

Pasientflyt - på vei mot nye tider?

En kvalitativ studie av operasjonsavdelingens
organisasjonsstruktur og organisasjonskultur

02.05.07



Urs Rüetschi

Anne Kari A. Bø

L41 Mastergradsoppgave i Verdibasert ledelse

Diakonhjemmet Høgskole,
Avdeling for etter – og videreutdanning

Veileder Karin Kongsli
Antall ord: 29.391

FORORD

En kvalitativ studie av operasjonsavdelingens organisasjonsstruktur og organisasjonskultur. En studie jeg presenterer med håp om at arbeidet vil være til nytte for mine kollegaer i operasjonsavdelingen.

Å snu steiner for å finne nye måter å utnytte ressursene på blir vi nok aldri ferdig med, men det er vel heller ikke noe mål. Nå er imidlertid tiden moden for å snu på de store og ruvende steinene? En effektiv ressursutnyttelse i operasjonsavdelingen er avhengig av overgripende struktur og kultur endringer. En organisasjon må sees i lys av sin kontekst og sin samtid og effektivitetsgevinsten ligger i pasientflytprosessen.

Det har vært en spennende, meningsfull og slitsom prosess å være deltidsstudent over fire år. Jeg har mang en gang tenkt at nok er nok, men nå er jeg i mål!

Jeg vil takke min veileder dekan Karin Kongsli for kritisk gjennomgang og støtte gjennom hele skriveprosessen.

Jeg vil også takke Aker universitetssykehus og operasjonsavdelingen spesielt, uten dere hadde jeg ikke begynt på dette mastergradsstudiet og uten dere hadde jeg ikke fullført.

Jeg vil takke min gode venninne og operasjonssykepleier Tone S. Tvedt for gode diskusjoner og innspill i løpet av prosessen.

Jeg vil også takke kollega, Elisabeth Rosenberg og Anne - Kate Esbjug for hjelp til korrekturlesning.

Tilslutt vil jeg takke familie og venner for at dere fortsatt er der.

Anne Kari Amundsen Bø,

2. mai 2007.

FORORD

1	INNLEDNING	6
1.1	Bakgrunn for valg av tema	6
1.2	Oppgavens problemstilling	8
1.3	Oppgavens avgrensning	9
1.4	Begrepsavklaring	11
1.5	Metodisk tilnærming	14
1.6	Oppbygging av oppgaven	15
2	TEORETISK PERSPEKTIV	16
2.1	Ledelse som fenomen	16
2.1.1	Philip Selznick ledelsesteori	17
2.1.2	Verdier – et nøkkelbegrep i verdibasert ledelse	18
2.1.2.1	Struktur er også en verdi	19
2.1.2.2	Struktur og makt	21
2.1.3	Verdibasert ledelse	22
2.2	Organisasjonskultur	24
2.3	Oppsummering	27
3	TIDLIGERE FORSKNING.....	29
3.1	Riksrevisjonens undersøkelse 2004- 2005	29
3.2	Parallell driftsorganisering	31
3.3	Byttetid	32
3.4	Organisering av drift	34
3.5	Koordinator funksjonen	35
3.6	Oppsummering tidligere forskning	35
4	KORT BESKRIVELSE AV ORGANISERINGEN AV OPERASJONSAVDELINGEN VED STUDIESYKEHUSENE	37
5	METODE OG DESIGN	39
5.1	Fenomenologisk tilnærming – menneskelig erfaring	39
5.2	Hermeneutisk tilnærming – en fortolkningskunst	40
5.3	Valg av forskningsmetode	41
5.3.1	Det kvalitative forskningsintervju	42
5.3.2	Utarbeidelse av intervjuguide	42
5.3.3	Gjennomføring av datainnsamling og refleksjon rundt framgangsmåte	43
5.4	Studiens utvalg	45
5.5	Tilgang til forskerfeltet	46
5.6	Analyse og tolkning av intervjuene	47
5.7	Forskningsetisk standpunkt	48
5.8	Feltarbeid i egen kultur - forskerens forforståelse	49
5.9	Troverdighet	49
6	PRESENTASJON OG ANALYSE AV FUNN.....	51
6.1	Hvilke strukturelle faktorer mener ledere i operasjonsavdelingen fremmer/hemmer en effektiv drift?	51

6.1.1	Teamorganisering lar seg ikke gjennomføre i praksis.....	53
6.1.1.1	Den formelle møtestrukturen i operasjonsavdelingen er ikke forenlig med å få til en teamorganisering	53
6.1.1.2	Koordinatorfunksjonen ivaretaes av mange personer	54
6.1.1.3	”Løsgjengere” er i studiesykehusene en uformell funksjon	55
6.1.1.4	Selvstyrte team fungerer ikke i praksis.....	56
6.1.2	Drifts planlegging lar seg ikke gjennomføre i praksis	57
6.1.2.1	Operasjonsprogramplanleggingen er ustrukturert og lite hensiktsmessig	57
6.1.3	Personalressursene er ikke alltid hensiktsmessig organisert eller utnyttet, for at en effektiv pasientflyt lar seg gjennomføre i praksis.....	58
6.1.3.1	Legerressursene dedikert operasjonsvirkomheten, er ikke organisert slik at en effektiv pasientflyt lar seg gjennomføre	58
6.1.3.2	Ubesatte operasjonssykepleierstillinger hemmer en effektiv drift	59
6.1.3.3	Ingen fokus eller diskusjon rundt hvilke funksjoner støttepersonalet i operasjonsavdelingen kan utføre	60
6.1.3.4	Operasjonssykepleierne er delvis seksjonert, anestesisykepleierne er det ikke	61
6.1.3.5	Fordeling av spesialsykepleie ressursene skjer dagen før eller på morgenen ..	62
6.1.3.6	Avdelingsleder har stort kontrollspenn	62
6.1.4	Operasjonsavdelingene mangler hensiktsmessige rutiner for gjennomføring av en effektiv drift	63
6.1.4.1	Elektronisk styringssystem.....	63
6.1.4.2	Operasjonsavdelingens rutiner er ikke kjente og følges ikke	64
6.1.4.3	5 – 15 minutter morgensamling i operasjonsavdelingen	65
6.1.4.4	Manglende formelle rutiner som muliggjør en tidlig oppstart	66
6.1.4.5	Erfaringer fra vellykkede prosjekter hvor standardisering av inngrep og drift er testet ut, er ikke videreført.....	68
6.1.4.6	Drift organisert etter en lineær modell	70
6.2	Hvilke kulturelle faktorer mener ledere i operasjonsavdelingen fremmer/hemmer en effektiv drift?	73
6.2.1	Økt kvalitet vil øke effektiviteten.....	75
6.2.1.1	Prosedyrer og rutiner sikrer kvaliteten	75
6.2.1.2	Dips forenkler pasientinformasjonstilgangen, hvis opplysningene blir fylt ut.	75
6.2.1.3	Urasjonelle rutiner er ikke forankret i faglige begrunnelser eller rasjonalitet	76
6.2.1.4	Helsetilstanden til operasjonssykepleierne er en faktor som taes hensyn til ved fordeling av personalressursen	78
6.2.1.5	Tid brukt på kurs og undervisning, en investering og et krav.....	78
6.2.2	Økt produksjon vil øke effektiviteten	79
6.2.2.1	Personalet skal beskyttes fra å oppleve at de må jobbe raskere	79
6.2.2.2	Målet er å operere flere pasienter med de samme ressursene	79
6.2.2.3	Det eneste som teller er tidlig oppstart.....	80
6.2.2.4	Operasjonsavdelingens ressurser er maksimalt utnyttet	80
6.2.3	Manglende samarbeid og fleksibilitet gruppene i mellom hemmer effektiviteten	80
6.2.4	Frykt og avmakt, hemmer effektiviteten.....	82
6.2.4.1	Manglende makt til å endre urasjonelle rutiner	82
6.2.4.2	Ingen kultur for å støtte kollegaer i praksis	82
6.2.5	Umotiverte medarbeidere, hemmer effektiviteten	83
6.2.6	Et ønske om å gjennomføre operasjonsprogrammet – øker effektiviteten.....	83
6.3	Hvilken lederatferd opplever ledere fremmer en effektiv drift i operasjonsavdelingen best?	85

6.3.1	Lederne har tro på at tilstedeværelse i praksis vil fremme en effektiv drift	85
6.3.2	Lederne har tro på at selvstendige medarbeidere vil fremme en effektiv drift	87
6.4	Oppsummering av hovedfunn	87
7	DISKUSJON - STRUKTUR OG KULTUR.....	88
7.1	Organisasjonsstrukturen undergraver en samarbeidskultur mellom operasjon og anestesi.....	88
7.2	Organisasjonskulturen i operasjonsavdelingen preges av rutiner som ikke følges, rutiner som ikke er kjente og rutiner av uformell karakter.....	89
7.3	Organisasjonsstrukturen og organisasjonskulturen undergraver selvstendige og motiverte medarbeidere.....	90
7.4	Organisasjonsstrukturen og organisasjonskulturen undergraver ledernes mulighet til å lede	92
7.5	Veien videre.....	93
7.6	Metodekritikk	94
8	KONKLUSJON – DET HANDLER OM LEDELSE OG KOORDINERING	95
8.1	Etterord	95
	LITTERATURLISTE	97
Vedlegg 1	Kortfattet prosjektbeskrivelse	101
Vedlegg 2	Forespørsel til ledere ved sykehus/operasjonsavdelinger	103
Vedlegg 3	Forespørsel til ledere ved pilot sykehus.....	105
Vedlegg 4	Informasjonsskriv til respondenter	107
Vedlegg 5	Intervjuguide	110

1 INNLEDNING

En målsetting om effektiv ressursutnyttelse har preget helsepolitikken i Norge de siste 20 årene. I Nasjonal helseplan (1987) het det at en bedre organisering, produktivitet og en mer forsvarlig ressursutnyttelse måtte få en sentral plass i helsetjenesten (St. meld. nr.41(1987-88) s. 58). Denne helsepolitiske planen har siden dannet basisen og retningen for vår nasjonale helsepolitikk mot år 2000.

”Pasienten først!” utredningen så dagens lys sent på 1990 – tallet. Utredningen så på ledelse og organisering i sykehus. Mer helse for hver krone, ble et begrep og et fokusområde i det påfølgende ti – året. Helsesektoren, herunder sykehusvesenet og spesialisthelsetjenesten, har i løpet av denne perioden vært gjenstand for omfattende omorganiseringer for å forbedre ressursutnyttelsen. Innføringen av den markedsorienterte sykehusreformen (2002) har medført en betydelig fokus på bedret internorganisering, logistikk og økonomistyring. Hensikten er blant annet å videreutvikle kvaliteten å øke ressursutnyttelsen i spesialisthelsetjenesten. Dagens og morgendagens ledere har krav på seg til å etablere systemer som sikrer en bedre utnyttelse av helseressursene.

Økte krav til en effektiv ressursutnyttelse balansert opp mot kravet til forsvarlighet er forankret i lovverket, både i Lov om spesialisthelsetjenesten og Helsepersonelloven.

Operasjonsavdelingen er en sentral enhet for den kirurgiske virksomheten i norske sykehus. Her finnes en smeltedigel av spesialisert kompetanse, utstyr og arkitektur tilrettelagt for å behandle og gi omsorg til den kirurgitremende pasienten. Avdelingen er ressurskrevende.

Effektivisering av pasientflyten ved å bedre ressursutnyttelsen er et mye diskutert tema, både politisk, i media og blant de sykehusansatte. Det er et tema mange har gått noe lei. Likefullt er det kanskje mer aktuelt enn noensinne. De politiske signalene er klare, operasjonsavdelingene skal effektiviseres, spørsmålet er bare hvordan? Dette er bakgrunnen for tittelen på oppgaven **Pasientflyt - på vei mot nye tider?**

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne studiens fokus er operasjonsavdelingen og dens organisasjon. Operasjonsavdelingen er, symbolsk sett, hjertet i kirurgisk klinikk. På samme måte som menneskekroppen er avhengig av at hjertet fungerer forutsigelig og systematisk, er den kirurgiske virksomheten avhengig av en godt fungerende operasjonsavdeling.

Operasjonsavdelingen var et naturlig valg, for min studie av flere grunner. Jeg kjenner organisasjonen godt, fordi jeg har arbeidet som operasjonssykepleier i snart 10 år. De siste årene har jeg fungert som ledende spesialsykepleier med det faglige og driftsmessige ansvaret for en seksjon. Det gjør at jeg har et personlig engasjement og en faglig interesse for operasjonsavdelingen. Hvordan operasjonsavdelingene drives har stor betydning for befolkningens helsetjeneste. Jeg ser det som vesentlig å bidra til en større innsikt i hvordan helseressursene forvaltes. Dette har skapt motivasjon til å gjennomføre studien.

Operasjonsavdelingen preges i økende grad av omstilling og tilpasning til endrede rammebetingelser. Det sees organisasjonsmodeller hentet fra næringslivet i søken etter å effektivisere driften. Det fokuseres i enda sterkere grad på kvantitetsmål og høy produksjon, og logistikksystemer er tatt i bruk for å sikre pasientflyten. Samtidig kommer det signaler fra politikere om at sykehusene og operasjonsavdelingene kan effektivisere driften ytterligere. I følge Andreassen må det i så fall være ubrukte reserver tilstede for at en ytterligere effektivisering skal kunne finne sted (Andreassen 1999).

I Stortingsmelding nr. 24; 1996-97, "Tilgjengelighet og faglighet – Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste" heter det at spesialisthelsetjenestens hovedproblem er at den er organisert slik at personell og utstyr langt fra kommer til sin fulle rett. "Det feilorganiserte sykehus" skriver Andersen i en avisartikkel nylig. Han poengterer at sykehus organisert som en industribedrift er uhensiktsmessig og bare skaper trafikkork, manglende koordinering, overspesialisering og mistillit (Andersen 2007).

Det bevilges hvert år stadig høyere summer til spesialisthelsetjenesten. I 2005 var driftskostnadene på 49.1 mrd kroner til den somatiske spesialisthelsetjenesten (Samdata 2005). Det betyr at Norge sammen med USA er det landet som bruker mest penger på helse, ca 30 % mer enn våre naboland Sverige og Danmark (Bratlid 2006).

Med bakgrunn i denne ressursinvesteringen er det et politisk krav om å få mest mulig igjen for innsatsen. Det heter i Riksrevisjonens rapport at et best mulig helsetilbud avhenger blant annet av god organisering og ledelse, rasjonell arbeidsfordeling og effektiv utnyttelse av kunnskap og kapital (Mørk-Eidem et al 2005: 7). Organisasjonen må balansere konkurrerende interesser som kvalitet og kvantitet. Det stilles nye krav til lederansvar og det personlige ansvar hos avdelingens ansatte øker. Betydningen av holdninger, verdier og vilje til å lede i samsvar med virksomhetens verdifundament er avgjørende for å lykkes.

Arbeidstilsynets undersøkelse "God vakt!" konkluderer med at sykehusjobbing går på helsa løs og at det store arbeidspresset er en fare for pasientsikkerheten (Østhaugen 2006).

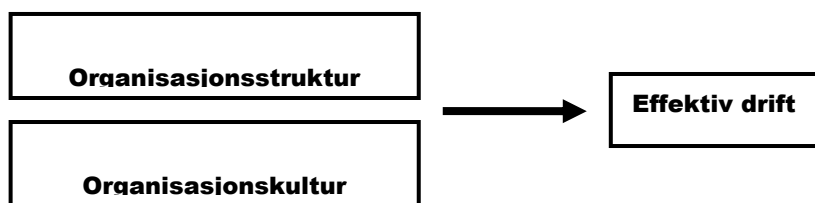
Samtidig må ikke betydningen av at organisasjoner også er historiske, relasjonelle og kulturelle virksomheter oversees. Tilhørighet til et verdifelleskap er av sentral betydning for motivasjon, trivsel og funksjonsevne.

I de senere årene har det vært fokusert på at ressursene i operasjonsavdelingene ikke utnyttes på en effektiv måte, en konklusjon som underbygges av nasjonale og internasjonale studier (se kap.3). Det er nettopp ønsket om mer kunnskap om pasientflyten i operasjonsavdelingen som er min motivasjon for å gjøre denne studien.

Kvantitetskravet oppfattes som en trussel mot en forsvarlig pasientvirksomhet. En virksomhet som i utgangspunktet er tuftet på å jobbe raskt, rasjonelt og effektivt for at pasientflyten skal gli lett uten forsinkelser.

Denne studiens fokus er å kartlegge operasjonsavdelingens ledere sine meninger om og erfaringer med å få til en mer effektiv pasientflyt.

Med denne bakgrunn har jeg valgt å fokusere på teori om organisasjonsstruktur og organisasjonskultur samt ledelsesteori med hovedvekt på et verdibasert ledelsesperspektiv. Studien bygger på en hypotese som vist i figur 1.1.



Figur 1.1
Modell over sammenhengen mellom en organisasjon og dens strukturelle og kulturelle faktorer som betingelse for en effektiv drift.

1.2 Oppgavens problemstilling

På grunnlag av tidligere redegjørelse har jeg utformet problemstillingen:

Hvilke organisatoriske faktorer påvirker driften av operasjonsavdelingen?

Arbeidet med å formulere studiens problemstilling har vært en tidkrevende og langvarig prosess. Problemstillingen angir retningen i det videre arbeidet. Prosjektets hovedfokus er å belyse ledernes syn på operasjonsavdelingens kultur og struktur og beskrive faktorenes

betydning som vilkår for en effektiv drift i operasjonsavdelingen. Denne konteksten av kulturell og strukturell karakter bestemmer lederes handlingsrom. Å få fram operasjonsavdelingens ledere sine erfaringer og meninger kan være et nyttig bidrag for flere ledere og kanskje kan undersøkelsen være et innspill og et bidrag i operasjonsavdelingenes pasientflytprosjekter.

I et forsøk på å få til en best mulig framstilling av oppgavens problemstilling vil den bli besvart gjennom tre forskerspørsmål. Spørsmålene representerer studiens tre perspektiv, operasjonsavdelingens formelle struktur, den uformelle kulturelle strukturen og ledelsesperspektivet. Disse tre perspektivene utgjør problemstillingens tre variabler og effektiv pasientflyt som fenomen vil bli belyst gjennom dem.

Forskerspørsmål:

1. Hvilke strukturelle faktorer mener ledere i operasjonsavdelingen fremmer/hemmer en effektiv drift?
2. Hvilke kulturelle faktorer mener ledere i operasjonsavdelingen fremmer/hemmer en effektiv drift?
3. Hvilken lederatferd opplever ledere fremmer en effektiv drift i operasjonsavdelingen best?

Hensikten med studien er:

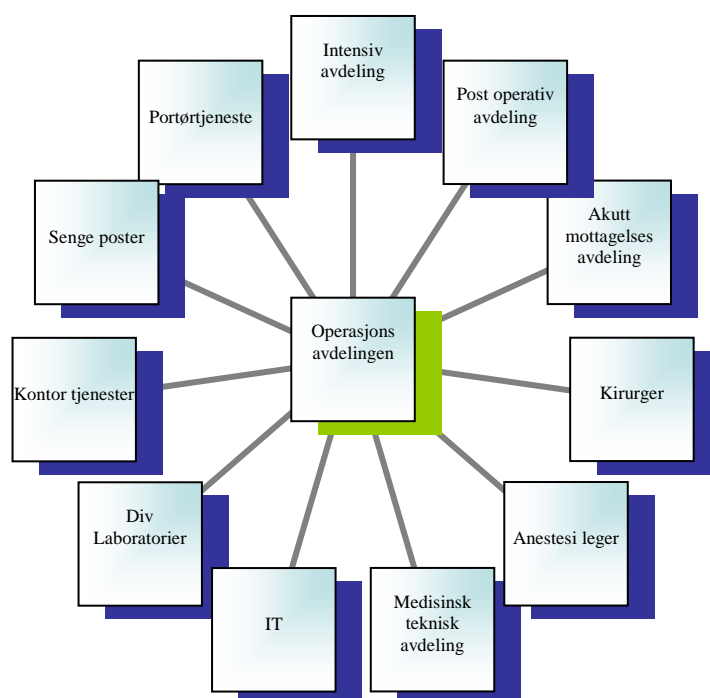
- Å beskrive operasjonsavdelingens ledere sitt syn på organisasjonsstruktur og organisasjonskultur som forutsetninger for å få til en mer effektiv drift i operasjonsavdelingen.
- Å erverve kunnskap som kan brukes som beslutningsstøtte for en mer effektiv drift, ved forbedring av eksisterende eller igangsetting av ny internorganisering slik at operasjonsavdelingens ressurser utnyttes på en mer effektiv måte.

Oppgaven har et ledelsesperspektiv, likevel er hovedmålet for operasjonsavdelingens virksomhet pasientfokusert. En optimal utnyttelse av operasjonsavdelingens ressurser vil til syvende og sist komme pasientene til gode.

1.3 Oppgavens avgrensning

Undersøkelsen skal utføres innenfor rammen av en mastergradsoppgave ved Diakonhjemmets Høgskole, avdeling for etter – og videreutdanning. Den utføres ved operasjonsavdelinger og omhandler kun interne forhold. Data i denne studien ble samlet fra januar til mars 2007. I denne studien innhentes data fra ledere som er tilknyttet operasjonsavdelinger og som har ansvar for avdelingens drift. Lederne representerer både anestesi og operasjon.

Jeg er bevisst at studien kun representerer en del av det totale organisatoriske bildet. En organisasjon som operasjonsavdelingen påvirker og påvirkes av et sett av elementer, som igjen har betydning for avdelingens mulighet for en effektiv drift. En god organisering av operasjonsavdelingen kan i prinsippet ikke sees løsrevet fra sin kontekst. En effektiv ressursutnyttelse i sykehuset er avhengig av et riktig forhold til andre enheter og at samspillet enhetene imellom fungerer, se figur 1.2.



Figur 1.2
Operasjonsavdelingen og dens samarbeidspartnere i sykehuset

Likevel velger jeg å avgrense min undersøkelse til å gjelde operasjonsavdelingen som enhet. Denne avgrensningen gir meg mulighet til å se nærmere og grundigere på denne enheten og til å tilpasse oppgaven i den lengde og omfang som den er ment.

Det vil i denne studien ikke bli fokusert på kostnadsspørsmålet rundt pasientflyten i operasjonsavdelingen. Dette hadde vært et interessant perspektiv. Det kunne gitt nyttige data

som grunnlag for styring og prioriterings spørsmål, for å få til en mer effektiv drift, men det ville ha gjort oppgaven for omfattende.

1.4 Begrepsavklaring

I studien benyttes en rekke begrep som kan forstås ulikt, derfor gjøres en grundig begrepsavklaring her.

Operasjonsavdeling

I oppgaven vil operasjonsavdeling bli brukt som benevnelse på den organisatoriske enheten hvor pasienter får utført et kirurgisk inngrep. En operasjonsavdeling består av x-antall operasjonsstuer/rom/saler.

Operasjonsstuekapasitet

Her defineres operasjonsstuekapasitet som et produkt av personal – og operasjonsstueressursene. Utnyttelsen av kapasiteten kan måles ut fra ulike pasientflytparameter som; knivtid, byttetid, operasjonsstuetid og antall operasjoner.

Knivtid/seansetid er tiden fra kirurgen åpner pasientens hud, *kniv start*, til han avslutter operasjonsseansen med sitt siste sting, *kniv slutt*. Hvordan selve knivtiden utnyttes er ikke diskutert i oppgaven.

Operasjonsstuetid er andel av dag som operasjonsstuene benyttes, inkluderer forberedelses-, og avslutningstid.

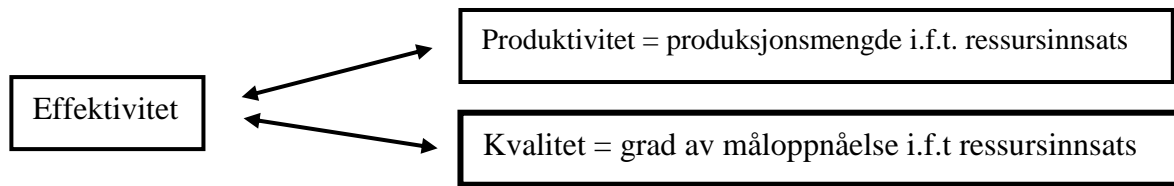
Antall operasjoner er et mål for hvor mange operasjoner som utføres på en operasjonsstue.

Byttetid er tidsintervallet mellom to operasjoner, her definert som tiden fra en pasient forlater operasjonsstuen til neste pasient trilles inn på samme operasjonsstue. Parameteren inkluderer tid brukt på etter- og forberedelsesarbeid.

Effektivitet

Effektivitet, inkluderer både en kvalitets- og en kvantitetsdimensjon. Et tiltak defineres som mer effektivt hvis målet nåes med lavere omkostninger i form av anvendt tid, personellinnsats, utgifter og uheldige bivirkninger (Ot.prp. nr.10 (1998-99) Lov om spesialisthelsetjenesten).

Effektivitetsbegrepet forstås her som et todimensjonalt begrep, som illustrert i fig.1.3.



Figur 1.3
Skjematisk framstilling av effektivitetsbegrepet etter Andreassen (1999)

Begrepet produktivitet er her et uttrykk for mengden arbeid utført i løpet av tiden man har til disposisjon. Det betyr at når operasjonsavdelingen effektiviserer driften sin, gjøres virksomheten mer effektiv og arbeidet som utføres pr. tidsenhet øker.

Effektiv kommer av det latinske ordet *effectivus* som betyr virksom. Det er videre en handling som er hensiktsmessig, praktisk eller rasjonell. Begrepet sier både noe om selve arbeidsprosessen og noe om hvordan arbeidet blir utført. Er man effektiv, arbeider man virkningsfullt, har en viss arbeidshastighet og får en viss mengde arbeid gjort i løpet av tiden man har til disposisjon.

Den tradisjonelle forståelsen av effektivitetsbegrepet er snever. I engelsk litteratur har begrepet derimot en videre betydning. Det norske språk påvirkes av det engelske derfor forstår jeg meningsinnholdet i effektivitetsbegrepet ut fra engelskmennenes forståelse av begrepene "efficiency" og "effectiveness". I følge Oxford Advanced Learners Dictionary betyr "efficiency" "ways of wasting less time and money or of saving time or money". "Effectiveness" betyr å: "producing the result that is wanted or intended; producing a successful result".

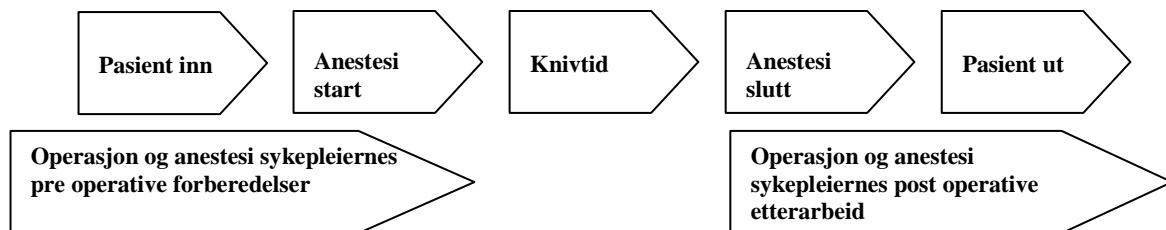
På denne bakgrunn rommer effektivitetsbegrepet flere dimensjoner, både grad av måloppnåelse i forhold til ressurstilgang og grad av produksjon i forhold til ressursinnsats. Kvalitetskomponenten er viktig i helsetjenesten. Kvalitet blir definert som: "beskaffenhet, egenskap, art," og "kvalitetsarbeid" er definert som et "førsteklasses utført arbeid" i Aschehoug og Gyldendals ordbok (1992). Kvalitet oppfattes som en egenskap og uttrykker en verdi. Et produkt som omtales som et kvalitetsprodukt har verken synlige eller usynlige feil (Andreassen 1999).

Pasientflyt og drift

Pasientflyt brukes her om summen av alle de enkelte ledd i behandlingsskjeden fra operasjonspasienten ankommer operasjonsstuen til pasienten avleveres på overvåkningsenheten. Pasientflyt og pasientstrøm betyr det samme.

Det er ulike forhold som påvirker pasientstrømmen gjennom operasjonsstuen. Det ønskelige er at operasjonspasienten symbolsk sett flyter gjennom uten at hindringer under denne prosessen oppstår, da vil kvaliteten og kvantiteten på pasientbehandlingen være optimal. Hvordan praksis er organisert for å sikre pasientflyten gjennom operasjonsavdelingen betegnes som driften i operasjonsavdelingen.

Flyt begrepet brukes i nasjonale og internasjonale publikasjoner i sammenheng med effektivisering og styring av helseressursene. I engelsk litteratur brukes begrepene ”workflow” og ”patient flow”(Pakdill 2005, Stahl et al 2006).



Figur 1.4
Illustrasjon av pasientflyten gjennom operasjonsavdelingen, med fokus på de ulike fasene i et forløpet.

Flaskehals

En flaskehals er når ressursene i systemet ikke er avpasset kapasiteten. Det oppstår et hinder for passasje med det resultat at det hindrer de andre delene i systemet å fungere fullgodt. Begrepet flaskehals brukes gjerne om et problem i avviklingen av kirurgisk behandling på sykehus (Kongsli 2002, Slettebø 1998).

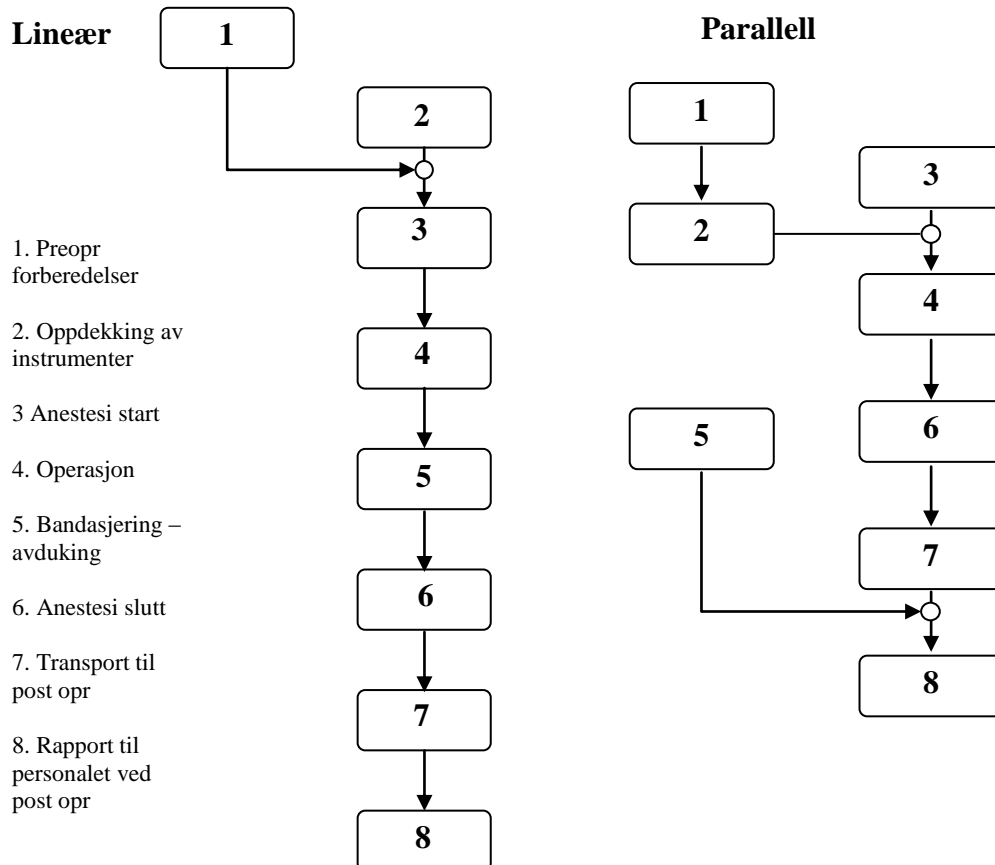
Ventetid

Ventetid defineres her som at neste trinn ikke kan startes fordi personen, pasienten eller personalressurs, eller utstyr eksempelvis ikke er tilstedet.

Parallelle prosesser

Parallelle prosesser betyr i denne studien at ulike arbeidsoppgaver som tradisjonelt ble utført etter hverandre gjøres parallelt. Operasjonssykepleier venter med å gå i gang med sine oppgaver til anestesipersonellet er ferdige med sine, mens kirurgene venter med å forberede og gå i gang med sine oppgaver til operasjonssykepleierne er ferdige.

Parallell pasientflyt er forsøkt illustrert i fig. 1.5. Pasientflyt organisert etter parallellflyt prinsippet fungerer slik at pasient 2, 3, 4... starter i prosessen før foregående pasient er ferdig operert. Det vises skjematisk at den parallelle pasientflytprosessen er kortere enn ved den tradisjonelle lineære organiseringen og at selve operasjonsstuen utnyttes i større grad til å utføre operasjoner i og ikke til for- og etterarbeid.



Figur 1.5
Illustrasjon på en lineær pasientflyt- og en parallell pasientflytprosess.

1.5 Metodisk tilnærming

I denne studien har jeg valgt en kvalitativ metodisk tilnærming. Metoden egner seg for å beskrive karaktertrekk og egenskaper ved pasientflyten i operasjonsavdelingen beskrevet av operasjonsavdelingens ledere.

Prosjektets utvalg består av ledere, både fra anestesi og operasjon, med ansvar for daglig drift i operasjonsavdelingen. De representerer fire sykehus fra østlandsområdet.

Intervjupersonene blir omtalt som respondenter i oppgaven (Jacobsen 2000: 158).

Respondentene beskriver sine erfaringer og meninger om pasientflyten i sin operasjonsavdeling. Beskrivelsene er uttrykk for hver og en av ledernes syn. Denne studien har derfor ikke til hensikt å generalisere funnene.

Jeg har valgt denne metoden fordi jeg ønsket å få fram den enkeltes unike fortelling og perspektiv på operasjonsavdelingens drift.

Metodevalg og design blir utdypet i kapittel 4: Metode og design.

1.6 Oppbygging av oppgaven

I kapittel 1 presenteres bakgrunn for valg av tema og problemstilling samt selve problemstillingen med avgrensninger. Det er valgt å definere og avklare ulike begrep grundig for å synliggjøre oppgavens perspektiv.

I kapittel 2 presenteres studiens teoretiske rammeverk. Philip Selznick syn på organisasjon og ledelse danner basisen for studiens teori. Videre vil verdienes betydning belyses før teorikapitlet avsluttes med en beskrivelse av organisasjonskultur.

I kapittel 3 vil tidligere nasjonal og internasjonal forskning bli grundig presentert. Denne studiens funn vil bli diskutert og belyst opp mot tidligere forskning i tillegg til oppgavens teoretiske ramme. Tidligere forskning representerer kunnskap om hvilke faktorer som påvirker pasientflyten i operasjonsavdelingen.

I kapittel 4 gis en kort og samlet presentasjon av studiesykehusenes organisering som grunnlag for å forstå studiesykehusenes organisasjonsstruktur.

I kapittel 5 beskrives studiens design og metodiske framgangsmåte.

I kapittel 6 presenteres studiens funn. Funnene er kategorisert under studiens tre forskerspørsmål.

I kapittel 7 diskuteres studiens hovedfunn opp mot tidligere forskning og oppgavens teoretiske ramme.

Kapitel 8 er et konklusjons- og avslutningskapittel.

2 TEORETISK PERSPEKTIV

Teorikapitlet vil danne det teoretiske grunnlaget for og rammen rundt studien.

2.1 Ledelse som fenomen

Tradisjonelt har vi i Norge hentet og brukt ledelsesteorier utarbeidet innenfor amerikanske bedriftsorganisasjoner. Selv om det er stor forskjell på norske og amerikanske organisasjoner gir teoriene en dypere innsikt i fenomenet. Felles for mange av dem er at de omhandler elementer som; mål, gruppe eller organisasjon, struktur og mellommenneskelige interaksjoner (Flermoen 2001: 134). Synet på hva ledelse er, er komplekst og kan forstås som nettopp kompleksiteten i lederfunksjonen. Jacobsen og Thorsvik definerer ledelse som: ”..en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd”(2002: 376).

Bryman sin definisjon på begrepet ledelse er:

"Ledelse er en sammenhengende rekke av handlinger som har til hensikt å påvirke aktiviteten til en organisert gruppe i dens anstrengelser for å sette seg mål og nå disse målene" (Flermoen, 2001: 134).

I følge Smircich og Morgan (1998) er lederskap å forvalte mening. ”Ledelse er en form for sosial praksis, en interaktivitet, som skapes gjennom samhandling mellom den som leder og de som blir ledet”. Lederskap er avhengig av at enkeltpersoner frivillig eller ikke lar seg lede ved at de gir fra seg retten til å forme og definere sin egen virkelighet.

I boken ”Ledere og lederskap” gir Tom Colbjørnsen en normativ, retningsgivende definisjon av ledelsesbegrepet: ”Ledelse er å bidra til bedriftens mål gjennom medarbeidere” (2004: 33). Ledelsesteoriene viser retning og gir ledere en mulighet til å evaluere. Mangfoldet er rikt og vanskeliggjør en helhetsforståelse, samtidig som nettopp denne kompleksiteten beskriver lederrollens mange funksjoner og utfordringer. Uansett blir et lederskap konstruert gjennom samhandling med andre slik som andre sosiale fenomener oppstår (Smircich og Morgan 1998).

I neste kapittel vil Philip Selznicks (1949) syn på organisasjon og ledelse bli kort presentert. Hans ledelses og organisasjonsfilosofi ga ideen om det teoretiske skille mellom organisasjonsstruktur og organisasjonskultur, se fig. 1.1. som oppgaven bygger på. Teorien inspirerte meg, og danner grunnlaget for oppgavens teoretiske basis.

2.1.1 Philip Selznick ledelsesteori

Philip Selznick, en amerikansk organisasjonsteoretiker, regnes som en av klassikerne og opphavsmannen til en rekke enkeltpoenger i forståelsen av hva organisasjon og ledelse er. Hans klassiske verk "Leadership in Administration" ble utgitt i 1957. I denne boka beskriver han sin tese om institusjonalisering som en verdiutviklingsprosess. Selznick definerer et skille mellom institusjonalisering og organisasjon (Selznick 1997: 8). Hans grunnleggende syn er i sin fundamentale enkelhet at en virksomhet både *er* noe og *gjør* noe. Et teoretisk skille hvor det institusjonelle representerer det uformelle, det som symbolsk sett gradvis vokser fram, som en kulturell enhet. Til forskjell fra det organisasjonelle som er representert ved formelle normer knyttet til noe instrumentelt, verktøylignende. De administrative oppgavene kjennetegnes av at de er rasjonelle og grunnleggende for å få en organisasjon til å fungere. Selznick brukte en metafor for å illustrere forholdet mellom organisasjon og institusjon:

".. en organisasjon representerer skjelettet, mens de instrumentelle trekkene representerer kjøttet og blodet som dekker dette. Og begge hovedelementene er viktige" (Christensen et al 2004: 47).

Organisasjoner kan administreres, det vil si styres eller forvaltes i enkel forstand, institusjonelle prosesser må ledes. Institusjonelle aspekter ved en virksomhet omtaler Selznick som dens karakter og kompetanse. For Selznick var ledelse noe mer enn den administrative funksjonen. Ledelse handler om "to infuse with value beyond the technical requirement of the task at hand" (Selznick 1997: 8).

Philip Selznick så betydningen av det vi i dag ser på som kulturdimensjonen i en organisasjon og at en organisasjon hadde en egenverdi utover å løse bestemte oppgaver. Han beskrev denne teorien 40 år før kulturperspektivet ble definert. Organisasjonen er et redskap for verdiskapning og eksistensgrunnlaget hviler på evnen til å levere, derfor må det være sammenheng mellom verdier, verdistyring og målsetninger (Selznick 1997: 8). Det som er viktig i all ledelse er verdiskapning, en organisasjon uten verdi er død.

"Organisasjoner blir institusjoner når de gjennomføres av verdier, dvs. ikke vurderes bare som redskap, men som kilde til direkte personlig tilfredsstillelse og som bærer av gruppeintegritet" (Selznick 1997: 41).

En organisasjon med felles holdninger, sedvaner og engasjement har et fortrinn og en styrke til å løse de nødvendige oppgavene den er satt til. Et felles verdifundament vil øke sjansene for måloppnåelse som følge av frivillighet og ikke som følge av tvang eller bruk av makt (Eriksen 1999:137).

Selznick syn på ledelse og hans fokus på betydningen av et felles verdigrunnlag, synes som noe av grunnlaget for den nye ledelsesfilosofien verdibasert ledelse.

2.1.2 Verdier – et nøkkelbegrep i verdibasert ledelse

Verdier er et nøkkelbegrep i verdibasert ledelse, derfor diskuteres det innledningsvis. Verdibegrepet stammer fra økonomisk teori, hvor verdien for en vare ble målt i kroner og øre, og det kan enkelt fastslås om den er verdifull eller verdiløs. Begrepet blir i dag også brukt til å måle den moralske standarden. Det er dette immaterielle perspektivet på forståelsen av verdibegrepet som er referanserammen i oppgaven. Verdier forstås som egenskaper, eller vesenskjenntegn ved menneskelig samhandling.

En organisasjons verdier vises gjennom de beslutningene som taes, de uttrykte framtidsplanene og den grunnleggende filosofien. Aadland sier at:

”Verdier er mål, ideal og prioriteringer som kjem til uttrykk gjennom reflekterte verbale fråsegner og/eller gjennom handlingsmønster” (1994: 55).

Verdier er retningsgivende både gjennom verbale uttrykk og på et handlingsmessig plan. Verdier gir retning, uten at de er konkrete, de sier noe er bedre enn noe annet, eksempelvis vond i stedet for god, men forteller oss ikke hva som er rett og galt, det er det etikken som gjør. Etikkk er en gammel filosofisk retning som stammer fra de gamle grekerne. Etikkk betyr ”skikk og bruk” eller ”sedvanerett”. I følge Asheim handler etikkk om både å ”se”, å ”være” og å ”gjøre” og holdningsdimensjonen synliggjøres på måten vi handler (Asheim 1997: 253).

I virkeligheten handler etikkk og moral altså om hvordan vi skal oppføre oss mot andre. Etikkken representerer de teoretiske prinsippene om hva som er rett og galt, og hva som er godt og ondt. Moral handler om hvordan vi faktisk opptrer i praksis og et moralsk problem oppstår når vi vet hva som er rett og galt, men likevel velger å ikke handle i tråd med det. Teorien er enkel, utfordringen er å skape forpliktelser i praksis mot de uttalte mellommenneskelige verdiene (Fløistad 2002: 409).

Deal og Kennedy sier:

”Verdier er grunnfjellet i enhver bedriftskultur. Verdier fungerer som essensen i bedriftens filosofi for å oppnå suksess, ved at de gir en følelse av felles retning for alle ansatte samt retningslinjer for de daglige aktivitetene” (Jacobsen og Thorsvik 2002: 127).

Ens ledelsesprofil styres av verdier, både av bevisst og ubevisst karakter. De kan uttrykke ønskede mål eller ideal. En ubevisst verdi er den som styrer våre spontane handlinger

(Aadland 2004). Våre holdninger uttrykkes ved våre prioriteringer og ved hvordan vi velger å utføre det vi velger å gjøre (Asheim 1997: 270). En uttalt verdi oppleves kun som troverdig dersom den oppleves som reell og kjennes igjen i praksis (Aadland 2004). Lederen er vesentlig for å angi organisasjonens retning. Det er lederens ansvar at organisasjonen når de mål den har satt seg og som omgivelsene stiller krav til. Ulike innfalsvinkler for målstyring er kommunikativ ledelse, situasjonsbestemt ledelse og symbolsk ledelse, for å nevne noen. Det målrettede arbeidet må balanseres opp mot det psykososiale og det kulturelle aspektet. Et aspekt som sees i sammenheng med verdibasert ledelse (Fløistad 2002).

Verdier forstås her som en plattform, som et orienteringspunkt og som en drivkraft for handling. En leder står til en hver tid i en valgsituasjon, skal en velge det ene eller det andre. Organisasjonens verdigrunnlag er styrende og gir retning samtidig som verdier virker motiverende for de ansatte.

2.1.2.1 Struktur er også en verdi

Studien søker å innhente kunnskap om organisasjonens strukturelle betydning for driften i operasjonsavdelingen. En organisasjons verdier er i tillegg til å bli assosiert med enkelt personers motiver, holdninger og intensjoner også nedfelt i dens struktur.

Organisasjonsstruktur kan sees på som et mønster for fordeling av arbeidsoppgaver og beslutningsmyndighet mellom organisasjonsmedlemmene (Fagermoen 2001: 60).

Organisasjonsstruktur er tosidig, en formell og en uformell del. Den formelle strukturen er upersonlig og omfatter normer og atferdsmønstre som er nedfelt i vedtatte mål, regelverk, organisasjonskart og stillingsinstruksjoner (Christensen et al, 2004). Organisasjonens verdier kommer til uttrykk gjennom prioriteringer, maktfordeling, hvordan rutiner og prosedyrer er anlagt (Aadland 2006).

En vanlig måte å forstå selve organisasjonsideen på er at effektiviteten og slagkraften i en organisasjon er større enn summen av de individuelle handlingene til deltakerne (Fagermoen 2001). Filosofien er at enkeltpersoner kan nå sine mål lettere og raskere dersom de samordner sine handlinger og anstrengelser. Barnard 1938, en av organisasjonsteoriens klassikere, definerte en organisasjon slik: "En organisasjon er et bevisst, stabilt og målrettet samarbeid mellom mennesker" (Flermoen 2000: 59). En organisasjon kan forstås som et system av elementer, struktur, deltakere, mål, teknologi og omgivelse, som samspiller med hverandre. Det er åpent mot omgivelsene, påvirkes av og påvirker den konteksten den befinner seg i som et gjensidig avhengighetsforhold.

En sykehusavdeling som operasjonsavdelingen er i litteraturen (Strand 2001, Fagermoen 2001 og Christensen et al 2004) beskrevet som en organisasjon med sterke innslag fra den byråkratiske tradisjonen. Denne tradisjonen ble utviklet av blant annet den klassiske vitenskapelige tenkeren Max Weber. Samtidig studerte Fredrick Taylor ledelse av produksjonsbedrifter. En retning som vektlegger å finne fram til effektive organisasjonsformer og arbeidsteknikker, omtales som taylorismen. Felles for den byråkratiske tradisjonen er at den ser på en organisasjon som et instrument hvor formålet for dens eksistens er å nå bestemte mål (Christensen et al 2004).

Ut fra et instrumentelt syn vil styring av en organisasjon kunne skje blant annet gjennom utformingen av organisasjonsstrukturen, forstått som etablerte systemer som ivaretar operasjonsavdelingens drift. Struktur handler da om:

- Hvilke oppgaver avdelingen må løse for å realisere sine mål?
- Hvordan skal disse oppgavene fordeles?
- Hvordan skal oppgavene koordineres?
- Hvordan skal myndighet til å fatte beslutninger fordeles i organisasjonen? (Jacobsen og Thorsvik 2002: 73).

På hvilken måte operasjonsavdelingen er organisert påvirker derfor dens evne til å ivareta sin oppgave på en effektiv og hensiktsmessig måte. Det å ha en organisasjonsform tilpasset organisasjonens hensikt er avgjørende for å oppnå dens mål med de ressurser som en disponerer på en effektiv måte. En sentral faktor i denne sammenhengen er i hvilken grad organisasjonen evner å samordne og koordinere sin ressursbruk. Lar oppgavene seg rutinisere å strukturere slik at operasjonspasientene får en rask og effektiv behandling? Kunnskap hentet fra produksjonsbedrifter kan være nyttig for å forstå, utforme og lede pasientflyten gjennom operasjonsavdelingen. Skandinavisk logistikkteori definerer logistikkbegrepet slik:

”Logistikk er de betraktningmåter og prinsipper man legger til grunn for å planlegge, utvikle, organisere, samordne, styre og kontrollere materialstrømmen fra råleverandør til sluttbruker” (Bjørnland et al 2001: 16).

Logistikkteori er utarbeidet innenfor en vareproduksjonsbransje, hvor varene representerer døde ting. Operasjonspasientene er levende mennesker, og kan derfor ikke behandles som døde varer. Et argument som ikke bør stå i veien for behovet for en effektiv pasientflyt. Det å sikre tilgjengelighet av riktig utstyr, i riktig mengde, i riktig tilstand, på riktig sted, til riktig tid, hos riktig kunde og til riktig kostnad handler om å sikre pasientflyten og utnytte ressursene fornuftig. Kvalitet, service og kostnader står sentralt i teorien og i overført betydning til operasjonsavdelingen er riktig steds- og tidsnytte et sentralt fokusområde.

Verdier, vaner og atferdsmønstre som organisasjonsmedlemmene har og som ikke er nedfelt og vedtatt betegnes som den uformelle strukturen (Fagermoen 2001). En kompleks organisasjon har i realiteten innslag av både institusjonelle uformelle trekk og organisatoriske instrumentelle formelle trekk.

Å få øye på operasjonsavdelingens strukturelle verdier er ikke lett. Dens målsetning og hovedhensikten er å gi omsorg og behandle syke, på en effektiv måte. Et høyverdig mål som krever at virksomheten struktureres slik at virksomhetens organisasjon er i stand til å oppfylle sin misjon.

Ledere jobber innenfor rammen av formell og uformell organisasjonsstruktur. Strukturen vil gi retning for handlingsfrihet og bestemmer langt på vei innholdet i arbeidsoppgavene. Samsvarer operasjonsavdelingens rutiner med dens verdier? Er det rom for kritiske kommentarer fra egne eller andre slik at endring av urasjonelle rutiner kan finne sted? Samtidig er en leder i en unik posisjon til å påvirke organisasjonens struktur, en oppgave som kanskje er en av de viktigste.

2.1.2.2 Struktur og makt

Maktbegrepet er et fenomen som innen organisasjonsteorien defineres som ...”en aktørs(en persons eller gruppes) evne til å overvinne motstand for å oppnå et ønsket mål eller resultat”(Jacobsen og Thorsvik 2002: 158). Maktforholdet i en organisasjon utgjør en del av organisasjonens strukturelle trekk. De strukturelle verdiene er gjerne nedfelt og vedlikeholdes gjennom maktstrukturer (Aadland 2006). Maktstrukturer holdes i hevd ved en organisasjonens oppbygning, dens styringsform, demokrati eller ledertunge prosesser.

En operasjonsavdeling med sin byråkratiske organisasjonsform er i følge Weber preget av hierarki, arbeidsdeling og rutiner. Hvem som kan eller skal utføre ulike oppgaver er bestemt gjennom hvilken formell rolle eller posisjon medlemmet har og ikke ut fra hvem som er i stillingen (Christensen et al 2004: 34).

En leder er i en posisjon hvor han eller hun har makt. Makt betyr en mulighet til å påvirke som også kan følges opp av sanksjoner. Hernes introduserer begrepene makt og avmakt som to motpoler (Hernes 1975). Makt definerer han som et samlebegrep: mulighet til å realisere egne målsetninger, om nødvendig på tvers av andres, å ha makt er å kontrollere noe andre er interessert i. Å ha interesser i ting andre har kontroll over, er avmakt.

En leder må ha makt for å få ting til å skje. Fellesnevneren i de fleste ledelsesteoriene er elementet innflytelse (Strand 2002). Innflytelse er et spørsmål om hvorvidt lederen har aksept og mandat for å lede. Autoritet er et beslektet begrep, en form for maktutøvelse som er legitim

i organisasjoner fordi den er forankret i regler, kompetanse og karisma som for eksempel lederegenskaper.

Maktutøvelse finnes i alle organisasjoner og påvirker hva som skjer og ikke minst hva som ikke skjer. Maktesløse ledere, ledere uten autoritet, er i en posisjon hvor de ikke kan ta stilling til konflikter og uklarheter, de kan ikke hindre uønsket atferd eller kanalisere ressurser mot organisasjonens mål. ”Jeffrey Pfeffer hevder at makt og maktbruk er ønskelig, ja nødvendig for å utøve ledergjerninger med suksess” (Strand 2002: 365).

Videre sier Smircich og Morgan at:

”Lederen fungerer som formell leder bare når han eller hun klarer å skape en situasjon der forpliktelse, forventning eller rett til å skape rammer for erfaring blir benyttet, eller tilbudt og godtatt av andre” (1998: 57).

En leder må være bevisst sin maktposisjon, og utøve lederskapet på en slik måte at de strukturelle verdiene organisasjonen representerer ikke er et hinder for dens utvikling og eksistens. Organisasjonsstrukturen danner rammen for utøvelsen av ledelse og det er lederne som er i posisjon til å kunne påvirke den. Ledelse må utøves med klokskap.

2.1.3 Verdibasert ledelse

Hovedfokus til nå har vært å forstå verdibegrepet. Verdibasert ledelse er en nyere retning innen management - tradisjonen som bygger på filosofien om at et felles verdigrunnlag danner basisen for virksomhetens ulike prosesser, oppgaver og samhandling. En forankring som er stabil og som gir organisasjonen kontinuitet. Om verdibasert ledelse skal forstås som et alternativ eller supplement til regelstyring og målstyring eller som et program som kan gjennomføres for å sikre en verdibasert tilnærming er litteraturen uklar på. I denne studien forstås verdibasert ledelse som en supplerende tilnærming til tidligere etablerte styringsformer som tar utgangspunkt i at verdier virker som motivasjonskraft og handlingsenergi (Aadland 2006).

Verdier i organisasjoner er satt i system og kjent under betegnelsen verdibasert ledelse. En ledelsesfilosofi som i løpet av de 10 – 15 siste årene har fått en stadig større gjennomslagskraft. Styringsformen er utviklet og tilpasset dagens dynamiske samfunn, hvor omstillingsevne, fleksibilitet, flatere organisasjonsstruktur med delegering av beslutningskompetanse er ønskede egenskaper.

Verdibasert ledelse springer ut fra to ulike tradisjoner. Den ene er den amerikanske tradisjonen hvor verdibasert ledelse opprinnelig handlet om økonomisk profitt og hensynet til

at aksjonærene skulle få høyest mulig avkastning. Verdibasert ledelse forstått ut fra en slik økonomisk profitt tradisjon ligger utenfor denne studiens interessefelt.

I Skandinavia er bildet mer nyansert, organisasjoner blir oppfattet som sosiale institusjoner som er ansvarlig ovenfor enkeltmennesket og bedriftens omverden. Her er fokus hvordan moralske verdier kan gjøres til styringsredskaper. Regel – eller målstyrt ledelsesfilosofi tenkes å bli supplert eller erstattet (Aadland 2006).

Handelshøyskolen i København har vært opptatt av og skrevet mye om verdibasert ledelse. Et miljø som oppfatter verdibasert ledelse som: ”ledelse med holdning og verdier” (Aadland 2004: 147). De mener forskjellen på ulike ledelsesprofiler kommer av lederens fokus og utgangspunkt for å lede. De stiller som betingelse at lederen fokuserer på kommunikasjon rundt faktorene verdi og holdning. Denne betingelsen stiller de for å markere at all ledelse ikke er verdibasert, selv om alle handlinger i utgangspunktet er uttrykk for en verdi. Dette miljøet er særlig knyttet til utviklingen av instrumentet ”Etisk regnskap” (Aadland 2006). Verdibasert ledelse slik Einar Aadland definerer begrepet:

”Verdibasert leing er å motivere og mobilisere organisatoriske handlingar og avgjerder på basis av ønskte verdier, og å avdekkje og avgrense innslaget av handlingar og avgjerder som uttrykkjer førmedvitne eller ikkje-ønskte verdier” (2004: 157).

Hovedfokus er ”å utvikle en verdimedviten organisasjon” (ibid), gjennom en toneangivende ledelse som fremmer dialogen og sørger for at ansvarlige og selvstendige medarbeidere er i stand til å klare seg uten detaljerte instruksjoner og regler (ibid). Verdibasert ledelse kjennetegnes derfor ved at det er en kommunikativ og meningsskapende prosess. Hovedhensikten er å operasjonalisere filosofien i verdibasert ledelse i praktisk organisasjonsvirksomhet.

Selv om verdier er utarbeidet og skal virke retningsgivende i det daglige arbeidet, harmonerer nødvendigvis ikke teori og praksis. Personlige preferanser og at organisasjonens verdigrunnlag ikke er tema for diskusjon kan være en forklaring.

Forskning viser at organisasjoner ledet ut fra et verdiperspektiv, det vil si der hvor det arbeides aktivt med målsettinger og verdier, er mer effektive, det vil si tar beslutninger raskere, forteller Kim Møller Laursen i den danske Lederns Hovedorganisasjon til Aftenposten (Aadland 2004: 143).

Verdibasert ledelse har mange kjennetegn, det mest sentrale er at verdiskapning handler om mer enn størst mulig aksjeavkastning og overskudd i budsjettene. En ensidig økonomisk tenkning viser seg å være en snever og lite hensiktsmessig tilnærming for å lykkes på sikt

(Fløistad 2002). De forskjellige teoretikerne ser på verdibasert ledelse som styringsform på to måter. Noen fokuserer på at verdier og normer kan brukes som indre styringsvirkemidler, mens andre er opptatt av at de kan brukes som strategiske virkemidler for at organisasjonen skal tilpasse seg omgivelsene. Philip Selznick er den teoretikeren som har arbeidet fram en felles basis for begge teoriretningene. Han sier at ekte ledelse er;

” ...et spørsmål om å påvirke den sosiale fortolkningen av hva organisasjonen står for, og bygge opp legitimitet rundt organisasjonen og dens virksomhet” (Jacobsen og Thorsvik 2002: 400).

Selznick knytter dette til det han omtaler som institusjonelt lederskap, et lederskap som er mer enn administrativ ledelse, det knytter ledelse til begreper som verdier og normer, legitimitet og tillit. Han skisserer fire funksjoner som omfattes av et institusjonelt lederskap, disse er:

- 1) Utforme visjon og mål.
- 2) Institusjonaliserte formål.
- 3) Forsvare institusjonell integritet.
- 4) Mestre intern konflikt (ibid)

Selznick sin teori sier lite om lederens rolle. Det danske miljøet derimot legger stor vekt på at lederen må opptre på en karismatisk måte slik at det skapes interesse og motivasjon for verdigrunnet til organisasjonen (Adland 2004).

Lederen har en helt sentral rolle i formidlingen av organisasjonens verdigrunnlag. Det er gjennom den kommunikative ledelsesfilosofi at ledere har muligheten til å motivere og vedlikeholde organisasjonens visjoner og formål. Det er gjennom språk og dialog med de ansatte verdiformidling finner sted. Den mellommenneskelige dimensjonen er sentral for å oppnå kollektive forpliktelser gjennom mellommenneskelige interaksjoner (Eriksen 1999: 137). Verdibasert ledelsesfilosofi bygger på samspillene, kommunikative ferdigheter og entusiasme, altså noe ganske annet enn ledelse gjennom makt og instruksjoner.

2.2 Organisasjonskultur

Det er nettopp i kulturen organisasjonens verdier kommer til uttrykk. Teorien om organisasjonskultur danner en referanseramme for å forstå de verdiene som kommer til uttrykk i studien av operasjonsavdelingens ledes beskrivelse av pasientflyten i sine avdelinger.

Det å ha innsikt i organisasjonskulturen er en forutsetning for å drive verdibasert ledelse. En ledelsesform som handler om hvordan kultur kan skapes og brukes som virkemiddel for å få en verdibevisst organisasjon. Kultur handler om klimaet i organisasjonen, hvordan menneskene oppfatter at de har det.

Litteraturen om emnet refererer til to ulike syn. Den ene retningen ser på kultur som en av flere variabler, kultur er da noe organisasjonen *har*. Denne retningen representerer en typisk instrumentell tenkning. Med instrumentell tenkning menes at kultur variabelen er noe lederskapet kan skape og bevisst manipulere med for å oppnå ønskede resultater. I studier fra mer økonomisk orienterte fag, finner man denne tenkningen. Men også organisasjonsteoretikeren Edgard H. Schein og nyere organisasjonsteoretikere er en representant for dette synet på kulturfenomenet. Han sier at;

”...det eneste viktige en leder gjør er å skape og administrere kultur. Og det som gjør en leder til en god leder er hans evner til å arbeide med kultur” (Strand 2001: 74).

I organisasjonslitteraturen er det mange definisjoner av begrepet organisasjonskultur, noen vektlegger felles mål og verdier, andre fokuserer på at det over tid skapes en felles oppfattelse av akseptabel atferd og tenkning og atter andre er opptatt av at man har et felles språk som gjenspeiler en gruppes felles forståelse eller kunnskapsbase (Jacobsen og Thorsvik 2002: 118). I følge de fleste akademiske forfattere er det enighet i at kulturfenomenet har en felles, kollektiv karakter, at kultur læres, er følelsesladet, har historiske røtter, er uklar, er ikke statisk og at fenomenet kan tolkes på flere måter (Strand 2001: 73).

Kulturbegrepet var allerede på midten av 1900-tallet gjenstand for teoretikernes interesse, men fikk først sitt gjennombrudd rundt 1980 da den amerikanske organisasjonspsykologen Edgard H. Schein publiserte et teoretisk rammeverk som gjorde det mulig å forstå og analysere kulturen i en organisasjon. Han regnes som en klassiker innen organisasjonsfaget og definerer kulturen i en organisasjon slik:

"Et mønster av fælles grunnleggende antagelser, som gruppen lærte seg, medens den løste sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon, og som har fungert godt nok til at blive betraktet som gyldige og derfor læres videre til nye gruppedlemmer som den korrekte måte at oppfatte og føle på i relasjon til disse problemer" (Schein 1994: 20).

Definisjonen har flere sentrale poeng som gjør det mulig å forstå og presisere hva en organisasjonskultur er. Schein mener at det er meningsløst å snakke om organisasjonskultur uten å knytte det til en gruppe mennesker som deler et sett grunnleggende antagelser, felles sannheter. Videre presiseres at kultur er basert på læring. En virksomhet vil tilpasse seg når

den får nye erfaringer på grunn av forandringer i arbeidssituasjonen. Dette gjelder både på det individuelle plan og virksomheten som organisasjon. En kultur vil i følge Schein kun opprettholdes så lenge den oppfattes som riktig. Kulturen blir hele tiden testet opp mot virkeligheten i praksis, stemmer ikke de grunnleggende antagelsene vil det skje en endring. Tilslutt poengterer Schein at den rådende kulturoppfatningen i organisasjonen vil bli overført til nye medlemmer gjennom en sosialiseringsprosess. Kulturen, gruppens oppfattelse av hvordan ting skal oppfattes og forstås, hva som er riktig og galt, og hva som er ”kjørereglene” og passende atferd i gruppen overføres til nye organisasjonsmedlemmer (Jacobsen og Thorsvik 2002: 119).

Kulturbegrepet tar opp i seg noe av det systemteorien mangler. Den vektlegger menneskers samhandling, betydningen av et godt klima og felles verdigrunnlag. Ved å forstå en organisasjon ut fra kulturperspektivet kan vi få svar på organisasjonens eksistensielle spørsmål som; hva er hensikten med denne organisasjonen, hva er verdifullt og spesielt her, hvorfor fungerer vi som vi gjør og hva tror vi på og hvordan passer jeg inn? (Aadland 1994).

For å få tak i organisasjonens kulturuttrykk er det nødvendig å studere organisasjonens uformelle og formelle struktur (se kap.3.1.2.1). Kulturuttrykkene kommer til syne gjennom organisasjonens rutiner, tradisjoner samt roller. Videre er organisasjonens åpne verdier og normer et uttrykk som vises gjennom organisasjonens presentasjon av seg selv. Hvilke mål og planer foreligger? Aadland sin definisjon av kulturperspektivet er knyttet opp til mønsteret av åpne og skjulte verdier.

”Organisasjonskultur er mønster av opne og løynde verdiar som pregar ei gruppe og som manifester seg i kulturuttrykk. Kulturmønsteret ligg på ein skala mellom stabilitet og dynamikk, heilskap og mangfald” (Aadland 1994: 53).

Definisjonen til Aadland tar nettopp opp i seg evnen kulturen har til endring og tilpassning. Den vil gi et bilde på organisasjonens tilstand til enhver tid. Organisasjoner i dag er ikke enkle og forutsigbare, men komplekse, fragmenterte og fleksible enheter, hvor en sannhet ikke varer over tid.

Gareth Morgan, forfatteren av det klassiske verket ”Organisasjonsbilder” er en representant for synet på at organisasjonskulturen representerer dens identitet og sjel. Kultur er noe en institusjon *er*. Han hevder at kultur er en grunnleggende metafor i seg selv (2004). Dette perspektivet vektlegger at organisasjoner er skapt av deltakerne og deres samhandlingsprosesser. Morgan snakker om organisasjonskultur som en metafor. Denne metaforen stiller krav til nye utfordringer til lederrollen. Kulturen i en organisasjon kan ikke

delegeres bort til andre, den er levende og må pleies av de som eier den. Kulturperspektivets styrke er at de som er en del av organisasjonen og kulturen eier den. De ansatte må føle at det de gjør er viktig og derfor velge å engasjere seg (Jacobsen og Thorsvik 2002: 399). En organisasjonskultur er en levende, selvorganiserende virkelighet i utvikling. Den kan formes og omformes, men aldri på en endelig kontrollerbar måte (Morgan 2004: 156). En kultur som går på tvers av det som tjener organisasjonen vil svekke mulighetene til en effektiv organisasjon. ”Kultur er noe aktivt og levende som folk bruker til i fellesskap å skape og gjenskape de verdenene de lever i” (Morgan 2004: 150).

Gunnar Ekman, svensk doktor i økonomi, har skrevet boken ”Fra prat til resultat”. Han argumenterer her for betydningen av at ledere deltar i organisasjonens uformelle småprat. Kulturen i organisasjonen, mener han, utvikles på denne arenaen. Det er gjennom å delta i småprattingen at verdien i organisasjonen kan formidles og overføres (2004). Han er mer konkret enn Schein, ved at han beskriver hvordan en leder kan påvirke sin kultur. Småprat blir den viktigste kilden til påvirkning, her vedtas og spres organisasjonens verdier, normer, idealer og tenkemåter blir til.

2.3 Oppsummering

Som denne teoretiske gjennomgangen viser er det flere aspekter ved organisasjonsteorien som er relevant for problemstillingen og oppgavens empiri.

Jeg har valgt å støtte meg til teori som ser på ledelse som mer enn administrative oppgaver. Et skille mellom administrasjon og ledelse, eller ”management” og ”leadership” som Selznick definerte for over 40 år siden, ser jeg på som et teoretisk skille, et skille som gjør det enklere å forstå kompleksiteten i lederrollen. Selznicks organisasjonssyn er nyttig for å kunne forstå og studere operasjonsavdelingen.

Å sette ledere som fokuserer på byråkratiske prinsipper opp mot ledere som inspirerer gjennom visjoner og kulturbygging er noe snevert. Jeg er derfor av den oppfatning at et helhetlig perspektiv på ledelse er en forutsetning for å lykkes. Det er med andre ord ikke noe enten eller, men et både og.

Videre har jeg referert til teori om organisasjonskultur. Verdiene i kulturen synliggjøres gjennom ulike kulturuttrykk, gjennom organisasjonens formelle og uformelle struktur.

Morgan advarer oss mot å kun se på kultur som et sett atskilte variabler som lar seg studere hver for seg. Denne mekaniske holdningen som ligger til grunn når teoretikere som

Schein tar til ordet for at kultur kan styres og manipuleres med på en instrumentell måte, mener Morgan er et snevert syn og at kultur aldri kan kontrolleres. Ledere kan kun forsøke å framelske foretrukne verdier og være oppmerksomme på at deres handlinger har symbolske konsekvenser (Morgan 2004: 160). Organisasjoner trenger både en målrettet virksomhet og et psykososialt element, to bestanddeler av bedriftskulturen som må harmonere. I NOU 1997 rapporten "Pasienten først!" heter det at en effektiv ressursutnyttelse vil være betinget av samarbeid og at de ulike enhetene, har samme felles overordnede målsetning og at de står i et riktig forhold til hverandre.

3 TIDLIGERE FORSKNING

Pasientflyt og ressursutnyttelse i operasjonsavdelingen er aktuelle temaer internasjonalt, så vel som nasjonalt. Litteratursøk ble gjennomført høsten 2006 i Cinahl, Medline og SveMed+, og ga derfor mange treff. Ulike studier definerer faktorer ved systemet som synes å ha betydning for operasjonsavdelingens effektivitets suksess. Andre studier identifiserte ulike analysemetoder for tidsbruken i operasjonsavdelingen. Jeg kunne imidlertid ikke finne studier som har undersøkt hvilket syn operasjonsavdelingens ledere har på organisasjonsstrukturen og organisasjonskulturens betydning for pasientflyten gjennom operasjonsavdelingen. Jeg ønsket derfor å gjennomføre studieprosjektet som planlagt.

3.1 Riksrevisjonens undersøkelse 2004- 2005

Riksrevisjonens undersøkelse fra 2004 – 2005 omtales mer detaljert da den danner grunnlaget for denne studien. Andre studier fra både norsk, nordisk og utenlandsk forskning vil bli presentert enten for å underbygge funn fra Riksrevisjonens undersøkelse eller som supplement.

Riksrevisjonens undersøkelse omhandler utnyttelsesgraden av operasjonskapasiteten ved norske sykehus i den ordinære arbeidstiden, fra klokka 8.00 til klokka 16.00. Datamaterialet undersøkelsen bygger på er tall hentet fra NAFreg¹, et landsomfattende statistikkregister. Undersøkelsen omfatter informasjon om rundt 113 000 operasjoner utført ved 17 av 68 sykehus. I tillegg ble det gjennomført datainnsamling ved hjelp av spørreskjemaundersøkelser og dybdeintervjuer med representanter for kirurger, operasjonssykepleiere, anestesileger og anestesisykepleiere ved 14 andre sykehus. Alle sykehustyper og helseregioner, bortsett fra Helse Nord, er inkludert i studien.

Hensikten med undersøkelsen var å avdekke hvordan operasjonskapasiteten utnyttet på norske sykehus. Undersøkelsen var avgrenset til å se på personalressursene tilknyttet operasjonsevne og tilgjengeligheten og bruken av operasjonsstue. Undersøkelsen hadde i tillegg som delmål at den skulle være nyttig for de enkelte foretakenes arbeid med å bedre de interne prosessene, ved at de minst effektive kunne lære av de mest effektive.

Undersøkelsen viste at det i gjennomsnitt ble utført 1,9 operasjoner per operasjonsstue i løpet av ordinær arbeidsdag. På de store sykehusene varierer antallet mellom 2,6 og 1,4.

¹ Norsk anesthesiologisk forenings register

Sykehus som i snitt utfører flest operasjoner pr stue utfører også flest til sammen. Funn tilsier at det er ledig operasjonsstuekapasitet. Av 250 arbeidsdager står operasjonsstuer ubenyttet i gjennomsnitt 72 av dem. Det betyr at antall operasjonsstuer teoretisk sett ikke er noe hinder for å øke operasjonskapasiteten. Det utføres omtrent like mange operasjoner per dag ved sykehus som benytter sine stuer minst som hos de sykehus som benytter stuekapasiteten mest. I tillegg viser det seg at kun i 3,5 timer av den ordinære arbeidstiden er det en operasjonspasient inne på operasjonsstuen. En svensk undersøkelse gjort ved øre - nese- hals avdelingen ved Sahlgrenska universitetssykehus (2001), bekrefter at det også der var ledig operasjonsstue kapasitet, under 60 % av kapasiteten ble benyttet.

De fleste operasjoner startes opp mellom klokka 09.00 og 10.00 Andelen operasjoner som startes opp før kl 09.00 er på under 40 %. Kun ved 2 av de 17 sykehus startet flere operasjoner opp før klokka 09.00 enn etter. Amerikansk forskning på dette området peker på at strategisk planlegging kan være en suksess faktor, Lebowitz viser i en simuleringsstudie "Schedule the short procedure first to improve OR efficiency" at det å starte dagen med en enkel og kortvarig operasjon øker sjansen for tidlig oppstart, større fleksibilitet i løpet av dagen og mindre overtid (Lebowitz 2003). En tidlig oppstart krever en byråkratisk struktur hvor oppgaver er standardiserte og satt i et fast system. Rutinene må være kjente, klare og aksepterte (Lindahl 2000). Funn fra en svensk undersøkelse viser at det må være tilstrekkelig med anestesilege ressurser om morgenen for at det skal la seg gjøre å komme i gang tidlig (Brennerfors 2004).

En tredje faktor som omtales i Riksrevisjonens rapport er effektivitetsgevinsten som kan oppnåes ved en parallell gjennomføring av ulike arbeidsoppgaver og ved en parallell driftsstruktur. Internasjonal forskning viser at parallell drift er effektivt, se kap. 1.6.2.

Riksrevisjonens undersøkelse viste videre at over 50 % av de spurte sa at deres yrkesgruppe utfører oppgaver andre kunne ha gjort. Kirurgene og operasjonssykepleierne utgjør den største andelen. Sosialkomiteen sa i en innstilling at økt utnyttelse av personalets kjernekompetanse er en av spesialisthelsetjenestene sine store utfordringer (inst. S. nr 237 til St.meld. nr 24 (1996-97)).

Videre poengterer rapporten at en bedre planlegging av operasjonsvirksomheten har en vel så stor betydning som operasjonskapasiteten, dersom operasjonsstuen ikke skal være en flaskehals.

3.2 Parallell driftsorganisering

Norske og internasjonale studier viser at det er mye tid å spare ved en parallell organisering av operasjonsstuedriften (Slettebø 1998, Sandberg et al 2005, Stahl et al 2006, Friedman 2006). En parallell organisering er i praksis avhengig av operasjonenshetens design og personalets kultur i forhold til oppgave fordeling. Flere forskere har studert hvordan en systematisk parallell organisering kan påvirke effektiviteten, og særlig byttetiden, i operasjonsavdelingen. Studiene vil bli kort presentert.

”Reorganizing patient care and workflow in the operating room: a cost-effectiveness study”. Studien ble gjennomført i perioden 2002-2003 ved Massachusetts General Hospital, USA. Hensikten med studien var å verifisere effekten av en parallell organiseringsmodell sammenlignet med en tradisjonell lineær modell, se fig1.5. Forskerne innhentet kunnskap om drift av operasjonsavdelinger fra ”state of the art ORs”(s. 718) i Storbritannia og Europa. Denne kunnskapen ble brukt til å konstruere en ny operasjonsstue, framtidens operasjonsstue. I dette ”laboratoriet” testet de blant annet ut ulike bemanningsmønstre, og ulike peri – operative systemer. Utvalget besto av 385 inngrep, en tradisjonell gruppe på 193 pasienter og en test gruppe på 182 pasienter. Kirurgiske inngrep som ble inkludert i studien var ulike generell kirurgiske -, gynekologiske - og urologiske inngrep.

Studien viste at det ble operert flere pasienter når en parallell organisasjonsmodell ble benyttet. Denne modellen krever imidlertid at det eksisterer areal til forberedelses- og etterarbeidsoppgaver og ekstra personale. Effektiviseringsgevinsten er i at for- og etterarbeid kan foregå samtidig som foregående og etterkommende pasient blir operert. Studien viste også at utgifter relatert til økt bemanning ikke overskred inntektene ved å behandle flere pasienter.

“Deliberate perioperative systems design improves operating room throughput” er en studie utført ved det samme sykehuset. Hensikten med studien var å studere om det var noen effektivitetsgevinst ved at innledning og avslutning av anestesi ble utført parallelt med at operasjonsstuen klargjøres. Denne endringen av prosedyre krever også tilrettelagte lokaler og bemanning. Studien konkluderer med at byttetiden i den tilrettelagte operasjonsstuen er redusert fra 67 minutter til 38 minutter. I tillegg var knivtiden redusert med 5 %, uvisst av hvilken grunn.

En tredje studie utført ved Massachusetts General Hospital i 2005 ”Increasing operating room efficiency through parallel processing” viser den same effektivitetsgevinsten. Byttetiden

ble redusert med 45 % sammenlignet med historiske tall, i praksis betyr det en tidsinnsparing på 25 minutter. Studien årsaksforklarer forbedringen med parallell drift, kontinuitet i operasjonsteamet og at teammedlemmenes rolle var avklart. Forberedelsestid i studien viser en reduksjon på 33 % sammenlignet med kontrollgruppen. Studien inkluderer funn fra en survey spørreundersøkelse hvor minst 90 % av pasientene er enig i at de var fornøyd med kirurgen, sykepleieren og sykehusoppholdet generelt.

En svensk undersøkelse fra 2006 fant at skulle ressursene i operasjonsavdelingen utnyttes rasjonelt måtte prinsippet om nærhet oppfylles. Parallell organisasjonsstruktur er en driftsmodell som bygger på nærhetsprinsippet. Parallell organisasjonsdrift krever en operasjonsavdeling hvor de fysiske forholdene er tilrettelagt. Den svenske rapporten konkluderer med at en ”alt på plass” avdeling bør bestå av fire operasjonssaler med et tilhørende forberedelses/avslutningsrom, instrumentoppkningsrom og et lager for sterilt gods (Brismar 2006).

3.3 Byttetid

Byttetid er en faktor som er gjenstand for forskning. Flere studier konkluderer med at tiden brukt mellom to operasjoner er for lang. I en studie fra Sverige angis det at mellom 1 og 1 1/2 time mellom to operasjoner er et ideal (Brennerfors 2005). I Norge viser både Riksrevisjonens studie og en studie gjennomført ved Haukeland universitetssykehus at tiden brukt mellom to operasjoner er henholdsvis 99 og 90 minutter (Slettebø 1998, Mørk-Eidem 2004 – 2005). En svensk studie viser videre at byttetiden utgjør hele 37 % av TBOp² tiden (Brennerfors 2005).

Pakdill og Harwood har gjort en studie ved et universitetssykehus i North Carolina, USA. ”Factors that influence efficiency in performing ENT cases: A qualitative and quantitative analyses”. Studien viste at en reduksjon av byttetiden vil bety både mindre personalutgifter, gi mulighet til å behandle flere pasienter og gi mindre overtid.

Studien årsaksforklarer den forlengede byttetiden med:

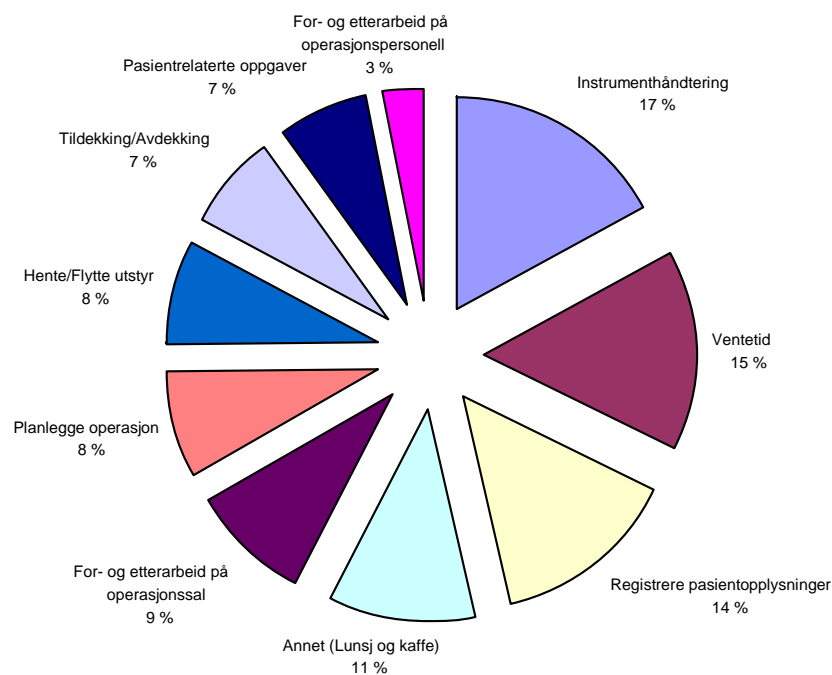
- Instrumentene var ikke klare
- Forlenget vasketid av operasjonsstuen
- Utstyr som manglet
- Ikke nok utstyr eller instrumenter
- Manglende dokumentasjon
- For mye og for lang tid brukt på papirarbeid

² TBOp betyr tilgjengelig bemannet operasjonsstue tid.

- Pasienten
 - Ikke klar
 - Andre pasientrelaterte årsaker
- Bemanning
- Anestesi
- For lang tid avsatt til en kortvarig operasjon
- Må være behjelpelig på en annen operasjonsstue

Personalet ved sykehuset identifiserte at innkjøp av mer utstyr var den viktigste effektivitetsfaktoren. Et annet funn i studien er effektivitetsgevinsten som ligger i at personalet gjør oppgaver som ligger innenfor deres kjernekompetanse. NOU 1997:2 ”Pasienten først!” og Riksrevisjonen støtter funnet. Studien anbefaler tilslutt at ledere i operasjonsavdelingen fokuserer på alle faktorene listet opp ovenfor. Ved at pasientflyten forløper uten hindringer i alle ledd vil operasjonskapasiteten kunne øke.

I en svensk studie (2004) fra Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg, er de ulike arbeidsoppgavene som utføres mellom to operasjoner identifisert og tidsbestemt. Se fig 6.



Figur 6
Diagram over tid benyttet på ulike arbeidsoppgaver under byttetiden (Brennerfors 2004).

En annen svensk studie utført ved øre – nese – hals - operasjonsavdelingen på Sahlgrenska universitetssykehuset i Göteborg, viser at bare i løpet av en arbeidsdag kunne ventetiden

utgjøre flere timer (Brennerfors et al 2001). Ventetid definerer undersøkelsen som den tiden teamet ikke er produktivt, fordi ingen arbeidsoppgaver utføres. De peker på at dette skyldes at ”just in time” leveransen ikke fungerte. Personal, pasient og utstyr var ikke på plass når det trengtes. En annen faktor undersøkelsen viste var at ventetiden skyldes i stor grad venting på å innlede og avslutte anestesi. Denne aktiviteten kostet avdelingen omkring 6 % av avdelingens totale personalkostnad. Haukeland studien viser videre at 1/3 av kirurgene brukte > 15 minutter etter at de var tilkalt, 5 minutter raskere frammøte ville bety en produksjonsøkning på 3 %. Rapporten sier at 15 minutters oppmøtetid er et ideal.

3.4 Organisering av drift

En koordinering og strukturering av operasjonsvirksomheten har en vel så stor betydning som selve spørsmålet om kapasitet. Operasjonsplanleggingen anbefales gjennomført av alle involverte parter, undersøkelser viser at en slik struktur har gunstig effekt. Personer fra de ulike faggruppene, anestesi og operasjon, med den rette autoritet til å fatte de nødvendige beslutningene må være tilstedet (Brennerfors 2001, Mørk – Eidem 2004-2005,).

En norsk studie ”Simulering av ventetid og effektivitet i sykehus” fra 2005 viser at skjerming av elektiv virksomhet i seg selv ikke er gunstig fordi kapasitetsutnyttelsen samlet vil bli mindre og ventelistene lenger. En deling av elektiv kirurgi og øyeblikkelig hjelp kirurgi gir forutsigbarhet, færre strykninger, men lenger ventelister, overtid for personalet ved akuttavdelingen og en mindre effektiv utnyttelse av operasjonskapasiteten totalt (Tjoflot et al 2005).

Haukeland rapporten peker på at spesialsykepleiere organisert i team innehar høyere spesialkompetanse, noe som menes å fremme en mer effektiv drift.

Logistikk og IT i sykehus er systemer som gir mulighet til å kartlegge og planlegge ressursbruk. I en artikkel ”Improving staff member satisfaction and productivity through technology” (McHugh 2004) beskrives fordelene med implementeringen av et slikt elektronisk pasientflyt styringssystem. Funn fra universitetssykehuset i Pennsylvania er at sykehuset opererer 30 % flere pasienter sammenlignet med før systemet ble tatt i bruk. I tillegg har byttetiden gått ned med 9 minutter og overtid er så godt som eliminert. Pasientflytssystemet gir muligheten til kommunikasjon og koordinering av drift som ikke var mulig tidligere da papirhverdagen var en realitet.

3.5 Koordinator funksjonen

En australsk studie (2006) hvor det ble samlet inn data via intervju, observasjon og litteraturstudie viser at operasjonsprogrammet er det styrende redskapet for all elektiv virksomhet i operasjonsavdelingen. Videre funn konkluderer med at koordinator i operasjonsavdelingen brukte sin personlige erfaringskunnskap om de ulike kirurgenes normale bruk av tid til å koordinere, planlegge og tilpasse den halvøyeblikkelige pasientbehandlingen. Et sitat hentet fra artikkelen beskriver operasjonssykepleiernes forhold til kirurgene.

”Knowing surgeons in terms of time was a characteristic way of thinking and speaking for operating room nurses, and as such, was a technology of power that constituted nurses’ governance in clinical practice” (Riley og Manias 2006: 552).

3.6 Oppsummering tidligere forskning

I følge studiene som er gjennomført de siste ti årene viser det seg at det er mulig å effektivisere driften i operasjonsavdelingene. De internasjonale studiene bekrefter og supplerer de samme funnene som Riksrevisjonen har konkludert med. Hovedfunnene i de tidligere studiene kan oppsummeres innenfor kategoriene;

- Operasjonsstue utnyttelsesgrad:
 - Av 250 arbeidsdager utnyttes stueene i 72 av dem. Det tilsvarer i overkant av 70 %.
 - Antall operasjoner gjennomført per operasjonsstue i Norge er 1,9, antallet varierer mellom 1,4 og 2,6.
 - Byttetiden i Norge var i gjennomsnitt på 99 minutter, idealet er 60 minutter.
 - I gjennomsnitt er det pasienter inne på operasjonssalen i 3,5 time av ordinær arbeidsdag.
 - Andelen operasjoner som starter opp før klokka 9.00, er i Norge på under 40 %.
- Operasjonspersonalets tidsbruk og oppgaver
 - 50 % mener at de utfører arbeidsoppgaver som andre med mindre kompetanse kunne gjort. Dette gjelder særlig kirurger og operasjonssykepleiere.
 - En stor del av arbeidsdagen brukes til å vente, særlig på kirurg og anestesilege
 - Spesialiserte operasjonssykepleiere fremmer en effektiv drift.
- Organiseringen av operasjonsvirksomheten
 - En parallell organisasjonsstruktur vil øke operasjonskapasiteten. Det krever tilrettelagte lokaler og økt bemanning. Organisasjonsstrukturen er likevel kost - effektiv.
 - Operasjonssalen brukes i stor grad til for og etterarbeid.
 - Planlegging av operasjonsprogrammet utført av de rette personene fører til at operasjonsavdelingen ikke representerer en flaskehals.

- Innføring og bruk av elektroniske styringssystemer vil øke operasjonskapasiteten, redusere byttetiden og eliminere overtid.
- Koordinatorfunksjonen er viktig for en smidig gjennomføring av operasjonsprogrammet. Koordinator trenger erfaringskunnskap om kirurgenes kompetanse og drift.

Studiene årsaksforklarer den ineffektive utnyttelsen av operasjonsstuens kapasitet med at ressursene ikke ble godt nok utnyttet. Planlegging, koordinering, utnyttelse av kjernekompetanse var noen av forbedringsaspektene som ble vektlagt. Denne kunnskapen er et godt utgangspunkt for det videre arbeidet med å finne ut hvilke faktorer operasjonsavdelingens ledere beskriver som hemmende og fremmende faktorer.

4 KORT BESKRIVELSE AV ORGANISERINGEN AV OPERASJONSAVDELINGEN VED STUDIESYKEHUSENE

Operasjonsavdelingenes plassering i sykehusenes organisasjonskart og hvordan avdelingen er organisert internt er gjenstand for forvirring. Før intervjuene ble gjennomført startet arbeidet med å kartlegge organisasjonsstrukturen. Data ble innhentet ved å studere rapporter og organisasjonskart på internett, per telefon, mail og tilslutt i samtale med respondentene i tilknytning til selve intervjuet.

Organisasjonsstrukturen ved studiesykehusene er ulik. Operasjonsavdelingens plassering i organisasjonskartet er under kirurgisk eller akuttmedisinsk paraply. Ved to av studiesykehusene var operasjon og anestesi organisert under samme overordnet ledelse, og ved de to andre studiesykehusene ikke. Her var anestesienheten en service enhet til operasjonsenheten.

Studiesykehusene var alle store virksomheter med flere kirurgiske spesialiteter. Ut fra inndelingen til Riksrevisjonen, som bygger på SINTEF sin inndeling, er studiesykehusene mine alle kategorisert som mellomstore sykehus (Kjeksrud 2004, Mørk-Eidem 2004-2005) De har fra 6 til 12 operasjonsstuer.

Sykehusene som er med i undersøkelsen har alle en operasjonsavdeling som behandler både planlagte, elektive pasienter, og akuttpasienter. Denne organiseringen betyr at operasjonsavdelingen må tilpasse driften, slik at akuttpasientene blir behandlet med en gang de legges inn med prioritet for behandling, og vil kunne forskyve elektive pasienter. Tre av studiesykehusene hadde avsatt egne ressurser for å ivareta øyeblikkelig hjelp funksjonen.

Operasjonsavdelingene hadde også skjermet sin dagkirurgiske virksomhet, den var ikke en del av operasjonsavdelingens daglige drift. Ved tre av studiesykehusene var den dagkirurgiske virksomheten lokalisert i en annen bygning.

Operasjonsavdelingene var bemannet med spesialsykepleiere, anestesi og operasjon. I tillegg var det ansatt eller tilknyttet hjelpepersonell som teknikere/hjelpepleiere/ - rengjøringspersonell og kontorpersonell til avdelingene. Personalet organiseres i team. Et kirurgisk team består av to operasjonssykepleiere, en anestesisykepleier, kirurg og anestesilege. Antall medarbeidere i teamet kan økes avhengig av pasientens tilstand og vanskelighetsgraden av operasjonen som skal utføres. I tillegg hadde avdelingene spesialsykepleiere som ikke var medregnet i teamet, omtales som ”løsgjengere”. Antall ”løsgjengere” varierte fra avdeling til avdeling og fra dag til dag.

Operasjonssykepleierne var delevis seksjonert³. Anestesisykepleierne var ikke det. Seksjonering blir brukt for å sikre forsvarlig operasjonssykepleie.

Operasjonsavdelingens daglige leder var en spesialsykepleier, enten en operasjonssykepleier eller en anestesisykepleier eller begge deler. Alle avdelingene i studien hadde en driftskoordinator på dag og kveld, denne personen var spesialsykepleier anestesi eller operasjon, Funksjonen gikk på omgang mellom gruppene og ble på dagtid ivaretatt av en spesialsykepleier med lederfunksjon.

Øverste daglige leder i studiesykehusene har ulike stillingsbenevnelser, eksempelvis avdelingssjef, avdelingssykepleier, seksjonsleder og oversykepleier med ansvar for fag og drift. I oppgaven benevnes dette ledernivået som avdelingssykepleier og tilsvarer en mellomlederstilling i tradisjonelle hierarkier. Rolleinnhaverne hadde ulike lederfunksjoner og ansvarsområder, avdelingsleder for operasjon ved et sykehus hadde personalansvaret for renholderne i tillegg til spesialsykepleierne. Under seg har avdelingssykepleierne ved alle studiesykehusene spesialsykepleiere med definerte lederoppgaver. Stillingene er ikke definert som et eget ledernivå i sykehusets ledelses hierarki. Stillingene benevnes som fagsykepleier med ansvar for fag og drift, seksjonsleder med ansvar for fag og drift eller assistenter. I oppgaven benevnes dette ledernivået som 1. linjeleder.

I tradisjonelle organisasjoner har 1. linjelederen ansvaret for avdelingens økonomi, personalpolitikk og for avdelingens utvikling (Eriksen 1999). I operasjonsavdelingene er dette ansvaret lagt til avdelingssykepleieren. 1. linjelederen er lederen som arbeider i direkte kontakt med personalet og som gjennom denne posisjonen kan oppnå resultater ved å motivere direkte (Strand 2001).

Selv om den strukturelle organiseringen kan virke uoversiktlig og uensartet i studiesykehusene er kulturen i operasjonsavdelingene verden over ganske lik, her illustrert ved et sitat fra Alexander's care of the patient in surgery:

”Nowhere is the smoothly functioning team of more importance to the patient than in the operating room. Respect for others' expertise, ability to work harmoniously, and the art of communicating effectively are necessary ingredients for a well- functioning team”
(Wynne 1991 sitert av Andreassen 1999: 12).

³ Med seksjonering menes at operasjonsavdelingens sykepleiere er spesialister innenfor et eller flere kirurgiske spesialiteter

5 METODE OG DESIGN

Utgangspunktet for studiens metodevalg er prosjektets problemstilling:

Hvilke organisatoriske faktorer påvirker driften av operasjonsavdelingen?

Det var viktig å finne den metoden som kunne bidra til å belyse problemstillingen best, samtidig som det økonomiske aspektet ble vurdert og hensynet til hva som faktisk var praktisk gjennomførbart innenfor tidsaspektet for oppgaven.

I dette kapitlet vil det bli redegjort for hvordan empirien systematisk og planmessig er samlet og bearbeidet. Videre vil leseren få innsikt i og begrunnelse for valg av utvalg.

Mitt mål er at leserne skal kunne stole på at resultatene som kommer fram i denne oppgaven er vitenskapelig kunnskap. En kunnskapstype som skiller seg fra fri fantasi og tilfeldige historier, fordi den er et resultat av en systematisk vitenskapelig metode. Kunnskapen studien har som hensikt å avdekke er respondentenes meninger og erfaringer, deres opplevde virkelighet i operasjonsavdelingen. Tidligere studier på området har i stor grad vært kvantitative studier hvor hensikten har vært å tallfeste utnyttelsesgraden i operasjonsavdelingen og på den måten avdekke hemmende og fremmende faktorer som betingelser for en effektiv drift (se kap.3). Tiden er moden for å studere organisasjonsstrukturen og organisasjonskulturen i operasjonsavdelingen, beskrevet av dens ledere. Gjennom deres subjektive erfaringer er de et uttrykk for deres individuelle og særegne erfaringer og meninger, et uttrykk for dagliglivet i operasjonsavdelingen. På denne bakgrunn har jeg valgt å gjøre en beskrivende induktiv studie av operasjonsavdelingens ledere. Designet er kvalitativt. Jeg har valgt å anvende semistrukturert intervju som datainnsamlingsmetode etter Steinar Kvale sin design (Kvale 2001).

En åpen fenomenologisk tilnærming ble tilstrebet ved gjennomføringen av de kvalitative intervjuene og en hermeneutisk tilnærming i det etterfølgende analysearbeidet. Videre vil en klargjøring av studiens bruk av disse to tilnærmingene bli vist, for å vise leseren veien fra materialet til konklusjonene.

5.1 Fenomenologisk tilnærming – menneskelig erfaring

Kvalitativ metode bygger på teorien om menneskelig erfaring, en fenomenologisk tilnærming. Fenomenologi blir den metoden som gir kunnskap om saken ut fra hvordan vi umiddelbart opplever og oppfatter verden (Malterud 2003).

Den fenomenologiske vitenskaplige metode karakteriseres ved at den forsøker å gi svar på enkelt menneskets og sosiale gruppers forhold til det miljøet de lever og virker i. Videre omtales den fenomenologiske vitenskapen som en deskriptiv, beskrivende, vitenskap. Denne metoden søker å framstille de fenomen som skal undersøkes på en så riktig måte som mulig i dens naturlige sammenheng (Furnes 2005). Metoden egner seg derfor godt, når jeg skal studere fenomenene kultur og struktur formidlet av operasjonsavdelingens ledere.

Fenomenologisk vitenskaplig metode er fundamentert i det syn at det fenomen som skal undersøkes skal beskrives ut fra slik det framstår i seg selv, klart og presist, uten at jeg som forsker lar mine fordommer påvirke min redegjørelse eller at fenomenet på forhånd blir teoretisert (Olsen 2002). Som forsker tilstrebes en fordomsfri innstilling til respondenten, en bevisst lyttende atferd med den hensikt at respondentens budskap, hans beskrivelse av egne erfaringer, skal komme fram. Det er erfaringer og nyansert kunnskap om fenomenene i operasjonsavdelingen beskrevet av avdelingens ledere som er målet for selve undersøkelsen.

Den tyske filosofen Edmund Husserl (1859-1938) er regnet som fenomenologiens grunnlegger innen filosofihistorien. Han har gitt oss fenomenologien som ide:

”Med minutiøs omhyggelighet må vi nu agte på ikke at legge andet i oplevelsen end det, der virkelighet er omfattet af den, og at ”lægge” netop det i den, som allerede ”ligger” der” (Ideen § 90) (Husserl 1997: 62).

Fenomenologien er en metode som kan bidra til å skille mellom et fenomens kompleksitet og uransaklighet på den ene siden og fornuftens klarhet og nøyaktighet på den andre siden.

5.2 Hermeneutisk tilnærming – en fortolkningskunst

Hermeneutikk, eller fortolkningsbasert tilnærming, kommer fra gresk og betyr fortolkning eller forståelse (Jacobsen 2000: 26). Denne vitenskapsfilosofiske tradisjon har sitt grunnlag i de humanistiske vitenskapene og samfunnsvitenskapene. Hensikten er å studere hvordan mennesker tenker og handler. Det hevdes at hermeneutisk vitenskap arbeider med meningsfulle data og at vilkårene for å forstå et fenomen muliggjøres gjennom å utforme vitenskaplige fortolkninger av tekster, kunstverk og handlinger (Johannessen 2001: 151). Hensikten er at de data som er tilgjengelige blir forstått så riktig som mulig. Det er her snakk om forståelse av noe (Malterud 2003, Johannessen 2001). Dette noe er de dataene som er tilgjengelige, det er teksten etter intervjuene som må forstås så riktig som mulig. Ved å arbeide systematisk og metodisk vil arbeidet bli tilgjengelig fordi det framstår troverdig (Johannessen 2001: 151).

Respondentenes meningers mulige kompleksitet er bevisst forsøkt oppfattet og forstått. Fokus har vært å la respondentene fortelle sin historie, en historie som har blitt forsøkt lyttet til på en fordomsfri måte slik at mangfoldets betydning har blitt oppfattet.

Empirien som er samlet har så vært gjenstand for tolkning. Kulturperspektivet er brukt i analysen til å definere de ulike verdiene respondentenes beskrivelser representerte. Om denne tolkningen er troverdig, kan en spørre seg, i og med at alle utsagn selvsagt kan tolkes på flere måter. Respondentenes utsagn er videre forstått i lys av den sosiale virkelighet den er formidlet i.

Den hermeneutiske sirkel, betegner en forestilling om at vi utvikler vår forståelse gjennom en veksling mellom forforståelse og ny erfaring. Vår hermeneutiske sirkel skrur seg videre gjennom hele livet i en evig veksling mellom forforståelse og tolkning, teori og praksis, refleksjon og opplevelse (Aadland 1997/98: 175). Når respondentene i løpet av intervjuet kommer tilbake til temaer, for da å utdype sine meninger, tolkes det som et signal på at respondenten har reflektert.

Å ha reflektert over og ha litt kjennskap til fenomenologi og hermeneutikk før jeg startet på de kvalitative forskningsintervjuene og analysearbeidet, mener jeg har bidratt til å styrke min bakgrunn for å gjennomføre den beskrivende og fortolkende prosessen på en mer tillitsvekkende måte.

5.3 Valg av forskningsmetode

En problemstilling gir åpning for ulike alternative metodevalg, avhengig av studiens ønskede perspektiv. Ulike metodiske alternativ ble derfor vurdert.

Tidlig i prosessen ble det vurdert å gjennomføre en spørreundersøkelse, en metode som ble forkastet fordi jeg ønsket å undersøke pasientflytfenomenet fra et kvalitativt perspektiv.

En kvalitativ tilnærming vil gi en mulighet til å få ny kunnskap om fenomenet pasientflyt på bakgrunn av slik de ulike lederne fra de ulike operasjonsavdelingene beskriver den. Videre vil metoden kunne bidra til at et eventuelt mangfold av ulike syn vil bli avdekket, bredde kunnskap.

Tidlig i intervjuprosessen viste det seg at de subjektive dataene som ble samlet, var essensielle og unike bidrag. De bidro til at jeg fikk innsikt i sammenhengen mellom operasjonsavdelingens organisasjonsstruktur og organisasjonskultur som betingelser for en effektiv drift. Ledernes bidrag fortalt gjennom deres erfaringer og meninger representerte det perspektivet jeg ønsket ny kunnskap om.

5.3.1 Det kvalitative forskningsintervju

Det ble gjennomført semistrukturerte dybdeintervjuer som datainnsamlingsmetode. Hvert intervju var en individuell samtale der innholdet i liten grad var bestemt fullstendig på forhånd (Jacobsen 2000: 128).

Intervju ble valgt som metode for den empiriske datainnsamlingen fordi hensikten ved studien er å innhente data om respondentens erfaringer og opplevelser om pasientflyt fenomenet. En veksling mellom beskrivelse og tolkning er en kontinuerlig prosess, en hermeneutisk tilnærming, som et intervju som datainnsamlingsmetode åpner opp for.

Intervjuet var en profesjonell samtale mellom meg som forsker og lederne. Jeg var på besøk, på oppdrag, med det for øyet å få svar på mine spørsmål. Det er gjennom å snakke sammen at vi lærer hverandre å kjenne, får innsikt i den andres erfaringer, følelser, håp og deres livsverden. Det var nettopp denne livsverdenen som var av interesse og som jeg ønsket å løfte fram. Denne type intervju blir kalt halvstrukturede livsverden-intervju og har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene (Kvale 2001: 21).

Den kvalitative metoden krever bakgrunnskunnskaper om å innhente data via en samtale. I tillegg til en fortrolighet rundt samtalsituasjonen. Det finnes lite standardregler eller metodologiske regler for gjennomføring av kvalitative intervjuer sammenlignet med kvantitativ metode. Et kvalitativt intervju er i følge Kvale (2001) et håndverk som hvis det blir utført riktig kan minne om en kunstform.

”Fra empiri til teori” en induktiv tilnærming betyr at studien søker å kartlegge respondentenes virkelighetsoppfatning, for deretter å systematisere dataene. Hensikten med metodevalget er å avdekke ny kunnskap, som i neste omgang kan renskapes, fortolkes og omformes fra muntlig til skriftlig form. I tråd med hermeneutisk tradisjon.

Utfordringen i gjennomføringen av intervjuene var å mestre balansekunsten mellom den frie samtalen og å styre samtalen slik at det som ble etterspurt ble besvart. Jeg hadde utarbeidet en intervjuguide som hjelpemiddel.

5.3.2 Utarbeidelse av intervjuguide

Utarbeidelse av en intervjuguide er en arbeidskrevende og nyttig oppgave for å sikre datainnsamlingen og for å lette analysearbeidet i etterkant. Den samme guiden ble brukt under alle intervjuene (Vedlegg 5).

Guiden ble utarbeidet dels på grunnlag av mine egne erfaringer, på grunnlag av kjennskap til tidligere forskning og teori og min hypotese, se fig. 1.5. Strategien i prosjektet er en induktiv tilnærming, men jeg hadde kjennskap og kunnskap om feltet jeg ønsket å studere på forhånd. Denne bakgrunnen var en forutsetning for lysten og nysgjerrigheten til å undersøke prosjektets fenomen.

Den halvstrukturerte intervjuguiden var mitt arbeidsredskap og var organisert slik at respondentene svarte på studiens problemstilling gjennom å svare på forskerspørsmålene. Guiden hadde derfor en inndeling på fire, en innledende del og tre separate deler ut fra forskerspørsmålene. Dette var et bevisst valg ut fra at jeg allerede på dette stadiet hadde planlagt hvordan jeg skulle kategorisere funnene i analysekapitlet.

Under hver del hadde jeg formulert et åpent hovedspørsmål og flere underspørsmål. Spørsmålene mine var åpne og både av beskrivende og hypotesetestende karakter. Jeg ønsket å få respondentene til å fortelle om sine egne subjektive meninger og erfaringer, samt komme med eksempler fra egen operasjonsavdeling.

Jeg var usikker på om jeg ville få svar på det jeg spurte etter og på hvordan jeg ville mestre datainnsamlingsmetoden. Derfor ble det valgt å gjennomføre to pilotintervjuer. Her ble intervjuguide og forskerrolle testet ut. Pilotintervjuene var vellykkede og datamaterialet ble innlemmet i studien.

5.3.3 Gjennomføring av datainnsamling og refleksjon rundt framgangsmåte

Intervjuene ble gjennomført på en tilfeldig dag. Alle intervjuene ble gjennomført på sykehuset til den respektive respondent i arbeidstid. Hvert intervju var individuelle samtaler. De fysiske forholdene var varierende, vi brukte ulike rom fra respondentens eget kontor til nøytrale rom. Under to av intervjuene ble vi forstyrret av telefoner og personer som kom inn i rommet. Dette var uheldig og forstyrrende for stemningen. Rammen rundt intervjuet ønsket jeg skulle fremme en fortrolig samtale. Det å møte den jeg skulle samtale med på deres hjemmearena, var derfor et bevist valg.

Et intervju er en der og da handling, det var derfor viktig å oppklare uklare uttalelser med en gang. Jeg hadde også en avtale med den enkelte respondent om å kunne ta kontakt i ettertid ved behov for ytterligere avklaringer eller utdypende spørsmål. Denne muligheten ble ikke benyttet da datamaterialet inneholdt nok informasjon for å gjennomføre analysen.

Andre forstyrrelser som påvirket samtalen var en båndspiller som pep hver gang kassetten måtte snues.

Jeg hadde i informasjonsskrivet bedt om tillatelse til å ta opp intervjuet på en MP3 spiller. Dette ble gjort i de tre første intervjuene. Under transkripsjonsprosessen viste det seg likevel mer hensiktsmessig å bruke en båndopptager, da det lettet den praktiske gjennomføringen av skrivejobben. De andre intervjuene ble derfor tatt opp både på en MP3 spiller og på kassett. 3 respondentene ble informert om dette muntlig før intervjuet startet og de to siste i det omskrevde informasjonsskrivet.

Flere av respondentene uttrykte at de mislikte å snakke når de visste at alt ble tatt opp, men at de samtidig hadde forståelse for at jeg umulig kunne skrive ned eller huske alt som ble sakt. Jeg erfarte også at jeg fikk nyttig informasjon etter at opptageren var slått av. Jeg noterte denne informasjonen og la den til det transkriberte materialet, de respondentene dette gjaldt ble informert og samtykket muntlig.

Hvordan den enkelte intervjusamtale foregikk var forskjellig, spennende og lærerik. Varigheten på selve intervjuet varierte fra 45 minutter til 11/2 time. Intervjuene med avdelingslederne for operasjonssykepleierne, tok kortest tid.

Hvert intervju startet med at prosjektet ble introdusert. Videre ble det presisert at det var den enkeltes leders erfaringer og meninger som var av interesse, og at jeg hadde taushetsplikt. Før selve intervjuet startet spurte jeg også om operasjonsavdelingens plassering på organisasjonskartet, og om respondentens funksjon og nivå.

Før intervjufasen i prosjektet startet hadde jeg brukt tid på å forberede meg både teoretisk og metodisk. Jeg opplevde at det var en nødvendighet og at jeg ved flere anledninger brukte konkrete tips fra Kvale sin intervjumetode, blant annet i forhold til å bruke oppfølgingsspørsmål. Jeg opplevde også at det kom fram uttalelser som jeg stusset på om kunne stemme. I de først intervjuene var jeg ikke profesjonell nok til å følge opp når jeg opplevde det. Kvale oppfordrer til at en ikke skal være redd for å utfordre den intervjuede i intervjusituasjonen (Kvale 2001) Jeg opplevde likevel at jeg måtte bli tryggere i forskerrollen før jeg var beredt til å mestre det. Det var en god følelse.

Selve intervjuet styrte jeg ved hjelp av intervjuguiden. Jeg brukte også oppklarings spørsmål for å forsikre meg at jeg hadde forstått respondentens budskap. I enkelte tilfeller ble det brukt ledende spørsmål for å sikre informasjon om data som jeg mistenkte ble tilbakeholdt.

Etter hvert intervju hadde jeg satt av tid til å reflektere over samtalen, både i forhold til egen rolle, stemning og interessante funn. Jeg gjorde refleksjonsnotater. Dette gjorde at jeg

utviklet meg i forskerrollen og opplevde en høyere grad av trygghet ved de siste intervjuene. Notatene bidro til at jeg klarte å huske i hvilken setting dataene ble formidlet.

Respondentene var ulikt forberedt, noen tok det på sparket, hadde ikke lest informasjonsskrivet, andre hadde gjort det. I de tilfellene informasjonsskrivet ikke hadde blitt lest på forhånd ble det gjort før intervjuet startet.

Flere intervjuet gikk ”helt på skinner”, andre var mer slitsomme. I de tilfellene hvor respondenten hadde mye på hjerte kunne jeg nærmest trekke meg tilbake å fokusere på å forstå budskapet, andre samtaler ble holdt i gang ved at jeg stilte nye spørsmål.

Gjennomgangen av det transkriberte materialet viser imidlertid at alle intervjuene gir nyttig informasjon om pasientflyten i operasjonsavdelingen.

Jeg ble godt mottatt ved alle sykehusene. Respondentene ga meg positiv tilbakemelding på prosjektet både i forbindelse med selve intervjuet og flere per mail i etterkant. Jeg opplevde det som et signal på prosjektets aktualitet.

5.4 Studiens utvalg

Utvalget i studien består av ledere fra operasjonsavdelingen. De er ikke tilfeldig valgt, men et hensiktsmessig utvalg (Fagermoen 2005). Utvalgskriteriene var at respondentene skulle ha en lederstilling i operasjonsavdelingen hvor et av ansvarsområdene var drift. Jeg antok at ledere i operasjonsavdelingen med driftsansvar hadde erfaring med og synspunkter om pasientflyten i operasjonsavdelingen og dermed kunne snakke om temaet. Videre var det viktig for meg at utvalget bestod av ledere med ulik profesjonsbakgrunn, anestesi og operasjon, fordi de representerer de to største gruppene i operasjonsavdelingen og har antatt mest innsikt og erfaring i forhold til pasientflyten i avdelingen.

Utvalget i prosjektet består av 8 ledere:

- 4 anestesi, 3 avdelingsledere og 1 1. linjeleder
- 4 operasjon, 2 avdelingsledere og 2 1. linjeleder

To av respondentene, en anestesi og en operasjon, representerer pilotintervjuene, som ble inkludert i undersøkelsen. Videre representerer de 4 sykehus i Helse Øst.

Sykehusutvalget er valgt ut fra tre kriterier:

- Flere spesialiteter innen kirurgi
- Øyeblikkelig hjelp funksjon⁴

⁴ Representerer kun et utvalgskriteri, blir ikke behandlet spesielt i denne studien

- Antall operasjonsstuer

1 sykehus regnes som et småsykehus, drifter 5 operasjonsstuer, de tre andre regnes som mellomstore sykehus, drifter fra 7 – 10 operasjonsstuer (Mørk – Eidem 2004 – 2005). Selv om ikke alle sykehusene er kategorisert som store sykehus, oppfattes utvalget som representativt for studiens hensikt.

Studien har et intensivt undersøkelsesopplegg. Styrken ved et intensivt opplegg, få respondenter, er at undersøkelsen har større sjanse for å kunne konkludere med ny dybdekunnskap og da en mindre sjanse for å bli overfladisk. Ved å samle kunnskap representert ved hver leders beskrivelser av pasientflyten og undersøke de samme fenomenene i alle fire organisasjonene gir det en mulighet til en grundig studie. Konklusjonene kan ikke generaliseres, men funnene kan forhåpentlig bidra til ny kunnskap ved sammenlignbare operasjonsavdelinger.

5.5 Tilgang til forskerfeltet

Min første kontakt med studiesykehus og operasjonsavdelingene var per telefon. Den første kontakten fant sted allerede i november måned. Jeg fortalte om prosjektet og spurte om avdelingen var egnet. Et av sykehusene ble spurt om å stille opp som pilot, med mulighet for å bli inkludert i studien. Alle sykehusene var positive, bortsett fra et hvor leder var usikker på om de hadde kapasitet. Senere fikk jeg informasjon om at sykehuset ikke ønsket å delta. Den formelle forespørselen om sykehuset var villig til å delta i undersøkelsen ble sent og godkjent per mail av lederne av den klinikk, divisjon eller avdeling operasjonsenheten var organisert i. ”Kort prosjektbeskrivelse”(Vedlegg 1) og ”Informasjonsskriv til studiesykehus”(Vedlegg 2 og 3) ble sendt som vedlegg i mailene. Godkjenningene er forevist veileder og kan fremskaffes.

Av de fem forespurte sykehusene var fire sykehus positive til studien, hvis operasjonsavdelingens ledere selv ønsket å stille opp.

Selve utvelgelsen av respondenter ble gjort noe forskjellig, respondentene ved pilotsykehuset plukket jeg ut selv. Dette var personer jeg hadde kjennskap til og som hadde synspunkter om temaet og dermed kunne snakke. Jeg var usikker på om det ville svekke troverdigheten i oppgaven min at jeg selv hadde valgt respondentene, men besluttet at det var viktig for meg at de to første intervjupersonene var personer som jeg visste kunne snakke om

temaet. Respondentene på to av sykehusene ble plukket ut av sin overordnede på grunnlag av funksjon og tilstedeværelse.

De to siste intervjuene ble først avtalt etter at jeg hadde gjennomført halvparten av intervjuene. Jeg utnyttet den kvalitative metodens fleksibilitet og ønsket helt konkret å snakke med en leder til fra 1. linjeledernivået, fordi jeg ønsket å utvide denne gruppen slik at vektingen ble mer lik. Respondentene ble her plukket ut av sin overordnede og avdelingsleder ble inkludert på grunn av sin stilling. Resultatet av utvelgelsen ble tilslutt tilfeldig, noe som styrker oppgavens troverdighet.

Alle lederne fikk tilsendt et informasjonsskriv inkludert samtykkeerklæring (Vedlegg 4), etter at de var identifisert. Alle var positive til deltagelse. Jeg avtalte så nøyaktig tid for intervjuet med hver enkelt. Kommunikasjonen har i vesentlig grad foregått per mail og ved noen tilfeller ved personlig kontakt grunnet annet æren ved sykehuset.

5.6 Analyse og tolkning av intervjuene

Utgangspunktet for analysen er det transkriberte materiale. Studiens kvalitative transkriberte data utgjorde cirka 140 sider tekst, med skriftstørrelse 10 og linjeavstand 1, med ordrett gjengivelse av intervjuene og kommentarer om respondentenes nonverbale kommunikasjon. Navn og stedsangivelser ble anonymisert direkte.

Under analyse prosessen var jeg bevisst min forforståelse, fokus var å sette meg inn i og forstå respondentenes budskap. Jeg har bevisst forsøkt å: ”åbne øjnene, spidse ørene, føle for seg og smage på noget” som Hesserl uttalte det (1997: 7). Alle intervjuene ble derfor lest nøye igjennom i sin helhet for å danne meg et helhetsinntrykk, før jeg kategoriserte meningsenheter i margin. Deretter ble meningsenhetene skrevet inn på datamaskin kategorisert under de tre forskerspørsmålene, materialet var nå mer systematisert og meningsfortettet. I neste trinn definerte jeg studiens funn under hvert forskerspørsmål. Igjen er problemstillingen essensiell, hva spør den om og hva fantes av svar i empirien. Funnene danner analysekapitlets underkategorier og er tydeliggjort ved at de er brukt som overskrifter. Jeg definerer med tall hvor mange av respondentene som har beskrevet samme fenomen. Det betyr nødvendigvis ikke at det samme fenomenet ikke finnes hos de andre, det betyr kun at det ikke er beskrevet.

Respondentene fokuserte mest på operasjonsavdelingens strukturelle organisering og minst på sitt syn på egen lederatferd. Dette gjenspeiles i antall sider brukt på de ulike faktorene i analysekapitlet.

Budskapet i oppgaven er ikke fri fantasi, men kunnskap som kommer fra en systematisk kvalitativ intervju metode. Analysen har vært en langsom og tidkrevende prosess. Fra famlende forsøk på kategorisering til det endelige resultat. Respondentenes beskrivelser er forsøkt forstått og tolket ut fra konteksten de er fortalt i.

Under prosessen arbeidet jeg parallelt med teorikapitlet, her ble noe teori tonet ned, mens annen relevant teori kom til, som logistikkteori.

5.7 Forskningsetisk standpunkt

Alle som deltar i en undersøkelse skal bli behandlet med respekt og verdighet. Jeg har tatt hensyn og fulgt forskningsetiske retningslinjer. Respondentene er anonymisert, har skrevet under et informert samtykke og jeg har forsøkt å gjengi deres beskrivelser korrekt. Disse normene er retningsgivende og har en idealstatus. Det er ikke alltid mulig å tilfredsstille alle tre punktene. Etikk er å ønske det gode og forhindre det onde. Immanuel Kant regnes som pliktetikkenes grunnlegger, han ga oss et råd om at vi skal handle slik at prinsippet for handlingen kan omgjøres til en universell lov (kategoriske imperativ) (Befring 2002: 30).

Respondentene som er intervjuet i undersøkelsen ble informert om studiens hensikt på forhånd. Ordlyden i studiens problemstilling er endret etter at informasjonsbrevene ble distribuert og intervjuet avsluttet, men innholdet er det samme.

Deltagelse i studien bygger på frivillighet. Den skriftlige informasjonen om hensikten med studien, handlet om hva som skal brukes av innsamlet materiale og at lydbåndopptak og transkribert materiale vil bli makulert etter at oppgaven er avsluttet og sensur har falt.

Operasjonsavdelingene representerer små miljøer og muligheten for gjenkjennelse er til stede. Under transkripsjonen ble materialet anonymisert og opptaket slettet. Respondentenes utsagn kan for den enkelte respondent ikke skjules, men det skal ikke være gjenkjennbart for andre. Det betyr at den enkelte informant kan tenke at dette var det jeg som sa. En slik gjenkjennelse tenker jeg er et svar på at jeg har lyktes i å framstille informantens budskap korrekt, uten å trekke fra eller legge til egne meninger. Studiens hensikt var ikke å sammenligne sykehusene.

5.8 Feltarbeid i egen kultur - forskerens forforståelse

Jeg har valgt å foreta en studie i et miljø jeg har lang erfaring fra. Siden jeg har arbeidet som operasjonssykepleier og leder i flere år, er jeg ingen nøytral person i møte med denne organisasjonen. Det har krevd at jeg under hele prosessen har hatt et kontinuerlig kritisk blikk på egne ideer, rolle, bruk av metode, møte med respondenter og i arbeidet med selve analysen.

Det å gjennomføre undersøkelser i egen kultur har sine fordeler ved at jeg kjenner språket og vet at jeg har en type felles kunnskap og kulturoppfatning som de jeg skal studere (Wadel 1991). I følge Nilsen og Repstad (1993) gir ikke metode litteraturen noe godt svar på hvordan jeg som forsker kan forholde meg slik at den kunnskapen jeg finner ved å forske i egen kultur er objektiv. Wadel sier imidlertid at ingen forskere oppleves kun som det, og at den rene forskerrollen i kvalitativ metode kun er en fiksjon.

Under alle intervjuene er det tilstrebet å ha en åpen holdning samtidig som jeg har vært bevisst min forforståelse og hypotese. Min hypotese er at operasjonsavdelingens organisasjonskultur og organisasjonsstruktur har betydning for effektiviteten. Hensikten har vært å samle ideer fra andre ledere i operasjonsavdelingene om denne hypotesen og få kunnskap om på hvilken måte variablene påvirker pasientflyten.

Min forforståelse, en form for bagasje av erfaring, faglig perspektiv og tilegnet teoretisk referanseramme, gir meg kunnskap om kulturen de intervjuede besitter. En kunnskap som har gitt meg et fortrinn når jeg har lett etter den røde tråden, helheten i det som har blitt meg fortalt. Det å kunne forstå den sammenhengen de intervjuede er i og snakker ut fra har påvirket mine tolkninger og gitt meg muligheten til å se sammenhengen mellom deler og helhet (Malterud 2003, Johannessen 2001). Det er en styrke.

5.9 Troverdighet

Verdien av kvalitativ forskning vil stå og falle på hvorvidt studien framstår som troverdig og gjennomtenkt i alle ledd. Det stilles derfor kvalitetskrav til alle ledd i en forskningsprosess.

Empirien i en undersøkelse må være gyldig og relevant, *valid*, og den må være pålitelig og troverdig, *reliabel*. Det stilles krav til at vitenskaplig kunnskap er frukter av systematisk kritisk refleksjon, som skiller seg fra tilfeldige inntrykk og selvbekreftende påstander (Malterud 2003).

Jeg har under hele studien søkt å ivareta idealet om at studien skal reflektere ”sannheten”, en empirisk basert kunnskap. Kvale peker på tre sider ved valideringen som er brukt i studien

som verktøy for å sikre at studiens funn framstår som troverdige. Det er kontrollering, utspørring og teoretisering av kunnskapen som produseres (Kvale 2001: 168).

Under selve intervjuet brukte jeg bevisst ledende spørsmål som: ”Er det mer travelt enn vanlig?” for å kontrollere at jeg hadde forstått respondentens budskap. Det ble også brukt oppfølgings spørsmål av typen: ”På hvilken måte da?” for å få respondenten til å utdype og beskrive mer dyptgående sin mening.

Oppgavens funn er forsøkt presentert på en overbevisende objektiv måte. Empirien er gjennomgått mange ganger for å sjekke at det er empiriske funn og ikke egne subjektive meninger. Min teoretiske oppfatning bidro til at empiri ble studert og tolket ut fra studiens tenkte perspektiv. Verdi kategoriseringen i analysekapitlet, er et eksempel på det. Gjengivelsene av respondentenes beskrivelser er gjort ordrette, kun endret til en korrekt norsk. Om de er rett forstått og tolket ut fra kontekst kan jeg ikke være sikker på. Da skulle respondentene ha lest gjennom mine beskrivelser. Men en kritisk tenkning og refleksjon rundt egne tolkninger er gjort.

Om en undersøkelse er pålitelig og troverdig er avgjørende for at den er til å stole på (Malterud 2003). Kvalitativ forskning er ikke egnet for å kunne generalisere funnene, ei heller denne studiens funn. Hver samtale er unik, og kan ikke reproduseres. Validitetsspørsmålet knyttes derfor mer opp til om studienes funn er tillitsvekkende og om prosessen kan etterfølges av andre (Fagermoen 2005). Funnene i studien kan dermed være en rettesnor for andre operasjonsavdelinger, ved at likhetstrekk ved utvalg kan gjenkjennes.

Jeg har i dette kapitlet redegjort for min metodiske fremgangsmåte. I det følgende vil jeg presentere studiens funn som er et resultat av de semistrukturerte forskningsintervjuene.

6 PRESENTASJON OG ANALYSE AV FUNN

Her presenteres de funn som samlet vil gi et helhetsinntrykk av datamaterialet fra intervjuene. Jeg har ikke gått i dybden på alle, men har valgt ut det mest sentrale.

Respondentene beskrev en rekke faktorer, til dels i detalj, om pasientflyten i operasjonsavdelingen ut fra sitt ståsted. Funnene er samlet i referater og sitater.

Analysen vil bli gjennomført ut fra de tre forskerspørsmålene:

Forskerspørsmål:

1. Hvilke strukturelle faktorer mener ledere i operasjonsavdelingen fremmer/hemmer en effektiv drift?
2. Hvilke kulturelle faktorer mener ledere i operasjonsavdelingen fremmer/hemmer en effektiv drift?
3. Hvilken lederatferd opplever ledere fremmer en effektiv drift i operasjonsavdelingen best?

Funnene i studien er videre kategorisert under hvert forskerspørsmål for å avdekke og organisere de meningsfulle utsnittene i dataene. Tilslutt i kapitlet vil studiens fire hovedfunn presenteres. Hovedfunnene vil bli diskutert opp mot teori i kap. 7.

6.1 Hvilke strukturelle faktorer mener ledere i operasjonsavdelingen fremmer/hemmer en effektiv drift?

Operasjonsavdelingen er sykehusets industribedrift, ord og prosessenkning hentet fra logistikkstyringssystemer fra industribransjen er vel etablert og implementert i driften og i språkbruken. Byråkratisk styring som kjennetegnes ved standardisering av oppgaver og liten fleksibilitet er forsøkt innført.

Respondentene beskrev en rekke strukturelle faktorer som påvirker operasjonsavdelingens pasientflyt. Spørsmålet er hvordan de ulike strukturelle delene påvirker pasientflyten? Faktorene respondentene fokuserte på er mange av de samme som beskrives i nasjonal og internasjonal forskning (se kap.3). Studiens funn relatert til organisasjonsstrukturperspektivet vil bli presentert og tolket her.

Presentasjon av funn*:

- **Teamorganisering lar seg ikke gjennomføre i praksis**
 - Ingen formelle møteplasser på avdelingsnivå mellom operasjon og anestesi (3)
 - Daglig møte mellom anestesisykepleierne og anestesilegene (1)
 - Formelle separate møter mellom avdelingsleder og 1. linjeledere i operasjonsgruppen og anestesigruppen (3)
 - Koordinatorfunksjonen ivaretaes av mange personer (3)
 - ”Løsgjengere” har en uformell funksjon (4)
 - Selvstyrte team fungerer ikke i praksis (4)

- **Driftsplanlegging lar seg ikke gjennomføre i praksis**
 - Operasjonsprogramplanleggingen er ustrukturert og lite hensiktsmessig (4)
 - Historiske tall brukes ikke for å planlegge drift (4)

- **Personalressursene er ikke alltid hensiktsmessig organisert eller utnyttet for at en effektiv pasientflyt skal la seg gjennomføre**
 - Legerressursene dedikert operasjonsvirksomheten er ikke organisert slik at en effektiv pasientflyt lar seg gjennomføre (4)
 - Ubesatte operasjonssykepleiestillinger hemmer en effektiv drift (3)
 - Ingen fokus eller diskusjon rundt hvilke funksjoner støttepersonalet i operasjonsavdelingen kan utføre (3)
 - Operasjonssykepleierne er delvis seksjonert, anestesisykepleierne er det ikke (4)
 - Fordeling av spesialsykepleie ressursene skjer dagen før eller på morgenen (2)
 - Avdelingsleder har for stort kontrollspenn (1)

- **Operasjonsavdelingene mangler hensiktsmessige rutiner for gjennomføring av en effektiv drift**
 - Elektroniske styringssystemer er installert (4)
 - Operasjonsavdelingens rutiner er ikke kjente og følges ikke (7)
 - 5 – 15 minutter morgensamling i operasjonsavdelingen (4)
 - Manglende formelle rutiner som muliggjør en tidlig oppstart (7)

* Tallene i parentesene peker på hvor mange respondenter som beskrev fenomenet eller ved hvor mange operasjonsavdelinger det ble beskrevet at det eksisterer. Det betyr nødvendigvis ikke at det ikke finnes i de andre avdelingene.

- Erfaringer fra vellykkede prosjekter hvor standardisering av inngrep er testet ut, er ikke videreført (3)
- Drift organiseres etter en lineær modell (4)
- Operasjonssykepleierne er delvis seksjonert, anesthesisykepleierne er det ikke (4)

6.1.1 Teamorganisering lar seg ikke gjennomføre i praksis

6.1.1.1 Den formelle møtestrukturen i operasjonsavdelingen er ikke forenlig med å få til en teamorganisering

En effektiv pasientflyt i operasjonsavdelingen er avhengig av en møtestruktur som muliggjør styring og planlegging av drift, organisering og samordning av avdelingens ressurser og at pasientflyten lar seg kontrollere. I operasjonsavdelingen betyr det at det må fokuseres på samarbeidet og relasjonen mellom anestesi og operasjon og samarbeidet mellom 1. linjeleder og avdelingsleder.

”Vi har et treffpunkt sammen med sjefen over oss, vi har ingen formelle treffpunkter på tvers, anestesi og operasjon, på samme nivå her i operasjonsavdelingen, men det har vi jo ikke behov for fordi vi bor vegg i vegg, vi snakker med hverandre hver dag.”

Operasjonsavdelingens to hovedgrupper, anestesi og operasjon, var ved to av studiesykehusene organisert under egen ledelse. En respondent opplever at det å være under samme leder fremmet samarbeidet.

”Vi føler oss veldig som et team her, blant annet fordi vi tilhører samme avdeling og samme divisjon. Det er et viktig pluss å ikke ha 2 linjesjefer, 2 forskjellige direktører som kanskje ikke helt snakker samme språk og som ikke ser hverandres behov og forventninger like tydelig som når du er under samme paraply.”

En forutsetning for samarbeid og fleksible løsninger er en organisasjonsstruktur som muliggjør det i praksis. Lukkede delsystem som lever sitt eget liv innenfor operasjonsavdelingens organisasjon er et eksempel på det motsatte. Formelle møteplasser mellom operasjonsavdelingens ledere er nødvendig for å sikre en felles utvikling, oppfatning og forankring i avdelingens verdigrunnlag. Møtevirksomheten hos studiesykehusene var ulik. Det var ingen sammenheng mellom hvor anestesigruppa var organisert, under samme ledelse som operasjon eller under egen ledelse, og møtestrukturen. Ved et sykehus hadde anesthesisykepleierne og anestesilegene felles morgenmøte.

”Vi har fast morgenmøte hver dag; anestesileger og anesthesisykepleiere. Et kvarters møte som er veldig verdifullt. Her gjennomgås dagens operasjonsprogram, anesthesisykepleier

avgir rapport fra previsitt, anestesilegeressursene fordeles og vi har ofte en faglig diskusjon.”

Denne praksisen tilrettelegger for et samarbeid internt i anestesigruppen, men ikke på tvers. Et funn i studien viste at det ved den minste operasjonsavdelingen ikke eksisterte formelle møteplasser mellom avdelingsleder og 1. linjeledere.

”Vi har ingen formelle møteplasser til å diskutere ledelse og for eksempel personalplanlegging. Kanskje hvis det kniper, at vi tar oss tid, men ellers er vi ikke med på det, hvis det skjer da, høyere opp.”

Andre sykehus igjen hadde faste møter hver, eller annenhver uke mellom avdelingsleder og 1.linjeledere.

Oppsummering

Møtestrukturen i operasjonsavdelingen kan synes å underbygge en form for oppdeling som ikke fremmer samarbeid og felles lagånd. Organisasjonsstrukturen i operasjonsavdelingen gjør at ledere er opptatt av sin ”lille” enhet uten å ha et overordnet helhetlig perspektiv. 6 av respondentene ga uttrykk for at alt fungerte veldig bra hos dem, men at det ikke fungerte bra hos den andre faggruppen. Denne noe navlebeskuende holdningen som underbygges av strukturen i organisasjonen beskriver en hemmende faktor for en effektiv pasientflyt. Operasjonsavdelingen er kanskje en organisasjon som hadde vært tjent med en overordnet ledelse, som ikke har særinteresser i en deloppgave på bekostning av helheten.

6.1.1.2 Koordinatorfunksjonen ivaretaes av mange personer

Alle operasjonsavdelingene har en koordinatorfunksjon. Hensikten med denne funksjonen er å ha det overordnede ansvaret for at dagens operasjonsprogram gjennomføres, ha en kontinuerlig oversikt over avdelingens personalressurser og stuekapasitet og sørge for at pågående operasjoner ved vaktskiftet ikke er flere enn det antall team som skal overta.

”Som koordinator er du kjempefornøyd når du har brukt teamene riktig og mest mulig effektivt, ingen team har hatt noe dødtid.”

Alle lederne i studien beskrev koordinatorfunksjonen. Rollen ble ivaretatt av 1. linjelederne. 2 sykehus hadde daglig 2 koordinatorer, en fra operasjon og en fra anestesi, ved de to andre sykehusene hadde de to faggruppene ansvaret for en uke hver. Funksjonen vekslet mellom mange personer i løpet av en uke -

”Funksjonen veksler mellom anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere annen hver uke. I tillegg er det flere som har funksjonen i løpet av uka”

...og noen ganger i løpet av en dag.

”Det der å bytte sånn flere personer er veldig ugunstig. På tirsdag for eksempel, var det altså 4 forskjellige operasjonssykepleiere....”

2 respondenter forteller at avdelingene de representerer har diskutert å endre praksis slik at funksjonen ivaretaes av færre personer. Begrunnelsen er at de mener at erfaring i funksjonen er av betydning for å evne og utnytte operasjonsavdelingens ressurser effektivt. Denne begrunnelsen er i tråd med tidligere forskning på området, kap 3.

En annen faktor 2 respondenter beskriver er denne funksjonens utfordringer.

”Som koordinator skal du prøve å koordinere alle dagens aktiviteter, og det er en ganske slitsom og stressende jobb. Når dagen starter tror du at du vet hva som skal skje ut fra operasjonsprogrammet. Men det blir sjelden slik det ble planlagt. Pasienter faller ut, er ikke klargjort, nye dukker opp og kommunikasjonen om endringer er dårlig.”

Alle sykehusene hadde formelle systemer for at pasientprioriteringer gjøres av medisinskfaglig ansvarlige leger, ved et sykehus fungerte ikke dette i praksis.

Oppsummering

Studiens funn tyder på at koordinatorfunksjonen ikke er formalisert. I følge tidligere studier er denne funksjonen og utøvelsen av den betydningsfull for operasjonsavdelingens mulighet til å utnytte sine ressurser på en effektiv måte. En formalisering av rollen vil muligens kunne føre til en mer profesjonell ivaretagelse av å lede og koordinere operasjonsavdelingens ressurser på en effektiv måte.

6.1.1.3 ”Løsgjengere” er i studiesykehusene en uformell funksjon

Arbeidsoppgavene til løsgjengerne er i alle avdelingene å forberede neste operasjon, løse av til matpause/kaffepause, assistere ved CVK innleggelse, legge venefloner i tillegg til ulike sjekke og bestille oppgaver.

”Vi har ingen formell driftsstandard på denne funksjonen, men det er sånt som folk vet om og gjør og det fungerer veldig bra?”

Oppsummering

Det synes som ”løsgjenger” er en brikke i operasjonsavdelingen som er viktig for å sikre en effektiv flyt. Det kan synes som kapasiteten ikke utnyttes rasjonelt da funksjonen ikke er definert og til dels overlapper koordinatorfunksjonen. Hvem skal gjøre hva og når?

6.1.1.4 Selvstyrte team fungerer ikke i praksis

Operasjonsprogrammet er operasjonsavdelingens arbeidsplan. Det å ha et eierforhold og bli ansvarliggjort i forhold til å klare å gjennomføre det ligger i forventningene til et selvstyrt team.

”Det som jeg har mest tro på er jo å få flest mulig personer til å lede seg sjøl, styre seg sjøl sammen med teamet, det tror jeg er det som er mest effektivt. Personalet bør ha stor innflytelse på egen arbeidssituasjon. Det tror jeg har positive effekter.”

Organisasjonsstrukturen i avdelingen er ikke tilrettelagt for at teamene er selvstendige i sin daglige gjennomføring av sine program.

”I stedet for at koordinator styrer og regjerer og holder på, burte hver stue styre seg selv. Slik er det ikke nå, men det tror jeg hadde vært en mer effektiv måte å jobbe på. Da måtte hvert team tatt ansvar og ordnet opp selv.”

Studien avdekker at ikke alle arbeidstakere oppleves som selvstendige og målbevisste. En respondent beskriver en situasjon hvor det var fare for at operasjonsprogrammet ikke ville la seg gjennomføre.

”Hvis du en dag har tapt mye tid fordi ”noen” ikke har dukket opp og ikke har gjort jobben sin i tide, blir jeg mer påpasselig, sjekker opp ting og minner om hva som skal gjøres når. Jeg får en type brent barn skyr ilden holdning.”

En annen respondent reflekterer over ulempene ved å ha selvstyrte team. Respondenten er redd for at en slik struktur kan føre til en ineffektiv ressursutnyttelse.

”..hvis vi trekker ut tiden litt nå, så slipper vi den ekstra pasienten. I stedet for at de tenker at er vi kjappe så rekker vi en til. Ved en veldig selvstyrt organisering, kan det bli sånn, jeg sier ikke at det er sånn”

En annen respondent påpeker at ledere har en kontroll funksjon og er ansvarlige for at den daglige driften gjennomføres på en effektiv måte, går det ikke fort nok går de inn og styrer.

Oppsummering

Studien viser at den formelle organiseringen av operasjonsavdelingens møteaktivitet ikke tilrettelegger for samarbeid operasjon og anestesi imellom. Videre kan det synes som at koordinatorfunksjonen, løsgjengerfunksjonen og et mål om selvstyrte team ikke harmonerer.

En kontrollerende lederatferd er den fjerde faktoren som virker hemmende på en selvstendig teamorganisering. Operasjonsavdelingens strukturelle organisering synes ikke å representere en realistisk ramme for selvstendige samarbeidende team og en effektiv pasientflyt.

6.1.2 Drifts planlegging lar seg ikke gjennomføre i praksis

6.1.2.1 Operasjonsprogramplanleggingen er ustrukturert og lite hensiktsmessig

Alle sykehusene gjennomfører et operasjonsprogramplanleggingsmøte dagen i forveien. Hensikten med møte er at morgendagens operasjonsprogram skal bestemmes ut fra stuekapasitet, personell- og utstyrsressurser. Operasjonsprogrammet er morgendagens bestilling til operasjonsavdelingen. Spørsmålet er om møte erfaringsmessig fyller sin intensjon?

Respondentene er enige i at tiden brukt på dette møte har en fremmede effekt på mulighetene til å utnytte operasjonsavdelingens ressurser. Respondentene beskriver imidlertid en rekke hemmende faktorer som påvirker en effektiv ressursutnyttelse.

Møtedeltagere

Forskning viser (se kap.3) at alle involverte personalgrupper bør delta i planleggingen av operasjonsvirksomheten, slik at informasjon om eventuelle endringer i personalressursene blir tatt hensyn til.

En respondent kjenner ikke til at det fortsatt er et operasjonsprogrammøte.

”Jeg tror faktisk at program møte er helt borte. Det er mulig at anestesilederne er tilstedet på et minimøte, men det møte operasjonssykepleierne var med på, er borte. Vi får operasjonsprogrammet på Dips.”

Ved et sykehus arrangeres to planleggingsmøter, et for operasjon og anestesi på dagen og et til for anestesi senere på kvelden. Anestesisykepleierne går previsit på de pasientene som er satt opp på programmet og utfører eventuelle endringer på programmet i etterkant.

”Hvis vi på kveldsmøte ser at 6 pasienter trenger anestesilege og anestesilegene kun er 3-4, så endrer vi rekkefølgen på pasientene”

En respondent forteller at planleggingsmøte fungerer så dårlig at ..

”..det gidder jeg ikke å gå på, sjekker om det er status que 2-3 ganger i måneden, men det er bare tull å gå dit.”

Anestesilegene har ikke oversikt over morgendagens bemanning og er derfor ikke i stand til å fordele sine personalressurser.

Er operasjonsprogrammene realistiske?

Morgendagens operasjonsprogram er den endelige produksjonsplanen.

”Operasjonsprogrammet er stort i utgangspunktet, det er alltid planlagt litt i overkant stort. Det er kanskje en kalkulert planlegging, i håp om at en klarer det allikevel, at noe tar kortere tid enn forventet.”

En forutsetning for å kunne planlegge et realistisk operasjonsprogram er at pasientene som skal opereres er tilsett av kirurg og anestesilege.

”På operasjonsprogrammet står det at pasienten skal opereres i et kne. Det viser seg at det var feil, pasienten skulle opereres i en albue. Da har pasienten blitt satt opp på programmet før kirurgen har sett eller snakket med pasienten.”

En annen faktor operasjonsprogrammet blir planlagt i forhold til er personalressursene.

”Det planlegges start av 4 kjempestore anestesikrevende inngrep samtidig, uten at det er nok anestesileger tilstedet på morgenen...”

Kun ved et sykehus beskrev respondenten at planleggingen var blitt bedre.

Ingen av studiesykehusene rapporterte at de brukte erfaringstall fra Dips⁶ for å tilpasse driften til operasjonsavdelingens tilgjengelige ressurser.

Oppsummering

Funnene i studien kan tyde på at operasjonsplanleggingen ikke fungerer etter intensjonen. Det synes som det er flere hemmende faktorer som påvirker muligheten til at operasjonsprogrammet lar seg planlegge. Prinsippet om at alle involverte parter i operasjonsavdelingens virksomhet bør være tilstede, slik at endringer som vedtas vurderes opp mot hver gruppes ressurser, er ikke til stede. Det kan synes som om operasjonsplanleggingen ikke er koordinert gruppene i mellom. En endring av programmet grunnet personalressursmangel eller mangel på utstyr får konsekvenser for pasientflyten.

6.1.3 Personalressursene er ikke alltid hensiktsmessig organisert eller utnyttet, for at en effektiv pasientflyt lar seg gjennomføre i praksis

Operasjonsvirksomheten er avhengig av at personalressursene, som er avdelingens viktigste ressurs, utnyttes på en hensiktsmessig måte. Hver dag skal x-antall stuer bemannes ut fra en avtalt fordelingsnøkkel, de ulike kirurgiske spesialitetene imellom. Hvis det ikke er tilstrekkelig personell med rett kompetanse tilstede stopper produksjonen opp.

6.1.3.1 Legerressursene dedikert operasjonsvirksomheten, er ikke organisert slik at en effektiv pasientflyt lar seg gjennomføre

⁶ Datasystem for pasientadministrasjon og elektronisk pasientjournal

Anestesilegegruppen beskrives av respondenter fra 3 ulike sykehus som en flaskehals for en effektiv pasientflyt. De organiserer ikke bemanningen sin, i forhold til behovet på operasjonsavdelingen, funnet samsvarer med internasjonale studier (se kap.3).

”Det er noe med det å få den gruppens lojalitet inn på operasjonsstua, jeg opplever at operasjonsavdelingen er en salderingspost i forhold til anestesilegene. Intensiv blir i stor grad prioritert og bemanningen inne hos oss samsvarer ikke med behovet.”

Anestesilegene fordeler ikke sine personalressurser på noen av sykehusene før etter planleggingsmøte.

”Det er et ønske at anestesilegene kan fordele sine personalressurser før planleggingsmøte. Jeg har diskutert, om de ikke kan gjøre det mange ganger, men de bare sier at det er helt umulig.”

Det at anestesilegene verken fordeler sine ressurser på forhånd eller er en del av operasjonsteamet, gjør at mye tid går tapt.

En smidig avvikling av operasjonsprogrammet krever at personalressursene hos kirurgene organiseres slik at det muliggjøres. Respondenter fra tre sykehus ønsker konkrete tidsavtaler, for når kirurgene er tilgjengelige.

”Jeg tror det hadde vært en fordel, da hadde alle vist hva de skulle forholde seg til. Da kan ikke kirurgene dobbelt ”booke”, da kan ikke de samme personene gå visitt som også skal være tilgjengelig for oppstart på første operasjon til kl. 08.30.”

En respondent sammenligner erfaringene sine fra privat sykehusvirksomhet og fra dagkirurgisk virksomhet. Legeressursene er planlagt og fordelt mer hensiktsmessig der sett fra operasjonsavdelingens behov.

”Det er noe med at alle er til stede hele tida, ingen har vakt og ingen skal gå visitt, alle hjelper hverandre og ting glir mye enklere”

Studien viser at anestesilegeressursene ikke er tilpasset operasjonsvirksomhetens behov. Det synes videre som den sene fordelingen av personalressursene fratru legene muligheten til å forberede seg. Organiseringen av kirurgenes operasjonsdag, hvor det synes som at det er lagt opp til at flere arbeidsoppgaver skal utføres samtidig. Det er en hemmende faktor for pasientflyten i operasjonsavdelingen.

6.1.3.2 Ubesatte operasjonssykepleierstillinger hemmer en effektiv drift

Studien viser at operasjonsavdelingens bemanningssituasjon er ulik.

- 3 sykehus har ubesatte operasjonssykepleierstillinger.
- 4 sykehus hadde besatt alle anestesisykepleierstillingene.
- 1 sykehus hadde overtallige operasjonssykepleiere, men manglet stillingshjemler.

Alle respondentene mente uavhengig av ubesatte eller besatte stillinger at de hadde for lav bemanning til å kunne øke driften. Mangel på operasjonssykepleierressurser førte ved et sykehus til redusert drift.

6.1.3.3 Ingen fokus eller diskusjon rundt hvilke funksjoner støttepersonalet i operasjonsavdelingen kan utføre

En forutsetning for å utnytte personalressursene i operasjonsavdelingen er at ressursene er organisert slik at pasientnære oppgaver prioriteres. Dette er i tråd med gjeldende helsepolitikk (se kap.1) og tidligere forskning (se kap.3).

”Målet er jo selvfølgelig å få til å bruke alle de menneskene vi har på jobben ordentlig effektivt, slik at vi får brukt dem til det de er der for å gjøre, men ikke å stresse dem til å løpe fortere. Det skal jo være ordentlig det de driver med”.

Alle sykehusene har personalressurser i operasjonsavdelingen som har støttefunksjoner. De ivaretar arbeidsoppgaver som frigjør spesialsykepleierressurser.

”Vi har en assistent på dagen som rydder ut av stua, vasker og fyller på lagrene våre. Det er nok, spesialsykepleierne må ha kjennskap til hvor ting er slik at de kan finne fram når de er alene på lørdagskvelden...”

Før operasjonspasienten trilles inn på operasjonsstuen skal salen klargjøres for en ny operasjon. Det betyr at leiringsutstyr som ulike puter, støtter og ”armbord” i rett antall og utforming skal være der. Problemet er når utstyret ikke er på plass. Da brukes tid og energi på denne oppgaven.

”På en stue er det 3 ”armbord”, på en annen er det ett og puter er fjernet og lånt til andre stuer. Det er nesten det som er mest irriterende, vi må mekke, ordne og lete. Det stjeler energi”.

Studien viser at respondentene har ulikt syn på hvilke oppgaver støttepersonalet skal utføre, uenigheten var i forhold til hvilke oppgaver spesialsykepleierne kan delegere og samtidig opprettholde en faglig forsvarlig praksis.

Ved et av studiesykehusene hadde de imidlertid startet opp et prosjekt for å frigjøre spesialsykepleierressurser.

”Nå har vi satt i gang med et støttepersonalprosjekt. Støttepersonalet skal være en hjelpende hånd for oss, så kan det hende at vi faktisk klarer å frigjøre noen operasjonssykepleie ressurser. Målet er 2 team?””

Oppsummering

Studien viser at støttepersonell finnes og at de utfører arbeidsoppgaver som frigjør spesialsykepleierressurser. I hvilken grad flere arbeidsoppgaver kan ivaretaes av denne

gruppen og hvilken effektiviserende gevinst det ville gi, avklares ikke. Men det synes som at dette er et aktuelt tema for videre diskusjon og kreativ tenkning.

6.1.3.4 Operasjonssykepleierne er delvis seksjonert, anestesisykepleierne er det ikke

Studien viser at respondentene fra operasjon mener at fagkunnskap i forhold til en kirurgisk spesialitet er fremmede for en effektiv pasientflyt. Det å jobbe med samme operasjonstype og i et team med faste medlemmer, både operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere, anestesilege og kirurger gir en positiv effekt.

”Hvis alle som er dedikert til en stue i løpet av en dag har samme mål, så glir driften mye kjappere. Det fordrer også at de er vant til å jobbe sammen, og er drillet i samme prosedyrer, som for eksempel ved fedmeoperasjonene.”

Faglig kompetanse er vesentlig for å utføre sykepleie og behandle pasienter på en effektiv og forsvarlig måte. Spesialsykepleierne i operasjonsavdelingene må kunne bruke avansert medisinsk teknisk utstyr og forholde seg til et mangfold av ulike kirurgiske spesialiteter.

”Operasjonssykepleierne hos oss blir mer og mer spesialiserte, de kan det de holder på med. Mange har selv valgt sin seksjon ut fra hva de har lyst til å jobbe med. Jeg opplever at det resulterer i stor arbeids glede og den beste faglige kompetansen.”

Studien viser at 3 av 4 ledere fra anestesi er negative til seksjonering. Argumentene i mot seksjonering er at en slik organisering kan oppleves lite tilfredsstillende og samlebåndspreget hvis denne kvantitetsmuligheten utnyttes i for stor grad.

”Vi vil ikke seksjonere personalet, det ødelegger litt av fleksibiliteten og allsidigheten vår.”

En annen respondent mener noe annet;

”Ja, jeg har tro på seksjonering. Ved å gjøre de samme tingene mange ganger så vet man hva som skal gjøres, det blir rutine og det sparer en litt tid og krefter på.”

Dette synet støttes av en av operasjon respondentene som beskriver sin erfaring slik:

”Jeg kunne ønske at det hadde vært gjennomført seksjonering på anestesisisiden også. Fordi jeg har opplevd at det har vært veldig tilfeldig hva de har av kunnskap og kompetanse i forhold til ulike inngrep, de virker veldig uforberedt mange ganger.”

Seksjonering kan føre til at samarbeidet på tvers av de kirurgiske spesialitetene reduseres.

”Ulempen med seksjonering er en kultur hvor en ikke ser hverandre, er lite behjelpelig og tilgjengelig for hverandre avdelingen sett under ett.”

Oppsummering

Studien viser at det er ulike oppfatninger i forhold til seksjonering av personalet. Det poengteres at en slik ordning vil gi hver enkelt en større mulighet til å opparbeide seg erfaringskunnskap i forhold til en kirurgisk spesialitet. Det er gunstig for kvaliteten på sykepleien og øke muligheten til å jobbe mer rasjonelt. Det vil gi anerkjennelse for vel utført arbeid og en opplevelse av kontroll over arbeidsoppgaven. Faktorer som virker motiverende og effektiviserende. Ingen av studiesykehusene hadde innført noen form for seksjonering av anestesisykepleierne. Ved tre av sykehusene var det diskutert, men på grunn av motstand i personalgruppa og på grunn av ønsket om å opprettholde fleksibiliteten var det ikke ønskelig.

6.1.3.5 Fordeling av spesialsykepleie ressursene skjer dagen før eller på morgenen

Lederne har ulik praksis for når personalplanleggingen finner sted og hvem som utfører personalplanleggingen. En respondent gjør denne oppgaven på denne måten;

”Jeg tar en sånn røfflig fordeling av personalet når jeg ser hvordan programmet er på ettermiddagen, også finjustere jeg litt på morgenen etter at folk har kommet.”

Det er en tidkrevende oppgave og mange hensyn som skal taes når spesialsykepleierressursene fordeles. Ulike faktorer som vurderes er:

- Seksjonstilhørighet, operasjon
- Personlige ønsker
- Teamsammensetning erfaaren/uerfaaren
- Studenter
- Redusert fysikk pga muskel/skjelett smerter og slitasjer

”Ortopedisykepleierne bruker jeg på ortopedisk seksjon og gastrosykepleierne på fedmeoperasjoner. Men noen må kanskje gå på en seksjon de ikke tilhører. Studentenes ønsker taes hensyn til. Jeg har noen med ganske høy alder, over 60 år og de må vi ta litt vare på. Og så er det de med vond rygg og hofter og forskjellig ting, de kan ikke brukes overalt, så det kan være litt vanskelig å få lagt kabalen slik at den går opp og alle blir fornøyde.”

Ved et sykehus legges personalkabalen for operasjonssykepleierne i god tid, en uke før, og i samarbeid med 1.linjelederne. En tidlig personalplanlegging vil gi spesialsykepleierne mulighet til å forberede seg, søke informasjon på Dips, og ta ansvar.

6.1.3.6 Avdelingsleder har stort kontrollspenn

Studien viser at spesialsykepleiernes kjernekompetanse benyttes i høy grad til pasientnære oppgaver. En avdelingsleder fra operasjon beskriver situasjonen i sin avdeling slik:

”50 % av stillingen til en og 20 % av de andres stilling er avsatt til ledelse, ellers er de en del av teamet, 1 av 2.”

Studien viste at ved denne avdelingen gjennomførte avdelingsleder 70 medarbeidersamtaler hvert år.

Oppsummering

Det synes som personalressursene ikke er optimalt organisert, operasjonsvirksomheten sett under et. ”Pasienten først!” utredningens anbefalinger om at kjernekompetansen skal benyttes nærmest pasienten, fører til at avdelingslederne får et uhåndterlig stort kontrollspenn.

6.1.4 Operasjonsavdelingene mangler hensiktsmessige rutiner for gjennomføring av en effektiv drift

6.1.4.1 Elektronisk styringssystem

Alle studiesykehusene bruker Dips. Systemet er installert og tatt i bruk for å forenkle operasjonsplanleggingen ved at pasientopplysningene og operasjonsprogrammet er lett tilgjengelig. Det poengteres av 6 respondenter at dette systemet betyr et stort framskritt.

”Dips er veldig bra å ha for å planlegge framover. Både i forhold til personalressursene og i forhold til utstyr, så kan jeg gå inn å sjekke hva som kommer om 14 dager for eksempel.”

Ved et annet sykehus så de ingen verdi i langtidsprogrammet, fordi det ville bli for mange endringer underveis til at informasjonen hadde noen betydning.

Innføringen av elektronisk pasientjournal, som er en del av Dips systemet, er tatt i bruk ved alle studiesykehusene. Systemet fremmer muligheten til å forberede seg til neste inngrep, ved at journalene er enklere tilgjengelig.

”Når du har pasient nr. 1 inne, kan du gå inn på pasient nr.2 lese journalen og sjekke prøver. Det gjør vi ofte, mange av oss. Da trenger vi ikke å bla så innmari mye i papirene inne hos pasienten når han kommer, for du har faktisk allerede sjekket det som er nødvendig. Og det er en kjempefordel med tanke på tidsutnyttelsen.”

Dagens operasjonsprogram er også tilgjengelig, både det elektive og det for øyeblikkelig hjelp. Legene skal på forhånd ha skrevet inn alle pasientopplysningene her.

”Hvis legene har skrevet inn pasientopplysningene i Dips, på sine 2 ark, hva de trenger og hva som skal gjøres på en skikkelig måte, så er det veldig greit.”

Statistikk over operasjonsavdelingens virksomhet har ved to sykehus blitt dårligere etter at Dips ble innført.

”Det er verre nå enn det var! Vi registrerer til vi blir blå, uten at vi får noe statistikk ut av dette systemet”

Ved et sykehus bruker de Naf reg systemet, her er de fornøyd med statistikkene.

En av respondentene var fornøyd med statistikken fra Dips, men ønsket ikke å vise tallene til personalet fordi det kunne gå ut over kvaliteten.

”Jeg får statistikk hver måned, men er nok en brems i systemet for videreformidling av disse tallene. Jeg informerer noe, men henger ikke opp resultatet, er redd det skal gå ut over kvaliteten.”

Innføringen av ulike elektroniske verktøy gjelder også andre systemer som elektronisk kvalitetshåndbok. Et elektronisk system som tilrettelegger for en enklere tilgang på alle sykehusets og avdelingens retningslinjer og prosedyrer.

En respondent fortalte om at sykehuset hadde installert et elektronisk sporbarhetssystem. Dette systemet muliggjorde at personalet til enhver tid var oppdatert på hvor instrumentene befant seg. Dette gjorde planleggingen av driften mer effektiv.

Alle sykehusene har dataprogrammet GAT, som er et personal planleggings verktøy. 5 av respondentene nevnte at systemet var en forbedring.

”Jeg bruker pc-en masse. Vi har GAT – turnus program, så alt av turnusplanlegging, fraværsregistrering, sjekke timelister går elektronisk. Jeg synes at det funker veldig bra!”

Oppsummering

Studien viser at sykehusene har investert i elektroniske verktøy. Respondentenes erfaringer er i overvekt positive til systemenes muligheter. Det kan likevel synes som 2 av sykehusene mangler muligheten til å hente ut statistiske tall på operasjonsvirksomhetens aktivitet.

6.1.4.2 Operasjonsavdelingens rutiner er ikke kjente og følges ikke

Driften på operasjonsavdelingen er avhengig av at et komplekst system fungerer, hvordan det fungerer avhenger av at alle brikkene som skal være med er samstemte.

Operasjonsavdelingens kompleksitet ble beskrevet av alle respondentene, her illustrert ved en beskrivelse av en vellykket dag:

”For det første så kommer pasienten til rett tid og alt er klart på stua. Det er ingen mangler ved papirene og prøver som skal taes er tatt og klarert på forhånd. Personalet kommer til rett tid, også anestesilege og kirurger. Alt utstyr er tilstedet, så man slipper å hente det fra ørten steder, og funker. Alle kan jobben sin. Da sklir programmet lett gjennom!”

Skal rutiner utvikles, etableres og endres slik at ressursene utnyttes til det beste for pasientflyten er operasjonsavdelingen avhengig av en organisasjonsstruktur som er tuftet på et helhetlig perspektiv.

Studien viser at alle lederne beskriver at operasjonsavdelingen har en rekke nedtegnede prosedyrer og retningslinjer i forhold til fag og drift. En annen faktor er om personalet kjenner innholdet?

”I grove trekk har vi mange rutiner. I disse er det nedfelt en del detaljer som omhandler drift, som kanskje ikke alle er like klar over hele tida, det må en bare innrømme. Som for eksempel hva klargjøring av stua til neste dag betyr. Det kan jo være at noen detaljer oversees av en seinvakt fordi, han er ikke helt oppdatert på prosedyra.”

Respondentene beskriver at nedfelte rutiner ikke følges.

”Før pasientene settes opp på Dipsen skal det ha vært gjort et tilsyn, så meldes pasienten opp uten. Akkurat som det bare er om å gjøre å få plassert dem på. Det er så frustrerende og irriterende. Det hjelper ikke å ha mange rutiner hvis de ikke følges, da taper vi masse tid!”

Det at rutiner ikke følges kan føre til at personalressurser disponeres på en uhensiktsmessig måte.

”Vi har fornuftige rutiner som skulle fungere godt, men det gjør det ikke. Jeg erfarte i helgen at hastegrad på en øyeblikkelig hjelp pasient ikke var krysset av. Det endte med at vi sto og opererte en gammel ankel hele natten....”

Oppsummering

Studien viser at operasjonsavdelingen har retningslinjer og prosedyrer. Innholdet er imidlertid ikke alltid kjent og respondentene beskriver ulike episoder hvor rutiner ikke følges. Det var kun en respondent som mente at prosedyrer og retningslinjer ble fulgt, de 7 andre beskrev alle konkret eller indirekte episoder hvor fenomenet viste seg. Ut fra dette forholdet kan det synes som operasjonsavdelingens forhold til rutiner er uhensiktsmessig for pasientflyten.

6.1.4.3 5 – 15 minutter morgensamling i operasjonsavdelingen

Å starte dagen med et morgenmøte er en tradisjon i studiesykehusene. Innhold og eksistens har ved alle sykehusene vært gjenstand for diskusjoner. Ved et av sykehusene beskriver respondentene en morgenrapport organisert som en teamrapport. Deltagere er operasjonssykepleiere, anestesisykepleier og anestesilege ved behov. Teamet planlegger selv dagens drift ut fra informasjon på Dips og operasjonsplanleggingsmøte. Løsgjenger er ikke tilstede på dette møtet.

Ved to andre sykehus ble det gjennomført rapport for operasjon og anestesi hver for seg. Tiden ble brukt til å rapportere om alle teamenes pasienter til alle.

”Jeg informerer om i hvert fall første pasienten nøye på hvert team. I tillegg snakker vi om hvordan vi har tenkt det utover dagen på avdelingen.”

En annen leder uttrykker et ønske om å få til en teamrapport om morgenen.

”Jeg ønsker meg en litt annen type morgenrapport, en type team eller – seksjons tilhørighet rapport, hvor både operasjon og anestesi er tilstede. Teamet er viktigst og det er de som skal samarbeide om dagens pasienter”

Samme respondent mener at morgenrapporten slik den fungerer i dag er hemmende for en effektiv utnyttelse av tiden.

Anestesisykepleierne har enten egen rapport eller de er sammen med anestesislegene.

Alle lederne uttrykker at om disse minuttene om morgenen ikke har en direkte kvantitativ effekt, så har det en viktig trivsels effekt.

Respondenten mente at tiden, 5 – 7 minutter, brukt på denne samlingen var vel anvendt.

Oppsummering

Studien viser at alle har en eller annen form for morgensamling. Hvor rasjonell denne tidsbruken er, sier ikke studien noe om. Det som er verdt å merke seg er at 2 sykehus bruker tiden på morgenen til å informere om alle pasientene til alle operasjonssykepleierne.

Spørsmålet er om diskusjonen om morgenrapportens eksistens, mer skulle handle om innholdet i tidsbruken, enn antall minutter anvendt. En rask kaffekopp, sammen med operasjonspersonalteamet ville muligens ha dekket både det sosiale behovet og bidratt til at nødvendig informasjon kunne gis og løsninger for gjennomføringen av dagens program avklares. En slik tidsutnyttelse vil muligens føre til en mer effektiv pasientflyt.

En faktor ingen av lederne beskriver er spesialsykepleiernes behov for å forberede seg faglig til første pasient. Hvilken tid skal brukes til det?

6.1.4.4 Manglende formelle rutiner som muliggjør en tidlig oppstart

Oppstartstidspunktet om morgenen er et fokusområde. Alle respondentene i studien har synspunkter og erfaringer i forhold til temaet.

- Anestesiapparatet er sjekket (0)
- Klargjøring av stue, instrumenter og utstyr, kvelden/natten før (3)
- Avtale om fast knivtidstart (2), avtale om pasient inn på stua (3)
- Anestesislegene møter på de stuene det er anestesisikrevende anestasier (1)
- Kirurgene kommer til et fast klokkeslett, uten å bli tilkalt (0)

- Kirurgene er ”dobbelbooket” om morgenen (3)
- Operasjonspasientene ankommer operasjonsavdelingen til rett tid (4)

Anestesiapparatet er ikke sjekket

Før anestesistart på morgenen er det rutine å kontrollere at anestesiapparatet fungerer som det skal. Denne prosedyren utføres på alle studiesykehusene etter morgenrapporten.

”Vi har lagt opp et løp for hva som skal gjøres det første kvarteret etter rapporten. Anestesisykepleierne skal inn å sjekke apparatene sine, gjøre alle sine forberedelser inne på stua og gjøre klar medisiner.”

Avtale om fast knivtidstart - avtale om pasient inn på stua

2 av studiesykehusene har bestemmelse på et eksakt startklokkeslett, andre har uformelle rutiner som sier så raskt som mulig.

”Det er vel ikke fastsatt noe klokkeslett? Det har vært diskutert, men det har vi vel ikke? Det hadde kanskje vært motiverende hvis vi hadde et eksakt tidspunkt å strekke oss etter?”

Andre har helt konkrete oppstartsmål.

”Målet er at operasjonen skal starte mellom kl.08.00 og 08.30, litt avhengig av hvor mye forberedelser det er. De operasjonene med mange forberedelser, de har en deadline kl. 08.30.”

3 studiesykehus har faste rutiner for når pasienten skal være inne på operasjonsstuen.

”Første pasient kjører vi inn kl.08.10 og da skal vi forhåpentligvis være i gang kl. 08.30 – 09.00. Hvis alt går etter planen, det gjør det ikke alltid. Men hvis alt går etter planen så er vi det.”

Anestesilegene møter ikke på de stuene det er anestesikrevende anestasier til rett tid

Anestesilegene innehar en kompetanse som er nødvendig for at enkelte anestasier kan startes. For å komme raskt i gang er teamet avhengig av deres tilstedeværelse. Det er ved flere sykehus manglende rutiner for å sikre dette.

”For det første så kommer de ikke når de skal, for det andre så bruker de tid på å fordele seg på stuer og for det tredje så har de ikke lest pasientens papirer før de kommer, når de allerede kommer for seint.”

Ved et sykehus, hvor det har vært et sykehusgjennomgående effektivitetsprosjekt har anestesilegene en helt annen holdning. Her er det ikke en forsinket oppstart, på grunn av manglende anestesileger. Respondenten forteller at anestesilegenes rutiner er endret, for å fremme en tidligere operasjonsstart.

”Når anestesilegene kommer opp fra sitt morgenmøte som varer i 15 minutter, vet de hvilke stuer de skal inn på og hvilken pasient de skal ha.”

Kirurgene kommer ikke til et fast klokkeslett, uten å bli tilkalt

Kirurgene blir tilkalt ved at de blir ”callt” på. Sykehusene har ingen rutiner på når dette skal skje og det blir gjerne noe ventetid fordi personalet av ulike grunner ”caller” for sent. En av respondentene hadde i forbindelse med et prosjekt ført statistikk på denne tiden.

”Det varierer litt, noen ganger er de kjappe, andre ganger kan det ta en halv time fra vi caller til operatøren kommer. Spørsmålet er om vi kanskje skulle calle tidligere?”

En annen respondent forteller at de faktisk opplever at de er for ”raske” av og til. Kirurgene har ingen fast rutine for når de skal være tilgjengelige.

”Er vi veldig effektive om morgenen så er ikke operatørene klare til å komme og operere. De skal gjerne gå visitt først.”

Oppsummering

Studien viser at studiesykehusene har strukturelle faktorer som bør endres for å få til en tidligere oppstart. En tidlig oppstart er avgjørende for en effektiv pasientflyt (Mørk – Eidem 2004 – 2005). Fokusområdet for å få til en tidligere oppstart ligger på det strukturelle plan. De ulike delsystemene må være tilpasset det overordnede målet. Det er nok ikke vond vilje at de ulike personalgruppene ønsker å opprettholde sin møtestruktur på morgenen og ”calle” rutiner. Spørsmålet er om strukturen fremmer pasientflyten. Det synes som en kan stille seg spørrende til gevinsten ved at kirurgene skal ringes etter. Forskning (kap.3) viser at en stor andel av operasjonskapasiteten brukes til å vente, en lite hensiktsmessig aktivitet.

6.1.4.5 Erfaringer fra vellykkede prosjekter hvor standardisering av inngrep og drift er testet ut, er ikke videreført

Alle respondentene beskriver at det er fokus på å effektivisere driften i deres avdeling. En sier:

”Det er stadig prosjekter på at man skal komme tidligere i gang om morgenen. Vi har også drevet med tidsregistreringer på alt mulig rart, for å finne ut hvor vi kan spare noen minutter.”

De utallige prosjektene som er gjennomført siden ”Pasienten først” i 1997, beskrives som mer eller mindre vellykket. Studien viser at ved 1 sykehus var de i gang med et pasientflytprosjekt, ved de 3 andre sykehusene var pasientflytprosjekter avsluttet i 2006.

En respondent beskriver en virkelighet hvor pasientflytprosjekter settes i gang uten at de blir fulgt opp.

”Vi har så mange baller i luften, ting flyter, og andre viktige ting oppstår og må taes hånd om hele tiden.”

Studien viser videre at prosjektene ikke omfattet hele operasjonsavdelingen med alle dens kirurgiske spesialiteter. Her beskrives et prosjekt kjørt på ortopediske pasienter i forhold til å redusere byttetid.

”Ortopedene har 11/2 team og 2 operasjonsstuer. Da kan de begynne på en stue og når operasjonen begynner å nærme seg avslutning skal operasjonssykepleier nummer 3 forberede neste pasient på den andre stua, slik at den er klar. Da sparer vi litt tid fordi vi slipper å vente.”

En annen respondent savner at prosjektene har et helhetlig perspektiv.

”Så vidt meg bekjent så har det ikke i den senere tid vært interesse for å kikke på hele virksomheten under ett. De ulike konsulentfirmaene som har vært leid inn har kun sett på deler av organisasjonen ikke helheten. Da vil det være kolliderende interesser som ikke oppdages.”

Flere sykehus har forsøkt å standardisere oppgaver relatert til spesielle inngrep, for eksempel enkelte kikkeshulls operasjoner og enkelte ortopediske inngrep.

”Jeg tror at en standardisering av inngrep, instrumenter, leiringsutstyr og selve leiringsprosedyren, alt er standardisert. Det har betydning i forhold til at ting går raskere.”

Effektivitetsgevinsten ligger i at;

”... gode rutiner er utarbeidet. Når jeg tenker på fedmeoperasjonene så har jeg jobbet en masse i forhold til å etablere og utarbeide gode rutiner som fungerer like godt om jeg er der eller ikke er der, gode rutiner er en forutsetning”

Det var kun ved ett av studiesykehusene at pasientflytprosjektet, som var gjennomført der for å effektivisere og kvalitetssikre tjenesten, omtales som vellykket. Hensikten med prosjektet var å forbedre utnyttelsen av tiden slik at færre pasienter ble strøket.

Respondentene forteller at årsaken til det vellykkede prosjektet skyldtes at det var forankringer helt opp på direktørnivå og samarbeid på tvers i hele sykehuset.

Begge respondentene fra dette sykehuset beskrev at prosjektet var vellykket, færre pasienter ble nå strøket.

”Det vi har oppnådd mest på er tidlig oppstart. Vi har klart å knipe inn mellom 15 og 30 minutter på en tidligere oppstart. Tiden vi tjener på morgenen henter vi ut som en gevinst på slutten av dagen ved at vi slipper å stryke den siste pasienten.”

Til sammenligning forteller en annen respondent at de ikke kunne se annet resultat av et omfattende prosjekt, enn endret arbeidstid.

Oppsummering

Det investeres mye tid og penger på pasientflytprosjekter. Ulike konsulentfirmaer har ved alle studiesykehusene vært involvert i prosessene. Det kan synes som om investeringene ikke har før til noen effektivisering. Kunnskapen fra prosjektene implementeres ikke i operasjonsavdelingene. Prosjektene er ikke tuftet på et helhetsperspektiv og de blir ikke fulgt opp.

6.1.4.6 Drift organisert etter en lineær modell

Byttetiden er et av effektivitetsparameteren det ble mest fokusert på i internasjonale studier. Fokus er hvor lang tid byttetiden utgjør av den totale operasjonskapasiteten og hva tiden brukes til (se kap.3.3).

Studien bekrefter funn fra tidligere studier på området. Det synes som at operasjonsavdelingene ikke evner å tilrettelegge en struktur som muliggjør en effektiv byttetidavvikling. Den etablerte strukturen er preget av uformelle og ikke kjente rutiner. Presentasjon av funn fra studien relatert til en effektiv byttetidavvikling:

- Tilnærmet lineær organisasjonsstruktur, se fig. 1.5. (4)
- Manglende eller ubenyttet forberedelsesrom, 3 sykehus hadde en form for venterom/forberedelsesrom med egen bemanning, 1 sykehus brukte omgjort lager, ikke bemannet
- Manglende ledig stuekapasitet til parallell drift (3)
- Manglende ekstra operasjonsbord til parallell drift (1)
- Manglende personalressurser, både anestesi og operasjon til parallell drift (4)
- Uformelle rutiner for avvikling av effektiv byttetid (4)
- Uklar oppgavefordeling mellom team, løsgjenger og koordinator (4)
- Ufaglært eller for lav bemanning på forberedelsesrommet:
 - sykehus 1: hjelpepleier og anestesisykepleier
 - sykehus 2: flere anestesisykepleiere, enheten ivaretok også andre funksjoner som oppvåkning og mottak av ”sammedagspasienter”⁷
 - sykehus 3: hjelpepleier
 - sykehus 4: når pasientene ble tatt ned tidlig ble funksjonen ivaretatt av spesialsykepleiere

⁷ ”Sammedagspasient” begrepet beskriver en operasjonspasient som innskrives samme dag som det kirurgiske inngrepet gjennomføres. Pasienten reiser ikke hjem samme dag.

En parallell organisasjonsstruktur er framhevet som en avgjørende organisatorisk struktur for å fremme pasientflyten i operasjonsavdelingen (se kap 3). Alle respondentene i studien forteller at det eksisterer ulike former for forberedelsesrom i nærheten av operasjonsavdelingen. Lokalene benyttes imidlertid høyst ulikt og lederne har ulike syn på nytte og hensikt:

”Det er en fredlig atmosfære på forberedelsesrommet. Sammenlignet med å være på et trangt forrom med mange mennesker som går frem og tilbake og rigger til stua. Det er en vinn - vinn situasjon.”

En respondent mente det var uverdig å bli liggende på forberedelsesrommet for lenge.

”Vi ønsker ikke å ta ned pasientene for tidlig, det er uheldig. Hvis vi opptager forberedelser som ikke er gjort, vil programmet mest sannsynlig bli forsinket uansett, for da må vi forsøke å ta ned neste pasient.”

En respondent beskriver kreative løsninger som benyttes for å fremme en parallell drift.

”Vi har to innledningsrom, det ene er et lager som er omgjort.”

Oppgaver som utføres på forberedelsesrommet er av typen:

”Vi ønsker hjertelig velkommen, sjekker identitet og fasting. Her legger vi kanyle og henger opp varm Ringer. Vi gir eventuelt beroligende hvis det er nødvendig.”

Det kom fram forslag om å forbedre utnyttelsen av tiden operasjonspasienten er i operasjonsavdelingen, ved at ulike prosedyrer utføres parallelt, en modell hentet fra dagkirurgisk virksomhet.

”Vi kunne også tenke litt nytt i forhold til å utnytte våre erfaringer fra dagkirurgen. Der la vi pasienten i leie og gjorde andre forberedelser før man startet med narkose, vi jobbet enda mer parallelt enn det vi gjør nå.”

Flere respondenter hadde erfaring fra dagkirurgisk virksomhet og mente at en større fleksibilitet i oppgavefordelingen og større fokus på parallelle løsninger kan adopteres og fremme pasientflyten på sentraloperasjon.

Antall operativeinngrep gjennomført per stue per dag, på norske sykehus, varierer i følge tidligere studier (se kap.3). Derfor er det sannsynlig at en parallell organisasjonsstruktur, mer fleksibilitet og samarbeid vil kunne bidra til at flere pasienter blir operert.

Oppsummering

Det er tre faktorer som må være tilstede for at en parallell organisatorisk pasientflyt modell skal la seg gjennomføre i praksis. Det er personalressurser, fysiske lokaler og nok utstyr. Studien viser at tre av sykehusene har lokaler som kan benyttes, uten at det gjøres.

Personalressursene synes å være ankepunktet for å få dette til. Om en omdisponering av ressursene hadde vært mulig avdekker ikke studien.

Det var ingen av sykehusene som hadde formelle rutiner for å hente ned operasjonspasientene slik at pasientflyten ble sikret. Det poengteres at det er personavhengig hvordan teamet avvikler bytte mellom pasientene.

”De teamene som har ambisjoner om å få unna det som står på programmet og tar ansvar for det, de har også en sånn drive med å komme i gang med neste, før de har kjørt første pasienten ut av stua.”

6.2 Hvilke kulturelle faktorer mener ledere i operasjonsavdelingen fremmer/hemmer en effektiv drift?

Kulturen i operasjonsavdelingene kommer til uttrykk gjennom respondentenes ulike beskrivelser av pasientflyten. Hvordan kulturen påvirker og har betydning for avdelingens evne til å utnytte sine ressurser på en kvalitativ og kvantitativ rasjonell måte vil beskrives i neste kapittel.

Kulturen vises gjennom ulike verdiuttrykk. Funnene er derfor kategorisert under de verdiuttrykkene lederne fokuserte på.

Presenterer her studiens funn relatert til organisasjonskulturperspektivet:

KVALITET

- Økt kvalitet gir økt effektivitet
 - Prosedyrer og rutiner sikrer kvalitet (4)
 - Urasjonelle rutiner sitter i veggene og er ikke forankret i faglige begrunnelser (4)
 - Helsetilstanden til operasjonssykepleierne er en faktor som taes hensyn til ved fordeling av personalressursene (6)
 - Tid brukt på kurs og undervisning prioriteres (1), driften går foran alt (2)
 - Anestesisykepleierne er ikke seksjonert (4), operasjon er seksjonert (4) (se kap.6.1.3.4)
 - Anestesisykepleiere bruker sjekklister (1)
 - Dips forenkler pasientinformasjonstilgangen hvis pasientopplysningene er fylt inn (4)

KVANTITET

- Økt produksjon gir økt effektivitet
 - Personalet skal beskyttes fra å oppleve at de må jobbe raskere (5)
 - Målet er å operere flere pasienter med de samme ressursene (6)
 - Det eneste som teller er en tidlig oppstart (4)
 - Kutter ut lunch og jobber overtid for å unngå at pasienter blir strøket av operasjonsprogrammet (3)
 - Operasjonsavdelingens ressurser er maksimalt utnyttet (3)

SAMARBEID OG KOORDINERING

- Manglende samarbeid og fleksibilitet gruppene imellom hemmer effektiviteten

- En gjeng med individualister (3)
- Manglende fleksibilitet og samarbeid gruppene i mellom (2)
- Fokus på samarbeid gruppene i mellom (1)
- Miljøet og tonen i avdelingen sies å være bra (8)

FRYKT/AVMAKT

- Frykt og avmakt, hemmer effektiviteten
 - Manglende makt til å endre urasjonelle rutiner (3)
 - Ingen kultur for å støtte hverandre når kollegaer frykter utilsiktet kritikk (2)

MOTIVASJON

- Umotiverte medarbeidere, hemmer effektiviteten
 - Umotiverte medarbeidere (5)
 - Standardisering av prosedyrer i forhold til inngrep motiverer (2)
- Et ønske om å gjennomføre operasjonsprogrammet – øker effektiviteten
 - Ønske om å klare å gjennomføre operasjonsprogrammet (6)

Kjernevirksomheten i operasjonsavdelingen er pleie, omsorg og kirurgisk behandling. Offentlige dokumenter, det politiske miljøet og media er drivende i forhold til at avdelingene må utnytte sine ressurser bedre. Innsatsstyrt finansiering (ISF) og sykehusreformen (2002) har klare krav til økt produksjon. Styresystemet har en filosofi om at sykehusenes finansiering skal være innsatsstyrt. En tenkning som er hentet fra næringslivet. I praksis betyr det at skal operasjonsavdelingene holde sine budsjetter må de øke produksjon. Stykkprisfinansieringen betyr at det må opereres flere pasienter med de samme ressursene. Fokus er resultatoppnåelse ved en effektiv drift.

Alle respondentene hadde meninger om effektivitetsbegrepet. De hadde en sammenfallende oppfatning om at betydningen er todelt, sammensatt av kvalitet og kvantitet.

”Det ligger mye i effektivitetsbegrepet. Jeg tenker at det betyr mange pasienter i løpet av en dag. Samtidig er det ikke bare det det burde bety, det må jo bety kvalitet også.”

Det kan synes som det var frustrasjon blant lederne når det gjelder kravet om økt produksjon, tross for at de var klare på at produksjon og forsvarlighet var to sider av effektivitetsforståelsen.

6.2.1 Økt kvalitet vil øke effektiviteten

6.2.1.1 Prosedyrer og rutiner sikrer kvaliteten

Kvalitet utgjør en av effektivitetsbegrepets to komponenter. Kvaliteten av operasjonsvirksomhetens tjenester er sikret i lovs form. Lovbestemmelser og yrkesutøvernes etiske standarder danner basisen for en forsvarlig utøvelse.

Studien viser at lederne (4) mener at prosedyrer blir fulgt i operasjonsavdelingen.

”Det er respekt for rutinene. De er kjent, personalet følger dem opp og er fornøyd med dem, det er ikke noe å utsette på det.”

De samme lederne mener samtidig at mange av prosedyrene er ukjente (se kap.6.1.4.2) En respondent mener at det er forskjell på lojaliteten til vedtatte bestemmelser, sykepleietjenesten er mer lojale enn legetjenesten.

”Når en bestemmelse som alle er enig om er tatt, er sykepleietjenesten lojal til vedtaket mens legene stort sett er de som velter det.”

Prosedyrer er i tillegg til å sikre en effektiv ressursforvaltning en forsikring mot en uforsvarlig praksis. Utarbeidede prosedyrer som er tuftet på kvalitativ og kvantitativ kunnskap vil sikre at personalet raskt kan sette seg inn i gjeldende praksis.

”Det er innmari viktig at man har klare prosedyrer så folk vet hva de skal gjøre, da trenger vi ikke å finne opp kruttet hver gang, for hvert nytt inngrep. Det er kjempeviktig med gjennomtenkte og greie oppskrifter.”

En respondent forteller at sjekklister og ”kardexkort”⁸ raskt blir utslitt.

”Folk reagerer hvis det er noen prosedyrer som mangler. Særlig i forhold til nye inngrep.”

Oppsummering

En av gevinstene ved å standardisere prosedyrer er at oppgavene er kjente og forutsigbare. Det sikrer en forsvarlig utøvelse med en lavere ressursinnsats. Om dette er en kortvarig lykke, med tanke på at en standardisering på sikt kan føre til at kreative og nytenkende egenskaper går tapt, fordi det ikke brukes, gir ikke studien noen svar på.

6.2.1.2 Dips forenkler pasientinformasjonstilgangen, hvis opplysningene blir fylt ut

En effektiv utnyttelse av operasjonsvirksomhetens ressurser avhenger av god kommunikasjon gruppene i mellom. Et elektronisk verktøy som Dips er strukturelt sett tenkt å ha en slik effektiviserende effekt. Kommunikasjonen fordrer at pasientinformasjonen skrives inn.

⁸ En oversikt over utstyrsbehov til en bestemt operasjon.

”Dips er en gevinst i forholdt til å få pasientinformasjon. Hvor bra det er, avhenger av hvem som skal være operatør. Noen er flinke og andre er ikke flink til å skrive inn.”

Det er anestesilegen og operatøren sitt ansvar å utføre denne oppgaven, om den gjøres elektronisk eller som hos denne respondenten, på et papirskjema.

”Det som gjør at det går raskere er at vi har disse skjemaene skikkelig utfylt. Hva skal gjøres og hva trengs av utstyr. Da slipper vi å ringe og spørre hva de mener. Da kan vi planlegge å sørge for at vi har det som trengs til operasjonen.”

Oppsummering

Studien viser at selv om systemet er tilrettelagt for en mer effektiv informasjonsflyt, som igjen vil kunne sikre en mer effektiv behandling, fordrer det at legene faktisk følger det opp.

6.2.1.3 Urasjonelle rutiner er ikke forankret i faglige begrunnelser eller rasjonalitet

Alle operasjonsavdelingene har innslag av uformelle trekk, vaner og atferdsmønster som operasjonsvirksomhetens medlemmer er en del av. Respondentene beskrev noen av disse uformelle atferdsmønstrene.

”(Latter) ...såne godt innarbeidede rutiner som alltid har vært der sitter hardt i veggene, dessverre. Hvis man hadde flyttet og fått en ny operasjonsstue så hadde man kanskje fått røsket opp litt, startet på scratch igjen. Det er noe med at det sitter i veggene, det er litt spooky”

En respondent stiller spørsmål i forhold til om alle rutiner nødvendigvis er faglig forankret.

”Det er mange prosedyrer som gjøres mye enklere på dagkirurgen, jeg tenker på gastroskopier og arthroskopier for eksempel. På dagkirurgen kommer de inn i privat T-skjorte og det gjøres en enkel oppdekking. Med en gang ”samme” pasient dukker opp her, gjøres alt så omfattende, er det nødvendig? Eller er det tradisjon?”

I operasjonsavdelingen er det også tilknyttet hjelpepersonale. Ved et av studiesykehusene hadde denne gruppen endret sine rutiner, nettopp fordi tidligere prosedyrer ikke var faglig forankret.

”Renholderne vasket for mye for eksempel. Nå vasker de mindre. Prosedyrene er faglig forsvarlig, men mer effektiv og rasjonell.”

En annen respondent peker på at renholdspersonalet har ledig kapasitet.

”Renholdspersonalet har veldig mye dødtid på formiddagen. Det er en del ekstraoppgaver de kunne utført, hadde de vært interessert, men det er såne tette skott mellom hva de skal og hva de ikke skal gjøre.”

Renholdspersonalet var ved de fleste sykehus organisert under egen ledelse. Det eksisterte ikke rutiner for at de skulle komme av seg selv når en operasjon var ferdig. Ingen respondenter nevnte at dette kunne være en ressursbesparende mulighet, nå når operasjonsslutt kan følges på monitorer.

En annen gruppes atferdsmønster, 3 av respondentene beskrev som uhensiktsmessig, er tilkallingen av kirurger.

”Kirurgene, de har ikke direktetelefon, bare calling. Når vi ringer må de gå til nærmeste telefon og det kan jo være hvor som helst. Vi ringer og ringer og ringer og venter!”

En annen respondent beskriver konsekvensene av at en kirurg bruker lang tid på å komme til operasjonsavdelingen.

”Det er ikke det at det alltid er et problem, men det kan være et problem. Når du caller på kirurgen etter at spinalen er satt og det tar en halvtime før det passer han å komme, det er fryktelig respektløst.”

Disse sitatene beskriver uformelle ”calle” rutiner. Kirurgene beskrives som en gruppe som har for vane å komme når det passer? Eller er denne beskrivelsen en illustrasjon på at kirurgene ikke har en organisering av sine arbeidsoppgaver som er tilpasset en effektiv drift i operasjonsavdelingen?

En kultur som preges av medarbeidere som på ulik måte ikke respekterer de bestemmelser som er vedtatt hemmer effektiviteten. Lederne forteller om forberedelser som ikke blir utført, lunchpausen som ikke overholdes og oppmøtetidspunkt som ignoreres. En leder beskriver en avmakt i forhold til kollegaer som uteblir i forbindelse med lunchpausen.

”Jeg føler at jeg egentlig ikke har noen makt eller sanksjonsmuligheter til å få til en endring. Skal jeg dra dem fysisk inn på stua igjen?”

Det at eksisterende rutiner ikke følges, kan skylles flere forhold. Regler kan bli oppfattet som uttrykk for maktinteresser og derfor bli mistrodd eller de kan bli oppfattet som urasjonelle og derfor ikke fulgt (Aadland 2006). En rutine har ingen egenverdi om den ikke blir akseptert og fulgt av personalet, en forutsetning for at rutiner skal bli implementert i kulturen er at de oppfattes entydig og kjent.

Oppsummering

Studien viser at det eksisterer uformelle rutiner som ikke er forankret i verken fag eller rasjonalitet. Hvor lang tid som regnes som akseptabelt fra en kirurg blir tilkalt til han skal innfinne seg på operasjonsstua sier ikke denne studien noe om. Tidligere forskning antyder maksimum 15 minutter (kap.3). De ulike funnene peker i retning av en urasjonell tidsutnyttelse av operasjonsstuekapasiteten, en skjult ressurs som kunne vært anvendt til å øke effektiviteten.

6.2.1.4 Helsetilstanden til operasjonssykepleierne er en faktor som taes hensyn til ved fordeling av personalressursen

Det å jobbe som spesialsykepleier i en operasjonsavdeling er en fysisk utfordrende jobb. Ikke alle avdelinger er tilrettelagt på en optimal måte med tanke på det fysiske arbeidsmiljøet. En respondent beskriver det slik;

”Personalet bør helst være litt slangemennesker slik at de kan åle seg hit og dit mellom all verdens teknisk utstyr og i tillegg være i stand til å krabbe rundt på vått underlag.”

Operasjonsavdelingens personalgruppe blir av respondentene beskrevet som en sammensatt gruppe. 6 av respondentene beskriver personalets høye gjennomsnittsalder.

”Vi har veldig mange eldre arbeidstagere som er 50 + og det er klart at etter 20-30 år med full jobb og stort press, så blir en ikke mer opplagt, en blir ikke det? Det må balanseres opp mot alle kravene om å yte mer.”

Lederne vurderer hver medarbeiders fysiske kapasitet ved fordeling av arbeidsoppgaver i avdelingen (se kap.6.1.3.5)

”Jeg tenker veldig på hvordan jeg setter opp personalet mitt. Noen kan ikke gjøre det og noen kan ikke gjøre det, på grunn av forskjellige ”vondter”.

Studien viser at dette var en generell situasjon for alle sykehusene og begge gruppene. Lederne ble ikke spurt direkte om de opplevde at situasjonen førte til at kvaliteten på operasjonsvirksomheten var truet.

6.2.1.5 Tid brukt på kurs og undervisning, en investering og et krav

En av respondentene stiller seg spørrende til at fagutvikling skal prioriteres etter driften i operasjonsavdelingen.

”Det er selvfølgelig veldig fokusert på at driften skal gå foran alt. Det oppleves som veldig hektisk at man aldri har tid til å prioritere fagutvikling.”

Samme leder hadde hatt en hektisk periode med sykdom og fravær å dekke opp.

Operasjonsprogrammet hadde hele perioden blitt gjennomført som planlagt, uten strykninger.

Nå skulle personalet på kurs:

”Jeg hadde allerede trukket tilbake en av 5 som skulle på kurs på grunn av personalsituasjonen. Da jeg informerte min sjef om situasjonen sa han: ”Ja, da får du bare tilbakekalle alle fra kurset, da”.

Ved et annet sykehus er det en annen kultur for å prioritere kurs og undervisning.

”Fagutvikling er viktig, det har vi fokus på. Vi har undervisningsdager i turnusen og et romslig kursbudsjett, slik at mange kan reise på kurs.”

Studien viser tydelig to ulike perspektiver. Opprettholdelse av en faglig forsvarlig virksomhet er avhengig av at det legges til rette for fagutvikling. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m

(2000) lovregulerer arbeidsgivers plikt til tilrettelegging. I neste omgang blir det et spørsmål om på hvilken måte arbeidsgiver ønsker og evner å tilrettelegge.

Oppsummering

Det er verdt å merke seg respondentenes fokusering på personalets høye alder. Praksis viser at det blir tatt hensyn til denne faktoren ved personalplanleggingen, men det bemerkes ikke hvordan denne prioriteringen påvirker resten av personalgruppen i forhold til høy arbeidsbelastning. Det kan synes som personalressursfordelingen gjøres mer ut fra et skåne de eldre prinsipp, enn ut fra et faglig perspektiv. I så fall vil det gå ut over kvaliteten på virksomheten.

6.2.2 Økt produksjon vil øke effektiviteten

En av lederne sier at kvalitet handler også om å hjelpe mange.

”Hvis vi klarer å bedre effektiviteten så er ikke det negativt, det har den effekten at vi får operert flere pasienter per dag eller per måned eller per år og det er god kvalitet.”

6.2.2.1 Personalet skal beskyttes fra å oppleve at de må jobbe raskere

Kvantitetsperspektivet i effektivitetsbegrepet handler om selve arbeidsprosessen. 5 av respondentene beskrev spesifikt at det å forsøke å oppmuntre personalet til å jobbe raskere og løpe fortere var helt uaktuelt. Kvalitetskomponenten, jobbe smartere og mer langsiktig var et ønske.

Flere ledere opplevde at det som telte var *”å løpe fortere”*.

”Operasjonsavdelingen er hverdagen vår, vi må kunne klare å overleve. Vi skal jobbe jevnt og trutt, men ikke bare pushe og pushe, helt vanvittig.”

6.2.2.2 Målet er å operere flere pasienter med de samme ressursene

Funn i studien peker i retning av at lederne, 6, opplever at det forventes at operasjonsvirksomheten skal endre praksis slik at produksjonen økes uten at flere ressurser blir tilgjengelige.

”Vi skal produsere mer i 2007 på 2006 budsjettet. Det betyr at produksjonen må økes.”

En av respondentene følte det provoserende at ledere høyere opp i systemet bestemte at produksjonen skulle økes.

”De får komme og se hvordan vi jobber og så får vi ta det derfra. Vi har fått beskjed fra høyeste hold at vi skal øke produksjonen uten at flere ressurser tilføres. Vi skal ikke løpe fortere selyfølgelig, men vi skal tynes mer.....”

6.2.2.3 Det eneste som teller er tidlig oppstart

En tidlig oppstart er den faktoren som er mest fokusert, i forhold til å effektivisere pasientflyten i operasjonsavdelingen.

En respondent sier:

”Målet er å komme i gang tidligere om morgenen. Vi blir målt på det og får tilbakemelding hvert kvartal. En statistikk på hvor mange pasienter vi har klart denne perioden.”

Respondentene beskriver ulike faktorer som må være på plass før en tidlig oppstart kan gjennomføres i praksis. Det er ulike strukturelle faktorer som beskrevet i kap.6.1.4.4.

”Vi ser at det å komme i gang tidlig om morgenen, fordrer at alle forberedelser er gjort og at alt vi trenger på stua er på plass. Da fungerer det veldig bra.”

Gevinsten er beskrevet av flere av respondentene

”En annen ting er at mister du et kvarter om morgenen, så er det en time på ettermiddagen”

6.2.2.4 Operasjonsavdelingens ressurser er maksimalt utnyttet

3 av respondentene mente at det ikke var ubrukte ressurser i deres gruppe i operasjonsavdelingen.

*”Vi har en **maks** utnyttelsesgrad av resurssene vår. Og ikke minst av operasjonsstuene på dagtid.”*

Oppsummering

Studien viser at lederne beskriver at operasjonsavdelingens produksjon er utnyttet maksimalt. Det synes som at uten å endre systemet har ikke lederne noen tro på at det er mulig å effektivisere ytterligere.

6.2.3 Manglende samarbeid og fleksibilitet gruppene i mellom hemmer effektiviteten

Alle respondenter framhever at de opplever at kulturen i deres avdeling er preget av et godt miljø hvor personalet trives og at samarbeidet mellom anesthesi og operasjon fungerer.

”Vi er flinke til å samarbeide hos oss og det er veldig viktig at vi videreutvikler denne verdien slik at det ikke blir vi og dere, men oss.”

Ved alle operasjonsavdelingene beskrives samtidig at det er innad i egen gruppe at miljøet er best.

”Det som særpreger min gruppe er at folk er positive og veldig blide, men det er stor forskjell på operasjon og anestesipersonalet.”

Samarbeidet i praksis er mer preget av en annen holdning enn oss. Det pekes på at fleksibiliteten gruppene i mellom kunne vært bedre. Hvis operasjonssykepleieren ikke "caller" kirurg i tide, hva da? Får hun hjelp av anestesisykepleieren?

"Ja, nei, da er holdningen preget av at å "calle" kirurg er operasjonssykepleierens jobb og anestesisykepleierne har andre oppgaver. Vi tenker at de er seine som enda ikke har fått gjort det, ikke kommet lenger. En slik oss – dem holdning, det blir for dumt!"

Det kan synes som at det er ønskelig med samarbeid og fleksibilitet, men at hverdagspraksisen faktisk ikke er slik. En respondent uttrykte seg slik når koordinatorfunksjonen ble beskrevet:

"Forsker: Er det bare operasjonssykepleierne som har koordinator funksjonen?"

Respondent: Nå snakker du med operasjon, i sted så snakka du med anestesi, anestesi har sin, og vi har vår koordinator.

Forsker: Kan du si noe om hvordan samarbeidet fungerer?"

Respondent: Ja, vi skal samarbeide, snakke sammen. Men egentlig er det vi som styrer operasjonsprogrammet."

Respondentens utsagn tolker jeg dit hen, at det er utenkelig med noe mer samarbeid med anestesigruppa.

Bemanningssituasjonen hos anestesi- og operasjonsgruppene er ulik, noe som beskrives av respondentene som en faktor som skaper frustrasjon og misunnelse.

"Når anestesian bare går for å komme i gang med neste, mens operasjon må bruke alle sine ressurser på en pågående operasjon."

Et sykehus, hvor de har felles overordnet ledelse, har i flere år bevisst fokusert på at vi – holdningen skal utvikles og ivaretaes.

"Vi jobber hele tiden med å få personalet til å hjelpe hverandre. Nå når vi har fått nye operasjonsbord for eksempel, gjennomføres opplæringen av operasjon - og anestesisykepleiere sammen."

Videre uttrykte flere av lederne fra anestesi at de så at operasjon hadde det vanskelig og at personalressursene ikke strakk til. Likevel var det ingen av dem som ga uttrykk for at det var et felles problem. Holdningen var at operasjon og anestesi var to grupper.

Arbeidet i operasjonsavdelingen er organisert i team, medlemmene i teamet må ha kompetanse innen eget fagfelt i tillegg til innsikt i de andres for å mestre arbeidet.

"Det handler om samordning og å være sammen om et lass som skal flyttes, det å gå sammen om en oppgave."

Samhandling av funksjoner og samarbeid mellom de ulike gruppene i operasjonsavdelingen krever en felles målsetning. Respondentene beskriver at en lojalitet til oppgaven som skal gjøres, et felles fokus og et felles mål for øyet er forutsetninger for at driften skal forløpe effektivt.

”Da er det morsomt, for da går det fort da, alle er lojale til den oppgaven de skal gjøre. Da er det ikke bare ”ørten” ting de bare skal ha gjort først.”

Oppsummering

Studien viser at samhandling og fleksibilitet er verdier som er ønsket. Respondentene beskriver at det eksisterer, men praksis synes å bære mer preg av et skarpt skille mellom anestesisykepleierne og operasjonssykepleierne.

6.2.4 Frykt og avmakt, hemmer effektiviteten

6.2.4.1 Manglende makt til å endre urasjonelle rutiner

Studiens funn tyder på at det eksisterer urasjonelle rutiner (se kap. 6.2.1.3)

Respondentene uttrykker et ønske om å kunne endre praksis, men opplever en form for maktesløshet.

”Jeg har tatt opp flere ganger at rutinene for øyeblikkelig - hjelp prioriteringer ikke fungerer, det skjer ingenting. Det går på sikkerheten løs og jeg opplever meg helt maktesløs.”

Det planlagte operasjonsprogrammet er erfaringsmessig urealistisk i praksis, et fenomen som beskrives av en respondent som frustrerende. Det kan synes som lederne i operasjonsavdelingen ikke har mandat til å gjøre de store endringene, de er hensatt til å leve i en uavklart og urasjonell situasjon.

6.2.4.2 Ingen kultur for å støtte kollegaer i praksis

”Vi har noen urokråker av noen leger, som skriker og brøler inne på stuene. Det blir tatt opp, men det er ikke uvanlig å bli kalt både det ene og det andre.”

Hvilken betydning en slik oppførsel har for miljøet og trivselen i avdelingen, blir spekulasjoner. Jeg spurte ikke lederne om de, for eksempel så noen sammenheng mellom hvilken kirurg som opererte og personalets behov for å trekke ut lunchen.

En hemmende faktor som nevnes er måten enkelte kirurger tiltaler andre i teamet på. Det poengteres at en slik kultur fører til at kirurgene tilkalles for sent i frykt for reprimander.

”Vi ser at det ventes på kirurgen og at det kanskje skyldes en frykt for å ringe for tidlig. Operasjonssykepleierne er redde for at alt ikke er 110 % klart, da venter de heller litt med å ringe slik at alt er helt klart.”

Ved oppfølgings spørsmål ble det spurt om det var noen kultur for å støtte hverandre i slike situasjoner, og det var det ikke. Temaet var ikke diskutert.

Oppsummering

Lederne ser urasjonelle rutiner og atferdsmønstre som er hemmende for en effektiv drift, men systemet stopper deres muligheter til å få gjennomslag for endringer.

6.2.5 Umotiverte medarbeidere, hemmer effektiviteten

Studien viser at over halvparten av respondentene beskriver uoppfordret at det er problematisk å takle umotiverte medarbeidere, medarbeidere som gir uttrykk for at de ønsker å bruke mer tid på ikke pasientnære oppgaver.

”Jeg tror at noen synes det er for travelt, at det er for masete. De ønsker å disponere mer tid til seg selv, prate med andre og ta noen telefoner.”

En respondent beskriver forskjellene blant personalets motivasjon slik:

”Det er veldig forskjell på personalets holdninger og fokus. Noen synes det er gøy å være på hugget og andre er på jobb fra 07.30 til 15.00. Om de har fått igjennom en halv pasient eller 10 spiller ikke noen rolle for dem, de opplever ingen glede i det.”

Respondentens forslag til å få til en endring, er å bruke tid på å bevisstgjøre de det gjelder i forhold til hvilket ansvarsområde de faktisk har. En annen leder beskriver et annet syn.

”Jeg prøver å la være å bruke mye tid på de personene som ikke vil, jeg prøver å bruke tida på de som gjør minst ut av seg. Jeg prøver å forsterke det positive, selv om det ikke alltid er like lett.”

Alle i operasjonsvirksomheten blir ikke omtalt som demotiverte, de fleste er det faktisk ikke, sier en av respondentene.

”De dagene jeg får folk med meg, får opp entusiasmen, da opplever jeg at personalet synes det er gøy.”

Oppsummering

Studien viser at operasjonsavdelingene har umotiverte arbeidstakere i personalgruppen. Forekomsten ble beskrevet av både operasjon og anestesi og kan ikke sies å være mer framtreddende i den ene eller andre gruppen.

6.2.6 Et ønske om å gjennomføre operasjonsprogrammet – øker effektiviteten

Arbeidet i operasjonsavdelingen styres av operasjonsprogrammet. Store operasjonsprogram og sen avvikling betyr en stor fare for at pasienter må strykes og settes opp igjen en annen dag. Det er en stor påkjenning for de det gjelder. Flere respondenter

forteller at de nødvendig vil stryke pasienter og at de strekker seg langt for å unngå det. 6 respondenter fokuserte på ønsket om å klare å gjennomføre operasjonsprogrammet.

”Driften oppleves av veldig mange som veldig hektisk, alltid travelt, men vi får som regel gjennomført dagens elektive program, noe det er veldig fokus på.”

En av lederne utsetter eller hopper over sin lunch hvis hun ser at avviklingen av operasjonsprogrammet går for langsomt til at det lar seg gjennomføre.

”Ja, det blir stort sett meg, som enten spiser lunch klokka 13.30 eller ikke i det hele tatt, og det er dumt av meg.”

Ved et annet sykehus går avdelingsleder inn i en produksjonsfunksjon over en periode på nærmere to uker, på grunn av sykdom i personalgruppa, for at driften skal kunne opprettholdes.

”Jeg har vært i drift i 2 uker og da er det ingen som gjør min jobb. Det betyr at jeg har vært her til langt på kveld de fleste dagene i denne og forrige uke, fordi driften går foran”.

Respondenten opplever at det forventes at driften skal opprettholdes og at overtid er en naturlig følge.

En av respondentene beskriver en hverdag hvor ambisjonene og målet hos alle ikke er å klare å gjennomføre operasjonsprogrammet.

”Akkurat nå opplever jeg at ikke alle har som mål å komme igjennom dagens program. Jeg har aldri spurt personalet direkte, men det er slik det oppleves. Derfor synes jeg det er ganske tungt til tider å komme igjennom og klare å motivere alle til at dette er noe vi skal få til.”

Personalet opplever glede og tilfredshet når operasjonsvirksomheten forløper som planlagt, men at det skal skje er en drøm.

”At alt bare glir stille og rolig, inn med pasienter, alle instrumenter er der, legene kommer, helst før du har ringt, ikke noe mas, ikke noen telefoner, alt er tilrettelagt, det er drømmen!!”

Oppsummering

Operasjonsavdelingens overordnede målsetning er å gjennomføre operasjonsprogrammet. Operasjonsvirksomhetens suksess og kvalitet måles i forhold til denne parameteren både eksternt og internt på sykehusene. Målet for respondentene er å klare å gjennomføre operasjonsprogrammet, tross for at det er urealistisk stort og at koordineringen av drift ikke fungerer.

6.3 Hvilken lederatferd opplever ledere fremmer en effektiv drift i operasjonsavdelingen best?

En effektivisering i offentlig sektor er avhengig av at lederne makter å mobilisere de ansattes kompetanse. Det er lederne av operasjonsavdelingene som må evne og lede sine organisasjoner ved å sette press på slik at nødvendig omstilling og innovasjon finner sted (Grund 2000). Ledernes handlingsrom er styrt av strukturelle og kulturelle kontekstuelle rammer.

Presentasjon av funn relatert til lederatferd

- **Lederne har tro på at tilstedeværelse i praksis vil fremme en effektiv drift (6)**
 - Bruker mer tid på administrative oppgaver enn på ledelse (4)

- **Lederne har tro på at selvstendige medarbeidere vil fremme en effektiv drift (5)**

6.3.1 Lederne har tro på at tilstedeværelse i praksis vil fremme en effektiv drift

En av lederrollens største utfordringer er å mestre balansekunsten mellom tid brukt på administrative oppgaver og tid brukt på tilstedeværelse blant dem man skal lede. 6 av respondentene beskrev viktigheten av å være tilgjengelig for personalet. De var opptatt av at døren inn til kontoret skulle stå åpen, slik at personalet kunne komme inn og slik at de kunne følge med på det som skjedde.

Latter!!!

”Nei, det er sjelden jeg sitter veldig lenge alene. Jeg blir forstyrret hele tiden”

Oppfølging og deltagelse er en lederfunksjon som vektlegges.

”Jeg arbeider med en åpen dør. Da fanger jeg opp veldig mye av det som skjer og kan følge opp i ettertid.”

En leder vil være en rollemodell for ønsket atferd og for hvilke verdier som ønskes implementert i praksis. En respondent uttrykker;

”Ledere må framstå som gode modeller på ønsket atferd, slik at personalet blir påminnet hvordan det skal gjøres. Vi må ta på oss ansvaret for at rutinene blir fulgt helt til de blir en del av hverdagen.”

En leder beskrev viktigheten av kommunikasjon.

”Jeg snakker masse, informerer masse og er veldig åpen, direkte og utadvendt. Er det noen som ikke fyller i væskeskapet etter vakt så sier jeg fra på en grei måte.”

Operasjonsavdelingen er en kunnskapsbedrift, hvor kunnskapsmakt er nødvendig for å ha innflytelse og for å komme i posisjon for å lede. En respondent beskriver det slik:

”Har en del makt og myndighet fordi jeg har jobbet med faget lenge, likevel er det et spørsmål om man blir hørt.”

Flere ledere gir uttrykk for at opprettholdelse av fag er en inngangsport til praksisfeltet som er avgjørende for å kunne utøve ledelse på dette nivået.

”Jeg er jevnlig tilstedet inne på stuen og kjører anestesien. Da holder jeg meg faglig oppdatert. Jeg har også en filosofi om at det er nyttig, om ikke akkurat lystbetont, at jeg tar noen vakter slik at jeg kan følge med på hvordan ting fungerer hele døgnet.”

Faglig kunnskap, kjennskap til systemet og erfaring er faktorer som beskrives som nødvendige for å opparbeide seg makt og myndighet.

En 1.linjeleder poengterer at tiden i for stor grad blir brukt til administrative oppgaver.

”Jeg ønsker meg tid til å drive med mer personalutvikling innad i seksjonen, som fagutvikling. En oppgave jeg synes går på bekostning av drift, varebestilling og logistikk av varer. Jeg synes at ledelse blir den lidende funksjonen i konkurranse med praktiske oppgaver.”

Det var ingen av respondentene som mente at spesialsykepleierne utførte oppgaver som lå utenfor deres kjerneområde. Derimot poengterer en av lederne at dette var et problem i større grad relatert til lederrollen.

”Vi gjør mange oppgaver som hvem som helst kunne ha gjort, som hadde vært litt ryddig og nøyaktig. Det gjelder for eksempel oppgaver i forhold til varebestilling og logistikk av lagrene.”

3 ledere peker på at de tilbringer mye tid andre steder enn der pasienten og personalet er.

5 av lederne påpekte viktigheten av en raus personalpolitikk i forbindelse med å innvilge ferier og avspasseringer.

Oppsummering

Studien viser at ledere er opptatt av og er, om ikke alltid i ønsket mengde, tilstede i praksis. En posisjon som blir sett på som avgjørende for å drive ledelse i operasjonsavdelingen. Det synes som lederne er opptatt av sin atferd, holdninger og sine valg, tre forutsetning for deres mulighet til å påvirke og styre organisasjonen. Studien avdekker ikke hvordan tiden brukt i praksis utnyttes, drives en bevisst kommunikativ ledelse for å implementere operasjonsavdelingenes mål og verdigrunnlag?

6.3.2 Lederne har tro på at selvstendige medarbeidere vil fremme en effektiv drift

Lederne har tro på selvstyrteteam og selvstendige medarbeidere.

”Det som jeg har mest tro på er å få flest mulig personer til å lede seg sjøl, sammen med teamet sitt, det er det som er mest effektivt. Stor innflytelse på egen arbeidssituasjon, tror jeg har en positiv effekt.”

6.4 Oppsummering av hovedfunn

Min hypotese var at organisasjonsstruktur og organisasjonskultur er betingelser for en effektiv pasientflyt. Respondentene har gjennom sine beskrivelser bekreftet denne påstanden. Studien viser at det er en rekke strukturelle og kulturelle faktorer i operasjonsavdelingen som påvirker en effektiv pasientflyt. Den bekrefter også at det er mulig å effektivisere driften ved å endre betingelsene.

Studien viser videre at det synes som om de strukturelle faktorene danner rammen for de kulturelle betingelsene og at lederne i liten grad evner å endre en urasjonell praksis til det beste for operasjonsavdelingens effektivitet. I fig 1.1 viste jeg en prinsippskisse over min hypotese om at organisasjonsstruktur og organisasjonskultur er betingelser for en effektiv drift. Ved å sette funnene inn i prinsippskissen har jeg definert oppgavens fire hovedfunn:

1. Organisasjonsstrukturen undergraver en samarbeidskultur mellom operasjon og anestesi.
2. Organisasjonskulturen i operasjonsavdelingen preges av en organisasjonsstruktur med rutiner som ikke følges, ukjente rutiner og uformelle rutiner.
3. Organisasjonsstrukturen undergraver en kultur av selvstendige og motiverte medarbeidere.
4. Organisasjonsstrukturen og organisasjonskulturen undergraver ledernes mulighet til å lede.

Hovedfunnene utgjør kategoriene som vil bli diskutert i relasjon til teori i diskusjonskapitlet.

7 DISKUSJON - STRUKTUR OG KULTUR

Respondentene har beskrevet en rekke erfarte hemmende og noen fremmede faktorer, av strukturell og kulturell karakter, som påvirker pasientflyten i operasjonsavdelingen.

Diskusjonen vil belyse sammenhengen mellom kultur- og strukturperspektivet og ledernes mulighet til å påvirke en effektiv drift. Ved å se strukturperspektivet og kulturperspektivet i sammenheng, som betingelser for en effektiv drift, se fig. 1.1, kan funnene diskuteres relatert til teori.

7.1 Organisasjonsstrukturen undergraver en samarbeidskultur mellom operasjon og anestesi

Studien viser at operasjonsavdelingene ikke evner å få til en teamorganisering i praksis, selv om lederne sier de ønsker det. Jeg mener en betingelse for å få det til er ledere som evner å se operasjonsavdelingen som **en** enhet. I dag synes det som gruppene, operasjon og anestesi, er mer konkurrerende enn samarbeidende parter. Ut fra logistikk- og systemteoretisk forståelse vil ikke operasjonsavdelingen bli oppfattet eller fungere som en velfungerende enhet før delene sees i relasjon til helheten. En optimering av en del, vil påvirke en annen del og ikke nødvendigvis bety en helhetsforbedring (se kap.3). Funn i studien tyder på at det er akkurat det som skjer. Gruppene mener at de samarbeider og er fleksible. Samtidig beskrives en organisasjonsstruktur uten formelle møteplasser, uklarhet rundt koordinator- og løsgjengerfunksjonene og uklare, urasjonelle og ikke fulgte driftsrutiner. Fokus må være samspillet og relasjonene enkeltdelene i mellom. Systemteorien søker å forklare delene ut fra egenskaper ved helheten, og ikke omvendt (Bjørnland 2001). For operasjonsavdelingen betyr det at det må fokuseres på relasjonen de ulike faggruppene i mellom, og hvordan samspillet dem imellom fungerer.

Ved å etablere formelle møteplasser mellom lederne for operasjon og anestesi på avdelingsnivå vil en kulturendring kunne skje. En møteplass hvor temaer som har betydning for hele avdelingen som driftsspørsmål, personalpolitikk og personalressursfordeling kan diskuteres. En demokratisk ledelsesform på tvers av profesjonene, bygd på likeverd i relasjonene vil kunne skape denne diskusjonsarena (Aadland 2004). Tid investert i denne type struktur vil på sikt være effektiviserende. Selv om den umiddelbare tidsbruken har en ikke

synlig effekt. Dagens struktur tror jeg er med å skape avstand som forplanter seg og hemmer samarbeidet i teamene. Denne strukturen underbygger og tilrettelegger for en filosofi hvor lojalitet mot egen gruppe, hvor det spesielle fokuseres er resultatet. Tradisjonelt har faggruppene tenkt eget fag og egen gruppe. Denne strukturen åpner ikke for helhetstenkning og samarbeid.

Funn fra studien viser for eksempel at anestesien ikke ønsker å seksjonere seg, samtidig som andre funn tyder på at de på grunn av denne strukturen ikke har gode nok kunnskaper til å bidra i tilstrekkelig grad i fellesoppgavene rundt pasienten. Spesialisering sikrer rutinisert kyndighet og ansvarsavgrensning, en egenskap som i seg selv er gunstig med tanke på en effektiv drift.

Jeg mener at det er lederne i operasjonsavdelingen som må initiere en strukturendring som legger til rette for en felleskultur. Lederne må være klare og tydelige og vise handlekraft, slik at operasjonsavdelingen utvikles gjennom endring.

7.2 Organisasjonskulturen i operasjonsavdelingen preges av rutiner som ikke følges, rutiner som ikke er kjente og rutiner av uformell karakter

Studien viser at operasjonsavdelingen preges av ustrukturert kultur. Regel og målstyring er en hensiktsmessig styringsform for å sikre effektiv drift i en organisasjon som operasjonsavdelingen. Denne styringsformen (se kap.2) vektlegger betydningen av en tydelig oppgavefordeling og standardiserte prosesser. Tidligere forskning sier også at oppgavene i operasjonsavdelingen må ytterligere byråkratiseres for å sikre effektiviteten (Lindahl 2000).

Funn i studien viser at pasientflyten i operasjonsavdelingen blir forhindret av en rekke faktorer som tilsier at regel og målstyring ikke fungerer etter intensjonene. Regel- og målstyringssystemer bygger på en pliktetisk filosofi. En tenkning som ikke har høyde for menneskers mangfold av selvstendige meninger og tolkninger. Ansatte i kunnskapsbedrifter i dag er kanskje mer opptatt av hva som gagnar dem selv, mer enn fellesskapet. Aadland sammenligner kunnskapsarbeidere med bier, ved at de forblir i organisasjonen så lenge det er næring å hente. Lojaliteten er rettet mot individet selv, mer enn fellesskapet (Aadland 2004: 78). Derfor innretter ikke gruppene seg så rasjonelt som intensjonen i teorien tilsier.

Operasjonsavdelingenes verdier kommer til uttrykk gjennom prioriteringer, maktfordeling, hvordan rutiner og prosedyrer er anlagt (Aadland 2006). Et viktig funn i studien viser at operasjonsprogrammet ikke lar seg planlegge i praksis.

Operasjonsprogrammøte er en vedtatt rutine, som ikke følges opp. Det kan årsaksforklares ut fra manglende struktur som går på tvers av faggruppene, kanskje fordi møtet oppfattes som irrelevant eller truende (Strand 2001: 247). Konsekvensene er ineffektiv drift og dårlig ressursutnyttelse. Det er likevel vanskelig å forstå hvorfor operasjonsprogrammøte ikke lar seg gjennomføre etter intensjonene i praksis. Tidligere forskning (se kap.3) har pekt på nytteverdien i å få til en realistisk operasjonsprogramplanlegging siden ”Pasienten først!” utredningen for 20 år siden. Ut fra logistikk- og systemteoretisk tenkning kan det forstås som at programmøte, som representerer kun en del av helheten ikke er tilpasset helheten. Møtetidspunktet er kanskje ikke tilpasset alle gruppenes behov. Kirurgenes personalorganisering og oppgavefordeling er kanskje ikke planlagt ut fra, og slik at programmøte er en fast arbeidsoppgave, dagen før en operasjonsdag. Med andre ord er ikke delene tilpasset helheten.

Det viser seg i praksis at en byråkratisk styringsform ikke sikrer effektiviteten. Det er her verdibasert ledelse som ledelsesfilosofi har sin funksjon. Som Selznick sier (se kap.2), må en organisasjon forstås som noe mer enn instrumentelle systemer. Kulturen må preges av et felles verdigrunnlag, en felles forståelse av hvorfor organisasjonen eksisterer. For at operasjonsprogrammøte skal oppfattes som betydningsfullt må det representere noe sentralt og betydningsfullt for alle involverte parter. Et ledelsesvedtak sikrer ikke personalets verdier. Verdiene må utvikles ut fra et felles ønske om å utvikle operasjonsavdelingen i en ønsket retning (Aadland 2006).

7.3 Organisasjonsstrukturen og organisasjonskulturen undergraver selvstendige og motiverte medarbeidere

Lederne beskriver umotiverte medarbeidere. Å årsaksforklare dette fenomenet ut fra denne undersøkelsen, er ikke mulig, men jeg ønsker likevel å antyde og diskutere noen mulige sammenhenger relatert til teori og tidligere studier.

En arbeidsplass preget av uforutsigbarhet, krav om effektivitet og liten innflytelse på egen arbeidssituasjon i en kontekst av fragmenterte deler som lever sitt eget liv, kan umulig virke motiverende. Forskning viser at ansatte kopler tilfredshet til trekk ved selve arbeidsoppgaven og mistriivsel til forhold omkring løsningen av arbeidsoppgaven. Tilfredshet har sammenheng med hvordan den enkelte opplever arbeidsoppgavene sine, hvilke utfordringer og utviklingsmuligheter som arbeidsoppgavene gir. Selvkontroll og trivsel i

jobben antas å gi økt motivasjon som medfører økt ytelse (Hertzberg i Busch og Vanebo 1991: 287).

Lederne i studien ga alle uttrykk for at de ønsket seg selvstendige medarbeidere. Imidlertid kan det synes som at lederatferd, organisasjonsstruktur og organisasjonskultur ikke harmonerer med å få det til i praksis.

Bruken av ordet selvstendige team kan ha en oppdragende og inspirerende effekt på personalet. Det fordrer imidlertid at personalet opplever at det er samsvar mellom visjon og praksis (Christensen et al 2004: 110). Ledere må oppfattes som troverdige i sin lederrolle. Troverdighet er ikke et mål, det er en egenskap andre kan omtale en leder som (Aadland 2006). Et signal om at selvstendige team er ønskelig viser avdelingens verdiforankring. Ut fra et verdibasert ledelsesperspektiv er det ledernes ansvar å tilrettelegge for verdien i praksis, slik at visjon og praksis harmonerer. Lederne må opptre på en slik måte at det er samsvar mellom ord og handling, og systemene må være forutsigbare. Studiens funn tyder på at virkeligheten ikke er slik. Teamene blir overkjørt av koordinator eller løsgjenger i forhold til å styre seg selv. De har et operasjonsprogram som ikke gjelder, koordinator vil til en hver tid utnytte ledig operasjonskapasitet, og de blir ikke ansvarliggjort om operasjonsprogrammet ikke lar seg gjennomføre. Benevnelsen selvstendige team virker derfor ikke troverdig og kan være en årsak til mistriivsel og redusert effektivitet.

Den uavklarte oppgave- og ansvarsfordelingen mellom koordinatorfunksjonen, løsgjenger og det selvstendige teamet er ineffektivt og virker trolig demotiverende på personalet. Hver gang et team er klare til å starte forberedelsene til neste pasient, er det ikke standardiserte rutiner som sikrer en effektiv byttetid. Personalet skal hver gang finne ut hvordan byttetiden skal gjennomføres på en best mulig måte. Med det resultat, se tidligere forskning (kap.3) at tid går tapt, personalet opplever mistriivsel og pasienter må strykes. Ut fra logistikk- og systemteori synes det igjen som at delene på dette området ikke er tilpasset helheten. Lederne har ikke evnet å skape en kultur hvor rasjonelle rutiner som er forankret i avdelingens målsetning er utviklet og følges. Lederne må ta på seg ansvaret for å stimulere personalet til vekst og utvikling. Ved å opptre troverdig, gi ansvar og invitere til diskusjoner rundt strategi og verdispørsmål.

Manglende koordinering av operasjonsavdelingens personalressurser og en uavklart oppgavefordeling synes å bidra til uselvstendige og umotiverte spesialsykepleiere.

7.4 Organisasjonsstrukturen og organisasjonskulturen undergraver ledernes mulighet til å lede

Organisasjonsstrukturen og organisasjonskulturen danner rammen og konteksten for ledelsesutøvelsen. Studien viser at lederne har tro på at tilstedeværelse i praksis fremmer en effektiv drift. Samtidig tyder studiens funn på at lederne ikke evner å utnytte sin tilstedeværelse i praksis. De evner ikke å tilrettelegge for en selvstendig kultur hvor hele personalgruppen opplever at de er medansvarlige og har et eierforhold til å få til en effektiv drift (Strand 2001).

Å arbeide med organisasjonskulturen gjennom tilstedeværelse og dialog med de ansatte er effektivt med tanke på å skape et felles engasjement rundt organisasjonens verdier. Verdibasert ledelse handler om å bevisst kommunisere omkring holdninger og verdier. Det er ikke nok å vedta regler og mål. Studien viser at de ikke blir fulgt, de er ikke kjente og mange er av uformell karakter. Operasjonsavdelingen er i tillegg en organisasjon under stadig forandring, det betyr at rutiner utgår og nye kommer til. En felles verdiforankring vil da være en hjelp i hverdagen, en rettesnor.

Lederne må spille på de ansattes egne ønsker. Personalets innspill og meninger må taes på alvor, selv om ikke alle ønsker kan oppfylles. I studien la jeg spesielt merke til respondentenes beskrivelser av en vellykket dag, en dag som senere ble beskrevet som en drøm. Denne drømmen om at pasientflyten gjennom operasjonsavdelingen skal gå uten hindringer, bør realiseres og omtales som et realistisk mål. Ledere må evne og se og utnytte sin posisjon og makt til å endre uhensiktsmessig struktur, skape en felles forankring og et felles engasjement. I Riksrevisjonens rapport defineres hva som menes med god styring og effektiv ressursutnyttelse:

”...alle virksomheter skal fastsette mål og resultatkrav innenfor rammen av disponible ressurser og forutsetninger gitt av overordnet myndighet. Dessuten skal virksomheter sikre at fastsatte mål og resultatkrav oppnåes, at ressursbruken er effektiv, og at virksomheten drives i samsvar med gjeldende lover og regler” (Mørk-Eidem 2004 -2005: 11).

Ledere må bruke sin posisjon og sine kunnskaper ikke til å dyrke spesialisering i egen gruppe alene, men til å etablere hensiktsmessige organisasjonsstrukturer som vil øke kvaliteten og kvantiteten i operasjonsavdelingen totalt sett.

7.5 Veien videre

Ulike tiltak som kan anbefales iverksatt for å bedre utnyttelsesgraden av operasjonsavdelingens ressurser.

Anbefalingene er kategorisert i forhold til ledernivå. Sykehusnivå er ledelses nivå 1 og 2 og avdelingsnivå er ledelsesnivå 3 og 4.

1. Forslag til tiltak som kan iverksettes på sykehusnivå

- Felles overordnet ledelse på nivå 2
- Sentral oppfølging av pasientflytprosjekter
- Ved oppstart av pasientflytprosjekter bør disse være tuftet på tidligere forskning
- Gi lederne i operasjonsavdelingen mer makt og innflytelse til å lede
- Sørge for at vedtatte rutiner i forhold til operasjonsplanleggingsmøtet følges
- Sørge for at operasjonsprogrammet planlegges ut fra historiske tall
- Tilrettelegge for kreative løsninger for å rekruttere og beholde spesialsykepleiere

2. Forslag til tiltak som kan igangsettes på avdelingsnivå

- Opprette formelle møteplasser mellom anestesi og operasjon
- Sette fellesskap på dagsorden. Motto: En avdeling – en ansatte gruppe!
- Gjøre en felles vurdering over utnyttelsen av spesialsykepleierne i operasjonsavdelingen, finne fleksible løsninger som fordeler arbeidsbelastningen og øker effektiviteten
- Vurdere hvilke funksjoner hjelpepersonellet i avdelingen kan ivareta, ansette flere ved behov
- Tilrettelegge for en sterkere teamorganisering, prinsippet er tilstedeværelse
- Utarbeide formelle rutiner for koordinatorfunksjonen i samarbeid med begge grupper, en avdeling betyr en koordinator
- Utarbeide formelle rutiner for løsgjengerfunksjonen i samarbeid med begge grupper
- Personalressursene må fordeles i forhold til at effektiv drift sikres
- Oppfølging og videreføring av igangsatte og avsluttede pasientflytprosjekter

- Utarbeide formelle rutiner for en tidligere oppstart i samarbeid med involverte grupper
- Utarbeide formelle rutiner for en raskere byttetid i samarbeid med involverte grupper, parallell organisasjonsmodell
- Øke utnyttelsen av pasientventerom – settes i system, tilpasse bemanningen
- Større fokus på lederrollens betydning for implementering av operasjonsavdelingens verdigrunnlag, kommunikativ ledelse
- Utarbeide belønningstiltak i samarbeid med involverte parter
- Utarbeide sanksjonstiltak i samarbeid med involverte parter

7.6 Metodekritikk

Utvalget i studien er kun representert ved ledere fra operasjonsavdelingen. I prosjektets startfase var representanter fra legetjenesten tenkt inkludert, dette valgte jeg imidlertid bort pga prosjektets problemstilling og perspektiv. Legene er unntaksvis ledere i operasjonsavdelingen, de har en medisinskfaglig funksjon i forhold til å prioritere operasjonsprogrammet, ellers er de organisatorisk tilknyttet andre av sykehusenes avdelinger. Jeg ser imidlertid nå at en inkludering av legetjenesten og andre yrkesgrupper som har sitt virke i operasjonsavdelingen, ville gitt nyttig tilleggsinformasjon, dette er en svakhet.

Utvalget i studien er lite, i følge Kvale (2001) er utvalget stort nok når det ikke kommer fram vesentlig ny kunnskap ved nye intervjuer. Min erfaring er at jeg ved hvert intervju fikk tilgang på nye data, samtidig som mange av de samme temaene ble beskrevet ut fra den enkelte leders ståsted.

Oppgaven er min svenneprøve, også i forhold til å beherske intervju som datainnsamlingsmetode. Alle intervjuene ga meg nyttig informasjon om pasientflyten, likevel var det et tema jeg fikk mindre data på enn de andre. Det var ledernes syn på egen lederatferd. Temaet ble besvart av alle, men respondentene svarte på spørsmålene og snakket lite fritt. En mulig årsaksforklaring er spørsmålets karakter eller at respondentene ikke hadde reflektert over temaet tidligere. I ettertid ser jeg at spørsmålet kunne vært stilt tidligere i intervjuet, for deretter å bli tatt opp igjen mot slutten, når respondentene hadde snakket seg varme.

Metodevalget ga meg nok kunnskap om ledes meninger og erfaringer om pasientflyten i operasjonsavdelingen til at jeg kunne diskutere studiens to perspektiv opp mot hverandre.

8 KONKLUSJON – DET HANDLER OM LEDELSE OG KOORDINERING

Det er en stor utfordring for alle operasjonsavdelingene å evne og utnytte ressursene sine på en effektiv måte. Studien har vist at det er en rekke organisatoriske faktorer som særlig hemmer operasjonsavdelingens muligheter til å utnytte sine ressurser på en effektiv måte. De fleste hemmende faktorene var av en intern organisatorisk karakter.

I dag er operasjonsavdelingen organisert slik at operasjon og anestesi styres helt atskilt. En lite hensiktsmessig organisasjonsstruktur for operasjonsavdelingen totalt sett. En koordinering av operasjonsavdelingens ressurser ved at organisasjonsstrukturen styrkes slik at organisasjonskulturen bærer preg av rasjonelle rutiner, personalet anerkjenner, følger og er med og videreutvikler vil kunne styrke pasientflyten.

Fokus må være å etablere en organisasjonsstruktur og en organisasjonskultur som muliggjør en effektiv ressursutnyttelse. Operasjonsavdelingens ledere må sammen evne og skape en felles verdiforankring og tro på at det er mulig å få det til. Det å endre en organisasjonskultur og en organisasjonsstruktur er en stor snuoperasjon. Skal operasjonsavdelingene lykkes i arbeidet, noe jeg er sikker på at de vil, må lederne være initiativtagere, rollemodeller og de må sørge for at endringsprosessene vedlikeholdes selv om det tar tid. Jeg tror sykehusene og operasjonsavdelingene er modne nå, modne til å bruke faktakunnskapen forskningen representerer og gå videre. Effektiviseringsgevinsten ligger ikke på det menneskelige plan, men i koordineringen av de internorganisatoriske delene. Det hjelper ikke at de som løp fort før, løper enda fortere. Det hjelper ikke med målinger for å årsaksforklare flaskehalsene, de er definert. Effektiviseringsgevinsten vil vi i stede se når organisasjonens deler er samspilt slik at deres egenskaper er tilpasset operasjonsavdelingens mål. Da vil vi få en operasjonsavdeling uten trafikkork og en kultur preget av samarbeid og fellesløsninger.

8.1 Etterord

Det har vært en lærerik prosess. Jeg synes jeg har fått fram flere sider ved operasjonsavdelingens organisasjonsstruktur og organisasjonskultur som påvirker en effektiv drift. Det kan kanskje virke ensidig fokusert på hemmende faktorer, pasientflyten blir tross alt ivarettatt på en effektiv måte. Hensikten med studien var å avdekke ledernes beskrivelser av faktorer som påvirker pasientflyten i operasjonsavdelingen, og det er lederne som har fokusert

på de hemmende faktorene. En kunnskap jeg håper kan brukes som beslutningsstøtte i operasjonsavdelingens videre arbeid med å forbedre og endre praksis slik at operasjonsvirksomhetens ressursutnyttelse økes til beste for operasjonspasienten.

I denne studien har hensikten vært å studere hvilke organisatoriske faktorer som påvirker driften i operasjonsavdelingen. Min anbefaling for senere studier vil være å gjennomføre en spørreundersøkelse ut i fra denne studiens funn og da med et større utvalg.

LITTERATURLISTE

- Aadland, Einar (1994). *Kultur i helse-, sosial- og utdanningsorganisasjoner*. Oslo: Det Norske samlaget.
- Aadland, Einar (1997/98). *"Og eg ser på deg"*. Otta: Tano Aschehoug.
- Aadland, Einar (2004). *Den truverdige leiaren*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Aadland, Einar (Hovedforfatter)(2006). Verdibasert ledelse i praksis. En studie av 8 medlemsvirksomheter i HSH. Seksjon for Verdibasert ledelse Diakonhjemmet Høgskole.
- Andersen, Espen (2007). Det feilorganiserte sykehus. Aftenposten 19. februar.
- Andreassen, Ruth S. (1999). Effektivt nok? Hvordan har krav til effektivitet og produktivitet påvirket sykepleietjenesten i operasjonsavdelingen? Hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Asheim, Ivar (1997). *Hva betyr holdninger? Studier i dydsetikk*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Befring, Edvard (2002). *Forskningsmetode, etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske samlaget.
- Bjørnland, Dag; Persson, Gøran; Virum, Helge (2001). *"Logistikk – et lederansvar"*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bratlid, Dag (2006). Helsevesenets 3 paradokser. Aftenposten 27. oktober.
- Brennerfors, Else-Marie et al (2001). Operation minut för minut. Kartlegging av operationsverksamhet. *Vård i Norden* 2, Publ. No. 60 VOL. 21.
- Brennerfors, Else-Marie (2004). Vad gör vi på en operasjonsavdelning under bytetid? Kartlegging av bytetider på en operasjonsavdelning. *Vård i Norden* 2, Publ. No. 72 VOL. 24.
- Brismar, Bo (2006). Framtida kapacitet och utformning av operationssalar vid akutsjukhusen. Rapport. Upublisert materiale.
- Busch, Tor og Jan Ole Vanebo (1991). *Organisasjon. Ledelse og Motivasjon*. Oslo: TANO.
- Christensen, Tom et al (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor. Instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ekman, Gunnar (2004). *Fra prat til resultat - om lederskap i hverdagen*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

- Eriksen, Erik Oddvar og Larsen, May Liss (1991). «Ledelse og samarbeid i et somatisk sykehus» FORUT rapport.
- Eriksen, Erik Oddvar (1999). *Kommunikativ ledelse – om styring av offentlige organisasjoner*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Fagermoen, May Solveig (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk Tidsskrift for Sykepleierforskning*, 7: 2, 40-54.
- Flermoen, Solveig (2001). *Søkelys på organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fløistad, Gunnar (2002). Verdibasert ledelse: Kultur, etikk og kommunikasjon. I: Skogstad, Anders & Ståle Einarsen (red): *Ledelse på godt og vondt. Effektivitet og trivsel*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Friedman, David M. et al (2006). Increasing operating room efficiency through parallel processing. *Annals of Surgery*, January, Vol 243, nr 1.
- Furnes, Bodil (2005). Fenomenologisk forståelsesramme. *Norsk Tidsskrift for Sykepleierforskning*, 7: 1, 27-37.
- Guttu, Tor(red)(1992). *Aschehoug og Gyldendals store norske ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Grund, Jan (2000). Sykehus – hvordan bør de styres? *Magma*, årgang 3. nr.5
- Hatch, Mary Jo (2001). *Organisasjonsteori. Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forlag as.
- Hernes, Gudmund (1975). *Makt og avmakt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Husserl, Edmund (1997). *Fænomenologiens ide'. Fem forelæsnings*. København: Hans Reitzels Forlag A/S
- Jacobsen, Dag Ingvar (2000). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskaplig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Jacobsen, Dag Ingvar og Jan Thorsvik (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jørgenvåg, Jonny(red.)(2005). SAMDATA somatikk sektorrappport 2005. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten. Rapport 1/06. Trondheim: SINTEF Unimed Helse.
- Johannessen, Kjell S.(2001). *Tradisjoner og skoler i moderne vitenskapsfilosofi*. Bergen: Sigma Fagbokforlag.
- Kjeksrud, Lars Erik (2004). INTORG – De somatiske sykehusenes interne organisering. En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003. Oslo: SINTEF Helse.

- Kongsli, Karin (2002). Hva venter vi på? En studie av preoperativ ventetid ved Nevrokirurgisk avdeling ved Rikshospitalet. Spesialoppgave kandidatstudiet Senter for Helseadministrasjon, Det medisinske Fakultet, UIO.
- Kvale, Steinar (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lebowitz, Philip (2003). Schedule the short procedure first to improve OR efficiency. *AORN Journal*; Oct; Vol 78, nr 4.
- Lindahl, Anne Karin (2000). Maktkonflikter og kriterier for suksess i operasjonsavdelingen. Spesialoppgave ved Senter for Helseadministrasjon, Det medisinske Fakultet, UIO.
- Malterud, Kirsti (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Morgan, Gareth (2004). *Organisasjonsbilder. Innføring i organisasjonsteori*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Mørk-Eidem, Bjarne (For riksrevisorkollegiet) (2004-2005). Riksrevisjonens undersøkelse av utnyttelsen av operasjonskapasiteten i sykehus. Riksrevisjonen, dokument nr.3:4.
- Nielsen, J. C. R. og Repstad, P. (1993). Fra nærhet til distanse og tilbake igjen. Om å analysere sin egen organisasjon. I *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis*, red. Repstad, P. Oslo: Universitetsforlaget.
- Olsen, Henning (2002). *Kvalitative kvaler. Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet*. København: Akademiske Forlag A/S.
- Parkdil, Fatma og Timothy N. Harwood (2005). Factors that influence efficiency in performing ENT. Cases: A qualitative and quantitative analyses. *Journal of Medical Systems*, Vol. 29, No. 3.
- Riley, Robin og Elizabeth Manias (2006) Governing time in operating rooms. Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Nursing*, 15, 546 – 553.
- Sandberg, Warren S. et al (2005). Deliberate perioperative systems design improves operating rooms throughput. *Anesthesiology* 2005; 103: 406-18.
- Schein, Edgard H. (1994). *Organisasjonskultur og ledelse*. København: Forlaget Valmuen.
- Selznick, Philip (1997). *Lederskap*. Otta: Tano Aschehoug.
- Slettebø, Haldor for prosjektgruppen (1998). ”Pasientflyt gjennom sentraloperasjonsavdelinga - Haukeland Sykehus”. Bergen.
- Smircich, Linda og Gareth Morgan(1998). Lederskap: Å forvalte mening. *Magma*, Årgang 1, Nr. 6.

Stahl James E. et al (2006). Reorganizing patient care and workflow in the operating room: a cost-effectiveness study. *Surgery*, Volume 139, Number 6.

Strand, Torodd (2001). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tjoflot, Gunn Kristin et al (2005). Simulering av ventetid og effektivitet i sykehus. Tidsskrift Norsk Lægeforening nr. 11, s. 1472 – 5.

Østhaugen, Tom (prosjektleder)(2006). God vakt! – arbeidsmiljø i sykehus. Arbeidstilsynet.

Wadel, Cato (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: SEEK A/S.

St. meld nr 24 (1996-97). Tilgjengelighet og faglighet - om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.

St. meld nr 41 (1987-88). Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan.

Ot.prp. nr. 10 (1998-99). Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (2000). Sosial – og helsedepartementet.

Helsepersonell lov (2001). Sosial – og helsedepartementet.

NOU 1997: 2: Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. Sosial - og helsedepartementet.

Vedlegg 1 Kortfattet prosjektbeskrivelse

Oppgavens veileder er:

Dekan Karin Kongsli,
Diakonhjemmet Høgskole, avdeling for Etter- og videreutdanning,
Diakonveien 14,
0319 OSLO.

Prosjektleder:

Mastergradsstudent i Verdibasert ledelse Anne Kari A. Bø,
Diakonhjemmet Høgskole, Avdeling for Etter- og videreutdanning,
Diakonveien 14,
0319 OSLO.

”Pasientflyt i operasjonsavdelingen”

På hvilken måte kan den formelle og den uformelle organisasjonsstrukturen i operasjonsavdelingen bidra til en mer effektiv drift?

Hva mener operasjonsavdelingens ledere er de fremmende og hemmende faktorene for å få til dette?

Dette fører til følgende forskningsspørsmål;

Forskerspørsmål:

Hvilket syn har ledere på rutiner som en forutsetning for en effektiv drift i operasjonsavdelingen?

Hvilken lederatferd opplever ledere fremmer en effektiv drift i operasjonsavdelingen best?

Hvordan opplever ledere at samhandlingen mellom dem og de som skal ledes påvirker en effektiv drift i operasjonsavdelingen?

Hensikten med studien er å teste ut følgende hypotese:

Formell og uformell organisasjonsstruktur er forutsetninger for å få til en mer effektiv drift i en operasjonsavdeling.

- Å beskrive operasjonsavdelingens ledere sitt subjektive syn på formell og uformell organisasjonsstruktur som forutsetninger for å få til en mer effektiv drift i en operasjonsavdeling.
- Å erverve kunnskap som kan brukes som beslutningsstøtte ved forbedring av eksisterende eller igangsetting av ny internorganisering slik at operasjonsavdelingens ressurser utnyttes på en mer effektiv måte.

Det er valgt et kvalitativ design i studien. Oppgavens datainnsamlingsmetode er semistrukturerte intervju. En intervjuguide er utarbeidet som verktøy for å strukturere datainnsamlingen.

Respondentene i studien er ledere i operasjonsavdelingen. De skal representere ulike fagbakgrunner og ha ansvar for operasjonsavdelingens drift.

Det gis skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og innhentes skriftlig samtykke. Det innformes blant annet om studiens formål, hva deltagelse innebærer, frivillighet, muligheten for å trekke seg, konfidensialitet og anonymitet.

Intervjuene vil bli tatt opp elektronisk på en MP3 spiller og transkribert manuelt i etterkant. Opplysningene registreres på privat pc tilknyttet internett i anonymisert form, kodet, slik at verken direkte eller indirekte personopplysninger eller opplysninger om sykehus framgår.

Dette er et mastergradsprosjekt ved Diakonhjemmet Høgskole, Avdeling for Etter- og videreutdanning.

Prosjektet er satt til 2. mai 2007.

Vedlegg 2 Forespørsel til ledere ved sykehus/operasjonsavdelinger

Anne Kari A. Bø,
Brennalia 52,

1481 Hagan.

Hagan,2007.

Til sykehus

Forespørsel om å få gjennomføre en intervjuundersøkelse av ledere ved operasjonsavdelingen

”Pasientflyt i operasjonsavdelingen”

På hvilken måte kan den formelle og den uformelle organisasjonsstrukturen i operasjonsavdelingen bidra til en mer effektiv drift?

Hva mener operasjonsavdelingens ledere er de fremmende og hemmende faktorene for å få til dette?

Jeg henvender meg til deg med forespørsel om å få gjennomføre en intervjuundersøkelse av ledere ved operasjonsavdelingen i henhold til ovenstående mastergradsprosjekt.

Hensikten med oppgaven;

Jeg ønsker å samle kunnskap fra ulike ledere i operasjonsavdelinger om hvilke opplevelser og erfaringer de har om operasjonsavdelingens evne til å utnytte sine ressurser på en tilfredsstillende måte.

Jeg har en antagelse om at det å erverve kunnskap om hverandres syn og erfaringer vil være en styrke for å oppnå en optimal utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Hvordan kan vi få til å jobbe smartere?

På bakgrunn av hensikten med studien vil jeg gjerne intervju ledere som har erfaring med og synspunkter om å effektivisere pasientflyten i operasjonsavdelingen.

Jeg vil med denne søknaden be om tillatelse til å intervju 2-3 ledere fra ditt sykehus. Lederne bør ha ulik fagbakgrunn og de skal ha ansvar for drift i operasjonsavdelingen.

Hvert intervju vil ta ca. 1 time. Intervjuet vil bli tatt opp elektronisk med en MP3 spiller og transkribert manuelt i etterkant. Opplysningene registreres på privat pc tilknyttet internett i anonymisert form, kodet, slik at verken direkte eller indirekte personopplysninger framgår.

Intervjuet vil foregå på sykehuset i arbeidstiden. Nøyaktig tid og sted vil jeg avtale direkte med respondentene en tid før intervjuet.

Jeg vil på samme tid be om mulighet til å ta kontakt på nytt hvis det skulle vise seg at jeg kunne trenge utdypende svar, enten i form av et nytt intervju, eller et kort spørsmål enten i avdelingen eller per telefon.

Jeg vil opplyse at jeg har taushetsplikt. Opplysninger som kommer fram vil bli behandlet konfidensielt. I oppgaven vil alle data være anonymisert.

Det gis ingen økonomisk godtgjørelse, men hver deltager vil få et eksemplar av den ferdige mastergradsoppgaven.

Selve undersøkelsen vil starte opp i januar 2007, utdypende spørsmål kan komme etter denne tid.

Innsamlede data vil bli makulert etter prosjektets avslutning, det vil si etter at det er falt sensur på masteroppgaven.

Jeg er operasjonssykepleier og arbeider som ledende spesialsykepleier med ansvar for drift og fag ved Aker universitetssykehus. Siden høsten 2003 har jeg i tillegg vært mastergradsstudent i Verdibasert ledelse ved Diakonhjemmet Høgskole, Avdeling for Etter- og videreutdanning i Oslo

Min veileder på Mastergradsoppgaven er dekan Karin Kongsli ved Diakonhjemmet Høgskole, Avdeling for Etter- og videreutdanning i Oslo.

Ønsker du ytterligere informasjon, kan du ta direkte kontakt med meg på telefon eller per e-mail.

Jeg ser fram til en spennende og hektisk periode, og håper på et godt samarbeid og felles nytte.

På forhånd takk!

Vennlig hilsen
mastergradsstudent Anne Kari A. Bø
Mail: ankabo@netcom.no
Mobil: 911 20 779

Vedlegg 3

Forespørsel til ledere ved pilot sykehus

Anne Kari A. Bø,
Brennalia 52,

1481 Hagan.

Hagan,2007.

Til.....

Forespørsel om å få gjennomføre en intervjuundersøkelse av ledere ved operasjonsavdelingen

”Pasientflyt i operasjonsavdelingen”

På hvilken måte kan den formelle og den uformelle organisasjonsstrukturen i operasjonsavdelingen bidra til en mer effektiv drift?

Hva mener operasjonsavdelingens ledere er de fremmende og hemmende faktorene for å få til dette?

Jeg henvender meg til deg med forespørsel om å få gjennomføre en intervjuundersøkelse av ledere ved operasjonsavdelingen i henhold til ovenstående mastergradsprosjekt. Intervjuene vil i utgangspunktet være tenkt som pilot intervjuer for å teste ut intervjuguide og meg selv som intervjuer.

Hensikten med oppgaven:

Jeg ønsker å samle kunnskap fra ulike ledere i operasjonsavdelinger om hvilke opplevelser og erfaringer de har om operasjonsavdelingens evne til å utnytte sine ressurser på en tilfredsstillende måte.

Jeg har en antagelse om at det å erverve kunnskap om hverandres syn og erfaringer vil være en styrke for å oppnå en optimal utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Hvordan kan vi få til å jobbe smartere?

På bakgrunn av hensikten med studien vil jeg gjerne intervjuere ledere som har erfaring med og synspunkter om å effektivisere pasientflyten i operasjonsavdelingen.

Jeg vil med denne søknaden be om tillatelse til å intervjuere 2 ledere fra ditt sykehus. Lederne bør ha ulik fagbakgrunn og de skal ha ansvar for drift i operasjonsavdelingen.

Hvert intervju vil ta ca. 1 time. Intervjuet vil bli tatt opp elektronisk med en MP3 spiller og transkribert manuelt i etterkant. Opplysningene registreres på privat pc tilknyttet internett i anonymisert form, kodet, slik at verken direkte eller indirekte personopplysninger framgår.

Intervjuet vil foregå på sykehuset i arbeidstiden. Nøyaktig tid og sted vil jeg avtale direkte med respondentene en tid før intervjuet.

Jeg vil på samme tid be om mulighet til å ta kontakt på nytt hvis det skulle vise seg at jeg kunne trenge utdypende svar, enten i form av et nytt intervju, eller et kort spørsmål enten i avdelingen eller per telefon.

Jeg vil opplyse om at jeg har taushetsplikt. Opplysninger som kommer fram vil bli behandlet konfidensielt. I oppgaven vil alle data være anonymisert.

Det gis ingen økonomisk godtgjørelse, men hver deltager vil få et eksemplar av den ferdige mastergradsoppgaven.

Selve undersøkelsen vil starte opp i januar 2007, utdypende spørsmål kan komme etter denne tid.

Innsamlede data vil bli makulert etter prosjektets avslutning, det vil si etter at det er falt sensur på mastergradsoppgaven.

Jeg er operasjonssykepleier og arbeider som ledende spesialsykepleier med ansvar for drift og fag ved Aker universitetssykehus HF. Siden høsten 2003 har jeg i tillegg vært mastergradsstudent i Verdibasert ledelse ved Diakonhjemmet Høgskole, Avdeling for Etter- og videreutdanning i Oslo

Min veileder på Mastergradsoppgaven er dekan Karin Kongsli ved Diakonhjemmet Høgskole, Avdeling for Etter- og videreutdanning i Oslo.

Ønsker du ytterligere informasjon, kan du ta direkte kontakt med meg på telefon eller per e-mail.

Jeg ser fram til en spennende og hektisk periode, og håper på et godt samarbeid og felles nytte.

På forhånd takk!

Vennlig hilsen
mastergradsstudent Anne Kari A. Bø
Mail: ankabo@netcom.no
Mobil: 911 20 779

Vedlegg 4

Informasjonsskriv til respondenter

Anne Kari A. Bø,
Brennalia 52,
1481 Hagan.

Oslo,.....

Tilved operasjonsavdelingen

Forespørsel om deltagelse i mastergradsprosjekt

”Pasientflyt i operasjonsavdelingen”

På hvilken måte kan den formelle og den uformelle organisasjonsstrukturen i operasjonsavdelingen bidra til en mer effektiv drift?

Hva mener operasjonsavdelingens ledere er de fremmende og hemmende faktorene for å få til dette?

Hensikten med oppgaven;

Jeg ønsker å samle kunnskap fra ulike ledere i operasjonsavdelingen om hvilke opplevelser og erfaringer de har om operasjonsavdelingens evne til å utnytte sine ressurser på en tilfredsstillende måte.

Jeg har en antagelse om at det å erverve kunnskap om hverandres syn og erfaringer vil være en styrke for å oppnå en optimal utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Hvordan kan vi få til å jobbe smartere?

På bakgrunn av hensikten med studien vil jeg gjerne intervjuere ledere som har erfaring med og synspunkter om å effektivisere pasientflyten i operasjonsavdelingen.

Jeg ber om å få intervjuere deg. Dette vil ta ca. 1 time. Intervjuet vil bli tatt opp elektronisk med en MP3 spiller og transkribert manuelt i etterkant. Opplysningene registreres på privat pc tilknyttet internett i anonymisert form, kodet, slik at verken direkte eller indirekte personopplysninger framgår.

Selve intervjuet vil foregå på et kontor ved sykehuset du arbeider, i din arbeidstid. Nøyaktig tid og sted vil jeg avtale direkte med deg en tid før intervjuet.

Jeg vil på samme tid be om mulighet til å ta kontakt på nytt hvis det skulle vise seg at jeg kunne trenge utdypende svar, enten i form av et nytt intervju, eller et kort spørsmål enten i avdelingen eller per telefon.

Jeg vil opplyse deg om at jeg har taushetsplikt. Opplysninger som kommer fram vil bli behandlet konfidensielt. I oppgaven vil alle data være anonymisert.

Deltagelsen er frivillig under hele prosessen, og du står fritt til å trekke deg fra undersøkelsen når som helst i prosjektet, uten at det får konsekvenser for deg. Det gis ingen økonomisk godtgjørelse, men hver deltager vil få et eksemplar av den ferdige Mastergradsoppgaven.

Selve undersøkelsen vil starte opp i januar 2007, utdypende spørsmål kan komme etter denne tid.

Innsamlede data vil bli makulert etter prosjektets avslutning, det vil si etter at det er falt sensur på mastergradsoppgaven.

Siden høsten 2003 har jeg vært mastergradsstudent i Verdibasert ledelse ved Diakonhjemmet Høgskole, Avdeling for Etter- og videreutdanning i Oslo.

Min veileder på Mastergradsoppgaven er dekan Karin Kongsli ved Diakonhjemmet Høgskole, Avdeling for Etter- og videreutdanning i Oslo.

Ønsker du ytterligere informasjon, kan du ta direkte kontakt med meg på telefon eller per e-mail.

Vennlig hilsen
mastergradsstudent Anne Kari A. Bø
Mail: ankabo@netcom.no
Mobil: 911 20 779

Samtykke erklæring

Jeg samtykker i å delta i intervjuet i forbindelse med Mastergradsprosjekt ”Pasientflyt i operasjonsavdelingen”.

På bakgrunn av den informasjon jeg har fått både skriftlig og muntlig ønsker jeg å delta i denne undersøkelsen.

Dato:

Signatur:

PS: Samtykke erklæringen leveres til Anne Kari Bø i forbindelse med gjennomføringen av intervjuet og vil bli oppbevart i lukket konvolutt inntil prosjektet er ferdig og sensur har falt. Deretter vil erklæringene bli makulert.

Vedlegg 5 Intervjuguide

”Pasientflyt i operasjonsavdelingen”

Informasjon til respondenten før intervjustart:

Jeg ønsker at du svarer ærlig på spørsmålene mine, jeg ønsker kunnskap om din personlige og subjektive erfaring og mening om pasientflyt i operasjonsavdelingen.

Minner om at jeg har taushetsplikt og at alt du sier vil bli anonymisert og derfor ikke kan spores tilbake til verken deg eller arbeidsplassen din.

Introduksjonsspørsmål:

- Hvordan vil du beskrive driften i operasjonsavdelingen du leder? (Nå situasjonen)
- Kan du fortelle hva du legger i begrepet ”effektiv drift”?
- Kan du beskrive en vellykket dag på operasjonsavdelingen? – din oppfatning av hva som er den beste praksisen.
- Opplever du at det fokuseres på å effektivisere driften i din avdeling? På hvilken måte, kan du gi eksempler?
- Kan du gi eksempler på hvilke driftsmål avdelingen din arbeider for å nå?

Forskerspørsmål:

Hvilket syn har ledere på rutiner som en forutsetning for en effektiv drift i operasjonsavdelingen?

- Kan du fortelle om avdelingens gjeldende rutiner som du mener har en positiv effekt på driften?
- Hvilke rutiner er utarbeidet med tanke på å komme i gang tidligst mulig om morgenen? Hvordan fungerer det, kan du fortelle om dine erfaringer?
- Hvilke rutiner er utarbeidet med tanke på å korte ned byttetiden hos dere? Hvordan fungerer det, kan du fortelle om dine erfaringer?
- Kan du fortelle om hvordan personalet er organisert, på hvilken måte opplever du at denne organiseringen påvirker driften?
- Hvilket syn har du som leder på rutiner som en forutsetning for en effektiv drift i operasjonsavdelingen?

1. Hva har du lykket med?
2. Hvilke rutiner opplever du som hemmende for en effektiv drift?
3. Hvordan opplever du dine muligheter til å påvirke håndhevelsen av rutinene?
4. Hvordan opplever du dine muligheter til å endre urasjonelle rutiner?
5. Hvordan opplever du som leder at rutinene fungerer?
6. Kan du fortelle om sist dere prøvde ut en ny rutine for å fremme effektiviteten?
Hvordan gikk det?
 - Kan du fortelle om avdelingens IT verktøy i forhold til operasjonsavdelingens evne til å utnytte sine ressurser? Hvilke tall er tilgjengelige, hvilke savner du og hvordan bruker du de du har?

Forskerspørsmål:

Hvilken lederatferd opplever ledere fremmer en effektiv drift i operasjonsavdelingen best?

- Kan du fortelle om hvilken lederstil du har positive erfaringer med og tro på for å få til en effektiv drift?
- Hvilke konsekvenser har det for de du leder at de ikke følger rutinene? -kommer for sent, ikke er forberedt?
- Hvilke erfaringer har du gjort deg med tanke på å motivere de du leder til å ta et selvstendig ansvar for å fremme en effektiv drift? Kan du fortelle om dine erfaringer?
- Hvordan bruker du deg selv som middel for å fremme målet om effektiv drift?
- Kan du gi eksempler på hvordan du konkret har gått fram for å fremme effektiviteten i din avdeling? Hvilke hindringer har du møtt?

Forskerspørsmål:

Hvordan opplever ledere at samhandlingen mellom dem og de som skal ledes påvirker en effektiv drift i operasjonsavdelingen?

- Hvordan opplever du som leder at samhandlingen mellom deg og de du skal lede påvirker en effektiv drift i operasjonsavdelingen?
- Hva særpreger samarbeidet mellom deg og din leder?

- Fortell om hvordan samarbeidet mellom deg og de du skal lede fungerer? Gi gjerne eksempler på episoder som kan illustrere det du mener.
- Kan du beskrive, gjerne med eksempler, hvordan du opplever at samarbeidet mellom de ulike profesjonsgruppene fungerer? Hva preger samarbeidet slik du ser det?
- Hvilken oppfatning har du av kulturen i din avdeling? Kan du beskrive den?
- Hvordan opplever du at forståelsen for hverandres arbeidssituasjon i operasjonsavdelingen fungerer?
- Hvordan fungerer kommunikasjonen?

Avrundning av intervjuet, avsluttende spørsmål:

- Hva mener du kan gjøres for å bedre effektiviteten på operasjonsavdelingen?
- Er det noe mer du vil tilføye?