

KAPITTEL 13

«Verdi-baserte» innovasjoner i sykehus – mellom konseptualisering og implementering

Helge Ramsdal og Catharina Bjørkquist

13.1 Bakgrunn

Det nye sykehuset som ble åpnet i november 2015, var som nevnt tidligere preget av ambisiøse løsninger både med hensyn til arkitektoniske, helsefaglige og teknologiske forhold. I planleggingen av det nye sykehuset ble det lagt vekt på at sykehuset skulle være forankret i et konseptuelt design som kunne legge premisser for organisering av arbeidet i de ulike avdelingene på sykehuset. I oktober 2015 ble styret orientert om at dette designet skulle forankres i slagordet «pasienten først», og i et «verdi»-perspektiv. I styrevedtaket het det at dette perspektivet var tuftet på et normativt-teoretisk driftskonsept basert på Stabell og Fjeldstad (1998). Det fremgår at sykehuset skulle organiseres i tråd med «verdikjede»-, «verdiverksted»- og «verdinettverks»-modeller (Sykehuset Østfold HF 2017, Sak 66/15 driftskonseptet i nytt østfoldsykehus, Styremøte 12.10.15). Utgangspunktet for organiseringen av tjenestene i sykehuset var derved eksplisitt basert på teoretiske konsepter som representerte en ambisjon om å skape «*det mest avanserte sykehuset i Skandinavia*».

Konseptualiseringen av det nye Østfold-sykehuset er, så langt vi har kunnet registrere, første gang de tre konfigurasjonene som er basert på Stabell og Fjeldstads «verdiperspektiv», eksplisitt blir lagt til grunn for organisering av driften i sykehus. At dette fremstår som en «innovasjon», slik for eksempel den Schumpeter-inspirerte forskningen definerer det, er derfor rimelig (Schumpeter, 1939). Men hva slags innovasjon er dette? Og på hvilken måte er disse konfigurasjonene utgangspunkt for organisering

av de konkrete arbeidsoppgavene som skal utføres i det nye sykehuset? Her kan en tenke seg at konseptene kan fungere på ulike måter: for eksempel primært som symbolske representasjoner – uten koplinger til de innovasjoner som finner sted i arbeidsorganisering, eller at de faktisk gir konkrete retningslinjer til de innovasjonsprosessene som skjer.

I dette kapitlet skal vi først drøfte bakgrunnen for etablering av «verdi-baserte helsetjenester», slik dette konseptet er lansert i ulike land. Både i USA og de skandinaviske land har dette konseptet – men ikke basert på Stabell og Fjeldstad versjon – hatt enormt gjennomslag. Deretter skal vi presentere Stabell og Fjeldstads verdikonfigurasjoner, og hvordan disse ble lagt til grunn for organisering av det nye sykehuset i Østfold. Til slutt i kapitlet skal vi drøfte i hvilken grad og på hvilken måte verdikonseptene var styrende for måten innovasjonsprosesser knyttet til driftsorganisering i sykehuset skjedde.

13.2 «Verdi»-perspektiv på sykehusorganisering

Vedtaket om å velge en «verdi»-basert tilnærming til organisering av det nye sykehuset i Østfold HF føyer seg inn i en tradisjon som etter hvert er blitt mer eksplisitt formulert de siste 20 årene. Det hevdes at sykehus er preget av kontinuerlig innovasjon, i hovedsak knyttet til fire tema: overordnede ledelsesformer (som NPM), økonomiske insentiver, teknologiske innovasjoner og innovasjoner knyttet til faglig-medisinsk kunnskap (Djellal & Gallouj, 2006). Levesque (2012) hevder imidlertid at det er de sistnevnte innovasjonene som har en sterk dominans som premissleverandør til endringer i driftsorganisasjonen, og at andre innovasjonsformer i praksis må tilpasses denne utviklingen.

Fra tidligere har Porters (1979) «verdikjede»-perspektiv vært inspirasjon og modellgrunnlag i helsesektoren i forhold til utvikling av evidensbaserte standarder for medisinsk-faglig arbeid, med fokus på pasientforløp, behandlingslinjer og pakkeforløp (Scheuer, 2003; Timmermans & Berg, 2003; Ramsdal & Ramsdal, 2007; Fineide & Ramsdal, 2014).

«Verdi-basert helsetjeneste» (VBHC) har i løpet av de siste årene etablert seg som et nøkkelbegrep i strategier for å forbedre kvalitet og effektivitet i helsetjenester – og særlig som grunnlag for å organisere sykehus.

Begrepet er ofte blitt presentert som et universalmiddel for å løse de utfordringene som helsetjenestene står overfor, og er blitt svært populært som utgangspunkt for organisering av helsesystemer i global sammenheng (585 mill. treff på Google i 2018) (Bonde, Bossen & Danholt 2018; Bartlett, Dash, Markus, McKenna, & Streicher 2017). Porter og Teisbergs (2006) utgangspunkt er at helsetjenester (særlig sykehustjenester), til tross for å være svært avanserte, er finansiert, organisert, styrt og ledet på «utdatterte» måter – slik det også i Norge er hevdet at sykehusorganisasjoner er som «geriatrike pasienter» (Kjekshus, 2012). I tråd med Porters teorier fra slutten av 1970-tallet hevdes det at det nå er et særlig behov for organisatoriske innovasjoner, der medisinsk-faglig arbeid blir innrammet på mer effektive, «moderne» måter. Selv om helsesystemene her er ulike det amerikanske, har det vært hevdet at det er mulig å legge prinsippene om verdi-organisering til grunn for nye organisasjonsformer også i de nordiske land (Høglund, Essen, Choi, Ernestam, Kaarme & Neovius, 2012).

Generelt er fokuset i «verdibasert helsetjeneste» å skape bedre resultater i forhold til kostnadene ved tjenestene. Ifølge Nilsson et al. (2017) er verdibasert helsetjeneste basert på tre prinsipper: å skape mer verdi for pasientene, basere organiseringen av praksis på medisinsk kunnskap og standarder for effektive pasientforløp, og utstrakt måling av medisinske resultater sett i forhold til kostnader. «Verdi-basert helsetjeneste» har utvilsomt potensial til å få grunnleggende implikasjoner for måten helseorganisasjoner utformes. Det er imidlertid ennå ikke helt klart hva dette innebærer for praktisk organisering (Nilsson et al., 2017).

Et aspekt ved Porter og Teisbergs bok (og deres utstrakte promotering av ideene den lanserer) er at den relaterer seg primært til det amerikanske helsesystemet, for eksempel når det gjelder finansieringsordninger, stor-skala-organisasjoner og politiske rammebetingelser for øvrig. Likevel er det mange skandinaviske sykehus som har adoptert deler eller hele konseptet. Men ettersom helsesystemet i disse landene er ulike den amerikanske modellen, har en her ansett verdibasert helsetjeneste primært som et strategisk konsept, og overlatt til lokale ledere og praktikere å «oversette» de generelt utformede prinsippene (Lönroth, 2017). Når en ut fra disse ideene skal organisere spesifikke helsetjenester, er hovedkomponenten identifisering av «integreerte pasientbaserte praksiser», som innebærer å organisere

behandling og omsorg med grunnlag i pasientens medisinske tilstand i stedet for å levere helsetjenester gjennom spesialiserte avdelinger, det vil si i stedet for funksjonelt organiserte enheter (Nilsson et al., 2017, s. 2).

Som flere av de forfatterne som er nevnt ovenfor peker på, er det imidlertid ikke klart hva dette innebærer for hvordan en skal organisere konkrete oppgaver (Lønnroth, 2017). I Sverige har de to største sykehusene i landet (Karolinska og Sahlgrenska) adoptert VBHC som et nøkkelbegrep, noe som innebærer radikale endringer gjennom re-design av sykehusenes organisasjons- og arbeidsformer (Hellström, Lifvergren, Gustavsson & Gremyr, 2015; Karolinska Universitetsjukhuset, 2017). Dette innebar bl.a. at en har søkt å endre organiseringen basert på utvikling av «tema-organisasjoner» der Porter og Teisbergs prinsipper legges til grunn. Strategiene har begge steder vært basert på innleie av organisasjonskonsulenter og med sterke motforestillinger og motstand mot disse prosjektene fra leger og annet helsepersonell. Som en konsekvens har disse prosjektene enten stoppet opp eller blitt sterkt modifisert (Karolinska Universitetsjukhuset, 2017; Lundbäck, 2017). En implikasjon av dette er at en nå er mer opptatt av hvordan kople det konkrete helsearbeid for ulike pasientgrupper med den overordnede utformingen av sykehusorganisasjonen. Utfordringen er hvordan skape en konsistent, helhetlig designet organisasjon der de «mikro-prosessene» som finner sted i det daglige arbeidet og et overordnet sykehusdesign, er konsistente.

Det er nettopp denne sammenbindingen, mellom generelle organisasjonsideer på den ene side og praktisk helsearbeid på den annen, som også var fokus for «konseptualiseringen» som ble besluttet for det nye sykehuset i 2015. I dette kapitlet skal vi drøfte hvordan Stabell og Fjeldstads prinsipper for verdibasert organisering ble oversatt, og i hvilken grad de ble implementert i det nye sykehuset.

13.3 Stabell og Fjeldstad - utgangspunkt for overordnet konseptualisering i Sykehuset Østfold

Allerede i 1998 kritiserte Stabell og Fjeldstad Porters prosesstilnærming slik denne ble utformet i boken «*How competitive forces shape strategy*»

(Porter, 1979). Stabell og Fjeldstad tok utgangspunkt i Thompsons (1967) klassiske arbeid om ulike organisasjonsformer for å løse oppgaver. Thompson skilte mellom langsiktige, intensive og medierende (forhandlende) teknologier, og Stabell og Fjeldstad koplet disse til måten de representerte ulike forutsetninger for å «skape verdi». Her ble Porters teorier om prosessbaserte modeller oppfattet som en av flere organisatoriske svar på de krav til verdibasert effektivisering i helsesektoren som er stilt. Men her ble disse modellene grunnlag for organisering for å løse lineære, langvarige, stabile og forutsigbare problemer. Stabell og Fjeldstad lanserte i tillegg en «verkstedsmodell». Denne dreide seg om å gi svar på utfordringer på komplekse problemer, og oppgaver som krevde bruk av det Thompson betegnet som «intense» teknologier. I tillegg ble det lansert en «nettverksmodell» – som svar på oppgaver kjennetegnet av det Thompson betegnet som «medierende» teknologier. Her var kommunikasjon og samarbeid mellom ulike organisatoriske enheter i fokus. Disse modellene ble utviklet som tre alternative verdi-konfigurasjoner, der de viktigste kjennetegnene kan oppsummeres slik:

- **«Kjede»:** Produksjonslogikk, sekvensielle arbeidsoppgaver, stor-driftsfordeler, lineære arbeidsprosesser
 - **«Verksted»:** Løse kundens umiddelbare problemer, intensive oppgaver, sykliske arbeidsprosesser, tverrfaglig teamorganisering
 - **«Nettverk»:** Mekling mellom ulike aktører om problemløsning, forhandlinger, samtidige og parallelle prosesser
- (Avledet av Stabell & Fjeldstad, 1998, s. 415).

Disse tre konfigurasjonene representerte normativt forankrede idealmodeller, som rammeverk og analytisk utgangspunkt for å forstå hvilke organisatoriske løsninger som kan være grunnlag for å etablere konkurransedyktige fordeler for enkeltorganisasjoner («firm-level competitive advantage») (Stabell & Fjeldstad, 1998), og ble etterfulgt av en mer detaljert beskrivelse av de tre konfigurasjonene.

Stabell og Fjeldstads tilnærming innebar at en fikk flere alternative grunnmodeller for å strukturere arbeid med ulike problemer/oppgaver – verktøykassen ble supplert i forhold til Porters lineære (kjede-)konfigurasjon.

Sykehus er komplekse organisasjoner, og et allmennsykehus – som helseforetaket i Østfold er – skal ivareta en rekke ulike funksjoner for å dekke befolkningens behov for spesialiserte helsetjenester. Stabell og Fjeldstad skisserer de tre konfigurasjonene som alternative organisasjonsformer, og i et sykehusperspektiv er det særlig mulighetene for å etablere ulike organisasjonsløsninger basert på en, eller kombinasjoner, av de tre, for å møte denne kompleksiteten. Dette krever en avklaring av kjennetegn ved ulike oppgaver, og derved tilpasning i organisering av arbeid for ulike pasientgrupper. Derved ble det – i teorien – etablert et normativt, idealtypisk grunnlag som var mer fleksibelt enn det Porters opprinnelige tilnærming var. I tillegg ville organisasjonsdesign basert på de tre konfigurasjonene samlet sett kunne endre fokus fra de allerede etablerte NPM-baserte styrings- og organisasjonsformer som preger norsk helsepolitikk til en sterkere kopling mellom det medisinsk-faglige arbeidet og overordnede strukturer, ettersom NPM-baserte styrings- og ledelseskonsepter hadde en tendens til ikke å «treffe» arbeidsorganisering på en (særlig for helseprofesjonene) troverdig måte. Dette innebar en bevegelse «back to the floor», slik de klassiske arbeidslivsstudiene var opptatt av (Skorstad & Ramsdal, 2009/2016). De tre konfigurasjonene var i prinsippet godt egnet til å ivareta behovet for fleksibilitet i valg av organisasjonsformer knyttet til de mangfoldige oppgavene et sykehus skal løse. I tillegg var vedtaket om å benytte de tre konfigurasjonene som konseptuelle grunnlag for å designe sykehusorganisasjonen en måte å signalisere en innovativ og original tilnærming som potensielt kunne bidra til å heve sykehusets omdømme.

13.4 Innovasjonsteoretiske perspektiver

Vedtaket om å strukturere driftsorganisasjonen etter de tre verdi-konfigurasjonene var et overordnet, administrativt vedtak. Vår problemstilling tar utgangspunkt i dette, og det er primært på hvilken måte implementeringen av vedtaket i driftsorganisasjonen skjedde, som er grunnlaget for denne studien. Å forstå innovasjonsprosessen som en lineær, top-down prosess er imidlertid ikke nødvendigvis tilstrekkelig for å forstå hvordan koplinger mellom de overordnede begrepene og organisering av konkrete arbeidsorganisasjoner skjer på.

Beslutningen om å legge de tre verdi-konfigurasjonene til grunn for driftsorganisasjonen ved det nye sykehuset var fattet i HF-styret etter initiativ fra administrerende direktør høsten 2015. På tidspunktet dette vedtaket ble fattet på, var det allerede i mange år gjort et omfattende arbeid med å organisere de ulike deler av sykehuset – og en rekke premisser for driftsorganisasjonen var lagt da vedtaket ble fattet. Det er derfor legitimt å spørre om at det som skjedde, primært dreier seg om symboliske ledelsesforankrede grep for å styrke organisasjonens image som en dynamisk og innovativ virksomhet – såkalt «performative management» (Wæraas, Byrkjeflot & Angell, 2011). Et ny-institusjonelt perspektiv vil kunne hevde at mange ganger vil en oppleve at slike innovasjoner ikke uten videre materialiseres. Det skjer et skille mellom de overordnede ideene som kan legitimere organisasjonen som innovativ utad, og det som skjer «på gulvet» – der innarbeidete verdier, vaner og rutiner videreføres. En slik hypotese kan begrunnes ut fra ideer om dekopling mellom offisielle, retoriske grep for å skape den nye organisasjonen og utformingen i praksis (Powell & DiMaggio, 1991; Brunsson, 2004). Her er det vektlagt at selve implementeringsprosessen spiller en underordnet rolle, og at konseptene kan «leve sitt eget liv» som legitimering i omverdenen samtidig som arbeidet på operativt nivå fortsetter som før (og eventuelt endres gjennom bottom-up-innovasjoner knyttet til medisinsk-faglig og teknologisk utvikling, nå som tidligere).

Sett bort fra mulighetene for at det har skjedd en dekopling og symbolsk aktivitet knyttet til verdi-konfigurasjonene (noe som strengt tatt ikke kan defineres som «innovasjon» ettersom det også forutsetter implementering), har Fuglsang (2010, s. 9–10) vist at innovasjon skjer i (minst) tre ulike former: For det første som intensjonelle topp-lederes initiativ med en «abstrakt» interesse og med ansattes deltakelse i å utvikle en ny ide/konsept. Dette er det som kan anses som «top-down»-innovasjonsprosesser. Her er fokus på «strategic agency» – den visjonære entreprenøren som tar sjansen på å utfordre dyptgripende tradisjoner om hvordan arbeid skal organiseres, «*displaying at the same time a determination to gain support for new organizational concepts*» (Andersen, 2008, s. 55). Radikale innovasjoner skjer ofte ved hjelp av den heroiske innovatør. De abstrakte konseptene/ideene må først oversettes for å kunne benyttes i

konkrete sammenhenger av relevante personellgrupper – m.a.o. det som Røvik (1998/2007) ville betegne som en re-kontekstualiseringsprosess der translasjon (av en «global» konsept/ide) er stikkordet.

Oppfatningen av top-down-innovasjoner utfordres derved av et syn der innovasjoner forstås som «bottom-up»-prosesser, der en på grunnlag av institusjonaliserte vaner, normer og kunnskaper kontinuerlig er opp-tatt av å få det daglige arbeidet til å fungere (mer) effektivt. Dette er også tilfellet i de organisasjoner som er preget av «tykk institusjonalisering» – slik sykehus anses som eksempler på (Andersen, 2008). Innovasjoner i sykehus skjer kontinuerlig, og i et review som tar for seg forskning om innovasjoner i sykehus viser Levesque (2012) at innovasjoner knyttet til medisinsk-faglig kunnskapsutvikling dominerer. Slike innovasjoner legger i sin tur grunnlag for tilpasninger – gjerne gjennom nye styrings- og ledelsessystemer – der nye konsepter for måten arbeidet organiseres på, lanseres. Denne måten å forstå innovasjoner på betegnes ofte som «bricolage» (Andersen, 2008; Fuglsang, 2010). «Bricolage»-innovasjoner skjer uten noe overordnet «grand design» eller abstrakte konsepter/ideer som skal konkretiseres og implementeres (Fuglsang, 2010, s. 13; Andersen et al., 2015). Det dreier seg snarere om «tinkering» – et «do-it-yourself»-prinsipp, der en forbedrer arbeid gjennom små skritt basert på de ansattes erfaringer med å løse (daglige) arbeidsoppgaver (Fuglsang, 2010, s. 6).

Fuglsang presenterer imidlertid også et tredje alternativ: innovasjon som «semi-intentional management mediated problem-driven formalised activity» – der en søker å finne frem til nye løsninger på problemer/oppgaver, for eksempel gjennom pilot-prosjekter. Noen av disse pilotene blir implementert på permanent basis. Her er det en kopling mellom topp-ledelsens innovasjonsperspektiv og de ansattes mål om å forbedre arbeidsformer som er i fokus.

13.5 Kjennskap til Stabell og Fjeldstads konfigurasjoner

I analysen av intervjuene benyttet vi teoretisk basert kategorisering hvor hovedkategoriene var «verdi-kjeder», «verdi-verksted» og «verdi-nettverk» på operativt nivå (Elo & Kyngäs, 2008). I tillegg benyttet vi begreper

om «prosessmodeller», «behandlingslinjer», «pasientforløp», som alle er knyttet til «verdi-kjede»-konseptet, som tradisjonelt er ansett som «lineære» prosesser (Johansson, 2009; Timmermans & Berg, 2003; Ramsdal & Ramsdal, 2007).

Intervjudataene viste at det var et var et klart skille i kjennskap mellom de fire begrepene «pasientforløp», «behandlingslinjer», «pakkeforløp» og «prosessmodeller». Disse begrepene var velkjente og inngår så å si i det normale begrepsapparatet til ledere uansett avdeling og nivå. På den annen side er disse begrepene bare delvis koplet til konfigurasjonene vi fokuserer på. Av de 20 intervjupersonene var det et fåtall – både i første og andre intervjurunde – som hadde kjennskap til «Stabell & Fjeldstad», eller assosierte noe med de tre konfigurasjonene. De som oppga at de ikke hadde kjennskap, omfattet avdelingsledere og stabspersoner, så vel som tillitsvalgte, der nesten alle hadde arbeidet kontinuerlig med planlegging av det nye sykehuset i flere år. Av de sju som oppga at de hadde kjennskap til konfigurasjonene, var det et klart skille mellom tre, alle avdelingsledere, som hadde relativt generelle kunnskaper. Av de som kunne gi relativt entydige, omfattende og velinformerte svar på hvordan konfigurasjonene ble benyttet som grunnlag for konkret organisering, var tre tilhørende den øverste ledelsen ved sykehuset, mens den fjerde – som var avdelingsleder – hadde hatt en sentral rolle i planleggingen av det nye sykehuset. Det var også en klar oppfatning at det var administrerende direktør (som bl.a. hadde en mastergrad fra BI der Stabell og Fjeldstad var tilknyttet) som var den som introduserte konseptene, og drev frem disse som nøkkelbegreper i planleggingen av det nye sykehuset. Det var også enighet om at disse teoriene var normative, og hadde sitt opphav i økonomisk og industriell virksomhet. Likevel mente man at ideene om verdi-basert helsetjeneste og teoriene som dette begrepet baserte seg på, var nyttige redskaper som kunne bidra til å ivareta slagordet om «pasienten først»:

«De (konfigurasjonene) er veldig mye brukt i industrien ... fra en økonomisk modell, men vi bruker dem, og i stedet for å tenke økonomi, så tenker vi verdiskapning for pasienten. Og det er vel det viktigste med å holde på konseptet vårt – om hvordan, hvorfor bygger vi et nytt sykehus, det er for å skape mer verdi for pasientene våre».

Gjennom samtaler om dette ettertid fremkom det at ledelsen i planleggingen av det nye sykehuset hadde kommunisert det teoretiske grunnlaget og de aktuelle begrepene knyttet til det i sitt arbeid med å tilrettelegge organisering av de ulike oppgaver på avdelingsnivå/operativt nivå. Det ble hevdet at en gjennom en rekke møter og informasjonsmaterieell hadde kommunisert hva verdi-tankegangen innebar. Samtidig ble det fra den øverste ledelsen sagt at «... de (ansatte) må ikke skjønne det ... men de må forstå, i hvert fall leger og sykepleiere, hvilken plass de har i en verdikjede, eller hvilken rolle de spiller i et verdiverksted, eller hvordan et verdinettverk fungerer; hvorfor de skal dele informasjon på en annen måte enn de gjør i dag» (i det gamle sykehuset).

Intervjupersonene som hadde innarbeidet kunnskap om det teoretiske konseptet, var også svært opptatt av at det var måten man organiserte ulike arbeidsoppgaver på operativt nivå som var syretesten for om konfigurasjonen hadde nytteverdi, mens teoretisering og begrepsbruk var lagt noe mindre vekt på. Det er likevel påfallende at kjennskapet var såpass beskjedent, tatt i betraktning at «verdi-perspektivet» er fremhevet som sentralt i de presentasjonene av det nye sykehuset som ble utarbeidet i forbindelse med planleggingsprosessen.

13.6 Identifisering av organisasjonsløsninger på operativt nivå som kan koples til konfigurasjonene

En av de arbeidsgruppene som arbeidet med det overordnede designet på sykehuset, gjennomgikk alle sentrale pasientforløp, og identifiserte dem som var knyttet til kjeder, verksted og nettverk. «Nytt sykehus» var et helhetlig perspektiv, men der en gjennom et komplekst og mangfoldig planleggingsarbeid – med svært mange aktører fra ulike deler av sykehuset – fagansatte, arkitekter, IT-eksperter, etc. – arbeidet med løsninger der organisering av pasientforløp for ulike pasientgrupper var i fokus. Disse prosessene bærer preg av at en benyttet primært faglig-medisinske hensyn som premisser, men i en kopling til teknologi/arkitektur og økonomiske rammebetingelser, og innebærer et særlig fokus på arbeidsorganisering der de ansatte på operativt nivå hadde forrang i forslag til

løsninger. I våre intervjudata kan det identifiseres to nivåer knyttet til koplinger mellom konfigurasjonene og praktisk organisering for ulike pasientgrupper: På det ene nivået er det ingen eksplisitt kopling, mens en på det andre nivået ser en implisitt beskrivelse av konkrete organisasjonsløsninger som «passer inn» i forhold til de teoretiske begrepene.

I de fleste intervjuene finnes det et mangfold av detaljerte beskrivelser av de organisasjonsløsningene som er valgt i relasjon til ulike pasientgrupper, særlig basert på organisering av de avdelingene intervjupersonene var tilknyttet. Disse beskrivelsene var dypt forankret i de ulike medisinsk-faglige og pleiefaglige problemstillingene som de enkelte avdelingene var opptatt av. Etersom prosjektet dreide seg om overgangen fra «gammelt» til «nytt» sykehus, var det naturlig at intervjuene fokuserte på hvordan arkitektur, teknologiske løsninger, krav til kompetanse og nye samhandlingsformer påvirket arbeidsorganisering om de ulike pasientgruppene. Som nevnt foran var det kun et mindretall av intervjupersonene som knyttet disse forholdene direkte til konfigurasjonene.

På grunnlag av grad av gjenkjennelse av begrepene konsentrerte vi oss om å avklare hvordan de fire med best kjennskap til konseptene mente at operasjonaliseringer koplet til ulike pasientgrupper hadde skjedd i konkret organisering. På hvilken måte skjedde (en eventuell) kopling mellom de overordnede konseptene og endringer som ble bestemt i forbindelse med etableringen av den nye sykehusorganisasjonen?

«Verdikjeder» og organisasjonsutforming på operativt nivå

Det ble ansett som relativt uproblematisk å identifisere forløp som kunne organiseres på grunnlag av «kjede»-konfigurasjonen – og denne var jo i stor grad allerede etablert for mange pasientgrupper. Verdikjeder operasjonaliseres, som nevnt foran, som «pakkeforløp» og «behandlingslinjer» – som med en fellesbetegnelse kan kalles prosessbaserte virksomhetsmodeller (Ramsdal & Ramsdal, 2007). Verdikjeder ble assosiert med «planlagte pasientforløp», og det ble hevdet at dette var det «*som de bruker veldig mye i Moss*» ... «*vi plasserte verdikjeder i Moss*». Dette har sammenheng med at Moss-sykehuset primært skal arbeide med elektive pasienter,

og at en der har et særlig ansvar for dagkirurgisk virksomhet. Alle de som hadde godt kjennskap til konfigurasjonene, nevnte denne koplingen. Med henvisning til den debatten som foregikk de årene det nye sykehuset ble planlagt om måten behandlingslinjer fungerer, ble Moss-delen av sykehuset betegnet som «pølsefabrikken» – noe som peker tilbake på den masseproduksjonslogikken som har vært knyttet til verdikjeder (Lian, 2003; Fineide & Ramsdal, 2014). Her er, som nevnt foran, forutsetningen for at «kjede»-konfigurasjonen skal være aktuell, at arbeidsoppgaver er stabile, forutsigbare og der langsiktig planlegging av aktiviteter er mulig. Men også ellers i sykehuset er prosessmodellering mye benyttet, og ble oppfattet nærmest som rutinemessige forløpsbeskrivelser knyttet til ulike pasientgrupper, vel etablert på sykehuset.

«Verdi-verksted» og organisasjonsutforming på operativt nivå

Verdiverksted ble i intervjuene særlig koplet til tverrfaglig samarbeid. Av noen ble det nevnt som eksempel multiprofesjonelle team («MPT»). Argumentasjonen her var at dette var en etter hvert vanlig og stadig mer benyttet tilnærming i forhold til arbeidsoppgaver der en hadde behov for raske beslutninger. Her ble høykompetent ekspertise fra ulike (medisinske) spesialiteter samlet rundt vurderinger av pasienten – særlig der diagnosen var usikker eller behandlingsformer måtte avgjøres akutt i relasjon til flere, komplekse, men kjente diagnoser. Det ble hevdet at ny teknologi knyttet til blant annet bildediagnostikk gjorde sykehuset særlig godt egnet til å utvikle denne arbeidsformen. Multiprofesjonelle team kan være ad hoc-organiserte, eller fast organiserte team for innkalling, og innebærer at helsepersonellet som for øvrig arbeider med ordinære arbeidsoppgaver, noen ganger blir sammenkalt ut fra en situasjonsbestemt, men akutt beslutningssituasjon. Det ble hevdet at dette kunne skje som et ikke-planlagt beslutningspunkt innenfor rammen av de lineære forløpsmodellene som for øvrig var benyttet i forhold til enkeltpasienter.

Men også her ble det, fra de som hadde godt kjennskap til konfigurasjonene, identifisert mer spesifikke arbeidsoppgaver/pasientgrupper der «verksted»-modellen var relevant for mer permanent organisering. Dette

gjaldt mottaksenheten, akuttavdelingen, der noen henviste til modellen for dette som et «diagnostisk senter» – som enten mente disse funksjonene var modellert etter eller kunne danne grunnlag for å bli det. Det ble også hevdet at «*Kalnes (hele det nye sykehuset) i seg selv er et diagnostisk senter – det er det som skal skille Kalnes fra de andre sykehusene i Norge*» – og som en kontrast til Moss. I tillegg ble det nevnt som «typiske» verksted-modeller etableringen av tverrfaglige arbeidsgrupper på mer permanent basis. Et eksempel er samarbeid om demensdiagnostikk, der det samarbeides mellom geriater, nevrolog, alderspsykiater og andre. Her er det etablert en tverrfaglig poliklinikk som skal sikre rask avklaring av pasientens tilstand («*altså en typisk verkstedmodell ... samle spesialister på ett sted, avansert teknologi, samle informasjon, bli enig, finne riktig omsorgsnivå*»). Denne modellen blir også knyttet til bedre forutsetninger for samarbeid etter at en har brutt ned administrative skiller, og at poliklinikkene er samlet ett sted i sykehuset. Andre eksempler som blir nevnt, er en fedme-enhet – lokalisert i Moss, og der både kirurger, psykiatere og andre faggrupper samarbeider, også med økt tverrfaglig forsknings-samarbeid, et brystdiagnostisk senter, psykiatri/somatikk-samarbeid om ulike pasientgrupper, som barn og unge og eldre-/alderspsykiatri.

Verdinettnettverk og organisasjonsutforming på operativt nivå

Informantene tolker verdinettnettverk på noe ulike måter. Flere knytter nettverksbegrepet til informasjonsteknologien som innføres på sykehuset, som CSI/whiteboard-tavlene, iPhone og nettbrett. Derved er nettverket først og fremst et hjelpemiddel i relasjon til arbeid med enkeltpasienter (og som et administrativt informasjonsvektøy). Dette fremstår som en relativt avgrenset fortolkning i relasjon til de som oppfatter at denne teknologien inngår i utvikling av samhandlingsnettverk særlig mellom sykehuset og helsetjenester i det større helsesystemet. I intervjuene hevdet det at «*nettverk er der vi har kommet kortest ... der har vi ikke et ... ledelsesmessig konsept ennå annet enn at det ligger som et grunnkonsept*» – som særlig blir knyttet til den nye informasjonsteknologien som er innført. Det ble likevel hevdet at når det gjaldt teknologiske løsninger

for å dele informasjon, var det nye sykehuset «*lysår foran mange andre helseforetak*», men at denne teknologien også måtte bli tilgjengelig i hele helsesystemet, for at samhandlingen mellom primærhelsetjenester, andre helseaktører og spesialisttjenester skulle bli bedre.

13.7 Drøfting

Med utgangspunkt i de erfaringene en generelt har hatt med å introdusere management-orienterte teorier og begreper i helsesektoren – og verdi-baserte helsetjenester tilhører denne tradisjonen – spurte vi hvordan verdi-konseptene var styrende for måten innovasjonsprosesser knyttet til det nye sykehuset skjedde. Innledningsvis antydte vi at det var en viss mulighet for at konseptene som vi har fokusert på her, primært var å anse som symbolske representasjoner knyttet til image-bygging – som «performativ» adferd.

Det er liten tvil om at verdiperspektivene har fungert som symbol-tunge signaler om en innovativ og fremtidsrettet organisasjon for det nye sykehuset. Mangelen på kjennskap til konseptene kan indikere at man har hatt lite fokus om dette innover i organisasjonen. Og tilsvarende er det liten tvil om at begrepene har vunnet gjenklang som et varemerke utad: Det nye sykehuset har fått nasjonal oppmerksomhet, med mange besøk fra så å si hvert eneste helseforetak i Norge. Det har også vært internasjonal interesse, med en rekke besøk fra sykehus og helsemyndigheter i Europa og USA. Ledere fra sykehuset har også vært invitert til en rekke internasjonale konferanser, der organiseringen av pasientforløpene har vært i fokus, sammen med tun-organisering, enerom, ny teknologi, integreringen av psykiatri og somatikk og nye måter å organisere service-funksjonene på. Informasjonsmaterialet som har vært presentert i ulike fora, vektlegger verdi-perspektivet, der «pasienten først» konkretiseres som det overordnede konseptet basert på dette perspektivet og de tre konfigurasjonene. Et gjennomgående trekk ved intervjuene er at dette bildet av sykehuset fremheves uansett hvilket kjennskap intervjupersonen har til konseptene som sådan.

Intervjudataene viste imidlertid at en avvisning av verdikonfigurasjonene som utelukkende symbolsk legitimering ikke er tilstrekkelig

for å forstå de innovasjonsprosessene som har foregått når det gjelder driftsorganisering i det nye sykehuset. Vi tok utgangspunkt i tre innovasjonsformer som Andersen et al. (2015) har presentert: for det første som en «top-down»-prosess – som topp-lederes initiativ med en «abstrakt» interesse og med ansattes deltakelse i å utvikle en ny ide/konsept. Dette står i klar kontrast til brukerdrevet innovasjon, slik dette er forklart av Hoholm og Huse (2008). For det andre som «bottom-up»-prosesser; «bricolage» – der innovasjoner skjer uten noe overordnet «grand design» eller abstrakte konsepter/ideer, men snarere som prosesser der en forbedrer arbeid gjennom små skritt basert på de ansattes erfaringer med å løse (daglige) arbeidsoppgaver – det som betegnes som «tinkering». Og for det tredje innovasjon som «*semi-intentional management mediated problem-driven formalised activity*» – der en søker å finne frem til nye løsninger på problemer/oppgaver, for eksempel gjennom pilot-prosjekter.

Den første formen – «top-down»-perspektivet med en heroisk entreprenør – er bare delvis aktuell. Beslutningen om å legge de tre verdi-konfigurasjonene til grunn for driftsorganisasjonen ved det nye sykehuset var et vedtak fattet i foretaksstyret etter initiativ fra administrerende direktør. Hva som menes med innovasjon er ofte uklart. Samtidig er det mange ulike innfallsvinkler til hvordan en kan studere innovasjonsprosesser (Johnsen & Pålshaugen, 2011). En måte er å studere innovasjonsprosesser som translasjonsprosess – der konkrete løsninger i tråd med en – eller kombinasjon av flere – av verdikonfigurasjonene ville gi disse konfigurasjonene et materielt innhold (Røvik, 2007). Som vist foran var kunnskapen til verdikonseptene begrenset også blant lederne for det nye sykehuset. Dette mener vi må ses i sammenheng med at på tidspunktet vedtaket om overordnet driftskonsept ble fattet, allerede var gjort et omfattende arbeid med å organisere de ulike deler av den nye sykehusorganisasjonen helt siden 2007 – og en rekke premisser for driftsorganisering av arbeid med ulike pasientgrupper var allerede lagt da vedtaket ble fattet i 2015.

Heller ikke «bricolage»-innovasjon dekker det som skjedde. Planleggingen av det nye sykehuset innebar snarere en radikal (re-)design av alle deler av sykehusorganisasjonen, med nye, innovative koplinger mellom arkitektur, avansert teknologi og medisinsk-faglige kunnskaper. Dette

var nærmest det motsatte av «bricolage» – det var en unik situasjon som krevde radikal nytenkning, der gamle vaner og historisk forankrede løsninger ble forkastet.

Den tredje innovasjonsformen kan være mer dekkende for å beskrive innovasjonsprosessen vi studerte. Her ser en innovasjon som «semi-intentional management mediated problem-driven formalised activity», der det skjer en kopling mellom topp-ledelsens innovasjonsperspektiv og de ansattes mål om å forbedre arbeidsformer. Men heller ikke denne innovasjonsformen kan være en fullverdig beskrivelse av innovasjonsprosessen knyttet til verdi-konseptene.

Vår analyse viser at det i stor grad er kompatibilitet mellom organisasjonsløsninger på operativt nivå og de overordnede konseptideene. Dette er uttrykk for en gjensidig, sirkulær innovasjonsprosess: De overordnede konseptene blir «bekreftet» gjennom mange (men ikke alle) av de nye innovative, organisasjonsløsningene som blir utviklet ved hjelp av lokale prosesser knyttet til konkrete organisasjonsløsninger «på gulvet». Og disse organisasjonsløsningene blir i sin tur «bekreftelser» på at konfigurasjonene faktisk materialiseres. Som vist foran er det mange ulike enheter i sykehuset som er organisert ut fra de premissene som konseptene representerer. Koplingen mellom teoretiske konsepter og substansiell organisering er mer kompleks, og aktører plassert på ulike steder (primært ledelsesnivåer) synes å ha svært ulike oppfatning av hvordan disse koplignene har skjedd. Sett fra et overordnet perspektiv kan en hevde at en har skapt en teoretisk og konseptuell overbygning som bidrar til å strukturere det mangfoldet av komplekse arbeidsorganisasjoner som til sammen utgjør sykehuset. Sett fra et lavere ledernivå (og sannsynligvis i enda større grad fra medarbeiderne for øvrig) er det snarere noen spesifikke spørsmål tuftet på det teoretiske grunnlaget – for eksempel om kjennetegn ved arbeidsoppgaver som tilsier at en skal velge en av de tre konfigurasjonene som utgangspunkt for de konkrete løsningene. For eksempel ville planlegging av ulike arbeidsoppgaver bli knyttet til spørsmål om tidsperspektivet (langsiktige, kjente og standardiserte forløp) basert på lineære organisasjonsformer (slik elektive operasjoner i Moss var eksempel på), kritiske, intense og komplekse/usikre arbeidsoppgaver som krever tverrfaglig samarbeid i samtidige arbeidsoperasjoner

(organisering av akuttfunksjoner, tverrfaglig samarbeid i team, ideen om «Kalnes»), eller et stort informasjonsbehov mellom mange ulike aktører plassert for eksempel i ulike deler av helsesystemet – som ifølge teorien vil kreve nettverksorganisering.

Dersom en snur dette andre veien, vil altså det å arbeide konkret med organisering av ulike arbeidsoppgaver kjennetegnet av ulike beslutningssituasjoner kunne gis en mer prinsipiell retning ved å koples til konfigurasjonene. Denne gjensidigheten i relasjoner mellom top-down- og bottom-up-prosesser tilsier at innovasjonsreisen vi har studert, skjer som sykliske skifter mellom overordnede konseptualiseringer og lokale innovasjonsprosesser. Planlegging av sykehuset skjedde med stramme tidsrammer og økonomiske rammer, men med et ufravikelig handlingssimperativ. Den planorganisasjonen som ble etablert, var omfattende og kompleks, men også ambisiøs: å skulle lage Skandinavias mest moderne sykehus; «supersykehuset». Erfaringer fra andre sykehus viste at fallhøyden var stor, og faren for at en ikke ville klare å kople økonomiske rammer og faglige krav på en hensiktsmessig måte, var et stadig tilbakevendende tema. Et helhetlig «konseptuelt design» basert på optimalisering av pasientbehandling var et virkemiddel for å nå de politiske og faglige målene som var satt.

I disse prosessene deltok de ansatte gjennom arbeidsgruppene, slik et «bottom-up»-perspektiv forutsetter. Som vist i flere av de foregående kapitler ble mange av de NPM-baserte styrings- og ledelsesformer som ble introdusert, preget av å være initiert ovenfra, og med til dels betydelig (eksplisitt eller implisitt) motstand fra de ansatte «på gulvet». I motsetning til dette var prosessen knyttet til implementering av ulike innovasjoner i det nye sykehuset tvert imot en gjennomgående harmonisering mellom lokale organisasjonsløsninger og det overordnede konseptet. Det er imidlertid tale om prosesser som etter alt å dømme var usynlige for de fleste aktørene som arbeidet med konkrete løsninger om arbeidsorganisering i planleggingen av det nye sykehuset. Samtidig har introduksjonen av verksteds- og nettverks-konfigurasjonene skapt et mer fleksibelt handlingsrom ved planlegging av helsearbeid. Gjennom de tre konfigurasjonene har en også – i hvert fall i teorien – frigjort organiseringen av pasientforløp fra det optimaliseringsparadigmet som har vært assosiert

med lineær kjede-organisering av pasientforløp som helsesektoren har vært (og i stor grad er) preget av.

En tolkning av dataene er at den øverste ledelsen kjente relativt godt til verdikonfigurasjonene til Stabell og Fjeldstad. Disse konfigurasjonene ble imidlertid primært oppfattet som abstrakte modeller for organisering av arbeidsprosesser, mens det ble etablert en rekke ulike prosjektgrupper knyttet til seksjons-/avdelingsovergrepene arbeidsprosesser om pasientbehandling der en gikk mer konkret inn i hvordan en skulle sikre «verdi» for pasienten i ny organisering. Basert på intervjuene ble imidlertid ikke begrepsbruken forankret i konfigurasjonene aktivt benyttet på dette nivået. I neste omgang kunne likevel de som befant seg i den øverste ledelsen, identifisere konkrete løsninger til disse konfigurasjonene – og flere løsninger ble siden eksplisitt nevnt som eksempler på verdikjeder, -verksted og -nettverk. Dette fremstår derved som en sirkulær innovasjonsprosess, i tråd med de teoretiske poengene som er presentert foran.