



**Utviklingsprosjekt NTP kull 9.**

**Utredning om en strategiprosess i Klinikk for ortopedi, revmatologi og hud.**

**Vigleik Jessen**

Klinikksjef  
Klinikk for ortopedi og revmatologi  
St. Olavs Hospital

**Capability = Means x Way<sup>2</sup> x 3Will**

*General Sir Rupert Smith*

## **Innledning**

Det er dokumentert at flere hoder løser problemer bedre enn ett forutsatt en viss likeverdighet i kunnskap. Det har jeg fått bekreftet i dette arbeidet. Jeg takker medelev på NTP Mads Einar Berg, dr. ing Frode Heldal, overlege og fungerende klinikkjef Bjørn-Yngvar Nordvåg samt rådgiver Eivind Moen for nyttige innspill, diskusjoner og hjelp. Ansvar for resultatet bærer jeg likevel alene.,

## **Bakgrunn og nåværende situasjon for Klinikk for ortopedi, revmatologi og hud**

Klinikken har som sykehuset for øvrig, siden 2005 vært gjennom en stor omstilling som har medført en reduksjon i antall senger fra vel 90 til ca 60. Antall årsverk er i samme periode redusert med ca 15 prosent. Det er i dag vel 400 ansatte fordelt på ca 270 årsverk. Økonomikrav og forberedelse til flytting inn i nytt sykehus har vært dominerende drivere for endring i denne perioden. Innflytting i Bevegelsessenteret skjedd i september 2009, og var en svært vellykket prosess med lite støy. Etter innflytting har det vært gjennomført store omorganiseringer ut fra de erfaringer man relativt raskt høstet om best mulig utnyttelse av arealene. Sengepostene drives nå med traumatologi i 6. etg, rekonstruktiv og plastikkirurgi i 5. etg og elektiv ortopedi samt reumatologi i 4. etg., Denne etasje drives som en 5-døgnsenhet som stenges helt i helger og ferier. Klinikken har også ortopedi-aktivitet ved Orkdal sykehus og Røros sykehus. Hudavdelingen kommer inn i klinikken fra nyttår 2011, men er lokalisert utenfor Bevegelsessenteret.

<b>Budsjett 424 mill</b> Årsverk 270 Ansatte 411 <ul style="list-style-type: none"><li>• 80 leger</li><li>• 240</li><li>• 26 hjelpepleiere</li><li>• 17 drift- og servicepersonell</li><li>• 24 sekretærer og lignende</li><li>• 24 administrativ og ledere</li></ul>	<b>Aktivitet</b> Innleggelser 4500 Poliklinikk 36000 Operasjoner 6800
---	--

Det har skjedd en positiv utvikling i driften i løpet av de 4 siste årene og klinikken er nå den mest kostnadseffektive kliniske klinikk ved St. Olav. Veien fram for å utvikle gode løsninger har gått gjennom mange vellykkede prosjekter. Jeg nevner sykepleierdrevet poliklinikk på revmatologisk avdeling, preoperativ poliklinikk, ortogeriatri, "Øhj på B6" og senere akuttstueprosjektet, Fast-track for leddprotesekirurgi, Orkdal - Fosen DMS prosjektet, omlegging av skadepoliklinikken og andre. Der hvor man har lykkes best er det et karakteristikum at man har oppnådd bedre tverrfaglig samarbeid og samarbeid med andre avdelinger ved sykehuset

## **Strategisk utfordring og ledelse**

Helsesektoren er en del av samfunnet som beskrives å være ute av kontroll når det gjelder ressursbruk. Sykehusreformen i 2002 hadde 2 hovedformål: Å få kontroll over økonomien og å få bedre ledelse av sektoren. Økonomisk har det hvert tiår skjedd en dobling av forbruk i spesialisthelsetjenesten og i 2010 forbrukes vel 100 milliarder kroner. Demografien endrer seg (blant annet som følge av eldrebølgen) slik at det framover blir stadig færre yrkesaktive til å finansiere velferdsstatens utgifter. En uendret vekst vil også innebære at helsesektoren vil beslaglegge en uforholdsmessig del av samfunnets arbeidskraft. Parallelt vil det skje en reduksjon i statens oljeinntekter. Både i den nasjonale politikken og i ulike strategidokumenter fra de regionale helseforetakene beskrives utviklingen som ikke bærekraftig. I det overordnede strategiske bildet er det derfor i utgangspunktet skrevet inn et behov for endring.

Spesialisthelsetjenesten kritiseres for manglende oversikt og kontroll med kvalitet og pasientsikkerhet, manglefull likhet i tilgjengelighet og tilbud, ofte sviktende samhandling og pasientfokus, dårlig evne til å lære av feil, liten effektivitet og manglefull ressursstyring, med mer. I flere regionale helseforetak er det derfor gjennomført strategiprosesser for å møte disse utfordringene. I Helse Midt-Norge har dette resultert i utvikling og opprettelse av "Strategi 2020".

I presentasjonen av strategien siteres styreleder Kolbjørn Almlid på følgende: *"Vi må gjøre en del drastiske endringer for å sikre et godt framtidig helsetilbud. Noe annet ville være ren feighet!"*

Det er altså store forventninger om endring sett ovenfra i helsevesenet. Sett nedenfra kan det imidlertid se annerledes ut basert på en situasjonsforståelse av at man allerede er presset til bristepunktet og at man nede på "golvet" uansett må konsentrere seg om det som virkelig er viktig. Dette er først og fremst pasientbehandling, i neste omgang forskning, fagutvikling og undervisning/ utdanning.

viktigste

## utfordringer

2020  
STRATEGI

### Befolkningens sammensetning og behov endres

Sykdoms- og befolkningsutviklingen er i rask endring, og med moderne medisin lever vi lenger med sykdommer vi tidligere døde av. Stadig flere får KOLS, diabetes, kreft, Alzheimer, sykkelig overvekt, psykiske lidelser og mange typer kroniske sykdommer. Disse store og voksende pasientgruppene må sikres behandling, pleie og omsorg – og det samlede helsebudet må innrettes deretter.

### Tydeligere krav til dokumentert kvalitet

For eksempel: Mye nattarbeid på sykehusene kan gå ut over sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen, og gir dessuten dårligere arbeidsvilkår for de ansatte. Følgelig må vi vekk fra unødvendig nattarbeid og drive mer effektivt på dagtid. En stadig mer informert befolkning krever de beste og mest tilgjengelige helsetjenester uten ventetid. De ansatte ønsker på sin side å tilhøre sterke, oppdaterte fagmiljøer uten for mye arbeidsbelastning på ubekvem tid.

### Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor

I dag går hver sjettede norske ungdoms-koleelev inn i helse- og omsorgsarbeid. Det er mer enn i de fleste land vi kan sammenlikne oss med. Men: Hvis utviklingen fortsetter som nå, må helsetjenesten i 2024 rekruttere hver fjerde elev. Og i 2035 hver tredje! Dette er verken mulig eller ønskelig for samfunnet, og vi har ansvar for å utvikle en mer bærekraftig helse-sektor. Den må samtidig sikre befolkningen i Midt-Norge trygge og gode tilbud.

### Økonomisk vekst bremser for spesialisthelsetjenesten

For Helse Midt-Norge (og de øvrige helseregionene) avtar budsjettveksten og tilgangen på lege-spesialister. Dette er en politisk styrt reduksjon for å sikre økonomi og legerrekuttering i kommune-helsetjenesten – i samsvar med den nye Samhandlingsreformen. Denne utviklingen krever at spesialisthelsetjenesten omstiller seg. Her er 2020-strategien retningsgivende og svært viktig for å beholde lang-siktig kontroll med det samlede helsebudet.

viktigste

## prioriteringer

### Sikre behandlingstilbudet for store og voksende pasientgrupper

Ved en tydelig omfordeling av ressursene skal helseforetakene styrke tilbudet til de pasientene det med sikkerhet blir stadig flere av mot 2020. Dette omfatter diagnoser som diabetes, KOLS, Alzheimer, sykkelig overvekt, kreft, psykiske lidelser, rusproblemer og kroniske sykdommer.

### Desentraliserte helsetilbud for de store pasientgruppene som bruker tjenesten ofte

Polikliniske tjenester opprettes mest mulig spredt, og de store pasientgruppene får det meste av sine behov dekket ved lokalsykehusene. Dermed vil pasienter med hyppig behov for helsehjelp slippe lang reisevei. De som sjelden trenger hjelp, må regne med å reise litt lengre. Kort reisetid er viktigere enn geografisk avstand når det haster.

### Frigjøre ressurser fra passiv vakt til aktiv pasientbehandling

I dag bruker helseforetakene mye folk og penger på passiv vaktjeneste. Helse Midt-Norge vil omprioritere og sørge for at spesialisthelsetjenesten driver langt mer aktiv behandling.

viktigste

## mål

### Styrket innsats for de store pasientgruppene

Lokalsykehuset eller desentralisert poliklinikk skal tilby disse pasientgruppene det meste av det de trenger av spesialisthelsetjenester. Pasienttilbudet styrkes ved at helseforetakene foretar en tydelig prioritering basert på omfordeling.

### Kunnskapsbasert pasientbehandling

Helsetjenesten må raskere ta i bruk ny kunnskap og systematisere den kunnskapen som fins. Helse Midt-Norge vil at kunnskapsbasert praksis skal styre all utredning og behandling. Slik sikrer vi at den beste kunnskapen forenes med pasientens behov.

### En organisering som underbygger gode pasientforløp

Samhandlingsreformen mellom sykehus og kommuner blir sentral her. Standardiserte pasientforløp, med forutsigbar og rasjonell behandling, er også viktig for å oppnå høyere kvalitet, kortere liggetid og lavere ressursbruk.

### Rett kompetanse på rett sted til rett tid

Mot 2020 er det urealistisk å regne med særlig bemanningsvekst i helseregionen. Desto viktigere blir det å benytte fagfolk der de kan bidra til optimal pasientbehandling. I rekrutteringsarbeidet må det tenkes langsiktig. Hvis vi f.eks. vil knytte til oss flere geriatri-spesialister, krever det minst fem års utdanning. Da må vi starte nå!

### Robuste fagmiljøer og sunn økonomi

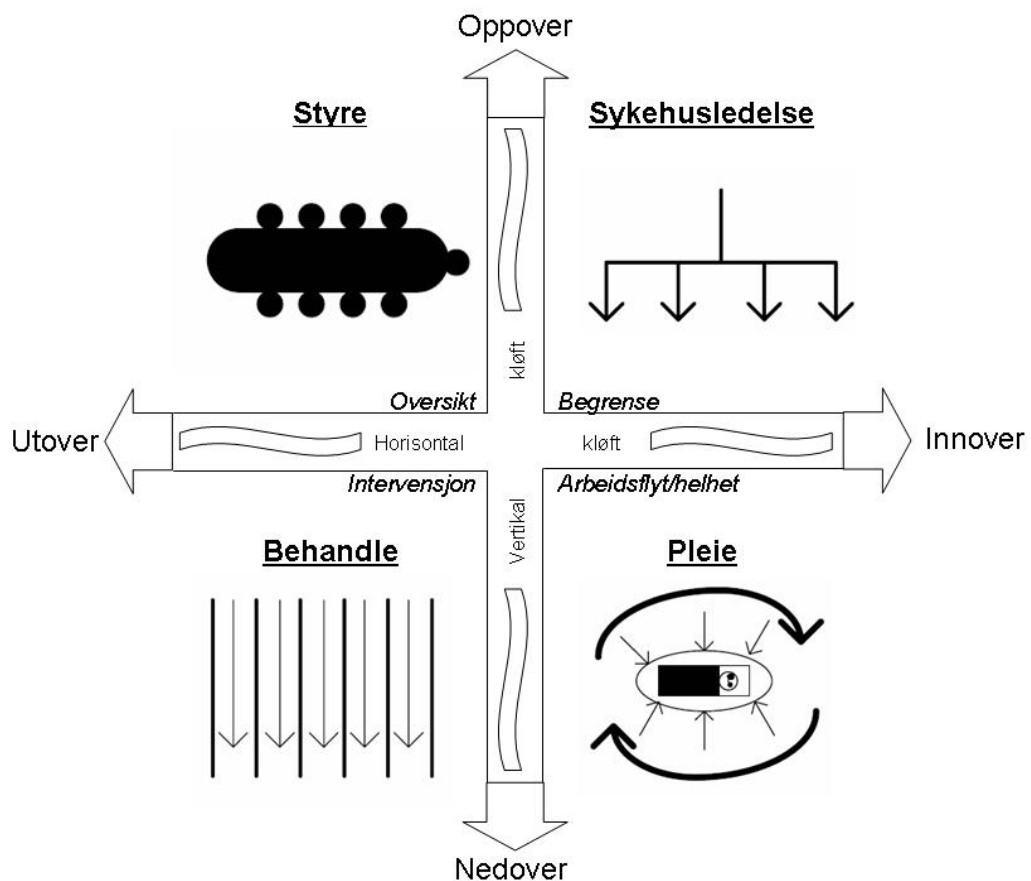
Helsesektoren kan ikke tilby «alt til alle alltid»; det er uforenlig med samfunnets bærekraft. I spesialisthelsetjenesten vil veksten flate ut, og da må vi omstille og omfordele mens vi har tid. Vi skal ikke spare, men bruke helsekronene smartere. Det er dette Strategi 2020 handler om.

## **Sykehuset som organisasjon**

Soki Choi har gjennom sin forskning på en radikal endringsprosess, fusjonen av Karolinska og Huddinge sjukhus til Karolinska universitetssjukehuset, påpekt at det lett blir en kollisjon eller konflikt mellom det hun kaller "management-logikken" (eller styringslogikken) som kommer ovenfra og profesjonslogikken som kommer nedenfra. Dette representerer en stor lederutfordring fordi løsningen ikke kan være å konvertere aktørene fra en logikk til en annen, men snarere å finne en hybrid som tar opp de relevante faktorene fra hver logikk. Det kan dreie seg om at profesjonslogikken klarer å ta opp i seg at for eksempel effektivitet er noe som er relevant, på samme måte som at styringslogikken må ta opp i seg at for eksempel faglig kvalitet også er relevant.

Samhandling er avhengig av å etablere noe som er felles og delt, det være seg målsetninger, virkelighetsoppfattelse (kognisjon), visjon og motivasjon. Kort sagt bør samhandlende aktører være i stand til å se en felles mening, både i selve det å skulle samarbeide så vel som i selve samhandlingssituasjonen. Forskning på området (for eksempel Shaw, Heldal) har vist at profesjongrensener har en tendens til å motvirke det å danne en slik felles mening, rett og slett fordi det å være en profesjon innebærer en viss form for autonomi og egenartet kunnskap. Dette viser seg gjerne i skjerming av kompetanse og praksis. Det å danne felles en felles forståelse for kompetanse og praksis er derfor vanskelig. Heldal (2008) hevder at én måte å omgå dette problemet på, er å lage grenseobjekter. Dette vil si objekter som ikke tilhører noen av profesjonene, men som de samtidig kan føle tilhørighet til. Et objekt kan i denne sammenheng være fysisk, som i en arena; men det kan også være abstrakt, som i en visjon. Konseptet innebærer at hver av aktørene "får lov" til å utvikle og ha sin egen forståelse av objektet, så lenge objektet blir betraktet som noe man benytter i fellesskap. Et grenseobjekt kan i så måte forstås som en tredjeparts megler, diplomat eller ambassadør. Konseptet hybrid, også omtalt av Choi, er en lignende forståelse av noe som er felles og samtidig tilhører den enkelte gruppe. Karl Weick (2001) uttrykker ideen bak elegant: "...Agreement is not important, as long as joint action is achieved."

En annen illustrasjon på noe av de samme spenningene omtales av Gloubermann og Mintzberg i to debattartikler fra 2001. Gloubermann og Mintzberg hevder at "Helsevesenet" i lang tid har vært differensiert i 4 forskjellige verdener – 4 sett av aktiviteter, 4 organisasjonsmåter og 4 "unreconciled mindsets". Så lenge disse 4 verdenene er frakoblet hverandre vil intet fundamentalt endres. Gloubermann og Mintzberg hevder at samme modell kan brukes til å beskrive så vel 4 separate verdener i sykehuset (disease cure) så vel som i helsevesenet (health care) i videste forstand. I denne sammenheng konsentrerer jeg meg med om sykehusaspektet.



#### Sykehusets 4 verdener og hvordan de ledes (Etter figur i Gloubermann og Minzberg, 2001)

Ledelse er ikke en homogen aktivitet i sykehuset, men flere, til dels helt forskjellig rettede prosesser:

**Ledelse nedover:** Direkte mot klinisk aktivitet, dvs. pasientbehandling.

**Ledelse oppover:** Mot de som kontrollerer og finansierer virksomheten, dvs styringsdialog, eksterne tilsyn etc.

**Ledelse inn i sykehuset:** Mot enheter og personell som er under institusjonens kontroll.

**Ledelse ut av sykehuset:** Mot aktører som er involvert med sykehuset, men ikke under institusjonens kontroll, f. ex leverandører, fagforeninger, media, presse etc

Satt inn i figuren som ovenfor får vi 2 ledelsesmessige skiller:

- et **horisontalt skille** mellom de som leder ned mot klinisk aktivitet og pasientbehandling, og de som leder opp mot styrende organer (*the great divide of healthcare*). Under er de som responderer på profesjonelle krav og teknologiske muligheter, men over befinner de seg som er oppmerksomme på behovet for budsjettkontroll.
- Et **vertikalt skille** mellom dem som er intimt forbundet med institusjonen så som administrative ledere og sykepleiere, og de som er involvert, men ikke så formelt bundet til institusjonen, så som leger og styre.

#### Styrking av koordineringsmekanismer

Systemets svakhet er en høy grad av differensiering som leder til spenninger mellom de 4 verdener. (Dette er også systemets styrke - komplekse prosesser håndteres daglig med stort sett gode resultater). I et forbedringsperspektiv hvor ressursene ikke er

ubegrensede må man vurdere hvordan man kan øke integrasjonen mellom de fire verdener gjennom bedre koordinering. I artikkelens del 2 nevnes følgende koordinasjonsmekanismer:

- Gjensidig tilpassning
- Direkte supervisjon
- Standardisering
  - Av arbeid – koordineringen skjer gjennom design av arbeidsprosessen
  - Av resultat (output) – koordinering skjer gjennom målstyring
  - Av kunnskap og ferdigheter – viktig i sykehus hvor man har stor andel av autorisert personell som er trent til å vite hva de kan forvente av hverandre. Koordinering skjer gjennom kunnskap om hverandres kunnskap og arbeid (for eksempel koordinering mellom kirurg og anestesilege på operasjonsstua)
  - Av normer og verdier – sosialisering brukes til å etablere omforente verdier og antagelser. Koordinering skjer gjennom bevissthet om felles mål.

Gloubermann og Mintzberg hevder at koordinering i sykehuset i stor grad baseres på standardisering av kunnskap og ferdigheter. Velkvalifiserte fagfolk ansettes og gis stor grad av frihet over hvordan arbeidet gjennomføres. Når systemet settes under press, hvilket ofte er tilfellet, holder ikke denne koordineringsmekanismen. Man bør supplere med gjensidig tilpassning samt standardisering av normer og verdier; altså arbeide mot en informert kommunikasjon nedfelt i en sterk kultur.

For reell endring må vi diskutere motivasjon (hva motiverer profesjonelle?), tverrfaglighet i praksis, hvordan skape *felles* forståelse etc. En tilnærming til å binde de 4 verdener mer sammen kan være gjennom en strategiprosess for klinikken. Hovedproblemet er imidlertid at slike strategiprosesser ofte blir oppfattet som en administrativ sak, og dermed irrelevant for den profesjonelle verdenen.

Utfordringen er: Hvordan skape en "what's in it for me" faktor i profesjonsverdenen – som grenser over i "what's in it for us" – og videre "what's in it for the hospital"... etc.

Det kanskje sterkeste inntrykket fra besøket ved Sykehuset Lillebelt i Velje, var inntrykket av at "Alt handler om kultur" og at de gjennom dette hadde nådd sine imponerende resultater.

### ***Drivere for endring***

Øystein Fossen har i et foredrag til NTP kull 9 gitt en god oppsummering om drivere for endring i helsevesenet som det trekkes vesentlig på i det følgende.

Moderne drivere for endring:

- Kvalitet
- Prosessorganisering
- Målstyring
- Områdeorganisering

For helseforetak har han beskrevet en endringspallett som omfatter følgende faktorer:

- **Bygg lederkollegier**

- Driveren for endring er et samstemt lederkollegium i helseforetaket der ledere har like mye lojalitet mot dette kollegiet som mot den enhet de selv leder
- **Manøvrering i kraftfelt**
  - Driveren for endring er at vi som toppledere bedre forstår og greier å operere i kraftfeltene som spennes ut mellom ledelse, fag, foreninger, brukere, politikere, presse og publikum
- **Lederutdanning**
  - En langsiktig driver for endring er skolering, trening og mobilisering av ledere for bedre å balansere hensyn til drift og utvikling, og som ser mennesker, fag, økonomi og politikk i sammenheng
- **Funksjons- og oppgavefordeling**
  - Driveren for viktige endringsprosesser er at det foretas en overordnet funksjons- og oppgavefordeling som sikrer god utnyttelse av ressurser og nok volum på tjenestene.
- **Redesign av pasientforløpene**
  - Driveren for endring er at vi tar utgangspunkt i de faktiske forløpene av pasienter og greier å organisere fagene som innsatsfaktorer inn mot disse forløpene
- **Trimming**
  - Driveren for endring er blant annet å styre tilførsel/tilgjengelighet av areal og på denne måten tilskynde en effektivisering av tjenestetilbudet, overgang mot dagbehandling, kortere liggetider og lavere volum av bygningsmasse.
- **Tilbakespill av måltall**
  - Driveren for endring er at vi greier å synliggjøre resultatet av folks handlinger i hverdagen i form av relevant presentasjon av viktige måltall, og selv lar dem få utfordringen med å trekke slutninger og gjøre de nødvendige forbedringer.
- **Engasjer fagfolkene**
  - Driveren for endring er en mobilisering av helsepersonell til et systematisk utviklingsarbeid der fagfolk utstyres med velegnede metoder for å drive kontinuerlig forbedring.
- **Partssamarbeid**
  - Driveren for endring er at vi utvikler partssamarbeid på alle nivå og mobiliserer dypt og bredt for å oppnå god forankring, forståelse og godt samarbeid om påkrevde endringsprosesser i det totale helsesystemet.
- **Brukermobilisering**
  - Driveren for endring er at vi greier å trekke med oss brukeren og brukerperspektivet i alt vi gjør, og at vi ved å se helsetjenestene fra denne vinkelen får en skjerpet forståelse av hva vi er til for og dermed kan gjøre nødvendige og upopulære grep.

For organisasjonsutvikling sier Øystein Fossen at den prosessmessige driveren er kollektiv refleksjon over egen praksis og at tilbakespilling av data i en eller annen form er endringsdynamitten.

I henhold til denne terminologien har de viktigste drivere for endringsprosesser i vår klinikk vært: lederkollegiet, redesign av pasientforløpene, trimming, tilbakespill av



måltall, i noen grad funksjons- og oppgavefordeling (intern seksjonering, ortogeriatri, proteseoperasjoner fra Røros) samt - ikke minst - engasjerte fagfolk

### ***Hvordan skapes en bred og involverende prosess?***

En strategiprosess kan ha ulike mål, fra en ren målsøkende til en kulturbyggende læringsprosess. For å oppnå det siste er det en forutsetning at man får til bred involvering av medarbeiderne, ikke kun ledelsen. Dette kan skje gjennom store fellesmøter, avdelingsmøter eller seksjonsmøter.

Det er *klinikken* som er den organisatoriske enheten og man må håndtere det faktum at den har en ortopedisk avdeling som er mye større enn hhv revmatologisk avdeling og hudavdelingen. Prosessen må også legges opp slik at man klarer å favne den kulturelle spenningen som ligger mellom kirurgiske og medisinske fag.

En særskilt utfordring kan være å involvere legene (som ser *ned* og *ut*, jfr. modellen ovenfor). Det kan være nødvendig innledningsvis å kjøre egne møter med denne gruppen. Ut fra intervju jeg har hatt med sykepleierledere og legeledere i ortopedisk avdeling i løpet av prosjektet, er det klart at disse medarbeidergruppene har en ganske forskjellig situasjonsforståelse og hvor legene opplever en situasjon hvor de i høy grad blir styrt ovenfra og føler liten påvirkningsmulighet.

### ***Misjon, visjon og verdier***

Overordnet i forhold til visjon er det som omtales som "misjon". For et sykehus må nødvendigvis formuleringen av misjon ha noe å gjøre med hvem og hva vi er til for. Misjonen bør være formulert som et enkelt, appellerende og på mange måter "selvfølgelig" utsagn som passer til virksomheten. Eksempler hentet fra tilgjengelige kilder er Helse Midt-Norge som har valgt: *"På lag med deg for din helse!"*, Sykehuset Lillebelt: *"Sammen om sundhed!"* eller enda enklere, Karolinska Sjukhuset: *"Patienten alltid først!"*

Visjonen er en konkretisering som må uttrykke organisasjonens ambisjon og fungere som et overordnet referansepunkt som man kan relatere aktiviteten til, på godt og vondt. I følge Peter Senge er den eneste visjonen som motiverer deg din egen visjon. Visjonen for organisasjonen må derfor være formulert slik at den er gjenkjennbar og appellerende for medarbeiderne. Eksempel fra Karolinska igjen: *"Framtidens sjukvård genom vetenskap og utvikling."*

Verdigrunnlaget i en organisasjon har en viktig rolle for å vise hvordan man tenker seg at handlingsrommet skal utformes for å nå den misjon / visjon som organisasjonen har bestemt for sin virksomhet. Det definerer retning og premisser for organisasjonens aktivitet. Begrepene Misjon, Visjon og Verdier blir imidlertid lett overfladiske og betydningsløse dersom virksomheten ikke skaper arenaer for refleksjon og utvikling av betydningen blant medarbeiderne.

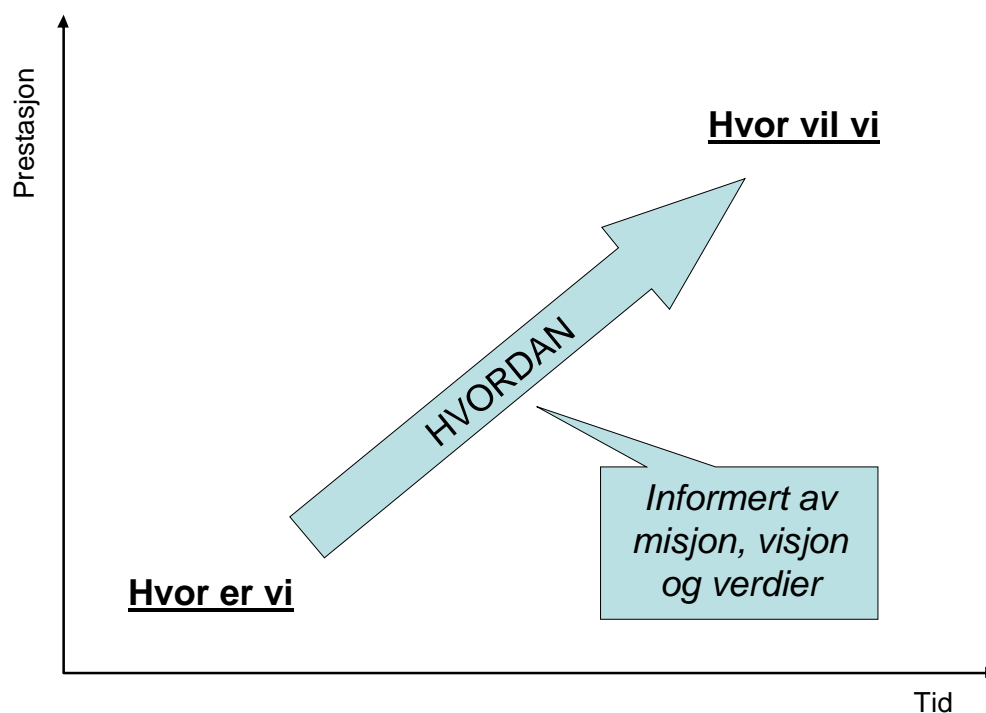
	St. Olav	HMN	Karolinska	Vejle
<b>Misjon</b>		<i>"På lag med deg for din helse"</i>	<i>"Pasienten alltid først"</i>	<i>"Sammen om sundhed"</i>
<b>Visjon</b>			Framtidens sjukvård genom vetenskap och utveckling	Sygehus Lillebelt – en rejse verd
<b>Verdier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helhet</li> <li>• Respekt</li> <li>• Likeverd</li> <li>• Medbestemmelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trygghet</li> <li>• Respekt</li> <li>• Kvalitet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompetent</li> <li>• Internasjonell</li> <li>• Nyttänkende</li> <li>• Delaktig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultater</li> <li>• Ekspertise</li> <li>• Nærvær</li> <li>• Dialog</li> <li>• Dynamikk</li> </ul>

Ifølge Senge gir en felles visjon:

- Fokus
- Mål
- Energi
- Muligheter
- Forpliktelser

Hvis man skal holde seg til teorien omkring lærende organisasjoner forstår jeg det slik at hvis man overhodet skal kunne tilnærme seg å være en lærende organisasjon må man utvikle evne og arenaer for å kunne stille grunnleggende spørsmål ved sin egen virksomhet. De helt grunnleggende spørsmålene vil være dem som knytter seg til misjon, visjon og verdier, og en strategiprosess må ta sitt utgangspunkt her.

I essens kan en strategiprosess illustreres slik:



Ved Karolinska er det skjedd en videre konkretisering overordnet slik det framgår av denne matrisen

Perspektiv	Samfunn og "kunde"	Medarbeidere	Prosess/utvikling	Økonomi
Nå-situasjonen				
Fokusområder				
Aktiviteter				
"Mine utfordringer"				

### **Mal for en strategiprosess**

Målsetningen med en strategiprosess i klinikken må være at den blir så konkret at man kommer ut med klare mål og handlingsplaner for den tidsperioden strategien omfatter. For en organisasjon som er lite vant med strategiarbeid er det antagelig fornuftig at tidshorisonen settes relativt kort, 2-3 år.

Hvor omfattende selve prosessen skal gjøre må bli gjenstand for diskusjon. En fullstendig prosess er beskrevet av Fjalestad og har følgende momenter:

#### **1. Forstå omgivelsene**

- Hva er drivkreftene
- Omgivelsenes utvikling og forventning
- Struktur- og oppgaveendringer?
- Usikkerhet?

#### **2. Fastlegg strategisk ambisjon**

- En overordnet forestilling om hvor man vil – konkret!
- Om x år skal vi være...
- Om x år skal vi ikke være...

#### **3. Konkretiser et framtidsbilde**

- Hva betyr ambisjonen konkret, (men på høyt nivå) langs sentrale dimensjoner for utvikling av organisasjonen

#### **4. Analyser nåsituasjonen**

- I lys av framtidsbilde og ambisjon
- Fokuserte, konkrete og nyttige analyser
- SWOT-analyse

#### **5. Lag en "strategisk trapp"**

- Grupper utviklingsaktivitetene
- Planlegg "bakover" med utgangspunkt i ambisjonen
- Fastlegg forutsetningene for å nå ambisjonen

#### **6. Fastlegg "strategiske imperativer"**

- De store endringene som må skje for å bevege seg mot ambisjonen

#### **7. Fastlegg strategiske mål**

#### **8. Definer en portefølje av prosjekter**

- Prosjekter
- Aktiviteter

- "Endringskart" (grafisk illustrasjon av hvordan prosjekter/aktiviteter bidrar til hovedlinjene, gruppert i tid).

### **9. Etabler en handlingsplan**

- Prosjekter konkretiseres og tildeles en leder som får ansvar for å lage planer og budsjetter
- Mangel her er viktigste grunn til at strategier forblir luftige planer!

### **10. Etabler et oppfølgingssystem**

- Hovedgrunn nummer 2 til at strategier strander!
- Ledelsesfokus
- Oppfølging over lang tid

### **11. Mobiliser for endring**

En alternativ tilnærming er å gjøre prosessen senariobasert, altså at man utvikler et antall mulige scenarier for perioden og med utgangspunkt herfra gjør sine valg. Behovet for konkretisering og oppfølging blir ikke mindre med dette, men en slik tilnærming vil kanskje tvinge en til å tenke bredere eller "mer ut av boksen".

## ***Ledelse og gjennomføring av en strategiprosess***

Dette er et forprosjekt som ikke har som mål å framlegge en detaljert plan for gjennomføring av en strategiprosess, det vil være en del av forberedelsene til selve strategiprosessen. Noen momenter, metoder og verktøy i tillegg til det som er nevnt ovenfor tas likevel med her.

- Hensikten for en organisasjonsutviklingsprosess må klargjøres:
- Forpliktende forankring i klinikkledelsen
- Utpeke en leder (prosjektleder) for strategiprosessen.
- Vurdere behovet for ekstern hjelp
- Rekruttere interesserte medlemmer til en strategigruppe (ikke bare ledere) som legger struktur og har ansvar for gjennomføring.
- Skape arenaer for involvering som tjener som "tilbakehøstingsarena" for strategigruppen.

### **Mulige metoder i prosessen (Klev og Levin har flere gode kapitler om dette)**

- Organisasjonsanalyse
- Søkekonferanse
- Læringshistorier
- Verdenskaffe (kafedialog)
- Allmøte
- Enhets/avdelingsvise temadager

### **Noen nyttige verktøy**

4x4 matrise kan brukes i mange sammenhenger og med ulike verdier avhengig av problemstilling

-

# Forslag til tiltak for å forbedre resultater i en avdeling

Resultat av gruppearbeid oppsummert av Mariann Hval, NTP

Tiltak	Høy/vanskelig	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Noe må man bare bestemme, eks "omlegging til 4 team"</li> <li>•"Vi skal ha en dreining fra døgn til dag"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nye felles IT løsninger</li> <li>•Strømlinjeforme pasientforløp</li> <li>•Fagutvikling</li> <li>•Jobbe på tvers kultur/ fleksibilitet i pleiegruppen</li> <li>•Store endringer som involverer alle medarbeidere</li> <li>•Oppgaveguidning</li> <li>•Kulturbygging/ felles holdninger i endringsprosesser</li> </ul>
	Lav/enkel	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Engasjere medarbeidere i kreative prosesser, og så innen økonomi</li> <li>•Måle aktivitet, visualisere for medarbeidere</li> <li>•Opprette faggrupper/ strategigrupper</li> <li>•Etablere fagmøter</li> <li>•Stille spørsmålstegn ved etablerte rutiner/ praksis ved prøvebestillinger (blod/rgt,"pakker" )</li> <li>•og andre serviceavdelingfunksjoner</li> <li>•Etablere kostnadsbevissthet</li> <li>•Vurdere logistikk sammen, eks redusert lagerhold ved samdrift/ sammenslåing av enheter</li> <li>•Legge om til aktivitetsbase rt turnus (uke r/års perspektiv)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Enkle arealtilpasninger på rom</li> <li>•Hensiktsmessige flyttinger innen eget areal</li> <li>•Investeringer til Medisinsk teknisk utstyr over en viss pris</li> </ul>

Kort sikt  Lang sikt

Tid

## SWOT (eller SOFT)-analyse

<p><b>STYRKE (Strength)</b></p> <p>Hvilke sider ved din nåværende virksomhet er organisasjonens styrke, og hvordan kan du best utnytte og vedlikeholde disse styrkene?</p>	<p><b>MULIGHETER (Opportunities)</b></p> <p>Hvilke sider ved din virksomhet innebærer nye muligheter i fremtiden, og hva bør du gjøre for å utnytte disse mulighetene?</p>
<p><b>SVAKHETER (Weaknesses)</b></p> <p>Hvilke sider ved din nåværende virksomhet har feil eller svakheter, og hva kan du gjøre for å rette på disse svakheterne?</p>	<p><b>TRUSLER (Threats)</b></p> <p>Hvilke fremtidige forhold innebærer trusler for din virksomhet, og hva bør du gjøre for å strå bedre rustet til å møte disse truslene?</p>

STYRKE	MULIGHETER
SVAKHETER	TRUSLER

Oppsummert må en strategiprosess komme ut med en klargjøring av klinikkens misjon, visjon og verdier. Det må foreligge en formulering av hvor man vil på kort og lengre sikt. Strategiske imperativer må være påvist og man må få en konkretisering i form av handlingsplaner og prosjekter.

Strategien må også være kommuniserbar på en god og enkel måte slik tabellen som er en modifisering av verksamhetsplanen fra Karolinska

Perspektiv	Pasientbehandling	Medarbeidere	Forskning og kvalitet	Effektivitet	Samhandling
Ambisjon					
Nå-situasjonen					
Strategiske mål					
Aktiviteter					
"Mine utfordringer"					

Dette må danne rammen for enhetenes planer og aktiviteter. For oppfølging må det defineres relevante kilder for data som kan fungere for styring og feedback til enhetene. Det som måles må favne bredere enn kun økonomi og aktivitet, spesielt viktig er det å få inn mål som representerer kvalitet og andre "myke" aspekter ved virksomheten.

### **Kilder**

Klev og Levin: Forandring som praksis. Fagbokforlaget 2009

Løwendal og Wenstøp: Grunnbok i strategi. Cappelen 2010

Collins: Good to great. Universitetsforlaget 2002

Heldal: Cross-boundary relations. Doktoravhandling NTNU 2008:268

Yukl: Leadership in organisations. Pearson 2010

Øystein Fossen: Upublisert foredrag til NTP kull 9, 2010

Moldjord, Nordvik og Gravråkmø (red): Militær ledelse og de menneskelige faktorene. Tapir 2005

Rupert Smith: The utility of force. Penguin 2006

Glaubermann og Mintzberg: Managing the Care of Health and the Cure of disease. Health Care Manage Rev, 2001, 26(1), 56-92

Choi, S, et al: Executive management in radical change – The case of the Karolinska University Hospital merger. Scandinavian Journal of Management (2010)

<http://fjalestad.no/Resources/StrategiproesserGuide.pdf>

[http://www.innovasjon Norge.no/Fylker\\_fs/Nordland/Vedlegg%201%20Strategisk%20kompetans eutvikling%20%20-%20analyseverkt%C3%B8y.doc](http://www.innovasjon Norge.no/Fylker_fs/Nordland/Vedlegg%201%20Strategisk%20kompetans eutvikling%20%20-%20analyseverkt%C3%B8y.doc)

<http://www.karolinska.se/PageFiles/33680/V-plan%20Anestesi16mars.pdf>

<http://www.karolinska.se/OM/patientsakerhet/>

[http://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/RHF/kontorverktoy/RHF-ledelsen/Ledersamling%20februar%202008/Dokumentbibliotek/1/Verdier.ppt#257,1,](http://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/RHF/kontorverktoy/RHF-ledelsen/Ledersamling%20februar%202008/Dokumentbibliotek/1/Verdier.ppt#257,1) HELSE MIDT-NORGES VERDIFUNDAMENT HONNØRORD ELLER REELT INNHOLD?