

KAPITTEL 6

Proessorienterte modeller – tre organisatoriske utfordringer

Mona Jerndahl Fineide

Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold

Sammendrag: Kapitlet diskuterer hvilke organisatoriske utfordringer som bør håndteres for at proessorienterte modeller kan bidra til bedre samordning. Behandlingslinjer er et illustrerende eksempel på en slik proessorientert tilnærming, og det empiriske materialet er hentet fra en studie om innføring av to ulike behandlingslinjer for ADHD. Gjennom å belyse hvordan selve standardiseringsarbeidet ble gjennomført, trekkes det frem tre organisatoriske utfordringer. Den første er anvendelsesområdet for behandlingslinjen. En avgrensning kan bidra til at standardiseringsarbeidet blir utført tett på de som har informasjon om hvilke samordningsutfordringer som må løses. Den andre utfordringen er å anvende hensiktsmessige verktøy og teknikker i standardiseringsarbeidet med henblikk på å finne egnede tiltak for å bedre samordningen. Og den tredje er forberedelse for god implementering, og at det iverksettes kompetansehevende tiltak i samarbeid med de som skal anvende det nye verktøyet. Disse tre utfordringene er alle sentrale i standardiseringsarbeidet, og bør håndteres for at proessorienterte modeller kan bidra til bedre samordning.

Nøkkelord: proessorienterte modeller, pakkeforløp, standardisering, organisering

Introduksjon

Proessorienterte modeller i helse- og velfredssektoren betegnes ofte som behandlingslinjer, pakkeforløp eller pasientforløp. De ulike modellene kan romme alt fra velavgrensede prosedyrer som gjelder behandling av en enkelt diagnose, til omfattende samhandlingsprosesser mellom store deler av helse- og velferdstjenestene. Her handler det ikke om den enkelte prosedyrestandard, men om et helt sett av standarder som er satt sammen i en

Sitering av dette kapitlet: Jerndahl Fineide, M. (2019). Proessorienterte modeller – tre organisatoriske utfordringer. I C. Bjørkquist & M. Jerndahl Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 145–167). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.66.ch6>.
Lisens: CC BY 4.0

kjede for å beskrive hvordan aktørene, oftest profesjonsutøvere, skal utføre sin del av arbeidsprosessen. Modellene benytter IT-baserte systemer som visualiserer hvert enkelt steg i arbeidsprosessen ned på flytskjemanivå, og det legges inn detaljerte aktivitetsbeskrivelser som viser fremgangsmåten i behandlingen av de ulike arbeidsoppgavene. Utviklingen av slike prosessorienterte modeller representerer en tung idéstrømning i organisasjonstenkningen (Røvik, 2016, s. 182). I tillegg kan denne tilnærmingen betraktes som en premissleverandør for samhandling i helse- og velferdssektoren og for helse- og velferdspolitiske prioriteringer (Dent, 2008; Fineide & Ramsdal, 2014; Ramsdal & Ramsdal, 2009). I dette kapitlet vil jeg diskutere hvilke organisatoriske utfordringer som bør håndteres for at prosessorienterte modeller kan bidra til bedre samordning. Jeg vier spesiell oppmerksomhet til hvordan prosessorienterte modeller – her behandlingslinjer – blir laget, altså hvordan selve standardiseringsprosessen blir gjennomført. Det empiriske grunnlaget er hentet fra to ulike behandlingslinjer: for barn og unge med ADHD og for voksne med ADHD.

Gjennom de siste 10–15 årene har det vært tydelige politiske føringer som angir en ambisjon om at innføring av prosessorienterte modeller skal bidra til å løse kvalitets- og koordineringsproblemer i helse- og velferdssektoren. Samhandlingsreformen, slik den er beskrevet i Stortingsmelding nr. 47 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) skisserer at gode, helhetlige pasientforløp i større grad bør bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenesten. For at forløpstankegangen skal bidra til bedre samhandling, pekes det på at spesialisthelsetjenesten bør bevege seg utenfor sine egne enheter: «Et viktig utviklingstiltak må være at spesialisthelsetjenesten utvider perspektivet og i større grad medvirker i utvikling av forløp som går på tvers av tjenesteområder og forvaltningsnivå» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 112–113). Sitatet over er et uttrykk for en klar forventning om at spesialisthelsetjenesten trekker kommunene og andre aktører, for eksempel fastlegene, inn i et samarbeid om å utvikle prosessorienterte modeller. Nasjonal helse- og sykehusplan for 2016–2019 uttrykker følgende problemformulering og ambisjoner:

Stor variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester kan være en indikasjon på kvalitetssvikt og innebære en fare for pasientsikkerheten. Variasjon kan være uttrykk for underbehandling, overbehandling eller feilbehandling.

Standardisering av pasientforløp, med utgangspunkt i oppsummert kunnskap og faglige retningslinjer, er viktig for et godt behandlingsresultat, for god utnyttelse av kompetanse og ressurser i sykehusene, og ikke minst for å sikre pasientene helhet, kvalitet og sammenheng. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 34)

Som nevnt er det selve standardiseringsarbeidet (produksjonen) av prosessorienterte modeller dette kapitlet dreier seg om. Første del tar for seg hvordan standardisering av arbeidsprosesser kan forstås som former for regulering i vid forstand, deretter vil jeg presentere metoden som er anvendt. Tredje del belyser hvordan standardiseringsarbeidet ble gjennomført da de to ulike behandlingslinjene for ADHD ble produsert. Fjerde del diskuterer tre mulige organisatoriske utfordringer som bør håndteres, og i siste del oppsummeres kapitlet.

Standardisering er regulering i vid forstand

Prossessorienterte modeller angir prosedyrer for hvordan arbeidsprosesser skal utføres: De er standardiserte. I tråd med Mintzbergs (1983) tese er utvikling og bruk av standarder en viktig koordineringsmekanisme når det finnes høy grad av arbeidsdeling og spesialisering i og mellom organisasjoner. Man kan oppnå økt forutsigbarhet og kontroll med arbeidsprosessene, noe som er viktig for å redusere forskjellsbehandling av pasienter og brukere, forhindre dobbeltarbeid og forhindre at tjenestene får dårlig kvalitet. Det er imidlertid grenser for hvor langt man kan standardisere. Ved høy grad av kompleksitet, og ved raskt skiftende omgivelser, er standardisering ikke lenger optimalt (Mintzberg, 1983).

En standard er en regel

Regler er viktige elementer i alle organisasjoner, og vi skal nå se nærmere på direktiver, normer og standarder som alle er ulike typer regler. Et *direktiv* er en regel som har element av å tvinge noen til visse handlinger, og som ofte har sanksjoner knyttet til seg. De kan snarere ligge i andres interesse enn i ens eget, de er eksplisitte, og vanligvis er de nedskrevet.

Normer er internaliserte regler vi kan følge uten å behøve å reflektere over dem. Det er først når noen bryter en norm, at vi merker det. *Standarder* ligner på direktiver, og skiller seg fra normer på den måten at de er eksplisitte og har en tydelig opphavsperson. De skiller seg fra direktiver gjennom at de er laget med henvisning til at de er frivillige å følge. Om standarder følges eller ikke, beror ikke på standardiseringens makt eller autoritet, men heller på at mottakeren skal ha interesse av å følge dem (Brunsson & Jacobsson, 2000).

Standardisering av arbeidsprosesser gjennom prosessorienterte modeller er tuftet på en rekke prosedyrestandarder. Dette er eksempelvis retningslinjer, manualer og veiledere for hvordan helsepersonellet skal forholde seg til sårbehandling, eller hvordan en barnevernsansatt skal behandle en bekymringsmelding ved mistanke om omsorgssvikt. Prosedyrestandarder kan ha ulik grad av detaljnivå, de kan være utledet fra ulike kilder, og mottakergruppene kan variere. Denne typen standard forsøker altså å standardisere selve *innholdet* av arbeidet, noe som tidligere ene og alene var overlatt til den enkelte profesjonsutøver (Timmermans & Berg, 2003).

Fra idé til praksis

Standardisering som begrep kan defineres som «prosessen fra behov/ idé til ferdig utviklet standard» (Standard Norge, 2019). Det er mange aktører som lager regler i ulike settinger uten at vi er oppmerksomme på deres eksistens; reglene bare *er* der. Og verden er full av standarder og «standardiserere» (Brunsson & Jacobsson, 2000). Standardiseringsarbeid foregår i alle organisasjoner og berører ulike nivåer samt forholdet mellom ulike aktører i organisasjoner. Internt i organisasjonen kan det være en leder, rådgivere i støttefunksjoner, en profesjonsgruppe eller flere profesjoner som samarbeider om å utarbeide nye standarder. Standardiseringsarbeid foregår også utenfor organisasjoner – i den hensikt å regulere andre organisasjoner. I organisasjonsforskningen har det vært lite oppmerksomhet rundt nettopp dette, som ofte omtales som reguleringer (Ahrne, Brunsson & Tamm Hallström, 2007). For helse- og velferdsfeltet kan det eksempelvis være Helsedirektoratet, Kunnskapsenteret eller en

internasjonal organisasjon som har laget standarden, og da gjerne i form av retningslinjer, veiledere eller prosedyrer.

Hva så, når idéer om standardisering skal implementeres i den hensikt å forbedre eksisterende praksis? Her er litteraturen entydig på at dette er svært utfordrende. Pfeffer & Sutton (2000) så nærmere på hva som skjedde i organisasjonene når nye løsninger ble introdusert, og de fant at seksti prosent av idéene aldri ble tatt i bruk. Tretti prosent av de idéene som ble tatt inn, ble faktisk tatt i bruk, men ikke slik de var tenkt. Kun ti prosent av idéene som ble tatt inn, ble ansett som vellykkete i den forstand at idéen ble omsatt til endring av praksis (Pfeffer & Sutton, 2000). Selv om denne studien ikke eksplisitt tok for seg idéen om prosessorienterte modeller, viser andre studier til at implementering er utfordrende (Bjurling-Sjöberg, Wadensten, Pöder, Jansson & Nordgren, 2018; Fineide, 2012; Holroyd-Leduc, mfl., 2013; Mccrone, Jarrett, Evans-Lacko & Thornicroft, 2010).

Det kan være mange årsaker til «gapet» mellom idé og praksis. Én årsak kan være at standardisering gjennom prosedyrer er det mest radikale og direkte forsøket på å foreskrive personellens handlinger (Timmermans & Berg, 2003). Standardisering gir nettopp muligheter for å kontrollere og regulere hvordan den ansatte skal utføre arbeidet sitt: «Because the range of stimuli is greatly reduced by standardisation and specialising in one activity, the subordinate has fewer opportunities to make decisions that maximise personal interest rather than the organisation's interests» (Perrow, 1986, s. 129). Profesjoner har jurisdiksjon over visse arbeidsområder som de søker å kontrollere samt hindre at andre profesjonsgrupper kommer inn på (Abbott, 1998). Prosedyrene kan således legge normative føringer for arbeidsutførelsen. En annen årsak til «gapet» mellom idé og praksis kan være organisatorisk dekopling. Dette fenomenet viser til hvordan organisasjoner aktivt og med hensikt dekopler for å unngå konflikter og tap av legitimitet – både innad i organisasjonen og utad overfor omgivelsene. Dette er et vanlig organisatorisk fenomen: «...these new practices and procedures function as powerful myths» (Meyer & Rowan, 1977, s. 340).

Det kan være flere forklaringer til at dekopling finner sted, og en standard fortolkning er at den nye idéen (her idéen om prosessorienterte

modeller) ikke passer inn i eksisterende arbeidsmåter og praksiser. De nye idéene kan altså sees som symboler som kan bidra til å gi legitimitet snarere enn å forbedre eksisterende praksiser. Standardiseringstiltak blir ofte forklart med at det er behov for noe nytt, som en løsning på problemer eller som en del av organisasjonens strategier. Når organisasjonene viser til at de adopterer disse nye idéene, blir disse som et slags «utstillingsvindu» overfor sine omgivelser (Brunsson & Jacobsson, 2000; DiMaggio & Powell, 1991; Scott & Meyer, 1994).

Det kan altså være en rekke organisatoriske utfordringer i standardiseringsarbeidet som må håndteres for at prosessorienterte modeller kan bidra til bedre samordning. På et operativt nivå er det interessant å studere de som kan omtales som «regelmakere», og som sitter i førersetet i standardiseringsarbeidet. Her vil jeg hevde at det kan være en sammenheng mellom hvordan standardiseringsarbeidet gjennomføres, og hvorvidt behandlingslinjen vil kunne anvendes og tas i bruk som et samordningsverktøy. Inspirert av Fernler & Helgesson (2006: 36) vil sammenhengen mellom kunnskapsbase, regelproduksjon og det å følge regler illustreres slik:

Figur 1 – En enkel fremstilling av forholdet mellom kunnskap og regler.



Figur 1. Rasjonell regelproduksjon (Kilde: Fernler & Helgesson 2006, s. 36).

Denne tradisjonelle måten å forstå forholdet mellom kunnskap og regler på er tuftet på idéen om at kunnskapsbasen som anvendes under standardisering, er noe som er stabilt og entydig. Dette er jo for så vidt i tråd med standardiseringens natur, at standardisering skal bidra til å eliminere usikkerhet (Mintzberg, 1983). I praksis vil arbeidet med standardisering bestå av sosiale grupper med ulike aktører som kan ha ulikt kunnskapsgrunnlag, ulike interesser og ulike formål. Vi har sett at det kan være flere mulige årsaker til de utfordringene som kan oppstå ved implementering av nye idéer. I tråd med Evans-Lacko mfl.

(2010), som hevder at «successful implementation of care pathways is dependent on the development process» (Evans-Lacko mfl., 2010, s. 4), vil jeg belyse hvordan samordningsaspektet ble håndtert under selve standardiseringsarbeidet.

Metode

Analysen bygger på data som ble innhentet i forbindelse med et doktorgradsstudium i arbeidsvitenskap, der jeg så nærmere på hva som skjedde med profesjonsutøvelsen når idéer om standardisering møtte lokal arbeidspraksis (Fineide, 2012). Denne studien hadde særlig oppmerksomhet på hvilke typer behandlingsfaglig kunnskap som fikk innpass i de to ulike behandlingslinjene for ADHD.

Metodene som ble benyttet i studien, var semistrukturerte intervjuer av de som hadde deltatt i standardiseringsarbeidet, og deltakende observasjon med videopptak av møter. Totalt 27 profesjonsutøvere fra ulike kommunale virksomheter og spesialisthelsetjenesten ble intervjuet og/eller observert. Dette var rådgivere ved PPT (Pedagogisk psykologisk tjeneste), kliniske psykologer, overleger i psykiatri, barnepsykiater, helsesøstre, fysioterapeut, vernepleier, sosiallærer/rådgiver ved skole og rådgivere i spesialisthelsetjenesten som fungerte som såkalte fasilitatorer under standardiseringsarbeidet (Fineide, 2012, s. 45). I tillegg ble det gjennomført en dokumentanalyse av prosjektplaner, møtereferater og annet.

Som empirisk grunnlag for dette kapitlet har jeg anvendt de transkriberte intervjuene, observasjonene og dokumentene med det formål å belyse hvordan samordningsaspektet ble håndtert da de to behandlingslinjene for ADHD ble laget. Jeg har sett på hvem som tok initiativet til å lage behandlingslinjene, hvem som deltok i standardiseringsarbeidet, og hvilke arbeidsformer som ble benyttet. Videre har jeg sett på hvilke verktøy som ble anvendt, og hvordan problemene som dukket opp under standardiseringsarbeidet underveis, ble løst. Dette blir presentert i de to neste avsnittene. Ut av denne beskrivende analysen tegnet det seg – tematisk sett – tre organisatoriske utfordringer som jeg diskuterer. Oppsummert går denne studien i dybden, med en kombinasjon av deskriptivt og eksplorerende design, og analysene er karakterisert av en

kombinasjon av induktive og deduktive tilnærminger (Andersen, 1997; Jacobsen, 2005; Yin, 2003).

Innledningsvis redegjorde jeg for problemstillingen som handler om hvilke organisatoriske utfordringer som bør håndteres for at prosessorienterte modeller kan bidra til bedre samordning. Jeg har nå reanalyisert tidligere innhentete data om hvordan to ulike behandlingslinjer for ADHD ble laget, fordi tematikken fortsatt er svært tidsaktuell. Det styrende rammeverket – med de politiske føringene om standardisering i form av prosessorienterte modeller – er blitt enda tydeligere de senere årene, og det er svært mange aktører som arbeider med ulike former for standardisering i form av pakkeforløp, pasientforløp og lignende. Behandlingslinjen for voksne med ADHD er et eksempel på en prosessorientert tilnærming som er avgrenset til noen få avdelinger innenfor ett sykehus, og dette er et illustrerende eksempel på det standardiseringsarbeidet som i dag foregår innenfor spesialisthelsetjenesten. Men det kan også illustrere standardiseringsarbeid som foregår i andre deler av helse- og velferdstjenestene. Behandlingslinjen for barn og unge med ADHD var basert på behovet for samordning mellom spesialisthelsetjenesten, kommuner og fastleger, og dette er en aktuell illustrasjon på de nyere politiske føringene med en forventning om at spesialisthelsetjenesten bør bevege seg utenfor egne enheter i arbeidet med standardiserte pasientforløp.

Standardisering i psykisk helsearbeid

Flere norske sykehus har utviklet behandlingslinjer for ADHD, og noen er tilgjengelige på nettsiden til Helsebiblioteket, som beskriver følgende om behandlingslinjer:

En behandlingslinje er en oversikt over anbefalt håndtering av en sykdom gjennom et tidsforløp. Verktøyet kan også kalles et standardisert pasientforløp. Poenget er å skape forutsigbarhet og god samhandling. (Folkehelseinstituttet, 2014)

Helsebiblioteket skriver videre at både retningslinjer og behandlingslinjer er verktøy som brukes for å styre kvaliteten i helsevesenet, og at behandlingslinjer beskriver hvilke tiltak som skal gjennomføres,

hvem som skal gjennomføre dem, når de skal gjennomføres, og hvilket resultat man kan forvente: «En behandlingslinje kan inkludere mange kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Den inneholder også standardisert informasjon til pasienter» (Folkehelseinstituttet, 2014).

Jeg skal nå presentere hvordan de to ulike behandlingslinjene for ADHD ble laget. Standardiseringsarbeidet foregikk til ulik tid, og ulike aktører var involvert, men de ble utarbeidet innenfor det samme helseforetaket, heretter omtalt som Sykehuset. På det tidspunktet arbeidet med behandlingslinjen for barn og unge startet opp, ble behandlingslinjer definert som «en dokumentert beskrivelse av et forventet pasientforløp for en definert diagnosegruppe, forankret i faglig evidens og koplet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater» (Sykehusets definisjon av behandlingslinjer). Arbeidet med å lage de to behandlingslinjene presenteres kronologisk i hvert sitt avsnitt. Den første delen belyser den organisatoriske konteksten gjennom en nærmere tre år lang standardiseringsprosess for å utvikle en behandlingslinje for barn og unge med ADHD.

Behandlingslinje for barn og unge med ADHD

Idéen om å utvikle behandlingslinjen kom fra profesjoner som arbeidet ved BUP (Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri) og BUPP (barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) på Sykehuset. Dedikerte profesjonsutøvere, spesielt en nevropsykolog og en barnepsykiater, hadde deltatt i Gjennombruddsprosjektet, som ble finansiert av Den Norske Lægeforenings fond for standardisering og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten (Hammer & Torp, 2006, s. 8). At ADHD ble gjenstand for et slikt prosjekt, hadde sin årsak i at det var publisert en rapport fra SINTEF (Andersson mfl., 2004), som tilsa at det var et presserende behov for å finne et verktøy som kunne bøte på de store koordineringsproblemene i oppfølgingen av barn og unge med ADHD. Her ble det – gjennom å bruke statistisk prosesskontroll (SPC) – etablert lokale forbedringsteam som veiledes av prosessendringsrådgivere gjennom en endringsperiode på rundt et halvt år. I løpet av denne tiden ble det gjennomført tre forbedringsseminarer, hvor ekspertgruppen, veiledere og forbedringsteamene kom sammen og utvekslet erfaringer og idéer. SPC gjør det mulig å gjennomføre

kontinuerlige forbedringer og målinger av for eksempel ventetider, varighet av de ulike prosedyrene, liggetid og ressursbruk (Nyen, 2009). SPC kan sees som en teknisk innretning som brukes i Lean-konseptet, der den «magre og slanke» produksjonen – med fravær av sløsende faktorer – blir sett på som den mest effektive (Stewart mfl., 2009). Metoden er hyppig brukt på norske sykehus for å optimalisere arbeidsprosessene. Et poeng med den er å få et sikrest mulig kunnskapsgrunnlag om hvilke samordningsutfordringer som eksisterer, slik at de nye arbeidsprosessene bidrar til mer helhetlige tjenester for pasienten.

De organisatoriske rammene rundt behandlingslinjen for barn og unge med ADHD var et prosjekt som ble ledet av Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) i et norsk helseforetak. De som ledet prosjektet, hadde selv vært deltakere i Gjennombruddsprosjektet. Det ble etablert fem team med utgangspunkt i hver av de fem regionale barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene (BUPP). Teamene besto først og fremst av profesjonsutøvere som arbeidet i BUPP og i kommunene, og de ble ledet av en representant for BUP eller BUPP. Rundt femti profesjonsutøvere var involvert i standardiseringsarbeidet. Det ble etablert en referansegruppe for prosjektet som blant andre besto av ADHD-foreningen, Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD samt Fylkesmannen.

Arbeidsformen i prosjektet var at de fem teamene drøftet forslag til «hvem som skulle gjøre hva», de foreslo lokale tilpasninger og kom med kommentarer og forslag til manualer som ble lagt fram av prosjektledelsen. I tillegg ble det utarbeidet flytskjemaer som beskrev et typisk eksempel på dagens situasjon rundt oppfangning, vurdering og henvisning. Her ble det brukt symboler som viste start og slutt på arbeidsprosessen: fra mistanke om ADHD til henvisning og utredning med påfølgende aktivitetsbeskrivelser for de ulike aktørene og enhetene som var involvert. Det synes ikke som om det ble foretatt analyse av de reelle samordningsutfordringene mellom de berørte enhetene.

De fem teamene hadde egne møter, og det var felles samlinger for alle deltakerne. De berørte enheter for denne behandlingslinjen var fastlegene, Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), helsestasjonene, barneverntjenesten, skolene/barnehagene og de fem regionale BUPP-kontorene. I praksis vil det si at dette prosjektet handlet om å lage en behandlingslinje som skulle gjelde for hele fylket.

Det ble tidlig etablert noen hovedprinsipper for barn og unge med ADHD (og deres familier) om at dette var et felles ansvar for kommunen og BUPP. Det som kunne gjøres av arbeidsoppgaver i kommunene, skulle gjøres der. Som hovedregel skulle diagnostiske konklusjoner og (hvis aktuelt) medikamentell behandling forankres i spesialisthelsetjenesten (BUPP). Et viktig prinsipp var at fastlege og PPT skulle gjøre sine utredninger før henvisning til BUPP. PPT skulle da innhente nødvendige supplerende opplysninger fra skole og helsestasjon.

Arbeidet med å utvikle denne behandlingslinjen ble drevet av dedikerte profesjonsutøvere. Således var det profesjonene selv som i praksis besluttet hva behandlingslinjen skulle inneholde, siden de berørte lederne var fraværende i standardiseringsarbeidet. Det var også fravær av diskusjoner og analyser av potensielle utfordringer rundt særlig to sentrale forhold, nemlig usikkerheten i kunnskapsgrunnlaget som eksisterer rundt denne diagnosen, og usikkerheten rundt prinsipper for arbeidsdeling – og da særlig mellom barne- og ungdomspsykiatrien, fastlegene og de øvrige kommunale tjenestene, som for eksempel PPT. Vi skal nå se mer konkret hva sistnevnte handlet om.

Flere av deltakerne som ble intervjuet, var opptatt av at fastlegene ikke var representert i standardiseringsarbeidet. Arbeidsgruppene skulle altså lage en ny prosedyre (her omtalt som manual) for fastlegene – basert på de etablerte prinsippene om ny arbeidsdeling – uten at «stemmen» som kunne representere fastlegene, var til stede. Prosjektledelsen diskutert hva de kunne gjøre med dette, om de eksempelvis skulle ha informasjonsmøter med alle legene. Med utgangspunkt i at det er flere hundre fastleger i denne regionen, var det vanskelig å nå alle, og det «bare rant ut» (i sanden), som en av informantene uttrykte det.

Ingen i arbeidsgruppene hadde lederposisjoner. Dette var flere av informantene opptatt av. En psykolog i BUP som ledet en av de fem arbeidsgruppene, forteller at ingen hadde lederrolle i sine respektive virksomheter:

Ikke noen av oss hadde den type innvirkning på våre arbeidsplasser, direkte ... og alle måtte gå linjen opp i forhold til sine ledere når vi skulle informere om prosessene.

Psykolog i BUP

Det kan synes som dette var mindre problematisk i BUP og BUPP, siden dette er innenfor spesialisthelsetjenesten, og siden det nettopp var her prosjektet hadde sin ledelse og forankring. Men det handlet ikke bare om å informere om standardiseringsarbeidet. Dette skulle (for mange aktører) kunne ut i en ny arbeidsdeling mellom kommunale virksomheter, fastleger og barne- og ungdomspsykiatrien. Spesielt handlet det om etablering av nye arbeidsprosesser for henvisning, der PPT og fastlegene skulle utføre utredninger av barnet før henvisning til BUPP, slik det ble beskrevet i manualene.

Det ble utarbeidet brosjyrer med manualer for hver enkelt virksomhet, og disse ble sendt til alle kommuner, fastleger og avdelinger i spesialisthelsetjenesten. De var også tilgjengelige i elektronisk format på internett og som CD.

Som nevnt ble behandlingslinjen for voksne laget etter at behandlingslinjen for barn og unge var ferdigstilt, og det skjedde innenfor det samme helseforetaket. Vi skal nå se nærmere på hvordan denne ble laget.

Behandlingslinje for voksne med ADHD

Dette standardiseringsarbeidet hadde en varighet på nærmere to år, og det ble gjennomført i linjen på Sykehuset, det vil si ikke som et eget prosjekt. Initiativet sprang ut fra et fagmiljø som var opptatt av at voksne ADHD-pasienter ikke ble fanget opp og at de var «kasteballer» mellom de ulike enhetene på Sykehuset. Oppstarten av arbeidet ble godkjent av divisjonsdirektøren, som oppnevnte en overlege i psykiatri som leder av arbeidet, her omtalt som BAL (behandlingslinjeansvarlig lege). Vedkommende rekrutterte en arbeidsgruppe med psykologer og psykiatere som representerte både sengeposter og poliklinikker. En brukerrepresentant var også til stede på de fleste møtene. Det var to rådgivere fra HR-enheten som støttet opp under arbeidet med praktiske oppgaver som møteinnkallinger og referater, og den ene av disse var fasilitator. Dette er en rolle som sørger for å stille arbeidsgruppen spørsmål samt anvende «gule lapper», flytskjemaer og digitale verktøy under standardiseringsarbeidet.

Da arbeidsgruppen skulle starte opp, var meningen at den skulle ta utgangspunkt i behandlingslinjen for barn med ADHD, og at den skulle

omfatter både Sykehuset, kommunene og fastlegene. Men for å gjøre standardiseringsarbeidet overkommelig, ble det i dialog med divisjonsdirektøren besluttet at behandlingslinjen kun skulle gjelde for spesialisthelsetjenesten. De ulike enhetene som behandlingslinjen for voksne med ADHD skulle omfatte, var Seksjon for langtidsbehandling av rus og psykisk helse, Seksjon for avgiftning og kartlegging, og Seksjon for utredning og behandling. Den skulle videre gjelde for Sosialmedisinsk poliklinikk (SMP), som har fem regionkontorer, og Distriktpsikiatrisk senter (DPS), som har fire regionkontorer og tilbyr både dag- og døgntbehandling. Alle enheter er ved Sykehuset.

Arbeidsformen var ofte slik at arbeidsgruppen diskuterte og kom med forslag i møtene, og at den gjerne sendte forslagene med dokumentasjon på e-post til fasilitatoren og BAL. Deretter la fasilitatoren dette inn i verktøyet, og viste det fram på neste møte. Var det større temaer som skulle utredes, ble det satt ned arbeidsgrupper som kom med forslag som ble diskutert i møtene. Av referatene fremkommer det at teamet ut fra egne erfaringer simulerte de ulike problemstillingene som kan være aktuelle i to valgte caser: «En voksen gjennomsnittsperson, simplex med ADHD som ikke er fanget opp», og caset «kompleks - ADHD som er mennesker med flere og sammensatte psykiske lidelser».

Her brukte arbeidsgruppen flippover-ark utover møtebordet og utarbeidet flytskjemaer med «gule lapper» som visualiserte hvilke oppgaver som ble utført, og hvilke aktører som var involvert i arbeidsprosessene rundt fire «hovedstasjoner» i forløpet. Dette var «oppfanging», «henvisning», «utredning og diagnostisering» samt «behandling, tiltak og oppfølging».

De forholdt seg til slik de opplevde dagens situasjon, og det var vanskelig å avholde seg fra beskrivelse av tiltak for å gjøre forbedringer (noe som ble lagt inn senere). Det kom fram at det var en mulig gevinst i å standardisere utrednings- og diagnostiseringsverktøyene, men at det var behov for opplæring, og at det var viktig at ekspertisen i utredning og diagnostisering av ADHD skulle være kvalitetsmessig god nok.

Det viste seg at det var få pasienter som var registrert med en ADHD-diagnose i det kodesystemet som Sykehuset bruker (ICD 10). Dette ble sett i sammenheng med at det var manglende kompetanse på

ADHD i fagmiljøene. For å sjekke ut nettopp dette kartla arbeidsgruppen de ansattes kompetanse på utredning og diagnostisering av ADHD ut fra de gjeldende kriteriene i den nasjonale veilederen IS-1244. Resultatet var nedslående:

Det fantes så å si ikke noe kompetanse på ADHD i forhold til utredning. Og diagnostisering ... Det var noe på DPS, ingenting på SMP ... og lite innenfor sengepostene eller på poliklinikkene ...

Intervju med fasilitator

Problemene med at pasienter ikke fanges opp, og at de ikke blir diagnostisert, kan illustreres med hjertesukket som en psykiater kom med på et arbeidsgruppemøte i forbindelse med at enkelte pasienter som har ADHD, blir feildiagnostisert:

De har gått gjennom hele systemet, og folk oppe i 30–40-årene som har helt klassiske symptomer på det (ADHD), og ikke blitt tatt på alvor noe sted ... fått ødelagt mesteparten av sitt voksne liv ... fordi at ingen har sett det ...

Observasjon under et arbeidsmøte

Feildiagnostisering eller underdiagnostisering kan resultere i at pasienter blir «kasteballer» mellom de ulike enhetene og virksomhetene i helse- og velferdssektoren. Med utgangspunkt i egen divisjon i spesialisthelsetjenesten ble det fastslått at det var samordningsproblemer internt, og at ventetiden for pasientene var for lang.

På spørsmål om hvem som skulle utrede og diagnostisere, tok arbeidsgruppen utgangspunkt i de ulike enhetene innenfor divisjonen. I et referat fra et arbeidsgruppemøte sakses følgende:

Vi vet at det er betydelig ventetid på utredning og diagnostisering og det er et faglig ønske om *at de som gjør dette skal være godt kvalifisert og de skal arbeide så mye med det at det blir effektivt og godt nok*. I utgangspunktet er det DPS som har denne oppgaven. *Det det må avklares hvem og hvor dette skal gjøres ut i fra dette perspektivet.*

BAL fikk avklart spørsmålet med ledelsen for divisjonen. Her ble det besluttet at utredning og diagnostisering skulle utføres der pasienten først tas inn i divisjonen, enten det er DPS, SMP eller en sengepost. Dette

betyr i praksis at utrednings- og diagnostiseringsoppgaver som tidligere var forbeholdt få enheter, nå skulle utføres av alle de berørte enheter i divisjon for psykisk helsevern. DPS spiller jo en hovedrolle, men her så arbeidsgruppen raskt at det var behov for internopplæring, spesielt av de ansatte på SMP.

I praksis har et par enheter tradisjonelt hatt utredning og diagnostisering av denne pasientgruppen som sitt «domene», og gjennom denne prosedyren ble således dette rokket ved. Av møtereferater og observasjoner ser det ikke ut som om dette var et tema som ble problematisert.

Det neste problemet som måtte løses, var å finne frem til et standardisert verktøy for utredning og diagnostisering. Dette var et stadig tilbakevendende tema på møtene. Her vil jeg vise til en sekvens fra et møte i arbeidsgruppen, der den går gjennom forslaget til prosedyren rundt dette.

Arbeidsgruppen var blitt utfordret på å finne fram til standardiserte utrednings- og diagnostiseringsverktøy som kunne brukes på alle enheter, uavhengig av profesjonstilknytning. Fasilitatoren forklarte at det var vanskelig for gruppen å komme fram til et standardisert verktøy:

Vi har hatt mange diskusjoner ... på verktøyene, valg av verktøy ... Og det er fordi at alle de som sitter i den gruppa har ulike erfaringer og ulike ... noen er mer glad i dem verktøyene enn i dem verktøyene ... Og noen jobber mer med rusrelaterte problemstillinger og andre mer med psykiatriske problemstillinger. Og da vil ulike verktøy være naturlig å bruke.

Intervju med fasilitator

Fasilitatoren fortsetter med å fortelle at de fortsatt har en vei å gå, men slik hun tolker det, har de i hovedsak blitt enige om hvilke utrednings- og kartleggingsverktøy som skal brukes. Dette har de fått til gjennom at de som er med på standardiseringsarbeidet, har en felles interesse for denne pasientgruppen. De er glødende opptatt av pasientene, og de kjenner pasientenes problemer på ulike nivåer, formidler hun. Selv om arbeidsgruppen har forholdt seg til den nasjonale veilederen i diagnostikk og behandling av ADHD, har det vært mange diskusjoner for å komme fram til et felles sett av standardiserte verktøy. Og ikke alltid løses uenighet ved konsensus. Jeg observerte arbeidsgruppen i en avsluttende diskusjonen om hvilke verktøy som skulle legges inn under hovedstasjonen. Temaet

var engasjerende, og noen snakket innimellom i munnen på hverandre om tester, pasientintervjuer og anamneser ut fra ulike faglige perspektiver. Her kommer uenigheten som tydeligvis har vært rundt disse testene, opp igjen. Deltakerne er engasjerte, og en psykologspesialist fra DPS som er ny i arbeidsgruppen, uttrykker spørsmål rundt en av testene, men blir stoppet av en psykologspesialist fra et annet DPS. Denne sekvensen fra møtet illustrerer at den nye psykologspesialisten som ikke hadde vært med på å utarbeide behandlingslinjen over tid, hadde spørsmål som «forstyrret» det som allerede var lagt inn, og som nå var besluttet av BAL. Spørsmålet ble ignorert, og teamet gikk videre til neste prosedyre.

Da arbeidet med behandlingslinjen nærmet seg slutføring, fikk arbeidsgruppen midler internt og eksternt for å finansiere et samkjørt og godt «diagnostisk team», som den kalte det. Dette besto av et opplæringsprogram i utredning og diagnostisering for førti psykiatere og psykologspesialister fra de ulike enhetene. De fikk her et kompetansehevende kurs som gikk ut på at de skulle bruke den samme metodikken på utredning og diagnostisering. Kursdeltakerne skulle i etterkant lære opp sine kollegaer. Dette opplæringsprogrammet kom i gang omtrent på det tidspunktet behandlingslinjen skulle implementeres i divisjonen.

De organisatoriske rammene handlet om tydelig ledelse, klargjøring av deltakernes oppgaver og roller, fast møtестruktur, skriftlig møteinnkalling og referater, opprettelse av ad hoc-grupper, gjennomføring av simuleringssaktiviteter og bruk av prosessmodelleringsteknikk. Problemer underveis ble enten løftet opp til ledelsen for avgjørelse, eller så fant arbeidsgruppen løsningen selv.

Organisatoriske utfordringer

De to foregående avsnittene ga et innblikk i hvordan de to behandlingslinjene ble produsert, og utgjør dermed empiriske illustrasjoner i diskusjon av hvilke organisatoriske utfordringer som må håndteres for at prosessorienterte modeller kan gi bedre samordning. Selv om de to behandlingslinjene dekker samme diagnose, er standardiseringsprosene ulike. De to casene utfyller hverandre, men de kontrasterer også hverandre på en slik måte at det er mulig å se et empirisk mønster.

Idéen om å produsere de to behandlingslinjene var tuftet på det faktum at pasienter med ADHD ikke blir fanget opp. Det var lange ventetider på utredning og behandling, og det var uklart hvem som skulle gjøre hva. En prosessorientert tilnærming handlet her om å identifisere kritiske områder som dobbeltarbeid, ventetider og annet som kunne utgjøre samordningsutfordringer. Deretter handler denne tilnærmingen om å beskrive arbeidsprosessen gjennom definerte deler av helse- og velferdssystemet. I prinsippet innebærer prosessmodeller at man fremhever sekvensiell behandling i beskrivelser av arbeidsflyten i – og mellom (horisontal) – de ulike virksomhetene. Samtidig krysses de (vertikale) etablerte strukturene innenfor de berørte virksomhetene (Fineide & Ramsdal, 2014). De tre organisatoriske utfordringene jeg vil diskutere her, er anvendelsesområdet for behandlingslinjen, hensiktsmessige verktøy og teknikker samt implementering, herunder kompetansehevende tiltak.

Anvendelsesområdet for behandlingslinjen

Den første organisatoriske utfordringen som må håndteres, er anvendelsesområdet for behandlingslinjen. Behandlingslinjen for barn og unge med ADHD er meget oppfattende – i den forstand at den inneholder fire «hovedstasjoner» (oppfangning, henvisning, utredning og diagnostisering samt oppfølging og tiltak) med tilhørende syv manualer, hver for de ulike gruppene av aktører disse gjelder for. Med unntak av manualen for foreldre handler da denne behandlingslinjen om å regulere hva seks ulike profesjonsgrupper skal utføre innenfor disse fire hovedstasjonene. En rekke kommuner i dette fylket blir berørt, og således også en rekke kommunale virksomheter. Det var også flere hundre fastleger i denne regionen. Med et slikt anvendelsesområde er denne behandlingslinjen svært ambisiøs, nærmest et verktøy som «i teorien» er basert på gode intensjoner, men som blir vanskelig å omsette i praksis.

Når det gjelder behandlingslinjen for voksne med ADHD, ble anvendelsesområdet avgrenset til å gjelde kun én divisjon i spesialisthelsetjenesten. Hensikten var å gjøre standardiseringsarbeidet overkommelig. De ulike enhetene som behandlingslinjen skulle gjelde for, var tre seksjoner, fem sosialmedisinske poliklinikker (SMP) og fire distriktspyskiatriske

sentre (DPS). De profesjonene som hadde en hovedrolle i denne behandlingslinjen, var psykiatere og psykologer.

Avgrensning av anvendelsesområde kan bidra til å sikre et felles kunnskapsgrunnlag for hvilke samordningsproblemer som skal løses, og det kan bidra til involvering av de aktørene og enhetene som behandlingslinjen skal gjelde for (Fineide & Ramsdal, 2014). En avgrensning synes å gjøre standardiseringsarbeidet overkommelig, men kan også øke muligheten for en vellykket implementering.

De to behandlingslinjene ble laget ut fra et stort behov for å bedre samordningen overfor pasienter med ADHD, og dedikerte profesjonsutøvere var sterke drivkrefter for å utvikle et redskap som kunne bøte på problemene. Når det gjelder behandlingslinjen for barn med ADHD, var det også de profesjonelle som i praksis besluttet hva den skulle inneholde, siden de berørte lederne var fraværende i produksjonsprosessen.

Lederinvolvering i alle de berørte virksomhetene ville her være viktig for å tildele ressurser, organisere opplæring i de nye manualene samt sikre legitimitet for behandlingslinjeideén (Brunsson & Jacobsson, 2000). Men deltakelse av ledere i standardiseringsarbeidet ville også kunne utgjøre hindre ved at det ville bli stilt spørsmål om både ideén og manualene. I likhet med manglende involvering fra fastlegene i regionen, vil også manglende lederinvolvering være en viktig mekanisme for å få tempo og fremdrift i standardiseringsarbeidet – samt sikre at det blir utarbeidet konkrete resultater i form av manualer (Brunsson & Jacobsson, 2000; DiMaggio & Powell, 1991; Scott & Meyer, 1994). Fravær av diskusjoner og analyse av potensielle utfordringer rundt prinsipper for arbeidsdeling, og da særlig mellom barne- og ungdomspsykiatrien og kommunenes tjenester for barn og unge med ADHD, kan også sies å ha vært viktig for å få tempo og fremdrift i standardiseringsarbeidet. Behandlingslinjen rokket nettopp ved den etablerte arbeidsdelingen mellom flere aktører, og potensielle domenekonflikter (Abbott, 1998) kunne kommet til syne. En tett kopling mellom berørte ledere og de som satt i førersetet i standardiseringsarbeidet, kunne således virke truende på fremdriften i standardiseringsarbeidet, og muligens ført til at arbeidet med behandlingslinjen ville ha stoppet opp. Allikevel kunne en tett kopling bidratt til en felles erkjennelse av utfordringer som må løses for at behandlingslinjen skal virke etter sin hensikt.

Når det gjelder behandlingslinjen for voksne med ADHD, var en klar kopling mellom divisjonslederen og den som ledet standardiseringsarbeidet. Imidlertid vil denne behandlingslinjen kunne omfavne en rekke enheter i spesialisthelsetjenesten, og det var her en viss begrensning på involvering fra de nærmeste linjelederne. To forhold er viktige her: Alle linjelederne hadde samme divisjonsleder, og det skulle gjennomføres opplæring i nye oppgaver.

Den første organisatoriske utfordringen er anvendelsesområdet for behandlingslinjen. Avgrensning av dette anvendelsesområdet kan bidra til at standardiseringsarbeidet blir utført tett på de som har informasjon om hvilke samordningsutfordringer som skal løses. En avgrensning kan også gi muligheter for kopling mellom de som sitter i førersetet i standardiseringsarbeidet, og de ansatte og ledelsen som behandlingslinjen skal gjelde for.

Hensiktsmessige verktøy og teknikker

En svært viktig aktivitet i standardiseringsarbeidet ser ut til å være simuleringsaktiviteter, slik de ble anvendt da behandlingslinjen for voksne med ADHD ble produsert. Simuleringsaktiviteter kan bidra til å avdekke samordningsproblemer i og mellom de ulike berørte enhetene. Å utarbeide visualiserte fremstillinger av de ulike aktivitetene gjennom hele arbeidsprosessen kan gjøre enhetene bedre i stand til å beslutte hvordan forslaget til behandlingslinje skal se ut. Den støtten som en fasilitator kan utgjøre under standardiseringsarbeidet, er viktig for at arbeidsgruppen kan få et «utenfrablikk» på de eksisterende arbeidsprosessene. Å anvende verktøy til dette formålet synes hensiktsmessig for standardiseringsarbeidet.

Statistisk prosesskontroll ble anvendt i Gjennombruddsprosjektet, i forkant av at behandlingslinjen for barn og unge ble produsert. Denne metoden er en anerkjent statistisk metode som brukes på Sykehuset i forbindelse med produksjon av behandlingslinjer (Nyen, 2009), men ble ikke benyttet da de to behandlingslinjene for ADHD skulle utarbeides. Nå tilsier jo også de fortolkningene som ble gjort ut fra Sykehusets definisjoner på behandlingslinje, at effektivitetsmålinger ble tonet ned. Men det er mulig at denne metoden (i det minste) kunne ha bidratt til

statistiske analyser av flaskehalsler, ventetider og lignende – i tillegg til annen relevant ikke-statistisk informasjon. Dette for å sikre en tettere kopling mellom behandlingslinjene og de reelle samordningsproblemene på dette arbeidsfeltet.

Den andre organisatoriske utfordringen er således å anvende hensiktsmessig verktøy og teknikker i standardiseringsarbeidet, slik at det kan gjennomføres reelle analyser av hvilke samordningsproblemer som skal løses, og av hvilke tiltak som er nødvendige for å bedre samordningen.

Implementering, herunder kompetansehevende tiltak

Begge behandlingslinjene involverte planlagte endringer i ansvars- og oppgavefordeling. Vi har sett at standardiseringsarbeidet av behandlingslinjen for voksne med ADHD avdekket at psykologene og psykiaterne på flere av enhetene hadde kompetansehull på utredning og diagnostisering. Det ble da satt i gang et eget opplæringsprosjekt, og det ble avsatt ressurser til dette.

Implementering av nye idéer er utfordrende i alle organisasjoner (Pfeffer & Sutton, 2000; Røvik, 2016). Hvordan og med hvilke tiltak det skal jobbes, vil være avhengig av hva som skal implementeres. En plan for implementering kan sikre at det gis systematisk opplæring i de nye arbeidsoppgavene, og at det avsettes tilstrekkelige ressurser.

Vi har sett at det var ulike måter for å forstå hvilke verktøy som skulle anvendes i forbindelse med utredning og diagnostisering av voksne med ADHD, selv der kun to profesjoner (psykiatere og psykologer) deltok i standardiseringsarbeidet. Profesjoner har ulike, men noen ganger også motsetningsfylte faglige tilnærminger rundt diagnostisering og behandling (Hansen, 2007). Her blir de profesjonelles eget kunnskapsfelt utfordret. Diagnostisering i seg selv kan sies å være et felt som er preget av stor grad av usikkerhet. Selv om dette er basert på et eget klassifikasjonssystem, brukes forskjellige utrednings- og kartleggingsverktøy. Vi har også sett at oppgaver som tidligere ble utført av noen spesielle enheter, nå skulle utføres av samtlige. Dette for å redusere pasientenes ventetid på utredning og diagnostisering. Dette medførte at noen enheter og profesjoner

som hadde denne arbeidsoppgaven som sitt «domene» (Abbott, 1998), nå skulle dele den med flere profesjonsgrupper og enheter. Prosedyrene, som i dette tilfellet handlet om å beskrive nye arbeidsprosesser for å få bedre samordning, kan således legge normative føringer for arbeidsutførelsen.

Som vi har sett av de to casene, har standardiseringsarbeidet tatt henholdsvis to år og tre år fra idé til ferdig utviklede behandlingslinjer. Det er blitt anvendt mye ressurser til dette arbeidet, først og fremst i form av tidsressurser for profesjonsutøvere.

Oppsummert er den tredje organisatoriske utfordringen at det forbedres for god implementering, og at det iverksettes kompetansehevende tiltak i samarbeid med de som skal anvende det nye verktøyet.

Oppsummering

Det er klare politiske føringer, med ambisjoner om at prosessorienterte modeller skal bidra til å løse kvalitets- og koordineringsproblemer i helse- og velfredssektoren, men det er et gap mellom idé og praksis. Gjennom å belyse hvordan selve standardiseringsarbeidet ble gjennomført da to ulike behandlingslinjer for ADHD ble laget, har jeg trukket fram tre organisatoriske utfordringer. Den første er å avklare tidlig i prosessen hvilket anvendelsesområde som behandlingslinjen skal gjelde for, og at det er en tett kopling mellom de som standardiserer, og de lederne og ansatte som skal anvende behandlingslinjen i sitt daglige arbeid. Den andre utfordringen er å bruke hensiktsmessige verktøy og teknikker i standardiseringsarbeidet, som kan bidra til reelle analyser av de samordningsutfordringene som behandlingslinjen er tenkt å bøte på. Den tredje utfordringen jeg har trukket frem, er at det planlegges for god implementering, og at det iverksettes kompetansehevende tiltak. Disse tre utfordringene er alle sentrale i standardiseringsarbeidet, og de må håndteres for at prosessorienterte modeller kan bidra til bedre samordning.

Referanser

Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.

- Ahrne, G., Brunsson, N. & Tamm Hallström, K. (2007). Organizing organizations. *Organization*, 14(5), 619–624. <https://doi.org/10.1177/1350508407080303>
- Andersen, S.S. (1997). *Case-studier og generalisering*. Forskningsstrategi og design. Bergen: Fagbokforlaget.
- Andersson, H.W., Ådnanes, M. & Hatling T. (2004). *Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD*, Trondheim: SINTEF Helse, Oppdragsgiver: Sosial- og helsedirektoratet.
- Bjurling-Sjöberg, P., Wadensten, B., Pöder, U., Jansson, I., & Nordgren, L. (2018). Struggling for a feasible tool - the process of implementing a clinical pathway in intensive care: A grounded theory study. *BMC Health Services Research*, 18(1), 831. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3629-1>
- Brunsson, N. & Jacobsson, B. (2000). *A world of standards*. Oxford: Oxford University Press.
- Dent, M. (2008). Medicine, nursing and changing professional jurisdictions in the UK. I D. Muzio, S. Ackroyd & J.F. Chanlat (Red.), *Redirections in the study of expert labour: Established professions and new expert occupations* (s.101–117). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- DiMaggio, P.J. & Powell, W.W. (1991). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fineide, M.J. (2012). *Controlled by knowledge: A study of two clinical pathways in mental healthcare* (Doktoravhandling). Karlstad Universitet, Karlstad
- Fineide, M.J. & Ramsdal, H. (2014). «Prosesstenkning» i helse- og velferdstjenestene – standardisering av pasientforløp og behandlingslinjer. I Vabo, S., & Vabø, M. (Red.), *Velferdens organisering* (s.108–121). Oslo: Universitetsforlaget.
- Folkhelseinstituttet (2014). Helsebiblioteket. *Retningslinjer og behandlingslinjer for ADHD samlet ett sted*. Publisert 25.11.2014, <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/retningslinjer-og-behandlingslinjer-for-adhd-samlet-ett-sted>
- Hammer, L. & Torp, A.S. (2006). Rapport fra Gjennombruddsprosjekt Psykiatri 2003-2004. ADHD – Forbedre utredning, diagnostikk og behandling. Den norske lægeforening. *Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetsutvikling 2006*.
- Hansen, G.V. (2007). *Samarbeid uten fellesskap: Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Karlstad Universitet, Karlstad.
- Helgesson, C. & Fernler, K. (2006). Initierad ignorans: om översättningen av kunskap till regler. I Fernler, K., & Helgesson, C. (Red.), *Kloka regler?: Kunskap i regelsamhället* (s. 305–325). Lund: Studentlitteratur
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019* (St. meld. nr. 11. (2015–2016)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Holroyd-Leduc, J., Steinke, V., Elliott, D., Mullin, K., Elder, K., Callender, S., & Hildebrand, K.A. (2013). Improving the quality of care for older adults using evidence-informed clinical care pathways. *Canadian Geriatrics Journal: CGJ*, 16(3), 111–113. <https://doi.org/10.5770/cgj.16.62>
- Jacobsen, D.I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utgave). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Meyer, J., & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340–363.
- Mintzberg, H. (1983). *Structures in fives – designing effective organizations*. New Jersey: Prentice-Hall International Editions.
- McCrone, P., Jarrett, M., Evans-Lacko, S. & Thornicroft, G. (2010). Facilitators and barriers to implementing clinical care pathways. *BMC Health Services Research*, 10(1), 182.
- Nyen B. (2009). Forbedringsarbeid og Statistisk Prosesskontroll (SPC) Versjon 2.0. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Seksjon for kvalitetsutvikling – GRUK. ISBN nr. 978-82-8121-248-0
- Perrow, C. (1986). *Complex organizations* (3. utgave). New York: McGraw-Hill.
- Ramsdal, H. & Ramsdal, K. (2007). *Organisatoriske innovasjoner i helsesektoren: Prosessbaserte virksomhetsmodeller, evidensbasert praksis og behandlingslinjer*. Oppdragsrapport 2007:3. Høgskolen i Østfold, Halden.
- Scott, W.R. & Meyer, J.W. (1994). *Institutional environments and organizations: Structural complexity and individualism*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Standard Norge <http://www.standard.no/Standardisering/> Sist oppdatert: 2019-03-12
- Stewart, P., Richardson, M., Danford, A. & Murphy, K. (2009). *“We sell our time no more”: Workers’ struggles against lean production in the British car industry*. London. Pluto Press.
- Timmermans, S. & Berg, M. (2003). *The gold standard: The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Pfeffer, J. & Sutton, R.I. (2000). *The knowing-doing gap: How smart companies turn knowledge into action*. Boston: Harvard Business School Press, 2000.
- Røvik, K.A (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget
- Yin, R.K. (2003): *Case study research*. London: Sage Publications.