

Mina Dybdal

Lean on me
Innføring av Lean i helsesektoren

Masteroppgave i styring og ledelse
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag
Oslo 2014

**Lean on me
Innføring av Lean i helsesektoren
april 2014**

**Mina Dybdal
Masteroppgave i styring og ledelse
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag
Oslo 2014**

Forord

Toyotas utvikling av Lean er anerkjent over hele verden, og det har gått som en farsott til andre sektorer. I de siste årene har Lean også blitt innført i amerikansk- og europeisk helsevesen. Min interesse for Lean ble skapt da jeg deltok i innføring av metoden på eget arbeidssted. Å være deltager og vitne til opp og nedturer for å skape en varig kultur for forbedringsarbeid med Lean som metode, var en av årsakene til at jeg ønsket å skrive om denne tematikken. Nå når denne masteroppgaven ferdigstilles markeres også slutten på tre års studietid i masterprogrammet i styring og ledelse ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Banalt sagt har arbeidsprosessen med å skrive denne masteroppgaven vært både utfordrende, spennende, svært krevende, lærerikt og utviklende. (Sikkert flere andre adjektiv).

Jeg vil derfor først rette en stor takk til min veileder førsteamanuensis Inger Marie Stigen for støtte og gode innspill. Din hjelp til å strukturere arbeidet og ikke minst konstruktive tilbakemeldinger underveis i hele prosessen har vært uvurderlig for fremdriften. En takk går også til mine informanter som har stilt opp og gjort denne studien mulig. Intern og ekstern familie takkes også for korrekturlesning, oppmuntring og bistand på innspurten.

”Bak enhver sterk mann står en enda sterkere kvinne!” heter det i sitatet.

Jeg finner ingen tilsvarende om kvinner. Jeg vil tro det må være to sterke kvinner bak en sterk kvinne som har levert en masteroppgave. En stor takk rettes til de to kvinnene!

Sanna, som gjennom tre års studietid har tilrettelagt for at jeg har kunnet kombinere arbeid og skole, holdt meg i ørene når jeg har vært på villspor og vært en diskusjonspartner gjennom prosessen med å skrive denne masteroppgaven.

Ida, som har motivert med mild tvang når jeg har sittet med fagbøker på hode. Jeg vil også takke deg fra alt fra korrekturlesning til utlufing av frustrasjoner i perioden jeg har arbeidet med masteroppgaven. Din ufravikelige støtte, tålmodighet og praktiske tilrettelegging på hjemmefronten har bidratt til at jeg har kommet gjennom studietiden.

Mina Dybdal.

Oslo, 22.04.14.

Sammendrag

Lean on me. Innføring av Lean i helsesektoren.

Organisasjonsoppskriften Lean, beskrevet som en overordnet ledelsesfilosofi, en prosess og en metode, har gjort sitt inntog i helsesektoren de siste 15 årene. Medisinsk klinikk ved Oslo Universitetssykehus (OUS) innførte Lean ved tre pilotposter i mars 2011, øvrige sengeposter skulle innføre Lean relativt raskt i etterkant. I september 2012 ble det utgitt en intern rapport fra staben ved Medisinsk klinikk hvor de foreløpige erfaringene med Lean ble beskrevet. På bakgrunn i rapporten skal denne studien undersøke hvorfor noen sengeposter hadde kommet lengere i Lean-arbeidet enn andre. Problemstillingen er som følger;

”Hvorfor har sengeposter som har arbeidet med Lean i samme tidsrom, i ulik grad innført Lean i sitt forbedringsarbeid, og hvilke effekter er oppnådd?”

For å svare på problemstillingen benyttes kvalitativ metode og komparativ case - studie som forskningsdesign. Semistrukturert intervju er brukt som kvalitativ metode. Ved innføring av organisasjonsoppskrifter kan man forvente; *Frikobling, tilkobling, frastøtning* eller *tilpasning* (Røvik 1998). Disse kan tolkes gjennom ulike organisasjonsteoretiske briller for å forstå og beskrive den komplekse virkeligheten. Denne studien benytter derfor tre perspektiver; *Myter, instrumentelt og kultur* (Christensen 2009). Ut fra disse tre perspektivene beskrives forventninger til kategoriene; Ledelse, formell struktur og omgivelser, endring samt effekt og læring. Kategoriene inngår videre i empirien. Deretter drøftes forventningene til empiri og teori. De teoretiske perspektivene ble benyttet ut fra en utfyllingsstrategi (Roness 1997).

Oppsummert viser funnene et svært mangfoldig bilde med hensyn til innføring og effektene av Lean ved Medisinsk klinikk. Funnene gir dermed ikke et entydig svar, men kan vise noen tendenser. To av åtte sengeposter arbeider med Lean. Effekter og resultater fra Lean tilkoblet styrende aktivitet synes å være få. Imidlertid er et stort fokus på forbedringsarbeid ved sengepostene den største effekten som ble funnet. Til tross for utstrakt tilpasning av Lean, indikerer dermed funnene at Lean har ført til et økt fokus på forbedringsarbeid.

**Masteroppgave i styring og ledelse
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag
Oslo, 2014**

Abstract

Lean on me. Implementation of Lean in the health sector.

The organizational recipe Lean, described as a governing management philosophy, a process and a method, has made its entry into the health sector over the last 15 years. Medisinsk klinikk at Oslo University hospital introduced Lean at three pilot wards in March 2011, with the remaining wards to follow suit successively at a steady pace. An internal report was published by Medisinsk klinikk in September 2012, where the preliminary experiences with Lean were described. Based on this report, this study will examine why some bed wards had made further progress in implementing Lean than others. The issue is as follows:

“Why did bed wards that worked with Lean in the same time period vary in their implementation of Lean, and what outcomes were achieved?”

A qualitative method and a comparative case are used to address this issue. A semi structured interview, and study as research design - respectively. With the introduction of organizational standards one can expect; *Unbundling, quick connection, repulsion or adaption* (Røvik 1998). These can be interpreted through various organizational theoretical lenses which understand and describe the more complex reality. This study therefore uses three perspectives; *Myths, instrumentality and culture* (Christensen 2009). Based on these three perspectives the expectations for the categories are described; Management, formal structure and surroundings, change, effect and learning. The categories are included in the empirical. The empirical is sorted using the same structure. Thereafter the expectations for empiricism and theory are discussed. The applied theoretical perspectives originated from a strategy of a complementary strategy (Roness 1997). Summarized these results show a very diverse landscape in relation to the implementation and effects of Lean at Medisinsk klinikk. These findings does not give an unambiguous answer, but rather shows some tendencies. Two out of eight bed wards works with Lean. Effects and results from Lean connected with governing activities are few. However, the focus on improvement work at the bed wards is the biggest effect identified. Despite extensive adaption of Lean, the findings indicate an increased focus on improvement work.

**Master thesis in public management
Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Faculty of Social Sciences
Oslo, 2014**

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	3
Sammendrag	4
Abstract	5
INNHALDSFORTEGNELSE.....	6
OVERSIKT OVER TABELLER OG FIGURER.....	8
1 INNLEDNING	9
1.1 Presentasjon av tema og hovedproblemstilling.....	9
1.2 Bakgrunn for studien	10
1.3 Oslo Universitetssykehus (OUS).....	11
1.3.1 Medisinsk klinikk.....	11
1.3.2 Lean i Medisinsk klinikk	12
1.4 Nærmere om problemstilling.....	13
1.5 Avgrensning av studien.....	15
1.6 Disposisjon	15
2 LEAN	16
2.1 Lean, historisk perspektiv og utvikling	16
2.2 Muda og Muri	17
2.2.1 Lean-verktøy benyttet i helsesektoren	18
2.3 Tidligere studier om Lean i helsesektoren og kritikk av Lean.....	20
3 TEORI.....	21
3.1 Myter og frikobling	21
3.1.1 Forventninger til frikobling av Lean	23
3.2 Instrumentalitet og tilkobling.....	23
3.2.1 Forventninger til tilkobling av Lean	24
3.3 Kultur - frastøtning eller tilpasning	25
3.3.1 Forventninger til frastøtning eller tilpasning av Lean	27
3.4 Utfyllende tilnærming til organisasjonsoppskrifter	27
4 METODE	30
4.1 Forskningsdesign	30
4.2 Datainnsamling.....	31
4.2.1 Rekruttering og utvalg av informanter.....	31
4.2.2 Semistrukturert intervju.....	32

4.2.3	Utarbeidelse av intervjuguide.....	32
4.2.4	Forskerrollen og gjennomføringen av intervjuene	33
4.3	Bearbeidelse av data.....	34
4.4	Reliabilitet og validitet.....	35
4.5	Etiske aspekter.....	36
5	EMPIRI.....	37
5.1	Hvem arbeider med Lean i dag?.....	37
5.2	Ledelse- initiativ, styring, strategi og egen lederrolle.....	39
5.3	Lean-arbeid, i det nære handlingsmiljøet.....	41
5.4	Endring, Lean versus andre former for forbedringsarbeid.....	42
5.4.1	Endring, benyttelse av Lean-verktøy, også kombinert med andre metodikker..	44
5.5	Synlige målinger, effekter og resultater	45
5.6	Lean og veien videre.....	47
6	ANALYSE.....	48
6.1	Frikobling av Lean ?	48
6.1.1	Lean – ”Halleluja-løsning,” for hvem?.....	48
6.1.2	Symboler kobles til aktivitet, retorikk endres	49
6.2	Tilkobling av Lean?	50
6.2.1	En klar og tydelig bestilling, mangelfull oppfølging.....	50
6.2.2	Delvise strategiske valg har ikke gitt forventet resultat.....	52
6.2.3	Liten effekt og tilkobling, medarbeidernes læring som ringvirkning	53
6.3	Frastøtning eller tilpasning av Lean?.....	54
6.3.1	Lean får endret reiserute.....	55
6.3.2	Lean endres betraktelig.....	56
7	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	59
7.1	Oppsummering og svar på problemstilling	59
7.2	Funn sammenlignet med tidligere forskning	62
7.3	Teoretiske implikasjoner	62
7.4	Praktiske implikasjoner.....	63
7.5	Studiens begrensninger og forslag til videre forskning	63
	LITTERATURLISTE	64
	Vedlegg 1: Tillatelse fra Medisinsk klinikk	68
	Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse på intervju i forbindelse med en masteroppgave.....	69
	Vedlegg 3: Intervjuguide.....	71

OVERSIKT OVER TABELLER OG FIGURER

Tabell 1 Sammendrag over de teoretiske forventingene.....	29
Tabell 2 Sengeposter som arbeider med Lean i dag.....	38
Tabell 3 Ledelse- initiativ, styring, strategi og egen lederrolle.....	40
Tabell 4 Lean-arbeid, i det nære handlingsmiljøet	42
Tabell 5 Benyttelse av Lean-verktøy.....	45
Tabell 6 Synlige målinger og resultater	46
Tabell 7 Myter og frikobling.....	50
Tabell 8 Instrumentalitet og tilkobling.....	54
Tabell 9 Kultur - frastøtning eller tilpasning.....	58
Figur 1 Organisasjonskart Medisinsk klinikk	11
Figur 2 Eksempel på oppbygging av en avdeling i Medisinsk klinikk.....	12

1 INNLEDNING

1.1 Presentasjon av tema og hovedproblemstilling

Helsesektoren søker stadig etter teorier og metoder for å imøtekomme det økende fokuset på ressursutnyttelse, høy kvalitet i pasientbehandlingen og måloppnåelse (Pettersen og Bjørnenak, 2005). En av metodene som har vært benyttet er Lean. Lean kan direkte oversettes med slank, eller det å gjøre slankere. Lean forum Norge (2014) beskriver Lean både som en ledelsesfilosofi, metode og prosess. Lean fokuserer på å eliminere aktiviteter som ikke bidrar til direkte verdiskapning for kunden. Disse aktivitetene, kalt muri (japansk for overproduksjon) og muda (japansk for sløsing eller avfall), betraktes som et hinder og må elimineres eller reduseres (Dennis 2007, 21-23). Motivasjonen til denne studien om Lean er en rekke enkeltpublikasjoner som indikerer at Lean vil få økende betydning i helsesektoren i fremtiden (Kjekshus og Bernstrøm 2013, 23 ; Grøndalen 2013, 55).

Høsten 2010 arbeidet Medisinsk klinikk ved Oslo Universitetssykehus (OUS) med et mandat fra Helse-Sør-Øst med blant annet konkretisering av forbedringstiltak som kunne gi bedre driftsøkonomi og kvalitet innen pasientbehandling, forskning, utvikling og arbeidsmiljø. De skulle kartlegge forbedring av pasientforløp, redusere liggetid, økt bruk av dagbehandling og mest mulig enhetlig administrasjon. Som et resultat av dette, som Medisinsk klinikk kalte redesignarbeidet, leverte de en rapport; Redesign, fremtidig kjernevirksomhet, Medisinsk klinikk Oslo Universitetssykehus HF 18.10.2010. Denne konkluderte med at Lean som metode for kontinuerlig forbedringsarbeid skulle innføres. I september 2012 ble det utgitt en intern rapport; "Lean i Medisinsk klinikk, erfaringer med innføringen av Lean," hvor status og foreløpige erfaringer med innføringen av Lean ble sammenfattet. Denne studien vil med bakgrunn fra rapporten, videre undersøke hvorfor noen sengeposter hadde kommet lengre i Lean-arbeidet enn andre sengeposter, etter innføringen av Lean. Tilsynelatende kunne det virke som klinikken var todelt, sengeposter som hadde innført Lean og sengeposter som ikke hadde kommet i gang. I forlengelsen av dette er det nærliggende å spørre hvorfor det er slik når det var forankret gjennom klinikkledelsen å innføre Lean. Jeg ønsker derfor også å studere Lean's reise inn i Medisinsk klinikk og hvordan Lean som organisasjonsoppskrift har tatt form. Hovedproblemstillingen er derfor;

"Hvorfor har sengeposter som har arbeidet med Lean i samme tidsrom, i ulik grad innført Lean i sitt forbedringsarbeid, og hvilke effekter er oppnådd?"

1.2 Bakgrunn for studien

Organisasjonsoppskrifter med lovnader om bedre resultater og økt effektivitet, har preget offentlige organisasjoner de siste tre tiårene (Røvik 1998). Dette kan delvis skyldes New Public Management (NPM) - bølgen på 1980-tallet. Busch m.fl. (2001) beskriver begrepet NPM som en samlebetegnelse på en rekke prinsipper og metoder for det omstillings- og fornyelsesarbeidet offentlig sektor har vært preget av de siste tiårene. Prinsippene og metodene er hentet fra det private næringsliv hvor fokuset er endret fra regelstyrt, lite fleksibelt og lite brukerfokustert forvaltning. Til en mer effektiv forretningsform preget av tro på ledelse, indirekte kontroll og brukerfokusering. Pettersen og Bjørnenak (2005) trekker frem at teknologisk utvikling bidrar til nye behandlingsformer og behandlingstilbud. Eldrebølgen har blitt en snikende skygge hengende over helsesektoren og faktorer innenfor demografiske- og epidemiologiske forhold gir nye og ulike behov for helsetjenester.

Omfattende omstillinger og reformer har preget helsesektoren i Norge de siste årene.

1. Januar 2002 trådte sykehusreformen i kraft hvor staten overtok eieransvaret for de fylkeskommunale sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten, samt en overføring av hele ansvaret for spesialisthelsetjenesten til statlig sektor (Ot.prp. nr.66 2000-2001). Fem regionale helseforetak skulle håndtere funksjons- og oppgavefordeling mellom sykehusene. Med en slik organisasjonsform ble sykehusene et sentralisert statlig ansvar, men også med et desentralisert styringssystem (Opedal og Stigen red. 2005, 16). Blant annet for å oppnå bedre samarbeid mellom sykehusene og kommunene er flere sykehus nedlagt eller sammenslått. Sammenslåingen av Oslo sykehusene; Rikshospitalet, Ullevål, Radiumhospitalet og Aker ble et faktum 01.01.09 (Foretaksprotokoll fra foretaksmøte i Helse Sør- Øst RHF, 2008). Denne fusjonen er kanskje den som har skapt flest medieoppslag og debatter blant annet vedrørende hvor vellykket fusjonen har vært (Andersen, 2012). Og også hvorvidt det skal utføres gjentakende granskninger av fusjonen (Storvik, 2013). Ved utgangen av 2012 var 47 helseforetak redusert til 20 under fire regionale helseforetak; Helse Vest, Helse Midt-Norge, Helse Nord og Helse Sør-Øst (Kjekshus og Bernstrøm 2013, 10). I kjølvannet av opprettelsen av de regionale helseforetakene kom samhandlingsreformen. Denne reformen hadde blant annet til hensikt å bedre samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene. Dette gjennom å fokusere på forebyggende arbeid og øke kvaliteten på helsetjenestene (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Skisserte historiske begivenheter viser økende fokus på kvaliteten som stilles i pasientbehandlingen, samt stadig fokus på ressursutnyttelse og måloppnåelse. Både offentlige og private organisasjoner ønskelig å fremstå som

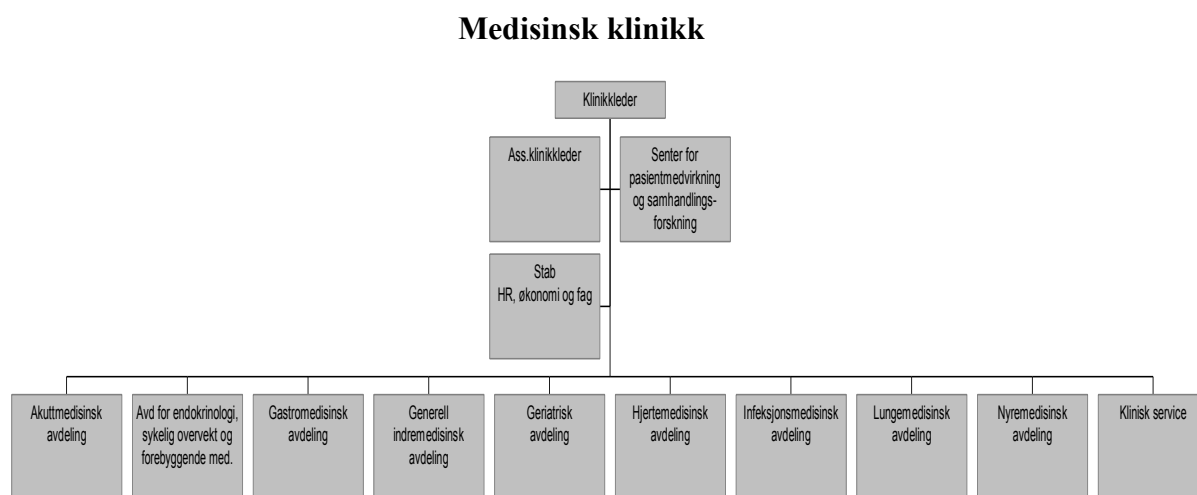
dynamiske og moderne, som streber etter beste praksis. Det å ta i bruk nye organisasjonsoppskrifter, som blant annet Lean er en del av dette (Røvik 1998).

1.3 Oslo Universitetssykehus (OUS)

Hjemmesiden til OUS viser til at sykehuset nå er Norges største og har over 20 000 ansatte, lokalisert på 40 ulike adresser, og med et budsjett på 17 milliarder kroner. Den formelle organisasjonsstrukturen ved OUS har etter sammenslåingen syv stabsenheter og ni klinikker. For å sette dette i perspektiv; Lokalsykehus for 250 000 mennesker, områdesykehus for 490 000 mennesker i 12 bydeler i Oslo, regionssykehus for region Sør-Øst med 2,7 millioner innbyggere som tilsvarer 56 % av landets befolkning (Oslo Universitetssykehus, 2013).

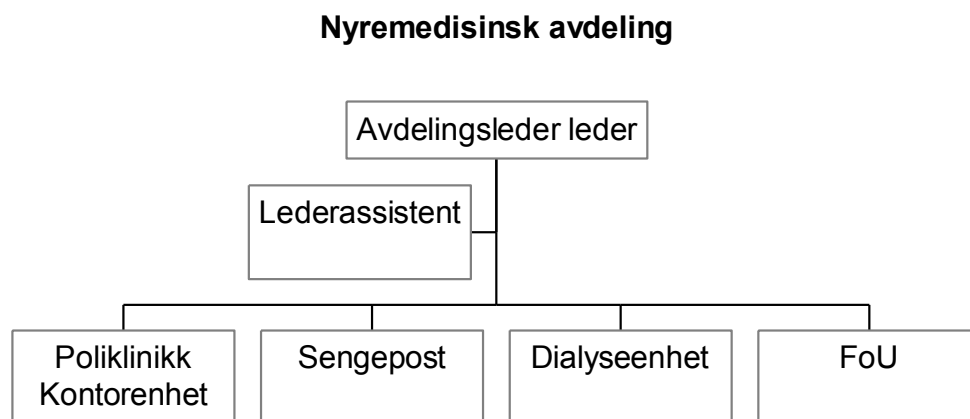
1.3.1 Medisinsk klinikk

Medisinsk klinikk har noen av landets største avdelinger innen det indremedisinske fagområdet, med 9 avdelinger lokalisert på Aker sykehus og Ullevål sykehus, dette fordelt på 242 senger. Klinikken ivaretar både lands-, regions- og lokalfunksjoner. I tillegg til behandling og diagnostisering foregår det utstrakt klinisk forskning. Budsjettramme for 2014 er på 980 millioner. I 2013 var det 81 286 liggedøgn og 85 770 polikliniske konsultasjoner (Oslo Universitetssykehus, 2013).



Figur 1 Organisasjonskart Medisinsk klinikk

Alle avdelingene har underliggende enheter. Eksempelvis inneholder Nyremedisinsk avdeling; Nyremedisinsk poliklinikk, kontorenhet, dialyseenhet, forskning og utvikling, samt nyremedisinsk sengepost. En sengepost er en heldøgns enhet hvor pasientene behandles når de er i behov for innleggelse. En sengepost ledes av en seksjonsleder som i all hovedsak er sykepleier.



Figur 2 Eksempel på oppbygging av en avdeling i Medisinsk klinikk

1.3.2 Lean i Medisinsk klinikk

I helsevesenet har man historisk sett vært opptatt av forbedringsarbeid. Dette har imidlertid ofte ikke vært satt i system, noe som har medført at man ikke har opprettholdt arbeidet når hverdagen innhenter organisasjonen (Pettersen og Bjørnenak, 2005). Som et resultat av redesignarbeidet høsten 2010 ønsket Medisinsk klinikk å innføre Lean som metode for kontinuerlig forbedringsarbeid. En av hovedårsakene til det, var at man ønsket at medarbeiderne i større grad skulle involveres i forbedringsarbeidet, fordi det er medarbeiderne som faktisk opplever hvor flaskehalsene er. Når medarbeiderne identifiserer forbedringsområdene og aktivt arbeider med løsninger, vil eierskapet til endringene generere tydeligere forankring i den enkelte enhet (Medisinsk klinikk, 2012).

Staben i Medisinsk klinikk fungerer som en støttefunksjon for hele klinikken og utfører fellesfunksjoner og ledelsesassistanse. Klinikkleelsen ønsket å bygge opp den interne kompetansen på Lean, fremfor å bruke eksterne konsultentselskaper. I forbindelse med oppstart og innføring av Lean ble det derfor avsatt ressurser i staben, tilsvarende en 50 % stilling. Denne tilnærmingen ville på den ene siden sikre at Lean kompetansen ble værende i klinikken, men på den andre siden ville det medføre lengre tidsperspektiv ved innføringen, samt at de store resultatene ville la vente på seg. Det ble likevel besluttet at denne strategien

var mest hensiktsmessig for å sikre og etablere en varig kultur for forbedringsarbeid. Medisinsk klinikk innledet et samarbeid med Skånes universitetssjukehus i Lund som arbeider med Lean. Første studiebesøk var i februar 2011 hvor lederne fra tre pilotposter, staben og vernetjenesten i klinikken samt representanter fra Norsk sykepleierforbund (NSF) deltok. Allerede i mars samme år startet de tre pilotpostene med Lean, de øvrige sengepostene skulle innføre Lean relativt raskt i etterkant. I september 2012 ble det utgitt en rapport fra staben i Medisinsk klinikk hvor erfaringene med innføringen av Lean i ble sammenfattet (Medisinsk klinikk, 2012). Ut fra denne rapporten ønsker jeg videre å undersøke noen av erfaringene som ble skissert.

1.4 Nærmere om problemstilling

Organisasjonsoppskrifter er mer eller mindre tydelige oppskrifter for organisasjonsutformingen (Røvik 1998). Lean kan dermed beskrives som en organisasjonsoppskrift, jamfør kapittel 2. Med bakgrunn i rapporten som belyste at Medisinsk klinikk virket å være todelt hva angikk innføringen av Lean, fant jeg det interessant å undersøke hvorfor noen sengeposter ved klinikken hadde kommet lengre i Lean-arbeidet enn andre sengeposter. I forlengelsen av dette er det nærliggende å spørre hvorfor det var slik når det var en forankring gjennom klinikkleidelsen om å innføre Lean. Jeg ønsker derfor å studere hvilken metodikk som legges til grunn ved Lean-arbeidet og hvilke Lean-verktøy som benyttes. Dette for å kartlegge anvendelsen av Lean i dag, og hvordan Lean som organisasjonsoppskrift har tatt form.

Lean som organisasjonsoppskrift og dens kritiske reise i innføringsfasen blir derfor denne studiens utgangspunkt. Det at organisasjonsoppskrifter ikke nødvendigvis blir innført som tiltenkt, selv om det er besluttet at disse skal tas i bruk, kan medføre ulike utfall og effekter. Perioden fra man har bestemt å innføre et nytt konsept, og til det eventuelt har nedfelt seg i faste rutiner og aktiviteter defineres som innføring (Røvik 1998, 145). Denne definisjonen legges derfor til grunn videre i denne studien. Med hensyn til begrepet effekter beskriver Christensen m.fl. (2009, 196) at benyttelsen av et utvidet effektbegrep kan gi et mer helhetlig bilde. I denne studien vil effekter defineres som hvilke endringer Lean har ført til.

Christensen m.fl. (2009) redegjør for tre perspektiver for å forstå og beskrive den komplekse virkeligheten i offentlige organisasjoner. Perspektiv om *myter*, *instrumentelt* og *kultur*. Videre i denne studien vil Røvik (1998) sine beskrivelser av utfall og effekter ved innføring av

organisasjonsoppskrifter belyses gjennom forklaring i de tre perspektivene. Med utgangspunkt i myter kan man forvente *frikobling* av organisasjonsoppskrifter. Sett fra det instrumentelle kan man forvente en *rask tilkobling*. Gjennom kultur *frastøtning* eller *tilpasning* av organisasjonsoppskriften. Det er viktig å merke seg at disse antagelsene og forventningene er fundert på forholdsvis liten empirisk støtte når det gjelder longitudinelle studier (Røvik 2008, 148- 149). Alle de tre perspektivene bidrar med ulike, men også utfyllende tilnærminger til organisasjonsoppskrifter. Til sammen vil dette gi et mer helhetlig bilde. Videre vil det bidra til at en ser flere og ulike aspekter når man tolker, belyser og forstår anvendelsen av Lean ved sengepostene i Medisinsk klinikk. Hovedproblemstillingen ble derfor;

”Hvorfor har sengeposter som har arbeidet med Lean i samme tidsrom, i ulik grad innført Lean i sitt forbedringsarbeid, og hvilke effekter er oppnådd?”

Den første avhengige variabelen omhandler hvorvidt Lean er innført ved sengepostene. Den andre avhengige variabelen omhandler hvorvidt Lean har ført til endring. Den tredje avhengige variabelen er hvilken effekt Lean har hatt. For å svare på hovedproblemstillingen har jeg derfor videre delt den opp i underproblemstillinger;

- Hva er status på Lean–arbeidet ved sengepostene i dag?
- Hvordan artet beslutningsprosessen og iverksettingen seg?
- Hvilke metodikker og verktøy benytter sengepostene?
- Hvilke effekter har Lean ført til, og hvilke resultater har man oppnådd med Lean ved sengepostene?

Jeg har videre valgt å strukturere studien ut ifra fire kategorier. Den første er ledelse. Her beskrives hvordan og på hvilken måte seksjonslederne mottar beslutningen om å innføre Lean, og hvordan seksjonslederne forholder seg til dette. Den andre delen er formell struktur og omgivelser. Her undersøkes faktorer innenfor formell struktur og omgivelser som kan påvirke hvordan sengepostene bruker den formelle strukturen til å innføre Lean, og hvorvidt sengepostenes omgivelser tilpasses slik at Lean kan inngå som en naturlig del av hverdagen. Den neste delen er endring, her beskrives det hvordan sengepostene arbeider med Lean og hvordan Lean anvendes i hverdagen. Den siste delen er effekter og læring, her behandles hvilke effekter innføringen av Lean har hatt på de ulike sengepostene og hvilke resultater dette har gitt.

1.5 Avgrensning av studien

For å få mest mulig informasjon om innføringen av Lean ved de enkelte sengepostene, falt valget på å intervju seksjonslederne ved hver sengepost, totalt åtte personer. De har egenskaper og erfaringer som kunne gi meg den informasjonen jeg søkte, da det er seksjonslederne som har personal, økonomi og resultatansvar. Grunnet studiens omfang og tidsbegrensning, vil ikke empiriske undersøkelser blant medarbeiderne og avdelingslederne ved de enkelte sengepostene bli inkludert i studien. Dette kunne ha belyst kompleksiteten og gitt et helhetlig bilde av innføringen av Lean. I den grad avdelingslederne og medarbeidernes synspunkter og betraktninger blir belyst, er det gjennom andre grads fortolkning gjennom seksjonslederne.

1.6 Disposisjon

Innledningsvis i kapittel 1, ble tema og bakgrunn for studien presentert. Studiens case og problemstilling ble også redegjort for. Videre presenteres Lean teoretisk i kapittel 2, hvor det også trekkes frem noen tidligere studier og kritikk av Lean i helsesektoren. Det påfølgende teorikapittel 3, presenterer det teoretiske rammeverket for studien. Denne tar utgangspunkt i tre ulike perspektiver, for å belyse hva som skjer når organisasjonsoppskrifter blir tatt inn i en organisasjon. Myter og frikobling, instrumentelt og tilkobling, kultur og frastøtning eller tilpasning av organisasjonsoppskriften. Ut fra disse perspektivene beskrives forventninger til casen. I kapittel 4 metode, redegjøres det for metodikken som er benyttet for å studere og innhente data om Lean i Medisinsk klinikk. Deretter presenteres de empiriske data i kapittel 5. Videre i kapittel 6, analyseres empirien i forhold til de teoretiske perspektivene og forventningene som ble presentert i kapittel 3. Betraktninger om hvorvidt jeg kan finne støtte for forventningene beskrives også her. Avslutningsvis i kapittel 7, oppsummeres studien og hovedfunnene sammenfattes til en konklusjon til studiens problemstilling.

2 LEAN

En konsis definisjon av Lean som begrep finnes ikke i litteraturen. Da Lean Production ble lansert som begrep ble det beskrevet som det å gjøre mer med færre ressurser. Det kan være redusert arbeidskraft, med mindre utstyr, på kortere tid, på begrenset plass samtidig som fokus er på aktiviteter som skaper verdi for kunden (Womack og Jones 1996, 15). Lean kan direkte oversettes med slank. Lean kan beskrives som både en overordnet ledelsesfilosofi for organisering og samhandling av arbeidsoppgaver, og som en prosess og metode med en rekke verktøy som kan implementeres på et operasjonelt nivå (Lean forum Norge, 2014). Dette kapittelet presenterer Lean som ledelsesfilosofi, metode og prosess og skisserer videre noen sentrale funn og kritikk av Lean i helsesektoren.

2.1 Lean, historisk perspektiv og utvikling

Betegnelsen Lean Production ble første gang brukt av John Krafcick (1988) i artikkelen "Triumph of the Lean Production System" som ble publisert i Sloan Management Review. James Womack videreutviklet Lean-teorien på 1980- og 1990-tallet og er den som er kjent for å popularisere Lean, blant annet gjennom boken "The Machine that Changed the World" som ble lansert i 1990 (Womack, Jones og Roos, 1990). For å se sammenhengen med Lean som både en ledelsesfilosofi, metode og prosess kan det være nyttig se tilbake på den historiske utviklingen.

Fredrick W Taylor (1856-1917) var pioneren innen Scientific Management. Han oppnådde store produksjonsgevinster gjennom effektivisering av masseproduksjon (Berg, 2008, 54-58). Henry Ford videreutviklet noen av ideene fra Scientific Management. Han er opphavsmann til samlebåndet som ble innført i produksjonen av Ford Model T i 1913. Bilen ble montert stasjonsvis gjennom produksjonslinjen. Medaljens bakside var at til tross for at det ble produsert flere biler til en betydelig lavere kostnad, var bilene identiske og muligheten for individuelle tilpasninger for kundene var liten (Dennis 2007, 3-7). På samme tid som Ford var i gang med masseproduksjon av biler, utviklet far til grunnleggeren av Toyota, Sakichi Toyoda, automatiske vevemaskiner. Det spesielle med vevemaskinene var at de var konstruert slik at de automatisk stoppet og varslet dersom tråden røk. Det ble da ikke lenger nødvendig med menneskelig overvåkning av vevemaskinen (Liker, 2004, 13). I 1950 besøkte Eiji Toyoda, ingeniør og fetter av Sakichi Toyoda, Fords produksjonslokaler. Bakgrunnen for besøket var at Toyota Motor Company, som hans familie hadde grunnlagt i 1937, ønsket å tilegne seg noe av kunnskapen Ford hadde skapt. Det var spesielt to ting han merket seg under

dette besøket; Det ene var at ressurser gikk tapt med Fords høye lagerbeholdning. Det andre var at mange av bilene krevde umiddelbar reparasjon i etterkant av produksjonen. De adopterte mye av Fords tankesett, men måtte tilpasse det til den ressursknappheten Japan hadde etter 2. Verdenskrig (Dennis 2007:6-7). Toyota tok derfor i bruk maskiner tilpasset det faktiske behov, og innførte maskiner med egenkontroll basert etter systemet de tidligere hadde benyttet i vevemaskinene. Toyota Production System (TPS) ble dermed resultatet av denne rasjonelle og effektivitetsoptimaliserende tankegangen, som nå er beskrevet som Lean (Womack m.fl. 1990, 130-134).

2.2 Muda og Muri

Muri (japansk for overproduksjon) og muda (japansk for sløsing eller avfall), betraktes som et hinder og må elimineres eller reduseres. For å eliminere ressursbruk som ikke fører til verdi for kunden skisserte Toyota opp syv former for muda og muri; Overproduksjon, ventetid, transport, ikke verdiskapende aktivitet, høy lagerbeholdning, defekter og unødvendig bevegelse (Womack og Jones, 1996). (Dennis 2007, 22). De siste årene har den åttende muda, uutnyttet kompetanse også vært gjeldende. Denne beskriver en tilstand hvor medarbeiderne har høyere kompetanse enn bedriften utnytter (Pettersson m.fl. 2009, 95-96).

For å redusere muda og muri beskriver litteraturen fem prinsipper. Det første er at bedriften må produsere det kunden etterspør. Bedriften må derfor avdekke hva som er nytte- eller bruksverdi, for å unngå de ikke- verdiskapende aktivitetene (Womack og Jones 1996, 16). For det andre må verdistrømmen identifiseres, da kartlegges hver enkelt prosess og aktivitet for at produktet eller tjenesten kan ferdigstilles. Da vil man kunne oppdage hvilke aktiviteter som er ikke- verdiskapende og dermed kunne eliminere disse (Womack og Jones 1996, 19-20). De to foregående prinsipper danner grunnlaget for å skape kontinuerlig flyt mellom de resterende verdiskapende aktivitetene. For å oppnå kontinuerlig flyt må aktivitetene derfor kobles sammen, utstyr og aktiviteter må være plassert strategisk i forhold til hverandre, dermed vil kvaliteten øke og ventetiden reduseres (Wig 2013, 39). Det fjerde prinsippet er pullstyring. Det betyr at det produseres etter etterspørsel, dermed unngår man prosesser som fører til stopp, ventetid, økt lager eller overproduksjon (Womack og Jones 1996, 16). Det siste prinsippet baserer seg på en stadig søken etter perfeksjon innenfor de fire beskrevne prinsippene, det skaper et selvforbedrende system (Wig 2013, 39).

2.2.1 *Lean-verktøy benyttet i helsesektoren*

Machado og Leitner (2010) har gjennomført en analyse av 24 casestudier i helsesektoren som viser hvilke Lean-verktøy som er mest benyttet. Disse verktøyene kan benyttes for å optimalisere kunde verdien, identifisere verdistrømmen, skape flyt i prosessene, pullstyring og perfektjon. Videre beskrives et utvalg av Lean-verktøy benyttet i helsesektoren.

Lean-tavle og Lean-møter

Lean-tavle kan sees på som et kontinuerlig verktøy. Formålet med Lean-tavla er at den skal henge tilgjengelig og synlig, slik at medarbeiderne fortløpende kan melde forbedringsforslag. På tavla er det også visuelt enkelt å få informasjon om alle pågående prosjekter. Den blir også et naturlig møtepunkt når Lean-møter skal avholdes, gjerne hver 14 dag. Da går man igjennom forbedringsforslagene som er meldt siden sist møte. Det besluttet i felleskap hvordan de nye forslagene skal fordeles mellom medarbeiderne (Pettersson m.fl. 2009, 106-108).

Daglig styring/morgenmøter

Daglig styring, også beskrevet som morgenmøter i litteraturen, kan også beskrives som et kontinuerlig Lean-verktøy. Dette er et kort møte som foregår daglig, hvor alle medarbeiderne samles, dette skjer gjerne på morgenen, jamfør navnet morgenmøte. Her planlegges og kartlegges dagen og ressursene fordeles (Pettersson m.fl. 2009, 47).

Verdistrømsanalyse

Verdistrømsanalyse, også beskrevet som brunpapirøvelse er et verktøy som kartlegger hvilke aktiviteter som skaper merverdi, og hvilke som ikke gjør det. Lean har fokus på å se verdien fra kundens ståsted. I et sykehus vil pasienten være kunden. Her kan man kartlegge et pasientforløp, for eksempel fra pasienten ankommer til utreise. Denne analysen vil illustrere hvilke steg pasienten må igjennom. Formålet er å undersøke hvilke steg i pasientforløpet som enten må endres eller elimineres fordi det ikke skaper verdi (Machado og Leitner 2010, 385).

Tidsmåling

Tidsmåling kan bidra til bedre kontroll over hverdagen og tidsstyring. Det kan føre til mer effektive prosesser. Tidsmålinger har tilknytning til verdistrømanalyse hvor hvert stegs varighet i de ulike prosessene blir målt. Det er også vanlig å måle tidsbruken på et steg eller en prosess før og etter implementering av et tidsbesparende tiltak for å finne ut om det har

effekt (Machado og Leitner 2010, 386).

5S

De 5S-ene står for; *Sortere, systematisere, skinne, standardisere og sikre*. I sykehus blir 5S brukt som en opprydningsmetode for å gjøre det enklere å finne det utstyret man behøver, og unngå at tid brukes på unødig leting. 5S benyttes også til avviksforebygging. Eksempelvis ved at det er standardisert innhold i akuttskrin (Pettersson m.fl. 2009, 190-195).

Standardisering av arbeidsoppgaver

Standardiserte arbeidsoppgaver skal forebygge feil, sikre kvalitet og skape flyt. Hvis oppgavene er komplekse og medarbeidernes tilnærming til oppgaven varierer vil det være større sannsynlighet for at avvik oppstår. I et sykehus kan standardiserte sjekklister bidra til at medarbeidere unngår å glemme enkeltaktiviteter tilknyttet en kompleks oppgave. Dette kan eksempelvis være en sjekkliste hvor formålet er at utførelsen av oppgaven etter hvert skal være en del av den daglige rutinen (Machado og Leitner 2010, 388).

A3

A3 er en kartleggingssmal som har fått sitt navn etter formatet på papirstørrelsen. Det er et verktøy som benyttes til å identifisere problemer og tiltak. Den består av ulike punkter som gir dypere innsikt i hva som er kilden til et gitt problem. Når man benytter A3 kartlegges nåværende situasjon, videre analyseres problemet, deretter besluttet hva som skal oppnås og til slutt planlegge tiltak. For å undersøke om tiltakene har hatt effekt gjennomføres det evaluering av tiltakenes resultat (Dennis 2007, 133).

5 Why's

5 Why's er en metode og verktøy som ofte inngår i A3 verktøyet. For å analysere og dermed identifisere de opprinnelige årsakene til et skissert problem benyttes 5 Why's. Metoden går ut på å spørre "hvorfor" til hvert steg i problemanalysen til man finner problemets faktiske opphav (Pettersson m.fl. 2009, 199-200).

Måletall

Målinger kan presenteres med tall eller grafer for å illustrere situasjonen før og etter implementering av et tiltak. På denne måten kan effekten av tiltakene enkelt presenteres, noe

som kan gi medarbeiderne høyere grad av motivasjon. Resultater som kan måles, illustrer også tydelig hvorvidt man har oppnådd målsetting (Machado og Leitner 2010, 386).

2.3 Tidligere studier om Lean i helsesektoren og kritikk av Lean

Det var først tidlig i 21. århundre Lean virkelig kom på banen innenfor tjenesteytende virksomheter (Joosten m.fl. 2009, 342). Det eksisterer ingen større norske studier om Lean i helsesektoren i Norge og det er heller ingen full oversikt over utbredelsen i verden. Det eksisterer imidlertid en oppfølgingsstudie om intern organisering og ledelsesstrukturer i norske offentlige sykehus. Studien har blitt gjennomført hvert andre år siden 2001. Spørsmål om hvorvidt Lean Management ble benyttet som organisasjonsverktøy ble tilført studien fra 2009. Resultatene viste at 14 % oppga at de arbeidet med Lean Management i 2009 og 31 % i 2012 (Kjekshus og Bernstrøm 2013, 23). Det finnes også en rekke enkeltpublikasjoner som presenterer bruk av Lean ved enkelte seksjoner eller enheter i sykehus. I en masteroppgave publisert i 2013 er det blant annet undersøkt hvor utbredt Lean er i tilknytning til pasientforløp, ved norske somatiske avdelinger. Resultatene viste at ved 172 avdelinger ved 19 somatiske sykehus var det 17,5 % av avdelingene som benytter Lean. 42,1 % planla eller vurderte å innføre Lean i framtiden (Grøndalen 2013, 55). Resultatene på ovennevnte studier indikerer at Lean ikke er så utbredt i norske sykehus i dag, samtidig som har det vært en hurtig utvikling de siste fem årene. Dette kan tyde på at Lean vil bli fremtredende og vil få økende betydning i helsesektoren i framtiden.

Joosten m. fl (2009, 341-343) beskriver at Lean kan forbedre helsevesenet, men at metodiske og praktiske hensyn må tilpasses ellers kan det resultere i at det ikke kobles til gjeldende aktivitet. Her trekkes det frem at fortløpende evaluering av de nye arbeidsprosessene er viktig for å undersøke effekt og om tiltakene utføres som tiltenkt. Dette blir støttet av Winch og Henderson (2008, 28-29) som trekker frem at enkeltstående fokus på kostnadskontroll og tidsbesparelser i helsevesenet vil kunne bidra til at fokus på pasienten faller bort. Det kan også føre til redusert omfang av helsepersonell, dårlig kommunikasjon i alle ledd samt dårligere pasientbehandling. Norsk Tjenestemannslag ved UiO har publisert en brosjyre med tittelen ”Ja til medbestemmelse og tillit. Nei til lean” (NTL UiO, 2011), hvor Lean fremstilles som en trussel mot den norske samarbeidsmodellen. Denne er fulgt opp i en artikkel som hevder at Lean har klare begrensninger til faktorer som medvirkning og autonomi på grunn av innføring av korte tidsfrister og standardisering av rutiner og arbeidsoppgaver (Finsrud, Ingvaldsen og Rolfsen, 2012, 42-50)

3 TEORI

Den teoretiske tilnærmingen som skal belyse studiens problemstilling vil bli redegjort for i dette kapitlet. Som beskrevet innledningsvis vil denne studien omhandle organisasjonsoppskrifters kritiske reise inn i organisasjonen, dette med hensyn til ulike utfall og effekter som kan oppstå når en oppskrift slik som Lean blir innført. Utfallene og effektene er tilknyttet selve innføringen av organisasjonsoppskrifter. Derfor vil den ikke beskrive adoptering som innbefatter at organisasjonsoppskriften er tatt i bruk og nedfelt i organisasjonen (Christensen m.fl. 2009, 90-91). I den sammenheng kan organisasjonen alternativt oppleve at organisasjonsoppskriften oppfører seg som virus, jamfør virusteorien¹ eller oppskriften kan redigeres underveis, jamfør translasjonsteorien² (Røvik 1998).

Ved innføringen av organisasjonsoppskrifter kan man forvente *frikobling*, *tilkobling*, *frastøtning* eller *tilpasning* (Røvik 1998). Utfallene og effektene kan tolkes gjennom ulike organisasjonsteoretiske briller for å forstå og beskrive den komplekse virkeligheten i offentlige organisasjoner. Denne studien vil derfor benytte perspektiv om *myte*, *instrumentalitet* og *kultur* for å forstå hvorfor sengeposter ved Medisinsk klinikk i ulik grad har innført Lean, og hvilke effekter som er oppnådd (Christensen m.fl. 2009). De ulike teoretiske perspektivene vil i denne studien derfor benyttes ut fra en utfyllingsstrategi. Det betyr at perspektivene ikke blir satt opp mot hverandre for så å gjøre en vurdering i forhold til hvilke som har best forklaringskraft. Derimot er målet med denne strategien først og fremst å forstå og forklare mest mulig av det som skjer (Roness 1997, 100-101).

3.1 Myter og frikobling

Myteperspektivet har blitt anvendt siden begynnelsen 1980-årene, og bygger på tidligere arbeid av organisasjonsforskerne John W. Meyer, Brian Rowan, Paul J. DiMaggio, Walter W. Powell og W. Richard Scott (Christensen m.fl. 2009, 75). Myteperspektivet handler om hvordan organisasjonene blir påvirket av sine institusjonelle omgivelser som har sosialt skapte forestillinger om hvordan hele eller deler av organisasjoner bør være utformet og fungere.

¹ Virusteorien er et scenario ved implementering av organisasjonsoppskrifter hvor disse oppfører seg som virus; Organisasjonsoppskriften kan ha lang inkubasjonstid, den kan forsvinne ut igjen, den kan muteres, inaktiveres og reaktiveres samt ha massive konsekvenser.

² Translasjonsteorien er et annet scenario hvor organisasjonsoppskriften gjennomgår en oversettelse. Dette kan illustreres som halvfabrikata som må ferdigstilles lokalt. Dette foregår enten gjennom dekontekstualisering som gir en oversettelse fra en identifisert praksis til en idemessig representasjon. Eller kontekstualisering, som er en oversettelse fra en idemessig språklig representasjon av praksis til utøvd praksis.

En rasjonalisert myte innebærer at det gjennom vitenskapelig argumentasjon viser til at det er effektive virkemidler, såkalte organisasjonsoppskrifter for å oppnå bestemte organisatoriske mål. Det at myten er institusjonalisert vil si at det tas for gitt at de er tidsriktige, moderne og den selvfølgelige måten å organisere virksomheten på (Christensen m.fl. 2009, 77-76). Røvik (2008, 13) definerer en institusjonaliser organisasjonsoppskrift som følger;

En legitim oppskrift på hvordan man bør utforme utsnitt eller elementer av organisasjonen. Det er en oppskrift som fenger og som har fått en forbilledlig status for flere organisasjoner.

Opphavet til organisasjonsoppskrifter er gjerne uklart. Dette kan skyldes at de samme tidløse ideene som resulterer i organisasjonsoppskrifter, er tilbakevendende i ulike varianter (Røvik 2008, 15). Store internasjonale organisasjoner, konsulentselskaper, organisasjoner innen høyere utdanning, mediebedrifter og store multinasjonale selskaper, er de fremste aktører for spredning av bestemte oppskrifter, dette med noe ulik agenda (Christensen m.fl. 2009, 82-86). Organisasjoner innfører gjerne en organisasjonsoppskrift som er anerkjent i omgivelsene, for å øke sin legitimitet og bedre sitt omdømme for å fremstå som moderne. Fordi organisasjonene forholder seg til disse ytre kravene, fører det til at myter kan bli moter, altså noe alle organisasjoner skal ha, inntil nye moter kommer på banen. Handlingslogikken blir basert på imitasjon, hvor man tilpasser seg omgivelsenes oppfatning av hvordan organisasjonen bør utformes og fungere (Christensen m.fl. 2009, 77-76). Moderne organisasjoner vil i mange tilfeller også kunne oppleve press fra sine institusjonelle omgivelser på å skulle innføre de tidsriktige, effektive og legitime oppskriftene. Dette kan sette virksomheten i en vanskelig posisjon. På den ene siden skal virksomhetene ta hensyn til effektivitet, samtidig som de ønsker å holde fast ved det godt etablerte. På den annen side skal de være moderne og i dynamisk utvikling. Utfallet kan bli *frikobling*, der oppskriften blir tatt inn i organisasjonen uten at det gir instrumentelle effekter. Det vil si at organisasjonsoppskriften fungerer som et "utstillingsvindu." Selv om den nye organisasjonsoppskriften ikke innføres etter sin hensikt, innføres retorikken og begreper tas i bruk. Dette er synlig for omgivelsene, men handling frikobles fra retorikken (Røvik 1998, 148-149). Dette er en adferd som ofte finnes i organisasjoner der myteperspektivet er organisasjonsteoretisk gjeldende (Christensen m.fl. 2009, 92).

3.1.1 Forventninger til frikobling av Lean

Ut fra myteperspektivet vil man kunne forvente at det blir besluttet å innføre Lean som organisasjonsoppskrift, uten at alternative oppskrifter for forbedringsarbeid ved sengepostene er vurdert. Dette har også sammenheng med at seksjonslederne i lys av sine institusjonelle omgivelser, aksepterer og formidler Lean etter signaler fra klinikkledelsen. Dette fordi innføringen av Lean kanskje ansees som ”moderne,” riktig og legitimt. Her gis omgivelsene beskrivelser av hva som må endres ved sengepostene, uten at sengepostene selv har identifisert et problem. Logikken blir dermed ”løsning søker problem” (Røvik 1998, 39). Her kan seksjonslederne forholde seg strategisk og instrumentelt og benytte symboler bevisst, etter påvirkning fra sine institusjonaliserte omgivelser, noe som kan medføre et skille mellom ideer og praksis. I så måte vil det være forventninger til at seksjonslederne frikobler mellom prat og praksis fordi det er en oppfattelse om at Lean ikke ”passer” med sengepostene. Det arbeides med Lean, men dette er fordi det er en tydelig forventning til det. Lean har ingen innvirkning på førende aktivitet ved sengepostene. Videre med hensyn til utfallet om frikobling, vil det si at Lean fungerer som et ”utstillingsvindu” for å skape legitimitet. Lean får en lite styrende virkning på aktiviteter i organisasjonen, samtidig som organisasjonen tilsynelatende viser til at oppskriftene er iverksatt, noe som gir dem legitimitet (Røvik 1998, 148-149). I denne sammenheng kan det også forventes at Lean-retorikken endres lite, da den er essensiell for å få annerkjennelse for å arbeide med Lean. Dermed kan man også forvente at sengepostene tilpasses etter kontinuerlig Lean-verktøy slik som Lean-tavle, tavlemøter og daglig styring/morgenmøter. Dette vil fungere mer som vinduspynt for legitimitet og symbol, dermed frikobles det til endret retning av adferd. Det vil si at daglig styring/morgenmøter eksempelvis ikke har noen innvirkning i sengepostens planlegging og struktur av arbeidshverdagen. Man vil se liten grad av fokus på resultater og effekter. Disse kommuniseres likevel utad i form av symbolske effekter for å styrke legitimitet, dermed kan vi se en frikobling mellom prat og praksis.

3.2 Instrumentalitet og tilkobling

Det instrumentelle perspektivet har røtter til Max Weber og Fredrick W. Taylor (Christensen m.fl. 2009, 33-34). I dette perspektivet blir organisasjoner sett på som lederens verktøy for å oppnå sine fastsatte mål, og ivareta kontroll. Perspektivet skiller mellom den hierarkiske variant og en forhandlingsvariant. Den hierarkiske variant ser på organisasjonen som enhetlig, og det legges vekt på *formålsrasjonelle handlinger* (Roness 1997, 63). Med formålsrasjonelle handlinger menes de handlinger som skal minske avstanden mellom ønskelig og virkelig

tilstand. Ut fra den instrumentelle handlingslogikken er lederne opptatt av mål-middel forståelse, hvor resultatene av handlingene er i samsvar med de målene som er satt. Ledere forventes å handle formålsrasjonelt ved at de foretar konsekvenslogiske vurderinger av mulige alternativer, for så å velge det alternativet som medfører at organisasjonen best mulig kan utføre sine oppgaver. Ved en forhandlingsvariant har organisasjonen flere underenheter med ulik kunnskap, mål og interesser som kan være motstridende. Forhandlinger og kompromisser kan prege organisasjonen (Christensen m.fl. 2009, 34-35).

I det instrumentelle perspektivet tillegges den formelle organisasjonsstrukturen stor betydning, slik som posisjoner, retningslinjer og føringer for hva som skal utføres, hvordan organisasjonen er sammensatt av posisjoner og underenheter, og hvordan organisasjonen selv inngår i større enheter (Christensen m.fl. 2009, 37). Et instrumentelt lederskap kan sammenfalles med styring. Et hierarkisk syn hvor lederen har kontroll på sine underordnede, en kontroll som de underordnede også aksepterer. Lederegenskaper tillegges i liten grad da den formelle organisasjonsstrukturen er den styrende (Christensen m.fl. 2009, 123). Lederskap utøves av personer som sitter lengst oppe i organisasjonen, og disse bruker formelle organisasjonsstrukturer systematisk for å fremme kollektive mål. Målene i det instrumentelle perspektivet er klart spesifiserte (Christensen m.fl. 2009, 117).

Ut fra et instrumentelt ståsted vil organisasjonsoppskrifter blir iverksatt hurtig, rasjonelt og planmessig, - dette beskrevet som *rask tilkobling*. Den instrumentelle tankegangen fremstiller oppskriftene som ferdig utviklet verktøy, en ferdig pakke som man uten interne forberedelser eller tilpasninger, kan ta i bruk. Oppskriftene kan kobles raskt til styrende aktivitet som nedfelles som rutiner. Forutsetningen er imidlertid at man installerer og adopterer oppskriften på riktig måte, og følger de anvisninger som er gitt i innføringsfasen. Beskrivelser for dette har ofte meget detaljerte innføringsprosedyrer. Oppskriftene betraktes på denne måten som standardiserte for alle typer organisasjoner hvor de raskt kan tas i bruk, og får ønsket effekt (Røvik 1998, 146-147).

3.2.1 Forventinger til tilkobling av Lean

Perspektivet støtter seg til de formelle aspektene ved organisasjonen, dens struktur og medlemmenes formelle rolle som gir føringer for adferden. Medarbeiderne blir brikker i organisasjonen ettersom posisjonene de innehar, blir sett på som upersonlige (Christensen m.fl. 2009, 37). Forventningene til dette perspektivet er derfor at innføringen av Lean, styres

”top-down” gjennom linjen. Det vil si fra klinikkledelsen, til avdelingsleder og derfra til seksjonsleder, dette med støtte fra ressurspersonene i staben. Som et resultat av dette vil det være en forventning om at seksjonslederne ved sengepostene innfører Lean i tråd med føringene som er satt. Som en forlengelse av de formelle aspektene ved organisasjonen, kan man i lys av dette perspektivet også forvente seg at seksjonslederen vil påvirke de formelle sidene ved organisasjonsmedlemmenes rolle. Dette for eksempel ved å benytte ressurser som fag- eller driftsykepleier til å styre Lean-arbeidet ved sengepostene. Det forventes videre at de formelle sidene ved sengepostene tilpasses, slik at det er møterom hvor Lean-møter kan avholdes og Lean- tavle kan henges opp.

Christensen m.fl. (2009, 117) beskriver at mål som formuleres for virksomheten, tillegges stor betydning for styring av adferd. Det er derfor forventet at effekter og resultater gjenspeiler disse. Her forventes det at klinikkledelsen formidler klare mål ved innføringen av Lean, og at målene forankres ved hele Medisinsk klinikk. Målene gir også en tydelig føring for hva klinikken ønsker å oppnå med Lean-arbeidet. Det forventes derfor at seksjonslederne formidler disse videre, og benytter Lean som et instrumentelt verktøy for å nå de skisserte kollektive mål for Medisinsk klinikk. Lean-arbeidet vil derfor være en planlagt prosess hvor seksjonsleder tar strategiske valg for å få gjennomført innføringen etter intensjonen. Det forventes derfor at Lean får en raskt tilkobling til gjeldende aktiviteter ved sengepostene, i tråd med målene og hensikt. Medarbeiderne er lojale til beslutningen om å innføre Lean, og tilegner seg kompetanse om Lean som forbedringsarbeid. Det vil raskt være høy grad av medarbeiderinvolvering i tråd med en av intensjonene med Lean. Resultater og målinger fra Lean-arbeidet synliggjøres for medarbeiderne og utad i klinikken. Dette er også en måte å illustrere kollektiv måloppnåelse ved Lean-arbeidet for klinikken. Tilpasninger blir utført om resultatene ikke samsvarer med målene for Lean arbeidet som helhet.

3.3 Kultur - frastøtning eller tilpasning

Philip Selznick regnes av mange som grunnleggeren av institusjonell teori. Han skiller mellom begrepene institusjon og organisasjon. En institusjon består av uformelle normer og verdier hvor organisasjonskulturen gradvis vokser frem. En organisasjon blir derimot sett på som formell, styrbar og mekanisk (Christensen m.fl. 2009, 52). Handlingslogikken i perspektiv om kultur er definert av March og Olsen i Christensen m.fl. (2009, 52) som logikken om det ”passende.” Det gjøres ved å kople situasjoner og identitet gjennom matching eller handlingsregler (Roness 1997, 76). Matching eller handlingsregler brukes av

organisasjonsmedarbeiderne for å oppfatte hva som er rimelig og passende adferd, og kan deles inn i tre punkter. Det første beskriver hvilken situasjon medarbeiderne står ovenfor og hvorvidt det er en gjenkjennbar situasjon. Det andre punktet som medarbeiderne står ovenfor er spørsmål om identitet. Det gir beskrivelser om hvilken identitet organisasjonen og medarbeideren mener er viktigst. Det siste punktet beskriver hvilke forventninger som medarbeiderne og organisasjonen står ovenfor i den gitte situasjonen. Motivasjonen til medarbeiderne vil i stor grad være å vurdere hva som er passende og rimelig adferd (Christensen m.fl. 2009, 54).

De kulturelle normene og verdiene som setter sitt preg på en organisasjon i dens begynnelse, vil være viktig for organisasjonens utvikling videre. Dette kalles *sti-avhengighet*. Det betyr at den konteksten man har fra begynnelsen av, vil være sentral for utviklingen videre.

Organisasjonen får på et vis et “fødselsmerke” og vil ha utfordringer med å endre seg i takt med omgivelsene på et senere tidspunkt (Christensen m.fl. 2009, 62). Sterke sosiale grupper i organisasjonen kan ha en kulturell leder som på mange måter utøver det kulturelle lederskapet til tross for at det ikke er formelt. Lederskap ved kulturperspektivet kan bli sett på som to-delt. På den ene siden skal de ivareta de etablerte uformelle normene og verdiene, og de historiske tradisjonene. Det bidrar til at raske endringer som er motstridende med de etablerte normene og verdiene, får motstand. På den andre siden skal lederen bidra til endring i et begrenset omfang, noe som innebærer noe grad av instrumentell handling (Christensen m.fl. 2009, 65-66).

Mål i det kulturelle perspektivet kan være uformelle mål. Disse er ikke definert i forkant, men utvikles over tid. Dette i en naturlig prosess påvirket av indre påvirkning i organisasjonen. Målene sprer seg og får oppslutning i ulike grupper eller utvikles gradvis. Uformelle mål kan bidra til å fremme kulturelle trekk i organisasjoner, og kan virke sammen med formelle mål. Imidlertid har ikke de formelle målene betydning for medarbeidernes adferd (Christensen m.fl. 2009, 106). To mulige scenarioer ved innføring av organisasjonsoppskrifter i kulturperspektivet er frastøtning eller tilpasning. Organisasjoner som er sterkt verdibærende, komplekse og integrerte institusjoner, kan være motstandsdyktige mot raske og omfattende endringer (Røvik 1998, 147-148). Ut fra denne vinklingen må oppskriftene derfor gjennom en kompatibilitetstest i forhold til tradisjonene og verdiene i organisasjonen. Om disse ikke passer, vil oppskriftene bli frastøtt eller tilpasset (Christensen m.fl. 2009, 92). Det kan på mange måter betraktes som at oppskriftene som forsøkes innført støter de grunnleggende normene og verdiene organisasjonen står for. De vil da raskt kunne oppleves som

fremmedlegemer. De nye oppskriftene anses også ofte som uklare, enkle og kontekstløse i møtet med den komplekse virksomheten. Dersom man skal lykkes med å innføre en oppskrift, må den bestå kompatibilitetstesten som viser at den er teknisk og verdimessig kompatibel med organisasjonens verdisyn. Dersom oppskriftene ikke er compatible, er resultatet gjerne at virksomhetene etter en tid frastøter oppskriftene, da de ikke oppfyller forventningene. Alternativt vil oppskriften endres betraktelig slik at den tilpasses gjeldende verdier og normer i virksomheten (Røvik 1998, 147-148).

3.3.1 Forventninger til frastøtning eller tilpasning av Lean

Sett fra perspektiv om kultur kan en forvente at seksjonslederne forsøker å ta hensyn til organisasjonskulturen. Lederen forsøker å tilpasse Lean som organisasjonsoppskrift opp mot verdier og normer ved sengepostene. Hvis tilpasningene ikke fungerer ut fra normer og verdier, kan det forventes at Lean frastøtes fordi det ikke ”passer hos oss.” Jamfør handlingslogikken om ”passende adferd,” tilpasser også seksjonslederen sine valg på tidligere erfaringer ved lignende situasjoner (Christensen m.fl. 2009, 54).

Ut fra kulturen vil fokus ligge på det nære handlingsmiljøet. Ytre forventninger til innføringen av Lean, vil ikke bli vektlagt. Dersom sengeposten har arbeidet med forbedringsarbeid satt i system tidligere, kan man mulig forvente at sengeposten vil innføre Lean, dersom Lean samsvarer med normene, verdiene og rutinene ved sengeposten. Disse erfaringene kan være førende for hvilke oppfatninger som er passende og gode løsninger (Christensen m.fl. 2009, 164). Dermed vil en også forvente at sengepostene har ulik grad av benyttelse av Lean-verktøy, både kontinuerlige verktøy og verktøy benyttet i prosjekter knyttet til forbedringsarbeid. Man kan dermed forvente at innføringen blir en langsom prosess fordi medarbeiderne ønsker stabilitet fremfor endring, dette jamfør *sti-avhengighet*. Man kan forvente at medarbeiderne vil trenge tid for at Lean skal bli en del av hverdagen. Dermed kan sengepostene vise til få konkrete resultater av Lean-arbeidet, som igjen har liten effekt på hverdagen.

3.4 Utfyllende tilnærming til organisasjonsoppskrifter

Som beskrevet i innledningskapittelet vil de ulike teoretiske perspektivene i denne studien benyttes ut fra en utfyllingsstrategi. Det instrumentelle perspektivet ser på organisasjonen i seg selv som et redskap eller verktøy for å oppnå fastsatte mål (Christensen m.fl. 2009, 33). Kultur og myter kan også beskrives sammen som det institusjonelle perspektiv (Christensen

m.fl. 2009, 14). Felles for de to perspektivene er synet på organisasjoner som institusjoner, der institusjonaliserte normer og verdier styrer adferden til medarbeiderne (Roness 1997, 76). Det institusjonelle - og det instrumentelle perspektivet kan oppfattes og fremstilles som motpoler. Organisasjonsoppskrifter kan ut fra en instrumentell vinkling benyttes som effektiviseringsverktøy for lederen i det kontinuerlige arbeidet med å gjøre organisasjonen mer effektiv. Med hensyn til det institusjonelle kan organisasjonsoppskrifter forstås som meningsbærende rasjonaliserte symboler, som vektlegger og fremstiller oppskriftene som redskaper for effektivisering og modernisering. Forholdet mellom disse tolkes gjerne som det riktige og det gale. I dette ligger det også at man ønsker å trekke et skille mellom symboler og ”hallelujafaktorer” på den ene siden, og ekte verktøy tilpasset organisasjonenes virkelige behov på den andre siden (Røvik 1998).

Organisasjonsoppskriften har nettopp fått sin legitimitet fordi de er blitt symbol for grunnleggende rasjonaliserte verdier i et moderne samfunn, slik som fornuft, effektivitet, styring, demokrati og vitenskapelighet. På denne måten knyttes tanken om oppskriftene som symbol til verktøy, og den instrumentelt-rasjonelle tradisjonen. Dette er noe av det som gjør det vanskelig å tenke på en organisasjonsoppskrift som enten symboler eller verktøy (Christensen m.fl. 2009, 95-96).

	Myter og frikobling	Instrumentalitet og tilkobling	Kultur - frastøtning eller tilpasning
Ledelse	Alternative oppskrifter vurderes ikke fordi Lean ansees som det moderne, riktige og legitime	Innføringen styres "top-down" med støtte fra ressurspersonene i staben	Seksjonslederen tilpasser Lean mot verdier og normer.
	Seksjonslederen benytter myter og symboler bevisst, forholder seg instrumentelt etter påvirkning fra institusjonaliserte omgivelser. Skille mellom ide og praksis som medfører frikobling	Iverksettingen av Lean er styrt av seksjonsleder, jamfør forventning om styring "top-down".	Jamfør handlingslogikken om "passende" adferd, tilpasser seksjonslederen sine valg på tidligere erfaringer ved lignende situasjoner
		Klinikkledelsen har klare mål, seksjonslederne formidler disse og benytter Lean som et instrumentelt verktøy for å nå kollektive målene	Seksjonsleder tilpasser egen lederrolle, jamfør Lean som ledelsesfilosofi
Formell struktur og omgivelser	Sengepostene tilpasses etter Lean som vinduspynt for legitimitet og symbol, dermed ser vi en frikobling til endret retning av adferd	Seksjonslederen påvirker de formelle sidene ved medarbeidernes roller til å styre Lean-arbeidet	Fokus på det nære handlingsmiljøet, ytre forventninger til innføring av Lean, blir ikke vektlagt
		Omgivelsene tilpasses til Lean-arbeidet	
Endring	Lean-retorikken endres lite da den er essensiell for å få anerkjennelse for å arbeide med Lean	Lean-arbeidet er en planlagt og organisert prosess hvor seksjonsleder tar strategiske valg for å få innført Lean etter intensjonen	Lean innføres dersom sengeposten tidligere har arbeidet med forbedringsarbeid som samsvarer med normene og verdiene
			Innføringen av Lean blir en langsom prosess, medarbeiderne ønsker stabilitet fremfor endring, jamfør sti-avhengighet
Effekt og læring	Liten grad av fokus på resultater og effekter. Disse kommuniseres likevel utad i form av symbolske effekter for å styrke legitimitet. Frikobling mellom prat og praksis	Lean får en rask tilkobling i tråd med mål og hensikt	Lean endres betraktelig for å tilpasse seg sengeposten eller den frastøtes, derfor ulik grad av benyttelse av Lean-verktøy
		Medarbeiderne er lojale til beslutningen om innføring av Lean, kompetansen økes raskt	
		Resultater og målinger fra Lean-arbeidet synliggjøres, dette illustrerer også kollektiv måloppnåelse. Tilpasninger blir utført om resultatene ikke samsvarer med målene	Få resultater av Lean-arbeidet, liten effekt på hverdagen, dette tar tid
		Resultater og målinger fra Lean-arbeidet synliggjøres, dette illustrerer også kollektiv måloppnåelse i klinikken. Tilpasninger blir utført om resultatene ikke samsvarer med målene	Motstand fra medarbeiderne, kompetanse utvikles over tid, innføringen blir en langsom prosess

Tabell 1 Sammendrag over de teoretiske forventningene

4 METODE

Metode kan karakteriseres som de konkrete fremgangsmåtene for gjennomføring av vitenskapelige studier (Grønmo 2004, 29). I samfunnsvitenskapen trekkes det et skille mellom kvalitativ og kvantitativ metode (Ringdal 2007). Denne studien er kvalitativ, det gir tekstlige beskrivelser, noe som egner seg når man ønsker å gå i dybden på det som skal utforskes. Søken etter mening og formålsforklaringer er sentrale i den kvalitative forskningsstrategien (Ringdal 2007). Formålet med dette kapittelet er å redegjøre for de metodiske valg som er foretatt i studien slik at jeg sikrer etterprøvbarehet. Innledningsvis beskrives forskningsmetoden og forskningsdesignet, deretter beskrives datainnsamlingen og bearbeidelsen av denne, til slutt drøftes reliabilitet, validitet og etiske aspekter knyttet til studien.

4.1 Forskningsdesign

Et forskningsdesign er en overordnet plan for hvordan undersøkelsen skal utformes og hvilke metoder som benyttes (Ringdal 2007). Ved valg av metode har jeg derfor tatt utgangspunkt i problemstillingen, hva som skal utforskes og hvordan jeg ønsker å presentere resultatene. Kjernen i en komparativ studie er å kartlegge teoretiske interessante egenskaper i analyseenheter. Bakgrunnen for komparative casestudier er at man kan forstå sosiale fenomener bedre når de sammenlignes med andre, ulike caser. Det kan brukes til å forklare, beskrive og forstå de aktuelle casene som skal sammenlignes og ikke til å generalisere. Ved å velge dette designet kunne jeg sammenligne de sengepostene som har implementert Lean i sitt forbedringsarbeid opp mot de sengepostene som ikke har det, samtidig som teoretiske perspektiver også belyser problemstillingen (Ringdal 2007, 150). Jeg har derfor valgt kvalitativ metode og komparativ case - studie som forskningsdesign. Begrepet komparativt design blir tradisjonelt brukt ved tverrkulturelle undersøkelser der to eller flere land sammenlignes, men det kan også benyttes til å sammenligne andre typer caser slik som organisasjoner og familier. Det eksisterer ulike definisjoner og forklaringer på hva en case-studie er og skal inneholde. Johannessen, Kristoffersen og Tufte (2011) gjengir Robert K. Yin's (2007) beskrivelser og tilnærming av case-studie hvor det skisseres to kjennetegn; Oppmerksomheten avgrenses til den spesielle casen, samt det å samle så mye data som mulig om valgte case. Case-studier egner seg spesielt godt når forskeren ikke kan kontrollere hendelsene og når fokus er på fenomener i hverdagen. I denne studien er oppgavens tema innføring av Lean i helsesektoren. Konteksten ved de ulike sengepostene og hvordan dette

påvirker graden av innføringen er derfor viktig å belyse. I denne sammenheng vil både sengepostene som helhet, men også seksjonslederne defineres som analyseenheter.

4.2 Datainnsamling

Ved kvalitativ metode velger jeg semistrukturert intervju. Dette fordi jeg vil få frem dybdebeskrivelser av informantenes særegne beskrivelser og meninger, da den kvalitative metoden bygger på samtaler med et mindre antall informanter (Ringdal 2007).

Datainnsamlingen for denne studien var opprinnelig tenkt som både dokumentanalyse og intervju. Imidlertid viste det seg at Lean arbeidet ikke var dokumentert, foruten hos 1 sengepost som hadde en punktliste over gjennomførte Lean-prosjekter. Dette har ført til at studien ikke har kunnet underbygge, bekrefte eller avkrefte funn fra intervjuene gjennom dokumentanalyse. På en annen side er også mangel på dokumentasjon av Lean arbeidet i seg selv ett funn, noe som vider blir trukket frem i empiri og analysen.

4.2.1 Rekruttering og utvalg av informanter

I kvalitativ metode ønsker forskeren å få mest mulig informasjon og dypest mulig innsikt i den gitte problemstillingen, det vil derfor være en strategisk utvelgelse ved valg av informanter (Ringdal 2007). Johannessen, Kristoffersen og Tufte (2011, 108) anbefaler 10-15 informanter avhengig av prosjekt, men beskriver at studentprosjekter bør ha færre enn 10. Det ble her naturlig å ekskludere sengepostene som var pilotposter for Lean i Medisinsk klinikk fra studien da denne komponenten ville ha gitt en skjevfordeling i analysen. Det stod da igjen 8 sengeposter. For å få mest mulig informasjon om innføringen av Lean ved de enkelte sengepostene falt valget på å intervju seksjonslederne ved hver sengepost. Totalt 8 personer. De har egenskaper og erfaringer som kunne gi meg den informasjonen jeg søkte da det er seksjonslederne som har personal, økonomi og resultatansvar. I begrepet resultatansvar ligger også innføringen av Lean ved egne enheter. Johannessen, Kristoffersen og Tufte (2011, 108) skisserer videre at antall informanter ofte gir seg til et metningspunkt hvor ny informasjon ikke vil fremkomme, likevel valgte jeg å gjennomføre intervju på alle valgte 8 seksjonslederne.

Jeg søkte deretter til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) som er personvernombud for forskning for en rekke universitet, høyskoler og forskningsinstitusjoner. Meldeplikt ved behandling av personopplysninger er lovpålagt. Studien ble godkjent. Jeg valgte deretter å sende prosjektsøknad til klinikkleder med forespørsel om å bruke klinikken

som forskningsfelt. (Vedlegg 1, godkjennelse fra Medisinsk klinikk). Etter godkjennelsen kontaktet jeg videre seksjonslederne ved de åtte sengepostene med en introduksjonsmail hvor jeg forklarte kort om tema og hensikt for studien. (Vedlegg 2, informasjonsskriv og samtykkeerklæring). Videre opplyste jeg at jeg skulle ta kontakt pr. telefon etter 1-2 uker. Da jeg tok kontakt gjentok jeg informasjon om anonym deltagelse og opptak av intervjuene, svarte på enkelte spørsmål samt avtalte tid for gjennomføring av intervjuene. Intervjuene ble gjennomført de siste 3 ukene i februar 2014.

4.2.2 Semistrukturert intervju

Valget av semistrukturert intervju ble gjort på bakgrunn av at jeg ønsket at informantene skulle få mulighet til å uttrykke sine opplevelser og virkelighetsforståelse, samtidig som jeg hadde mulighet til få utdypende svar. Det hadde jeg eksempelvis ikke hatt mulighet til med et spørreskjema. Jeg benyttet en intervjuguide som er en oversikt over tema og generelle spørsmål som var førende for intervjuet. (Vedlegg 3, intervjuguide.) Spørsmålene i intervjuguiden var også ment som en støtte for meg som uerfaren intervjuer, jeg fikk da en balanse mellom det standardiserte og det ustrukturerte ved valg av semistrukturert intervju. Intervjuguiden ble testet på 1 seksjonsleder på pilotpostene for Lean som dermed ikke skulle delta på studien. Seksjonslederen hadde derfor samme forutsetninger for å kunne besvare spørsmålene som de faktiske informantene. Dette bidro til at jeg kunne revidere og tilpasse intervjuguiden etter tilbakemeldinger samt at det gjorde meg bedre forberedt til selve gjennomførelsen av intervjuene. Dette også fordi jeg hadde tenkt gjennom mulige oppfølgingsspørsmål som kunne komme.

4.2.3 Utarbeidelse av intervjuguide

I intervjuguiden forsøkte jeg å skille mellom forskningsspørsmålet og intervju spørsmål for å finne dyptliggende data gjennom informantene. Selve operasjonaliseringen gikk ut på å trekke ut ulike temaer og mulige sammenhenger ut fra problemstillingen. På bakgrunn av tidligere studier av Lean og de skisserte teoretiske forventningene til det instrumentelle perspektivet, kulturperspektivet og myteperspektivet valgte jeg å legge opp intervjuguiden etter følgende tema; Bakgrunn, initiativ, oppstart og prosessen fra implementering til dagens status. Flere av forventningene ble også kommunisert ut via oppfølgingsspørsmål. Jeg startet derfor intervjuene med å innhente informasjon om informantenes bakgrunn og sengepostene de arbeidet ved. Det å starte med konkrete spørsmål var for det første fordi informanten skulle bli komfortabel i intervjusituasjonen ved å kunne svare faktabasert. For det andre fordi denne

informasjonen også var verdifull for studien. Deretter valgte jeg å legge vekt på mer åpne spørsmål slik at informantene kunne fortelle om sin virkelighetsverden upåvirket. Jeg ønsket å frembringe informasjon som gjorde meg i stand til å forklare, beskrive og forstå hvorfor noen sengeposter har kommet lengre enn andre ved innføringen av Lean. Derfor fikk jeg også informantene til å redegjøre om personlige tanker de hadde om Lean, om prosjektene de hadde gjennomført og anvendelsen av metoder og Lean-verktøy. Dette for å kunne analysere hvilken strategi de hadde valgt, kunnskap og holdninger om Lean, resultater de hadde oppnådd og andre forhold som lå til grunn for arbeidet med Lean. Jeg støttet meg til Johannessen, Kristoffersen og Tufte (2011, 151-153) hvor jeg som intervjuer oppmuntret informantene til utdypende informasjon da intervjuguiden ikke behøver å være uttømmende, det ga mulighet til å avdekke informasjon utover hva det ble etterspurt om.

4.2.4 Forskerrollen og gjennomføringen av intervjuene

Hermeneutikken beskrives som læren om fortolkning. Hermeneutikken har etter hvert gått fra det å bare omhandle fortolkning av tekst til også å omhandle tolkning av meningsfulle fenomener. Hans-Georg Gadamer (1900-2002) er en av de fremste representantene for hermeneutikken. Han beskriver at intensjonene avdekkes og gir mening i dialog og observert handling, noe som kan tolkes (Fay 1996). Anthony Giddens (1938) er sosiolog og beskriver den doble hermeneutikk hvor all samfunnsvitenskapelig forskning har kulturelle, antropologiske og etnografiske aspekter. Gitt av problemstillingen eller tema for forskningen har allerede forskeren tatt mange valg. Det fordi forskeren på forhånd har gjort seg tanker og hypoteser om det gitte fenomenet som gir han mening. Når forskeren så er i feltet lærer han om hva aktørene allerede vet og må vite ved det gitte fenomenet. Forskeren finner da opp andre grads begrep. Det skjer derfor en dobbel prosess av oversettelse eller fortolkning, som blir beskrevet i begrepet dobbel hermeneutikk (Delanty og Strydom 2003).

På bakgrunn av min egen arbeidssituasjon har jeg lettere tilgang til informantene enn hva jeg ville hatt om jeg hadde kommet fra utsiden. Min kunnskap om Lean gjennom erfaring i egen avdeling gjør at jeg både har en forforståelse om Lean og feltkunnskap om Medisinsk klinikk. Gjennom egen arbeidssituasjon har jeg også kjennskap til informantene jeg skal intervjuer, noe som kunne føre til en intervju effekt. Johannessen, Kristoffersen og Tufte (2011, 151-153) beskriver at intervjuer og informant ikke bør ha for nær relasjon og at relasjonen mellom intervjuer og informant ikke er et likeverdig forhold. Min kunnskap og holdning til Lean fra tidligere kunne hindre meg i å åpne opp for andre og større perspektiver. På samme måte

kunne informantenes forventinger til min holdning og rolle hindre dem i å formidle erfaringer og forståelser enn hva de trodde jeg var åpen for. På en annen side er ikke nødvendigvis feltkunnskap og forforståelse negativt så lenge jeg var bevisst betydningen dette kunne ha for intervjueffekten. I forhold til intervjusituasjon støtter jeg meg derfor til Fay (1996) som beskriver at en objektiv rekonstruksjon er umulig fordi forskeren bringer med seg tidligere erfaringer som gjør at man ikke kan være helt nøytral når man skal studere andre. Derfor var det på bakgrunn av min kjennskap til informanten svært viktig at jeg var bevisst min nonverbale fremtoning og spørsmålsstilling både i intervjuguiden samt ved oppfølgingsspørsmål i intervjuene. Ved gjennomførelsen av intervjuene ga alle informantene muntlig samtykke til deltagelse i studien og bruk av båndopptaker. Det var avsatt 45 minutter til hvert intervju. Det var viktig for meg å understreke at denne studien ikke var et bestillingsoppdrag og at det var selv initiert. Underveis i intervjuene tok jeg noen notater for å merke meg viktige poenger og for å stille oppfølgings- og kontrollspørsmål, dette for å bekrefte at jeg hadde oppfattet det informanten ønsket å formidle. Den andre grunnen til valg av hermeneutikkens posisjon er også at jeg mener det styrker denne studien når min bearbeidelse av data blir sett i en kontekst hvor jeg er bevisst at de data jeg innhentet gjennom informantene er i en fortolkende sammenheng. Det vil da være dobbel hermeneutikk. Første grads forståelsen er informantenes beskrivelser, andre grads er min fortolkning av informantenes beskrivelser av virkeligheten. I etterkant av intervjuene fikk jeg da mulighet til å lytte til informantene, tolke, fortolke og skape mening. Ved å bruke kvalitativ metode og semistrukturert intervju samlet jeg data som gjør at jeg kan være sikrere i min viten siden jeg har informantenes synspunkter tatt i betraktning. Med hermeneutikkens posisjon blir jeg bevisstgjort pendelen mellom det å skulle studere data, både empirisk og teoretisk samtidig som jeg er selvkritisk i min måte å forstå og tolke datamaterialet på (Delanty og Strydom 2003).

4.3 Bearbeidelse av data

I etterkant av intervjuene skrev jeg ned mine umiddelbare tanker og de mest sentrale poengene jeg hadde notert underveis. Intervjuene ble transkribert ordrett samme dag fordi jeg ønsket å få skrevet ned datagrunnlaget fra intervjuet kort tid etter selve gjennomførelsen. Etterpå gjennomlyttet jeg lydopptaket for å korrekturlese. I etterkant av transkripsjonen av alle intervjuene sorterte jeg dataen videre inn i temaområder. Temaområdene ble valgt etter strukturen fra intervjuguiden fordi denne oppbygningen følger en logisk rekkefølge. Dette var imidlertid noe utfordrende fordi noen av informantene hadde mer utfyllende svar enn andre.

Til slutt skisserte jeg noen av de mest sentrale poengene i en tabell.

4.4 Reliabilitet og validitet

Ringdal (2007) beskriver at begrepene reliabilitet og validitet er omdiskutert i kvalitativ metode og at troverdighet og bekreftbarhet vil være mer dekkende. Likevel argumenteres bruken av disse begrepene i kvalitativ metode med at det er innarbeidede begreper til å vurdere datakvalitet.

Reliabilitet handler om studien er pålitelig i form av innhenting av data og hvordan den analyseres. Det kan være utfordrende i kvalitativ forskning da det ikke eksisterer standardiserte teknikker på lik linje som i kvantitativ forskning. Forskeren bruker seg selv som instrument og fordi ingen andre har samme erfaringsbakgrunn, vil gjentakelse av studien ikke nødvendigvis avdekke samme resultat. Påliteligheten i denne sammenheng vil derfor hvile på hvor transparent studien er ved å gi detaljerte opplysninger om fremgangsmåte og begrunnelser for valg (Johannessen, Kristoffersen og Tufte 2011, 243-244). Jeg har derfor dokumentert alle valg og begrunner disse slik at studien har etterprøvbarehet. Bekreftbarheten vil også på denne måten ivaretas. Jeg har også i intervjuguiden valgt å ta utgangspunkt i relativt åpne spørsmål for å unngå påvirkning.

Validitet omhandler hvorvidt fremgangsmåten og datafunn gjenspeiler formålet med studien, om det representerer virkeligheten og har en overføringsverdi. Med overføringsverdi menes om den har en generell verdi og kan sees i en større sammenheng. Både ved reliabilitet og validitet vil bekreftbarhet spille inn i form av at funnene skal representere forskningen og ikke forskerens subjektive holdninger. Jeg kan sikre validiteten ved bevisstgjøring om å tolke de data som informantene gir i den mening det er ment å være (Johannessen, Kristoffersen og Tufte 2011 244-245). Dette også sett i lys av dobbel hermeneutikk, hvor informantenes beskrivelser av sin virkelighetsverden som jeg som forsker skal beskrive, er en fortolkning av fortolkningen (Delanty og Strydom 2003). Informantene fikk derfor tilbud om gjennomlesning av det transkriberte materialet. En informant ønsket dette, det var videre ingen tilbakemeldinger vedrørende innholdet i etterkant. Jeg knyttet den empiriske data jeg innhentet mot den teoretiske tilnærming, på denne måten kunne bekreftbarheten styrkes når mine fortolkninger også støttes av annen litteratur (Johannessen, Kristoffersen og Tufte 2011). Her vil også den hermeneutikkens posisjon gjelde, ved at jeg er selvkritisk i min måte å fortolke både empiri og teori være en viktig faktor (Delanty og Strydom 2003).

For å kunne å kartlegge hvorvidt Lean er innført ved sengepostene og hvilke endringer og effekter Lean har hatt, måtte jeg finne indikatorer for å dekke mitt teoretiske utgangspunkt. Følgende indikatorer er derfor valgt; Hvorvidt informantene sier sengepostene arbeider med Lean, om de benytter de kontinuerlige verktøyene; Lean-tavle og daglig styring/morgenmøte i sin hverdag. Videre om de har benyttet Lean-verktøy i prosjekter, og om de har faste Lean-møter og en plan og et system for Lean-arbeidet i tiden fremover. I denne sammenheng valgte jeg å vektlegge hvorvidt informantene sa at de hadde innført Lean og hvordan de uttrykte seg når de beskrev Lean. Deretter hvorvidt de hadde gjennomført noen prosjekter med Lean-verktøy. Sistnevnte fordi jeg mener at det er en god indikator på hvorvidt sengepostene faktisk arbeider med Lean og eksempelvis ikke annen form for forbedringsarbeid. Disse kriteriene er utformet i forbindelse med denne studien, basert på litteraturen om hva Lean som ledelsesfilosofi, metode og prosess inneholder, presentert i kapittel 2 (Womack, Jones og Roos, 1990; Dennis 2007, 133; Pettersson m.fl. 2009, 199-200 ; Machado og Leitner 2010, 388; Lean forum Norge)

4.5 Etiske aspekter

Etikk defineres som en rekke prinsipper, retningslinjer og regler for hva som er rett og galt. Forskeren må derfor i vitenskapelige studier ta etiske hensyn for å vurdere hvordan studien vil fremstå for enkeltpersoner og i samfunnet (Johannessen, Kristoffersen og Tufte 2011, 93-95). Anonymiteten til informantene er ivaretatt ved at de har fått tall, informant 1-8. Jeg har valgt å holde stillingstittelen på informantene åpen fordi det er egenskaper knyttet til rollen som seksjonsleder også var viktig for analysen i denne studien. Imidlertid har jeg ikke knyttet opp resultatene på en måte som gjør at enkeltpersoner kan identifiseres. Det transkriberte materialet er blitt oppbevart på minnepenn i låst skuff, navneliste på informantene knyttet til det transkriberte materialet er blitt oppbevart på en annen minnepenn. Disse er på ulike lokalisasjoner. Båndopptakerne er også oppbevart i låst skuff, disse slettes når oppgaven er sensurert.

5 EMPIRI

Dette kapittelet presenterer funn fra datainnsamlingen tilknyttet de tre avhengige variablene; Hvorvidt Lean er innført ved sengepostene, hvorvidt Lean har ført til endring og hvilken effekt Lean har hatt. Innledningsvis beskrives Lean-status ved sengepostene. Empirien er videre sortert ut fra emnene; Ledelse, lean-arbeid i det nære handlingsmiljøet, endring og effekter og resultater. Avslutningsvis beskrives kort hvilke tanker informantene har om Lean og veien videre. For å ivareta anonymitet benevnes alle informantene som hunkjønn og beskrives som informant 1 til 8.

5.1 Hvem arbeider med Lean i dag?

Som beskrevet i delkapittel 4.4 måtte jeg identifisere indikatorer som kunne si noe om hvordan Lean som organisasjonsoppskrift er innført ved sengepostene. Dette er for å skille mellom hvem som arbeider med Lean og ikke. Indikatorene oppsummeres derfor bare kort her; Hvorvidt informantene sier sengepostene arbeider med Lean, om de benytter de kontinuerlige Lean- verktøyene. Videre om de har benyttet Lean-verktøy i prosjekter, om de har faste Lean-møter og en plan for Lean-arbeidet. I denne sammenheng valgte jeg å vektlegge hvorvidt informantene sa at de hadde innført Lean og hvordan de uttrykte seg når de beskrev Lean. Oppgitt tidspunkt for innføring av Lean ved de ulike sengepostene varierte. En sengepost i 2010, to i 2011, to i 2012 og en i 2013. I denne sammenheng kan man merke seg at pilotpostene for Lean i Medisinsk klinikk startet i mars 2011. Oppgitt tidspunkt i 2010 illustrerer dermed en av årsakene til å benytte flere indikatorer enn bare hvorvidt informantene sier de arbeider med Lean.

Informant 1 og informant 6 arbeider med Lean pr. i dag. De benytter de to kontinuerlige verktøyene daglig styring/morgenmøte og Lean-tavlen. Begge sengepostene har faste Lean-møter hvor de gjennomgår forbedringsforslag som blir satt på Lean-tavlen. De har også benyttet Lean-verktøy i prosjekter. Sengepostene skiller seg fra hverandre ved at informant 6 har en plan for fremdriften for Lean-arbeidet, i motsetning til informant 1.

Informant 7 og 8 har arbeidet med Lean, dette har nå stoppet opp. Begge sengepostene gjennomfører daglig styring/morgenmøte til tross for det, og benytter i så måte ett av de kontinuerlige Lean-verktøyene. Felles for disse to er bruk av Lean verktøyene ved gjennomføring av tidligere prosjekter. Informant 2 og 5 sier de arbeider med Lean ”på et vis”. Informant 5 kombinerer Lean med andre metodikker, og har lite benyttelse av Lean-verktøy.

Informant 2 sier de har et eget system for kvalitetsforbedring som hun mener minner om Lean. Ut fra indikatorene i denne studien klassifiseres derfor informant 2 og 5 til å arbeide med forbedringsarbeid, ikke Lean. Informant 3 sier at sengeposten hverken arbeider med Lean, eller forbedringsarbeid. Informant 4 hevder de arbeider med Lean. Det kontinuerlige Lean-verktøyet daglig styring/morgenmøter benyttes. Det beskrives ingen prosjekter hvor Lean-verktøy er benyttet, Lean arbeidet er heller ikke satt i system. Informant 4 kategoriseres derfor til å ikke arbeide med Lean, da kun en av indikatorene er oppfylt. Overnevnte funn fremstilles i en tabell for å illustrere hvilke seksjonsledere som representerer sengeposter som arbeider med Lean i dag.

	Sier informantene at de har innført Lean?	Lean-tavle og/eller daglig styring/morgenmøte?	Beskrivelse av benyttet Lean-verktøy i prosjekter	Beskrivelser av Lean-møter	Informantene sier de har en plan og et system for Lean-arbeid?
Informant 1	"På et vis"	Lean-tavle og Daglig styring/morgen møte	Verdistrømanalyse	Samtidig med fastsatt undervisning	Nei
Informant 2	"På et vis"	Nei	Ikke brukt	Samtidig med personalmøter, det er ikke fast	Nei
Informant 3	Nei	Nei	Ikke brukt	Har ikke	Nei
Informant 4	Ja	Daglig styring/morgen møte	Informanten husker ikke	Har ikke	Nei
Informant 5	"På et vis"	Nei	Verdistrømanalyse og standardisering	Samtidig med personalmøter, det er ikke fast	Nei
Informant 6	Ja	Lean-tavle og Daglig styring/morgen møte	Verdistrømanalyse og standardisering	Nye prosjekter når pågående avsluttes	Ja
Informant 7	Ja, men stoppet nå	Daglig styring/morgen møte	Verdistrømanalyse, standardisering, A3, 5S, 5 Why's	Har ikke lengre	Ikke nå, men hadde før
Informant 8	Ja, men stoppet nå	Daglig styring/morgen møte	Standardisering, A3, 5 Why's og måletall	Har ikke lengre	Ikke nå, men hadde før

Tabell 2 Sengeposter som arbeider med Lean i dag

Oppsummert viser tabellen et svært varierende og mangfoldig bilde ved innføringen av Lean ved sengepostene i dag. Dette er også med hensyn til at to av informantene representerer sengeposter som tidligere har arbeidet med Lean, men som nå har stoppet.

5.2 Ledelse- initiativ, styring, strategi og egen lederrolle

"Det var bare plutselig et begrep. (...). Ja, plutselig var det noe alle snakket om." (Informant 1). Videre beskrev informanten at avdelingslederen, som er hennes nærmeste leder, fremla på et avdelingsmøte at sengeposten skulle innføre Lean. Alle informantene beskrev at de opplevde en tydelig forventning direkte rettet mot dem, fra klinikkledelsen, om å innføre Lean. Det ble tatt opp på Nivå 4 og 5 møter i klinikken, som er interne møter hvor seksjonsledere, enhetsledere og klinikkledelsen deltar. Syv av åtte informanter opplevde forventningen om å innføre Lean også fra sin nærmeste leder. *"Jeg følte at det var nok en kommandering nedover i linja"* (Informant 8). Informant 2 som ikke hadde opplevd tydelige forventninger fra egen avdelingsleder uttalte:

(...) jeg tenker jo at bestillingen bør jo ikke gå direkte til meg fra staben, den bør jo gå via avdelingsleder. (...) Jeg tenker at den viktigste motivasjonsfaktoren for meg hadde nok vært at det hadde blitt konkret etterspurt hos min nærmeste leder (...).

Det var en periode hvor vi kun skulle jobbe etter Lean metoden, og da følte jeg at det ble veldig firkantet. (Informant 5). Jeg synes det har vært litt.. vet ikke om man skal si diktator, men veldig styrende. Vært veldig sånn bestemmende, jeg synes det har snudd nå. (Informant 8).

Da tidsperioden for innføringen av Lean varierte, ble informantene bedt om å fortelle om prosessen. Dette kan sammenfattes med tre sett hindringer seksjonslederne opplevde. Den første hindringen var at flere av seksjonslederne ikke hadde motivasjon til å starte med Lean. Den andre var seksjonsledernes oppfatning av hva medarbeiderne hadde kapasitet til. *"Det er vanskelig å dra inn folk her, jeg føler de ikke har tid til å spise lunch engang."* (Informant 3). Den siste hindringen kan beskrives som organisatorisk, her påpekte seksjonslederne utfordringer i forbindelse med endring av leder-team og nyansettelser³.

Alle informantene fortalte at de hadde fått tilbud om individuell veiledning fra ressurspersonene i staben. Noen få takket nei, mens andre hadde fått tett oppfølging i en periode. Det kan synes som at informantene som hadde fått tett oppfølging også var dem som hadde mest kunnskap om Lean. Det at oppfølgingen hadde opphørt var begrunnet med at informantene selv ikke ønsket. For noen var årsaken til det at det ikke var utvikling i Lean-arbeidet. Andre opplevde å ikke få den veiledningen de ønsket. Den siste gruppen opplevde å

³ Hindringene blir ikke illustrert i tabellen som avslutter dette delkapittelet da det kan medføre at anonymiseringen av informantene blir svekket.

være godt nok rustet til å jobbe med Lean selvstendig. Informant 6 hadde planlagt hvordan hun skulle innføre Lean og således en strategi. De av seksjonslederne som tidlig benyttet ressurspersonene for å få innført Lean ved egen sengepost, begrunnet også dette med en bevisst strategi for å få gjennomført innføringen slik klinikkledelsen ønsket. Øvrige informanter hadde ikke planlagt innføringen av Lean, dette begrunnet med de overnevnte hindringene.

Informantene ble spurt om deres tanker om egen lederrolle etter å ha arbeidet med Lean. Dette var delt. Informantene som opplevde endring i lederrolle beskrev at det er helt avgjørende at seksjonsleder er pådriver og engasjert samtidig som det delegeres til medarbeiderne. Det at leder kan ha mye makt, bidrar til at man må moderere seg, slik at medarbeiderne får en opplevelse av at det er de som eier prosjektene. Informantene oppga at hensikten med forbedringsarbeidet er at det alltid er noe som kan forbedres, og at de små og enkle prosjektene er de man bør fokusere på. Konkrete mål beskrevet for medarbeiderne eller i samsvar med klinikkens mål ble derimot ikke fremlagt. Videre presenteres en tabell for å gi en oversikt over hovedfunnene knyttet til denne studiens inndeling i kategorien ledelse.

	Initiativ til å starte?	Benyttet ressurspersonene i staben?	Bevist strategi for å få innført Lean?	Opplevde endringer ved egen lederrolle?
Informant 1	"Gått linja"	Ja, men ikke pr. i dag	Nei	Nei
Informant 2	Ikke startet med Lean	Nei	Nei	Nei
Informant 3	Ikke startet med Lean	Nei	Nei	Nei
Informant 4	Presentert på Nivå 4 og 5 møter, fra ressurspersoner i staben og "gått linja"	Ja, men ikke pr. i dag	Nei	Nei
Informant 5	Presentert på Nivå 4 og 5 møter og "gått linja"	Ja, men ikke pr. i dag	Nei	Noe mer bevisst på egen rolle
Informant 6	"Gått linja"	Nei	Ja, planlagt prosess	Ja, benytter andre verktøy for å løse utfordringer
Informant 7	Presentert på Nivå 4 og 5 møter	Ja, men ikke pr. i dag	Ja, ved å søke veiledning fra ressurspersonene i staben	Ja, pådriver og engasjert, slik at medarbeiderne kan ta mer ansvar
Informant 8	Presentert på Nivå 4 og 5 møter og "gått linja"	Ja, men ikke pr. i dag	Ja, ved å søke veiledning fra ressurspersonene i staben	Ja, modererer egen lederrolle, slik at medarbeiderne kan ta mer ansvar

Tabell 3 Ledelse- initiativ, styring, strategi og egen lederrolle

5.3 Lean-arbeid, i det nære handlingsmiljøet

Med tanke på mulighetene for å avholde Lean-møter ble informantene spurt om de hadde møterom tilgjengelig. Fem informanter hadde møterom. De tre andre informantene beskrev møtevirkksomhet på pasientstuer, eller på tilgjengelige møterom ellers på klinikken. På bakgrunn av denne informasjonen var det interessant å vite om informantene hadde Lean-tavle, om denne var i bruk, og hvor den eventuelt var plassert.

(...). Vi prøvde med en slags Lean-tavle. Vi kom opp med gule lapper og satte i gang noe, men så mistet vi masse veggplass så vi har faktisk ikke tomme vegger, vi har gått rundt, flere av oss og sjekket. Det er blitt foreslått at vi kan ha den i korridoren, det har jeg ikke lyst til. (...).(Informant 5).

"Vi har jo leantavle, den er i bruk, det blir hengt opp lapper, og de blir tatt ned og gått igjennom." (Informant 1). Det viste seg derfor å være noe spredning i bruken av Lean-tavle. To av informantene beskrev en hverdag hvor Lean-tavlen er i bruk. Flere av informantene beskrev at de hadde benyttet Lean-tavlen i begynnelsen, men at det nå grunnet mangel på veggplass eller det at Lean-arbeidet hadde stoppet opp som årsak til at den ikke benyttes. Rapportering av forbedringsforslag ble likevel beskrevet, enten gjennom tilbakemeldinger på personalmøter eller at seksjonslederen fanget opp forbedringsforslag i samtaler med medarbeiderne. For at forbedringsforslagene som medarbeiderne melder skal bli diskutert, skisserer teorien Lean-møter (Pettersson m.fl. 2009, 106-108). Informantene beskrev ulike settinger for Lean-møter. For mange var det en vanlig post på programmet ved personalmøter eller undervisning. For andre var det ikke satt opp en plan, men Lean-møter etter behov.

Daglig styring/morgenmøte er en av de kontinuerlige verktøyene i Lean (Pettersson m.fl. 2009, 47). Flere av informantene viste begeistring over hvordan disse møtene hadde forbedret deres hverdag. *"9-møte ja, vi har 9 og 14 vi da, fungerer utmerket."* (Informant 8). *"Det er jo et vellykka prosjekt da"* (Informant 1). *"Ja, vi har også begynt med 11.00 møte, hvor vi da faktisk følger opp 09.00 møte."* (Informant 4). Felles for alle informantene som hadde innført daglig styring/morgenmøte var en beskrivelse av et kort og dynamisk møte hvor alle som er på arbeid på sengeposten deltar. Der ble det informert hvorvidt det skulle skje noe spesielt samme dag, som for eksempel undervisning. Pasientene ble deretter diskutert, hvor estimert utreisedato, planlagte prøver og undersøkelser ble drøftet før visitten.

Informantene ble spurt hvordan Lean-arbeidet ble styrt. Her var informantene to-delt. Noen trakk frem teamarbeid med drift- og fagsykepleier som helt avgjørende for gjennomføringen. Andre hadde delegert det til andre ressurspersoner.

(...) jeg føler at selv om det er mitt ansvar så har jeg ikke entusiasmen til å være den som skal stå for det. Så det er bedre å delegere det til noen som har det (...)(Informant 1). *"Vi jobbet godt sammen, vi fikk det godt til."* (Informant 7).

Det ble også beskrevet av noen av informantene at fagsykepleier hadde best kapasitet, og at seksjonsleder jobbet mest som en fasilitator. De øvrige informantene, som ikke hadde benyttet ressurspersoner, hadde enten ingen, eller de opplevde det som sitt ansvar, som dermed ikke kunne delegeres. Følgende tabell gir en kort oversikt over empiriske hovedfunn knyttet til studiens inndeling i kategorien formell struktur og omgivelser.

	Møterom	Lean-tavle	Faste Lean - møter	Daglig styring/morgenmøter	Delegerer Lean-arbeidet
Informant 1	Nei	Ja	Samtidig med fastsatt undervisning	Ja	Ja, delegert til "ildsjel"
Informant 2	Nei	Nei, ikke plass	Nei, samtidig med personalmøter	Nei	Fagsykepleier har jobbet med noe
Informant 3	Ja	Ja, men ikke i bruk lengre	Nei	Nei	Fagsykepleier skal brukes etter hvert
Informant 4	Nei	Nei	Nei	Ja	Nei
Informant 5	Ja	Nei, ikke plass	Nei, samtidig med personalmøter	Nei	Nei
Informant 6	Ja	Ja	Ja, starter nye prosjekter når pågående avsluttes.	Ja	Nei
Informant 7	Ja	Ja, men ikke i bruk lengre	Ikke nå lengre	Ja	Ja, drift- og fagsykepleier
Informant 8	Ja	Ja, men ikke i bruk lengre	Ikke nå lengre	Ja	Nei

Tabell 4 Lean-arbeid, i det nære handlingsmiljøet

5.4 Endring, Lean versus andre former for forbedringsarbeid

Ved samtale om sengeposten hadde startet med Lean var flere opptatt av at det ikke var så nøyte om man kalte det Lean, det ble også beskrevet som kontinuerlig forbedringsarbeid. Fem av sengepostene benyttet begrepet Lean da de startet med Lean. To av informantene valgte å benytte andre begreper fra oppstart, de begrunnet det med at de ikke hadde så stor tiltro til å bare jobbe med Lean metoden. De av informantene som hadde benyttet Lean som begrep ved oppstart, ønsket nå å dreie benevnelsen over i kontinuerlig forbedringsarbeid. Selv om flere av informantene fortalte at deres medarbeidere kjenner til Lean som begrep,

opplevde informantene at kontinuerlig forbedringsarbeid skaper større rom for individuelle tilpasninger for sengepostene. Begrepet gir også muligheter for å gjennomføre enklere og mindre komplekse prosjekter, samt gir mer positive assosiasjoner. Det ble trukket frem at de hadde inntrykk av at klinikkledelsen ikke utelukkende er opptatt av Lean lengre, men fokuserer på kontinuerlig forbedring.

Tre av informantene beskrev at de hadde arbeidet med andre typer forbedringsmetoder før Lean ble innført i klinikken. To av disse hadde innført egne systemer for forbedringsarbeid, noe de mente samsvarte med Lean. De mente at hensikten var den samme. Informant 5 ”(...) *jeg hadde mange tanker, og det hadde de ansatte også, om hvordan vi ville jobbe med forbedringsarbeid, ville ikke jobbe med bare Lean.*” Den andre informanten begrunnet det med forankring ved egen avdeling, hun fortsatte derfor med egen metodikk for forbedringsarbeid, jamfør kapittel 5.2. Den tredje informanten var blitt presentert for en annen metodikk fra klinikkledelsen noen år tidligere og hadde innført denne med vellykkede resultater. Hun uttrykte derfor frustrasjon til at Lean skulle innføres da det ble presentert.

Motstand fra medarbeiderne ved innføringen av Lean var det kun en informant som beskrev. Hun hadde derfor brukt mye tid på å informere medarbeiderne om Lean, noe som endret deres oppfatning. Seksjonslederne ved de fleste sengepostene tolket at medarbeiderne er interessert i Lean og at de ønsker det, men at mange er blitt demotivert. Årsaken til demotiveringen ble beskrevet som hindringer i etterkant av innføringen. Disse kan deles inn i to; Den første var at sengepostene hadde gjennomført noen få store og komplekse Lean-prosjekter, som hadde medført at både seksjonsleder og medarbeiderne mistet motivasjon. Den andre faktoren var organisatoriske endringer som hadde foregått på noen av sengepostene. Det var endring av leder-teamet, nyansettelser og oppussing. Felles for alle informantene som hadde tatt en pause, var en målsetting om å starte igjen. Imidlertid måtte faktorene som bidro til å stoppe Lean-arbeidet bli ordnet.

Jeg har ikke så mye ledertid tilgjengelig, samtidig med at min Lean-sjel er borte, altså lite kontinuitet i ledelsen. Så når vi liksom har kommet på plass skal vi på en måte nullstille og begynne på nytt (Informant 7).

Jeg tror at vi lander på at vi må ha en ny start når seksjonsoverlegen er tilbake (...) jeg tror ikke vi kan begynne med store prosjekter før vi har kommet inn i tankegangen med å gjøre små endringer (...)(Informant 8).

	Benytter begrepet Lean eller andre benevnelser?	Har arbeidet med andre metodikker til forbedringsarbeid tidligere?	Informantenes tolkninger av medarbeidernes meninger om Lean
Informant 1	Benytter begrepet Lean, ønsker nå å bruke kontinuerlig forbedringsarbeid	Ja, annen metodikk som sengeposten ble introdusert for noen år før Lean ble besluttet innført	”Lean-ånden har ikke satt seg”
Informant 2	Aldri benyttet begrepet Lean. Arbeider med kvalitets-forbedringsarbeid	Ja, seksjonsleder har utviklet egen metode	Medarbeiderne har aldri vært motivert for Lean
Informant 3	Ingen	Nei	Medarbeiderne er motiverte, om seksjonsleder viser motivasjon
Informant 4	Benytter både Lean og forbedringsarbeid som begreper	Nei	Medarbeiderne er primært positive, men demotiverte nå pga organisatoriske forhold
Informant 5	Aldri benyttet begrepet Lean, benytter kontinuerlig forbedringsarbeid	Ja, seksjonsleder har utviklet egen metode	Medarbeiderne er opptatt av kontinuerlig forbedringsarbeid, ikke Lean
Informant 6	Benytter begrepet Lean, men ønsker nå å bruke kontinuerlig forbedringsarbeid	Nei	Medarbeiderne er positive
Informant 7	Benytter begrepet Lean, ønsker å erstatte Lean som begrep med kontinuerlig forbedringsarbeid når de starter igjen	Nei	Medarbeiderne var positive i begynnelsen, blitt demotivert etter store Lean-prosjekter og organisatoriske forhold
Informant 8	Benytter begrepet Lean, ønsker å erstatte Lean som begrep med kontinuerlig forbedringsarbeid når de starter igjen	Nei	Medarbeiderne viste motstand i begynnelsen, dette endret seg, demotiverte nå pga organisatoriske forhold

5.4 Lean versus andre former for forbedringsarbeid

5.4.1 Endring, benyttelse av Lean-verktøy, også kombinert med andre metodikker

Involvering av medarbeiderne er en viktig faktor da det er medarbeiderne som kjenner hvor skoen trykker. At medarbeiderne deltar i forbedringsprosjekter og finner løsninger sammen ved hjelp av tilhørende Lean-verktøy er derfor kjernen i Lean (Jones og Mitchell (2006, 11-21). Valg av forbedringsforslag som kan føre til Lean-prosjekter var som beskrevet i kapittel 5.3 enten på Lean-møter eller i forbindelse med undervisning eller sengepostmøter.

Informantene beskrev at valg av prosjektene ble gjort i en plenumsituasjon med medarbeiderne. Under intervjuene fokuserte mange av informantene på forbedringsforslag hvor det ikke vil være behov for å opprette prosjektgrupper bestående av flere medarbeidere. Heretter beskrevet som quick-fix. Dette var f.eks. å stille klokka på scoopet, skifte lypærer eller fylle opp såpedispenseren. Medarbeideren som meldte forslaget var ofte også den som løste det. Noe større forbedringsforslag som for eksempel rutiner vedrørende akutt-tralle,

revidering av pasientlister eller orden på lager ble også løst av en person, gjerne den som meldte forslaget. Medarbeiderne stod fritt til å velge hvilke verktøy eller metoder som skulle benyttes for å løse prosjektene de arbeider med.

Noen få ganger var det behov å ha flere medarbeidere i en gruppe for å løse forbedringsforslaget, da meldte ofte medarbeiderne sin interesse. De gangene ingen meldte interesse for å delta ble de direkte forspurt fra seksjonslederen og dermed deltagere. Hvilke Lean-verktøy som ble brukt i arbeidet med valgte prosjekter ble beskrevet som avhengig av hva seksjonslederne selv hadde blitt opplært i fra ressurspersonene fra staben. Seksjonslederne har blitt presentert og opplært i verktøyene etter hvert som de har valgt prosjekter og arbeidet med disse. Deretter ble medarbeiderne veiledet i sine prosjekter og noen ganger også med ressurspersonene fra staben som veiledere. De av informantene som ikke hadde benyttet ressurspersonene fra staben i stor grad hadde derfor ikke særlig kunnskap om Lean-verktøy og bruken av disse. Sengepostene som hadde arbeidet med andre metodikker sa at de ofte kombinerte disse med de nye Lean-verktøyene. Benyttelsen av Lean-verktøy presenteres i følgende tabell.

	Daglig styring/ morgen-møter	Lean-tavle	Verdistrøm-analyse	Tids-måling	5S	Standardisering	A3	5 Why's	Måle-tall
Informant 1	X	X	X						
Informant 2									
Informant 3									
Informant 4	X								
Informant 5			X			X			
Informant 6	X	X	X			X			
Informant 7	X		X		X	X	X	X	
Informant 8	X					X	X	X	X

Tabell 5 Benyttelse av Lean-verktøy

5.5 Synlige målinger, effekter og resultater

Som beskrevet mer inngående i delkapittel 5.2 opplevde informantene at medarbeiderne på mange måter ikke hadde kapasitet til å arbeide med Lean. Imidlertid beskrev alle informantene at medarbeiderne var lojale til det seksjonsleder besluttet. Informantene ble videre spurt om deres medarbeidere kjenner til begrepet Lean. De fleste beskrev at medarbeiderne antagelig ikke vet hva Lean direkte står for, og at det heller ikke er forventet, men at de fleste medarbeiderne ville kunne si at det er forbedringsarbeid. Mange av medarbeiderne har deltatt

på forbedringsprosjekter. Lean kompetansen blant medarbeiderne var varierende, dette ble beskrevet i sammenheng med prosjekter og hvorvidt seksjonslederen kombinerte Lean med andre forbedringsmetoder eller ikke.

Klinikken hadde et felles seminar i desember 2013 hvor hver avdeling skulle legge frem ett Lean-prosjekt. Noen av sengepostene fikk denne forespørselen fra sin nærmeste leder. En av informantene fortalte at hun er selvgående i hverdagen og at dette var den første forespørselen hun har fått fra sin nærmeste leder vedrørende Lean-arbeidet ved sengeposten. De av sengepostene som la frem egne prosjekter måtte arbeide mye med presentasjonen i forbindelse med seminaret, da de ikke hadde dokumentasjon på prosjektene da disse ble gjennomført. Ingen av informantene kunne fortelle eksakt antall gjennomførte prosjekter, annet enn at quick-fix prosjekter var i klart flertall. Informant 6, var den eneste av informantene som hadde dokumentert prosjektene i en intern punktliste for å illustrere for medarbeiderne hvilke prosjekter som hadde blitt gjennomført og i hvilket år.

Det å foreta målinger gjennom tidsmåling og måletall vil illustrere på en tydelig og oversiktlig måte effekten av enkelte iverksatte tiltak (Machado og Leitner 2010, 386). Det viste seg at bruken av dette Lean-verktøyet ikke var så utbredt. Ingen av informantene har gjennomført tidsmåling. Derimot fortalte en informant at det hadde blitt gjennomført målinger over en periode for å undersøke om et forbedringsforslag faktisk var relevant. Disse målingene ble også presentert for personalgruppen. To andre informanter redegjorde for målinger som var tatt i forbindelse med pasientsikkerhetskampanjer på fall- og trykksårforebygging. Disse var i forbindelse med eksterne prosjekter.

	Synlige målinger?	Dokumenterte prosjekter og resultater?
Informant 1	Nei	Nei
Informant 2	Nei	Nei, ikke som gis ut
Informant 3	Nei	Nei
Informant 4	Nei	Nei
Informant 5	Gjennom eksterne prosjekter	Nei, bare rutiner som går i prosedyrebok
Informant 6	Gjennom eksterne prosjekter	Intern punktliste for å synliggjøre gjennomførte prosjekter
Informant 7	Nei	Nei, bare rutiner som går i prosedyrebok
Informant 8	Ja	Dokumenterte målinger gjennomført i ett prosjekt

Tabell 6 Synlige målinger og resultater

5.6 Lean og veien videre

Informantene som fortalte at de hadde startet med Lean, men at det nå har stoppet opp, ble spurt hvorvidt det ble etterspurt om de skulle starte igjen. Ingen av seksjonslederne ble etterspurt om Lean arbeidet fra sin nærmeste leder. De få gangene det var blitt etterspurt var i forbindelse med at klinikkledelsen hadde etterspurt avdelingsleder. Seksjonslederne hadde imidlertid ikke inntrykk av at deres avdelingsledere kjente til prosjektene de da rapporterte om. Informantene fortalte at det er agenda på Nivå 4 og 5 møte med klinikkledelsen. *”Vi har jo Nivå- 4 og 5- møter og der er jo Lean en agenda, men det møtet er litt stort og kanskje ikke så egnet til å diskutere det. Det er ikke der jeg legger frem og sier at ”Hei, nå ligger vi brakk en stund.”* (Informant 7). De av informantene som hadde stoppet opp ble deretter spurt om det var noen som visste det. En informant fortalte at hun hadde informert ressurspersonene i staben om dette. De øvrige som hadde stoppet opp, tenkte at det er ingen andre enn medarbeiderne som vet dette, selv om det ikke er hemmeligstemplett. Informantene trakk frem at de opplevde at klinikken ikke er så opptatt av Lean lengre, men mer opptatt av kontinuerlig forbedring.

Jeg føler vell nå at kanskje klinikken er litt mer på kontinuerlig forbedringsarbeid, at det er viktig, men ikke nødvendigvis Lean. (Informant 7). Det var en periode hvor vi skulle kun jobbe etter Lean metoden og da følte jeg at det ble veldig firkantet. Jeg forstod det som at vi måtte holde oss innenfor de fire veggene og det så jeg vanskeligheter for. Nå som det er åpnet opp for at forbedringsarbeid kan gjøres på litt friere områder er det liksom lettere. (Informant 5).

6 ANALYSE

I dette kapitlet analyserer de empiriske funnene presentert i det foregående kapittel 5, med utgangspunkt i de organisasjonsteoretiske perspektivene, med tilhørende forventninger presentert i kapittel 3. Kapitlets oppbygning følger myter og frikobling, instrumentalitet og tilkobling, kultur og frastøtning eller tilpasning. De fire hovedkategoriene; Ledelse, formell struktur og omgivelser, endring samt effekt og læring som er knyttet til forventningene i de overnevnte perspektivene behandles samlet.

6.1 Frikobling av Lean ?

Hovedfunnene knyttet til myter og frikobling og deres forklaringskraft i sammenheng med empirien drøftes i dette delkapitlet. Delkapitlet avsluttes med en kortfattet oppsummering av funnene presentert i tabell 7, myter og frikobling.

6.1.1 Lean – ”Halleluja-løsning,” for hvem?

Forventningene knyttet til kategoriene ledelse, effekt og læring behandles samlet i dette delkapitlet. Klinikkledelsen ønsket å implementere Lean på bakgrunn av at de mente det var en organisasjonsoppskrift som ville imøtekomme skisserte utfordringer, fremkommet i redesignarbeidet. Her gir omgivelsene beskrivelser av hva som må endres med sengepostene uten at sengepostene selv har identifisert et problem. Logikken ble dermed en oppfattelse blant seksjonslederne om at ”løsningen søker problem” (Røvik 1998, 39). På en annen side er det en mulighet for at problemet søkte løsningen Lean fra klinikkledelsens ståsted. Imidlertid viser funn i empirien en oppfattelse av at innføringen av Lean i seg selv var det essensielle. Informant 7 utalte; *«Jeg følte vell det i første at ”Hei, innfører du ikke Lean så... Det var en sånn føring, men jeg føler ikke at det er det nå”* Her kan man se i empirien at det ikke var på bakgrunn av at informantene ikke hadde innvendinger til Lean som organisasjonsoppskrift, men utfordringer med å formidle det. Med tanke på ulik tidsperiode ved oppstart og innføring av Lean, beskrev seksjonslederne egen motivasjon som en av hindringene. Her fremkommer det at seksjonslederne på mang måter opplevde press fra sine institusjonelle omgivelser til å skulle innføre Lean, noe som var en vanskelig posisjon. Dette kan også knyttes til sammenheng med opplevelsen av hierarkisk styrt prosess.

Når organisasjonsoppskrifter får liten styrende virkning på aktiviteter i organisasjonen, samtidig som organisasjonen tilsynelatende viser til at oppskriftene er innført, oppstår

frikobling (Røvik 1998, 148-149). Med utgangspunkt i drøftelsen om at det ikke har vært vurdert alternative organisasjonsoppskrifter, kan det synes som en ringvirkning at det også har blitt frikoblet mellom både idé og praksis, og prat og praksis. For det første fordi fem av åtte informanter hevder at sengeposten de representerer arbeider med Lean. Med utgangspunkt i kategoriseringen over hvem som arbeider med Lean i dag, var det kun to informanter som innfrir kriteriene. For det andre synes det å være frikobling mellom prat og praksis når informantene beskriver gjennomførte Lean- prosjekter. Empirien viser høyt antall quick-fix prosjekter, jamfør delkapittel 5.5. Informantene hevder at alle er Lean-prosjekter, derimot er det manglende benyttelse av Lean-verktøy. Lean som ledelsesfilosofi, metode og prosess (Womack, Jones og Roos, 1990) synes derfor å favne bredere enn hva praksis tilsier. Den tredje årsaken til frikobling mellom idé og praksis er at flere seksjonslederne ikke innførte Lean etter klinikkledelsens intensjoner. Empirien viser at seksjonslederne i liten grad har tatt instrumentelle valg for å innføre Lean, noe som kan knyttes til seksjonsledernes egen motivasjon og ønsker ved innføringen.

6.1.2 Symboler kobles til aktivitet, retorikk endres

Forventningene knyttet til kategoriene endring, formell struktur og omgivelser behandles samlet i dette delkapittelet. Det at organisasjonsoppskriften kan fungerer som et ”utstillingsvindu” og ikke gir instrumentelle effekter synes ikke å samsvare med empirien (Røvik 1998, 148-149) Daglig styring/morgenmøte hadde stor innvirkning på planlegging og struktur av hverdagen ved sengepostene. Det hadde blitt mer forutsigbart både for pasientene og medarbeiderne, samt at samhandling med bydelene hadde blitt en planlagt prosess. I henhold til forventningen til at Lean-tavle kan sees på som vinduspynt og symbol for Lean-arbeidet, og dermed være frikoblet fra aktivitet, synes heller ikke å være innfridd. Dette til tross for at det viste seg å være noe spredning i bruken av Lean tavle (Tabell 5, benyttelse av Lean-verktøy). Her fremkom det at informantene som hadde Lean-tavle hengende oppe, men ikke benytter denne i dag, hadde benyttet den tidligere. At den nå ikke var i bruk var et resultat av at Lean-arbeidet var stoppet.

Siste forventning knyttet til kategorien endringer var at Lean-retorikken ikke endres, da den er vital for å få anerkjennelse med å arbeide med Lean. Samtlige informanter foruten informant 3, var tydelig på at de enten har beskrevet Lean som kontinuerlig forbedringsarbeid siden oppstart, eller ønsker å begynne med det nå. De av informantene som hadde benyttet Lean som begrep ved oppstart ønsket nå å dreie benevnelsen over til kontinuerlig

forbedringsarbeid. Begrunnelsen for dette var individuelle tilpasninger for sengepostene og muligheten andre begreper gir for å kunne gjennomføre enklere og mindre komplekse prosjekter. Det ble også trukket frem at informantene opplevde at klinikken ikke er utelukkende opptatt av Lean lengre, men fokuserer på begrepet kontinuerlig forbedring. Informant 7 ” *Så når vi liksom har kommet på plass igjen så skal vi på en måte nullstille og begynne på nytt. Med de små, små tingene, det å gjøre noen få endringer hver dag*”

	Myter og frikobling	Forventningen oppfylt?
Ledelse	Alternative oppskrifter vurderes ikke fordi Lean ansees som det moderne, riktige og legitime	Ja
	Seksjonslederen benytter myter og symboler bevisst, forholder seg instrumentelt etter påvirkning fra institusjonaliserte omgivelser. Skille mellom ide og praksis som medfører frikobling	Ja
Formell struktur og omgivelser	Sengepostene tilpasses etter Lean som vinduspynt for legitimitet og symbol, dermed ser vi en frikobling til endret retning av adferd	Nei
Endring	Lean-retorikken endres lite da den er essensiell for å få anerkjennelse for å arbeide med Lean	Nei
Effekt og læring	Liten grad av fokus på resultater og effekter. Disse kommuniseres likevel utad i form av symbolske effekter for å styrke legitimitet. Frikobling mellom prat og praksis	Ja

Tabell 7 Myter og frikobling

Oppsummert indikerer funnene frikobling både mellom prat og praksis, og idé og praksis. Imidlertid kobles noen av Lean symbolene til endret retning for adferd.

6.2 Tilkobling av Lean?

På samme måte som forrige delkapittel drøftes hovedfunnene hvor forventningene til instrumentalitet og tilkobling knyttes til empirien. Funnene presenteres i tabell 8, instrumentalitet og tilkobling, avslutningsvis.

6.2.1 En klar og tydelig bestilling, mangelfull oppfølging

Forventingene knyttet til instrumentalitet og tilkobling innenfor kategorien ledelse behandles i dette delkapittelet. Alle informantene foruten informant 2, opplevde en tydelig forventning til at de skulle innføre Lean gjennom sine nærmeste ledere, i kombinasjon med tydelige forventninger fra klinikkledelsen gjennom Nivå 4 og 5 møter. Derimot beskrev samtlige informanter at oppfølgingen fra avdelingslederne var mangelfull i ettertid. De trodde ikke at sine avdelingsledere kunne gi noen redegjørelser for Lean-status ved sengepostene og de

trodde heller ikke at de var nevneverdig opptatt av dette. Empirien viser at selve iverksettingen av Lean ble styrt av seksjonsleder, det med noe støtte fra ressurspersonene i staben hos seksjonslederne som selv ønsket dette. Dette ble ansett som et tilbud og ikke pålagt. Christensen m.fl. (2009, 37) beskriver at formelle roller gir føringer for adferd. I den sammenheng viser funnene at den formelle rollen ressurspersonene i staben besitter, ikke benyttes som et virkemiddel av klinikkledelsen. Her kan man stille spørsmål hvorvidt dette ville hatt instrumentelle positive effekter ved innføringen av Lean, om dette hadde blitt pålagt. Empirien gir ikke et konsist svar da informant 1 og 6 som representerer sengeposter som arbeider med Lean i dag, har ulike funn. Informant 1 hadde fått veiledning av ressurspersonene i staben og informant 6 ikke. På en annen side identifiseres det hos informant 7 og 8 utstrakt veiledning fra ressurspersonene i starten, til tross for at Lean-arbeidet nå har stoppet opp. Det kan synes som at de informantene som fikk tett oppfølging i en periode også var de som hadde mest kunnskap og interesse for Lean. Dette kan imidlertid også ha en årsakssammenheng med at de selv hadde etterspurt bistand.

Klinikkledelsen ønsket å implementere Lean på bakgrunn av at de mente det var en organisasjonsoppskrift som ville imøtekomme skisserte utfordringer fremkommet i redesignarbeidet. Christensen m.fl. (2009, 117) beskriver at mål som formuleres for virksomheten tillegges stor betydning for styring av adferd, og det er forventet at effekter og resultater gjenspeiler disse. Funnene i empirien viser at målene og årsak til beslutningen om innføringen av Lean, ikke har blitt kommunisert ut til seksjonslederne på en måte som bidro til at det enten ble tillagt særlig vekt, eller var tydelig nok. På bakgrunn av dette er det et viktig moment å trekke inn at alle informantene, foruten informant 6 opplevde selve oppstarten som svært styrende og med liten mulighet for individuelle tilpasninger, frihet og handlingsrom. Her kan man se at informantene opplevde en noe hierarkisk prosess. Hvorvidt formålsrasjonelle handlinger er vurdert fra klinikkledelsens ståsted, inngår ikke i denne studien. Derimot fremkommer det fra empirien at styringen fra klinikkledelsen nå har endret kurs. Informant 5 *"Også det at det nå er åpnet opp for at forbedringsarbeid kan gjøres på litt friere måter. Klinikken hadde et seminar med Magnus Lord fra Sverige, (...) han var ikke direkte bare orientert mot Lean, men la også frem andre metoder."* Det kan derfor virke som at forhandlingsvarianten innenfor det instrumentelle perspektiv er blitt mer fremtredende etter en periode (Christensen m.fl. 2009, 34-35). Seksjonsledernes interesser og ønsker med Lean virker å ha vært motstridene med klinikkledelsens i starten. Det kan være at kompromisser mellom sengepostene og klinikkledelsen nå begynner å sette noe preg. Informantene tolker

signaler om at sengepostene kan arbeide med andre former for forbedringsarbeid til tross for at dette ikke er kommunisert ut i klartekst.

6.2.2 Delvise strategiske valg har ikke gitt forventet resultat

Kategoriene endring og formell struktur og omgivelser knyttet til instrumentalitet og tilkobling behandles samlet i dette delkapittelet. I den sammenheng er det nyttig å se nærmere på sengepostene som har innført Lean, representert av informant 1 og 6. Her kan man gjøre noen vurderinger hvorvidt innføringen har vært preget av en strategisk instrumentell tankegang og hvorvidt de formelle sidene ved medarbeidernes roller og omgivelsene er endret for å arbeide med Lean-arbeidet.

Informant 6 har, i tråd med forventningene planlagt Lean-arbeidet og tatt strategiske valg for å innføre Lean. Til tross for mangel på konkrete mål, formidlet informanten tydelig at det alltid vil være noe som kan forbedres på sengeposten. Dette kom til syne gjennom en plan og et system for Lean-arbeidet fremover, og også i henhold til gjennomføring av prosjekter.

Informant 1, har til tross for innføringen av Lean, ikke selv tatt strategiske valg ved innføringen, men har mulig tatt et ubevist strategisk valg i å delegert Lean-arbeidet til en ”ildsjel” ved sengeposten. Seksjonslederen her har dermed figureert som en noe fraværende fasalitor for medarbeideren. Fraværende begrunnes med at seksjonslederen har vært lite involvert. Dermed finner man her støtte for forventningen om at seksjonslederne har tatt noen strategiske valg for å gjennomføre Lean etter intensjonen hos informant 1 og 6. Imidlertid er ikke dette avgjørende for hvorvidt sengepostene innfører Lean. Dette på bakgrunn av at både informant 2 og 7 også hadde foretatt et strategisk valg ved å delegere Lean-arbeidet, men samtidig ikke har innført Lean (Tabell 4, Lean-arbeid i det nære handlingsmiljøet).

Informant 1, påvirket som nevnt de formelle sidene ved medarbeiderens rolle for å styre Lean-arbeidet, i tråd med forventningene i dette perspektivet. Denne forventningen kan videre gis noe empirisk støtte, for det første fordi informant 7 oppga mangel på støttepersonell som en av hindringene til at Lean arbeidet nå hadde stoppet opp. For det andre fordi mangel på støttepersonell i forbindelse med endring av leder-team var en av hindringene informantene samlet sett påpekte under intervjuene. Dette gjaldt både ved iverksettingen av Lean, men også ved det videre arbeid med Lean.

Empirien viser spredning i benyttelsen av Lean-tavle. To av informantene hevdet at det ikke var plass til tavle selv om de ønsket. Fem av informantene hadde Lean-tavle, men kun to

benyttet denne, dette var informant 1 og 6 som har innført Lean. Til tross for at denne forventningen synes å kunne gi delvis støtte, kan ikke denne gi direkte årsaksforklaring til innføring av Lean. Dette på bakgrunn av at tre sengeposter har Lean-tavle, selv om de ikke arbeider med Lean. Derimot kan man delvis hevde at omgivelsene tilpasses til å ha Lean-tavle, men at dette ikke gir instrumentelle effekter da den ikke er i bruk ved de fleste av sengepostene. Når det kommer til møterom, kan man finne funn i empirien hvor noen sengeposter har mistet møterom grunnet oppussing i etterkant av innføringen av Lean. Møtevirksomhet på pasientstuer eller lånte møterom er ikke uvanlig, og bidrar naturlig nok med sine utfordringer for å få avholdt Lean-møter. Forventningen om at omgivelsene tilpasses for å innføre Lean synes derfor å ha delvis støtte i empirien, men kan ikke tolkes som en direkte årsakssammenheng i forhold til hvorfor enkelte sengeposter har kommet lengre enn andre i Lean-arbeidet.

6.2.3 Liten effekt og tilkobling, medarbeidernes læring som ringvirkning

Kategorien effekt og læring behandles i dette delkapittelet. Klinikkledelsen hadde tatt forbehold om at de store resultatene ville la vente på seg, da de valgte å benytte interne ressurspersoner i Lean-arbeidet til å bygge kompetanse. Det synes derfor ikke som det var en forventning fra dem om at Lean raskt skulle bli tilkoblet førende aktivitet ved sengepostene. Imidlertid viser empirien at Lean ble fremstilt som et ferdig produkt sengepostene kunne ta i bruk. Informantenes opplevelser var at Lean skulle innføres raskt og etter intensjonen. Røvik (1998, 146-147) trekker frem at forutsetningen for rask tilkobling er imidlertid at man installerer oppskriften på riktig måte, og følger de anvisninger som er gitt i innføringsfasen. Beskrivelser for dette har ofte meget detaljerte innføringsprosedyrer. Forventningene til at Lean får en rask tilkobling i tråd med mål og hensikt, blir dermed ikke oppfylt da kun to av åtte informanter arbeider med Lean i dag. En av årsakssammenhengene kan være fordi innføringen ikke har vært tilstrekkelig rasjonell og planmessig fra klinikkens ståsted, sett fra utfall om rask tilkobling. Direkte motstand fra medarbeiderne ved innføringen av Lean var det kun en informant som beskrev. Derimot arbeidet seksjonslederen aktivt med å øke medarbeidernes Lean-kompetanse og de innførte Lean for en periode. På en annen side var en av hindringene informantene beskrev i prosessen ved innføringen av Lean, deres oppfatninger og meninger av hva medarbeiderne hadde kapasitet til i løpet av en arbeidsdag. Her kan det synes som at medarbeidernes Lean kompetanse og lojalitet til beslutningen om å innføre Lean, har direkte sammenheng og ringvirkninger med seksjonslederens Lean- kompetanse og

lojalitet ”top-down.” Medarbeiderne er lojale til seksjonsleder, lojalitet og læringen synes derfor å ha en ringvirkning.

Forventning om at resultater og målinger fra Lean-arbeidet synliggjøres for å illustrerer kollektiv måloppnåelse, og at tilpasninger blir utført om resultatene ikke samsvarer med målene, finnes det ingen støtte for i henhold til mangelfull formidling av mål, beskrevet i kapittel 6.2.1. Dermed vil det heller ikke bli synliggjøring av kollektiv måloppnåelse.

	Instrumentalitet og tilkobling	Forventningen oppfylt?
Ledelse	Innføringen styres ”top-down” med støtte fra ressurspersonene i staben	Ja
	Iverksettingen av Lean er styrt av seksjonsleder, jamfør forventning om styring ”top-down”	Ja
	Klinikkledelsen har klare mål, seksjonslederne formidler disse og benytter Lean som et instrumentelt verktøy for å nå de kollektive målene	Nei
Formell struktur og omgivelser	Seksjonslederen påvirker de formelle sidene ved medarbeidernes roller til å styre Lean-arbeidet	Delvis
	Omgivelsene tilpasses til Lean-arbeidet	Delvis
Endring	Lean-arbeidet er en planlagt og organisert prosess hvor seksjonsleder tar strategiske valg for å få innført Lean etter intensjonen	Delvis
Effekt og læring	Lean får en rask tilkobling i tråd med mål og hensikt	Nei
	Medarbeiderne er lojale til beslutningen om innføring av Lean, kompetansen økes raskt	Delvis
	Resultater og målinger fra Lean-arbeidet synliggjøres, dette illustrerer også kollektiv måloppnåelse. Tilpasninger blir utført om resultatene ikke samsvarer med målene	Nei

Tabell 8 Instrumentalitet og tilkobling

Oppsummert indikerer funnene at de instrumentelle aspektene ved klinikken er benyttet som virkemiddel for å innføre Lean. Imidlertid har ikke Lean fått rask tilkobling til gjeldende aktivitet i tråd med målene og hensikten.

6.3 Frastøtning eller tilpasning av Lean?

På samme vis som de foregående delkapitlene kobles forventningene ut fra kultur og frastøtning eller tilpasning i teorien, sammen med empirien. Avslutningsvis oppsummeres funnene kort i tabell 9, kultur- frastøtning eller tilpasning.

6.3.1 *Lean får endret reiserute*

Forventningene knyttet til kategoriene ledelse og endring sett fra perspektiv om kultur og frastøtning eller tilpasning, behandles samlet i dette delkapittelet. Fra et perspektiv om kultur, kan det å innføre en organisasjonsoppskrift i organisasjoner føre til frastøtning da organisasjonens medlemmer ofte har større tro på konseptene de allerede benytter. Dette kommer ofte av at disse konseptene er erfaringsbaserte gjennom praksis og tilpasning. Ønske om å innføre noe nytt blir derfor ikke tillagt verdi (Røvik 1998, 147-148). Tre av informantene beskrev at de hadde arbeidet med andre typer forbedringsmetoder igjennom årenes løp og at Lean på mange måter var en ny merkelapp med litt andre verktøy. To av de tre hadde også utviklet egne systemer for forbedringsarbeid, noe som de mente på mange måter samsvarte med Lean. De forsøkte derfor å kombinere Lean-verktøy med eksisterende metoder og systemer ved sengeposten. Den siste informanten forsøkte å innføre Lean til tross for at hun opplevde at metodikken minnet om en annen benyttet metodikk klinikkledelsen hadde innført noen år tidligere. Det synes derfor å være delvis støtte for forventningen jamfør handlingslogikken om ”passende” adferd, at seksjonslederen tilpasser sine valg på tidligere erfaringer ved lignende situasjoner. Imidlertid finnes det ingen støtte for at Lean innføres dersom sengeposten tidligere har arbeidet med forbedringsarbeid som samsvarer med normene og verdiene.

To informanter valgte å ikke benytte begrepet Lean, men har beskrevet det som kontinuerlig forbedringsarbeid siden oppstart. Dette på bakgrunn av at de ikke hadde tiltro til å bare jobbe med Lean. Informant 5 ”(...) jeg hadde mange tanker og det hadde de ansatte også hvordan vi ville jobbe med forbedringsarbeid, ville ikke jobbe med bare Lean” Informant 2 formidlet det på denne måten; ”Det er mye bra i Lean, mye bra verktøy, men man bør stå fritt til å velge hva som passer den spesielle enheten” På den andre siden synes ikke dette bilde å være så enhetlig. Med hensyn til kulturen må oppskriftene gjennom en kompatibilitetstest i forhold til tradisjonene og verdiene i organisasjonen. Om disse ikke ”passer”, vil oppskriftene bli frastøtt (Christensen m.fl. 2009, 92). At noen seksjonsledere valgte å tilpasse Lean til verdier og normer ved sengeposten synes i så måte ikke å være som et resultat fra signaler fra medarbeiderne, jamfør delkapittel 6.2.3. Empirien viste at innføringen av Lean kunne tolkes med tre sett med hindringer. Den første var manglende motivasjon hos seksjonslederne. Den andre var seksjonsledernes oppfatning av hva medarbeiderne hadde kapasitet til. Den tredje kan beskrives som organisatorisk. Funn i empirien på bakgrunn av de to førstnevnte hindringene bekrefter forventningene knyttet til at seksjonslederen forsøker å tilpasser Lean

mot eksisterende normer og verdier. Imidlertid er dette på bakgrunn av hva seksjonslederne selv mener er verdier og normer ved egne sengeposter. Her ser man konturene av det to-delte lederskapet, hvor lederen ivareta de etablerte uformelle normene og verdiene og de historiske tradisjonene. Det bidrar til at raske endringer som er motstridende med de etablerte normene og verdiene får motstand. Den andre siden av det to-delte lederskapet, hvor lederen bidrar til endring i et begrenset omfang, noe som innebærer en viss grad av instrumentell handling virker, ikke å være fremtreden i så måte (Christensen m.fl. 2009, 65-66)

En av hovedårsakene til at Medisinsk klinikk ønsket å innføre Lean, var på bakgrunn at man ønsket at medarbeiderne i større grad skulle involveres i forbedringsarbeidet, fordi det er medarbeiderne som faktisk opplever hvor flaskehalsene er (Medisinsk klinikk, 2012). Lean som ledelsesfilosofi for organisering og samhandling av arbeidsoppgaver ble dermed vektlagt. Flere av seksjonslederne som hadde arbeidet med Lean, beskrev en bevisst tilpasning av egen lederrolle i henhold til Lean som ledelsesfilosofi. Derimot hadde ikke informant 1, som hadde innført Lean, en oppfatning av endringer ved egen lederrolle. Imidlertid kan dette ha sammenheng med utstrakt delegering av lean-arbeidet til ”ildsjel.” Seksjonslederne som ikke hadde jobbet noe med Lean, opplevde heller ingen endringer i lederrollen.

6.3.2 Lean endres betraktelig

Forventningene knyttet til kategoriene formell struktur og omgivelser, og effekt og læring behandles samlet i dette delkapittelet. Ut fra perspektivet om myter forholder organisasjonsmedlemmene seg til ytre press. Derimot vil det sett fra perspektivet om kultur fokuseres på det nære handlingsmiljøet, forventninger til å innføre Lean blir dermed ikke vektlagt. Det at sengepostene forholder seg til det ytre press og dermed frikoblet Lean til førende aktivitet ble beskrevet mer inngående i delkapittel 6.1.1. Derfor vil denne forventningen bli avkreftet her.

Den konteksten man har fra begynnelsen av, er sentral for utviklingen videre. Organisasjonen får på et vis et “fødselsmerke” og vil ha utfordringer med å endre seg i takt med omgivelsene på et senere tidspunkt (Christensen m.fl. 2009, 62). Formålet med Lean-tavlen er å ha et system og en struktur, for at medarbeiderne skal kunne melde sine frustrasjoner i form av forbedringsforslag. Tavlen skal henge tilgjengelig og synlig for alle i bedriften slik at medarbeiderne fortløpende kan skrive opp forbedringsforslag (Pettersson m.fl. 2009, 106-108). Det at Lean tilpasses til sengepostenes kultur og normer, er for det første begrunnet med

behandling av meldte forbedringsforslag. Dette var enten gjennom tilbakemeldinger på personalmøter, eller det seksjonslederen fanget opp av forbedringsforslag i samtaler med medarbeiderne. Noen trakk også frem at noen forbedringsforslag ble meldt som et resultat fra enkelte avvik, som ble meldt gjennom det elektroniske avvikssystemet. Empirien viser derfor lav grad av medarbeiderinvolvering. Dette er motstridende til en av hovedårsaken til at Medisinsk klinikk innførte Lean. Det var nettopp fordi medarbeiderne i større grad skulle involveres i forbedringsarbeidet og fordi det er medarbeiderne som faktisk opplever hvor flaskehalsene er (Medisinsk klinikk, 2012). Denne *sti- avhengigheten* finner man for det andre også videre i empirien ved at de fleste av sengepostene fortsetter å benytte personalmøter eller tid i undervisning som fora til å diskutere alle forhold ved sengeposten. For det tredje avdekker empirien ulik grad av benyttelse av Lean-verktøy (Tabell 5, benyttelse av Lean-verktøy). Informantene som ikke brukte direkte Lean-verktøy sa at de hadde egne metoder for hvordan de løste prosjektene tilknyttet forbedringsarbeid. Da de ble forespurt om de kunne beskrive disse metodene sa de at dette var opp til enkeltpersonen eller gruppa som skulle arbeide med forbedringsforslaget. Informant 2 beskrev det på denne måten; *"Erkjenne et problem, ordne det"* Det trekkes derfor slutninger om at konkrete verktøy eller metoder ikke benyttes i forbedringsarbeid som ikke er Lean. Et moment er imidlertid at Lean også har ført til stor grad av quick-fix prosjekter. Dette medvirker som nevnt redusert behov for Lean-verktøy. I henhold til forventningen til at medarbeiderne ytrer motstand til Lean og at kompetansen utvikles over tid, noe som gjør at innføringen blir en langsom prosess, gis ingen støtte. At innføringen har blitt en langsom prosess er et faktum, men forventningen til at dette har sammenheng med medarbeiderne gis det ingen støtte for, jamfør delkapittel 6.2.3 og delkapittel 6.3.1

På bakgrunn av empiriske funn i sammenheng med synliggjøring av målinger og resultater belyses det at det er liten fokus på dette (Tabell 6, synlige målinger og resultater). Målinger og dokumentasjon i Lean prosjekter kunne ha bidratt til å redusere tid brukt på ikke-verdiskapende aktiviteter slik at den sparte tiden kan brukes på verdiskapende aktiviteter (Machado og Leitner 2010, 386). Et annet viktig moment og funn i denne studien er også med hensyn til at det bare var en informant som hadde dokumentasjon på Lean-arbeidet. I utgangspunktet skulle studien kombineres med dokumentanalyse, mangelfull dokumentasjon er et funn som kan indikere frastøtning av Lean

	Kultur - frastøtning eller tilpasning	Forventningen oppfylt?
Ledelse	Seksjonslederen tilpasser Lean mot verdier og normer	Ja
	Jamfør handlingslogikken om "passende" adferd, tilpasser seksjonslederen sine valg på tidligere erfaringer ved lignende situasjoner	Delvis
	Seksjonsleder tilpasser egen lederrolle, jamfør Lean som ledelsesfilosofi	Delvis
Formell struktur og omgivelser	Fokus på det nære handlingsmiljøet, ytre forventninger til innføring av Lean, blir ikke vektlagt	Nei
Endring	Lean innføres dersom sengeposten tidligere har arbeidet med forbedringsarbeid som samsvarer med normene og verdiene	Nei
	Innføringen av Lean blir en langsom prosess, medarbeiderne ønsker stabilitet fremfor endring, jamfør sti-avhengighet	Nei
Effekt og læring	Lean endres betraktelig for å tilpasse seg sengeposten eller den frastøtes, derfor ulik grad av benyttelse av Lean-verktøy.	Ja
	Få resultater av Lean-arbeidet, liten effekt på hverdagen, dette tar tid	Ja
	Motstand fra medarbeiderne, kompetanse utvikles over tid, innføringen blir en langsom prosess	Nei

Tabell 9 Kultur - frastøtning eller tilpasning

Oppsummert indikerer funnene at seksjonslederne tilpasser Lean mot verdier og normer ved sengepostene, tilpasningen har imidlertid ikke sammenheng med direkte påvirkning fra medarbeiderne. Tilpasningen av Lean som organisasjonsoppskrift synes å være utbredt, Lean er derfor ikke frastøt, imidlertid kan det vises til få resultater.

7 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Dette kapittelet oppsummerer hovedfunnene og skal svare på hovedproblemstillingen med tilhørende underproblemstillinger. Deretter vil studiens hovedfunn drøftes mot tidligere forskning, for å tydeliggjøre funn som kan samsvare eller avvike. Beskrivelser om hvorvidt teoriene benyttet i denne studien var egnet, vil også bli berørt. Mulighetene og hindringene som ligger i Lean ved Medisinsk klinikk, drøftes kort i sammenheng med funnene. Avslutningsvis vil jeg redegjøre for noen forhold som kan være svakheter ved denne studien, for videre skissere noen forslag som kan være av behov og interesse for videre forskning.

7.1 Oppsummering og svar på problemstilling

Lean som organisasjonsoppskrift og dens kritiske reise inn i Medisinsk klinikk ved innføringsfasen var studiens utgangspunkt. Ved innføringen av organisasjonsoppskrifter kan man forvente *frikobling*, *tilkobling*, *frastøtning* eller *tilpasning* (Røvik 1998). Utfallene og effektene kan tolkes gjennom ulike organisasjonsteoretiske briller for å forstå, og beskrive den komplekse virkeligheten i offentlige organisasjoner. Denne studien benyttet derfor *perspektivene om myte, instrumentalitet og kultur* for å forstå hvorfor sengeposter ved Medisinsk klinikk i ulik grad har innført Lean, og hvilke effekter som er oppnådd. Hovedproblemstillingen var derfor;

”Hvorfor har sengeposter som har arbeidet med Lean i samme tidsrom, i ulik grad innført Lean i sitt forbedringsarbeid, og hvilke effekter er oppnådd?”

Den første avhengige variabelen er omhandler hvorvidt Lean var innført ved sengepostene. Den andre avhengige variabelen omhandler hvorvidt Lean har ført til endring. Den tredje avhengige variabelen var hvilke effekter Lean har hatt.

For å svare kunne svare på problemstillingen skisserte jeg fire underproblemstillinger. Jeg benyttet kvalitativ metode og komparativ case – studie som forskningsdesign. Datainnsamlingen ble gjort med semistrukturert intervju. I utgangspunktet skulle denne studien også kombinere dokumentanalyse. Imidlertid eksisterte det kun noen få interne dokumenter på Lean-arbeidet ved en sengepost, noe som medførte at dokumentanalyse ikke lot seg gjennomføre. De innsamlede data ble deretter strukturert og systematisert etter emner. Det ble utledet forventinger med utgangspunkt i at Lean enten ville frikobles sett fra perspektiv om myter, med bakgrunn i det instrumentelle ville den tilkobles, mens sett fra

kultur, tilpasses eller bli frastøtt. Forventningene ble inndelt i fire hovedkategorier; Ledelse, formell struktur og omgivelser, endring samt effekt og læring. Empirien og teorien ble drøftet i analysen med utgangspunkt i hvorvidt det fantes støtte for forventningene, og det ble avdekket noen hovedtendenser. De ulike teoretiske perspektivene ble benyttet ut fra en utfyllingsstrategi noe som ga ulike vinklinger og et helhetlig bilde.

Hva er status på Lean-arbeidet ved sengepostene i dag?

For å kunne kartlegge hvorvidt Lean er innført ved sengepostene og hvilke endringer og effekter Lean har hatt, måtte jeg finne indikatorer for å dekke mitt teoretiske utgangspunkt. Indikatorene identifiserte hvilke sengeposter som arbeider med Lean i dag, og skilte mellom hvilke sengeposter som arbeider med annen form for forbedringsarbeid. Funnene i denne studien viser at to av åtte sengeposter arbeider med Lean i dag.

Hvordan artet beslutningsprosessen og iverksettingen seg?

Klinikkledelsen ønsket å implementere Lean på bakgrunn av at de mente det var en organisasjonsoppskrift som ville imøtekomme skisserte utfordringer fremkommet i redesignarbeidet. Funnene indikerer at iverksettingen av Lean var preget av instrumentell styring, ”top-down,” fra klinikkledelsen. Noe som ga liten mulighet for individuelle tilpasninger, frihet og handlingsrom for seksjonslederne. Denne strategien resulterte imidlertid ikke til tilkobling av Lean som organisasjonsoppskrift. En av årsakssammenhengene kan være fordi innføringen ikke har vært tilstrekkelig rasjonell og planmessig fra klinikkens ståsted, sett fra utfall om rask tilkobling. I den sammenheng viser funnene at den formelle rollen ressurspersonene i staben besitter, ikke ble benyttet som et strategisk virkemiddel. Her kan man stille spørsmål hvorvidt dette ville hatt instrumentelle positive effekter ved innføringen av Lean, om det hadde blitt gjort. Man ser her at den instrumentelle styringen derfor ikke var konsekvent. Et annet viktig funn er også at det var mangelfull oppfølging langs linja. Avdelingslederne synes å være fraværende, og den instrumentelle styringen og oppfølgingen av seksjonslederne ser derfor ut til å ha hoppet over ett ledd i linja.

Hvilke metodikker og verktøy benytter sengepostene?

Funnene i denne studien viser at sengepostene som hadde fått veiledning fra ressurspersonene i staben, også var de som hadde mest kunnskap om Lean og tilhørende verktøy. Det kontinuerlige Lean-verktøyet daglig styring/morgenmøte hadde hatt stor innvirkning på

planlegging og struktur av hverdagen ved sengepostene, og var dermed det eneste Lean-verktøyet som var tilkoblet styrende aktivitet. Fem av åtte informanter benyttet dette verktøyet. I tilknytning til Lean-møter er tendensen at *sti-avhengighet* i stor grad bidrar til at sengepostene fortsetter å benytte personalmøter eller tid i undervisning som fora til å diskutere alle forhold ved sengeposten. Dermed blir Lean-møter tilpasset sengeposten. Det ble også identifisert en spredning i benyttelse av Lean-verktøy, hvorpå også noen av verktøyene kun er benyttet en gang. Sengepostene som hadde arbeidet med andre metodikker hevdet at de ofte kombinerte disse med Lean-verktøy. Imidlertid kunne de ikke beskrive metodene eller verktøyene. Dette fordi det var opp til enkeltpersonen eller gruppa som skulle løse forbedringsforslaget. Funnene viser også mange quick-fix prosjekter som ikke har behov for Lean-verktøy, likevel ble disse beskrevet som Lean-prosjekter, noe som indikerer frikobling mellom prat og praksis. Benyttelse av metoder og verktøy virker dermed å være noe tilkoblet, noe frikoblet og noe tilpasset førende aktivitet ved sengepostene.

Hvilke effekter har Lean ført til, og hvilke resultater har man oppnådd med Lean ved sengepostene?

Daglig styring/morgenmøte synes å være det eneste Lean-verktøyet som er tilkoblet førende aktivitet og har hatt de effekter som verktøyet er ment å skape. Direkte effekter og resultater fra Lean tilkoblet styrende aktivitet synes derfor å være få. Seksjonslederne har i stor grad tilpasset Lean til sengepostenes eksisterende kultur, normer og verdier, uten at dette behovet er signalisert fra medarbeiderne. Informantene trakk frem at de opplevde at klinikken ikke er så opptatt av Lean lengre, men mer opptatt av kontinuerlig forbedring. De største resultatene fra innføringen av Lean synes dermed å være et stort fokus på forbedringsarbeid ved alle sengepostene. Samtidig kan man trekke slutninger om at et slikt resultat kanskje er noe klinikken skal være tilfreds med inntil videre. Klinikkledeisen hadde med hensyn til valgte strategi ved innføringen av Lean, tatt forbehold om at de store resultatene ville la vente på seg.

Oppsummert viser funnene et svært mangfoldig bilde med hensyn til innføringen og effektene av Lean ved Medisinsk klinikk. Funnene gir dermed ikke et entydig svar, men viser noen tendenser. Den instrumentelle strategien for å få innført Lean ”top-down” var ikke konsekvent og avdelingslederne har vært lite involvert. Seksjonslederne har dermed fått lite bistand fra egne avdelingsledere. Seksjonslederne har i stor grad tilpasset Lean til sengepostenes eksisterende kultur, normer og verdier, uten at dette behovet er signalisert fra medarbeiderne.

Effekter og resultater fra Lean tilkoblet styrende aktivitet synes å være få. Imidlertid er et stort fokus på forbedringsarbeid ved sengepostene den største effekten som ble funnet. Til tross for utstrakt tilpasning av Lean, indikerer dermed funnene at Lean har ført til et stort fokus på forbedringsarbeid.

7.2 Funn sammenlignet med tidligere forskning

(Grøndalen 2013) presenterer i sin masteroppgave funn som viser at Lean har hatt positive effekter ved de norske sykehusene som inngikk i hennes studie. Effektene fremkommer både i forhold til medarbeidernes arbeidssituasjon og kvaliteten på helsetjenestetilbudet til pasientene. Dette samsvarer ikke med funnene i denne studien, hvor effektene synes å være få og hverken medarbeiderens arbeidssituasjon eller pasientenes perspektiv er brakt frem gjennom studien. Winch og Henderson (2008, 28-29) er kritisk til hvordan Lean implementeres i helsesektoren når det ikke foreligger konsise data på effekt. Noe som også denne studien avdekker. Denne oppgaven har derfor noen funn som både er motstridende og sammenfallende med tidligere forskning. Som tidligere beskrevet er ikke denne studien ment for å generalisere, og på bakgrunn av denne studiens funn sammenlignet med tidligere forskning bør man også være svært forsiktig med å gjøre det.

7.3 Teoretiske implikasjoner

Denne studien har benyttet en utfyllende strategi for å forklare og forstå, flere og ulike aspekter ved anvendelsen av Lean ved sengepostene i Medisinsk klinikk. En av årsakene til at denne strategien ble valgt er at den gir mulighet for en bredere mulighet til å tolke, belyse og forstå (Roness 1997, 100-101). Perspektivet om myter og frikobling, instrumentalitet og tilkobling, samt kultur og frastøtning eller tilpasning, er benyttet for å belyse studien. Samlet sett kan man konkludere med at alle tre perspektivene har forklaringskraft og at den utfyllende strategien har vært vellykket for å kunne si noe om den komplekse virkeligheten og gi et helhetlig bilde. Studien kunne alternativt ha balansert bruken av perspektivene annerledes. Eksempelvis ved å vektlegge myter og frikobling siden Lean tolkes som en myte. Imidlertid kan funnene knyttes til de andre skisserte utfall ved innføring av organisasjonsoppskrifter og det synes dermed naturlig å balansere utfallene slik som studien har gjort.

7.4 Praktiske implikasjoner

I praksis kan det synes å være en utfordring når retorikk endres og Lean får nytt navn. Empirien viste at en av årsakene til dette også var knyttet til en opplevelse av at andre begreper favner bredere enn hva Lean gjør. Imidlertid skaper dette for det første forskningsmessige utfordringer, noe Røvik (2008) beskriver som språklig maskering og en kamouflasje av begreper. For det andre kan endringer av retorikk tillate en utstrakt tilpasning av Lean som til slutt kan bidra til at oppskriften ikke er gjenkjennbar. En praktisk implikasjon for å unngå dette, er at klinikkledelsen ved Medisinsk klinikk tydelig definerer et begrep for Lean. For å unngå utstrakt tilpasning av Lean kan det være nyttig å fortsette å beskrive det som Lean, samtidig som det er viktig å tydeliggjøre målene og hensikt med Lean.

7.5 Studiens begrensninger og forslag til videre forskning

Denne studien har sett nærmere på innføringen av Lean på et gitt tidspunkt. Det er utført forholdsvis få longitudinale studier på hvordan organisasjonsoppskrifter, ideer og konsepter virker i en organisasjon over lengre tid (Røvik 2008 s 148- 149) Derfor hadde det vært svært interessant å gjennomføre en longitudinell studie om innføringen av Lean i Medisinsk klinikk på et senere tidspunkt. Da kunne man ha sammenlignet funnene i denne studien og sett på utviklingen. Det hadde også vært interessant å belyse innføringen av Lean med en annen innfallsvinkel. Ved å inkludere klinikkledelsen som besluttet å innføre Lean, avdelingsledere og medarbeiderne i Medisinsk klinikk ville funnene og resultatene kanskje ha gitt andre svar. Dette lot seg imidlertid ikke gjøre på bakgrunn av tidsperspektivet og omfanget av denne studien. En åpenbar svakhet ved denne studien er at medarbeiderne og avdelingslederne ved de enkelte sengepostene ikke blir inkludert i studien. Dette spesielt på bakgrunn av funn som indikerer at avdelingslederne har vært lite involvert ved innføringen av Lean. Studien har ikke til hensikt å generalisere, men derimot å identifisere mulige sammenhenger, noe den synes å ha funnet. En annen åpenbar svakhet ved denne studien er min kjennskap til informantene gjennom egen arbeidssituasjon. Jeg var bevisst egen rolle og betydningen dette kunne ha for intervjueffekten. Imidlertid kan jeg ikke med sikkerhet vite noe om informantenes forventninger til min holdning hindre dem i å formidle erfaringer og forståelser enn hva de trodde jeg var åpen for.

LITTERATURLISTE

- Andersen, Bjørg Marit. 2012. *Fusjon eller fiasko ved Oslo universitetssykehus?*
<http://www.dagbladet.no/2012/05/31/kultur/debatt/helse/sykehus/fusjon/21857113/>
(02.12.13).
- Berg, Morten Emil. 2008. *Ledelse. Verktøy og virkemidler*. 3. utgave.
Oslo: Universitetsforlaget.
- Busch, Tor, Erik Johnsen, Kurt Klaudi Klausen og Jan Ole Vanebo. 2001. *Modernisering av offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Tom, Per Lægreid, Paul G. Roness og Kjell Arne Røvik.
2009. *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Delanty, Gerard og Piet Strydom. 2003. *Philosophies of Social Science*. Maidenhead, UK:
Open University Press.
- Dennis, Pascal. 2007. *Lean production simplified: a plain language guide to the world's most powerful production system*. New York: Productivity Press.
- Fay, Brian. 1996. *Contemporary Philosophy of Social Science*. Singapore: Blackwell Publishing.
- Finsrud, Henrik D, Jonas A Ingvaldsen og Monica Rolfsen. (04.04.12) *Lean organisering i norsk arbeidsliv, slutten på medvirkning?*
<http://www.magma.no/lean-organisering-i-norsk-arbeidsliv-slutten-pa-medvirkning>
(03.03.14).
- Foretaksprotokoll. 2008. *Foretaksprotokoll fra foretaksmøte i Helse Sør- Øst RHF*.
<http://www.helsesorost.no/omoss/strategier/innsatsomrader/pasientbehandling/pasientb>

ehandlingoslo/hovedstadsprosessen/Omstillingsprogrammet/Foretaksprotokoll%20Helse%20Sør-Øst%20260209.pdf

(20.04.14).

Grøndalen, Ingrid (2013). *Bruk av Lean ved Norske somatiske sykehus*. Masteroppgave, Handelshøgskolen ved Universitetet for miljø- og biovitenskap i Oslo.
<http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/187538/Gr%F8ndalen2013.pdf?sequence=1>
(12.11.13).

Grønmo, Sigmund. 2004. *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Johannessen, Asbjørn, Line Kristoffersen og Per Arne Tufte. 2011. *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 3. Utgave. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Jones, Daniel og Alan Mitchell. 2006. *Lean thinking for the NHS. NHS Confederation leading edge report 2006*.
http://www.leanuk.org/downloads/health/lean_thinking_for_the_nhs_leaflet.pdf
(07.03.14).

Kjekshus, Lars Erik og Vilde Bernstrøm. 2013. *Helseforetakenes interne organisering og ledelse*. Oslo: Universitetet i Oslo.

Krafcik, John. F. 1988. Triumph of the Lean production system. *Sloan Management Review*, vol. 30, no 1, s. 41-52.

Lean Forum Norge. 2014. *Hva er Lean?*
<http://www.leanforumnorge.no/lean-operations/hva-er-lean>
(20.04.14).

Liker, Jeffrey K. 2004. *The Toyota Way. 14 Management Principles from the World's Greatest Manufacturer*. New York: McGraw-Hill.

Machado, Virgilio og Ursula Leitner. 2010. "Lean tools and lean transformation process in health care." *International Journal of Management Science and Engineering Management* 5: 283-392.

NTL UiO "Ja til medbestemmelse og tillit. Nei til lean" (2011).
<http://foreninger.uio.no/ntl/nyheter/2011/leanbrosjyre.html>
(27.02.2014).

Opedal, Ståle og Inger Marie Stigen. red. 2005. *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Oslo Universitetssykehus. 2013. Hjemmesiden til Oslo Universitetssykehus.
<http://www.oslo-universitetssykehus.no/om-oss/om-helseforetaket>
(18.12.13).

Ot.prp.nr.66. (2000-2001). *Om lov om helseforetak m.m (Helseforetaksloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Pettersen, Inger Johanne og Trond Bjørnenak. 2005. *Helse i hver krone? -om økonomisk styring i helsesektoren*. 2 utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk Forlag.

Petterson, Per, Henric Alsterman, Dan Blücher, Martin Broman og Ola Johansson. 2009. *Lean. Gjør avvikelser till fremgang*. 2. Utgave. Stockholm: Part Development AB.

Ringdal, Kristen. 2007. *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 2 utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Roness, Paul G. 1997. *Organisasjonsendringar. Teoriar og strategiar for studiar av endringsprosessar*. Bergen: Fagbokforlaget.

Røvik, Kjell Arne. 1998. *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved årtusenskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Røvik, Kjell Arne. 2008. *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling-på rett sted-til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Storvik, Anne Grete. 2013. *Åpner for OUS granskning*.
<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/apner-for-ous-gransking/>
(02.12.13).

Wig, Bjarne Berg. 2013. *Lean. Ledelse for lærende organisasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Womack, James P og Daniel T Jones og Daniel Roos. 1990. *The Machine That Changed The World– The Story of Lean Production*. New York: Harper Perennial.

Womack, James P og Daniel T Jones. 1996. *Lean Thinking: banish waste and create wealth in your corporation*. New York: Simon and Schuster.

Interne dokumenter

Medisinsk klinikk. 2012. *Lean i Medisinsk klinikk. Erfaringer med innføringen av Lean*. Oslo: Medisinsk klinikk.

Medisinsk klinikk. 2010. *Redesign, fremtidig kjernevirksomhet, Medisinsk klinikk Oslo Universitetssykehus HF*. Oslo: Medisinsk klinikk.

Vedlegg 1: Tillatelse fra Medisinsk klinikk



Oslo universitetssykehus HF
Ullevål sykehus
Postboks 4956 Nydalen
0424 Oslo

Sentralbord: 02770

Medisinsk klinikk

Til:	Sykepleier Mina Dybdal, Nyremedisinsk avdeling, Medisinsk klinikk, masterstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus
Kopi:	Avdelingsleder Aud-Eldrid Stenehjelm, seksjonsleder Sanna Henriksson, Nyreavdelingen
Fra:	Klinikkleder Lena Gjevert, Medisinsk klinikk
Saksbeh.	Helsefaglig rådgiver Ann Elise Oppheim, Medisinsk klinikk
Dato:	10.10.2013
Sak:	Forespørsel om å benytte Medisinsk klinikk som forskningsfelt

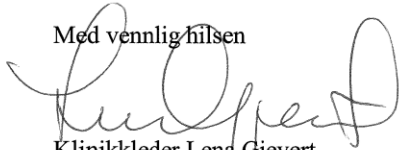
Ad. forespørsel om å benytte Medisinsk klinikk som forskningsfelt i forbindelse med masterstudie ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Det vises til din forespørsel datert 3. oktober 2013 om å få benytte Medisinsk klinikk som forskningsfelt i forbindelse med masterstudie ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Du gis herved tillatelse til å forta semistrukturert intervju i av 1. linjeleder Medisinsk klinikk vedrørende implementering av Lean.

Du ønskes lykke til med masterstudiet. Et eksemplar av Masteroppgaven vil bli mottatt med stor interesse i klinikken våren 2014.

Med vennlig hilsen



Klinikkleder Lena Gjevert
Medisinsk klinikk
Oslo Universitetssykehus HF



Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse på intervju i forbindelse med en masteroppgave

Masteroppgave om lean i Medisinsk klinikk, Oslo Universitetssykehus HF.

Jeg tar videreutdanning i masterstudium i styring og ledelse ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA), og er nå i mitt siste år hvor jeg skal skrive en masteroppgave om lean i medisinsk klinikk OUS. Sengepostene ved medisinsk klinikk har kommet noe ulikt ut i implementeringen av lean som forbedringsarbeid. Jeg ønsker derfor å undersøke om det er noen mulige sammenhenger i denne variasjonen ved implementering av lean.

Jeg ønsker å intervju alle seksjonslederne ved medisinsk klinikk OUS. Jeg vil benytte båndopptaker og ta noen notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent 45 min. Jeg er fleksibel for tid og sted. Du vil ved forespørsel få mulighet til å lese igjennom det transkriberte intervjuet i etterkant.

Det er frivillig å delta og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data fra deg bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne identifiseres i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene blir slettet når oppgaven er vurdert, juni 2014.

Dersom du har noen spørsmål til studien, kan du kontakte meg, Mina Dybdal på mobil 90668720. Du kan også ta kontakt med min veileder førsteamanuensis Inger Marie Stigen ved institutt for offentlig administrasjon og velferdsfag på telefon 22 45 36 23. Jeg kommer til å kontakte deg pr. telefon innen 2 uker fra du mottar dette skrivet. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Studien er også godkjent av klinikkleder Lena Gjevert ved medisinsk klinikk.

Mvh
Mina Dybdal.
Mastergradstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus.
Fagutviklingssykepleier, Nyremedisinsk sengepost.
Mobil: 90 66 87 20

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Fase 1:

1.a) Løs prat (3 min)

2.b) Informasjon (5 min)

- Presentasjon, rolle (student) og formål (masteroppgave)
- Kort om masteroppgaven
- Beskriv hva intervjuet skal benyttes til (data), forklaring av håndteringen av konfidensialitet.
- Spør om noe er uklart og om informanten har noen spørsmål før oppstart.
- Informer om opptak, sørg for samtykke til opptak.
- Start opptak.

Fase 2:

2.a) Lean ved sengepost, medisinsk klinikk, introduksjon (20 min)

- Kan du starte litt med å fortelle om deg selv- Hvilken utdanning har du, hvor lenge har du arbeidet i klinikken, alder? (Profesjon, lederutdanning, ansiennitet i klinikken, alder)
- Hvor mange sengeplasser har dere? Bemanningsnorm? Møterom?
- Kan du si litt om medarbeidere du har personalansvar for ved enheten? (Kjønnsfordeling, aldersgrupper, profesjon og ca gjennomsnittlig ansettelsestid i enheten.)
- Kan du beskrive på hvilken måte du først ble introdusert for Lean? Hadde du kjennskap til Lean fra tidligere?
- Har dere startet med Lean? (år, mnd)
- Hvor kom initiativet for å starte med lean på sengeposten fra? (klinikkleder, avdelingsleder, ansatte, andre)
- *Har noen tatt initiativ til at dere skal starte med lean på sengeposten? (klinikkleder, avdelingsleder, ansatte, andre)*
- Hvordan/på hvilken måte har medarbeiderne på sengeposten blitt introdusert for Lean?

- Er (har) noen utenfor avdelingen vært involvert i lean arbeidet ved din sengepost? (interne lean konsulenter, litt, noe, mye) Hva gjør de?
- Hvilke metoder/verktøy benytter dere? (hvor mange, varierer dette?)
- Hvilke aktører (profesjoner) deltar i lean - arbeidet ved sengeposten? (aktiv / passiv - hvordan rekrutteres de til prosjektene?)

Fase 3: 3.a) Nøkkelspørsmål om implementering og arbeidet med Lean(20-30 min)

- Hvilke tanker hadde du om lean i begynnelsen? Har dette endret seg?
- Opplever du at din lederrolle har endret seg på noen måte?
- På hvilken måte arbeider dere med Lean (faste tavlemøter/lokalisasjon-hyppighet?)
- Hvor mange og hvilke prosjekter har dere gjennomført?
- Hvordan/på hvilken måte er prosjektene valgt?
- Hva er motivasjonen og målet for sengeposten med Lean? (Har dette blitt endret underveis (i prosessen) ?
- Hva tenker du som seksjonsleder/enhetsleder om prosessen med implementering av Lean i klinikken? (motstand, hva/hvordan/hvem)
- Hvordan opplevde du som seksjonsleder/enhetsleder prosessen med implementering av Lean ved sengeposten? (motstand, hva/hvordan/hvem)
- Hvilke personlige erfaringer har du som seksjonsleder/enhetsleder gjort deg etter å ha arbeidet med lean siden oppstarten?
- Hvilke årsaker er det til at dere ikke har startet med lean? (Hindringer)
- Hvilket inntrykk har du over medarbeidernes erfaringer/forhold til lean? (oppleves resultater, aktive i forbedringsarbeidet, motstand mot endring?)
- Hvordan dokumenteres resultatene? (Parametere, hvilke?) Blir dette synliggjort for medarbeiderne? (Hvordan?)
- Rapportereres resultatene? (Hvordan, på hvilken måte, til hvem hyppighet?)
- Finnes det noen møte-arenaer hvor du kan diskutere, dele erfaringer med andre seksjonsledere/enhetsledere om lean?

- Hvordan følges du opp for å holde lean arbeidet ved sengeposten ved like (i linjen, hvem følger opp, etterspørres det, konsekvenser ved ikke utført ?)
- Etterspørres det at enheten skal starte med lean? (i linjen? hvem følger opp, etterspørres det, konsekvenser ved ikke utført ?)
- Settes det av tid,(i turnus,) i den daglige driften til arbeid med Lean?

Fase 4: 4.a Oppsummering (5-10 min)

- Er det mulig å få de skriftlige rapportene over prosjektene dere har hatt?
- Har jeg forstått deg riktig?
- Noe du vil utdype?