsluttende kommentarer.....	110
Kapittel 7.....	115
Forutsetninger for anvendelse av prosessbaserte virksomhetsmodeller	115
7.1. Hva skal til for at evidensbasert kunnskap skal benyttes?.....	115
7.2. ”Optimeringens begrensninger”.....	119
7.3. Finnes det ”smarte” strategier for iverksetting av behandlingslinjer?.	124
7.4. Avsluttende kommentarer.....	127
Kapittel 8.....	129
Drøfting.....	129
8.1. Om prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert praksis og behandlingslinjer i et innovasjonsperspektiv.....	129
8.2. ”The State of the Art”.....	134
8.3. Hva er prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer.....	135
8.4. Variasjoner i utforming av behandlingslinjer.....	136
8.5. Egenskaper ved innovasjonen.....	140
8.7. Egenskaper ved iverksettingsorganisasjonen.....	145
8.8. Iverksettingsstrategier.....	147
8.9. Noen antakelser om iverksetting av behandlingslinjer.....	150
8.10. Avsluttende kommentar.....	153
Litteraturliste:.....	155

Kapittel 1.

Innledning.

1.1. Bakgrunn: ”Prosessbasert virksomhetsmodellering i offentlig sektor”.

Prosessbaserte virksomhetsmodeller er i dag en av de organisatoriske innovasjoner som av mange anses som uttrykk for ”et nytt paradigme” i modernisering av offentlig virksomhet (Ramsdal og Skorstad 2004). Prosessbaserte virksomhetsmodeller er en samlebetegnelse på en rekke ulike tilnærminger til tjenesteyting der fokus er på arbeidsprosessene. Det som er felles i tilnærmingene er at en skiller mellom verdiskapingsprosesser – som omhandler virksomhetens kjerneproduksjon – og støtteprosesser – som dreier seg om ledelsesmessige oppgaver og andre typer service til kjerneproduksjonen. Det er etter hvert utviklet metoder og teknikker i ulike deler av offentlig virksomhet der hovedhensikten er:

- Formålseffektivitet - effektivisering av tjenesteyting i forhold til politiske mål.
- Kvalitetsforbedring – gjennom å sikre at definerte kvalitetsstandarder for sluttprodukter og saksbehandlings- eller andre arbeidsprosesser blir fulgt.
- Ressursbesparing – ved å skape slankere og mer fokuserte offentlige virksomheter.

Tre forhold ligger til grunn for problemstillingene i denne rapporten:

For det første foreligger det etter hvert en omfattende internasjonal litteratur om erfaringene med prosessbaserte modeller i privat og offentlig virksomhet. Denne litteraturen er i liten grad bearbeidet og sett i forhold til de særegne kjennetegn og utfordringer offentlig virksomhet i Norge og Norden for øvrig står overfor.

For det andre har en i privat næringsliv – og særlig innenfor varehandel, tjenesteyting og større produksjonsbedrifter – etter hvert etablert systemer for prosessbaserte virksomhetsmodeller også i Norge. Disse erfaringene vil være viktige referansepunkt for etablering og forbedringer av prosessbaserte virksomhetsmodeller i offentlig virksomhet.

For det tredje har det i norsk offentlig sektor etter hvert blitt foretatt utprøvinger med prosessbaserte virksomhetsmodeller på avgrensede felt innenfor noen sektorer. Disse erfaringene er i dag fragmenterte og i liten grad gjenstand for systematisering og ekstern evaluering.

I Østfold er det i løpet av de siste årene etablert et par miljøer i skjæringspunktet mellom konsept- og teknologientreprenører, offentlige virksomheter og forskningsinstitusjoner der en har prøvet ut prosessbaserte modeller. Det dreier seg her om et par IT-bedrifter/konsulentselskap i samarbeid med flere Østfoldkommuner, Sykehuset Østfold og Høgskolen i Østfold.

Kommuner.

I regi av Fylkemannen i Østfolds strategi for Omstilling-Modernisering er det etablert tre kommunale og ett interkommunalt prosjekt der en søker å utvikle og implementere prosessperspektivet. Det interkommunale prosjektet ”Døgnåpen forvaltning” er et nettverkssamarbeid mellom til sammen 11 kommuner (inkludert tre som har fått kommunale midler hver for seg). Halden kommune er vertskommune. Målet med prosjektet er å klargjøre kommunene for å iverksette ”det døgnåpne Østfold”, og hovedfokus er på:

- en rendyrket prosesstilnærming for å gjøre eksisterende tjenester og prosesser mest mulig effektive og av riktig kvalitet;

- kompetanseheving innen eForvaltning av politikere, offentlige ledere, mellomledere og ansatte;
- bistand til kommunen i en organisasjonsutviklingsprosess for å bedre organisasjon, prosesser og tjenester;
- etablering av felles krav til hvordan de elektroniske systemene skal fungere for å få mest mulig kostnadseffektive tjenester og prosesser.

I kommunene som deltar har en dels arbeidet med arbeidsprosesser på servicetorget, dels med tjenestetilbud innenfor helse-, sosial- og skolesektoren. Det er bl.a. avholdt to erfaringskonferanser. Noen kommuner har også prøvd ut elementer av en modell og implementeringsmetodikk utviklet av Cognit A/S, - betegnet som "Best Practice". I de aktuelle kommunene er det etablert utviklingsprosjekter med varierende fokus på sektorer/oppgaver, og med anvendelse av ulike aspekter ved konseptet. Det er imidlertid ikke lagt inn i prosjektet forskningsbaserte evalueringer der erfaringene fra delprosjektene i kommunene blir systematisert.

Sykehuset Østfold.

Ved Sykehuset Østfold har en hittil utarbeidet ca. 12 behandlingslinjer basert på internasjonale konsepter og med grunnlag i evidensbasert medisin. På systemsiden har en her arbeidet etter et IT-basert opplegg betegnet som Product Line Management. Blant disse behandlingslinjene er ADHD-linjen for barn og unge utviklet i samarbeid mellom spesialisttjenester og kommuner, og denne forutsettes implementert i løpet av 2007. Sykehuset har vært en pionér i Norge i arbeidet med behandlingslinjer, og i Strategisk plan for Sykehuset Østfold heter det at en skal utvikle 15 nye slike både innenfor somatikk og psykiatri. Etablering av behandlingslinjer er nå den tyngste strategiske OU-satsingen ved sykehuset, og flere arbeidsgrupper er igangsatt i forhold til ulike diagnosegrupper. Konseptutviklingen og prosjektarbeidet er her i hovedsak

basert på internasjonale medisinsk- og pleiefaglige erfaringer som er knyttet opp til egen kompetanse i Product Line Management gjennom systemansvarlige ved sykehuset.

Høgskolen i Østfold (HiØ).

Ved HiØ har en gjennomført et arbeid med kvalitetssystemet, som ble godkjent av NOKUT i 2005, der prosessperspektivet ble lagt til grunn for en omfattende kvalitetsutviklingsprosess. Det er nå initiert et arbeid med FOU-virksomheten etter samme modell. Også her har en basert seg på Cognit-konseptet om "Beste Praksis". Studenter ved HiØ's studium i Organisasjon og ledelse har også levert to masteroppgaver om erfaringene med implementering av prosessbaserte virksomhetsmodeller i kommuner og to behandlingslinjer ved Sykehuset Østfold HF (Fineide 2006, Finnanger og Sletvold 2006).

Utgangspunktet for den forskningsmessige og OU-relaterte kompetansen på feltet er primært knyttet til at flere forskere ved Stiftelsen Østfoldforskning og Høgskolen i Østfold har arbeidet med å utvikle og implementere prosessperspektivet i privat sektor, og senere i offentlig virksomhet. Stiftelsen Østfoldforskning ble i 2000 invitert av Cognit A/S til et samarbeid om implementering av prosessbaserte virksomhetsmodeller i Norsk Hydros aluminiumsfabrikk på Karmøy, med et hovedansvar for OU-delen av prosjektet. Dette prosjektet var finansiert av NFR. Etter at prosjektet var avsluttet ble Cognit A/S og STØ invitert til å videreutvikle konseptet for anvendelse i offentlig sektor, og bidro da i de første fasene av etableringen av prosessbaserte virksomhetsmodeller i Eidsberg og Hvaler kommune. Dette arbeidet var finansiert av NFR gjennom SkatteFUNN. Siden har Fylkemannen gjennom sin satsing på modernisering av kommunal virksomhet delfinansiert videreføringen av disse prosjektene, samt av arbeidet med "døgnåpen forvaltning" i Fredrikstad

kommune. Knut Aarvak, som var rektor ved HiØ, ledet selv arbeidet med kvalitetssystemet ved høgskolen, godkjent av NOKUT i 2005.

De beskrevne oppleggene for prosessbaserte virksomhetsmodeller kjennetegnes av at de har et felles teoretisk utgangspunkt (gjennom standardiserte arbeidsforløp), men er utformet på ulike måter i forhold til mange ulike arbeidsprosesser/sektorer. Det er derfor grunn til å peke på at det er betydelig læringseffekt gjennom sammenliknende studier av

a) hvilke fortolkninger av det teoretiske konseptet konseptutviklere og entreprenører har foretatt,

b) strategiene for å introdusere konseptet/modellene i ulike offentlige organisasjoner,

c) hvordan implementering av konseptet skjer, hvilke forutsetninger som må være til stede for at implementering skal lykkes, og for at det skal skje en institusjonalisering og rutinisering i bruken av modellen i organisasjonen, og

d) hvilke målbare effekter som kan avleses i forhold til de mål som lå til grunn for etableringen av prosessbaserte virksomhetsmodeller.

Denne rapporten er å anse som et grunnlagsnotat i forhold til de foran nevnte problemstillinger, i og med at vi har vært spesielt opptatt av forutsetningene for, og erfaringene med, utvikling av behandlingslinjer i helse- og soialsektoren. Det dreier seg her om et forprosjekt, og målet med denne rapporten er å foreta en litteraturgjennomgang med fokus på internasjonale (og nasjonale) erfaringer med utvikling og bruk av prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer.

1.2. Bakgrunn for litteraturgjennomgåelsen.

Utgangspunktet for diskusjonen her er påstander om at ”prosessbaserte virksomhetsmodeller” representerer en av de viktigste organisatoriske innovasjoner i offentlig sektor i våre dager. Men som i mange andre slike sammenhenger, er det grunn til å stille spørsmål om også dette er et motefenomen som først og fremst dreier seg om symbolske endringer, og som snart vil erstattes av nye organisasjonskonsepter for effektiv tjenesteyting. Gjennomgangen av litteraturen om temaet har overbevist oss om at det ikke vil være tilfellet. Tvert imot er det mer sannsynlig at en her står overfor organisatoriske nyvinninger som kan vise seg å kunne endre organisasjons- og arbeidsformer i offentlig sektor på mange områder, ikke minst i helse- og sosialsektoren. Et av argumentene for en slik tolkning er at prosessbasert virksomhetsmodellering ikke bare dreier seg om endringer i ytre rammebetingelser for utøvelse av arbeid. Det som gir prosessperspektiv en egen tyngde er at de er ment å skulle berøre organiseringen av arbeidet på operativt nivå, og at det derved påvirker profesjonenes arbeidsvilkår så vel som kunnskapsgrunnet for politiske beslutninger – med andre ord berører det noen av de trekk som kjennetegner offentlig virksomhet i særlig grad.

Vi finner likevel at det er en rekke kritiske spørsmål som kan stilles ved tendensene til å etablere prosessbaserte virksomhetsmodeller i dagens organisasjoner: For det første vil det kunne hevdes at slike tilnærminger og modeller ikke representerer noe nytt, men tvert imot er basert på grunnelementer fra organisasjonsteoriens barndom, i særlig grad ”taylorismen” og prinsippene bak samlebåndsproduksjon. Derved vil en kunne hevde at prosessperspektivene innebærer enda en måte å regulere arbeid gjennom intensiveringsmetoder, og at konsekvensene blir ”lean and mean” for de ansatte.

Et annet argument er at kunnskapsgrunnlaget om forutsetningene for effektive og kvalitetsfremmende prosesser er for svakt i store deler av offentlig virksomhet, og at det ikke vil være mulig å etablere konsensus om disse.

Et tredje motargument er at de institusjonaliserte særtrekk ved offentlige organisasjoner innebærer at implementering av prosessbaserte modeller er ytterst vanskelig. Når vi i rapporten legger stor vekt på å dokumentere og drøfte disse spørsmålene, er det blant annet med henblikk på å etablere et mer presist grunnlag om hvordan slike perspektiver kan bidra til bedre kvalitet og effektivitet i offentlig tjenesteyting.

Prosessbaserte virksomhetsmodeller/prosessbasert modellering er samlebegrep for tilnærminger der organisering av arbeidsprosesser står sentralt. I moderne utgave er den viktigste inspirasjonen for disse tilnærmingene Business Process Reengineering (BPR). I sin opprinnelse var BPR tuftet på krav om at ”moderne organisasjoner” måtte være fleksible, kundefokuserte og effektive for å kunne overleve. På samme måte som en i BPR-litteraturen tenderte mot å etablere et stilisert bilde av de krav fremtiden vil bringe, representerte tilnærmingen også en stereotypi av eksisterende organisasjonsformer, ikke minst i offentlig sektor. Bildet av en rigid, overbyråkatisert, ineffektiv og lite kvalitetsbevisst organisasjon tegnes som et argument for å begrunne behovet for nye organisasjons- og ledelsesformer. Løsningene var – som vanlig er innenfor den sjangeren der nye organisasjonskonsepter og ledelsesformer skal selges – radikale endringer basert på kravene til ”lean production” (Hammer og Champy 1989). ”Re-engineering” fremstilles derfor ofte som radikale endringsprosesser, benevnt som organisatoriske ”redesign”, der effektiv prosessmodellering fordrer strukturelle tilpasninger, med ”outsourcing” og ”downsizing” som resultat (Ramsdal og Skorstad 2004).

I vår sammenheng innebærer tilnærmingen en integrasjon av (medisinsk-) faglige, administrative og IT-baserte analyseverktøy og -metoder. Et felles grunnlag er også at hensikten er å forbedre samordning og samarbeid mellom ulike aktører innenfor sektoren, med utgangspunkt i generaliserte handlingsforløp for individuelle pasienter/klienter.

Prosessbaserte virksomhetsmodeller har imidlertid noen fellestrekk uavhengig av grad av radikalitet: De tar utgangspunkt i formaliserte beskrivelser av en idealtypisk "beste praksis" for effektiv produksjon. Bestemmelsen av "beste praksis" er riktignok også varierende, avhengig blant annet av om en opererer med globale kriterier og vitenskapsbasert kunnskap eller om en først og fremst etablerer lokale og kontekstavhengige kriterier. Visualiseringen av slike modeller har en typisk form, der en identifiserer et startpunkt for arbeidsoppgaver, og beskriver hovedprosesser og delprosesser med ulike delelementer i form av klart avgrensede arbeidsoperasjoner - slik et tradisjonelt flytskjema forutsetter. Fokus er på virksomhetens kjerneoppgaver, og i tillegg identifiseres støttefunksjoner og ledelsesfunksjoner for iverksetting av effektiv produksjon i hovedprosesser/kjerneprosesser. I sin opprinnelige form var dette også et virkemiddel for å kunne stramme opp disse funksjonene, og særlig rasjonalisering av mellomledelse/-ledere ble ansett som et viktig innslag. Som kjent har reduksjon av mellomledere vært et kjennetegn ved omstillinger både i privat og offentlig virksomhet de siste tiårene.

1.3. Prosessperspektivet "Beste praksis" – et eksempel.

Vi skal her relativt kortfattet forklare hvordan prosessmodellering kan se ut i praksis. Vi har valgt å fokusere på den modellen for kvalitetssystem som er utviklet ved Høgskolen i Østfold, ettersom dette på mange måter kan være

representativt i forhold til den grunnmodellen der ”verdiskapingsprosesser” eller kjerneprosesser og støtteprosesser blir strukturert. Vi følger prosessene basert på prosesskartleggingen med fokus på fou-virksomheten ved høyskolen.

I beskrivelsen av kvalitetssystemet ved høyskolen blir tilnærmingen presentert slik:

”Beste Praksis er et programvareverktøy og en tilhørende metodikk som gjør det lett å etablere ”beste praksis” på tvers av organisasjonen. Dette verktøyet hjelper til å eksternalisere kunnskap om den enkeltes arbeid og etablere forbindelse mellom dette, overordnede planprosesser og andre aktiviteter. Det gjør det mulig å overføre praksis fra en enhet til en annen. Basert på en velprøvd metodikk vil dette gjøre det mulig å forbedre organisasjonens effektivitet, kvalitet på produkter eller tjenester, økt selvstendighet og mer enn noe annet, kontinuerlig forbedring.

*Beste Praksis er et webbasert system som benyttes for å strukturere HiØs **prosesser** for å oppnå bedre styring, effektivitet og kvalitet. Fokuset for enhver prosess er **sluttbrukeren**, og enhver prosess har som mål å tilfredsstille **sluttbrukerens behov** på best mulig måte.*

*Desto enklere og kortere en prosess er desto mindre tid og færre kostnader brukes til å realisere et resultat. Prosessen kjennetegnes ved at dens arbeidsoperasjoner gjentas om og om igjen og det er kvalitetssystemets mål å **effektivisere prosessene samtidig som kvaliteten opprettholdes**. Kvaliteten bedømmes ut i fra hvor godt sluttbrukerens behov tilfredsstilles.*

HiØs prosesshierarki kan deles inn i 4 nivåer:

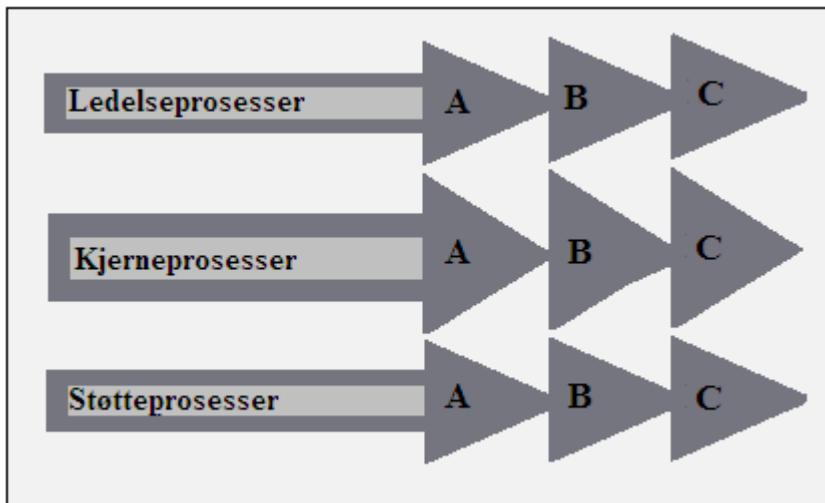
Prosesskart

Hovedprosess

Arbeidsprosess/flytskjema

Aktivitet” (<http://www.hiof.no>)

Generelt vil slike prosesser kunne visualiseres slik:



Innenfor rammen av denne rapporten har vi i særlig grad vært opptatt av utviklingen i helse- og sosialsektoren. Her er det en nær sammenkopling av slike modeller og evidensbasert kunnskap. Vi vil særlig vektlegge etablering, operasjonalisering og bruk av denne kunnskapen – hvilken status slik kunnskap har og hvordan den danner grunnlaget for prosessbaserte virksomhetsmodeller i neste omgang. Innenfor helse- og sosialsektoren er begreper som ”prosessperspektiver” eller ”prosessbaserte virksomhetsmodeller” relativt ukjente – særlig for yrkesutøverne som anvender slike modeller på operativt nivå (det vil si leger, sykepleiere, sosialarbeidere osv.). Her er de relativt abstrakte modellene – som presenteres i et organisasjons- og systemspråk som stort sett er fremmedartet for helse- og sosialarbeiderprofesjonene – identifisert

med etablering av behandlingslinjer, som oftest forankret i vitenskapsbasert, evidensbasert medisin/-praksis. Utviklingen av slike behandlingslinjer er på den annen side velkjent, og det har de siste par tiårene vært en eksplosjon i forhold til ”clinical guidelines”/kliniske retningslinjer i helse- og sosialsektoren. Utgangspunktet kan ofte være globale retningslinjer knyttet både til svært avgrensede helseproblem, spesifikke diagnoser eller til overordnede policyområder (for eksempel psykisk helsepolitikk) gjennom anbefalinger fra Verdens Helseorganisasjon (Fretheim, Oxman og Lavis 2007, WHO 2002). Men ikke minst kan det være nasjonale retningslinjer, ofte utviklet i samarbeid mellom offentlige myndigheter og faglige organisasjoner. Et eksempel på utviklingen i dette feltet er at Sosial- og helsedirektoratet i 1999 ga ut en rapport med tittel ”Retningslinjer for retningslinjer”, med henblikk på å standardisere og kvalitetssikre de retningslinjer som ble utarbeidet (SHD 1999). Slike retningslinjer spiller selvsagt en stor rolle i utdanning og trening av helse- og sosialpersonell. Kliniske retningslinjer er ofte, men ikke alltid, å anse som en del av utviklingen av behandlingslinjer og prosessbaserte virksomhetsmodeller. Dette skal vi komme tilbake til i senere kapitler.

Den teoretiske bakgrunnen for utvikling av prosessbaserte virksomhetsmodeller, med sin forankring i BPR, innebærer at det dreier seg om organisasjonsløsninger som er ment å bidra til bedre kvalitet og mer effektiv produksjon. Utviklingen av behandlingslinjer i helsesektoren må ses på bakgrunn av de stadig mer eksplisitte krav til effektivitet, kvalitet og transparens som denne sektoren stilles overfor. Samtidig er det blitt viktigere for sykehusene å fremstille seg som kvalitetsbevisste og effektive gjennom ulike strategier for å bedre sitt ”omdømme” (Byrkjeflot et al. 2006). Behandlingslinjer kan derfor hevdes å ivareta flere mål som hver for seg er viktige for sykehusene: å bidra til økt kvalitet i pasientbehandlingen, å øke kostnadseffektivitet, å strukturere samarbeidsrelasjoner mellom profesjonsgrupper og avdelinger innad i

sykehuset, og med kommunale tjenester og andre aktører utenfor sykehuset. På den annen side er selve begrepet ”behandlingslinjer” tvetydig, og vi har sett det som en oppgave å bidra til å klargjøre også kjennetegn ved ulike former som behandlingslinjer kan anta. Når en skal drøfte problemstillinger knyttet til iverksetting av de tiltak og aktiviteter etablering av behandlingslinjer forutsetter, er det nødvendig å kjenne til disse ulike formene. Etter vår oppfatning er det derfor nødvendig å avklare differensiering i kjennetegn som preger ulike tilnærminger til fenomenet ”behandlingslinjer” for at en slik drøfting skal bli meningsfylt.

1.4. Disposisjon.

Disponeringen av rapporten tar utgangspunkt i de resonnementene som er presentert foran:

I neste kapittel tar vi for oss innovasjoner i offentlig sektor mer generelt, som en ramme for litteraturgjennomgåelsen. Bakgrunnen for dette kapittelet er at prosjektet vi arbeider med nettopp har som utgangspunkt at prosessmodellering er å anse som en slik innovasjon. Vi understreker her at det i løpet av de siste årene har skjedd en utvikling i forståelsen av ”innovasjonsbegrepet” i sektoren, og at denne endringen blant annet innebærer at organisatoriske innovasjoner er kommet sterkt i fokus (i kontrast til den tradisjonelle oppfatningen om at ”innovasjoner” dreier seg om utvikling av nye materielle produkter). Parallelt med at en har utvidet fokus med hensyn til hvilke fenomen som innbefattes i innovasjonsbegrepet i relasjon til offentlig sektor, har en også opplevd at teoretiske utgangspunkt for denne forståelsen har endret karakter, og blitt sterkt utvidet ved at en nå er opptatt av særpreg ved offentlig sektor som en viktig premiss for innovasjonsdiskursen i de vestlige land. Denne utviklingen har utvilsomt brakt denne diskursen ”hjem” fra sitt eksil i neo-liberale og produktorienterte teorier – tilbake til det en kan betegne som

organisasjonsteoriens og statsvitenskapens hovedstrømninger. Vi antyder derfor at denne utviklingen er en viktig premiss for at innovasjonsforskningen kan bidra i forhold til faktiske forbedringer i offentlig sektors virkemåte.

I kapittel 3 tar vi så for oss grunnlaget for prosessbaserte virksomhetsmodeller knyttet til omstillinger i offentlig sektor. Her prøver vi å klargjøre hva en dreining til fokus på prosessperspektiver kan bidra til i utviklingen av sektoren.

I kapittel 4 redegjør vi for det teoretiske grunnlaget for prosessmodellering, og viser hvordan ulike teoritradisjoner smelter sammen i en relativt stor grad av enighet om hvilke hovedelementer som kjennetegner dette perspektivet. Her søker vi å vise hvilke organisasjonsteoretiske utgangspunkt slike modeller har, og ulike tilnærminger til organisering av prosesser som kjennetegner dette feltet. Et viktig anliggende har vært å peke på at til tross for noe ulike teoretiske forankringspunkter, slik disse er beskrevet i litteraturen, er selve grunnmodellen for prosessmodellering relativt enkel og entydig. Slik denne fremstår for oss dreier det seg om modeller basert på ideer om at en kan identifisere ”kjerneprosesser” og ”støtteprosesser” i de beslutningsforløp som formaliseres gjennom flytskjema.

I kapittel 5 tar vi for oss evidensbasert kunnskap i forhold til organisasjonsteoretiske perspektiver og den vitenskapsteoretisk funderte kritikken av prosessbaserte virksomhetsmodeller, særlig i forhold til utviklingen av behandlingslinjer og evidensbasert medisin/-praksis i helse- og sosialsektoren. Denne kritikken er i stor grad tuftet på påstandene om ”den positivistiske dreining” i denne sektoren, kjennetegnet av reduksjonisme, med alvorlige konsekvenser for forståelsen av helse- og sosiale problemer og for utøvelse av arbeid innenfor sektoren. Uten å gå nærmere inn på dette resonnementet her, kan en konstatere at de tilnærmingene vi fokuserer på i

utgangspunktet oppfattes som del av en tilbakevending til et reduksjonistisk vitenskapssyn, basert på til dels tvilsomme ”vitenskapelige” kunnskapskonstruksjoner. Samtidig vet vi at behandlingslinjer og evidensbasert medisin/-praksis dels endrer, dels bekrefter strategiske maktrelasjoner i helse- og sosialsektoren – mellom profesjonsgrupper, og mellom ulike problemsfelt innenfor helse- og sosialsektoren. Vi påpeker blant annet at disse endringene for store deler av (somatisk) medisin ikke i seg selv representerer en ”positivistisk dreining” i og med at denne delen av helsesektoren i så stor grad allerede er dypt forankret i naturvitenskapelige paradigmer. Vi diskuterer også koplingen mellom evidensbasert medisin og evidensbasert ledelse, et av de tema som etter hvert har fått innflytelse på utviklingen av generaliserte og universelle teorier innenfor ledelsesfag.

I kapittel 6 og 7 foretar vi en gjennomgåelse av den faktiske og praktiske bruk av prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer i helse- og sosialsektoren, basert på litteraturgjennomgåelsen vi har foretatt. Vi har valgt å splitte drøftingen i to: I kapittel 6 tar vi for oss iverksettingsproblemene, der problemene knyttet til ”the Research-Practice Gap” er i fokus. I kapittel 7 tar vi for oss strategier for å overkomme implementeringsproblemene. Vi konsentrerer oss her særlig om to fenomen: koplingen mellom prosessperspektiver og evidensbasert praksis, og om hvordan behandlingslinjer koples til prosess- og evidensbaserte perspektiver og arbeidsformer i helsesektoren. Evidensbasert medisin/praksis er et kontroversielt, men etter hvert omseggripende fenomen i helsesektoren – og i andre offentlige virksomheter. Vi viser også hvordan etablering av behandlingslinjer relateres til ledelsesoppgaver, og at det er en indre sammenheng mellom argumenter for vitenskapsbaserte grunnlag for helsearbeid og ledelse. Mest konkret kan dette formuleres som et paradoks: at behandlingslinjer – som jo baseres på organisasjonsteoretiske modeller for bruk av evidensbasert medisin benyttes

som argument for å utvikle en evidensbasert organisasjonsteori knyttet til ledelse.

Den vitenskapsteoretiske kritikken kan lett karakteriseres som ”eksogen”, ikke bare ved at en studerer fenomenet utenfra og ovenfra men også fordi den ikke tar opp i seg hvilke konkrete strategier og tiltak som faktisk kan bidra til kvalitetsforbedringer og effektivitetstiltak i offentlig sektor (og særlig i helsesektoren). Kapittel 6 er derfor forankret i det en kan hevde er en kritikk som i større grad kan sies å være ”endogen” – knyttet til iverksettingsproblemene som møter prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer mer spesifikt. Dette betegnes i den internasjonale litteraturen som ”the Research – Practice Gap”, og det er i de siste årene produsert en rekke studier som på ulike måter tar for seg dette problemet.

Et fellestrekk ved den litteraturen vi har trukket frem er at iverksettingsproblematikken analyseres med utgangspunkt i det tradisjonelle skillet mellom instrumentelle ”oppskriftsperspektiver” og institusjonelle faktorer som resulterer i manglende eller mangelfull iverksetting. Dette er i stor grad samfunnsvitenskapelig litteratur innenfor en ”(ny-)institusjonell” tradisjon, og berører derved et av organisasjonsteoriens kjerneområder. Vi gjennomgår denne litteraturen relativt nøye, ikke minst fordi en her identifiserer mer spesifikke grunner for at prosessperspektiver og behandlingslinjer møter på store problemer i iverksettingsfasen.

I kapittel 7 følger vi opp det siste punktet foran, og diskuterer mer eksplisitt hvilke forslag til forbedringer i iverksettingsstrategier som presenteres i analysene om ”the Research – Practice Gap”. Et viktig anliggende er at flere av de sterkeste kritikerne av både det vitenskapsteoretiske grunnlaget for modellene og av de organisasjonsmessige særtrekk ved helsesektoren som innebærer at det

vil være ytterst vanskelig å realisere effektiv iverksetting, selv kommer med forslag til forbedringer. Selv om dette i visse sammenhenger kan se ut som et paradoks, drevet fram av et globalt imperativ om ”gode løsninger” og ”effektive forbedringer”, vil det fra et innovasjonsperspektiv være mulig å identifisere faktorer i disse analysene som kan legge grunnlag for faktiske organisatoriske innovasjoner.

I kapittel 8, det siste kapittelet, oppsummerer vi de viktigste funn fra litteraturgjennomgåelsen. Denne oppsummeringen legges til grunn for to diskusjoner: Først om hvilke aspekter ved prosessperspektiver og behandlingslinjer som bør tas i betraktning i forhold til konstruksjon og iverksetting av slike modeller. Deretter foretar vi en drøfting av hvordan en kan videreføre den kunnskapen som litteraturgjennomgåelsen har tilført i forhold til etablering av et prosjekt der målet er å bidra til iverksetting av prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer, innenfor rammene av det vi har betegnet som organisatoriske innovasjoner. Her er spørsmålet om differensiering i forståelsen av egenskaper ved innovasjonen – dvs. behandlingslinjene – sentralt: Hvilke forutsetninger vil ulike typer behandlingslinjer ha for å kunne lykkes som kvalitetets- og effektivitetsfremmede instrument? Hvor vil etablering av effektive behandlingslinjer har størst effekt i forhold til forbedringer i kvalitet og effektivitet, i tverrfaglig samarbeid og samordning av tjenestene?

1.5. Metode for artikkelutvalg

I tråd med målene for prosjektet er det gjort en systematisk gjennomgang av den relevante litteraturen som behandler sentrale temaer i prosessbasert virksomhet. I det enorme tilfanget av litteratur har vi kastet ut et stort nett for å favne så bredt som mulig. Maskene i dette nettet er både tilpasset behovet av å finne relevant litteratur og til målsetningen om å fange opp ulike tilnærminger og

erfaringer. Målet har vært å finne litteratur som omhandler prosessorienterte organisasjonsløsninger; innlegg om det organisasjonsteoretiske fundamentet, presentasjoner av spesifikke modeller (organisasjonsformer) og evalueringer av erfaringer.

Første skritt har vært å sette sammen et sett av sentrale begreper som også kunne egne seg som søkeord i de store publikasjonsdatabasene på internett. Det var særlig tre begreper vi var ute etter: "Process Modelling Practice", "Evidence-based Medicine" og "Product Line Management". Søkene ble gjort i fire databaser som hver for seg har stor dekningsgrad på engelskspråklige publikasjoner, og som sammen dekker det meste av feltet.

Tabellen nedenfor er en oversikt over hvor mange treff vi fikk på hver søkeordkonstellasjon i hver database. Mange av artiklene ble vurdert som lite relevante, enten fordi de tok for seg perifere temaer eller fordi de manglet tydelig forankring i generaliserbar organisasjonsteori. Alle søkene var begrenset til utgivelser i tidsrommet 2002-2007.

Totalt fikk vi 2.007 treff på de ulike søkeordkonstellasjonene. På tre av søkene ble antall treff for stort til å kunne håndteres. Derfor valgte vi å kun inkludere de 50-100 nyligste utgivelsene (se nedenfor) i vurdering av relevans. Totalt ble 534 publikasjoner vurdert på grunnlag av tittel, publikasjonsforum, osv.

Av de 534 publikasjonene ble 93 vurdert som potensielt relevante. Neste steg i prosessen var å gjøre en endelig vurdering av publikasjonenes relevans. Dette ble gjort ved å gå gjennom abstracts og luke ut de publikasjonene som av ulike grunner ikke egnet seg, for eksempel nyhetsartikler eller skjemaer. Av de 93 som ble vurdert ble 67 publikasjoner godkjent som del av litteraturutvalget.

Tabell 1. Oppsummering av søkeresultater.

Søkeord-konstellasjoner	Databaser			
	ISI – Web of Science	EBSCO	SCIRUS	Google Scholar
<i>”process modelling practice”</i>		31 treff, 3 valgt.	6 treff, 1 valgt.	9 treff, 1 valgt
<i>evidence-based medicine AND organizational</i>		975+246 treff, 50 +100 inkludert, 13+16 valgt**.		
<i>product line management AND organizational</i>		125 treff, 18 valgt.		
<i>organizational AND process perspective</i>		22 treff, 1 valgt.		
<i>”evidence-based medicine” AND organi* AND management</i>	66 treff, 25 valgt.			
<i>process modelling AND organi</i>	60 treff, 6 valgt.			
<i>”product line management”</i>	6 treff, 1 valgt.			
<i>organizational theory AND process*</i>	Av 452 treff er 50 inkludert, 2 valgt.*			
<i>organization*theory evidence based medicine</i>	9 treff, 6 valgt.			

*: Antall treff ble ved tre tilfeller så stort at vi valgte å vurdere kun de nyeste publikasjonene.

** : I dette tilfellet gjelder det samme som i punktet ovenfor; det er her gjort to søk som har gitt mange treff. I tillegg ble dette søket gjort i to omganger med noen mindre forskjeller i innstillingene.

Fire typer artikler

Utvalget på 67 artikler som vi endte opp med som grunnlag var mangfoldig i sine tilnærminger. Man kan skille mellom fire typer tilnærminger; Case studier / hypotesetesting, ”oppskrifter” på implementering, kompilasjoner av data, og overordnede analyser.

Case-studiene tar utgangspunkt i hypotesetesting. De er begrenset til spesifikke organisasjoner/avdelinger og til spesifikke tiltak. Funnene analyseres evt. i lys av spesifikke teoretiske tilnærminger. F.eks.: Jones, A. (2000): *“Implementation of hospital care pathways for patients with schizophrenia”* og Meehan T.P et al.: (2004) *A collaborative initiative to improve the care of elderly medicare patients with hypertension”*.

”Oppskriftene” representerer argumentasjonen for spesifikke modeller/tiltak. Disse presenteres enten som helt ”nye” modeller eller som justerende løsninger på problemer som oppstår i andre modeller. De er grunnleggende sett preskriptive og instrumentelle. F.eks. Kalogeropoulos et al.: (2003): *”Towards knowledge-based systems in clinical practice: Development of an integrated clinical information and knowledge management support system”* og Sears, N.J. (2006): *”Deriving cost savings while enhancing quality of care through effective case management in the acute care facility”*.

Meta-studier/kompilasjoner av data bygger på systematisk innsamling av litteratur på avgrensede felt. Målet for disse, som for vår, har vært å si noe generelt om hvilke forutsetninger som må være til stede for at omorganisering

skal kunne fungere, evt. hvorfor noen tiltak ikke fungerer og hvilke temaer man bør tilegne større oppmerksomhet. F.eks. Craven & Bland (2006) :”*Better Practices in Collaborative Mental Health Care: An Analysis of the Evidence Base*”.

Overordnede analyser har i tillegg til dette som mål å diskutere det teoretiske grunnlaget for omorganisering. Det empiriske referansegrunnlaget er vanligvis mer implisitt og temaene er teoretisk, og ikke empirisk, avgrenset. F.eks. Timmermans, Stefan (2005): ”*From autonomy to accountability - the role of clinical practice guidelines in professional power*” og Wood et al. (2003): “*Journeying from Hippocrates with Bergson and Deluze*”.

Dette er selvfølgelig en noe forenklet fremstilling, og mange av artiklene kombinerer to eller flere av disse tilnæringsmåtene. Artiklene varierer også mye m.h.t. hvor generelle temaene er som tas opp, fra hvilke land data og litteratur er hentet og hvilke oppdragsgivere forfatterne har.

1.6. Avgrensninger

Vi har i denne rapporten ikke vært opptatt av å referere til de spesifikke norske erfaringer med anvendelsen av prosessperspektiver. Vi har dessuten lagt relativt liten vekt på de vitenskapsteoretiske mot- / argumentene og den vitenskaps-historiske utvikling dette perspektivet er en del av. Vi har heller ikke vært spesielt opptatt av de spesifikke kjennetegn ved ulike deler av helse- og sosialsektoren der prosessbaserte modeller og behandlingslinjer anvendes. Vi diskuterer riktignok erfaringer som tilsier at det er store ulikheter i forutsetningene for anvendelsen mellom (deler av) somatisk medisin og for eksempel psyiske lidelser.

Den kanskje viktigste avgrensningen gjelder imidlertid de konsekvensene som prosessperspektiver og behandlingslinjer vil kunne få for arbeidsorganisering og arbeidsvilkår. Her har vi valgt å ikke fokusere spesielt på disse forholdene, dels fordi det (med noen få viktige unntak) foreligger lite systematisk litteratur om hvordan behandlingslinjer endrer disse forholdene, dels fordi dette er spørsmål som står sentralt i andre deler av den forskningen som vi deltar i (Skorstad og Ramsdal 2005). På den annen side vil nettopp konsekvensene for utøvelsen av profesjonelt arbeid måtte være en sentral del av et hovedprosjekt om innføring av behandlingslinjer i helse- og sosialsektoren.

Kapittel 2.

Om innovasjon i offentlig sektor

2.1. Innledning.

Som nevnt innledningsvis er denne utredningen en del av et forprosjekt til Norges Forskningsråds satsing på forskning og utvikling for verdiskapende innovasjon i offentlig sektor. Målene med satsingen er blant annet å gjøre fornyingen av offentlig sektor mer målrettet, mer effektiv og mer robust, å øke kvaliteten på tjenester, forvaltning og demokratiske prosesser, og å bidra til en offentlig sektor som skal stimulere til nasjonal og eksportrettet virksomhet i næringslivet og arbeidslivet i hele landet (NFR 2006, s. 22). Satsingen må ses i sammenheng med en visjon om at forskningen skal bidra til at Norge i 2016 *har "verdens smarteste offentlige sektor utdannet og drevet av verdens best utdannede offentlig ansatte.."* og *"..at Norge markerer seg som en av verdens fem fremste eksportører av kompetanse på avanserte offentlige tjenester, forvaltning og demokratistøtte"* (ibid.).

Den nasjonale satsingen på innovasjon dreier seg om utvikling av "smarte" løsninger både i forhold til private produksjons- og tjenesteytende bedrifter, og i forhold til offentlig sektor – gjerne i samarbeid med private aktører. Innovasjon i offentlig sektor er imidlertid et komplekst, mangetydig og kontroversielt fenomen (Olsen 2004). Et kjennetegn ved offentlig sektor er at den er preget av multifunksjonalitet, og at mange ulike tjenester og produkter skal leveres samtidig av ulike leverandører som mange ganger overlapper hverandre. Denne kompleksiteten innebærer at en ikke kan etablere avgrensede innovasjoner uten å være oppmerksom på farene for "trade-offs" - som uforutsette konsekvenser

for den virksomhet det gjelder, eller for virksomhet som tilbys på tilgrensede områder.

På samme vis er offentlig sektor preget av mangetydighet, idet tjenester kan være forankret i verdier som prinsipielt kan stå i en viss motstrid til hverandre. Innovasjoner vil derfor alltid innebære at en kan forsterke eller svekke noen hensyn – for eksempel til kostnadseffektivitet – på bekostning av andre hensyn – for eksempel til demokratiske prosesser. Et aspekt er også at selve innovasjonsbegrepet gir konnotasjoner til produksjon av nye teknologiske innretninger som skal selges på et marked, noe som innebærer at det er en jobb å gjøre i forhold til å få aksept på at endringsprosesser (for eksempel knyttet til fornying i offentlig sektor) kan ivareta det spekter av hensyn og verdier som er bygget inn i tradisjonene om offentlig sektors særegne etos (Lundquist 1998). Innovasjon kan lett assosieres med privatisering eller ”privatisering fra innsiden” (Ramsdal og Skorstad 2004).

Et viktig trekk ved satsingene på ”innovasjon i offentlig sektor”, er at en har søkt å overkomme de foran nevnte avgrensede og produksjonsfokuserede tilnærminger til innovasjonsbegrepet ved å gi det en videre definisjon enn den som tradisjonelt gjelder i innovasjonsforskningen (Olsen *ibid.*). Mye tyder på at dette er en utvikling som har skjedd dels som en følge av den politiske konjunkturdreining som har skjedd de siste årene. Innovasjonsbølgen var – som et generelt og internasjonalt politisk fenomen – en naturlig del av de ny-liberale tendensene som gjorde seg gjeldene i den vestlige verden fra begynnelsen av 1980-tallet. Innenfor offentlig sektor kom disse tendensene til uttrykk som idéene om New Public Management, som med varierende styrke la grunnlaget for moderniserings- og fornyingsstrategier i de fleste vestlige land. Norge var relativt sent ute, og hadde en utprøvende og nølende tilnærming til disse moderniseringsstrategiene inntil for få år siden. I dette tilfellet kan en imidlertid

hevde at ”de siste skal bli de første”, i og med at de reformstrategiene for offentlig sektor som ble anvendt i de nordiske land etter hvert har fått stort gjennomslag som en alternativ, robust og fremtidsrettet modell for forbedringer av offentlig sektor også i andre land – ikke minst i EU.

Den norske strategien for ”innovasjon i offentlig sektor” kan til en viss grad synes å komme ubetimelig i forhold til de overordnede politiske konjunktorene som er nevnt foran. Den ny-liberale endringsoptimismen knyttet til privatisering og ”privatisering fra innsiden” er erstattet med en mer utprøvende og helhetlig tilnærming. Dette innebærer blant annet at en i større grad tar hensyn til offentlig sektors særpreg i utformingen av ”verdiskapende innovasjon i offentlig sektor” (Røste og Godø 2005, Statskonsult 2006). Det er liten tvil om at denne tilnærmingen gir innovasjonsstrategien større legitimitet både i politiske og i samfunnsvitenskapelige sammenhenger, og er også etterlyst av både næringsliv og offentlig forvaltning (NFR 2005).

Diskusjonen foran inviterer til å problematisere forholdet mellom begreper om utvikling i offentlig sektor som ”innovasjon”, ”modernisering”, ”effektivisering” og ”fornyelse”. I flere sammenhenger synes det som om disse begrepene har en tilnærmet identisk mening, eller at enkelte av dem er samlebegreper som innbefatter flere av de øvrige (for eksempel at innovasjon innbefatter fornying, modernisering og effektivisering). En slik begrepstilnærming synes å være godt forankret i samfunnsvitenskapelig litteratur om reformprosesser i offentlig virksomhet (Statskonsult 2006). Godø og Røste har søkt å avklare innovasjonsbegrepet i relasjon til offentlig sektor på en relativt presis måte. De peker på at i den ”tradisjonelle” industribaserte innovasjonsforskningen som vokste fram på 1980- og 1990-tallet ble innovasjon definert som utvikling av nye produkter og produksjonsprosesser. Denne definisjonen har etter hvert blitt utvidet, helt til det punktet der ”innovasjon” kan defineres som ”endring”

forstått som introduksjon av en ”nyhet” (Godø og Røste 2005, s. 11). Innenfor et slikt bredt innovasjonsbegrep er det behov for å klassifisere innovasjoner. Det skilles for eksempel mellom ”radikale” og ”inkrementelle” (skrittvis) innovasjoner. Med ”radikale” innovasjoner forstås slike som er nye i det globale marked, og gradvis avdemping av radikalitet ved at det er nytt i en nasjonal eller lokal sammenheng.

”Innovasjon i offentlig sektor” er et relativt nytt begrep. I dag innbefatter det som nevnt en rekke endringer som tidligere ble gitt andre betegnelser. Fokus har dels vært på nye kostnadseffektiviseringstiltak, og på innføring av ny teknologi, særlig IKT. Godø og Røste peker på at den NPM-relaterte forskningen i liten grad har tatt for seg hvordan endringer faktisk foregår i offentlig sektor, hvem som tar initiativ, hvor ideene kommer fra, hva som er barrierer for endring og hvordan endringsproduktet ser ut til slutt. Disse spørsmålene dreier seg i stor grad om et viktig skille mellom de prosessene der en innovasjon utformes som ”produkt” – dette betegnes som ”innovasjonsprosessen” – og spredningen og anvendelsen av denne innovasjonen – det som betegnes som ”diffusjonsprosessen”. Dette skillet kan i noen grad fremstå som et aspekt ved en instrumentell design-prosess på den ene side, og en ”translasjonsprosess” forankret i institusjonelle tilnærminger til endring på den annen side (Røvik 1998, Christensen og Lægreid 2001). Sett i forhold til det aktuelle forskningsprogrammet, vil nettopp koplingene mellom disse to prosessene være avgjørende for hvorvidt innovasjonen fremstår som et virkemiddel for en ”smartere” offentlig sektor eller ikke. Brukerstyring som et prinsipp i VIOS-programmet er nettopp argumentert frem ut fra dette resonnementet. Godø og Røste peker på at det er gjennom å kombinere innovasjonsteoretiske perspektiver, mer tradisjonelle teorier om offentlig sektor og studier av NPM en kan få forståelse for hvordan innovasjon i offentlig sektor foregår (Ibid. s. 17).

En annen klassifikasjon som er benyttet og som Røste of Godø trekker fram, tar utgangspunkt i den tilnærmingen som er valgt i PUBLIN, et EU-program for forskning på innovasjoner i offentlig sektor. Utgangspunktet for prosjektet er nettopp en slik vid og inkluderende tilnærming som er skissert foran. PUBLIN skiller mellom fem typer innovasjoner i offentlig sektor:

- Oppfinnelser av nye eller forbedring av eksisterende produkter og tjenester
- Oppfinnelse av nye eller forbedring av eksisterende produksjonsprosesser eller måter å levere tjenester på
- Organisasjonell og administrativ innovasjon - (for eksempel innføring av styringsmodeller innenfor rammen av NPM)
- Konseptuell innovasjon (et nytt rasjonale/ideologisk grunnlag – for eksempel NPM)
- Systemisk innovasjon – om endrete relasjoner mellom enheter i et avgrenset system – som et sykehus, en sektor, ”det offentlige apparatet”.

Som det blir påpekt er dette kategorier som ofte overlapper i praksis. Når vi her skal ta for oss prosessbaserte virksomhetsmodeller og etablering av behandlingslinjer vil dette dels dreie seg om forbedringer av ”eksisterende produksjonsprosesser”, dels om ”organisatorisk innovasjon”, og dels om ”systemisk innovasjon” – ved at en forutsetter at en endrer samarbeid og samordning mellom enheter innenfor sykehuset eller mellom spesialist- og primærhelsetjeneste. Dette skal vi komme tilbake til i den avsluttende drøftingen.

Kapittel 3:

Hvorfor prosessperspektiver? Om omstillinger i offentlig sektor.

3.1 Bakgrunn.

De siste tiårene har en opplevd et stadig sterkere fokus på omstillinger for effektivisering og modernisering av offentlig sektor i alle de vestlige land. De strategiene som er valgt i Norge, er moderate utgaver av internasjonale trender, der en forsøker både å skape mer kostnadseffektiv tjenesteyting og ivareta brukernes behov for gode offentlige tjenester. Denne moderniseringsbølgen er internasjonalt betegnet som "New Public Management", og innebærer at en overfører organisasjons- og ledelsesformer fra private produksjonsbedrifter til offentlig sektor. I motsetning til i mange andre land, har en i Norge vært opptatt av å gjennomføre omstillingene på en slik måte at en også ivaretar hensynet til de ansatte, bl.a. for å unngå for mange kontraproduktive konfrontasjoner med fagforeninger og profesjonsgrupper. I internasjonal sammenheng blir derfor den norske moderniseringsstrategien for offentlig sektor betegnet som moderat når det gjelder endringsprosessene, men likefullt med et innhold som er ideologisk og praktisk forankret i den verdensomspennende New-Public-Management-ideologien.

Det som kjennetegner denne ideologien er at den tar utgangspunkt i mål om kostnadseffektivitet og brukerperspektiver, men at den i praktiske reorganiseringer benytter to hovedgrep: endringer i organisasjonsstruktur og nye krav til ledelse. Kort sagt vil strukturen designes ovenfra (eller utenfra), ved at en *over* eksisterende offentlige virksomheter legger nye strukturelle rammer, for eksempel konsernorganisasjon, virksomhetsorganisering ("flat struktur") eller liknende. Et viktig aspekt ved de strukturendringer som gjennomføres er en

tiltakende oppsplitting av organisasjonene, gjerne i form av relativt små virksomheter, og at disse enhetene defineres som resultatenheter. Et annet trekk ved omstillingsarbeidet er at det blir et sterkere fokus på ledelse og ledere, knyttet til det ”management”-idealet som kjennetegner New Public Management. Her er fokus på ledere som primært skal ivareta helhetlig ledelse, blir målt på resultater, og som derfor må ha et totalansvar for både økonomi, personal og fag. Denne utviklingen, som i litt ulike forkledninger kan observeres i nesten alle omstillingsprosesser i offentlig sektor, har imidlertid noen – etter vår oppfatning – grunnleggende svakheter:

- 1) for det første er offentlig sektors preg av å være et politisk system, som skal ivareta både demokratiske hensyn, effektiv tjenesteyting, faglige krav og lokalsamfunnets særtrekk, stort sett ikke tatt hensyn til i omstillingene. Det fokuseres nesten ensidig på offentlig sektor som tjenesteyter.
- 2) For det andre er kompleksiteten i de offentlige oppgaver ofte i motstrid til de enkle styringsprinsippene og strukturene som etableres. Dette innebærer bl.a at komplekse oppgaver som omfatter mange ulike tjenester på ulike forvaltningsnivåer ikke passer inn i forhold til prinsipper om resultatenheter knyttet til ivaretagelse av et mindre antall oppgaver. Dette innebærer kort sagt at strukturen blir vindskjev i forhold til prosesser for oppgaveløsning.
- 3) For det tredje er perspektivet på endringene i stor grad basert på management i et ovenfra- og ned-perspektiv, noe som medfører at styringssystemer krever homogene, kvantitative parametre for at en skal kunne måle ledelsesresultater på tvers av enheter. Dette medfører imidlertid at en i stor grad lager standardiserte ledelsesformer, og der prinsippet om at ”one size fits all” gjøres gjeldende.

- 4) De organisasjonsmodellene (struktur/ledelse) som introduseres, kan i prinsippet lages fjernt fra de som arbeider med oppgaveløsninger på operativt nivå i organisasjonen. Dermed vil avstanden mellom de som ”gjør jobben” og ledelsesskiktet medføre at svakheter knyttet til oppgaveløsning på det operative nivået aldri når frem til de som strukturerer organisasjonen. For å kompensere dette etableres omfattende evalueringssystemer, knyttet til det som betegnes som ”the Audit Society” (Day og Klein 1987).

Disse fire punktene representerer en fundamental kritikk mot mange av de omstillings- og moderniseringsstrategiene som hittil er valgt i offentlig sektor – også i Norge. Det er – bl.a. basert på en etter hvert omfattende litteratur om evalueringer av omstillingene – en større forståelse for behovet om å ivareta kompleksiteten i offentlig oppgaveløsning. Samtidig er svakhetene ved noen av de organisasjons- og styringsmodellene som er etablert etter hvert blitt åpenbare. Også ideen om at ledelse kan ivaretas uten kunnskap om det spesifikke ved de oppgavene som skal utføres har etter hvert kommet i sterk miskreditt – ikke minst i Norge.

3.2 Kritikken mot de nye organisasjonsmodellene.

Etter hvert har den mer prinsipielle og teoretisk funderte kritikken mot New Public Management og den derav følgende konsernlogikken blitt fulgt opp av omfattende kritiske studier av moderniseringsprosessene i de vestlige land. En oppsummering av denne kritikken kan knyttes til to hovedpunkter:

På den vertikale akse heter det at skillet mellom strategisk ledelse og operativ iverksettelse ikke lar seg gjennomføre i offentlig virksomhet. Offentlig politikk iverksettes gjennom store og komplekse organisasjoner der rommet for lokale

fortolkninger og reformuleringer er stort. Da vil de overordnede politiske myndigheter måtte ha muligheter for å intervenere også i løpende beslutningsprosesser.

I et av de mange OECD-initierte forskningsprogrammene om dette har en oppsummert erfaringene med fristilling av statlige virksomheter. Her heter det blant annet at fristillingene fører til problemer med overordnet politisk styring. Det blir vanskeligere å omprioritere mellom ulike sektorer, og det skapes uklarhet i roller mellom strategisk nivå og operativt nivå. Videre heter det at det blir økte ulikheter mellom ulike fristilte enheter med hensyn til lønns- og arbeidsvilkår. I mange europeiske land har en også opplevd at lederne av de fristilte virksomhetene identifiserer seg med ledere i privat næringsliv, og tar ut lederlønninger som ikke er i tråd med disse landenes forvaltningstradisjoner (OECD 2002). Svakheterne som det pekes på her, gjenfinnes også i kritikken av de moderne organisasjonsformene i de skandinaviske land.

Den statsvitenskapelige forskningen tyder på at de omstillingene som er gjennomført de siste tiårene basert på de organisasjonsmodeller som er presentert foran, faktisk reduserer politikkenes betydning (OECD 2002). Dette skjer dels ved at antallet politikere reduseres, slik at kapasiteten til politisk arbeide blir redusert, delvis ved at de politikerne en står igjen med, presses inn i strategroller der de blir politisk vingeklippet – det blir for lite slingringsmonn for politiske beslutningsprosesser når langtidsplanlegging, strategiske planer, virksomhetsplaner og så videre har bundet politikerne til masten: La deg ikke friste til å intervenere i spørsmål der planene har gitt svaret, selv om de daglige beslutninger åpenbart engasjerer folk flest! Tilbake på arenaen står en liten politisk elite, som profesjonaliseres ytterligere ved at kravet om profesjonalitet forsterkes jo større presset ”utenfra” blir. Audun Offerdals bok om ”Lekmannstyre under press” dreier seg om dette: at kommunen som politisk

arena oppfattes som stadig mindre interessant når oppgavene innsnevres til ren tjenesteyting (Offerdal 2002).

På den *horisontale aks*en går kritikken ut på at etableringen av resultatenheter medfører store horisontale samordningsproblemer (Sabel 2002). Også for brukerne av offentlige tjenester har de nye organisasjonsmodellene stor betydning. På samme måte som for politikerrollen, dreier det seg også her om en styrking av brukerrollen gjennom avgrensning og redefinering. Dette skjer ved at en omdefineres fra borger til bruker. Etter dette er det den markedstilpassede bruker som velger tjenester som om det var varer på supermarkedet som gjelder. Modellen forutsetter frie, velinformerte brukere, og selv om en modifierer dette sterkt gjennom de realiteter som møter brukerne av for eksempel helse- og sosialtjenester opprettholdes ideen om at brukeren er en ”konsument” av offentlige tjenester.

De modellene som utvikles, bygger videre på dette grunntrekket i relasjonen mellom den enkelte (mottaker) og offentlig tjenesteyting (”tjenesteprodusent”): det dreier seg om individualisering av relasjonen – noe som er i samsvar med offentlig sektor som tjenesteyter, og om forenkling av relasjonen til predefinerte og avgrensede behov. En slik definisjon av offentlig sektor som tjenesteyter vil være kompatibel med effektive tjenesteprodusenter som slipper å bruke mye tid på å avklare komplekse problemer. En annen ting er at offentlige virksomheter tenderer til å ”designer” brukeren til å passe inn i forhold til organisasjonens kjennetegn, heller enn at det motsatte skjer (Hansen 2007).

I den grad brukerne ikke kan presses inn i folden av individualiserte, predefinerte og avgrensede kjennetegn, kan en se for seg at resultatenhetsstenkningen ikke vil klare å fange opp helheten i de problemer som presenteres. Derved er de intensjonene en har om å være kundeorienterte kun

forbeholdt de kundene som er tilpasset produktene. Et aspekt ved dette er at tendensen til å organisere offentlig sektor etter resultatenhetsmodeller (som virksomhetsorganisering, ”flat struktur” og bestiller - utfører-modellen) innebærer at de enkelte resultatenheter presses mot kostnadseffektivisering gjennom fokus på sine kjerneoppgaver – der de i særlig grad blir resultatmålt – noe som innebærer at brukere som har diffuse og/eller komplekse problemer risikerer å ”falle mellom stolene ” – d.v.s. være lite attraktive brukere, fordi det vil ta mer tid og ressurser å forholde seg til dem enn til brukerne i resultatenhets kjerneområde. Dette kan bli litt av et paradoks: at mens stadig flere mennesker opplever at deres problemer er av en diffus karakter, vanskelig å sette ord på, men sortert etter enkle diagnoser, er den dominerende offentlige organisasjonsform nettopp basert på eksplisitte, entydige og diagnostiserte ”kunde krav”.

3.3 Svarene på kritikken - diamantorganisering og prosessbaserte virksomhetsmodeller.

En kan se for seg at de åpenbare svakheter knyttet til problemene med ”vertikal samordning” og ”horisontal integrasjon” som kjennetegner de moderne resultatenhetsmodellene, søkes kompensert i det en kan betegne som neste fase i offentlige organisasjonsformer. Dette skjer i særlig grad gjennom to nær beslektede tiltak; det vi vil betegne som ”diamantorganisering” og ”prosessbaserte virksomhetsmodeller”. Slektskapet består i at de begge søker å skape samordning på tvers av resultatenheter gjennom fokus på *arbeidsprosesser*. Som nevnt innledningsvis, er den neste fasen derfor sterkt påvirket av varianter av det en kan betegne som ”business process re-engineering” (Hammer og Champy 1995, Moltu 2002). Vi vil argumentere for at dette innebærer en ytterligere vektlegging av kostnadseffektivisering. Slik vil de tendensene vi nå viser til her bli et uttrykk for at teoretiske modeller for

effektiv produksjon tilføres nye dimensjoner som ytterligere vil forsterke påvirkningene fra organisasjonsprinsipper hentet fra private produksjonsbedrifter.

Diamantorganisering dreier seg om å etablere en felles front mot publikum – i kommunene skjer dette særlig gjennom etablering av servicetorg. Her er målet dels å fungere som en guide inn i den kommunale labyrinten for mennesker som trenger hjelp med sine henvendelser, dels å forenkle saksbehandling ved at frontpersonalet kan beslutte om enkle saker. I den moderne sykehusorganisasjonen er dette ofte ”mottaksavdelingen”, der en forutsettes å sortere og sluse pasientene videre inn i sykehusorganisasjonen. Diamantorganisasjon innebærer således et nivå ”under” de øvrige resultatenheter, der en kompensere for oppsplittingen resultatenheter representerer. Som alle kompensatoriske tiltak reflekterer også dette svakheter i den grunnmodellen som er valgt, og krever særlig oppmerksomhet i forhold til evaluering av de øvrige resultatenheters virksomhet - ettersom frontenheten lett kan komme til å avlaste ulike resultatenheter i varierende grad. Ideelt sett bør derfor resultatenheter ”kjøpe” tjenester av service-torget eller mottaksavdelingen, for at resultater skal kunne måles og sammenliknes på likeartet måte.

Mens diamantorganisering gjennom servicetorg og ”mottak” representerer en strukturell nyvinning innenfor ”konsernlogikken” er det gjennom innføring av prosessbaserte virksomhetsmodeller en kan se for seg konturene av ”et nytt paradigme i offentlig organisering”. Vi skal her bare antyde de – på mange måter grunnleggende – endringer i fokus i organisering prosessperspektivet representerer i kraft av at fokuset snus mot organisering av arbeidsprosesser slik at en oppnår mest mulig på en mest mulig kostnads- og resultateffektiv måte. Dette skjer ved at en følger oppgaver, i form av saker eller ”pasienter”, knyttet

til ulike kommunale funksjoner, identifiserer ”kritisk kompetanse” for oppgaveløsning på de ulike stadier i arbeidsprosessen, og intensiverer arbeidet ved å lukke åpninger der det skjer ”lekkasjer” i prosessen, knyttet til for eksempel skjev eller manglende kompetanse, ventetider, eller liknende.

I prinsippet innebærer dette at perspektivet fremhever de prosessuelle egenskaper ved en hvilken som helst sak/ytelse/oppgave som offentlig virksomhet skal utføre. Samtidig skygges de strukturelle bindinger den formelle organisasjons- og styringsmodellen legger, og dette legger grunnlag for at prosessbaserte virksomhetsmodeller kan medføre (i utgangspunktet) radikale endringer i organisering av tjenesteyting. I sin ytterste konsekvens kan en se for seg rene prosessbaserte virksomheter, der en har løst opp strukturelle bindinger – for eksempel resultatenheter - og i stedet komponerer clustre av personell i team som arbeider tett sammen i prosesser uten at en legger bestemte strukturelle rammer rundt deres oppgaveløsning. I stedet kan en samle dem rent fysisk for å optimalisere samarbeidet mellom dem. Disse modellene, som er etablert i mange private industribedrifter og ”moderne” servicebedrifter – også i Norge – er nå på vei til å introduseres som den nye institusjonaliserte standard som kan få stort gjennomslag også i offentlig virksomhet (Fineide 2006). Her vil konsernlogikkens krav til strukturering forlates, mens fokus på resultater og dynamisk ledelse vil beholdes og videreutvikles.

Konsekvensene av denne tilnærmingen for arbeidsorganisering og arbeidsvilkår kan være ulike. I den tradisjonelle kritiske arbeidslivsforskningstradisjonen vil en hevde at dette vil innebære overgang til et mer rendyrket ny-tayloristisk regime. Dette skjer som arbeidsintensivering gjennom oppsplitting av arbeidsprosessen i enkeltdeler – som hver for seg gis en detaljert adferdsstyrt manual for oppgaveløsning, nå helst som it-baserte opplegg. Poenget med denne tilnærmingen er å ”skreddersy” tiltak og tjenester til enkeltbrukeres

behov, og en fordel med denne modellen er at personer med komplekse behov vil kunne få mer fokuserte og samordnete saksbehandlingsprosesser. Ulempen er den ny-tayloristiske tendens til, gjennom moderne styrings- og kontrollformer, å ”standardisere for skreddersøm”, og intensivere arbeidet for den enkelte ansatte. På den annen side bør en åpenbart ha et mer åpent perspektiv på konsekvensene for de ansatte og profesjonsutøverne. Vi har tidligere (Ramsdal og Skorstad 2005) hevdet at endringer og omstillinger i offentlig sektor i prinsippet kan tenkes å få fire ulike konsekvenser. Disse hypotesene kan også være grunnlag for studier av endringsprosesser knyttet til etablering av prosessbaserte virksomhetsmodeller:

Den første er en hypotese om **positive effekter**, dvs. at de omstruktureringer som finner sted vil ha et innhold som har positive effekter (etter omorganiseringsfasen) på arbeidsvilkår, bl.a. ved at arbeid blir mer variert, interessant og utfordrende, at belønningssystemer vil være funksjonelle, at relasjonene mellom ansatte og ledelse blir bedre osv. Måten en organiserer endringsprosessene på vil ha positive effekter på arbeidsmiljø og strategiske relasjoner. En kan her også se for seg at måten endringsprosessene struktureres på, og de ansattes innflytelse i beslutninger innenfor rammen av nye overordnede produksjons- og ledelseskonsepter, vil ha modifierende effekter i forhold til mulige negative konsekvenser av innholdet i omstillingene. Dette vil kunne diskuteres innenfor rammen av ideen om ”et inkluderende arbeidsliv”.

Den andre er en hypotese om **negative effekter** av omstillingene, knyttet til den forutgående diskusjonen; at endringsprosessene skaper usikkerhet gjennom fleksibilisering, merbelastninger gjennom arbeidsintensivering og individualisering, slik ideen om ”et ekskluderende arbeidsliv” reflekterer.

Den tredje er en hypotese om at endringene primært er **symbolske**, og at de i liten grad får konsekvenser for arbeidsmiljø og strategiske relasjoner i det hele tatt. Det foretas med andre ord et skille i organisasjoner mellom de eksterne og interne legitimeringsprosessene, og at det operative nivået viderefører arbeidsorganisering, arbeidsformer og strategiske relasjoner som tidligere - ”business as usual”.

Den fjerde er en hypotese om at det skjer en **differensiering** i arbeidsvilkår. Det vil utvikles stadig større gap mellom de som utgjør kjernen blant de ansatte – som i hovedsak vil få bedret sine arbeidsvilkår – og de som arbeider i periferien – som vil oppleve at arbeidsvilkår forverres.

Prosessperspektivet innebærer fokus på å korte ned produksjonstiden i form av saksbehandling og tjenesteyting. Dette skjer blant annet ved å samordne ulike arbeidsoppgaver som tidligere var forankret i sin egen struktur (for eksempel avdelinger) eller egne faglige perspektiver (slik profesjonene representerer dem), og påtvinge ulike arbeidsoperasjoner krav om å innordne seg krav til rask og effektiv tjenesteyting i et ”helhetsperspektiv”. Gjennom standardisering av arbeidsprosesser vil en kunne etablere retningslinjer for effektiv produksjon. Selv leger – som tidligere tok som et naturlig utgangspunkt at deres faglige skjønn var utgangspunktet for pasientbehandlingen - opplever nå at de må begrunne hvorfor de benytter faglig skjønn heller enn standardprosedyrer i sin pasientbehandling.

Omfanget av prosessbaserte virksomhetsmodeller, knyttet til teoriene om Business Process Reengineering er foreløpig relativt beskjedent i offentlig sektor. Naturlig nok er også norske studier av konsekvensene for arbeidsvilkår og profesjonelt arbeid fåtallige. Det er derfor nødvendig å først vise til internasjonale erfaringer, og studere de prosessene der prosessbasert

virksomhetsmodellering utformes og iverksettes. Gjennom utprøvinger av modeller for pasientflyt mellom ulike enheter i sykehus og mellom sykehus og primærhelsetjeneste, og etablering av individuelle planer som krav til tjenesteyting for stadig flere brukergrupper, smelter krav om samordning på tvers av offentlige (og private) aktører sammen med idealene om ”flat and short”. De mange krav til effektivisering og innsparinger forutsetter en modell som eliminerer ”slack” i organisasjonen. Prosessbaserte virksomhetsmodeller forankret i teorier om logistikk hentet fra private produksjonsbedrifter vil bli et av de viktigste virkemidler for å eliminere slack, redusere ventetider og effektivisere beslutningsprosesser i fremtiden også i offentlig sektor. Mange taler allerede om et paradigmeskifte i offentlig sektor: ”fra struktur til prosess”.

”Short and flat” og prosessperspektiver begrunnes både med at det fremmer kostnadseffektiv produksjon og at det bidrar til bedre tjenesteyting sett fra brukerens side. Det samme gjelder prinsippet om å utvikle mer *fleksible organisasjoner*. Men mens ”short and flat” og prosessperspektiver peker på bestemte analyseperspektiver og relativt presise organisatoriske mekanismer, er fleksibilitet i seg selv et mer plastisk fenomen. ”Fleksibilitet” har ofte vært ansett mer som et ideal enn som en klart avgrenset strategi for å skape effektiv produksjon.

3.4. Om prosessperspektiver som grunnlag for omstillinger i helse- og sosialsektoren.

De senere år har det vært en stigende interesse for å utvide debatten om helse- og sosialsektorens organisering til også å gjelde arbeidsorganisering. Her står fokus på ”produksjonskjernen” og ”det pasientrelaterte arbeid” sentralt (Vikkelsø og Vinge 2004, s. 13). Som Vikkelsø og Vinge peker på, blir begrepet ”produksjonskjerne” assosiert med Henry Minzbergs (1978) tilnærming i organisasjonsanalyse. Et hovedanliggende her er at denne kjernen dreier seg om

det operative arbeidet, som - avhengig av hvilke organisasjonsformer det er tale om – er mer eller mindre påvirket av de overordnede ledelsesmessige funksjoner og støttesystemer som er etablert i organisasjonen. Samtidig som det er et komplekst sammenvevd forhold mellom disse ulike deler av organisasjonen, er det i produksjonskjernen det pasientrelaterte arbeidet er (mest) i fokus. I utgangspunktet er helse- og sosialsektoren – og i særlig grad sykehus – å anse som profesjonsbyråkratier, der et kjennetegn nettopp er profesjonell autonomi i arbeidsutførelsen – det vil si m.h.t. analyse, diagnose, tiltak og evaluering av det pasient-/klientrettede arbeid som utføres.

I stor grad har stereotypien om legefaglig kontroll med alle disse fasene i helsesektorens pasientrettede arbeid blitt tatt for gitt, og en har i de overordnede strukturendringer, i ledelses- og styringstiltak søkt å ”trengte inn i” – eller endre rammebetingelsene for – det legefaglige arbeidet. Når dette fremstår som en stereotypi, er det fordi en i liten grad har vært opptatt av de komplekse arbeidsformene det operative arbeidet i hverdagens helsesektor antar. Her er det en rekke mekanismer som regulerer forholdet mellom over- og underordnede leger, mellom leger og andre profesjonsgrupper, mellom helse- og sosialarbeiderprofesjoner og (andre) ledergrupper, og relasjoner mellom spesialist- og almentjenester – forhold som ikke lett fanges opp gjennom et ensidig fokus på ”legeprofesjonens dominans i sektoren”.

Innovasjoner i helse- og sosialsektoren lever i spenningsforholdet mellom ”eksterne” optimeringsperspektiver og ”interne” relasjoner og dynamikker. Dette gjelder ikke minst for utviklingen av prosessbaserte virksomhetsmodeller, her avgrenset til etablering av behandlingslinjer. Disse innovasjonene kan hevdes å ha tre – til dels sammenvevde – forankringspunkter, knyttet til viktige helse- og sosialpolitiske mål:

Målet om økt effektivitet.

De fleste studier av "best practices", prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert kunnskap eller behandlingslinjer tar utgangspunkt i at disse fenomenene er sider av samme sak: en revitalisering av tayloristiske tilnærminger til arbeidsorganisering – gjennom etablering av standardiseringstiltak. Koplingen til taylorismen dreier seg primært om den analytiske tilnærmingen til arbeidsprosesser, mens Taylors' perspektiv på organisering av arbeid for øvrig reflekterer primært kontekstuelle egenskaper ved det amerikanske samfunn ved begynnelsen av det 20 århundre som i mindre grad er relevante for forståelsen av arbeidsorganisering i det moderne helsevesen. Dette skyldes blant annet at mens Scientific Management dreier seg om rutiniserte standarder for ufaglært arbeid, er det høykompetent og spesialisert arbeid som preger helsesektoren.

At de fenomener vi er opptatt av her er ansett som en del av "standardiseringsbølgen" i moderne arbeidsorganisering, er også et forhold som bør problematiseres: taylorismens fokus på standardisering av arbeidsprosesser er ansett som et hovedkjennetegn ved Minzberg's arketyperiske "maskinbyråkrati". Men i tråd med Minzberg er dette kun en av flere standardiseringsformer; i tillegg kommer standardisering av kunnskaper og av resultater. Den historiske utvikling av helse- og sosialsktoren (og av offentlig sektor mer generelt) har i stor grad dreid seg om etablering av de to sistnevnte standardiseringsformene: Samordning gjennom standardisering av kunnskap la grunnlaget for fremveksten av "profesjonsstaten", der troen på profesjonsutøvernes autonomi i utførelsen av det operative arbeidet knyttet til "kjerneproduksjonen" var et hovedkjennetegn. Etter hvert som en problematiserte veksten i velferdsstatens utgifter, og styringsproblemene knyttet til profesjonaliseringen av utførelsen av velferdsoppgavene, ble et av svarene standardisering av resultater, dvs. etablering av styringsmodeller og

ledelsesmodeller der en la større vekt på å samordne arbeidet gjennom mål- og resultatstyringskonsepter knyttet til ”den divisjonaliserte form” hos Minzberg.

De strukturreformene som har vært initiert i offentlig virksomhet de senere årene har i stor grad dreid seg om å etablere systemer for overordnet, strategisk ledelse basert på slike styringsformer. Et hovedelement i denne tilnærmingen er imidlertid at overordnede ledelsesnivå skal tilrettelegge for effektiv produksjon, men at det er opp til lavere ledelsesnivåer og de ansatte i den operative kjernen å finne de ”smarte” løsningene som frembringer de vedtatte resultater. Denne strategien er etter hvert blitt diskreditert, nettopp fordi den i for liten grad griper fatt i de utfordringene effektiv produksjon stiller til arbeidsprosessene. De nye overordnede styrings- og ledelsesmodellene synes å ha uttømt sitt effektiviseringspotensiale. Etablering av prosessbaserte virksomhetsmodeller og (ny-)tayloristiske tilnærminger til arbeidsorganisering i den operative kjernen kan derfor (også) anses som et uttrykk for at det er behov for å kombinere overordnede krav til kostnadseffektivitet med en effektiv regulering av profesjonelt arbeid i den operative kjernen. Det som er interessant med fremveksten av disse samordningsformene er at standardiseringen skjer gjennom atferdsregulering, dvs. ved at en foreskriver utførelsen av spesifikke arbeidsoppgaver innenfor produksjonsforløp. Det særegne med disse standardiserte atferdsregulerende tiltakene er at de implementeres på arenaer som er preget av høyspesialiserte profesjonsutøvere. Dette er på mange måter et paradoks, bl.a. ved at det i organisasjonsteoretisk forstand kan oppfattes som et motsetningsforhold mellom detaljert og standardisert arbeidsregulering – i tråd med kjennetegnene ved maskinbyråkratiet – på den ene side, og profesjonell autonomi i arbeidsutførelsen – i tråd med forutsetningene i profesjonsbyråkratiet – på den annen side.

Prosessmodellering er i mange sammenhenger fremstilt som en videreføring av introduksjon av oppsplitting av arbeidsoppgaver som i neste omgang kan være gjenstand for prising av de ulike delelementer i arbeidsprosesser. Dette kan skje på ulike måter, for eksempel gjennom prisfastsetting koplet til DRG-systemet i helsesektoren og mer generelt til prinsipper om Innsatsstyrt finansiering (ISF). En slik oppsplitting av arbeidsoppgaver med tilhørende prising av hver arbeidsoppgave vil nødvendigvis innebære et fokus på økonomiske forhold rundt arbeidet som forsterker en generell prisfastsetting som en ramme rundt for eksempel medisinsk behandling eller pleie- og omsorgstjenester. Derved er dette et sterkere økonomisk fundert styringsregime enn tilfellet er for de fleste former for bestiller-utfører-modeller, der en snarere opererer med standardiserte rammepriser for bestemte tjenester (Ernst og Young 2004, Ramsdal og Hansen 2005).

Målet om bedre kvalitet.

Vikkelsø og Vinge hevder at forutsetningene for å etablere ny-tayloristiske arbeidsregulerende tiltak er at det finnes en sikker kunnskap om hvordan best mulig kvalitet i sluttproduktet kan oppnås. Når det foran nevnte paradokset ikke forhindrer fremveksten av prosessbaserte virksomhetsmodeller som et nytt paradigme i organisering av offentlig virksomhet, må det sannsynligvis ses i sammenheng med at det er mulig å legitimere denne kvalitetstilnærmingen. Koplingen mellom den tradisjonelle tayloristiske tilnærmingen til effektiv og kvalitetsforankret produksjon og dagens virksomhetsmodellering, tar utgangspunkt i idéen om at en kan identifisere en ”best practice”. Mye kan tale for at det er nettopp denne forutsetningen som danner broen mellom ”taylorismen” og ”ny-taylorismen” – slik sistnevnte anvendes innenfor moderne, profesjonsbaserte organisasjoner. Det som kjennetegnet den tradisjonelle taylorismen, og som gjenfinnes som forutsetninger i ny-taylorismen, kan oppsummeres slik:

- at det finnes en "one best way" å utføre arbeidet på, at denne kan finnes via naturvitenskapelige (positivistiske) metoder og eksperimenter, primært i form av tidsstudier av arbeidet
- at det er ledelsens ansvar å finne "the one best way" – evt. ved hjelp av medarbeidere i stabsfunksjoner,
- at det er medarbeidernes ansvar å følge "the one best way",
- at medarbeidernes og ledelsens interesser i å finne og følge "the one best way" er sammenfallende, at begge parter agerer som rasjonelle individer, og at arbeid kan styres ved hjelp av (økonomiske) insentiver (Jf. Vikkelsø og Vinge, s. 25).

Disse punktene tar utgangspunkt i at det finnes "en objektivt riktig" måte å organisere arbeidsprosesser på, i hvert fall for øyeblikket, ut fra det vi nå vet. Dette er på mange måter taylorismens "hard-core" egenskaper. I det moderne arbeidsliv er imidlertid ikke dette uten videre akseptert, idet en forutsetter at ansatte på alle nivåer i organisasjonen har kunnskaper og krav til arbeidet som ikke uten videre kan underlegges en hierarkisk definert, "ytre" logikk. Derfor er det som representerer det viktigste skillet mellom tradisjonell taylorisme og "ny-taylorisme" nettopp forholdet mellom eksternaliserte og internaliserte styringsmodeller: taylorismen forutsatte at ledelsen hadde makt til å formulere, og få gjennomført, tiltak som riktignok ble ansett som "objektivt" i arbeidernes interesse (til tross for mer eller mindre aktiv subversiv motstand fra de ansattes side). "Ny-taylorismen" forutsetter på sin side en internalisering av overordnede prinsipper for organisering av arbeidet, og vektlegger at ledelsens oppgave er å utvikle ideer om "selv-ledelse"(Parker 2002).

Uten å gå nærmere inn på dette her, innebærer dette at utviklingen av de kvalitetsstrategiene som prosessbaserte virksomhetsmodeller representerer forutsetter etablering av legitimeringsprosesser som legger grunnlag for at de potensielt motstridende hensyn som er skissert foran, blir neddempet. Slike legitimeringsprosesser er sentrale innenfor den nye kvalitetsbevegelsen, for eksempel slik disse er beskrevet innenfor rammene av ”Total Quality Management” (TQM)

Mål om å etablere profesjonsforankret, ”evidensbasert kunnskap” som grunnlag for helse- og sosialarbeid.

En av de viktigste forutsetningene for etablering av prosessperspektiver i form av behandlingslinjer, er at evidensbasert kunnskap legges til grunn for etablering av standardene for ”the one best way”. Det er derfor av stor betydning å avklare hvordan ”evidensbasert” kunnskap etableres, hvilke forutsetninger denne kunnskapen hviler på, hvilke implikasjoner for profesjonelt arbeid etablering av evidensbasert kunnskap har, og hva dette innebærer for organisering av arbeidet.

En gjennomgående argument i forhold til prosessperspektivet er at en ønsker å standardisere profesjonelt arbeid, og at det er et motsetningsforhold mellom profesjonell autonomi og etablering av evidensbasert medisin og behandlingslinjer. I et organisasjonsteoretisk perspektiv er dette intuitivt forståelig, ettersom standardisering av arbeidsprosedyrer representerer atferdsregulerende tiltak som innsnevrer forutsetningene for utøvelse av faglig skjønn, og samtidig innebærer økt transparens i prosesser som fremstår som esoteriske og skjult for utenforstående i ”tradisjonell” profesjonell arbeidsutøvelse. Derved, heter det, vil etablering av prosessbaserte modeller innebære en svekkelse av profesjoners makt i helse- og sosialsektoren. Som et generelt synspunkt kan dette være riktig. Likevel er sammenhengen mellom

profesjonell makt og atferdsregulering mer kompleks og tvetydig enn en statisk fortolkning av disse organisasjonsteoretiske resonnementene tilsier. På samme måte som det er påvist at mange av de styringsmekanismene som introduseres i forbindelse med New Public Management snarere endrer innflytelsesrelasjoner mellom ulike profesjonsgrupper, og mellom overordnet ledelse og profesjoner på operativt nivå, kan en forvente at slike komplekse og differensierte maktrelasjoner utvikles under prosessbaserte standardiseringsregimer. Et aspekt som kan synes viktig i den forbindelse er at evidensbasert medisin og standardiserte behandlingslinjer er generert "innenfra" globale fagfelleskap i medisin, sykepleie osv. Dette vil i utgangspunktet gi behandlingslinjer større legitimitet blant profesjonsutøvere enn NPM-genererte styringstiltak vanligvis har. På den annen side er slike standardiserte atferdsregulerende tiltak ment å påvirke det operative nivået, og derved bryte inn i hverdagens arbeide på en mer direkte og sterkere måte enn tilfellet vanligvis er for strukturelle og ledelsesmessige overbygninger i NPM-inspirerte tiltak.

En problemstilling som er viktig å avklare, og som understøtter den differensieringshypotesen som er presentert foran, er at ulike fagfelt og profesjonsgrupper vil ha ulike forutsetninger for å kunne etablere en legitim, evidensbasert kunnskapsbase i forhold til ulike arbeidsoppgaver, diagnoser eller pasient-/klientgrupper. Til tross for at dette er en åpenbar utfordring i forhold til mulighetene for å etablere meningsfulle design for arbeidsprosesser, er denne utfordringen i stor grad neglisjert i den litteraturen som er gjennomgått her. En av de problemstillingene vi drøfter avslutningsvis er derfor hvilke krav som må stilles til design av selve instrumentet (f.eks. behandlingslinjen) for at denne skal være anvendbar i forhold til ulike arbeidsprosesser.

Kapittel 4.

Prosessperspektiver

4.1. Organisasjonsteoretiske grunnlag.

“Process” basically signifies movement in the sense of flow. This does not mean that process thinking in organizations assumes that everything undergoes gradual change. “Rather than dictate the pervasiveness of impertinence, process thinking directs attention to the analytical distinction that we actually draw between continuity and discontinuity, between constancy and change, between entity and flow” (Bakken and Hernes 2006: 1600).

Vi har hittil brukt begreper som ”prosessbaserte virksomhetsmodeller/-modellering”, ”behandlingslinjer”, ”evidensbasert medisin/praksis” uten nærmere definisjoner og diskusjoner av hva som ligger i disse begrepene. I dette kapittelet skal vi prøve å avklare disse spørsmålene gjennom en drøfting av måten begrepene anvendes i den litteraturen vi har gjennomgått.

I tråd med Van de Ven and Poole (2005) hevder Bakken og Hernes at det - innenfor det som betegnes som prosessperspektiver i moderne organisasjonsteori - er et fundamentalt ontologisk skille mellom det de kaller ”entitative” og ”prosess”- tilnærminger. Den sistnevnte tilnærmingen omfatter teorier der ”prosess” konseptualiseres som samhandling mellom stabile enheter (entities). Slike enheter – som kan være aktører, roller eller teknologier – kan samhandle på en rekke ulike måter, men analytisk sett er de hver for seg grunnleggende intakte. Dette blir av Chia and Langley (2005) betegnet som ”svake” prosessperspektiv, *“in the sense that the a priori assumption is of a world as consisting of entities, whose interactions constitute processes”* (ibid). Med

andre ord skjer ”prosesser” hver gang enheter, slik som individuelle aktører, samhandler. Dette poenget synes relevant når vi diskuterer prosesser som både stabile og flytende, ettersom prosessperspektiver i offentlig sektor ikke nødvendigvis dreier seg om radikale endringer gjennom redesign, men også om det som her betegnes som ”svake” prosessstilnærminger. Det innebærer med andre ord vanligvis at enheter (som aktører osv.) er stabile faktorer, men også at det dreier seg om å ta utgangspunkt i eksisterende enheter forstått som organisasjonsstrukturer, f.eks bestemte måter å inndele organisasjonen i avdelinger eller vertikalt med ulike ledernivåer. Prosessperspektiver forstått på denne måten relaterer prosesser til strukturer, og her vil relativt stabile relasjoner mellom aktører og organisasjonsheter spille en viktig rolle: *”While indicating that these perspectives represent a “new paradigm” in organizing, (efficient) process organizing will have the decisive role in restructuring organizations”* (Bakken og Hernes s. 1601).

4.2. Business Process Reengineering? Fra BPR til ”prosess”.

Som nevnt foran er ”prosessperspektiver” i ”moderne”, instrumentell organisasjonsteori i første omgang forankret i Business Process Reengineering. BPR er assosiert med Hammer og Champy’s bok *”Reengineering the Corporation: a manifesto for business revolution”* (1993) og Davenports bok *”Process Innovation”* fra samme år. Utgangspunktet er her at det er mulig å foreta en omfattende endring i bedrifters virkemåte, basert på en konsentrasjon av oppmerksomhet til kjerneprosessene i virksomheten, og gjennom redesign ut fra målene om en mest mulig nedslanket organisasjon. Svært mange, også av de som er referert til i vår sammenheng, er opptatt av at BPR nærmest fremstår som en videreføring av Scientific Management. På et nivå er dette riktig, i og med at det dreier seg om adferdsregulering gjennom utvikling av standardiserte arbeidsforløp, og der fokus i stor grad er på effektivisering av arbeid gjennom å

”tette hull” i produksjonsprosessen. Dette medfører blant annet arbeidsintensivering for de ansatte i produsjonen, samtidig som en reduserer behovet for mellomledere gjennom standardisering av produksjonsprosessene. BPR er imidlertid ikke et entydig fenomen. Dette skyldes dels at den ”hard-core” versjonen som assosieres med Hammer og Champy senere ble modifisert (Hammer 1996, 1990), dels at den praksiske anvendelsen av tilnærmingen spres ut i en slags vifteform fra sitt opprinnelige utgangspunkt – fra mer radikale til svært moderate fortolkninger. Det vil imidlertid ikke være riktig å oppfatte BPR som et motefenomen. I likhet med mange organisasjons-konsepter som har mer varige og dyptgripende konsekvenser, er begrepet såpass plastisk at det kan fortolkes og anvendes på svært ulike måter. Det er derfor viktig å forstå potensialet som ligger i mulighetene for å kunne legge ulike fortolkninger til grunn i forhold til bruken i konkrete kontekster.

Moltu, Monteiro og Sørensen (2000) har vist hvordan BPR har blitt tilpasset særtrekk ved det norske arbeidslivet gjennom relativt komplekse prosesser. Et hovedpunkt er at viktige aktører som har introdusert og anvendt BPR-relaterte perspektiver har modifisert selve verktøyet, slik at det i mindre grad fremstår som et ensidig effektivitetsinstrument knyttet til ”lean and mean”-argumentet, men har integrert en rekke ulike hensyn som bl. a ivaretar arbeidslivets spilleregler i større grad. Samtidig viser de at de store konsulentsselskapene som har vært pådrivere i anvendelsen av perspektivet, etter hvert har forlatt ”BPR” og i stedet opererer med ulike betegnelser på prosessbasert virksomhetsmodellering som dels bidrar til å dekke over de negative assosiasjonene BPR etter hvert har fått både blant ansatte og ledere, dels gir mer presise betegnelser på de metoder og tilnærminger de enkelte selskapene tilbyr innenfor denne rammen. (I tråd med dette har arbeidet tittelen ”*BPR is dead! Long live the Process. Reengineering in Norway*”).

Disse adaptasjons- og tilpasningsprosessene kan forstås på ulike måter, som ledelsesmøte med symbolske overtoner (Abrahamson 1996), som diffusjon av kunnskapsteknologi (Latour 1987), eller som endringsprosesser der ”institusjonaliserte standarder ”reiser” til ulike organisatoriske settinger (Røvik 2000). Alle disse innfallsportene dreier seg om variasjoner av temaet ”instrumentelle” organisasjonsteorier møter de institusjonaliserete særtrekk ved ulike organisasjoner (March og Olsen 1998).

4.2. Prosessbaserte virksomhetsmodeller i helse- og sosialsektoren.

Anvendelsen av prosessbaserte virksomhetsmodeller i helse- og sosialsektoren er i første rekke koplet til kvalitetsstrategier og arbeidet med å samordne arbeidet gjennom å standardisere faglig funderte arbeidsprosesser. Innenfor helsesektoren – og i særlig grad spesialisttjenester i sykehussektoren – har dette kommet til uttrykk som behov for å sikre effektiv ”pasientflyt”, og derved styre innsatsfaktorer som faglig kompetanse og økonomiske ressurser i ett samlet grep. I Norge har en i lengre tid vært opptatt av å etablere behandlingsskjeder, og hatt et fokus på pasientflyt-problematikken i hvert fall de siste 20 årene. Etter hvert har dette utkrystallisert seg som strategier for å utvikle ulike formaliserte samarbeidsformer, der behandlingslinjer er en av de viktigste organisatoriske innovasjoner.

Slike behandlingslinjer dreier seg om å etablere standarder for arbeidsprosesser der enkeltpasienters behandlingsforløp organiseres etter de kunnskaper en har om hvordan effektiv behandling bør være. Etableringen av behandlingslinjer forutsetter derfor tre ting:

a) at det finnes et kunnskapsgrunnlag som er anerkjent for effektiv behandling,

b) at dette kunnskapsgrunnlaget er klart identifiserbart gjennom diagnoser, og

c) at en kan organisere arbeidet mellom ulike faggrupper og avdelinger/nivåer i organisasjonen på en måte som baseres på dette kunnskapsgrunnlaget.

Organisering av arbeidet skjer i økende grad gjennom ”clinical guidelines”. Slike clinical guidelines er i dag globalt ansett som det kanskje viktigste virkemiddelet for kvalitetsutvikling i helsesektoren. Det er derfor en nær kopling mellom ”prosessperspektiver”, evidensbasert kunnskap og behandlingslinjer.

Prosessbaserte virksomhetsmodeller i helse- og sosialsektoren dreier seg derved om å etablere praksis basert på tre hovedelementer: Prosessperspektiv(er), Evidensbasert kunnskap og Behandlingslinjer. Koplingen mellom disse tre elementene er som følger: Prosessperspektiv(er) er grunnleggende, teoretisk funderte inntak for å forstå organisasjoners funksjonsmåte, basert på organisering av produksjons- og arbeidsprosesser. I vår sammenheng er slike perspektiver ofte fremstilt som relativt abstrakte og formaliserte modeller for organisering. ”Knowledge Management”, ”Process Modelling” og ”Best-Practice” er eksempler på sentrale teoretiske inntak til å forstå hvordan prosessperspektiver på organisasjoner kommer til uttrykk i moderne instrumentell organisasjonsteori. Her er koplingen til industriell logistikk, og formalisering gjennom teknologiske innovasjoner/IT-teknologi viktige elementer.

I helse- og sosialsektoren er prosessperspektiver forankret i strategier for effektivisering og kvalitetsutvikling. Koplingen til prosessperspektivet er primært at dette perspektivet forutsetter at en kan identifisere arbeidsprosesser på en måte som gjør abstrahering og formalisering mulig, dvs. gjennom

begreper som kjerneprosesser, ledelses- og støtteprosesser. Dette innebærer at avgrensning og identifisering av arbeidsprosesser må være knyttet til den medisinske kjerneproduksjonen, dvs. pasientbehandling. I dette ligger blant annet en forutsetning om at det er mulig å avgrense behandling på måter som er abstraherte, avgrensede og koordinerte. For at en skal oppnå høy faglig kvalitet gjennom slike prosessmodeller må behandlingen være faglig anerkjent dvs. være ”beste praksis” i forhold til den diagnosen pasienten har. Når prosessbaserte virksomhetsmodeller – og mer presist behandlingslinjer – har fått et så sterkt gjennomslag som virkemiddel for kvalitetsutvikling i helsesektoren, må det sees i sammenheng med at organisering av faglig-medisinsk kunnskap gjennom fremveksten av evidensbasert medisin (og etter hvert andre helsefag) smelter sammen med de prosessbaserte tilnærmingene, selv om de i utgangspunktet har ulik opprinnelse. De formaliserte og abstrakte handlingsmodellene som er utviklet innenfor rammen av det vi (foreløpig) betegner som prosessbaserte virksomhetsmodeller legger grunnlaget for etablering av kliniske retningslinjer og behandlingslinjer. Det faglige innholdet i disse linjene er basert på evidensbasert kunnskap, mens de formelle rammene for organiseringen av prosessene er basert på modeller hentet fra prosessperspektiver som Knowledge Management osv.

Et sideordnet, men viktig aspekt ved fremveksten av prosessbaserte virksomhetsmodeller er at dette ikke bare kan anses som grunnlag for kvalitetsutvikling basert på medisinskfaglige premisser, men at det også er et viktig ledelsesverktøy. Også her skjer en kopling til evidensbasert kunnskap, idet en forutsetter at det er mulig å etablere ”Evidence-Based Management” (”EBMAN”). Det kan synes som om prosessperspektivene og de handlingsmodellene som dette genererer, også inspirerer til å etablere ledelsesbaserte opplegg som er standardiserte og abstraherte på samme måte som tilfellet er med evidensbasert medisin. To forhold synes å bidra til denne

koplingen: For det første er behandlingslinjer i seg selv ikke bare et faglig-medisinsk verktøy for kvalitetsutvikling, men innenfor rammen av total kvalitetstenkning er kvalitetsutvikling i seg selv et ledelsesansvar.

For det andre kan det synes som om ledelse i større grad fokuseres mot arbeidsprosesser som et ledd i effektivisering og kostnadsreduksjoner, der en tidligere hadde større tro på strukturelle aspekter ved de styringsmodellene som ble utviklet. En antagelse kan være at det er nettopp sammenkoplingen mellom overordnede ledelsesbehov om kostnadseffektivitet og faglige legitimeringsbehov knyttet til effektiv pasientbehandling som legger grunnlaget for at prosessbaserte virksomhetsmodeller får såpass sterkt gjennomslag i helse- og sosialsektoren.

Prosessperspektiver

- Knowledge Management
- Process Modelling
- Best Practice

Innenfor helse- og sosialsektorens ramme dreier dette seg om følgende sentrale tilnærminger:

Evidensbasert kunnskap

- Evidence-Based Medicine (EBM)
- Evidence-Based Nursing (EBN)
- Evidence-Based Care (EBC)
- Evidence-Based Practice (EBP)
- Evidence-Based Management (EBMAN)

Prosessbaserte virksomhetsmodeller i helse- og sosialsektoren tar derved utgangspunkt i ulike tilnærminger, der et viktig skille har sammenheng med om en opererer med kunnskapsgrunnlag som er basert på forskningsbasert evidens og/eller om en benytter erfaringsbasert kunnskap generert gjennom ”forhandlinger” mellom eksperter (Oxman et al. 2007). Begge disse tilnærmingene, som kan ha en rekke ulike implikasjoner som vi skal la ligge her, vil kunne benyttes som grunnlag for å etablere formaliserte behandlingslinjer, eller anbefalinger i form av retningslinjer (”clinical guidelines”).

Behandlingslinjer kan – uansett om kunnskapsgrunnlaget er ”strikt” vitenskapelig evidensbasert eller resultat av erfaringsbasert kunnskap på ekspertnivå – være basert på avgrensning av prosesser der en kan ta utgangspunkt i

- symptom
- diagnose
- organisatorisk samordning- og samarbeid

Vi skal her redegjøre for tre forhold relatert til disse elementene:

- begrepsavklaringer og teoretiske grunnlag
- forskningen om forholdet mellom teoretiske modeller og praksis
- (hypoteser) om forutsetningene for at prosessbaserte virksomhetsmodeller skal fungere som bidrag til effektivisering i helse- og sosialsektoren

4.3. Beste Praksis (Best Practice)

”Beste praksis er et begrep som bygger på analyser av hvordan man kan forbedre og overvåke kvaliteten på prosessene i en organisasjon. Dani et al. (2006, s. 1718) trekker fram en definisjon av beste praksis som er laget av

Hughes og Smart (1994) : *"an activity or action which is performed to a standard that is better or equal to the standard achieved by other companies in circumstances that are sufficiently similar to make meaningful comparison possible"*.

Målet er at man skal kunne luke ut utilfredsstillende praksiser, forbedre prosessene, dra nytte av andres erfaringer, forhindre at ting blir gjort om igjen p.g.a. dårlige metoder og å øke produktiviteten og effektiviteten (Dani et al. 2006, s. 1719).

Det er kunnskapen om hva som utgjør "beste praksis" som er avgjørende. I tillegg er det viktig å vite hvordan denne kunnskapen kan overføres mellom organisasjoner. Beste praksis modeller inneholder altså både kvalitetsstandarder og retningslinjer for oversettelse/overføring. Disse er etablerte på grunnlag av nøye vurderinger av hvilke prosesser i organisasjonen som holder høy standard.

Ifølge Dani et al. er de fleste modellene som er utviklet rundt beste praksis først og fremst opptatt av hvordan man identifiserer beste praksis, og sjeldent opptatt av hvordan permanente prosesser kan etableres som understøtter organisasjonens kunnskapsbase eller hvordan kunnskap kan forvaltes for å implementere beste praksis (s. 1719-20). Disse problemene kan, mener de, løses ved å integrere en beste praksis tilnærming med kunnskapsledelse (se nedenfor). Videre hevder de at det ikke er nødvendig å se på en beste praksis som en allment gyldig standard. Det kan være mer hensiktsmessig å se på den som en erfaringsbasert anbefaling med forbehold om overførbarhet på tvers av organisasjoner og prosesser.

Implementering av beste praksis forutsetter kunnskap om overførbarhet og sammenliknbarhet mellom prosesser. Dette gjelder ikke bare prosessene i seg selv, men også de kontekstuelle faktorene som spiller inn.

4.4. Kunnskapsledelse (Knowledge Management)

Kunnskapsledelse er en strategi for kunnskapshåndtering i en organisasjon, og har derfor best effekt i kunnskapsintensive organisasjoner og prosesser. Det er en tilnærming som tar for seg problemstillinger knyttet til hvordan kunnskap skapes, lagres, distribueres og brukes (Sandars & Heller, 2006, s. 342). Et hovedpoeng i kunnskapsledelseslitteraturen er skillet mellom det som kalles den eksplisitte og den "tause" kunnskapen i en organisasjon. Den eksplisitte kunnskapen er kodifisert og åpent tilgjengelig gjennom litteratur, instruksjonsmanualer og lignende. Denne kunnskapen danner kjernen av harde fakta i kunnskapsgrunnet for de fleste organisasjoner. Den tause (tacit) kunnskapen er den som hver enkelt har akkumulert gjennom erfaring. Dette er kunnskap som er vanskelig å omsette i mange organisasjoner fordi den har et subjektivt grunnlag. For at organisasjonen skal kunne nyttegjøre seg all den kunnskap som den forvalter bør man finne måter å veie den kodifiserte kunnskapen opp mot den tause, og løfte den tause kunnskapen opp fra den enkelte slik at den kan bli synliggjort. (Dani et al. 2006, s. 1717-8, Sandars & Heller 2006, s. 342).

Som nevnt er Dani et al. opptatt av hvordan beste praksis standarder kan brukes innenfor et kunnskapsledelsesregime, og av å vise at kunnskapsledelse kan forbedre både overføringen av beste praksis internt i organisasjonen og hjelpe organisasjonen til å lære tidligere og mer kreativt (Dani et al. 2006, s. 1720). Dette mener de kan gjøres ved å opprette en kunnskapsbase som består av beste praksis standarder og som er tilgjengelig for de som trenger det (s. 1721).

Kunnskapsbasen består av to elementer; prosess og implementering. Prosesskunnskapen består av: prosessspesifikk kunnskap; kunnskap om hvordan man måler ytelse; kunnskap om hvilke støtteprosesser som er nødvendige og referanser til intern ekspertise som innehar tause kunnskap. Implementeringskunnskapen består av: kunnskap om årsaks- virkningsforhold og evt. uforutsette skadevirkninger, kunnskap om i hvilken grad praksiser er etablert og veiledende henvisninger til andre organisasjoners vellykkede praksiser.

For Sandars og Heller er målet å vise hvordan organisasjoner i helsesektoren kan bruke et konkret kunnskapsledelsesverktøy for å forbedre implementeringen av evidensbaserte modeller. Dette verktøyet er praksisgrupper hvor eksplisitt evidensbasert kunnskap kan integreres med den tause, erfaringsbaserte kunnskapen. (Sandars & Heller 2006, s. 345)

4.5. Prosessmodellering (Process Modelling)

Prosessmodellering er et instrument for å standardisere prosessforløp internt i organisasjoner, vanligvis formulert gjennom dataprogrammer som kan visualisere forskjellige typer relasjoner. De grunnleggende målene for prosessmodellene er å sikre at resurser, ansatte og systemer blir fordelt og brukt effektivt i en organisasjon (Clarke et al., 2002, s. 39). I helsevesenet er det også et mål at prosessene er pålitelige og at de varierer minst mulig fra tilfelle til tilfelle (Ibid).

Modellene er som oftest basert på direkte observasjon av prosesser i en organisasjon. Dataene som man har hentet inn blir så registrert i dataprogrammer som visualiserer relasjonene mellom prosessene som er

observert. Relasjonene kan så modifieres i tråd med beste praksis standarder eller andre normative retningslinjer.

Prosessmodellering har tradisjonelt tatt utgangspunkt i et tayloristisk prosessperspektiv hvor det har vært om å gjøre å finne fram til den mest hensiktsmessige sekvens av handlinger innenfor en prosess. Da har fokuset falt først og fremst på hvordan prosesser skal utføres, og mindre på målene for og resultatene av prosessene (King & Johnson 2006, s. 1106).

De implementeringsproblemene man har opplevd knytter seg til at modellene ikke alltid er i stand til å samordne forskjellige typer prosesser (King & Johnson 2006, s. 1105). Disse problemene kan bl.a. manifesteres i motstand i deler av organisasjonen eller ved at den teknologiske strukturen ikke er tilrettelagt for standardisering (Clarke et al., 2002, s. 40).

På tross av denne typen problemer har prosessmodellering etter deres mening vist seg å ha en positiv effekt på ansattes forståelse av hvordan organisasjonen fungerer, hvilke gjensidige avhengighetsforhold som eksisterer og hvilke koordineringsbehov som finnes (Ibid, s.41).

Parallelt med en konsolidering av modellspråktilfanget som følge av den dominerende posisjonen en av disse plattformene (UML) har tilegnet seg, har det også skjedd en kvalitativ utvikling i retning av et mer sammensatt prosessbegrep på den ene siden og et mer pragmatisk implementeringssyn på den andre.

I sin studie av implementeringen av prosesskart i forbindelse med en sammenslåing av tre sykehus i England, konkluderer Clarke et al. med at

prosesskart bør ses på som situasjonsavhengige og resultat av forhandlinger og at implementeringsstrategiene bør ta høyde for dette:

”One significant finding here, then, is that process maps are not systematic, rational, scientific deductions of the most efficient process. Rather, they are contingent objects of negotiation and experimentation among members who primarily attend to local, situated concerns and understandings that may well go beyond the narrow and abstracted conceptions of the task itself”.

(Clarke et al., 2002, s. 42)

Ifølge King & Johnson er sekvensmodellering utilstrekkelig for å modellere variasjon og beste praksis. Men de nevner fire utviklingstrekk som er i ferd med å gjøre dette mulig: Et utvidet prosessbegrep bl.a. i form av en spesialiseringsdimensjon som tar for seg typer prosess. Bruk av cases som grunnlag for konsekvens/output/objekt forståelse av prosesser. Etablering av gjenbrukbare generiske prosesskataloger etter samme mal som beste praksis mønstre. Til slutt nevner de fremveksten av ett enkelt språk UML som kan brukes i mange forskjellige sammenhenger.

En generell utfordring er at det kreves god tilpasning mellom de faglige krav profesjonsutøverne har til autonomi/fleksibilitet og prosessmodellenes relevans og validitet på den ene siden, og til prosessmodellenes tekniske krav til generaliserbar koding av informasjon på den andre.

4.6. Avsluttende kommentar

Prosessbaserte virksomhetsmodeller har sitt moderne opphav i modifiserte varianter av BPR. I helsesektoren har slike modeller vært ansett som en måte å overføre og kopbinere kompetanse om pasientbehandling,

sykehusadministrasjon og industriell logikk (Engen 2004). Kjerneprosessen er vanligvis pasientlogistikk knyttet til pasientbehandling, og ulike delelementer innenfor denne logistiske modellen kan være utredning, diagnose, behandling, utskriving og oppfølging.

En viktig diskusjon er hvorvidt prosessene har sitt startpunkt i det øyeblikk pasienten innfinner seg ved sykehusets port, og om prosessens slutt punkt er ved utskriving, eller om kommunehelsetjeneste og spesialist- /sykehustjenester skal anses som en samlet prosess. Det siste fordrer ytterligere krav til samordning og samordning enn i første tilfellet. De modellene som er presentert foran (Knowledge Management, Process Modelling og Best Practice), dreier seg om teknologiske tilnærminger med utgangspunkt i samme perspektiv. Koplingene mellom disse perspektivene og -modellene vi diskuterer her, kan oppsummeres slik:

Prosessbaserte virksomhetsmodeller legger en formell, hovedsakelig teknologisk fundert, ramme knyttet til logistikk/handlingsforløp. Anvendelsen i praksis forutsetter substansiering, dvs. faglig-profesjonell kunnskap til å "fylle" de formelle modellene med innhold. Denne substansieringen er i økende grad, men behøver ikke å være, basert på evidensbasert kunnskap, primært vitenskapelig evidens. Både prosessbaserte virksomhetsmodeller og evidensbasert kunnskap kan anta ulike former, og varierer mht. grad av formalisering og grad av sikkerhet i kunnskapsgrunnlaget.

I neste kapittel henvender vi oss til problemstillinger knyttet til utviklingen av "evidensbasert kunnskap".

Kapittel 5.

Evidensbasert kunnskap.

5.1. Innledning

Litteraturen om evidensbasert kunnskap i helse- og sosialsektoren kan systematiseres i tre deler: Den første dreier seg om begrepsavklaringer, teorier og argumenter for evidensbasert medisin, -(syke-)pleie, - praksis. Denne litteraturen har i all hovedsak en forankring i instrumentell organisasjonsteori. Den andre dreier seg om den vitenskapsteoretiske og kunnskapsteoretiske kritikken av EBM. Her er særlig diskusjonen om den ”nye positivistiske dreiningen” sentral. Den tredje omhandler organisasjonsteoretiske analyser som i hovedsak ut fra et kritisk perspektiv drøfter forholdet mellom teoretiske modeller og praksis (”the research-practice gap”), og hvilke forutsetninger som må være til stede for at evidensbasert kunnskap skal komme til praktisk anvendelse, for eksempel i forhold til etablering av behandlingslinjer.

Her skal vi først redegjøre for hva som menes med evidensbasert kunnskap basert på en gjennomgang av litteraturen om dette (EBM, EBN, EBC og EBMAN). Deretter skal vi redegjøre for den vitenskaps- og kunnskapsteoretiske kritikken, og til slutt gjennomgå den organisasjonsteoretiske litteraturen om studier av anvendelsen av evidensbasert kunnskap i praktiske sammenhenger. Det siste forholdet er viet spesiell oppmerksomhet her.

5.2. Hva er evidensbasert kunnskap?

I den litteraturen som er gjennomgått viser en til både noe ulike definisjoner av ”evidens-basert” kunnskap, og ulike former denne kunnskapen tar i ulike fagfelt.

Det skilles for eksempel mellom evidence-based medicine (EBM), evidence-based nursing (EBN), evidence-based care (EBC) og evidence-based health policies (EBHP). Det som er felles for disse tilnærmingene er at en oppfatter evidens som *vitenskapelig fundert kunnskap*. Samtidig er det i flere av de foran nevnte formene for evidens-baserte tilnærminger gitt en forrang til kunnskap generert ut fra meta-studier som (søker å) generalisere vitenskapelig kunnskap innenfor et felt. Dette forutsetter at kunnskapens objekt kan avgrenses på en måte som gjør den forskbar og praktisk operativ, for eksempel gjennom avgrensinger av beste praksis i behandling av bestemte diagnoser.

Det generelle inntrykket er at det som er felles for disse tilnærmingene er at de baserer seg på et kunnskapssyn der det er mulig a) å objektivisere kunnskap, b) å generalisere kunnskap, c) gjennom meta-studier å skape et kvantitativt kunnskapsgrunnlag, og d) å gi evidens-basert kunnskap forrang i forhold til ”anekdotisk” kunnskap” og kvalitative studier/case-studier (Timmermans og Berg 2003, Muir Gray 2001, Shojania og Grimshaw 2005, Shortell 2004).

To forhold skal nevnes kort innledningsvis om dette. For det første er det et (eksplisitt eller implisitt) motsetningsforhold mellom evidens-basert kunnskap (slik denne er karakterisert foran i ”idealtypisk” form) og andre kunnskapsgrunnlag som er etterspurt i dagens helse- og sosialtjeneste. Klarest kommer dette til uttrykk gjennom de tilnærminger til helse- og sosialfaglig arbeid som legger et subjektivistisk kunnskapssyn til grunn. Et eksempel kan være forholdet mellom patient-centered care, som baseres på pasientenes opplevelse av behandlingsforløp og resultat og evidens-baserte kunnskapsformer. Patient-centered care kjennetegnes ved at pasientenes ”heterogenous experiences and narratives of ill-health are qualitatively engaged and enrolled in decisions about the management of illness trajectories” (May et al. 2006, s. 1022), som en kontrast til den objektivisering av pasient, sykdom og

behandling som finner sted innenfor evidens-basert medisin. På den annen side har en etter hvert etablert det som kan sies å være en bro mellom objektiviserte og subjektiviserte kunnskapsgrunnlag gjennom evidens-basert praksis ("Evidence-based practice"). Dette begrepet er kommet til anvendelse først og fremst gjennom en utvikling av "evidence-based care" og "evidence-based nursing", som i større grad enn medisinske fagfelt har tatt til seg pasientenes selvopplevelser, og integrert teorier om "empowerment", aktivering og skreddersydde behandlingsopplegg – alle begreper som assosieres med EBP. EBP defineres derfor som en sammensmelting av objektivisert og subjektivisert kunnskap: "*Evidence-Based Practice.... is both evidence-based and patient-centered*", og bør være et integrert kunnskapsgrunnlag både for den enkelte helsearbeider og for helsetjenester generelt (Wagner et al. 2005, May et al. 2005).

En av de mest kjente bøkene om evidensbasert medisin (EBM), Timmermans og Berg's "The Gold Standard" har undertittelen "The Challenge of Evidence-based Medicine and Standardization in Health Care" (Timmermans og Berg 2003). Standardisering og EBM er to sider av samme sak: "*Standardization has penetrated every corner of contemporary medicine*" og av særlig interesse innenfor "the current standardization movement" er vektleggingen av EBM. EBM defineres som "*the conscientious, explicit, and judicious use of best evidence in making decisions about the care of individual patients*" (s.3, sitert fra Sackett and Rosenberg 1995). Men til tross for at flere forfattere peker på at det blant medisinere er relativt entydige oppfatninger av hva som menes med EBM, viser en nærmere gjennomgåelse av litteraturen om begrepet at det ikke uten videre er en slik entydighet knyttet til definisjonen foran. For det første viser en til at det som på engelsk (og i anglo-amerikansk orienterte fagmiljøer som i de nordiske land) er knyttet til "evidence" som informasjon basert på resultater av forskning, i andre land kan ha andre konnotasjoner. I Italia er EBM

oversatt som medisin basert på bevis på effektiv behandling ("proof of efficacy"), mens i Tyskland vil EBM gi konnotasjoner som kan oversettes med "kritisk medisin" (noe som har medført at en her har etablert en ny betegnelse ("Evidenz Basiert Medizin")) som koples til den engelske betegnelsen (Muir Gray 2001). For det andre er det av flere forfattere påpekt at definisjonen foran beskriver to ulike (eller både og) beslutninger: om henholdsvis pasientpopulasjoner og individuelle pasienter. Flere forfattere peker på at EBM dreier seg om beslutninger på to ulike nivå: om pasientpopulasjoner (det som betegnes som "policies of patients") og individuelle pasienter (Eddy 2005, Mead 2000, Wagner et al. 2005).

Det første – som i utgangspunktet er forankret i epidemiologi – viser til det som i dag ville betegnes som helsepolitiske og ledelsesmessige beslutninger, mens det individuelle dreier seg om faglig-profesjonelle beslutninger "i klinikken" (Ekeland 2004, Muir Gray 2001). Disse ulike assosiasjonene til EBM som betegnelse og begrep har i sin tur betydning for, og reflekterer ulike aspekter ved, hva som er hensikter og mål med å etablere EBM. Her kan en stille opp flere ulike formål som er nevnt i litteraturen:

For det første er målet å bedre kvaliteten på helsetjenester. Dette skal skje gjennom at EBM vil redusere variasjon i behandlingsforløp, for eksempel mellom ulike fagutøvere eller behandlingseenheter. I praksis innebærer dette at "globale" beste-praksis-standarder skal legges til grunn og i størst mulig grad erstatte faglig arbeid basert på lokale, individuelle, tilfeldige, anekdotiske og "uvitenskapelige" kunnskapsgrunnlag.

For det andre er det et mål å redusere ulikheter i tjenestetilbud mellom ulike deler av landet – eller for den saks skyld globalt (Blaise og Kiegels 2004, Timmermans og Berg 2003). Her forutsetter en bl.a. at EBM vil skape større

transparens mellom praksiser – gjennom sammenlikninger av praksis fra individuelt, institusjonelt, nasjonalt og globalt nivå.

For det tredje er det et mål å skape mer kostnadseffektive helsetjenester, ved å levere høyere kvalitet for reduserte kostnader (her tenkes særlig på enhetskostnader knyttet til begreper som ”mer helse for hver krone”) (Shortell 2005).

5.3. Strategier for iverksetting av EBM.

Poenget med EBM er å integrere vitenskapelig kunnskap med klinisk praksis. Muir Gray (2001) peker på tre (til dels overlappende) strategier for å iverksette evidensbasert medisin/pleie/praksis: ”managed care”, integrerte behandlingslinjer og clinical guidelines (kliniske retningslinjer).

”Managed care”.

Ifølge Muir Gray representerer ”Managed Care” en sammensmeltning av to tunge tradisjoner i helsesektoren, knyttet til henholdsvis klinisk praksis og public health (folkehelse). Den førstnevnte tradisjonen er opptatt av individuelle behandlingsopplegg som ”før evidensbasert medisin” var knyttet til en kopling mellom medisinsk kunnskap og individualisert klinisk erfaring men som etter evidensbasert medisin kan etableres som generaliserte og abstraherte retningslinjer. Den andre tradisjonen var systemorientert og rettet mot befolkningen i sin helhet, eller bestemte befolknings- eller pasientgrupper. Managed care tar utgangspunkt i at et slikt skille ikke lenger er mulig eller nødvendig å opprettholde, og at man derfor bør integrere aspekter av de to nevnte tradisjonene: ”In managed care, a systematic approach is taken to care management, whereby a predetermined care package is delivered to groups of patients who have certain common conditions for which it is possible to define a core set of interventions and services those suffering from the condition should

receive” (Muir Gray s. 21). Det som skiller managed care fra de øvrige strategiene innenfor evidens-basert medisin er at det fremstår som et helhetlig system – et ”high level approach” – som inkluderer både selve behandlingslinjene, integrering av ulike enheter/systemer i et helhetlig grep, og at finansieringssystemer og insentiver for øvrig bygges inn i en helhetlig strategi. Managed care innebærer derfor et høyt ambisjonsnivå, der evidensbasert medisin, behandlingslinjer for ulike diagnosegrupper og organisasjonsstruktur, samordning og finansiering er basert på de samme prinsippene.

Som flere forfattere peker på er det særlig i USA at managed care er en helsepolitisk strategi. Dette skyldes bl.a. finansieringssystemet, der forsikringselskapene har hatt en viktig rolle for å standardisere og kvalitetssikre behandlingen. I USA har en pekt på at managed care har implikasjoner både for finansiering av helsetjenester, blant annet ved å legge standardiserte beregninger av kostnader/kvalitet til grunn for finansiering av helsetjenester og ved å legge grunnlag for økt kontroll med den enkelte lege. Flere studier har vist at dette har endret amerikansk helsevesen på viktige punkter, ikke minst ved å stimulere til fusjoner mellom private helseforetak – som et resultat særlig av standardisering av kvalitetssystemene.

Muir Gray peker imidlertid på at det også er flere viktige utfordringer og problemer knyttet til managed care: At pasienter uten diagnoser kan falle mellom stolene i dette systemet, eller at de kontrollsistemene som blir etablert kan demotivere helsepersonell. Likevel peker Muir Gray på at den største fordelene med managed care er at den tillater de som betaler for helsetjenester å være eksplisitte om de intervensjoner som bør eller ikke bør bli tilbudt pasienter – noe som bl.a. gir bedre eierstyring i forhold til prioriteringer av ulike pasientgrupper og til de totale utgiftene til helsetjenester.

Behandlingslinjer - "Clinical (care) pathways"

“Care pathways attempt to preformulate the problems, interventions and outcomes for a diagnostic specific group of patients” (Jones 2000). The aim of the care pathway is to focus the multidisciplinary team on shared outcomes of care. The care pathway achieves this by detailing the interventions for each care provider. This is usually expressed as a time/action grid” (Coffey et al 1992). Muir Gray sier at “integrated clinical pathways ... define the expected course of events in the care of a patient with a particular condition, within a set time-scale” (s.22).

I forhold til managed care er derved etablering av behandlingslinjer mindre ambisiøst mht. overordnede helsepolitiske mål. Hovedpoenget er å strukturere tidsintervall gjennom å formulere mål for behandlingens fremdrift gjennom ulike intervensjoner, og der optimale tids- og behandlingsforløp er spesifisert. Behandlingslinjer kan bli – og blir vanligvis - designet for å vise beslutningsprosesser i forhold til den pleie og behandling pasienter med en bestemt diagnose forutsettes å få. Dessuten kan behandlingslinjer anvendes for å reflektere prosessen mellom aktiviteter i ulike avdelinger/enheter som behandler samme pasient. Målet med selve behandlingslinjen er i siste instans å skape en match mellom den angitte behandlingsprosess og problemet – dvs. de behandlingsformer og problemer for pasienten som diagnosen reflekterer.

Det som kjennetegner behandlingslinjer, og som gir slike behandlingslinjer styrke til å skape bedre kvalitet i behandlingen, er at de både anvender evidensbasert kunnskap om den enkelte pasients behandling ut fra evidensbasert medisin, men også at den strukturerer arbeidsprosesser mellom ulike profesjonsgrupper og organisatoriske enheter. Et særtrekk ved behandlingslinjer, som har vært fremhevet i den anglo-amerikanske litteraturen, er at

gjennomføringen av de prosessene behandlingslinjen forutsetter skal samordnes av en case manager. Case managerens viktigste oppgave er å påse at de enkelte aktørenes atferd samsvarer med behandlingslinjens foreskrevne handlingsmønstre. Dersom pasienten eller tjenesteyter avviker fra behandlingslinjen, er det forutsatt at de foreskrevne retningslinjer har etablert responser på dette, avhengig av den enkelte diagnoses særpreg.

Behandlingslinjer etableres vanligvis gjennom at fagteam utvikler multidisiplinære retningslinjer basert på prinsipper om beste praksis. Det heter derfor at "Care pathways are a tool that can be used to facilitate the introduction of an evidence-based approach into routine clinical practice" (Muir Gray s. 22). Samtidig som selve behandlingsformene er basert på globale standarder for evidensbasert medisin/pleie, heter det at "although generic pathways can be constructed, any care pathway is usually unique to the particular institution in which it is developed because it will reflect details of care, which vary among institutions, and current practice" (Muir Gray s. 23). Flere forfattere peker på at behandlingslinjer medfører bedre behandlingsresultat (outcomes) og derved reduserte kostnader for helsetjenesten. En rekke studier har også vist at etablering av behandlingslinjer har hatt positive effekter, for eksempel på samordning og innleggelsestid (Zehr et al. 1998, Leibman et al. 1998). Samtidig har en kunnet påvise en rekke problemer i gjennomføringen av behandlingslinjer, som her kan oppfattes som en del av den generelle "research – practice- gap" knyttet til evidensbasert medisin, som jo er en viktig del av grunnlaget for utformingen av behandlingslinjen. Men i tillegg vil behandlingslinjer åpenbart støte på problemer knyttet til gjennomføringen der flere enheter, for eksempel avdelinger på sykehus eller mellom sykehustjenester og primærhelsetjenester er involvert. Flere har påpekt at særlig finansieringssystemet har betydning for iverksettingsproblemene mellom enheter og behandlingsnivåer (Jones 1996).

Kliniske retningslinjer ("Clinical guidelines").

"Clinical guidelines can be defined as systematically developed statements to support healthcare professionals and patients when making decisions about the most appropriate healthcare in particular circumstances" (s. 24). Innenfor rammen av evidensbasert medisin er kliniske retningslinjer ansett som det viktigste virkemiddelet – og mange diskuterer evidens-basert medisin og kliniske retningslinjer nærmest som om det var samme fenomen. Dette gjelder bl.a. Timmermans og Berg, som peker på at selv om evidensbasert medisin kan ha flere ulike betydninger, vil det i vanlig medisinsk språkbruk hovedsakelig bli forstått i betydningen av kliniske retningslinjer som har til hensikt å utbre vitenskapelig fundert diagnostisk og terapeutisk kunnskap. USAs Institute of Medicine definerer kliniske retningslinjer som "systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances". Slike retningslinjer dreier seg om hvilke og hvor mange prøver som skal bestilles, når en skal tilby medisinske eller kirurgiske tjenester, hvor lenge pasienten bør være på sykehuset, og andre detaljer i klinisk praksis. Derved er kliniske retningslinjer å anse som det operative elementet i evidens-basert medisin/pleie.

I likhet med det som gjelder for managed care og behandlingslinjer, er kliniske retningslinjer generert gjennom beslutninger i faglig-profesjonelle team av eksperter, basert på meta-studier. Men mens de to øvrige strategiene for evidens-basert medisin innebærer at lokale og kontekstuelle aspekter er viktige ved struktureringen av beslutningsforløp, er kliniske retningslinjer ofte globale i sin karakter. Ulike faglige sammenslåinger/organisasjoner for spesialisttjenester eller diagnoser har utviklet standarder for beste praksis gjennom kliniske retningslinjer. Det eksisterer i dag et omfattende antall slike retningslinjer, og antallet øker for hvert år (Timmermans og Berg 2003). Et aspekt ved dette er at

kliniske retningslinjer forutsetter diagnoser – og gjennom spesialisering og subspesialisering blir antallet diagnoser etter hvert enormt. Samtidig har de faglig-profesjonelle ambisjonene økt - både i form av lokale og globale strategier for å iverksette EBM på ulike felt/diagnosegrupper, og i form av at ulike faglige spesialistorganisasjoner revurderer og endrer retningslinjer etter hvert som ny kunnskap integreres. Dette er selvsagt et problem for klinikerne, og flere av de artiklene som er gjennomgått her peker på dette problemet, jf. titler som ”Drowning in the Sea of Advice (Belamarich et al. 2007).

5.4. Koplingen mellom Evidence Based Medicine (EBM), Evidence Based Health Care (EBHC) og Evidence Based Management (EBMAN).

Utgangspunktet for dette avsnittet er en gjennomgåelse av utvalgt litteratur om behovet for, fremveksten av og iverksettingsproblemene forbundet med ”evidens-basert management” (EBMAN) – avgrenset til helsesektoren. Utgangspunktet for gjennomgåelsen er at det nå synes som om man opplever en bølge av argumenter for etablering av vitenskapsbaserte beslutningsgrunnlag i styring og ledelse av helsearbeid på alle nivå: fra avdelingsledelse til politisk-strategiske beslutninger på nasjonalt og internasjonalt nivå. Vi skal her kort redegjøre for hovedargumentene for denne utviklingen, og deretter drøfte noen problemstillinger som har sammenheng med egenskaper ved kunnskapsgrunnlag og iverksettingsproblem EBMAN kjennetegnes ved.

Relevansen av EBMAN for etablering og videreutvikling av prosessbaserte virksomhetsmodeller er åpenbar: Slike modeller forutsettes å integrere strategiske, overordnede beslutninger (for eksempel om prioriteringer av ulike pasient- eller diagnosegrupper), ledelse i kliniske beslutningssituasjoner (for eksempel i avdelinger), og de relativt detaljerte foreskrevne beslutningsforløp for klinisk praksis som behandlingslinjer representerer. Selv om en i

prosessbaserte virksomhetsmodeller vil kunne identifisere ledelsesbeslutninger som ”støtteprosesser” i forhold til kliniske ”kjerneprosesser”, er det en nær sammenheng mellom slike beslutninger, og i praksis vil de som oftest være nært forbundet med hverandre i tid og rom. Ikke minst vil den norske tradisjonen med faglig ledelse på klinikken innebære at kliniske og administrative beslutninger er sterkt sammenkoplet. Noen av de formene evidens-basert medisin antar, for eksempel ”managed care”, henviser da også eksplisitt til kopleing mellom kliniske og administrative ledelsesbeslutninger. Etablering av behandlingslinjer er også et ledd i total kvalitetsutvikling, som nettopp presenteres (også) som et lederansvar (SHD 1998).

“Evidence-based management” means translating principles based on best evidence into organizational practices” (Rousseau 2005, s. 256). Argumenasjonen for å etablere EBMAN likner til forveklingsargumentene for EBM: *“Through evidence-based management, practicing managers develop into experts who make organizational decisions informed by social science and organizational research – part of the zeitgeist moving professional decisions away from personal preference and unsystematic experience toward those based on the best available scientific evidence”* (ibid). Den viktigste inspirasjonskilden for å etablere EBMAN er EBM, som fremstår som en modell for etterlikning, og vi skal her diskutere tre forhold knyttet til litteraturgjennomgåelsen om dette: Det første dreier seg om *hvorfor* man har etterstrebet en slik etterlikning av erfaringene med EBM. Det andre dreier seg om hvordan argumentene om ulikheter mellom *kunnskapsgrunnlag* i EBM og EBMAN blir fremstilt. Det tredje dreier seg om hvordan en, til tross for erkjennelsen av at organisasjons- og ledelsesfag er eksempler på komplekse, heterogene og usikre kunnskapsgrunnlag, mener man kan etablere *evidens-basert management*. Som grunnlag for denne gjennomgåelsen skal vi ta utgangspunkt i tre artikler som svarer på disse spørsmålene på ulik måte. Den

første er skrevet av Denise Rousseau, tidligere president i Academy of Management i USA, med tittel: *"Is there such a thing as "Evidence-Based Management?"* (Rousseau 2005). Den andre er en artikkel av Kieran Walshe og Thomas Rundall; *"Evidence-based Management: From Theory to Practice in Health Care"* (2001). Rundall er direktør ved Center of Health Management Research, et konsortium av statlige institusjoner og universiteter i USA som har som formål å foreta reviews av forskning om organisering og ledelse i den amerikanske helsesektoren. Den tredje er en kritisk artikkel av to britiske forskere, Mark Learmont og Nancy Harding: *"Evidence-based Management: The Very Idea"* (2006).

De tre artiklene reflekterer alle de synspunktene på EBMAN som er skissert foran: At det dreier seg om å etablere et vitenskapsbasert kunnskapsgrunnlag for de beslutninger ledelsen skal ta, og at modellen for å skape EBMAN er utviklingen av EBM. De to artiklene som argumenterer for en slik utvikling har også til felles at de oppfatter EBM som vellykket, i den forstand at det har endret, eller "revolusjonert" som det heter, det kliniske arbeidet. Selv om EBM er av relativt ny dato, der utviklingen særlig tok fart på 1990-tallet, kan en allerede konstatere at: *"Medicine is a success story as the first domain to institutionalize evidence-based practice"* (Rousseau s. 258). I forhold til medisin, er derfor "management" et tilbakeliggende område, der beslutninger tas på grunnlag av følelser, tilfeldigheter og lokale erfaringer i stedet for på et vitenskapelig kunnskapsgrunnlag: *"(If you are wondering what physicians did before, the answer is what managers are doing now, but without medicine's added advantages from common professional training and malpractice sanctions"* (ibid).

Rousseau beskriver kunnskapsbasen for EBM knyttet til blant annet følgende egenskaper: Læring om årsaks-virknings-forhold i profesjonelt arbeid, å

isolering av effekter som skaper bestemte resultat, etablering av en kultur som fremmer evidensbasert kunnskap og å legge til rette for innhenting og systematisering av evidensbasert kunnskap. Argumentene for at det nå er viktig å utvikle EBMAN er for det første at organisasjons- og ledelseskunnskap nå har utviklet seg fra "Liten e-kunnskap" til "Stor E-kunnskap" – dvs. at en nå har etablert vitenskapelig basert generalisert kunnskap (Stor-E) om årsaks-virknings-forhold, i tillegg til lokal og kontekstuell kunnskap (Liten-e) som en tidligere har etablert. Videre er det nå også et generalisert kunnskapsgrunnlag innenfor organisasjons- og ledelsesfag om hvordan beslutninger kan effektivt iverksettes. Det argumenteres også for at ledere nå er bedre formelt utdannet, og derved har bedre forutsetninger for å kunne anvende forskningsbasert kunnskap, dersom rammebetingelsene legges til rette for det. Problemet er at "*...managers tend to work in settings that make valid learning difficult*" (ibid s. 261). Samtidig er moderne organisasjoner mer opptatt av å legge til rette for slik læring.

På samme måte som en begrunner hvorfor klinikere ikke benytter EBM, hevder Rousseau at ledere ikke benytter EBMAN dels fordi ledelse oppfattes som "en kunst". Men det pekes også på at fordi ledelse skiller seg fra klinisk arbeid ved ikke å være identifisert med en bestemt (management-)profesjon, og at mange oppfatter utøvelse av ledelse som det som betegnes som "the uniqueness paradox", dvs. at det er lokale og kontekstuelle kunnskaper som teller når en skal foreta ledelsesbeslutninger. Til tross for ulikheter i kunnskapsgrunnlag, trekk ved oppgavene og organisasjonskontekst, hevder likevel Rousseau at EBMAN gir store konkurransefortrinn for de organisasjonene som benytter en slik tilnærming: "*The promises of evidence-based management are manifold. It affords higher-quality managerial decisions that are better implemented, and it yields outcomes more in line with organizational goals. Those who use evidence*

(E and e) and learn to use it well have comparative advantage over their less competent counterparts” (ibid s. 267).

I likhet med Rousseau, men mer systematisk og eksplisitt, argumenterer Walshe og Rundall (2006) for at EBMAN er en del av den ekspansjonen evidensbasert praksis har opplevd etter at EBM har vist seg å være en suksess. Også de legger vekt på at EBMAN vil kunne bidra til å redusere variasjon og øke kvalitet i beslutningstaking i helsesektoren, ved å redusere gapet mellom vitenskapsbasert kunnskap og praksis. På samme måte som med hensyn til EBM, vil det være viktig å øke kvaliteten på ledelsesbeslutninger for å unngå overforbruk, underforbruk og misbruk av helsetjenester. ”Evidence based health care” er enkelt sagt en måte å oppnå disse tre resultatene, gjennom å benytte randomiserte meta-studier for å etablere et vitenskapsbasert kunnskapsgrunnlag, og EB ”health care” synes å innbefatte sammenkopling av klinisk (EBM) og ledelsesmessige (EBMAN) vitenskapsforankrede beslutninger. Som vist foran hevder forfatterne at det nå foregår et paradigmeskifte i tråd med prinsippene i EBHC.

For EBMAN fremstår EBM som en idealmodeell som en bør bestrebe seg på å etterlikne innenfor ledelse i sektoren, noe som fremstår som et dobbelt paradoks i artikkelen: På den ene siden argumenteres det for at EBM har fordeler knyttet til en sikrere vitenskapelig kunnskapsbase enn det organisasjons- og ledelsesfag har. Til tross for dette mer konsistente og entydige kunnskapsgrunnlag som en hevder er etablert i EBM, lider EBM av at *”its recent rise seems not to yet have had much effect on everyday clinical practice”* (Walshe og Rundall s. 434). Forfatterne legger likevel vekt på at det er enda vanskeligere å overkomme *”the research-practice gap”* når det gjelder EBMAN, og gir en detaljert beskrivelse av de faktorene knyttet til større grad av kompleksitet, heterogenitet og manglende systematiserte dokumentasjonssystemer innefor EBMAN, som skulle tilsi at det

vil bli enda vanskeligere å overkomme dette ”gapet” her. Problemene med å etablere et vitenskapelig og generisk kunnskapsgrunnlag for ledelsesbeslutninger overses likevel i neste omgang; her viser forfatterne eksempler på overforbruk, underforbruk og misbruk i organisasjon og ledelse i helsesektoren som presenteres som evidensbasert kunnskap, men som åpenbart er kontekstavhengig. Som evidensbasert dokumentasjon av ”overforbruk” nevnes for eksempel organisatoriske sammenslåinger som en måte å oppnå økt kvalitet på tjenester eller kostnadseffektivisering av pasientbehandling, og at en etablerer for mange styringsinstrumenter knyttet til måling av pasienttilfredshet. Som eksempler på ”underforbruk” nevnes bruk av leger til å utføre administrative rutineoppgaver andre helseprofesjoner kunne utføre, og bruk av moderne prinsipper for arbeidsorganisering i forhold til oppgaver med høyt volum (her tenkes åpenbart på anvendelse av prinsipper som ”lean production” og masseproduksjonssystemer). Som eksempler på ”misbruk” nevnes bruk av lokalsamfunnsbasert behandling (eksemplet er ”hospital at home”) som et alternativ til sykehustjenester, at klinikere involveres i ledelse og strukturering av kliniske/tjenesteytende enheter, og misbruk av TQM-strategier.

Det skal liten fantasi til for å hevde at dette er kontroversielle påstander, som vanskelig kan hevdes å bli bekreftet av skandinavisk forskning på organisasjon og ledelse i helsesektoren (jf. resultatene fra ATM- og FLOS-prosjektene om reformene i norsk og dansk sykehusvesen, Byrkjeflot et al. 2006, Krag Jespersen et al. 2005).

Det som er felles for de artiklene som argumenterer for etablering av EBMAN, er at de både fremstiller EBM som en suksesshistorie til etterfølgelse, og at de overser de argumentene de selv fremfører om ulikheter i kunnskapsgrunnlag mellom naturvitenskap/medisin og samfunnsvitenskap/organisasjons- og ledelsesfag. For å etablere EBMAN må en, hevdes det, endre ledelseskulturen

til å bli mer åpen for forskningsbasert kunnskap, en må undervise eller rekruttere ledere som har bedre kompetanse og trening i å forstå og anvende slik kunnskap, problemstillinger i forskningen må bli mer praksisnære, og en må endre formidlingen av organisasjons- og ledelsesforskning slik at den blir enklere å lese, med mer entydige fremstillinger av resultater (Walshe og Rundall 2001, Rousseau 2005, Chan et al. 2004, Pfeffer og Sutton 2006).

Disse fremstillingene står i klar kontrast til kritiske perspektiver på mulighetene for å etablere, og implikasjonene av å legge til grunn, EBMAN i helse- og sosialsektoren (eller mer generelt i organisasjoner). Her er det en oppfatning om at ideen om at en kan etterlikne EBM både bygger på en misoppfatning av kunnskapsgrunnlaget for de to: *"We suggest that the current approach..."* (det vil si "EBMAN") *"... broadly informed by evidence-based health care, is misguided given the deeply contested nature of "evidence" within the discipline of management studies"* (Learmont og Harding 2006). De hevder samtidig at EBMAN vil fremme en ytterligere anvendelse av "managerialism" – det vi kanskje vil betegne som "New Public Management" i organisering og ledelse i helsesektoren.

Denne kritikken baseres i hovedsak på en diskusjon av det vitenskapsteoretiske fundamentet for evidensbasert kunnskap. Her hevdes det at randomiserte meta-studier, og en prosess der studieobjektet avgrenses og isoleres for å etablere en kvasi-eksperimentell ("laboratorium") situasjon, ikke lar seg gjennomføre i forhold til organisasjons- og ledelsesfag på en troverdig måte. Organisasjons- og ledelsesforskning vil ikke, slik tilfellet er for naturvitenskapelig/medisinsk forskning fremstå som "nøytral" uavhengig av vurderinger, følelser og interesser for relevante aktører. (Vi sier her "fremstå" fordi heller ikke naturvitenskapelig/medisinsk forskning kan dreneres for slike hensyn). Det er derfor irrelevant å hevde at samfunnsvitenskap, på samme måte som en har en

tendens til å hevde i forhold til for eksempel psykiatri, at dette er ”umoden” vitenskap, og derved implisitt mene at etter hvert vil kunnskapen ”modnes” til normalvitenskap, slik Kuhn (1962) beskriver.

5.5. Avsluttende kommentar.

Et hovedinntrykk fra litteraturgjennomgåelsen er at det fremstår som et paradoks at vektleggingen av evidensbasert kunnskap på global basis er på offensiven, til tross for den massive kritikken som presenteres – både basert på vitenskapsteoretiske argumenter og empiriske studier av anvendelsen i praksis. Dette inntrykket er i seg selv interessant å studere nærmere. Samtidig kan det synes som om det nå skjer en tilpasning og modifisering av de prosessbaserte styringsmodellene slik at en til en viss grad tar hensyn til noen av de kritiske argumentene som er fremført.

Uten å gå nærmere inn på det her, vil vi peke på et par viktige grunner til at evidensbasert kunnskap får gjennomslag i det moderne helsevesen. Den første er at evidensbasert kunnskap innebærer at faglig-profesjonell kunnskap og erfaring legges til grunn for utøvelse av helsearbeid, og at denne kunnsklapen er systematisert og formalisert. Dette gjelder i særlig grad vitenskapelig evidens, som derved bidrar til (ytterligere) å legitimere kunnskapsgrunnlaget for bestemte faglige perspektiver i helsetjenesten. Selv om det ikke uten videre kan hevdes at evidensbasert kunnskap styrker reduksjonistiske og naturvitenskapelig funderte medisinske paradigmer, er evidensbasert kunnskap gjennom sin oppsplitting i deelelementer grunnleggende sett kompatibel med slike faglige tilnærminger til helseproblemer og sykdom. Det andre er behovet for politisk og administrativ styrbarhet. Gjennom å formalisere og eksplisere kunnskapsgrunnlag blir faglig-profesjonelt arbeid mer transparent, og det vil også være mulig å tilrettelegge for, rasjonalisere og strukturere kompetansesystemer med utgangspunkt i den kunnskapen som ”gjelder” på ulike fagfelt.

Disse momentene innebærer imidlertid også at introduksjonen av evidensbasert kunnskap er kontroversiell, både vitenskapsteoretisk og i forhold til styrbarhet (Ekeland 2004, Folgerø Johansen 2005). Tor-Johan Ekeland (2003) argumenterer for at psykiatri er et av de kliniske feltene hvor evidensbasert behandling er spesielt problematisk, og peker særlig på problemer knyttet til etablering av diagnoser. Det er særlig tre utviklingstrekk som har gitt problematiske effekter; samspillet mellom ytre sosiale mekanismer som spiller inn på oppfatninger om patologi, effektivitetslogikk og standardiseringsinsentiver som presser fram kvantifiserbar behandling og indre mekanismer i psykiatriprofesjonen som går på å etablere vitenskapelig legitimitet (s. 57).

Ifølge Ekeland er det disse kreftene som har hatt definisjonsmakten over psykiatriske diagnoser de senere årene, noe som har ført til en utvikling mot mer standardiserte, kvantifiserbare og evidensbaserte former for diagnostisering og behandling. Kunnskapsgrunnlaget i psykiatrien er med andre ord i stor grad en sosial konstruksjon som holder ved like den diskurs som den bygger på.

Det er derfor fare for at diagnosebaserte standardiserte behandlingsopplegg kan frata pasientens sin rolle som ansvarlig subjekt og snarere bli et objekt for ferdige behandlingsoppskrifter som samtidig fritar behandlerne fra reelt ansvar.

Når det gjelder styrbarhet vil anvendelse av evidensbasert kunnskap være kompatibel med målstyringsprinsipper, som gjennomsyrrer det moderne helsevesen. Her vil mulighetene for å operasjonalisere faglig-profesjonelt arbeid (som ofte er blitt fremstilt som ”kunst” og ”fingerspiztengefü”, særlig i forhold til utøvelse av legearbeid) øke gjennom eksplisering av kunnskapsgrunnlaget. Som vi skal komme tilbake til avslutningsvis, er nettopp denne kombinasjonen av faglig-profesjonelle hensyn og politisk-administrativ styrbarhet en viktig

grunn til at prosessbaserte virksomhetsmodeller vil anatas å spille en større rolle i helsearbeid i fremtiden.

Kapittel 6.

Utfordringen: ”The Research - Practice Gap”.

“Between the health care we have and the care we could have lies not just a gap, but a chasm” (US. Institute of Medicine 2001).

6.1. Innledning.

En rekke artikler tar opp utfordringene for iverksetting, noen i forhold til spesifikke diagnoser eller pasientgrupper, eller som casestudier fra enkeltinstitusjoner, mens andre drøfter de generelle problemene med ”the research-practice gap”. Artikkene kan atskilles også med hensyn til normative tilnærminger, noen er opptatt av å kople forklaringer på iverksettingsproblemet til strategier for å overkomme det, mens andre mener at problemene reflekterer et skisma i kunnskapssyn som innebærer at ideen om EBM/EBHC/EBMAN må forkastes mer generelt.

Et påfallende trekk er at mye av litteraturen reflekterer en ambivalens i forhold til dette. Det gjelder for eksempel Timmermans og Berg, som etter å ha analysert problemene med EBM og mer generelt ”standardiseringsbølgen” i helsesektoren i siste kapittel lanserer en rekke forslag til hvordan en skal skape en ”realistisk” tilnærming for mer effektiv iverksetting (Timmermans og Berg ss. 195 – 216). På samme måte er flere artikler om EBMAN preget av en ambivalens mellom kunnskapsteoretiske argumenter som taler mot mulighetene for å etablere evidensbasert ledelse, men som likevel lanserer en rekke forslag til hvordan slik ledelse kan iverksettes og forbedres (Walshe og Rundall 2001, Rousseau 2005, Chan et al. 2004, Pfeffer og Sutton 2006, Ramanujam og Rousseau 2006).

De artiklene som er avgrenset til diagnose-/pasientgrupper omhandler bl.a. schizofreni, (Jones 2000), psykiske lidelser (Deane et al. 2006), kroniske sykdommer (Wagner et al. 2005), barnemishandling (Bauman et al. 2006), pediatri (Belamarich et al. 2006), primærhelsetjeneste (May et al. 2006). Særlig interessant for våre formål har dessuten vært sammenliknende studier av ulike diagnoser/pasientgrupper (for eksempel Wood og Ferlie 2003, Scheuer 2003, Finanger og Sletvold 2006).

6.2 Hvorfor er det så stort skille mellom kunnskap og iverksetting?

I den evidensrelaterede litteraturen trekkes det ofte fram i hvor liten grad evidens legges til grunn for behandling. Haynes et al. (2004) peker på en global tendens til at iverksetting av kostnadseffektive og behandlingmessig effektive tiltak i stor grad mislykkes. De trekker fram studier gjort i USA som viser at ca. 30 – 50 % av pasientene ikke får tilgang på behandling som er begrunnet i evidensbasert kunnskap, at dette også skjer i forhold til primærhelsetjenesten, og i enda større grad i fattige enn i rike land.

I artikkelen argumenterer Haynes et al. for at forbedret utdanning, atferd, finansiering, organisatoriske og reguleringsmekanismer kan benyttes for å bedre både organisatoriske rammebetingelser og profesjonell praksis i forhold til å etterleve de kravene EBM/EBHC stiller.

Artikkelen systematiserer grunner for manglende iverksetting på ulike nivåer: helsesektorens organisering og finansiering, praktiske forhold (mangel på tid, dårlige informasjons- og dokumentasjonssystemer), utdanningssystemet (manglende fokus på EBM i pensum, manglende videreutdanning i feltet), de sosiale omgivelser (media, moter), politiske omgivelser (ideologiske oppfatninger som kontradikterer evidensbasert kunnskap, kortsiktighet),

praktikernes manglende engasjement og forståelse, pasientenes krav som peker mot ineffektive behandlingsformer, og kulturelle særtrekk.

Muir Gray (2001) konsentrerer seg om ulike aspekter ved EBHC, og er primært å anse som en oppskriftsbok om "how to do it". Likevel uttrykkes det innledningsvis bekymring om iverksettingen av kunnskap til praksis. Boka hevdes å ha et hovedfokus på implementering av EBM/EBHC, men her er det utelukkende beskrivelse av de rasjonelle prosesser som skaper slik implementering, uten at en kopler iversettingsproblemene med egenskaper ved politikken, kunnskapen eller instrumentene, og uten at en nevner hvilke faktorer ved det kliniske arbeidet som kan redusere problemene med iverksetting i praksis. Det henvises også til at Cochrane har etablert en egen gruppe for å systematisere erfaringer med ulike strategier for å omsette "teori til praksis" – kalt "The Cochrane Effective Practice and Organization of Care (EPOC) Group" (Muir Gray, Appendix V, s. 424). Også dette er en oppskriftssamling basert på systematiske erfaringer med vellykkede tiltak for å overkomme "the research-practice gap".

En beskrivelse av utfordringene for implementering av behandlingslinjer gis av Timmermans og Berg (2003). De hevder at "... *if we evaluate how clinical guidelines render actual behaviour uniform in the way intended by their designers, these instruments have a diminishing rate of return. The general suspicion is that "guidelines" do little to change practice behaviour..... most of the available research confirms this hypothesis.*" (s.94). De hevder også at selv om det innledningsvis kan observeres endret atferd i tråd med intensjonene i retningslinjene, er det generelle inntrykket at dette ikke varer ved – det de betegner som "*the fatigue effect*" (s. 95). Og, for ytterligere å understreke dette poenget, siterer de en uttallelse fra to kirturger, som hevder at "*The most certain*

statement concerning such guidelines is that physicians do not use them” (bid, s 95).

Flere av case-studiene beskriver mislykkede iverksettingsprosesser knyttet til prosjekter som introduserer behandlingslinjer på avdelings-/ klinikknivå. Jones (2000) beskriver hvordan et slikt prosjekt strandet på grunn av endringer i rammebetingelsene gjennom omstillinger og omorganiseringer, og på grunn av stor gjennomtrekk blant fagpersonalet. Han viser samtidig hvordan disse endringene medførte lav arbeidsmoral og engasjement i prosjektet, og hvordan selve behandlingslinjen brøt sammen fordi man tillot inntak av pasienter og behandlingsforløp som stred imot de retningslinjene som var streket opp. Deane et al. (2006) viser at til tross for sterk politisk og administrativ støtte, og entusiastisk respons på opplæringen i bruken av behandlingslinjer blant personalet, var anvendelsesgraden i praksis lav.

Implisitt gis det i disse artiklene ikke bare en identifikasjon av grunnene til manglende iverksetting, og en ”rasjonell” – dvs. forskningsbasert liste over anbefalinger for å bedre iverksettingspraksis. I tillegg presenteres tiltak som forutsetter og etterspør klarere politiske prioriteringer, bedre forskning om iverksetting, syntetisering av evidensbasert kunnskap, politiske mål basert på evidensbasert kunnskap, større fokus på iverksetting og evaluering av helsepolitikken (Haynes et al. s. 775).

6.3 Hva vet vi om resultatene – systematiske gjennomganger.

En systematisk gjennomgang av resultater (”outcomes”) av EBP retningslinjer (Bahtsevani et al. 2004) kan illustrere problemene med å evaluere iverksetting av kliniske retningslinjer: Av 305 studier som ble gjennomgått, ble bare 8 inkludert i analysen. Dette skyldtes bl.a. at mange av de beskrevne prosjektene mislyktes, eller ikke frembragte data som kunne anvendes i forhold til kriteriene

for review. Til tross for dette peker forfatterne på at: *Because the included studies are heterogeneous in design, focus of research area, and scientific quality, the scientific foundation for the findings is weak*” (Bathsevani et al. 2004, s. 427). Forfatterne beskriver studier der en kan konstatere at selv om en til en viss grad oppnår redusert variasjon i behandling av bestemte diagnoser, er mangel på kunnskap (om behandlingslinjene), mangel på ekspertise og ressurser til å gjennomføre endringene, pasientenes vilje til å følge opp, og mangel på motivasjon blant de ansatte viktige hindringer for å endre praksis i tråd med intensjonene for introdusering av behandlingslinjene.

Inntrykket av at årsakssammenhengene på feltet er relativt uoversiktlige forsterkes av Shojanja og Grimshaws state-of-the-art artikkel ”*Evidence-Based Quality Improvement: The State of the Science* basert på en omfattende gjennomgang av implementeringslitteratur. De skiller mellom fire faser i utviklingen av strategier for implementering av EBM. I den første fasen, hevder de, forutsatte man at helsearbeidere ville velge de beste evidensene, på grunnlag av en kritisk sans til den store evidensbaserte informasjonsflyten. De kaller denne strategien passiv diffusjon.

I neste fase satte man fokus på å utvikle mer systematiske kvalitetsvurderinger av evidensgrunnlaget. Tiltakene hadde liten virkning fordi man fortsatt baserte seg på passiv diffusjon. I tillegg var det logistiske og finansielle barrierer og institusjonell motstand i form av forsvar av autonomi som for eksempel kunne ta form som uenighet om innholdet i retningslinjene.

Den tredje fasen tok utgangspunkt i kvalitetsforbedringsprogrammer hentet fra næringslivet, som total kvalitetsledelse og liknende. De skuffende resultatene skyldtes ifølge Shojanja og Grimshaw først og fremst at kvalitetsprogrammene

ikke var godt nok utformet, særlig i forhold til det strenge dokumentasjonsklimaet som er i helsesektoren.

I den fasen vi er inne i nå, den fjerde, har man beveget seg fra inkrementelle kvalitetsprogrammer til mer gjennomgripende programmer for reengineering. Men disse har heller ikke tatt høyde for mange av de mest grunnleggende barrierene for implementering. Det er i deres øyne fire faktorer hvor litteraturen viser at programmene har vært mangelfulle:

- For det første har man ikke tatt høyde for strukturelle barrierer som finansielle disinsentiver og skjevheter i sammensetningen av kompetanse og utstyr (s. 141).
- For det andre mangler det strategier for å overvinne institusjonaliserte praksiser som er utviklet lokalt uten direkte basis i evidens (Ibid).
- Den tredje faktoren er manglende strategier for å overvinne motstand fra profesjonsnivå når profesjonsgrupper har kompetanse og kunnskap som ikke samsvarer med evidensgrunlaget eller når det er utviklet en holdning om at guidelines ikke samsvarer med virkeligheten (Ibid).

I tillegg har man ikke utviklet strategier for å regulere pasientmedvirkning, noe som kan bli et problem når pasienter/pårørende ønsker behandling som ikke har støtte i evidensgrunlaget, eller velger å ikke følge anbefalt behandling (Ibid).

Men selv om Shojanja og Grimshaws studie belyser omfattende mangler er deres konklusjon at man ikke bør avvise reengineering som sådan, men snarere møte disse utfordringene innenfor en ramme hvor reengineering står sentralt.

De trekker fram konklusjonene som er trukket i tre state-of-the-art artikler i deres litteraturutvalg (s. 143-145):

- Det finnes ikke enkle svar, de beste resultatene er oppnådd ved hjelp av flere strategier, helst aktive.
- Det finnes ikke enkle svar, flere strategier bør brukes, helst brukerorienterte.
- Moderate forbedringer er oppnådd, liten forskjell på multifasetterte og enkeltstående strategier, og passiv kunnskapsspredning hadde gjennomgående positive, men små, virkninger.

Det er med andre ord uklart hva som er ”virkestoffene” i strategiene, og det er indikasjoner på at virkningene også er relativt moderate. I tillegg antyder Shojanja og Grimshaw at virkningene av strategiene også kan være forskjellige for ulike pasientgrupper og diagnoser (145-146).

Denne uklarheten kan selvfølgelig komme av at årsakssammenhengene er mer kompliserte enn programmene tar høyde for. Men Shojanja og Grimshaw mener også at det kan skyldes metodiske forhold. De peker på at QI litteraturen preges av to metodiske problemer som er mindre i EBM-litteraturen: Evalueringer av tiltak mangler ofte dokumentasjon på et vitenskapelig nivå, og valget av hvilke tiltak som studeres har ikke et solid teoretisk utgangspunkt som gjør det mulig å forutse eller operasjonalisere suksess (s. 148).

En annen innfallsvinkel er å se på hvilke faktorer som faktisk har vært avgjørende for implementering. Walston, Kimberly & Burns foretar i *”Institutional and Economic Influences on the Adoption and Extensiveness of Managerial Innovation in Hospitals: The Case of Reengineering (2007)* en omfattende statistisk studie av ledelsesinnovasjon, i dette tilfellet reengineering,

ved 2.306 sykehus i USA. De finner for det første ”good neighbour” effekt – implementering på ett sykehus er lettere hvis andre sykehus i nærheten allerede har gjort det (s. 217). I tillegg er økonomiske faktorer relativt viktige; hardere konkurranse og høyere prisnivå korrelerer med dypere implementering. På et institusjonelt plan er et både usikkert etterspørselsbilde og sen implementering korrelert med lav grad av implementering (Ibid). Et annet forhold som synes å styrke implementeringsgraden er graden av integrering mellom leger og sykehus; jo tettere integrering jo enklere å takle forutsette kontekstuelle problemer.

Totalt sett ser det ut som om at det er de institusjonelle faktorene som er mest avgjørende, på tross av det sterke presset for å drive mer økonomisk effektivt, et forhold som også understøttes av annen forskning. Dette synet styrkes av de begrensede økonomiske effektene av reengineering. En konklusjon er at motivasjonen for mange sykehus ligger i hva andre sykehus har gjort, og at de sjeldent evaluerer effektene av reengineering eller andre innovasjoner innen ledelse systematisk. For dårlig implementering kan ha økonomiske konsekvenser, og det kan føre til at man får en anti-reform kultur (s. 218).

Det at institusjonelle krefter har en begrensende effekt på graden av implementering, ved at man bare kan produsere ufullstendige versjoner av reengineering betyr at ledelsen må ta høyde for dette i planleggingen. Man bør analysere hvilke mål man har for reformen og øke forståelsen for hvilke grep som er nødvendige for å oppnå målene, ikke bare følge en gitt oppskrift (s. 220).

Panella et al. (2003) har samlet resultatdata fra innføringen av behandlingslinjer ved seks sykehus i Italia. De ser på behandlingslinjer som et svar på strukturelt og lokalt nivå på spesifikke problemer og behandlingsbehov. Det element av

profesjonell konsensus som andre modeller ikke har gir i deres øyne behandlingslinjer større gjennomslagskraft enn andre modeller (s. 509).

Deres versjon av modellen består av elementer av både EBM-verktøy og business process re-engineering teknikker og er en prosess i ni trinn: 1: Målrettet søk etter utilfredsstillende forhold og resultater som kan rettes opp ved hjelp av behandlingslinjer. 2: Oppbygging av en tverrfaglig arbeidsgruppe. 3: Definerings av diagnoser. 4: Definerings av pasienter. 5: Gjennomgang av praksis og litteratur. 7: Iverksetting pilotprosjekt med behandlingslinjer. 8: Kontinuerlig evaluering. 9: Endelig implementering som ordinær praksis.

Behandlingslinjene ble bygget opp rundt fire pasientgrupper, men bare tre linjer ble etablert som ordinær praksis. Den ene ble skrinlagt p.g.a. motstand mot standardisering av et sammensatt felt (behandlingslinjen for slagpasienter).

De tre behandlingslinjene som ble satt ut i livet var rettet henholdsvis mot pasienter med brokk, pasienter med hjertestans og hoftepasienter. Totalbildet av resultatene var ifølge Panella et al. at behandlingslinjene hadde en gjennomgående positiv effekt på nesten alle kjerneprosessene, noe som ga seg utslag i minsket variasjon. De viste seg også egnet til gi bedre risikostyring. Men når behandlingslinjen for slagpasienter ble skrinlagt viste det tydelig hvordan standardisering og profesjonell autonomi kan komme i konflikt. Når tre av behandlingslinjene ble relativt vellykkede var også disse avhengige av en implementeringsprosess hvor den profesjonelle autonomien ble tatt hensyn til og hvor det utøvende helsepersonellet tok del i utformingen av behandlingslinjen (s. 515). Med hensyn til kostnadseffektivitet hadde ikke innføringen av behandlingslinjer noen betydelig effekt.

I dialogen med helsepersonellet kom det fram hvor viktig det var å kunne kvantifisere mål og evaluere resultater kontinuerlig, men dette forutsatte en godt utformet og strømlinjeformet informasjonsstruktur (Ibid).

Det var ikke anledning til å studere effekten av insentiver for oppfølging av nye rutiner i Panella et als studie. Dette kunne ha vært interessant, hevder de, sett i lys av at graden av involvering på alle nivåer fra helsepersonellens side var den viktigste forklaringen for at behandlingslinjene kunne lykkes. Der hvor involveringen ikke var tilstrekkelig ble behandlingslinjene oppfattet som et administrativt verktøy for kostnadseffektivitet, og mistet støtte fra helsepersonellet.

På en annen kant av feltet har Craven et al., på oppdrag fra Canadian Collaborative Mental Health Initiative (CCMHI), laget en oppsummering av erfaringene som presenteres i forskningslitteraturen på kollaborative modeller i psykiatrien. Denne oppsummeringen danner en del av grunnlaget for det charteret som CCMHI senere etablerte for sine medlemmer.

Craven et al. presenterer funn på to nivåer. For det første på et meta- eller metodenivå. For det andre presenterer de de erfaringer som får mest gjennomgående støtte i litteraturen. Det som står igjen etter gjennomgangen er en samling av best practices. Med hensyn til utviklingen av forskningsperspektiv viser litteratur-gjennomgangen at man har beveget seg bort fra rene deskriptive tilnærminger, mot økende grad av eksperimentelt vitenskapelig empirisk baserte, mer pasientorienterte og til slutt implementeringsorienterte tilnærminger til forskning på kollaborativ tjenesteyting i psykiatrien (s. 9S.). Et hovedfunn var at jo mer multifasetterte og komplekse studieobjektene var, jo vanskeligere var det å spore effekter tilbake

til bestemte elementer, og jo mindre generaliserbare var funnene. Craven et al. fant likevel grunnlag for å sette opp en liste med beste praksis veiledere:

- Samarbeidsrelasjoner mellom primærtjenesten og psykiatriske behandlingsinstanser oppstår ikke spontant, men krever tid, forberedelser og støttestrukturer.
- Dette gjelder også på systemnivå, og det er sannsynlig at skal man gjennomføre endringer må det skje gradvis.
- Det er fordelaktig både for brukere og for tjenesteytere at primærtjenesten og psykiatriske tjenester er samlokalisert.
- Selv om moderat eller høy grad av samarbeid samvarierte til en viss grad med gode behandlingsresultater var ikke denne tendensen entydig. Mange av de beste resultatene ble oppnådd selv med lav grad av samarbeid.
- Når kollaborative forhold ble koplet til instrumenter for beslutningsstøtte, som for eksempel en forskningsprotokoll eller behandlingslinjer, gir det vanligvis betydelig bedre resultater, forutsatt at de ikke er dårlig implementert.
- I noen av studiene hvor kollaborative ordninger var koplet med behandlingslinjer ble det vist forbedringer bare i enkelte pasientgrupper. Funnene gir for eksempel ikke noe grunnlag for å etterstrebe kollaborative intervensjoner med hensyn til pasienter med alvorlig depresjon.
- Et av de viktigste forholdene som kunne forklare gode resultater var i hvilken grad systematisk oppfølging var inkludert i studieprotokollen slik

at man kunne justere behandlingen for pasienter som oppfølgingen viste at ikke virket.

- I mange av de studiene som viste gode resultater hadde man brukt kollaborative ordninger for å sikre riktig medisiner. Selv om man ikke oppnådde mer riktig medisiner hadde ordningene i kraft av indirekte forhold en positiv effekt på de kliniske resultatene.
- Samarbeid har ikke alene bidratt til kunnskapsoverføring eller vedvarende endringer i primærhelsetjenestens kunnskap om eller behandling av depresjon. Det forutsetter omstruktureringstiltak som retter seg spesifikt mot å oppnå disse målene.
- Tilgang til opplæring om egen sykdom og behandling, helst gitt av andre enn primærhelsetjenesten, var en bestanddel i mange av de mest vellykkede studiene.
- Kollaborative tiltak som var finansiert av forskningsmidler kan være vanskelig å opprettholde når denne finansieringen opphører.
- Det kan være viktig å la pasienter få medbestemmelse i valget av behandlingsform – for eksempel om man vil gjennomføre psykoterapi heller enn å få medisiner.

Disse eksemplene på beste praksis belyser noe av problemet med å bruke dem: De er ofte ganske situasjonsspesifikke og det vil knytte seg varierende (ofte uviss) grad av usikkerhet om generaliserbarheten på tvers av organisasjoner og organisasjonsformer.

Totalbildet i lys av disse brede analysene av resultatdata fra iverksetting av prosessorienterte virksomhetsmodeller peker i retning av at modellene har varierende grad av effekt, at man i mange tilfeller har funnet fram til gode implementeringsmodeller, selv om det er nokså stor usikkerhet om hva som er ”virkestoffene” i de vellykkede løsningene.

6.3. Hvilke strategier for å redusere skillet blir lansert?

Deane et al. (2006): hevder at for at innovasjoner i helsesektoren skal være effektive og varige, må de være;

- koplet til gjeldende organisatoriske og individuelle mål, ha støtte fra ledelsen,
- i samsvar med eksisterende praksis og enkle å bruke,
- være kommunisert enkelt og presist (fordi det er konkurranse om oppmerksomhet og tid)
- ha tilstrekkelige ressurser til iverksettingsfasen
- bli akseptert av pasienter/brukerne.

Fielding og Briss (2006) diskuterer hvordan evidensbasert kunnskap kan bedre grunnlaget for politiske beslutninger, innenfor rammen av det vi har betegnet som Evidence Based Health Care (EBHC). De skiller mellom tre ulike nivåer i evidensbasert kunnskap for helsepolitiske beslutninger: Type 1-evidens dreier seg om kunnskap om grunnene til at helseproblemer oppstår, type 2-evidens viser hvilke typer kliniske intervensjoner eller politiske beslutninger som bør gjøres, mens type 3-evidens viser hvordan og under hvilke forhold intervensjoner eller politiske beslutninger ble iverksatt, og hvordan og i hvilken grad de bedret de forhold som var fokusert. Med dette som utgangspunkt argumenterer Fielding og Briss for at beslutningsgrunnlaget for helsepolitiske beslutninger må vitenskapeliggjøres, og at det eksisterer flere strategier for å oppnå dette: ”Health Impact Assessment” (HIA) i forhold til type 1, Systematiske

reviews i forhold til type 2, og en rekke ulike evalueringsinstrumenter i forhold til type 3.

Også Coopey et al. (2006) er opptatt av at det er behov for ”høykvalitetsforskning” om iverksetting av EBM/P. Som de foran nevnte forfatterne er de opptatt av systematiske evalueringer av iverksettingsprosessene, men her knyttet til en mer strukturert modell for ”evidens-syklusen” der en evaluerer egenskaper ved den aktuelle behandlingslinjen, basert på en rasjonalistisk og formalisert tilnærming. Denne tilnærmingen skjer gjennom 5 skritt: 1) en klargjøring av det vitenskapelige grunnlaget, 2) systematiske reviews som syntetisering av kunnskapsgrunnlaget, 3) en oversettelse av evidens til handlinger og instrumenter, 4) iverksetting av evidensbasert kunnskap til praksis, og 5) evaluering av effektivitet/outcomes.

Block (2004) argumenterer for at også de land som nå endrer sin helsepolitikk radikalt, slik tilfellet er for flere land i den tredje verden, har et behov for å basere sin helsepolitikk på forskningsbasert kunnskap.

Belamarich et al. (2006) viser hvordan informasjonmessig overbelastning gjør seg gjeldende i forhold til pediatri. Forfatterne gjennomgikk til sammen 344 uttalelser om pediatrik behandling gitt av the American Academy of Pediatrics, og identifiserte til sammen 57 ”policy statements” om pediatrik behandling, med til sammen 197 eksplisitte anbefalinger om behandlingsopplegg i form av retningslinjer som pediatere anbefales å følge. Forventingene om at legene skal følge disse anbefalingene er urealistiske, hevder de. Videre peker de på at ingen av uttalelsene eller retningslinjene inkluderte en evidensbasert diskusjon om effektiviteten av de anbefalte retningslinjene (evidensbasert evaluering av iverksettingsprosessene). De anbefaler derfor at man i fremtiden vurderer hensiktsmessigheten av hver enkelt nye retningslinje som anbefales, og at en

også sikrer at en evaluerer gjennomførbarheten av retningslinjer i tråd med forskningsbaserte metoder (Belamarich s. 965).

Ramanujam og Rousseau (2006) argumenterer for at kompleksiteten og dynamikken i helsesektoren krever at organisatoriske virkemidler må være i fokus dersom en skal kunne overkomme avstanden mellom forskningsbasert kunnskap og praksis. Her nevnes team, bedre kompetanse for ledere, klarere, mer entydige og eksplisitte mål, sterkere kontroll av pasientsikkerhet og bedre feedbacksystemer og re-design av organisasjonsenheter som virkemidler.

Stephen M. Shortell (2004) er mer konkret i sin argumentasjon for et mer helhetlig forskningsprogram hvor flere analysenivåer intergreres i letingen etter de gode løsningene. Shortells utgangspunkt er at verdi bør ses på som kvalitet relativ til kostnad. Når bare 55% av amerikanske pasienter får behandling som følger anbefalte behandlingsprosesser er det et stort potensial for å øke kvaliteten. Han viser til studier som viser at det tar 17 år før evidens assimileres som allmenn klinisk praksis (s. 13S). Gode helsetjenester er både en ledelsesutfordring og en klinisk utfordring. Men det ser ut til at det mangler koplinger mellom klinisk evidensbasert medisin og evidensbasert ledelse.

Shortell etterlyser et utvidet forskningsprogram som bedre kan kaste lys over virkningen av insentiver, organisasjonsformer og markedsdrevne faktorer på mikro og makronivå. Det vanlige har vært tilnærminger som tar utgangspunkt i bare ett nivå (for eksempel individ, gruppe/team, organisasjon eller samfunnspolitisk/omgivelser) (s 16S). Da faller mye av forklaringskraften og nytteverdien bort.

Han setter opp en tabell som viser hvordan ulike problemstillinger kan ha ulik relevans på forskjellige analysenivå:

Nivå	Studieobjekt		
	Insentiver	Kliniske/ledelsesmessige, Markedsfaktorer	organisasjonsordninger
Interorganisasjon/ politisk økonomi	D	D	D
Organisasjon	D	D	D
Gruppe/team	d	D	d
Individ	d	d	d

Hovedpoenget er at analysen av komplekse problemstillinger må ta hensyn til forskjellige sett av analysenivåer, ikke bare ett (Ibid s. 17S).

Shortell trekker i denne sammenhengen fram tre komplekse utfordringer som er spesielt interessante. Den første, og den mest sentrale, går på omorganisering av behandlingssystemer. Når man studerer behandlingssystemer som kombinerer evidensbasert medisin (EBM) og evidensbasert ledelse (EBMAN) er det viktig å vite noe om hva som påvirker forholdet, som for eksempel hvordan eksterne kvalitetsinsentiver påvirker omorganiseringen av behandlingssystemer, hvilke typer endringsmekanismer som er mest effektive under hvilke forutsetninger osv (s. 16-18).

Den andre utfordringen han trekker fram er hvordan man kan forbedre læring, innovasjon og kunnskapsoverføring i organisasjonen. I denne sammenhengen er det viktig å se på hvordan de sosiale båndene på ulike nivåer påvirker implementeringen av prosessorienterte virksomhetsmodeller. I nettverksteori brukes tre indikatorer som kan være nyttige: sentralitet, båndenes styrke og strukturelle hull (s. 21S).

Ved å se på sentralitet kan man si noe om hvilken posisjon en organisasjon har i et gitt nettverk og i hvilken grad den posisjonen gir resurser, prestisje, makt, autoritet og innflytelse (Ibid). Dette kan studeres i sammenheng med for eksempel hvem som er innovatører eller hvordan man kan gi målrettede finansielle insentiver til sentrale organisasjoner.

Ved å se på båndenes styrke kan man si noe om styrken og dybden i utvekslingen av informasjon, resurser, eller sosial støtte mellom organisasjoner. Da kan det være interessant å se på hvordan båndenes styrke påvirker implementering, hvordan finansielle insentiver kan styrke båndene, hvilke sterke bånd som påvirker endringsviljen i en organisasjon osv.

Et strukturelt hull betyr en situasjon hvor organisasjon A og B har en relasjon til C, men ikke til hverandre (ibid. s.22S). Slike hull kan blokkere spredningen av innovasjon, men samtidig gir de mulighet til at kontakt opprettes med klarere mål for utvekslingen. Det kan være interessant å se på hvordan strukturelle hull påvirkes av finansielle insentiver eller hvordan det påvirker måten leger kan bære kunnskap mellom organisasjoner (ibid. s. 23S).

Finansielle insentiver bør studeres på alle nivåer og ut fra hvilken virkning de har på omstillinger i behandlingsledelse. Man vet lite om hvordan finansielle

insentiver påvirker helsepersonnellets atferd i møtet med kvalitetsreformer. Det er mye fordi man bare har studert fenomenet på ett enkelt nivå av gangen.

I tillegg argumenterer Shortell for at man bør legge større vekt på tidsaspektet ved endrings- og implementeringsprosesser.

Et annet godt eksempel fra litteraturutvalget på en modell som retter seg mot forhold på flere analysenivåer er Bosse, Breuer, og Spies artikkel “*Why the resistance to changing guidelines – what are the challenges and how to meet them*”, fra 2005. Deres utgangspunkt er at behandlingslinjer, spesielt ved intensivavdelinger, kan være et viktig instrument for å øke behandlingskvaliteten, men at det på tross av et godt evidensgrunnlag er store hindringer for innføring av behandlingslinjer. I deres øyne er de største barrierene mangel på *kunnskap* om guidelines, manglende *enighet* mellom tjenesteytere, og manglende *evne* til å implementere behandlingslinjer (s. 380). Disse representerer et forbedringspotensial for kostnadseffektivitet som er større enn det evt. nye behandlingsformer vil kunne ha.

Bosse et al. hevder at det ikke finnes én løsning eller ett sett av løsninger, men at utfordringene må møtes ved hjelp av flere metoder, og disse på skreddersys med henblikk på hvor utfordringene ligger og hva som er den bakenforliggende årsaken.

De skiller mellom hindringer på tre hovednivåer for implementeringen av behandlingslinjer: Strukturelle, personlige og kontekstuelle hindringer:

Strukturelle hindringer kan være manglende resurstilgang, manglende organisasjonsmessige forutsetninger, manglende lederskap, og utilstrekkelig vitenskapelig grunnlag i evidensmaterialet.

Personlige barrierer kan være på et intellektuelt plan og variere fra uvitenhet om at guidelines finnes og manglende evne til å kritisk vurdere dem, til bevisst avvisning av evidensgrunnlaget eller av guidelines som organisasjonsløsning. Det kan handle om persepsjon, at man foretrekker å ikke følge guidelines på grunnlag av mangelfull informasjon. Det kan være snakk om psykologiske mekanismer som for eksempel endringsvegring av forskjellige grunner. Eller det kan være motivasjonsmessige hindringer i form av at man ikke aksepterer ekstra arbeidspress, eller at fordelene med den nye ordningen er skjevt fordelt.

Kontekstuelle hindringer kan være politiske, økonomiske, kulturelle eller sosiale. Politiske hindringer kan være knyttet til maktforhold mellom organisasjoner eller frykt for medisinsk-juridiske konsekvenser. Økonomiske hindringer kan være at implementering oppfattes som kostbart, at man opplever press fra legemiddelindustrien eller andre økonomiske disinsentiver. Kulturelle hindringer kan være at det stilles forventninger til handlingsmønstre. Sosiale hindringer kan være press internt i grupper/profesjoner mot å utøve yrket slik som de forutsetter, at medlemmene i et team ikke har de samme ambisjonene eller manglende selvtillit til å formidle nye guidelines. (s. 385)

For å kunne implementere er det nødvendig å vite på forhånd hva som skal til. For det første må det identifiseres erkjente problemer som ansatte føler med gjeldende organisasjonsstruktur. For det andre må man ha og formidle en klar modell for endringer som kan bøte på disse problemene (s. 386). For det tredje må man få oversikt over hva som er nødvendig å gjøre for å svare på innvendinger mot de enkelte endringsforslag (s. 387). Til slutt må man få oversikt over det totale bildet over motstanden mot endringer. Dette bildet må også kunne vise hva som er endringsvegring eller frykt for det ukjente og hva som er motstand på grunnlag av operative eller administrative hensyn (s. 388).

Svaret på utfordringene er ifølge Bosse et al. altså en flerfasettert strategi. Ett element kan være en bredt sammensatt arbeidsgruppe som utvikler og bygger legitimitet rundt et endringsforslag. Endringsforslaget bør lage realistiske forslag med grunnlag både i evidens og i en opparbeidet konsensusoppfatning (s. 388).

Gruppen utvikler et endringsforslag hvor nøkkelkomponentene er veldefinerte, som er basert på evidens og konsensus, som er utprøvd i praksis og tilpasset lokale behov, som er kompatibel med gjeldende rutiner uten å være for komplekse, som er presentert i et tilgjengelig format og som har troverdighet. Med utgangspunkt i denne planen identifiseres hindringene, som kan finnes på flere nivåer og være flerfasettete. Dermed kan man finne fram til målrettede tiltak for å bøte på spesifikke hindringer, øke motivasjonen, forståelsen og viljen til endring, forbedre faktisk praksis og til slutt internalisere endringene.

Før man implementerer planen må man se på hvordan strategier kan kombineres, definere kortsiktige og langsiktige mål, sammenstille arbeidsoppgaver og prosedyrer og sette opp en tidsplan.

Når planen iverksettes må den evalueres kontinuerlig. For hvert steg i endringsprosessen må man nyttegjøre seg feedback effekter: Utviklingen av endringsforslag kan bygges videre, nye hindringer kan inkluderes i analysen, nye former innfallsvinkler kan utvikles for å overvinne hindringer, planen som sådan kan forandres på, og man kan finne ut hvile mål som oppnås og hvilke som ikke oppnås (s.389).

Når det gjelder intervensjonsstrategiene for å overvinne hindringer skiller Bosse et al. mellom fire typer (hentet fra Måkelå og Thorsen, 1999): Den første er kunnskapsrettede tiltak som konferanser og lokale konsensusprosesser i utredningsfasen, påminnelser i endringsfasen og bruk av fokusgrupper i

evalueringsfasen osv. Den andre typen er finansielle tiltak og ulike insentiver til å følge opp endringer osv. Den tredje typen er organisasjonmessige tiltak som kan spenne fra strukturell intervensjon, fasilitetsutvikling, telemedisin, journalføring, tiltak rettet mot de ansatte, case management, pasient-orientert intervensjon, miltidiplinære team, gruppeaktiviteter osv. Den fjerde typen tiltak går på reguleringer og direktiver for forandringer i ansvarsstruktur, klagebehandling, lisensering osv (s. 391).

Et viktig sluttpoeng er at man må utvikle et evalueringssystem som er i stand til å veie forskjellige typer måloppnåelse opp mot hverandre for å kunne få et klart bilde av hva organisasjonen har fått til og hvor veien videre går (s. 392). Deres hovedargument er at hvis man får oversikt over barrierene for implementering, vil man kunne skreddersy løsninger i implementeringsfasen uten å kompromittere selve behandlingslinje-designet.

Alexander et al. (2003) presenterer en studie av hvordan en pediatrik avdeling ved et sykehus i Arizona, USA taklet kombinasjonen av sterk vekst i behandlingsoppgaver samtidig med omlegging til behandlingslinjer og kvalitetsprogram. Den viser i deres øyne at omlegging kan skje også med endrete ytre forutsetninger og parallelt med sterk vekst. Ved å involvere helsepersonellet i omleggingen gjorde organisasjonsreformene det lettere å takle det økte presset. Samtidig ble det økte presset en motiverende faktor for å utvikle seg i retning av mer tverrfaglighet, mer data-drevet og evidensbasert behandling.

Springer et al. presenterer i ”*Enhancing Evidence-based Practice Through Collaboration*” (2006) resultatene av en studie av synergieffekter mellom sykehus og universitet. De oppfatter evidensbasert praksis som den nye gullstandarden i sykepleien, hvor sykepleiere baserer sine kliniske beslutninger

på det beste evidensgrunnlaget, egen klinisk ekspertise og på pasientenes preferanser (s 534).

En utfordring er å øke sykepleieres kompetanse i møte med en omfattende evidenslitteratur, kompetanse til å vurdere relevans og evne til å omsette evidens til praksis. Dette er ofte for tidkrevende til å passe inn i arbeidsdagen for de fleste sykepleiere. To typer strategier er utformet for å møte denne utfordringen; den ene er å bruke egne instanser med spisskompetanse, en annen er en kollaborativ modell hvor deltakerne er aktivt involvert i hverandres arbeidsprosesser, på frivillig basis, med gjensidig evaluering, felles mål, delt ansvar og delte resurser.

Med utgangspunkt i disse observasjonene gjorde Springer et al. en studie en kollaborativ modell opprettet mellom et universitet og en rekke sykehus i Idaho, USA. Målet var å intensivere forskningen ved universitetet på den ene siden, og å samordne og styrke bruken av evidens ved sykehusene på den andre. Ett viktig vikemiddel var felles ansettelse. Etter to år har man gjort seg en rekke viktige erfaringer. For det første at man kan bruke kontrakter for å gi samarbeidet mer formell karakter, at man bør møtes ofte for å sikre seg at alle parter får mest mulig ut av samarbeidet, at hovedfokuset må være på samarbeidet, ikke på enkelte prosjekter, og at man dokumenterer og er åpne om de prosesser som foregår internt i organisasjonen.

Det finnes også eksempler på analyser av implementering som er løsrevet fra de organisasjonsteoretiske perspektiver som programmene selv bygger på. Et eksempel er John Damm Scheuers *”Patientforløb i Praksis – En analyse av en idé’s oversettelse i mødet med praksis”* fra 2003.

Scheuers målsetning er å ”studere mødet imellem patientforløbsidéen og den lokal kliniske praksis i to forskjellige lokale kontekster som oversættelsesprocesser” (s. 17). Hans utgangspunkt er en semiotisk aktør-nettverksorientert modell hvor oversettelser ses på som episodiske og unike prosesser som bare kan analyseres retrospektivt. Hovedfokuset er på hvem som er aktive i introduseringsperioden for nye organisasjonsidéer og hvilke elementer i organisasjonen og i omgivelsene som anses som relevante for utformingen og implementeringen av nye organisasjonsmodeller.

Han innleder med en sammenlikning av innføringen av den originale critical pathways-idéen ved New England Medical Center i Boston med innføringen av pasientforløpsmodell ved Rigshospitalet og ved Fredriksbergs Hospital i København, som han selv hadde ansvaret for å utforme. Denne sammenlikningen kan kaste lys over hvorvidt man kan snakke om at idéen har reist fra Boston til København. De tre oversettelsene hadde det til felles at det ”fokuseres på patientens forløb som det centrale” (s. 79), at pasientforløpene oversettes til en metode for bedre resursutnyttelse, høyere kvalitet i behandlingen og kontinuitet i pasientforløpet. I tillegg er forløpet begge steder utformet som en matrise med en tidsakse og en akse for faggrupperelaterte handlinger, og det er begge steder fokus på prosessanalyse. (Ibid).

Men en grunnleggende forskjell er at mens sluttproduktet i Bostons critical pathways-modell er ”en retningslinje for idealforløbet” (s. 80) er sluttproduktet i Scheuers modell re-engineering, og i modellen som Rigshospitalet valgte munneprosessanalysen ut i kvalitetsmåling og etterfølgende kvalitetsutvikling (Ibid).

Scheuers konklusjon i denne sammenhengen er at det er vanskelig å forutse hvilke elementer av en organisasjonsidé som ”reiser” og hvordan elementer settes sammen (Ibid).

Dette argumentet støttes til en viss grad i Finnanger og Sletvolds studie av to behandlingslinjer ved Barneposten ved Sykehuset i Østfold i Fredrikstad, en for diabetes og en for bronkiolitt – ”*Behandlingslinjer – kvalitetsløft for hvem?*” (2006). Etter en gjennomgang av eksisterende litteratur på behandlingslinjer (Clinical Pathways, Care Pathways, Multidisciplinary Pathways of Care osv.), bemerker de at det ikke er fullt samsvar mellom de definisjonene som brukes generelt og den Sykehuset Østfold har brukt. Mens det i litteraturen bare beskrives en økt sannsynlighet for positive resultater vektlegger SiØ at resultatene også skal være målbare og at det foreligger dokumenterte beskrivelser av forventede pasientforløp.

Gjennom intervjuer med ansatte som berøres av behandlingslinjene ville Finnanger og Sletvold undersøke oppfatninger av hvorvidt behandlingslinjene har blitt innført med hensyn til kvaliteten i pasientbehandlingen, medarbeiderutvikling eller som et verktøy til å oppnå organisasjons- og ledelsesutvikling (ibid. s. 35).

Det generelle inntrykket er at behandlingslinjer oppleves som meningsfylt. De viktigste funnene med hensyn til pasientbehandling er at behandlingslinjene bygger på evidensbasert kunnskap, at de må gi mulighet for individuell behandling, at de er blitt satt i system, er lett tilgjengelige, oppdatert og i bruk, men at brokiolittlinjen er lite brukt (ibid. s.81) fordi den oppfattes som så ukomplisert at det ikke er behov for den (ibid. s.3). De fleste funnene relaterer seg med andre ord til diabeteslinjen.

De viktigste funnene med hensyn til medarbeiderutvikling er at det skjer utvikling p.g.a. økt team-arbeid kompetanse og tverrfaglig kunnskapsutveksling, at behandlingslinjer er godt egnet som opplæringsverktøy for nyansatte eller løst tilknyttede, og at god implementering og bruk av behandlingslinjene er utviklende for medarbeiderne.

Med hensyn til ledelse har behandlingslinjene hatt positiv effekt i form av at ledelse settes i sammenheng med bedre struktur på resursplanlegging i et langsiktig perspektiv, at ledere må tenke behandling, prosess, tverrfaglighet og oppfølging av resultater, at det blir mer forutsigbarhet for pasienter, pårørende og ansatte, og tydeligere rollefordelinger, pasientbehandlingen blir mer strømlinjeformet og kontrollerbar, og sikrer den kliniske virksomhet. Mange av disse gevinstene ses tydeligere av de med ledererfaring enn av de uten. Med hensyn til organisasjonsutvikling gjør behandlingslinjene at medarbeidere utvikler seg i jobben, det er utviklet maler og oppskrifter som det er knyttet veiledere til. Funnene peker samtidig mot at det er ulike årsaker til at man ønsker behandlingslinjer og at legene er mer skeptiske enn annet personell.

Ewa Wikström og Kajsa Lindberg (2006) diskuterer resultatene av et pilotprosjekt på samordnigstiltak innenfor kommunal rusomsorg. Prosjektet ble initiert av direktoratet for Mobilisering mot narkotika, og gikk ut på at fire kommuner, såkalte modellkommuner, innførte behandlingslinjer i rusomsorgen. Målet for kommunene var å skape grenseoverskridende aktiviteter og forbedre samhandlingen mellom ulike instanser og forvaltningsnivåer. Det overordnede målet for Mobilisering mot narkotika var å se hvordan de svært ulike forholdene i kommunene som ble valgt spilte inn på implementeringen, når deres eneste innsatsfaktorer var krav til hvordan situasjonen skulle kartlegges i kommunene og en mal for prosjektplan. Selve utformingen og implementeringen ble overlatt til kommunene.

Wikström og Lindberg konkluderer med at etter litt over et år etter at arbeidet startet har alle kommunene opplevd en heving av kompetansenivået og at deres virksomhet får oppmerksomhet. Det er altså både normative/profesjonelle og symbolske/legitimerende konsekvenser, hevder de.

6.4. Avsluttende kommentarer.

Den omfattende litteraturen om iverksettingsproblemene knyttet til innføring og bruk av behandlingslinjer viser at en støter på svært store problemer i iverksettingsfasen. Generelt kan en hevde at kun en liten andel av helsepersonellet oppgir selv å anvende oppleggene for behandlingslinjer i sitt daglige virke. Heller ikke de organisatoriske eller helsepolitiske effektene knyttet til anvendelse av behandlingslinjer kan hevdes å være særlig store, dersom en tar litteraturen om dette på alvor.

Bakgrunnen for den avgrunnen som er beskrevet foran synes å være et resultat av

- at innovasjonssystemet ikke er integrert og samordnet, ved
- at de som har utviklet det vitenskapsbaserte kunnskapsgrunlaget for EBM/P/HC - gjennom det en kan betegne som helsefaglige innovasjonsprosesser har vært frikoplet fra som skal spre og anvende de retningslinjene/behandlingslinjene som denne kunnskapen foreskriver, og
- at iverksettingen av de behandlingslinjene/retningslinjene som er etablert gjennom kunnskap om medisinskfaglige problemstillinger i for liten grad er koplet sammen med de øvrige organisatoriske prosesser som vil kunne skape effektiv iverksetting/anvendelse: et IT-system

som er operativt, og OU-kompetanse som legger til grunn at det dreier seg om organisatoriske innovasjoner.

- at en i for liten grad har tatt hensyn til de institusjonaliserte særtrekk ved helsesektoren, som profesjonsbyråkratier, heterogene styrings- og ledelsesformer, og betydningen av å ivareta profesjonell autonomi i arbeidsutførelsen.

Det innovasjonssystemet som er knyttet til etablering av behandlingslinjer i helsesektoren preges av at en her skal kombinere tre ulike typer innovasjoner: For det første det en kan betegne som ”kunnskapsinnovasjon”, det vil i første omgang si vektleggig av (vitenskapelig) evidensbasert behandling, for det andre ”teknologisk innovasjon, det vil si IT-systemer basert på for eksempel Knowledge management/Best Practice, og ”organisatorisk innovasjon, det vil si OU-basert kompetanse om iverksetting i institusjonaliserte systemer.

I organisasjonsteoretisk og statsvitenskapelig litteratur er det vanlig å skille mellom to ulike perspektiver på iverksetting. Det første tar utgangspunkt i det en betegner som et ”top-down”-perspektiv. Mye av den litteraturen som er referert til foran, har (implisitt) et slikt perspektiv. Her er det primært usikkert kunnskapsgrunnlag, problemer med kvantifisering av mål, manglende planer, arbeidsmetoder eller manglende fokus på iverksettingsstrategier som en mener skaper iverksettingsproblemen. Ut fra dette er svaret på hvordan en skal skape større grad av iverksetting å ”binde seg ennå fastere til masten” – det vil si å styrke kunnskapsgrunnlag, bedre de kvantifiserte måleinstrumentene, lage bedre og mer konsistente planer, mer fokus på iverksettingsstrategier osv. Ofte vil dette innebære sterkere fokus på IT-teknologien som hjelpemiddel.

Det andre perspektivet tar utgangspunkt i at de instrumentelle kjennetegn ved behandlingslinjer i iverksettingsfasen støter på institusjonaliserte særtrekk ved helsesektoren, og at forklaringene på manglende iverksetting hovedsakelig skyldes de ”skjulte” drivkrefter som er knyttet til bevaring av etablerte organisasjons- og arbeidsformer, (sub-)kulturer og innarbeidete rutiner i sektoren. Her fremheves at behandlingslinjer både kan støte mot profesjonsgruppene og de enkelte profesjonsutøveres manglende interesse i å endre på de foran nevnte forhold. Dette kan både dreie seg om mer eller mindre subversiv motstand mot de trekk ved prosessbaserte virksomhetsmodeller som assosieres med arbeidsintensivering og byråkratisering av profesjonelt arbeid. Og en kan for eksempel anta at det innen legeprofesjonen eksisterer ulike oppfatninger mht. nytten av å formalisere arbeidsoppgaver i en slik grad som det her er tale om. Generelt vil det også være naturlig at det innenfor enkelte fagfelt (vi må anta at dette særlig gjelder psykiatri/psykisk helsearbeid) vil gjøre seg gjeldende ulike faglige oppfatninger mht. hvilke faglig-profesjonelle perspektiver som bør styrkes, og frykt for at enkelte av disse oppnår ”paradigmatisk” forrang gjennom de evidensbaserte forutsetningene behandlingslinjer bygger på.

Manglende iverksetting er et åpenbart og viktig problem knyttet til etablering og bruk av behandlingslinjer. Men samtidig må en ta forbehold mot en total overgivelse til dette som et faktum. Uavhengig av graden av iverksetting i det daglige arbeidet, vil prosessen med å etablere prosessbaserte virksomhetsmodeller kunne ha viktige sideordnede effekter: for det første vil det kunne gi politiske og administrative ledere innsikt i utfordringene samordning og samarbeid i det daglige arbeidet støter på. For det andre vil en etter noen tid skape gradvis læring om de faktiske og praktiske utfordringene arbeidet representerer for ulike faggrupper. Og for det tredje vil arbeidet med behandlingslinjer avsløre mangelfull samordning og samarbeid mellom ulike

deler av helsesektoren, eller mellom ulike fagprofesjoner. I neste kapittel går vi derfor nærmere inn på de studiene der en har tatt for seg strategier for mer effektiv iverksetting av behandlingslinjer.

Kapittel 7.

Forutsetninger for anvendelse av prosessbaserte virksomhetsmodeller.

7.1. Hva skal til for at evidensbasert kunnskap skal benyttes?

Berwick (2003) diskuterer forutsetningene for at medisinske innovasjoner basert på forskningsbasert kunnskap vil anvendes i helsesektoren. Utgangspunktet er avstanden mellom det en faktisk vet og det en anvender i det daglige arbeidet i sektoren: *"An enormous amount of that scientific knowledge remains unused"* (Berwick 2003, s. 1969).

Et uttrykk for dette er i hans øyne at USA bruker 40 % mer på helsesektoren per person enn noe annet land, likevel rangerer landet som nr. 27 i barnedødelighet, 27 i forventet levealder, og amerikanerne er langt mindre fornøyde med helsetjenestene enn folk i andre vestlige land. *"Why is this gap between knowledge and practice so large? Why do clinical care systems not incorporate the findings of clinical science or copy "best known" practices reliably, quickly and even gratefully into their daily work simply as a matter of course?"* Ibid s. 1969). Berwick drøfter disse spørsmålene med utgangspunkt i en systematisk gjennomgang av empiriske studier og teorier om innovasjonsspredning. Samtidig er "innovasjoner" gitt en vid definisjon, og anvendes både i forhold til konkrete anbefalinger om diagnoseavgrensede behandlingsopplegg og om organisering av helsetjenesten på bakgrunn av faglige nyvinninger innefor for eksempel organisasjonsteori. Men: *"In health care, innovation is hard, but dissemination is even harder"* (s. 1970).

Berwick viser til Rogers (1995) og Van de Ven (1986), og oppsummerer litteraturen om spredning og bruk av innovasjoner i tre forhold som har avgjørende betydning:

- 1) måten innovasjonen forstås ("perceptions of the innovation"),
- 2) karakteristika ved de aktørene som anvender – eller unnlater å anvende - innovasjonen, og
- 3) kontekstuelle faktorer (særlig kommunikasjonssystem, insentivstruktur, organisasjon og ledelse).

Måten innovasjonen oppfattes ("Perceptions of the innovation") er den viktigste enkeltfaktoren i forhold til innovasjonsspredning. Her nevnes fem underpunkter: det første, og relativt åpenbare spørsmålet, dreier seg om hvilke fordeler en endring kan gi. Her vil den enkelte akseptere eller avvise innovasjonen ut fra kalkulert forståelse av innovasjonens fordeler og ulemper, og vil søke å redusere usikkerhet gjennom avveininger som er mer eller mindre basert på rasjonelle beslutningsgrunnlag (jf. March og Olsen 1988). Jo mindre usikkerhet jo mer sannsynlig at en vil akseptere fordeler ved innovasjonen.

For det andre vil rask spredning av innovasjon forutsette at innovasjonen er kompatibel med institusjonaliserte verdier, normer og oppfatninger slik disse er utviklet "historisk" i organisasjonen som skal adaptere innovasjonen. Her kan en vise til at bare et lite mindretall leger anvender rutinemessig formelle EBM-baserte protokoller eller retningslinjer i sin praksis. Dette kan like gjerne skyldes egenskaper ved innovasjonen som ved de potensielle brukerne: Selv den mest vitenskapelig begrunnede retningslinje kan vise seg ikke å være kompatibel til arbeidsprosesser som er etablert i organisasjonen – og som kan være effektive på et overordnet plan.

En tredje faktor som har betydning for innovasjonsspredning dreier seg om graden av kompleksitet som kjennetegner innovasjonen. Generelt vil enkle innovasjoner spres raskere enn komplekse. Dette innebærer også at 1. generasjons innovasjoner ofte preges av at en forventer full replikasjon, mens en etter hvert innser at lokale og kontekstuelle tilpasninger vil fungere bedre – gitt de institusjonaliserte forhold som er nevnt i punktet foran: *”local adaptation, which often involves simplification, is nearly a universal property of successful dissemination”* (Berwich s. 1971). Det heter videre om dette at vellykket innovasjonsspredning vanligvis forutsetter at den opprinnelige innovasjonen omformes til mange ulike, men relaterte innovasjoner. Berwich hevder derfor at innovasjonsspredning ikke er dekkende, men at det snarere er tale om ”reinvention” (ibid).

Dette punktet har betydning på to måter i vår sammenheng: For det første ved at globale innovasjoner modifiseres til det som er EBM-baserte modeller for prosess-perspektiver i ”best practice” i Norge/Østfold, og for det andre at denne innovasjonen i neste omgang vil adapteres i modifiserte former innenfor konkrete prosjekter knyttet til utformingen av og anvendelsen av behandlingslinjer, slik at hver behandlingslinje fremstår som en ”under-innovasjon”.

Studier har vist at forenkling ofte legger grunnlaget for effektive forbedringer i praksis, slik f.eks. omfattende retningslinjer (”kokebøker”) kan inneholde enkelte punkter som en iverksetter i den kliniske praksis. I tillegg vil mulighetene for å teste ut fordelene med innovasjonen i liten skala, muligheten for å observere anvendelsen hos andre først, ha betydning for spredningen.

Endringer spres hurtigere dersom innovasjoner har disse egenskapene: Fordeler for de som skal anvende dem, kompatibilitet med institusjonaliserte trekk ved

organisasjonen, enkel i sin anvendelse, mulighet til å utprøve i mindre skala, og observerbarhet gjennom andres bruk.

Karakteristika ved de aktørene som skal anvende innovasjonen.

Her viser studier at enkeltaktører adapterer innovasjoner etter et S-mønster, med noen ”innovatører” eller ”frontrunners”, en tidlig majoritet, en sen majoritet og ”etternølere” (Rogers 1995). Innovatørene representerer et lite mindretall (et par prosent) som er villige til å ta sjanser, og som agerer ut fra en ”global” snarere enn ”lokal” referanseramme. De to ”majoritetsgruppene” er omtrent like store, omtrent en tredjedel i hver. Ethernølerne omfatter en noe mindre gruppe enn de to majoritetsgruppene. Ethernølerne er ”the physicians who swear by the tried and true”, og kan kanskje snarere betegnes som “tradisjonister”.

De kontekstuelle faktorene dreier seg om organisatoriske og ledelsesmessige rammebetingelser og det sosiale systemet for innovasjon. Utfordringen for ledere er å finne balansen mellom de faktorer som stimulerer til adaptering av innovasjon der dette er ønskelig, og regulere innovasjon der en oppfatter at situasjonen tilsier at en ikke skal stimulere til tiltak som endrer arbeidsformer av ulike årsaker, for eksempel finansielle eller at organisasjonen har for mange endringsstrategier i gang på samme tid.

Innovasjonslitteraturen kan deles i en deskriptiv og preskriptiv tilnærming. Et hovedproblem er at de preskriptive anbefalingene ofte fremstår som abstrakte alminneligheter, ofte som ”læring på 0-nivå”. Berwiche referer til 7 anbefalinger for spredning av innovasjon: å finne gode innovasjoner, finne enkeltaktører som kan fungere som ”frontrunners”, investere i ”tidlige brukere”, dokumentere aktiviteter til tidlige brukere, ha tillit til og legge til rette for tilpasninger/”reinvention”, skape organisatorisk slack for endringer, og ledelse gjennom eksempler”.

7.2. ”Optimeringens begrensninger”

Vikkelsø og Vinge har i boken ”*Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet*” (2004) en mer kritisk tilnærming til prosessperspektivet. Utgangspunktet i boken er hvilke krefter som virker inn for å bestemme hvordan hverdagens arbeide er organisert i helsevesenet, med empirisk fokus på Danmark, men med et teoretisk blikk som er relevant også i den norske diskusjonen.

En nøkkel for å forstå utviklingen de senere årene er det Vikkelsø og Vinge kaller optimeringsparadigmet i arbeidssosiologien. Denne retningen var mindre opptatt av de menneskelige og samfunnsmessige konsekvensene av industrialiseringen på arbeidslivet enn av hvordan man kunne analysere arbeidet for å optimere det (s 23). Taylors *Scientific Management* var kanskje det mest innflytelsesrike bidrag i denne retningen, og den inneholdt elementer som har blitt aktualisert i nye former for organisering som har dukket opp i helsevesenet de senere årene.

Grunntanken i Taylors arbeid var at man gjennom nitidige studier av alle detaljer i arbeidsprosessen kunne lage optimale standarder for hvordan arbeidet skulle utføres. Arbeidernes ansvar var å tilpasse seg disse standardene, men samtidig få del i den økte lønnsomheten som det optimale arbeidet ville medføre. Fra den tradisjon som Taylor sto som eksponent for trekker Vikkelsø og Vinge fram to konsepter utviklet i næringslivet som har hatt fått stor betydning for organiseringen av helsearbeid: Total kvalitetsledelse og Business Process Reengineering.

I den førstnevnte modellen er utgangspunktet nitidige studier av arbeidsprosesser, men implementeringen av forbedrede prosesser ses på som inkrementell og endogen – prosessforbedringene skal identifiseres og iverksettes av de som utfører dem, og det finnes ikke noe endelig svar på hvordan prosessene bør være.

I Business Process Reengineering (BPR) er målet å synliggjøre de beste løsningene ved å samle inn informasjon om elementene i eksisterende arbeidsprosesser og på den bakgrunnen sette dem sammen på en optimal måte. Modellen står i motsetning til total kvalitetsledelse i og med at den er radikal og eksogen – prosessforbedringene bestemmes på grunnlag av standarder som i høy grad er gitt utenfra, og forutsettes å være endelige. Felles for de to modellene er målet om økt konkurransevne og effektivisering i bedrifter. Men prosesstenkningen har senere vandret fra produksjonsbedrifter i næringslivet mot offentlig tjenesteyting og mot helsevesenet.

Vikkelsø og Vinge beskriver hvordan det danske helsevesenet har fått politiske anbefalinger om å iverksette prosessorienterte virksomhetsmodeller siden første halvdel av nittitallet som strategier for kvalitetssikring og kvalitetsutvikling (s. 27). De strategiene som ble valgt tok liten høyde for den ”menneskelige faktor”. Modeller som opprinnelig var ment å bevisstgjøre ledere og medarbeidere på hvordan arbeidsprosesser kan forbedres ble innført som ”*eksternt* definerte (og ofte vitenskapelig legitimerede) kvalitetsoppfattelser og –mål i medarbeidernes bevidsthet og adfærd” – altså mer Tayloristisk i forhold til eksogenitet enn de var ment.

I 1997 kom politiske anbefalinger om å sikre kvaliteten i pasientbehandlingen i helsevesenet ved hjelp av behandlingslinjer. Disse ble oppfattet som en normativ mal for kvaliteten i behandlingsforløpet med hensyn til samspillet

mellom pasienter, helsepersonell og pårørende, til helsefaglige tiltak og til organisatoriske rammer.

Ved å sammenlikne data om de faktiske prosessene med de mål som er gitt av organisasjonens verdigrunnlag, helsefaglig evidens eller "best practice" og tilbakemeldinger fra brukerne, får man et grunnlag for å bygge opp prosesssystemer i tråd med kvalitetsmålene. Behandlingslinjemodellen er radikal i og med at den har som siktemål å "redesigne hele kæden af arbeidsgange fra start til slutt" og hvor målene er endelig definerte (s- 31). Den er relativt eksogen i og med at studiene av arbeidsprosesser er mer symbolske enn reelle og derfor bare supplerer standarder gitt utenfra.

Prosessmodellering er i deres øyne et verktøy som har kommet som resultat av IT-revolusjonen og som delvis bygger på BPR og behandlingslinjer (Ibid). I likhet med behandlingslinjemodellen er prosessmodellering rettet mot kartlegging av arbeidsprosesser og deres innbyrdes sammenhenger (s 32) og hvordan disse kan forbedres med henblikk på å forbedre kvaliteten gjennom kreativ tenkning. Men prosessmodellering er mer opptatt av detaljene i arbeidsprosessene og stiller opp mer presise modeller for hvordan et IT-system kan understøtte og effektivisere dette arbeidet.

Et problem kan være at de grafiske fremstillingene ikke kan formidle de detaljene som er tatt med i modellen. En styrke er at den betrakter innspill fra medarbeidere som like verdifulle som eksternt definerte standarder. Prosessmodellering kan derfor være like gjennomgripende som behandlingslinjemodeller, men samtidig være inkrementelle og i høyere grad støtte seg på endogene kvalitetsstandarder og løsninger (s. 33).

Et viktig poeng for Vikkelsø og Vinger er at når Taylors arbeidsanalyser ble modernisert i næringslivet skjedde det gjennom et oppgjør med de epistemologiske forutsetningene for ”generelle, vitenskapelig funderede formler for arbeidets ledelse og organisering” (s. 33), og ved å etablere endogene prosesser i defineringen og inkorporeringen av kvalitetsstandardene i modellene. Men de prosessorienterte modellene som benyttes i helsevesenet har blitt knyttet opp mot eksogene kvalitetsstandarder som for eksempel best practices og evidens samtidig som implementeringen styres av ledelsen. I tillegg legger modellene opp til at datainnsamlingen som skal gi et bilde av de faktiske prosessene i organisasjonen og deres innbyrdes sammenhenger studeres indirekte gjennom formelle dokumenter og kortvarige kollektive refleksjonsprosesser, og ikke gjennom direkte, nitidige, studier av prosessene i seg selv.

Vikkelsø og Vinge argumenterer for å opprettholde en bredt anlagt og utforskende arbeidssosiologi. De begrunner dette synet med at det er grunnleggende begrensninger i optimeringsparadigmet, som kan få konsekvenser for opptimeringsorienterte modeller i helsevesenet. For det første er det problematisk rent ontologisk å anta at man kan beregne nøyaktig konsekvensene og betydningen av komplekse sosiale relasjoner og prosesser (Mayo). Scheuer (2003) viste for eksempel hvordan det i implementeringen av ett konsept ble implementert på grunnlag av vidt forskjellige tolkninger i de forskjellige avdelingene.

En annen vinkling på de ontologiske problemene peker på at hva som forstås som en optimal løsning er situasjonsavhengig, avhengig av spesifikke betingelser både i organisasjonen og i omgivelsene (Mintzberg). Den såkalte contingency-skolens mål var å kartlegge hvilke organisatoriske særtrekk som kunne forklare forskjellige organisasjonsformers suksess i forskjellige

organisasjoner. En viktig modell ble framsatt av Henry Mintzberg, som beskrev fem idealtypiske organisasjonsformer, hver med sine styrker og svakheter. Han beskrev blant annet den modell som lå nærmest opp mot Taylors idealer, maskinbyråkratiet, som besatt av et kontrollbehov og ekstremt avhengig av forutsigbarhet, hvor individenes operasjonelle autonomi ble begrenset mest mulig. For at en slik modell skal fungere forutsettes helt spesielle betingelser (s. 37).

Vikkelsø og Vinge peker også mot noen etiske og politiske innvendinger. De trekker fram Bravermans kritikk av taylorismen; at arbeidere og funksjonærer og arbeidere i serviceyrker blir fremmedgjort fordi arbeidet er oppsplittet i så stor grad at hver ansatt bare får anledning til å bruke en liten del av sine ferdigheter. Målet er blant annet å øke ledelsens kontroll over arbeidsprosessene.

De trekker også fram en mer nåtidig kritiker, David Boje, som kritiserer TQM som neo-modernistisk taylorisme og selv-taylorisering. Med andre ord representerer TQM en skjult agenda, en slags repressiv toleranse, hvor kontrollmekanismer veves inn i de tilsynelatende arbeiderstyrte forbedringsprosessene og øker konformitetspresset.

Vikkelsø og Vinge er imidlertid skeptiske til kritikk på grunnlag av etiske problemstillinger, fordi slike ofte forutsetter fundamentale antakelser om virkeligheten, noe som etter deres mening ikke er forenlig med deres egne konstruktivistiske utgangspunkt – normative motargumenter vil i for stor grad være avhengige av positivistiske postuleringer (s. 39).

De argumenterer derfor for å studere optimeringsparadigmet på grunnlag av en bredt anlagt og induktiv forskning uavhengig av fastlagte normative prinsipper.

7.3. Finnes det ”smarte” strategier for iverksetting av behandlingslinjer?

Timmermans og Berg (2003) avslutter sin bok med å reflektere over hvordan prosedyrestandarder kan spille en mer konstruktiv rolle i helsearbeidet i de vestlige land: *”Just what can make the difference between yet another failed standardization project and a care innovation that makes a difference?”* (s.207). De stiller spørsmålet om hva som kan skape en ”smart” standardiseringsstrategi? Svarene presenteres som fem lærdommer som kan trekkes av de analysene av implementering av evidensbaserte behandlingslinjer som ble behandlet i boka (vår oversettelse av Timmermans og Berg):

1. *”Den potensielle synergien mellom prosedyrestandarder og profesjonelt arbeid kan kun finnes gjennom nøye gjennomgåelse av faktiske behandlingsprosesser, en omfordeling av arbeidsaktiviteter mellom profesjonsgrupper og pasienter/brukere, og bruken av ulike samordningsverktøy (for eksempel IT-baserte) som kan strukturere sammenhengene mellom de ulike arbeidsoppgavene som behandlingslinjene omfatter”.*

Det er nødvendig å integrere de medisinsk-faglige og teknologiske aspektene ved gjennomføring av behandlingslinjer i et samlet grep: *”Rather than diffuse a technology, and then being confronted with the organizational transformations that will necessarily follow, it is much more fruitful to draw upon a procedural standard as one aspect of a socio-technical change process, in which the whole practice is redesigned”* (s. 207). Dette poenget bringer koplingen mellom utførelsen av det profesjonelle arbeidet på operativt nivå og de standardiserte kvalitetsstrategiene behandlingslinjer representerer i fokus.

2. *”Bruk standardisering hvor det omslutter og bekrefter profesjonell kompetanse snarere enn å redusere betydningen av slik kompetanse”.*

Et aspekt ved etablering av behandlingslinjer er at det kan endre relasjonen mellom profesjons- og yrkesgrupper på måter som innebærer at også de høyest kvalifiserte (for eksempel leger og spesialsykepleiere) får redusert handlefrihet gjennom standardisering, mens for eksempel kontorpersonale blir tillagt mer avanserte arbeidsoppgaver enn tidligere. Å frikople standardisering av behandling fra styring og ledelse av profesjonelle i helsesektoren har vist seg ikke å fungere: *”The history of medical information systems has shown that the road towards autonomous and intelligent decision-making systems has been a dead-end street”* (s.210). Av den grunn, hevder de, er det mer fornuftig å integrere ”intelligente” løsninger inn i behandlingsprosessen enn i standardisert informasjonsteknologi.

3. *”Fleksibel standardisering” er ikke en selvmotsigelse”.*

”An important characteristic of standards is their flexibility” (s. 211). I dette ligger at standardiserte behandlingslinjer må utformes slik at de gir spesialister mulighet til å avvike fra standardiserte behandlingsopplegg og raskt modifisere slike i forhold til den aktuelle situasjonen/pasienten. *”Flexibility means that the system is not more detailed than required, not more stringent than necessary, not more imperative than required”* (s.211). Flexibilitet innebærer også at en enkelt kan revidere og tilpasse standardene til lokale krav og ny forskningsbasert kunnskap. Det er en misforståelse at en standard skal innebære at overalt hvor den er anvendbar skal den behandle alt likt. En må tvert imot akseptere at lokal anvendelse av standarder innebærer at ulike standarder kan overlape eller fungere motsetningsfullt i praktisk anvendelse.

4. *”Søk etter unntak fra regelen: redusert standardisering av behandlingslinjer ved å tilpasse dem eksisterende, allerede på forhånd, relativt standardiserte arbeidsprosesser”.*

Ved å fokusere på funksjonaliteten til den enkelte standard uten å endre eksisterende arbeidsprosesser vil måtte søke etter de riktige deler av arbeidet som egner seg for standardisering, og legge til rette for fleksible standarder. Noen ganger vil etablering av nye standarder – for eksempel behandlingslinjer – kunne redusere omfanget av allerede eksisterende standardiserte arbeidsprosesser. Dette kan skje ved at kontorpersonale kan overta oppgaver fra spesialistene, legene eller spesialsykepleiere, eller ved at pasientene selv overvåker data om sin egen helsesituasjon. Slike endringer i arbeidsoppgaver for kontorpersonalet vil ikke nødvendigvis innebære økt standardisering av deres arbeidsutførelse, men noen ganger nye og mer interessante arbeidsoppgaver.

Det finnes en rekke eksempler på at etablering av standardiserte behandlingslinjer eller kontrollsystemer ikke medfører at standardisering av arbeidsoppgaver totalt sett innebærer økt mekanisering og intensivering av arbeidet, hevder de. (MMEERR s.213)

5. *”For at slike redesign av behandlingsprosesser skal lykkes er det avgjørende at mulighetene til å integrere standardiseringsverktøyenes krav og profesjonelt arbeid er til stede”.*

Dersom det skal bli en synergi mellom prosedyrestandarder og profesjonelt arbeid må ikke de profesjonelle oppleve at samordningsverktøyenes oppgaver er selvfølgelige. Det er derfor nødvendig å drøfte forutsetningene for at standardiseringsverktøy faktisk spiller en rolle for det operative/kliniske

arbeidet. Det er her nok å nevne at mange av de forfatterne som er referert til foran, har argumentert for at behandlingslinjer og kliniske retningslinjer kun egner seg for undervisningsformål (in-faculty training) eller for nyutdannede, mens de som har lang klinisk erfaring opplever retningslinjene som trivielle eller uforsvarlig forenklete i forhold til kompleksiteten i avansert klinisk arbeid.

7.4. Avsluttende kommentarer.

Mye av diskusjonen i dette kapittelet dreier seg om innovasjonsspredning i praksis – forstått som anvendelse av behandlingslinjer i det daglige arbeidet i helsesektoren. En måte å tolke den litteraturen som er gjennomgått på, kan være å studere nærmere skillet mellom ulike grader av radikalitet innovasjonen representerer. I tråd med flere av forfatterne som er referert til foran, kan en skille mellom ”radikale” og ”moderate” innovasjoner. ”Radikale” innovasjoner innebærer en vektlegging av nye organisasjons- og arbeidsformer. Her vil potensialet for merkbare endringer være størst, men sannsynligheten for effektiv iverksetting vil være minst. Omvendt vil ”moderate” innovasjoner ha mindre grad av merkbare endringer, men sannsynligheten for iverksetting vil være større.

Det er påfallende at det i litteraturen som er gjennomgått nettopp vektlegges den sistnevnte strategien. ”Moderate” strategier foretrekkes i de anbefalingene som er presentert foran. Dette innebærer at behandlingslinjer og prosessbaserte virksomhetsmodeller ikke bør assosieres med omfattende ”redesign”, men med ivaretagelse og videreutvikling av organisasjons- og arbeidsformer basert på eksisterende verdier, organisasjons- og arbeidsformer som fagprofesjonene kan identifisere seg med. Timmernans og Bergs anbefalinger kan stå som et arketypisk eksempel på denne strategien.

Likevel kan det synes uklart i hvilken grad de forfatterne vi har presentert foran faktisk mener at innovasjonen det dreier seg om representerer "moderate" endringer, eller om det er av strategiske og taktiske hensyn en mener en bør fremstille innovasjonen som "moderat" i den hensikt å få fagprofesjoner og andre "med på laget". Det som uansett synes å være tilfellet er at en "moderat" tolkning av behandlingslinjer og prosessbaserte virksomhetsmodeller fjerner dem fra sitt utgangspunkt i arbeidsintensivering og politisk-administrativ styrings- og effektivitetsretorikk, og fremhever sammenhengen mellom disse fenomenene og fagprofesjonelt arbeid. En slik strategi innebærer imidlertid at en kan bidra til å styrke noen faglige perspektiver og arbeidsmåter på bekostning av andre, uten at dette er eksplisert. Dette tar vi opp i neste kapittel, der vi drøfter den litteraturgjennomgåelsen vi har foretatt.

Kapittel 8.

Drøfting

8.1. Om prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert praksis og behandlingslinjer i et innovasjonsperspektiv.

Som vist i kapittel 2 er ideene om innovasjon i offentlig sektor etter hvert i stor grad frikoplet fra den tradisjonelle innovasjonsteorien, som i sin opprinnelige form konsentrerte seg om teknologiske og produktfokuserte nyskapinger. Gjennom de avklaringene som har skjedd om innovasjonsperspektivene i offentlig sektor kan det nå synes som om innovasjonsbegrepet her nærmer seg de organisasjonsteoretiske og statsvitenskapelige kjerneområder – knyttet til organisatoriske endringer gjennom radikale reformer eller inkrementelle organisatoriske innovasjoner. Som nevnt innledningsvis kan dette synes som en langt mer realistisk tilnærming til de særtrekk som preger offentlig virksomhet. Faren er selvsagt at innovasjonsbegrepet kun står tilbake som et politisk slagord uten selvstendig status i analysen av de endringsprosessene som skjer i sektoren. Vi skal la den diskusjonen ligge i denne sammenheng, og konstatere at innovasjon i offentlig sektor kan anses å omfatte primært organisatoriske og teknologiske endringer hvor nye ideer om styring, ledelse, kvalitet og effektivitet får innpass. Slike ideer har dels blitt betegnet som ”institusjonaliserte standarder” (Røvik 2000), dels som New Public Management-inspirerte styringstiltak (Christensen, Lægred og Roness 2004, Ramsdal og Skorstad 2004).

Uansett vil en kunne nærme seg analyser av organisatoriske innovasjoner dels gjennom å studere deres genealogi, dels ved å studere deres anvendelse i

konkrete sammenhenger – det som er betegnet som ”innovasjonsprosessen” – der innovasjonen utformes gjennom instrumentelt design – og ”innovasjonspredning” – der innovasjonen blir anvendt i konkrete sammenhenger – det som kan betegnes som implementeringsfasen. Ett poeng må understrekes om dette: Det kan ikke uten videre observeres et klart skille mellom disse to fasene i utviklingen av organisatoriske innovasjoner. Dette skyldes at det som fremstår som en organisatorisk innovasjon i global sammenheng, vil måtte re-designes i en lokal innovasjonsprosess som har store likheter med en ”translasjonsprosess” knyttet til iverksetting av innovasjonen i lokale sammenhenger. Vi skal likevel operere med dette skillet i den videre drøftingen her, og komme tilbake til noen poenger om analytiske inntak til studiet av offentlige innovasjoner som dette poenget innebærer avslutningsvis.

Vi vil her argumentere for at prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert praksis og behandlingslinjer må anses som elementer som fremstår som sammenvevde, men ikke likeartede fenomen i helsesektoren. Det som binder disse elementene sammen er at de hver for seg tilrettelegger for et fokus på arbeidsprosesser, at arbeidsprosesser skal standardiseres, og at de primært omfatter det som betegnes som virksomhetens kjerneoppgaver, dvs. det helsefaglige arbeidet knyttet til pasientbehandling. For øvrig er det mange uklarheter i avgrensingen av disse fenomenene hver for seg og også til sammen, og det hefter seg en rekke uklarheter til bruken av begreper som ”behandlingslinjer”, ”prosesser” og ”evidensbasert” kunnskap.

En tolkning er at prosessbasert virksomhetsmodellering kombinerer tre viktige trender i utviklingen av et moderne helsevesen: Evidensbasert kunnskap (”den positivistiske dreining”) med fokus på faglig-profesjonelle innhold i arbeidet, etablering av organisatoriske ordninger for økt overordnet styrbarhet gjennom standardiserte kvalitets- og effektivitetsparadigmer, og post-NPM strategier –

det siste betegnet som styring ”innenfra” gjennom regulering av endogene prosesser snarere enn de NPM-baserte strategiene for ”eksogen” styring.

Implikasjonene av slike modeller er imidlertid ulike, avhengig av en rekke forhold ved de konkrete modeller som etableres, og måten iverksettelsesprosessene struktureres. Vi nevnte innledningsvis at det kan angis tre ulike begrunnelser for at prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer får gjennomslag i offentlig sektor, og helse- og sosialsektoren spesielt: At en ønsker å oppnå økt *effektivitet*, bedre *kvalitet* og økt *legitimitet* gjennom anvendelse av evidensbasert kunnskap.

Økt effektivitet gir umiddelbart assosiasjoner til prosessperspektivenes kopling til BPR. Her er det mulighetene for å slanke organisasjonene gjennom anvendelse av ny-tayloristiske teknologier der arbeidsprosesser splittes opp og rasjonaliseres gjennom fokus på kjernevirksomhet som er i fokus. Den litteraturen som er gjennomgått kan i stor grad hevdes å ha dette utgangspunktet. I kritisk-analytiske tradisjoner – som arbeidslivsforskningen kan hevdes ofte å representere – er dette vurdert som ”lean and mean” – med forverring av arbeidsvilkår gjennom intensivering av arbeid som det viktigste kjennetegn. Likevel kan endel tyde på at dette bildet må modifiseres i møtet med anvendelsen av prosessperspektiver i offentlig sektor i Norge. Her viser studier at BPR mistet mye av sin gjennomslagskraft som et anvendbart begrep i løpet av 1990-årene, og at de store konsulentfirmaene som har promotert prosessperspektiver har utviklet egne varianter over temaet som er bedre tilpasset en mindre konfronterende og arbeidsgivervennlig retorikk enn tilfellet opprinnelig var. Vekten er etter hvert forskjøvet ved at en nå formidler en mangedimensjonal tilnærming, der en understreker at prosessperspektiver og metodikkene som anvendes innenfor disse både kan fungere som et kunnskapsgrunnlag for kvalitetssikring og læring, og at en kan skape bedre

transparens i de arbeidsprosessene som fagprofesjonelle utfører og som tidligere ble ansett som esoteriske og skjulte for innsyn. Ofte blir det også fremhevet at integrasjon av fag, teknologi, økonomi og organisasjonsutviklingskompetanse skaper et helhetlig grunnlag for styring og ledelse, samtidig som en ivaretar de fagprofesjonelles behov for å legge premisser for hva som skal defineres som godt faglig arbeid. Uansett viser litteraturen at en gjennom slik argumentasjon søker å frigjøre prosessperspektiver fra sitt organisasjonsteoretiske utgangspunkt i "hard-core" BPR.

Etter vår oppfatning er det nødvendig å understreke den vitenskapshistoriske utviklingslinje prosessperspektiver, evidensbasert praksis/-medisin og behandlingslinjer inngår i. Gjennom å bidra til en ytterligere reduksjonisme og oppsplitting innenfor helse- og sosialt arbeid, forankret bl.a. i kravet om et "inngangskriterium" i avgrensede diagnoser/symptomer for å etablere prosessanalyser, styrkes de krefter som driver helse- og soialsektoren i stadig sterkere fokus på sykdom og medisinske behandlingsformer. En hypotese er også at dette indirekte svekker helhetlige tilnærminger og pasientenes subjektive opplevelser som grunnlag for forebyggende tiltak og behandlingsopplegg. Likevel er etter vår oppfatning prosessperspektiver og evidensbaserte behandlingslinjer å anse som plastiske fenomen, som innehar potensiale for å bryte ned både sitt ny-tayloriste fokus forankret i BPR, og forutsetningene om et ensidig reduksjonistisk kunnskapsgrunnlag. Dette er særlig begrunnet i at prosessperspektiver også kan fungere som en måte å samordne tjenestetilbud og strukturere samarbeid mellom ulike aktører som brukere og pasienter møter i sine behandlingsforløp. Vektleggingen av pasientflyt og behandlingsskjeder i offentlig helsepolitikk kan anses som et uttrykk for dette. En vitenskapsteoretisk kritikk av evidensbasert medisin og behandlingslinjer vil derfor være utilstrekkelig til å kunne avvise etablering av slike modeller.

Vi vil argumentere for at relasjonen mellom ”prosessbaserte virksomhetsmodeller”, evidensbasert praksis/medisin og behandlingslinjer kan forstås som fenomen som er integrert ved at de nærmer seg spørsmålet om arbeidsorganisering gjennom ulike nivåer:

- Prosessbaserte virksomhetsmodeller
- Evidensbasert kunnskap/praksis/medisin
- Behandlingslinjer

Vi vil her drøfte tre spørsmål om denne utviklingen:

For det første: Hva menes med ”prosessbaserte virksomhetsmodeller”, ”kunnskapsbasert praksis/medisin” og ”behandlingslinjer”, hva er sammenhengen mellom disse fenomenene, og i hvilken grad og på hvilken måte kan etablering av behandlingslinjer anses som en organisatorisk innovasjon i offentlig sektor? Disse spørsmålene dreier seg om det som i drøftingene av innovasjon i offentlig sektor kan betegnes som ”innovasjonsprosessen” knyttet til organisatorisk design.

For det andre (og det mest påtrengende spørsmålet i vår sammenheng): I hvilken grad og på hvilken måte kan en påvirke implementeringen av prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer gjennom ulike strategier for organisatorisk innovasjon i anvendelsesfasen? Dette spørsmålet dreier seg om det som i drøftingene om innovasjon i offentlig sektor er betegnet som ”innovasjonsspredning” knyttet til implementering.

8.2. "The State of the Art".

Den omfattende litteraturen om prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert praksis og behandlingslinjer viser hvor sentral disse perspektivene etter hvert er blitt for utviklingen av en moderne helse- (og sosial) sektor. Litteraturen som er gjennomgått kan inndeles i en omfattende preskriptiv tradisjon, der en angir oppskrifter på "how to do it" - det beste eksemplet i litteraturgjennomgåelsen foran er Muir Gray (2003) – og en analytisk tradisjon – der en dels drøfter kritisk de kunnskapsmessige forutsetningene for etablering av, og problemene med iverksetting av prosessbaserte modeller, evidensbasert medisin/praksis og behandlingslinjer. Mens den førstnevnte litteraturen hovedsakelig er instrumentell i sin natur, er den sistnevnte dypt forankret i (ny-)institusjonell organisasjonsteori – representert foran av blant annet Timmermans og Berg (2003), Vikkelsø og Vinge (2004), Shortell (2005). I tillegg kan en vise til en omfattende kritisk tradisjon der den vitenskapsteoretiske diskusjonen rundt forutsetningene for etablering av evidensbasert praksis/medisin er representert – her kan nevnes som et norsk eksempel Ekeland (2004).

Det er i første rekke gjennom påvisningen av avstanden mellom kunnskapsbaserte modeller for behandlingslinjer og praksis ("the research-practice gap") som legger grunnlaget for innovasjon. Behovet for å kunne etablere modeller for implementering er avgjørende for at behandlingslinjer skal realiseres som et sentralt virkemiddel for kvalitets- og effektivitetsutvikling i helse- og sosialsektoren. Gjennomgåelsen foran viser også at, med få unntak, er den omfattende litteraturen som omhandler "the knowledge – practice gap" opptatt av institusjonelle trekk ved iverksettingsorganisasjonene, mens det er lite fokus på egenskaper ved selve modellen som skal implementeres. Dette er etter

vår vurdering en åpenbar svakhet ved de forslagene som lanseres for å skape større sannsynlighet for at effektiv iverksetting skal finne sted. Mange av de artiklene som er gjennomgått, viser til at både prosessbaserte virksomhetsmodeller, behandlingslinjer og evidensbasert praksis bygger på instrumentell rasjonalitet knyttet til vitenskapelig kunnskap, som impliserer instrumentelle organisasjonsteoretiske perspektiver og instrumentelle organisasjonsteoretiske tradisjonelle instrumenter.

Det som er slående, er at uansett hvilke teoretiske innfallsvinkler som ulike forfatterne velger, blir de fenomenene vi her drøfter ansett som blant de mest dyptgripende endringer i organisering av og utførelse av helsearbeid. Mange av forfatterne betegner det som ”et nytt paradigme” i styring og ledelse av sektoren. Til tross for at en neppe kan hevde at prosessperspektiver, evidensbasert kunnskap eller behandlingslinjer i seg selv representerer organisatoriske innovasjoner av slik dyptgripende karakter, er det snarere styrken og den økende utbredelsen av disse fenomenene, og den slagkraften, som politisk og ledelsesmessig reguleringsmekanisme for utvikling av bedre kvalitet og effektivitet i sektoren som gjør det presserende å forstå den utviklingen som skjer.

8.3. Hva er prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer

Innovasjoner i helse- og sosialsektoren lever i spenningsforholdet mellom ”eksterne” optimeringsperspektiver og ”interne” relasjoner og dynamikker. Dette gjelder ikke minst for utviklingen av prosessbaserte virksomhetsmodeller, her avgrenset til etablering av behandlingslinjer. Gjennomgåelsen av litteraturen foran viser til flere, til dels overlappende begrunnelser for at prosessperspektiver og behandlingslinjer introduseres i offentlig sektor/helse- og sosialsektoren. Ved Sykehuset Østfold HF heter det om behandlingslinjer at:

”Behandlingslinjer tar utgangspunkt i den beste dokumenterte behandlingen og skapes i et tverrfaglig samarbeid. Hensikten er å høyne kvaliteten, mer forutsigbarhet, unngå unødig variasjon og øke kostnadseffektiviteten”.(SØ-HF 2005).

Denne beskrivelsen kan gjerne danne utgangspunkt for en avsluttende drøfting av grunnlaget for etablering av behandlingslinjer, og utfordringer knyttet til iverksetting og praktisk bruk av dem i helse- og sosialsektoren.

Et fellestrekk er at det forutsettes en kopling mellom evidensbasert kunnskap om ”beste praksis”, formaliserte prosessbeskrivelser vanligvis tuftet på IT-teknologi, og et organisasjonsutviklingselement (både i forhold til prosesslaging (”innovasjonsfasen”) og implementeringsfasen (”diffusjonsfasen”). Vi vil her konsentrere oss om behandlingslinjer, ettersom vi forventer at vi senere vil arbeide med slike behandlingslinjer i forhold til sykehus og kommuner.

8.4. Variasjoner i utforming av behandlingslinjer.

Vi har i de foregående kapitler tatt for oss prosessperspektiver, prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert medisin/praksis og behandlingslinjer. Fokus er etter hvert dreid mot de utfordringene iverksetting av behandlingslinjer representerer. Vi skal her ta for oss tre forhold som etter vår vurdering fortjener særlig oppmerksomhet i forhold til de tema som er tatt opp. For det første: Hvilke koplinger kan identifiseres mellom de foran nevnte perspektiver og modeller? For det andre: hvordan skal en forstå prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer som ”innovasjon”? Og for det tredje, hvilke antakelser kan en, med utgangspunkt i den foregående litteraturgjennomgangen, legge til grunn for videre arbeid med iverksettingsproblemer knyttet til etablering av behandlingslinjer i helse- og sosialsektoren?

Den omfattende forskningen om prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer som er gjennomgått foran kan i hovedsak rubriseres under tre perspektiver. Det første er et preskriptivt-instrumentelt perspektiv ("verktøyperspektivet"), og baseres på ideer om rasjonelle organisasjonsmodeller, der utfordringer med iverksetting oftest er neglisjert, eller blir forstått som en ren og ubrutt linje mellom teoretisk modell og organisasjonsatferd. Her er det etablering av institusjonelle standarder (Røvik 2000) som er den dominerende organisasjonsteoretiske innfallsvinkel, og det er organisasjonsentreprenører (ildsjeler) i organisasjonen, eller eksterne konsulenter som representerer de viktigste aktørene for konseptutvikling. I den grad iverksetting er interessant, er svaret på iverksettingsproblemer, i tråd med de implisitte forutsetninger konseptutvikling bygger på, å styrke de rasjonelle styringselementer perspektivet bygger på.

Det andre er et kritisk perspektiv basert på en vitenskapsteoretisk argumentasjon om at det evidensbaserte grunnlaget ikke representerer objektiv sannhet, men er forankret i bestemte sosiale konstruksjoner. Dette perspektivet er i stor grad orientert mot det kunnskapsteoretiske grunnlaget for de perspektivene og modellene som er etablert. Kritikken er særlig rettet mot etablering av evidensbasert medisin/praksis, der forutsetningene om klart definerte diagnoser som grunnlag for behandlingslinjer problematiseres.

Det tredje perspektivet, som delvis kan oppfattes som en videreføring av det foregående, innebærer en kritikk av forutsetningene for at organisasjoner vil adaptere innovasjoner i tråd med intensjonene. Med grunnlag i "ny-institusjonell" organisasjonsteori vektlegges her at de overordnede, instrumentelt pregede konseptene enten avvises totalt, eller helst gjennomlever en translasjon som søker å tilpasse disse til etablerte standarder, normer og rutiner i iverksettingsorganisasjonen. En rekke av de studiene som er foretatt om

iverksetting av prosessbaserte virksomhets-modeller og behandlingslinjer representerer denne tradisjonen. Denne tradisjonen er så dominant i forhold til studier av iverksetting av nye organisasjonskonsepter at en kan hevde at litteraturen i så måte mer fungerer mer som empiriske bekreftelser på veletablerte kunnskaper enn at de tilfører nye overraskende kunnskaper til dagens teorier om ”moderne organisasjoner”.

I forhold til en drøfting av prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer som organisatoriske innovasjoner er det likevel noen problemer med den litteraturen som er gjennomgått. Hver for seg underkommuniserer analysene viktige aspekter ved konstruksjon og iverksetting av disse organisasjonsfenomenene. Det er for eksempel en tendens til at analysene savner en helhetlig klargjøring av hvilke forutsetninger som må være til stede for at behandlingslinjer vil fungere. Innenfor det preskriptive, instrumentelle, perspektivet er en generelt opptatt av å fremme bruken av prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer, og nedtoner de negative erfaringene med manglende iverksetting og modifiseringer av de rasjonelle modellene og teoretiske konstruksjonene i møtet med praksis. Den vitenskapsteoretisk funderte kritikken er på sin side opptatt av grunnlagsproblemene ut fra en generalisert tilnærming, der maktrelasjoner mellom ulike kunnskapssyn står sentralt, og der drøfting av forutsetninger for at behandlingslinjer kan ”fungere” spiller en underordnet rolle. Det er tross alt viktig at den fundamentale kritikken av den ”positivistiske dreining” som evidensbasert praksis representerer, ikke synes å ha redusert veksten i disse organisasjonskonseptene.

I den kritiske tradisjonen basert på (ny-)institusjonalisme er en på sin side opptatt av å påvise manglede eller mangelfull iverksetting knyttet til institusjonaliserte særtrekk ved iverksettingsorganisasjonen. Her er

tilnærmingen preget av case-studier om enkeltprosesser eller generaliserte tilnærminger til prosessperspektiver og behandlingslinjer, men med svært lite fokus på spesifikke organisatoriske egenskaper ved innovasjonen – den anses som et "eksogent" verktøy som "treffer" organisasjonen som en institusjonalisert standard som skal implementeres. Oftest underkommuniseres den differensiering i egenskaper selve innovasjonen kjennetegnes av. Derved fremstår analysene som utilstrekkelige til å kunne foreta en mer eksplisitt drøfting av hvilke faktorer som kan forklare at prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer faktisk fungerer etter intensjonene noen steder.

Vi skal her forsøke å fylle ut det bildet av prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer som er avtegnet foran gjennom en helhetlig drøfting der (variasjon i) egenskaper ved "innovasjonen" ses i sammenheng med variasjoner i kjennetegn ved iverksettingsorganisasjonen og i iverksettingsprosessen. Etter vår oppfatning vil en slik tilnærming både kunne forklare hvilke forutsetninger som kan skape effektiv iverksetting, og hvilke som vil kunne forklare manglende eller mislykket iverksetting. Disse forutsetningene vil presenteres i hypotetisk form, både som en funksjon av at disse vurderingene er tentative, og fordi de primært er ment som utgangspunkt for empiriske analyser av spesifikke prosesser.

I den videre diskusjonen tar vi derfor utgangspunkt i at det er et behov for å klargjøre tre forhold der variasjon vil kunne åpne for ulike grader av iverksetting: egenskaper ved *innovasjonen*, egenskaper ved *iverksettingsorganisasjonen*, og valg av *iverksettingsstrategier*.

Kombinasjoner av variasjoner i egenskaper ved innovasjonen og ved iverksettingsorganisasjonen vil bl.a. bestemme ulike nedslagsfelt/

anvendelsesområder ("scope"), og derved også særpreg ved den enkelte prosess. Vi vil anta at slike særpreg i sin tur vil ha stor betydning for karakteren av, og mulighetene for effektiv, iverksetting.

8.5. Egenskaper ved innovasjonen.

Verken prosessbaserte virksomhetsmodeller eller behandlingslinjer er entydige begrep. Som vist foran er det ulike betegnelser, og til dels ulike kunnskapsgrunnlag, som konstituerer rammene for det vi her betegner som "prosessperspektiver", "prosessmodellering" og "prosessbaserte virksomhetsmodeller" – selv om grunnstrukturen i de foran nevnte tilnærminger er likeartet, slik vi har beskrevet foran. Som nevnt innledningsvis er prosessperspektiver knyttet til behandlingslinjer en sammenveving av tre ulike kunnskapsgrunnlag: "evidens" om "beste praksis" forankret i substansiell kunnskap om de "produksjonsprosesser" virksomheten definerer som kjerneoppgaver, administrativ kompetanse om samarbeid og samordning av komplekse prosesser ut fra logistikk, og It-basert kunnskap om hvordan en kan formalisere logistikken. Dette innebærer at variasjonsbredden i prosessmodellering kan variere både ut fra egenskaper ved de ulike elementer nevnt her og dels i måten en sammenbinder de ulike kunnskapsgrunnlag i konkrete sammenhenger.

Vi vil her peke på noen forhold som skaper variasjon i utformingen av behandlingslinjer, basert på dette resonnementet. Vi vil vektlegge først behandlingslinjens intervensjon i løpende arbeidsprosesser og grad av sikkerhet i det faglige grunnlaget for etablering av "beste praksis", graden av formalisering, særlig knyttet til IT-teknologi, og til sist egenskaper ved iverksettingsorganisasjoner, med vekt på de institusjonaliserte særtrekk disse preges av.

”Intervensjonsnivå”

Utgangspunktet for behandlingslinjer er den medisinske beslutningsprosess som rasjonell modell (Bjørndal s. 39), og en anvender et relativt vidt begrep om behandling: Det omfatter både ”behandling, forebygging og rehabilitering” i mer presist språkbruk ” (Bjørndal s. 40). De variasjoner som gjelder for det vi betegner som ”behandlingslinjer”, dreier seg derved om flere dimensjoner. Den første dimensjonen bestemmes av behandlingslinjenes grunnlag – hva prosesser dreier seg om. Med utgangspunkt i de behandlingslinjer som er etablert i sykehussektoren i Norge, kan en her skille mellom tre ulike grunnlag: De som tar utgangspunkt i *symptom*, de som tar utgangspunkt i *diagnose*, og de som dreier seg om strukturering av *komplekse prosesser* (i de eksemplene vi har tilgang til betegnes disse som ”prosess”).

Symptom defineres som ”tegn på sykdom/lidelse”. Det dreier seg om subjektive fenomen - opplevd av pasienten/klienten, eller objektive - påviste patologier. Grunlaget er individuelle kjennetegn, som klassifiseres etter medisinske kriterier (for eksempel ”brystsmerter”). Slike symptom-baserte kliniske retningslinjer kan i sin tur utløse arbeidsprosesser for å klargjøre ”hva som egentlig feiler”, dvs. diagnostisering. Dette er i stor grad medisinsk kjerneteknologi der en har etablert kliniske retningslinjer for behandling, som ikke nødvendigvis er prosessbaserte. ”*En pasient som føler seg syk, vil som regel oppsøke lege. Når legen har lyttet til pasientens historie, vil han eller hun treffe beslutninger – eller hjelpe pasienten til å treffe dem selv – for å bedre pasientens plager. Dette er i all sin enkelthet klinikerens sentrale arbeidsoppgave og arbeidsform*” (Bjørndal s. 34). Den kliniske beslutningsprosess dreier seg i stor grad om dette. En kan se for seg enkle beslutninger (for eksempel om enkelttiltak), men som oftest som retningslinjer for a) hvilke aspekter som skal inngå i et beslutningsforløp, b) sekvensene i beslutningsforløpet, og c) arbeidsfordelingen mellom ulike aktører i

beslutningspunktene i forløpet. Behandlingslinjer som tar utgangspunkt i symptom dreier seg om standardiserte, kliniske retningslinjer for de situasjoner der en møter pasienten første gang, og der en søker å skape sikkerhet om hvilke lidelser pasienten har. Når slik sikkerhet er etablert, slutter denne behandlingslinjen.

Derved er slike behandlingslinjer ofte forløperen for etablering av de neste typer behandlingslinjer, som baseres på en definert diagnose. *Diagnose* defineres som ”*Et forsøk på å gjenkjenne den klasse eller gruppe som pasientens symptomer og tegn hører hjemme i slik at vi, basert på vår tidligere erfaring med denne klassen, kan foreslå tiltak som pasienten synes er akseptable, og som vil bedre pasientens helsetilstand*” (Bjørndal s. 91, etter Sackett m.fl. 1991). Diagnosen utløser anbefalte arbeidsprosesser. Som vist foran er diagnoserelaterte behandlingsmodeller i sterk vekst, og en opererer nå med flere tusen slike knyttet til guidelines/retningslinjer. Slike behandlingslinjer angir arbeidsprosesser som i det moderne helsevesen i økende grad forventes å bli basert på vitenskapelig forankret, evidensbasert kunnskap. Innenfor medisinen dreier evidensbasert kunnskap seg om to ulike aspekter: Kunnskap om sykdomsbilder – som legges til grunn for diagnostisering - og kunnskap om behandlingseffekt – som legges til grunn for valg av behandling.

Med *samordningsprosesser* som behandlingslinjer tenker en på retningslinjer for arbeidsorganisering der ulike organisasjonsheter samordnes sekvensielt, horisontalt og vertikalt, med hensyn til arbeidsoperasjoner. I slike samordningsprosesser er fokus primært på å sikre at ulike aktører ikke overlapper, eller at det oppstår gråsoner eller tomrom i komplekse prosesser der ulike aktører på ulike avdelinger eller forvaltningsnivå skal samhandle. Også her kan en ta utgangspunkt i symptomer eller diagnoser, men det er samhandlingen som er i fokus. Det dreier seg med andre primært om å etablere

effektiv samordning mellom ulike aktører. Eksempelene på dette er ofte knyttet til etablering av samhandlingsmodeller mellom kommunale tjenester og spesialisttjenesten. Dette er et politisk høyt prioritert område, og arbeidet med å skape kunnskapsgrunnlag for ”varige og likeverdige samarbeidsmodeller” er gjenstand for en rekke utredninger, prøveprosjekter og tiltak (Agenda/KS 2007).

Grad av ”sikker kunnskap”

Med utgangspunkt i diskusjonene i kapittel 3 og 4, kan vi uten videre hevde at ”evidensbasert kunnskap” nødvendigvis representerer ulike grader av sikkerhet for diagnostisering og behandling. Som Bjørndal peker på, kan en generelt hevde at naturvitenskapelig tenkning, reduksjonisme gjennom avgrensning av symptom og diagnose, skaper et mer ”sikkert” beslutningsgrunnlag enn humanistisk tenkning, der empatisk-hermeneutiske og etiske komponenter spiller en større rolle (dvs. blant annet slutninger med basis i innlevelse i pasientens situasjon, hennes verdigrunnlag, ønsker og meninger) skaper et mer usikkert grunnlag. Slike ”ikke-naturvitenskapelige” grunnlag har som kjent lavere prestisje, en problematisk kopling mellom ”behandling” og ”effekt” og er mindre egnet for teknologiske løsninger. Dette korresponderer med argumenter som er velkjente innefor forvaltnings- og organisasjonsteori, (jf. Jacobsen 1966): Institusjonelle betingelser for planlegging). I utgangspunktet vil derfor modeller for å strukturere arbeidsprosesser knyttet til samordning og samarbeid nødvendigvis ha et mer usikkert vitenskapelig fundament enn de kliniske behandlingsforløp som utløses gjennom symptom eller diagnose.

Diskusjonen om evidensbasert ledelse foran illustrerer dette poenget. Samordningsfokuserede modeller – samordning og samarbeid i tråd med ”flow chart–modeller for sekvensiering og arbeidsfordeling av arbeidsprosessene. Ikke nødvendigvis vitenskapsbaserte, men forankret i lokale beslutningsformer,

der en ”forhandler” mellom lokale organisatoriske kjennetegn og helse- og sosialfaglige kunnskapsgrunlag.

Det mest påfallende ved de studier av behandlingslinjer som er foretatt er at de viser at det er ulikheter i legitimiteten til bestemte kunnskapsgrunnlag mellom somatisk medisin og psykisk helsearbeid (Scheurer 2004). Somatisk medisin blir stadig mer spesialisert og oppsplittet, basert på et stadig sterkere innslag av naturvitenskapelig forankret evidensbasert kunnskap. Innefor psykisk helsearbeid er kunnskapsgrunnlaget omstridt, og det eksisterer ulike forklaringsmodeller, forankret i ulike vitenskapelige paradigmer, innenfor denne delen av helse- og sosialsektoren. Blant annet er det store konflikter knyttet til anvendelse av og status til psykiatriske diagnoser. Her vil behandlingslinjer basert på spesifikke diagnoser kunne anses som et virkemiddel for å tilnærme seg somatisk medisin, og derved styrke en naturvitenskapelig forståelse av psykiske lidelser. Fordi grunnforutsetningene for diagnostisering er mer usikre og omstridte i psykiatri og psykisk helsearbeid, kan en forvente at en her vil ha flere barrierer å overstige for å få etablert behandlingslinjer basert på diagnoser eller symptomer, mens barrierene for å etablere behandlingslinjer knyttet til samordningsprosesser vil prinsipielt være likeartet for somatiske og psykiatriske problemfelt (Onyett 1998, Hansen 2007).

Grad av formalisering, bruk av IT-teknologi.

I utgangspunktet er det teknologiske elementet knyttet til prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer basert på enkle design. Etter å ha identifisert og beskrevet de ulike items prosessen består av (for eksempel som hovedprosesser, ledelsesprosesser og støtteprosesser) vil anvendelsen innebære at den enkelte aktør klikker seg inn på de deler av prosessen der en har ansvar, og benytter prosessbeskrivelsene for å strukturere ”sin” del av arbeidsprosessen. Graden av fokus på den IT-baserte formalisering varierer imidlertid. For enkelte

identifiseres prosessperspektiver med disse formaliserte modellene, mens det for andre primært er et teknologisk hjelpemiddel i forhold til en organisasjonsutviklingsprosess. Det eksisterer ulike slike IT-modeller innenfor dette feltet, typisk nok er de fleste utviklet utenfor helsesektoren, og er deretter modifisert for å kunne anvendes der. Eksemplene kan være ”Best-Practice”, ”Product Line Management”. Det som fremstår som et åpenbart problem, er at en lett overfokuserer på de IT-teknologiske elementene i etablering av behandlingslinjer, mens de to øvrige elementene (evidensbasert kunnskap og organisasjonsutviklingskompetanse) blir underkommunisert.

8.7. Egenskaper ved iverksettingsorganisasjonen.

De senere år har vi sett en økende interesse for å utvide debatten om helse- og sosialsektorens organisering til også å gjelde arbeidsorganisering. Her står fokus på ”produksjonskjernen” og ”det pasientrelaterte arbeid” sentralt (Vikkelsø og Vinge 2004, s. 13). Som Vikkelsø og Vinge peker på, blir begrepet ”produksjonskjerne” assosiert med Henry Minzbergs (1978) tilnærming i organisasjonsanalyse. Et hovedanliggende her er at denne kjernen dreier seg om det operative arbeidet, som - avhengig av hvilke organisasjonsformer det er tale om – er mer eller mindre påvirket av de overordnede ledelsesmessige funksjoner, og de støttesystemer som er etablert i organisasjonen. Samtidig som det er et komplekst sammenvevd forhold mellom disse ulike deler av organisasjonen, er det i produksjonskjernen det pasientrelaterte arbeidet er (mest) i fokus.

I utgangspunktet er helse- og sosialsektoren – og i særlig grad sykehus – å anse som profesjonsbyråkratier, der et kjennetegn nettopp er profesjonell autonomi i arbeidsutførelsen – det vil si mht. analyse, diagnose, tiltak og evaluering av de pasient-/klientrettet arbeid som utføres. I stor grad har stereotypien om

legefaglig kontroll med alle disse fasene i helsesektorens pasientrettede arbeid blitt tatt for gitt, og en har i de overordnede strukturendringer, i ledelses- og styringstiltak søkt å ”trengte inn i” – eller endre rammebetingelsene for – det legefaglige arbeidet. Når dette fremstår som en stereotypi, er det fordi en i liten grad har vært opptatt av de komplekse arbeidsformene det operative arbeidet i hverdagens helsesektor antar. Her er det en rekke mekanismer som regulerer forholdet mellom over- og underordnede leger, mellom leger og andre profesjonsgrupper, mellom helse- og sosialarbeiderprofesjoner og (andre) ledergrupper, og relasjoner mellom spesialist- og almentjenester – forhold som ikke lett fanges opp gjennom et ensidig fokus på ”legeprofesjonens dominans i sektoren”.

Et viktig aspekt ved sykehus (og andre organisasjoner i helse- og sosialsektoren) er at det allerede *er* etablert sett av rutiner for de fleste arbeidsoperasjoner *før* behandlingslinjer introduseres. Og fordi behandlingslinjer introduseres på operativt nivå, vil forståelsen av de måter en allerede organiserer ”hverdagens arbeid” på være avgjørende for om behandlingslinjer faktisk lykkes i de forsett en har oppgitt. De som mest konkret og hverdagsnært har studert dette, er Vikkelsø og Vinge (2005) og Knudsen og Vinge (2002). De påpeker at selv om en for eksempel har en idé om hvordan legers arbeid dreier seg om anvendelse av medisinsk kunnskap i behandling av pasienter, er kunnskapen om hvilke arbeidsfunksjoner dette arbeidet består i, hvordan det er strukturert, standardisert og systematisert i stor grad ukjent for de som har introdusert nye styrings- og ledelsesmodeller i sektoren. Deres analyser viser at arbeidet til fulle er strukturert og rutinisert, blant annet ut fra etablerte ordninger der en søker å ivareta effektiv bruk av de ulike kompetanser ulike legegrupper og andre faggrupper innehar. De vektlegger at disse ordningene er utviklet gjennom erfaring, at de i varierende grad er formaliserte, men at de ”i høy grad (er) standardiserte og udbredte... Arbejdets organisering er stor sett definert,

klassifiseret og strukturert.. pasientfølge eller ej” (Knudsen og Vinge 2002, s. 14). De hevder da også at arbeidsorganiseringen på sykehus – i motsetning til det meste annet akademisk arbeid – i langt høyere grad kan sammenliknes med arbeidsorganiseringen i en fabrikk. De hevder at gjennom endringene som har skjedd i sykehusorganisering, har en gjennom nye organisasjonsspråk kunnet gi inntrykk av omfattende endringer, samtidig med at ”kiernen i det egentlige arbeide i det store og det hele har bestået uberørt gjennom hele perioden” (ibid. s. 15).

Disse poengene peker på at etablering av behandlingslinjer lever i et spenningsforhold mellom å oppleves som *trivielt* forstått som ”innovasjon” der legenes organisering av de samme arbeidsoppgaver allerede er rutinisert på grunnlag av kunnskap om ”beste-praksis” på den ene side, og som et aspekt ved et overordnet ”reform-regime”, der en introduserer et nytt (organisasjons-)språk som virker fremmedartet og til dels provoserende på den annen side. Dette vil ha betydning for de strategiene som velges for å sette idéer om prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer ut i praksis.

8.8. Iverksettingsstrategier

Mye tyder på at iverksettingsfasen i etablering av prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer er neglisjert eller nedprioritert. En kortfattet oppsummering av den omfattende litteraturen om dette temaet kan være at behandlingslinjer knyttet til kliniske retningslinjer benyttes i liten grad i praksis - enkelte hevder at mellom 70 og 80 % av behandlingslinjer ikke brukes – og at i den grad de brukes er det i mange tilfeller symbolsk aktivitet. Begrunnelsene for dette er dels at de rutinene som behandlingslinjene beskriver er for trivielle i forhold til den kunnskap som allerede anvendes, og som ofte har en tacit/taus dimensjon, som legers eller sykepleieres etablerte viten om hvordan bestemte arbeidsoperasjoner skal utføres, hvilke vurderinger som ligger forut for

handling etc. Et trekk ved behandlingslinjer er at de er formaliserte i IT-systemer som i seg selv krever en "omvei" i det daglige arbeidet, der intuitive valg basert på erfaring og implisitt kunnskap etter helsepersonellens oppfatninger vil kunne være tilstrekkelige. Dette skismaet mellom "kunst og Cochrane" kan indikere at faglig ekspertise både kan fremstå som eksplisitt og formalisert og som implisitt og "i fingrene" på den erfarne helsearbeider (jf.). Det som imidlertid er klart, er at kravene om transparens i faglige beslutninger blir stadig sterkere, og at behandlingslinjenes koplinger til moderne "audit systems" innenfor administrative kontrollregimer gjør taus og implisitt kunnskap mindre legitim.

I den litteraturen som er gjennomgått er det flere eksempler på at en etter en kritisk gjennomgåelse av grunnleggende egenskaper ved prosessbaserte modeller og behandlingslinjer likevel konkluderer med råd om hvordan effektiv iverksetting kan finne sted. Timmermans og Bergs avslutningskapittel kan være et eksempel på dette. Et hovedpoeng i de punktene til forbedringer som der presenteres, er at det i hovedsak dreier seg om å tilpasse designet for behandlingslinjene til de institusjonaliserte egenskaper som preger helse- og sosialsektoren og sykehusorganisasjoner spesielt. Et råd er her at den konkrete utformingen av linjer/prosesser må overlates til det fagpersonalet som skal anvende dem, og at en må tilpasse global, evidensbasert kunnskap til lokale forhold. Problemet med disse rådene er at en risikerer at behandlingslinjer derved blir trivialisert og integrert i eksisterende rutiner på arbeidsplassen, og derved mister sitt potensiale som forbedringsstrategi i forhold til kvalitet og kostnadseffektivitet.

På den annen side vil en for formalisert, (IT-)teknologibasert og global tilnærming kunne fremstå som en eksogen påvirkning, som lett kan oppfattes som nok et forsøk på påtvinge helse- og sosialsektorens arbeidsplasser et esoterisk organisasjonsspråk i samsvar med NPM-reformene.

Et aspekt ved strategier for iverksetting av behandlingslinjer er at en har tillagt organisasjonsutviklingselementet for liten vekt. Vår påstand er at det vil være avgjørende for om behandlingslinjer skal kunne etableres og fungere at en ivaretar dette elementet gjennom bevisste, eksplisitte strategier, og at disse strategiene har større ambisjoner enn å tilpasse seg institusjonaliserte trekk ved iverksettingsorganisasjonen. For at dette skal skje vil det være nødvendig å designe prosesser der den evidensbaserte kunnskapen, IT-løsninger og OU-strategier integreres. Mens IT-teknologien er utviklet – men kan raffinere og forenkles – og evidensbasert kunnskap kan etableres - for mange av de arbeidsoperasjoner som omfattes av symptom, diagnose og prosess, er organisasjonselementet i dag den største utfordringen i dette feltet.

Oppsummeringen av ”egenskaper ved innovasjonen” indikerer at variasjonsbredden knyttet til prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer blant annet har sammenheng med hvordan en faller ut i forhold til noen sentrale dimensjoner:

Evidensbasert kunnskapsgrunnlag: sikkert – usikkert

Omfang: symptom/diagnose/samarbeidsprosess.

Anvendelsesområde (”scope”): globalt – lokalt

Teknologi: ”hard” – ”myk”

Vi har argumentert for at iverksettingsstrategier bør integrere egenskaper ved ”innovasjonen”, egenskaper ved ”iverksettingsorganisasjonen” og kompetent organisasjonsutvikling. Dette punktet skal vi utvikle noe mer avslutningsvis.

8.9. Noen antakelser om iverksetting av behandlingslinjer.

Den diskusjonen som her er foretatt, omfatter to hovedpoeng: At design for prosessbaserte virksomhetsmodeller og behandlingslinjer er kjennetegnet av variasjon, og at institusjonaliserte særpreg ved helse- og sosialsektoren og sykehus skaper særlige utfordringer for iverksetting. Dette er i og for seg ikke nytt. Det er her argumentert for at det er primært gjennom utvikling av en integrert strategi der evidensbasert kunnskap, tilpasset IT-teknologi og organisasjonsutvikling i design og iverksetting en kan oppnå effektiv iverksetting.

Egenskapene ved henholdsvis ”innovasjonen” og ”iverksettings-organisasjonen” fordrer imidlertid at en i utviklingen av en slik integrert strategi baserer seg på strategiske valg for at utprøving skal bli optimal. Vi skal her presentere noen antakelser om iverksetting som kan være grunnlag for slike valg. Premissene for disse resonnementene er flere:

For det første vil vi argumentere for at det er et viktig skille mellom de intervensjoner som er basert på symptom og diagnose på den ene side, og de som fokuserer på samordningsprosesser på den annen side. Dette skyldes dels kunnskapsgrunnlaget, i og med at de to førstnevnte primært baseres på medisinsk vitenskapelig evidens med relativt stor grad av sikkerhet og stor legitimitet, mens den sistnevnte bygger på organisasjonsteoretisk og samfunnsvitenskapelig kompetanse som har betydelig svakere sikkerhet og

legitimitet som generalisert kunnskap. Det er grunn til å tro at de førstnevnte behandlingslinjer primært vil kunne støte på legitimitetsproblem ved at de ikke anses tilstrekkelig nyttige i hverdagens arbeid, og at de oppfattes som særlig lite nyttige for legegrupper, mens pleiegrupper kan ha et mer positivt syn på dem, fordi de tydeliggjør legenes arbeid (Finnanger og Sletvold 2006).

En annen hypotese kan være at nedslagsfelt, forstått som hvorvidt behandlingslinjen er innkapslet i en avdelings arbeid, eller dreier seg om flere avdelinger, helt ut til komplekse prosesser mellom flere avdelinger på sykehus samt flerre kommunale instanser, vil ha ulike sjanser for å iverksettes. Disse to antakelsene kan sammenstilles på følgende måte:

Tabell 3. Ulike former for prosessbasert virksomhetsmodellering – behandlingslinjer

Bruksområde/ kunnskapsgrunnlag	Symptom/diagnose	”samordnings- prosess”
Avdelingsinterne	”Enkle”: trivialisering (I)	Behandlingslinjer: flere diagnoser: tverrfaglig samarbeid (II)
Sykehus/kommune o.a.	Behandlingslinjer: diagnose, symptom (III) Tverrfaglig samarbeid	<i>Collaborative Management</i> Komplekse, tverrfaglig samarbeid, ledelses- og styringsmodeller (IV)

Som nevnt kan variasjonsbredden i behandlingslinjer være stor, og dette er forsøkt illustrert i tabellen. Vår påstand er at rute I viser til behandlingslinjer og kliniske retningslinjer som vil være relativt enkle å etablere, ettersom en her kan designe entydige prosesser basert på en kombinasjon av globale evidensbaserte kunnskaper som vil være anvendt allerede i avdelingen. Dilemmaet er at dette ikke vil fremstå som en innovasjon men snarere som en mer eller mindre unødvendig formalisering av allerede innarbeidete rutiner. Nå skal en ikke derved slutte at ikke slike kan være nyttige, blant annet tyder mye på at det som fremstår som triviell kunnskap for leger, kan være god informasjon om legefaglig arbeid som kan legge grunnlag for bedre samarbeid med for eksempel pleiere og andre profesjoner.

Rute II og III indikerer at en vil møte flere iverksettingsproblemer knyttet til arbeid som omfatter flere diagnoser innenfor en avdeling, eller en diagnose knyttet til komplekse samarbeidsrelasjoner mellom flere avdelinger og forvaltningsnivå. Et eksempel på en slik behandlingslinje fra Sykehuset Østfold HF kan være ”Behandlingslinje for ADHD for barn og unge”. Både design og iverksetting er her avhengig av forhandlinger mellom fagpersoner i flere avdelinger/nivåer.

Klarest kommer imidlertid utfordringene knyttet samordning av aktiviteter til uttrykk gjennom rute IV, der en tenker seg etablert behandlingslinjer forstått som strukturering av samarbeid mellom ledelse og profesjonsutøvere i flere avdelinger og nivåer i forhold til større bruker- /pasientgrupper på komplekse problemfelt. Eksempler på slike vil kunne være ”forebyggende arbeid for barn og unge i faresonen”, eller ”rutiner for samarbeid om utskrivning av pasienter fra psykiatrien”. En rekke studier har vist at samtidig som det er store muligheter for bedre samordning og samarbeid, er det også her en kan anta at behovet for bevisste organisasjonsutviklingsstrategier for å sikre iverksetting er størst.

8.10. Avsluttende kommentar.

Vi har i de foregående kapitler gjort rede for fremveksten av ”moderne” organisasjonsformer i offentlig virksomhet. De fasene utviklingen av offentlig sektor har gjennomløpt, viser til ulike organisasjonslogikker, med tilhørende ulike mekanismer for strukturering, styring og ledelse. Det vil være naturlig å se for seg at et ”paradigmeskifte” i retning prosessbaserte virksomhetsmodeller ytterligere vil oppløse offentlig sektors rolle som samfunnsinstitusjon. Ny teknologi, kombinert med nyutviklet kompetanse innenfor disse tilnærmingene, kan bidra til at offentlig virksomhet fremstår som en ”post-moderne”, strukturløs, ”horisontal” organisasjon, basert på business process re-engineering-perspektivet. Denne fremtiden trenger ikke være langt unna. Det er allerede startet utprøving av slike modeller i noen utvalgte kommuner i Norge. Flere sykehus har startet arbeidet med å organisere pasientflyt med grunnlag i slike modeller. De ansattes rolle vil måtte defineres ut fra de krav og forutsetninger disse nye organisasjonsprinsippene stiller, samtidig som disse vil fremstilles som objektivt nødvendige og verdinøytrale prinsipper for organisering i det moderne samfunn. Slik vil fremveksten av ”et nytt arbeidsliv” fremstå som resultat av irreversible prosesser, der de ansatte må tilpasse seg forventningene den nye organisasjonslogikken stiller.

Den litteraturen som er gjennomgått foran, viser at helsearbeid, sykehusorganisering og helse- og sosialsektorens virkemåte, preges av stor grad av kompleksitet i arbeidsoppgaver, kunnskapsgrunnlag og organisasjonsformer. Et særpreg er pendlingen mellom teori og praksis, der effekten av behandling står sentralt. *”Den medisinske kultur er på godt og vondt mer handlingsorientert enn de fleste andre fag ... ”* (Bjørndal 2007, s. 28).

Hypoteser om ”mellomliggende variabler”: Dokumentasjon av iverksettingsproblemenene, men på et overordnet, teoretisk nivå: Institusjonelle faktorer som

motstand, etc. men mangler en differensiering av ulike former for behandlingslinjer og evidensbasert kunnskap/praksis. Derved blir diskusjonen om iverksetting preget av de institusjonelle kjennetegn en identifiserer ved selve iverksettingsorganisasjonen, uten at en tar i betraktning de egenskapene innovasjonen som sådan besitter bortsett fra på et generelt og overordnet plan (som tayloristiske flyt/BPR/lean/ standardiseringsstrategier) (disse tas for gitt). Det sies lite om hvilke forhold som differensierer grad av iverksetting med utgangspunkt i egenskapene ved det som skal iverksettes, dvs. behandlingslinjene selv: Scope, kompleksitet, teknologifisering og kontroll over organisatoriske styringssystemer.

Det er et enormt potensiale for spredning av innovasjon knyttet til ”prosessbaserte virksomhetsmodeller i helsesektoren. Det brukes nå store beløp på utvikling av EBM/EVBP, men som påvist i litteraturgjennomgangen foran, er det ikke bare et ”gap”, men en ”avgrunn” mellom evidensbasert kunnskap og anvendelsen av denne kunnskapen i det praktiske helsearbeid. Å knekke koden mellom kunnskap og anvendelse gjennom effektiv iverksetting vil være et radikalt bidrag til videreutvikling av effektive helsetjenester, både i Norge og internasjonalt.

Litteraturliste:

Abbot, Andrew: "The sociology of work and occupations", 1993, in *Annual Review of Sociology* 1993; 19: 187-209.

Alexander C.; Campbell D.; Leiferman J.; Mabey G.; Marken S.; Myers C.; Pengra A.; Reyburn-Orne T.; Sundem T.S.; Zwingman-Bagley C. (2003): "Quality improvement processes in growing a service line. The myriad of opportunities", *Nursing Administration Quarterly [Nurs Adm Q]* 2003 Oct-Dec; Vol. 27 (4), pp. 297-306.

Angel, Miguel & Block, Gonzales: "Bridging the implementation gap in health systems research" (2004), in *Bulletin of the World Health Organization*, October 2004, 82 (10).

Bahtesvani, Christel, Uden, Giggi. & Willman, Ania. (2004): "Outcomes of evidence-based clinical practice guidelines: A systematic review", *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 20 (4): 427-433 FAL 2004.

Bakken, Tore, Hernes, Tor: "Organizing is Both a Verb and a Noun: Weick Meets Whitehead", 2006, in *Organizational Studies* 2006; 27; 1599

Baumann B.L.; Kolko D.J.; Collins K.; Herschell A.D. (2006): "Understanding practitioners' characteristics and perspectives prior to the dissemination of an evidence-based intervention", *Child Abuse & Neglect [Child Abuse Negl]* 2006 Jul; Vol. 30 (7), pp. 771-87. Date of Electronic Publication: 2006 Jul 17.

Belamarich P.F.; Gandica R.; Stein R.E.; Racine A.D. (2006): "Drowning in a sea of advice: Pediatricians and American Academy of Pediatrics policy statements", *Pediatrics [Pediatrics]* 2006 Oct; Vol. 118 (4), pp. e964-78.

Berwick, Donald M.: (1996): Quality of Health Care. Part 5. *New England Journal of Medicine* 335: 1227-31.

Berwick, Donald M.: "Disseminating Innovations in Health Care", 2003, *Journal of the American Medical Association*, reprinted in *JAMA*, April 16, 2003 – Vol. 289, No. 15.

Bjørndal, Arild: *Tenke- og arbeidsmåter i medisinen – en innføring i den medisinske logikk*. Gyldendal Akademisk, Oslo 2007.

Blaise, P. & Kegels, G. (2004): "A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organizational models", *International Journal of Health planning and Management* 19 (4): 337-364 OCT-DEC 2004.

Bosse G.; Breuer J.P.; Spies C. (2006): "The resistance to changing guidelines - what are the challenges and how to meet them", *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology* [Best Pract Res Clin Anaesthesiol] 2006 Sep; Vol. 20 (3), pp. 379-95.

Brinkerhoff, DW (1996): Process Perspectives on Policy Change, i *World Development*, Vol. 24, no. 9 1395 – 1401, Elsevier. London.

Brokel J.M.; Shaw M.G.; Nicholson C. (2006): "Expert clinical rules automate steps in delivering evidence-based care in the electronic health record", *Computers, Informatics, Nursing: CIN* [Comput Inform Nurs] 2006 Jul-Aug; Vol. 24 (4), pp. 196-205; quiz 206-7.

Brunsson, Nils og B. Jacobsen (red.) (1998): *Standardisering*. Stockholm. Nerenius och Santerus Förlag.

Byrkjeflot, Haldor og Simen Neby (2005): Norge i Norden: Fra etternøler til pioner i reformering av sykehussektoren? i Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen: *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Fagbokforlaget.

Byrne M.M.; Charns M.P.; Parker V.A.; Meterko M.M.; Wray N.P. (2004): "The effects of organization on medical utilization: an analysis of service line organization.", *Medical Care* [Med Care] 2004 Jan; Vol. 42 (1), pp. 28-37.

Chan, K.S.; Morton, S.C. & Schelke, P.G. (2004): "Systematic reviews for evidence-based management: How to find them and what to do with them", *American Journal of Managed Care* 10 (11): 806-812 Part 1, NOV 2004.

Chia, R. & Langley, Ann (2004): The First *Organization Studies* Summer Workshop on Theorizing Process in Organizational Research. June 12-13 2005, Santorini, Greece: Call for papers.

Craven, Marilyn A., & Bland, Roger: "Better Practices in Collaborative Mental Health Care: An Analysis of the Evidence Base", *The Canadian Journal of Psychiatry / La revue canadienne de psychiatrie* – May 2006, Vol. 61, Supplement 1.

Christensen, Tom & Lægheid, Per (eds.): “*New Public Management – The transformation of ideas and practice*”, 2001, Ashgate Publishing.

Clarke, K., Hartswood, M, Procter, R., Rouncefield, M., Slack, R., Williams, R.:”Improving “knife to skin time”: process modelling and new technology in medical work”, in *Health Informatic Journal* (2002) 8, 39-42.

Collins, D. (2003): “Fixing the language of change? A response”, *Journal of Organizational Change Management* 16 (5): 584-590 2003.

Coopey M.; Nix M.P.; Clancy C.M. (2006): ”Translating research into evidence-based nursing practice and evaluating effectiveness”, *Journal Of Nursing Care Quality [J Nurs Care Qual]* 2006 Jul-Sep; Vol. 21 (3), pp. 195-202.

Dani, S., Harding, J. A., Case, K., Young, R. I. M., Cochrane, S., Gao, J., Baxter, D. (2006): ”A methodology for best practice knowledge management”, Proceedings of the Institution of Mechanical Engineers Part B-*Journal of Engineering Maunfacture* 220 (10): 1717-1728 OCT 2006

Day Patricia og Rudolf Klein (1987): *Accountabilities. Five Public Services*. Tavistock Publications, London and New York.

De Simone, John (2006), “Beyond 'faith-based medicine' and EBM”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 12 (4), 438–444. doi:10.1111/j.1365-2753.2006.00648.x .

Deane F.P.; Crowe T.P.; King R.; Kavanagh D.J.; Oades L.G. (2006): ”Challenges in implementing evidence-based practice into mental health services”, *Australian Health Review: A Publication Of The Australian Hospital Association [Aust Health Rev]* 2006 Aug; Vol. 30 (3), pp. 305-9.

Editorial: ”WHO's mixed priorities”, *The Lancet Oncology [Lancet Oncol]* 2006 Jul; Vol. 7 (7), pp. 525.

Ekeland, Tor-Johan: “*Autonomi og evidensbasert praksis*” (2004), Arbeidsnotat nr. 6/2004 ved Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo.

Ekeland, Tor-Johan: ”*En diagnose av psykiatri diagnoser*” i Impuls nr. 1 2003 s. 55-64.

Engen, Øyvind (2004): Pasientflyt og styring av innsatsfaktorene i helseforetak. *Logistikk og ledelse*.www.logistikk-ledelse.no

Ernst og Young: *Hva koster tjenesten? Utvikling av en kalkylemodell for innsatsstyrt finansiering av kommunale tjenester*. Kommunenes sentralforbund og Kristiansand kommune, Oslo 2003.

Eskinasi, Martijn & Fokkema, Eppie (2006): "Lessons learned from unsuccessful modelling interventions", *Systems Research and Behavioral Science* 23 (4): 483-492 JUL-AUG 2006.

Fielding & Briss: "Promoting Evidence-Based Public Health Policy: Can We Have Better Evidence And More Action", 2006, in *Health Affairs Volume 25*, Number 4.

Fineide, Mona (2006): *"Fra struktur til prosess – prosessperspektivets innreise i to norske kommuner"*. Masteravhandling i Organisasjon og ledelse, Høgskolen i Østfold.

Finnanger, Eirin, og Sletvold, Hege: *"Behandlingslinjer – Kvalitetsløft for hvem? Utvikling og bruk av behandlingslinjer i Sykehuset Østfold"*, 2006, Masteroppgave i Organisasjon og ledelse ved Avdeling for samfunnsfag og fremmedspråk, Høgskolen i Østfold, Halden.

Flower J. (2006): "Be prepared ... to adapt quickly.", *Physician Executive* [Physician Exec] 2006 May-Jun; Vol. 32 (3), pp. 56-8.

Følgerø Johannessen, Birte (2005): "Ledelse og evidens I det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering", Paper, track *Health sector management and organization* ved The 18th Scandinavian Academy of Management (NFF) at Aarhus School of Business, 18-20 August, 2005.

Gee, E. P. (2004): "Divide and compete. A new look at service lines", *Healthcare Financial Management: Journal Of The Healthcare Financial Management Association* [Health Finance Manage] 2004 Mar; Vol. 58 (3), pp. 60-5.

Greenberg, H.M. & Farmer, R.G. (2002): "Global health assistance: A new perspective", *Annals of Noninvasive Electrocardiology* 7 (1): 73-77 JAN 2002.

Guo, K.L. & Anderson, D. (2005): "The new health care paradigm: roles and competencies of leaders in the service line management approach", *International Journal Of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership In Health Services* [Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv] 2005; Vol. 18 (6-7), pp. suppl xii-xx.

Hangan, C. (2006): "Introduction of an intensive case management style of delivery for a new mental health service", *International Journal Of Mental Health Nursing* [Int J Ment Health Nurs] 2006 Sep; Vol. 15 (3), pp. 157-62.

Hansen, Gunnar Vold (2007): "*Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*". Doktoravhandling, Karlstad Universitet 2007:15.

Hallberg, I.R. (2006): "Challenges for future nursing research: providing evidence for health-care practice", *International Journal Of Nursing Studies* [Int J Nurs Stud] 2006 Nov; Vol. 43 (8), pp. 923-7. Date of Electronic Publication: 2006 Sep 15.

Haynes, R.B. (1995): Current Awareness and Current Access. ACP Journal Club goes electronic. *APC Journal Club* Jul – Aug. 123 (1): A12 – 14

Hughes, D. R. and Smart, P. A.: "The development and testing of a computer based tool to assist strategy formulation. In Proceedings of the Fourth International Conference on *Factory 2000 – advanced factory automation*, University of York, UK, 3-5 October 1994, pp 312-17.

Jacobsen, Knut Dahl (1965): *Teknisk hjelp og politisk struktur*. Universitetsforlaget, Oslo.

Jackson, S. (2004): "Should we recognise the product life cycle in health care?", : *International Journal Of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership In Health Services* [Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv] 2004; Vol. 17 (2-3), pp. 63-4.

Jain A.K.; Thompson J.M.; Kelley S.M.; Schwartz R.W. (2006): "Fundamentals of service lines and the necessity of physician leaders", *Surgical Innovation* [Surg Innov] 2006 Jun; Vol. 13 (2), pp. 136-44. Publication Type: Journal Article; Review

Jarrett P.G. (2006): "*An analysis of international health care logistics: the benefits and implications of implementing just-in-time systems in the health care industry*", *International Journal Of Health Care Quality Assurance Incorporating*

Leadership In Health Services [Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv], 2006; Vol. 19 (1), pp. i-x; PMID: 16548399

Johansen, Birte Folgerød: ”*Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser fra kunnskapsforståelse og organisering*”, Paper til The 18th Scandinavian Academy of Management (NFF) at Aarhus School of Business in Denmark on August 18 – 20, 2005.

Jones, A.: “Implementation of hospital care pathways for patients with schizophrenia”, in *Journal of Nursing Management*, 2000, 8, 215-225.

Journal Of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership In Health Services [Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv] 2006; Vol. 19 (1), pp. i-x.

Kalogeropoulos D.A., Carson E.R., Collinson P.O. (2003): ”Towards knowledge-based systems in clinical practice: Development of an integrated clinical information and knowledge management support system”, *Computer Methods and Programs in Biomedicine* 72 (1): 65-80 SEP 2003.

Knudsen, Morten og Sidsel Vinge (2002): ”*Mellom forandring og rutine*”. FLOS-center arbeidsrapport nr.5/2002, København

King, Stephen F & Johnson, Owen A. (2006): ”VBP: An approach to modelling process variety and best practice”, *Information and Software Technology* 48 (11): 1104-1114 NOV 2006.

Krag Jespersen, Peter: ”*Mellem profesjon og management*”, 2005, Handelshøjskolens forlag.

Kuhn, Thomas S.: ”*The structure of scientific revolutions*”, 1962, University of Chicago Press.

Learmonth, Mark; Harding, Nancy (2006): “Evidence-Based Management: The Very Idea”, *Public Administration* 84 (2), 245–266. doi:10.1111/j.1467-9299.2006.00001.x.

Lundquist, Lennart: ”*Demokratins väktare*”, 1998, Studentlitteratur.

MacKenzie-Cook P.D. (2006): ” Challenging the new orthodoxy in integrative Medicine”, *Journal Of Alternative And Complementary Medicine* (New York, N.Y.) [J Altern Complement Med] 2006 Sep; Vol. 12 (7), pp. 679-83.

March, J. G. & Olsen, J. P.: (1995) “*Democratic Governance*”, New York: Free Press.

March, James G. & Olsen, Johan P.: ”Ambiguity and accounting: the elusive link between information and decision-making”, in March, James G.: “*Decisions and Organizations*”, 1998, Basil Blackwell.

Marshall, M., A. Gray, A. Lockwood and R. Green (2000): Case Management for People with Severe Mental Disorders. *Cochrane Review*, in The Cochrane Library, Issue 3 29000: update Software, Oxford.

Mason, D.J. (2006): ”So much for evidence”, *The American Journal Of Nursing* [Am J Nurs] 2006 Nov; Vol. 106 (11), pp. 11.

May C, Rapley T, Moreira T, Finch T, Heaven B (2006): Technogovernance: Evidence, subjectivity, and the clinical encounter in primary care medicine”, *Social Science & Medicine* 62 (4): 1022-1030, Feb. 2006.

Meehan T.P., Tate J.P., Holmboe E.S., Teeple E.A., Elwell A., Meehan R.R., Petrillo M.K., Huot S.J. (2004) A collaborative initiative to improve the care of elderly medicare patients with hypertension”, *American Journal of Medical Quality* 19 (3): 103-111 MAY-JUN 2004.

Mintzberg, Henry: “*Structure in Fives: Designing Effective Organizations*”, 1983, Prentice-Hall International Editions.

Moltu, Berit (2005): Satiriske og romatiske forteljingar om organisasjonsendring, i Døving, E. og Å. Johnsen (red.): *Organisasjonsteori på norsk*. Fagbokforlaget.:

Moltu, Berit, Eric Monteiro og Knut H. Sørensen: *BPR is Dead! Long Live the Process. Re-engineering in Norway*. STS- working Paper 2/00, senter for teknologi og samfunn, NTNU Trondheim.

Muir Gray, J. A.: ”*Evidence-based Healthcare – How to make Health Policy and Management Decisions*”, 2001, Churchill Livingstone

Neale A.V., Schwartz K.L., Schenk M., Roth L.M. (2003): ” Scholarly development of clinician faculty using evidence-based medicine as an organizing theme”, *Medical Teacher* 25 (4): 442-447 JUL 2003.

Nelson, R. (2006): “Designing to Heal”, *The American Journal Of Nursing* [Am J Nurs] 2006 Nov; Vol. 106 (11), pp. 25-7.

Newhouse, R.P. (2006): "Expert opinion: challenges and opportunities for academic and organizational partnership in evidence-based nursing practice", *The Journal Of Nursing Administration* [J Nurs Adm] 2006 Oct; Vol. 36 (10), pp. 441-5.

Norges forskningsråd: "Forslag til ny satsning: Forskning og utvikling for verdiskapende innovasjon og fornying i offentlig sektor – For en smartere og mer effektiv offentlig sektor med høyere kvalitet på tjenester og forvaltning 2006-2016". Juli 2006.

Olsen, Johan P. (2004): *Innovasjon, politikk og institusjonell dynamikk*. Arena Working Papers 04/04, Senter for europaforskning, Universitetet i Oslo.

Onyett S. (1998): "Case Management in Mental Health". Cheltenham

Oxman, A.D., J.N. Lavis, A. Fretheim (2007): The Use of Evidence in WHO Recommendations. *Lancet* 369 (9576): 1883 – 1889, June 2, 2007

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 DEC 2003.

Persaud, D.D. & Nestman L. (2006), "The utilization of systematic outcome mapping to improve performance management in health care", *Health Services Management Research: An Official Journal Of The Association Of University Programs In Health Administration / HSMC, AUPHA* [Health Serv Manage Res] 2006 Nov; Vol. 19 (4), pp. 264-76.

Pfeffer, Jeffrey; Sutton, Robert (2006): "Evidence-based management", *Harvard Business Review* 84 (1): 62-+ Jan. 2006.

PUBLIN: <http://www.step.no/publin>

Ramanujam, Ranga & Rousseau, Denise M.: "The challenges are prganizational, not just clinical", 2006, in *Journal of Organizational Behavior* 27, 811-827 (2006).

Ramsdal, Helge og Egil J. Skorstad (2004): "Privatisering fra innsiden – om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering", Fagbokforlaget.

Ramsdal, Helge og Gunnar Vold Hansen: Om sirkelens kvadratur. Psykisk helsearbeid møter bestiller-utfører-organisasjonen, i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol.2. nr. 1, Universitetsforlaget 2005.

Ringen, Petter Andreas & Dahl, Alv A.: ”Modeller og trender i psykiatri – bør nevrobiologi danne en felles basis?”, 2002, i *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr. 20 2002: 122_ 2024-7.

Rousseau, Denise M. (2006): ”Is There Such a Thing as ”Evidence-Based Management”?”, *The Academy of Management Review* (AMR), Vol. 31, No. 2 / 2006.

Rouwette, Etienne A. J. A., Vennix, Jac A. M. (2006): ”System dynamics and organizational interventions”, *Systems Research and Behavioural Science* 23 (4): 451-466 JUL-AUG 2006.

Røste, Rannveig & Godø, Helge: “Notat om innovasjon i offentlig sektor – til utvikling av kompetansegrunnlaget for VIOS”, Arbeidsnotat 3/2005 for Norsk institutt for studier av forskning og utdanning / Senter for innovasjonsforskning

Røvik, Kjell Arne: ”Moderne Organisasjoner – Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet”, 1998, Fagbokforlaget.

Sabel, Charles (2001): A Quiet Revolution of Democratic Governance: Towards Democratic Experimentalism, i OECD Future Studies: *Governance in the 21st Century*, OECD 2001.

Sacket, D. L., Rosenberg, W., Muir-Gray, J. A., Haynes, R. M., Richardson, W. S.: “Evidence-based medicine. What is it and what isn’t it”, 2005, i *British Medical Journal*, 1996; 312: 71-72.

Sales A., Smith J., Curran G., Kochevar L. (2006): ”Models, strategies, and tools - Theory in implementing evidence-based findings into health care practice”, *Journal of General Internal Medicine* 21: S43-S49 Suppl. 2, FEB 2006

Sandars, John: MSc FRCGP MRCP CertEd, Richard Heller MD FRCP FFFPHM (2006): “Improving the implementation of evidence-based practice: a knowledge management perspective”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 12 (3), 341–346. doi:10.1111/j.1365-2753.2006.00534.x .

Sanders, D.; Labonte, R.; Baum, F. & Chopra, M. (2004): *Bulletin of the World Health Organization* 82 (10): 757-763 OCT 2004.

Scheuer, John Damm: "*Patientforløb I praksis – en analyse af en idé oversættelse i mødet med praksis*", 2003, Ph.d. avhandling for Forskningscenter for Ledelse & Organisation i Sygehusvæsenet ved Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøyskolen i København.

Sears, N.J. (2006): "Deriving cost savings while enhancing quality of care through effective case management in the acute care facility", *Lippincott's Case Management: Managing The Process Of Patient Care*. [Lippincotts Case Manag] 2006 Jan-Feb; Vol. 11 (1), pp. 59-60.

Shojania, K.G. & Grimshaw, J.M. (2005): "Evidence-based quality improvement: The state of the science", *Health Affairs* 24 (1): 138-150 Jan-Feb 2005.

Shortell, S.M. (2004): "A research agenda for addressing the managerial and organizational challenges facing health care delivery in the United States", *Care Research and Review* 61 (3): 12S-30S Suppl. S, SEP 2004.

Sosial- og helsedirektoratet (1999): "*Retningslinjer for Retningslinjer*".

Springer P.J.; Corbett C.; Davis N. (2006): "Enhancing evidence-based practice through collaboration", *The Journal Of Nursing Administration* [J Nurs Adm] 2006 Nov; Vol. 36 (11), pp. 534-7.

Statskonsult: "*Strategier og planer for innovasjon og fornyelse i offentlig sektor*" – Rapport til Norges Forskningsråd", mai 2006.

Swank, C. K. (2003): "The lean service machine", *Harvard Business Review* [Harv Bus Rev] 2003 Oct; Vol. 81 (10), pp. 123-9, 138.

Timmermanns, Stefan & Berg, Marc: "*The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*", 2003, Temple University Press.

Timmermanns, Stefan (2005): "*From autonomy to accountability - the role of clinical practice guidelines in professional power*", *Perspectives in Biology and Medicine* 48 (4): 490-501 FAL 2005.

Van de Ven, Andrew H., & Poole, Marshall Scott: "Alternative Approaches to Studying Organizational Change", 2005, in *Organizational Studies*, Vol 26, No. 9, 1377-1404.

Van de Ven, A. H. et al. (1999): *“The Innovation Journey”*, New York, Oxford, Oxford University Press.

Vikkelsø, Signe & Vinge, Sidsel: *”Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet”*, 2004, Handelshøyskolens Forlag.

Wagner EH, Bennett SM, Austin BT, Greene SM, Schaefer JK, Vonkorff M (2005): ”Finding common ground: Patient-centeredness and evidence-based chronic illness care”, *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 11: S7-S15 Suppl. 1, 2005.

Walshe, Kieran & Rundall, Thomas G.: “Evidence-based Management: From Theory to Practice in Health Care”, 2001, in the *Milibank Quarterly*, Volume 79, Number 3, 2001.

Walston, S.L., Kimberly, J.R., Burns, L.R.: “Institutional and Economic Influences on the Adoption and Extensiveness of Managerial Innovation in Hospitals: The Case of Reengineering”, 2001, in *Medical Care Research and Review*, 2001, Vol. 58, No. 2, s. 194-233.

Westphal, JA. (2005): ”Resilient organizations: matrix model and service line management”, *Journal of Nursing Administration* (J NURS ADM), 2005 Sep; 35(9): 414-9.

Wikström, Ewa & Lindberg, Kajsa: ”Samverkan, vårdkedjor och standardiserade bedömningsinstrument i missbrukarvården – Utvärdering av Modellkommunprojektet”, Rapport 20, 2006, GRI, Handelshögskolan ved Göteborgs universitet.

Wilkes M.S.; Srinivasan M.; Flamholtz E. (2005): ” Effective organizational control: implications for academic medicine”, *Academic Medicine: Journal Of The Association Of American Medical Colleges* [Acad Med] 2005 Nov; Vol. 80 (11), pp. 1054-63.

World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO 2002

Wood, Martin and Ferlie, Ewan: “Journeying from Hippocrates with Bergson and Deluze”, 2003, in *Organization Studies* 2003; 24; 47.