

# “Sykehus i nettverk”

Samarbeid og kompetanseutvikling i offentlig sektor

**MAN 50511 Strategisk Ledelse**

Innleveringsdato 20. juni 2021

Stuedsted:

Handelshøyskolen BI, Oslo

Forfattere

Mari Havdal Sollie, Svein Oskar Frigstad og Elin Stjernholm

**Innhold**

Sammendrag .....	3
1.0 Innledning.....	4
2.0 Teori.....	6
2.1 Ressursbasert teori (RBT) .....	6
2.1.1 VRIO.....	8
2.1.2 Dynamiske kapabiliteter .....	9
2.1.3 Kunnskapsstyring og innovasjon.....	10
2.2 Teoretiske perspektiver på verdiskapning i strategiske allianser.....	10
2.2.1 Ressursavhengighetsteori .....	12
2.2.2 Agentteori .....	13
3.0 Metode .....	14
3.1 Kartleggingens utgangspunkt .....	14
3.2 Valg av metode .....	14
3.3 Undersøkelsesstrategi .....	15
3.4 Analyse av data.....	16
3.5 Avgrensning av utvalget .....	16
4.0 Analyse .....	17
4.1 Strategisk tenkning i offentlig sektor.....	17
4.2 Analyse av interne forhold.....	19
4.2.1 Ressursanalyse.....	19
4.2.2 Aktivitetsanalyse.....	24
4.3 Analyse av eksterne forhold.....	28
4.3.1 PESTEL .....	28
4.3.2 Interessentanalyse .....	30
4.4 Nettverksperspektiv .....	34
4.5 Oppsummering av analysen.....	36

## MAN 50511 STRATEGISK LEDELSE

5.0 Strategiske alternativer og valg .....	37
5.1. Diskusjon .....	37
5.2.1 Opplæringscenter for screening .....	38
5.2.2 Strategiske allianser .....	39
5.2.3 Nasjonal kompetansetjeneste .....	39
5.3 anbefaling .....	40
6.0 Implementering .....	40
6.1 Forankring av strategiske valg .....	40
6.2 Forutsetninger for en vellykket implementering .....	40
6.2 Posisjonering .....	41
6.3 Tilnærming til endringsprosessen .....	42
6.4 Samarbeid .....	43
6.4.1 Læring i allianser .....	43
6.4.2 Tillit .....	44
6.5 Kultur .....	44
6.6 Ledelse og forankring .....	44
6.7 Medvirkning og involvering .....	45
6.8 Implementeringsplan .....	46
7.0 Avslutning og konklusjon .....	46
Referanser .....	47
Vedlegg .....	50

## Sammendrag

Bærum Sykehus har opparbeidet solid kompetanse innen screening for tarmkreft ved at de har ledet et pilotprosjekt siden 2012. Det er besluttet at det skal innføres et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft. Problemstillingen er å undersøke hva som skal til for at sykehuset skal videreutvikle sin posisjon som ledende kompetansemiljø innen screening for tarmkreft. Den strategiske utfordringen ligger i ønsket om å innta en sentral rolle i det nasjonale screeningprogrammet. Målet med prosjektoppgaven er dermed å kartlegge hvordan avdelingen best kan posisjonere seg for å ta en ledende posisjon innen fagutvikling, kompetanse og organisering av screening.

For nærmere å belyse problemstillingen har vi utledet forskningsspørsmålene om Bærum Sykehus er godt nok rustet alene, eller om sykehuset bør samarbeide med andre for å oppnå posisjonen. Videre ser vi på hvordan et samarbeid med andre eventuelt kan bidra til dette og hvilke samarbeidsformer som kan være aktuelle.

Vårt råd til ledelsen blir derfor at sykehuset fremmer søknad om å bli formell kompetansetjeneste innen screening for tarmkreft. Gjennom søknadsprosessen vil sykehuset fremme sin posisjon, og for å være aktuell bør avdelingen videreutvikle strategiske samarbeid med forskningsmiljø tilknyttet universitetssykehusene, leverandører og andre helseforetak. Veien til å bli formell kompetansetjeneste er imidlertid lang og vil kreve bred involvering og forankring. Vi anbefaler derfor en sekvensiell implementeringsprosess med klare delmål underveis.

Ved å bygge et nettverk av strategiske allianser, kan Bærum sykehus samarbeide om bedre utnyttelse av ressurser og integrasjon av verdiskapning. En formell status som kompetansetjeneste vil sikre renommé, et høyt nivå av kunnskapsutvikling som skaper varige fortrinn.

## 1.0 Innledning

### Bakgrunn

Bærum sykehus (Vestre Viken HF, klinikk Bærum sykehus) har siden 2012, sammen med Sykehuset Østfold HF, hatt ansvar for et stort pilotprosjekt organisert av Kreftregisteret for å kartlegge hvordan screening mot tykktarmskreft bør gjennomføres. Det er vist at slike forebyggende undersøkelser kan redusere sykkelighet og dødelighet av tarmkreft, og det er politisk besluttet at screening gradvis skal innføres over hele landet over en periode på fem år. Oppstart var planlagt i 2020, men er utsatt til høsten 2021. Det foregår nå forberedelser og kartlegging av hvordan dette skal organiseres og hvordan økonomiske midler skal fordeles.

Vestre Viken består av fire sykehus eller klinikker (Bærum, Drammen, Ringerike og Kongsberg) og er et av de største helseforetakene i Helse Sør-øst (HSØ). HSØ er det største av de fire regionale helseforetakene i Norge, med nær 80.000 ansatte.

Regionen omfatter nesten 3 millioner innbyggere i fylkene Viken, Oslo, Innlandet, Agder, Vestfold og Telemark. HSØ består av 11 helseforetak. Helseforetakene har ansvaret for spesialisthelsetjenester til befolkningen, og er eid av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Opptaksområdet til Bærum Sykehus er en befolkning på om lag 200.000 tilhørende Asker og Bærum kommune. Gjennom pilotprosjektet har Bærum Sykehus opparbeidet en betydelig kompetanse i planlegging, gjennomføring og kunnskapsutvikling innen screening for tarmkreft. Resultater fra pilotprosjektet på Bærum Sykehus har ledet frem til beslutning i HSØ om valg av metode og infrastruktur for nasjonal screening for tykktarmskreft. Påvisning av blod i avføringen er en enkel test som kan avdekke kreft i tykktarmen eller forstadier til dette. Ved positiv test utføres deretter tarmundersøkelse med koloskopi (tarmkikkert). Hensikten er å oppdage og behandle kreft eller forstadier (polypper) tidlig, for å redusere sykkelighet og dødelighet.

Innføringen av et nasjonalt screeningprogram vil utgjøre en stor utfordring for kapasiteten i sykehusene rundt omkring i landet. Dette gjelder både lokaler, medisinsk utstyr, og ikke minst bemanning, rekruttering og opplæring. Rekruttering av spesialister i fordøyelsessykdommer er utfordrende da utdanningskapasiteten i Norge har vært for lav i forhold til en økende etterspørsel av tarmundersøkelser.

Bærum sykehus har samarbeidet tett med Kreftregisteret og HSØ om opplæring gjennom Endoskopiskolen, med eget kurscenter som ble etablert på sykehuset i 2019. Bærum Sykehus har til nå vært et screeningsenter i kraft av å ha gjennomført pilotprosjektet. Pilotprosjektet har medført en betydelig økning i antall tarmundersøkelser utført ved sykehuset i forhold til antall som utføres ved andre sykehus av tilsvarende størrelse. Ved screening er det viktig for oppnåelse av helsegevinst at kvaliteten på undersøkelser er av høy standard med minst mulig ubehag for deltakerne, og at relevante funn avdekkes og behandles på en riktig måte. Tarmundersøkelser kan i seg selv utføres på de fleste sykehus, men det er ved Bærum Sykehus opparbeidet stor erfaring og kunnskap om hvordan best mulig kvalitet oppnås og videreutvikles i alle trinn av både diagnostikk og behandling.

### **Strategisk utfordring**

Bærum sykehus har etablert et sterkt kompetansemiljø innen screening for tarmkreft. Det er viktig å ta tak i og videreutvikle denne posisjonen for å hindre at kompetanse og posisjon tapes over tid. Et ledende kompetansemiljø oppnås i samarbeid og konkurranse med andre. Hensikten med å videreutvikle kompetansemiljøet er å være en faglig spydspiss, sikre rekruttering, bedre kvaliteten i hele forløpet, redusere uønsket variasjon i tilbudet, forbedre omdømmet og få tilført økonomiske ressurser. Målbevisst innsats på flere områder anses nødvendig for å videreutvikle en slik posisjon. I prosjektoppgaven ønsker vi gjennom ulike analyser å kunne gi råd om hvilke strategiske valg ledelsen bør ta og hvordan disse skal implementeres for å oppnå målet. Vi har formulert følgende problemstilling:

### **Hvordan kan Bærum Sykehus videreutvikle sin posisjon som ledende kompetansemiljø innen screening for tarmkreft?**

Problemstillingen er generell og åpen, og vi finner det derfor hensiktsmessig å belyse den gjennom noen utvalgte forskningsspørsmål. Ut ifra disse utleder vi relevant teori som danner grunnlag for videre analyser og diskusjon.

**Forskningsspørsmål:**

1. Er Bærum Sykehus godt nok rustet alene, eller bør sykehuset samarbeide med andre for å oppnå posisjon som ledende kompetansemiljø?
2. Hvordan kan et samarbeid med andre bidra til dette og hvilke samarbeidsformer kan være aktuelle?

## **2.0 Teori**

Problemstillingens utgangspunkt er hvordan Bærum Sykehus kan videreutvikle og beholde sin posisjon som kompetansemiljø. Det teoretiske rammeverket danner grunnlaget for hvilke strategiske analyser vi skal gjennomføre for å gi oss nødvendig informasjon til å starte den strategiske diskusjonen.

### **2.1 Ressursbasert teori (RBT)**

Ressurser og kapabiliteter er grunnleggende byggesteiner for en organisasjons konkurransestrategi (Thompson, 2017). Det er derfor viktig i strategiutformingen at ledere kan gjenkjenne ressursmessige eller organisatoriske evner for å vurdere organisasjonens komplette ressurser og evner. En ressurs er en økonomisk eller produktiv faktor som kreves for å utføre en aktivitet (Penrose, 1959), mens en kapabilitet er organisasjonens kapasitet/evne til å anvende ressurser for å oppnå ønskede sluttresultater (Helfat & Lieberman, 2002).

Edith Penrose blir av mange betegnet som mor til det ressursbaserte perspektivet. I hennes bok "The Theory of the Growth of the Firm" (Penrose, 1959) karakteriserer hun hvordan man kombinerer ressursene i en organisasjon og hvordan rekombinasjonsmuligheter er strategiske handlinger som gjør at ikke godt utnyttede ressurser (inkludert ressurser med negativ effekt i dag), gjennom strategiske tiltak kan endres til at de øker i verdi ved riktig bruk. Andre bidragsytere er Birger Wernerfelt og Jay Barney (1991). Wernerfelt (1984) setter, gjennom sitt ressursbaserte syn virksomhetens tilgjengelige ressurser i sammenheng med mulighet for å oppnå konkurransefortrinn, noe som blir betegnet som et supplement til Porters (1985) noe ensidig syn på at konkurransefortrinn kun kan oppnås gjennom

## MAN 50511 STRATEGISK LEDELSE

markedsposisjonering. Det ressursbaserte perspektivets forståelse av konkurranse hviler på flere viktige punkter for å oppnå fortrinn. *Imperfekt konkurranse* går ut på at noen selskaper er bedre til å møte kundens behov enn andre, og at det er mange ulike tilbydere. Dette kan gjøre det vanskelig å få full tilgang på informasjon, noe som fører til at det skapes informasjons-asymmetri (Barney, 2015). Penrose (1959) ressursbaserte forståelse av konkurranse er at bedrifter er sammensatt av ressursbunter som er unike for et halvert firma. Videre betegner hun kryssfunksjonelle kapabiliteter som unike ressursbunter, noe som gjør dem svært viktig å identifisere, siden disse buntene kan utgjøre de mest konkurransedyktige eiendeler selskapet besitter.

Barney (1991) fremhever at det foreligger to essensielle forutsetninger for RBT *Ressursheterogenitet* (forskjellige og sjelden) hvor antagelsen om at hver enkelt virksomhet har ulike bunter av ressurser og kapabiliteter som er bundet ulikt fra andre virksomheter innen samme markedssegment. *Ressursimmobilitet og ikke-substituerbare ressurser* (vanskelig å kopiere) er antakelsen at virksomheter med andre ressursbunter vil oppleve at det er kostbart å utvikle eller skaffe seg de samme egenskapene. Kunnskap og kompetanse bygget opp over mange år kan være et eksempel på dette, og i mange tilfeller kan dette være nærmest umulig å kopiere. Dette kan gi virksomheter fortrinn ovenfor andre som kan betegnes som langvarige. Med andre ord vil en unik «bunt» av ressurser og kapabiliteter forklare hvorfor noen organisasjoner vinner frem i konkurransen og andre ikke. Trekker man linjene lengre bakover er Selznick (1957) distinktive kompetanser et bidrag som beskriver hvordan ledelse trekkes frem som en viktig ressurs som bidrar til ressursheterogenitet, og hvor man skiller mellom “her og nå fokus” (beslutningstakere) og “de lange linjene” (transformasjonsledelse). Ser man enda lengre tilbake fremhevet Ricardo allerede i 1817 at noen har tilgang til ressurser som gir konkurransemessige fortrinn ved at andre ikke har tilgang til samme ressurs(er) betegnet som Ricardian fortjeneste. (Ricardo 1817).

For å identifisere organisasjonens ressurser, er det fornuftig å dele dem inn i to hovedkategorier; materielle og immaterielle eiendeler (Thompson, 2017). Materielle



## MAN 50511 STRATEGISK LEDELSE

ressurser kan lettere identifiseres gjennom at de er konkrete, kan tas på eller kvantifiseres; *Finansielle* (penger, lånekapasitet, aksjer), *Fysiske* (fabrikk, utstyr, naturressurser, eiendom), *Teknologiske* (systemer, patenter, rettigheter) og *Organisatoriske ressurser* (kommunikasjons- og kontrollsystemer).

Immaterielle ressurser er de *Usynlige* (incentiver, relasjoner, renommé, kultur) og de *Menneskelige* (kunnskap, ferdigheter, evne til å kommunisere og samarbeide, motivasjon) som er vanskeligere å oppdage, men også den ressursen som ofte får mest fokus i det ressursbaserte perspektivet, fordi de er vanskelig å kopiere. De immaterielle ressursene ses ofte på som de mest interessante, blant annet fordi de gir rekombinasjonsmuligheter, som betyr at de ikke er godt nok utnyttet og kan brukes på andre måter (Penrose, 1959), hvilket igjen betyr at de kan øke i verdi ved riktigere bruk.

### 2.1.1 VRIO

Det mest kjente verktøyet for å analysere virksomhetens ulike ressurser og kapabiliteter for å finne interne styrker og svakheter, er VRIO (Barney, 2015). I VRIO-rammeverket stiller man følgende fire spørsmål i analysen: 1) Har organisasjonen verdifulle ressurser og kapabiliteter? 2) Er ressursene og kapabilitetene sjeldne? 3) Er de vanskelige å kopiere? 4) Er de godt organisert? For å kunne passere første spørsmål - **Verdifull** – må ressursen/kapabiliteten være direkte relevant for virksomhetens strategi og gjøre organisasjonen mer effektiv enn konkurrentene. Spørsmålet her er om ressursen eller kapabiliteten klarer å utnytte en mulighet eller nøytralisere en trussel (Barney, 2015). Dette er en styrke om svaret på spørsmålet er ja, og svakhet om svaret er nei. Neste er å vurdere om ressursen er tilgjengelig hos mange eller et fåtall. En **sjelden** ressurs finnes kun hos et fåtall virksomheter innen samme bransje.

En virksomhet med verdifulle og sjeldne ressurser og kapabiliteter, hvor inngangsbarrierene for andre aktører er **vanskelig å kopiere**. Eksempler som kan være vanskelig å etterligne er kunnskap, samarbeid, kultur, personlige relasjoner og renommé som ofte vokser naturlig frem og etableres i bunter slik beskrevet over. For å realisere potensialet er det avgjørende å **organisere** virksomhetens ressurser og kapabiliteter på en slik måte at man kan oppnå konkurransemessige fortrinn.

## MAN 50511 STRATEGISK LEDELSE

Som eksempel er kontrollsystem, kunnskapsdeling, rapportering og belønningssystemer komplementære ressurser og kapabiliteter som vil kunne gi ønsket effekt om de fungerer godt sammen. Det er ikke tilstrekkelig at ledelsen har gode strategier for sikre verdifulle ressurser, som er sjeldne og vanskelig å kopiere og organisert på en god måte. Det er viktig å være klar over at det fulle potensialet for konkurransefortrinn først kan hentes ut om hele organisasjonen spiller på lag. VRIO rammeverket er noe omdiskutert fordi det vurderer enkeltstående ressurser isolert, og den tar ikke høyde for kompleksitet og at ressursene er avhengige av hverandre (Huemer, 2021, forelesning).

Ressursbasert teori handler om organisasjonenes evne til å lede virksomheten i dag og i morgen på en mer effektiv måte, og viser til allsidighet (ambidexterity) som viktig (O'Reilly, 2011). Dynamiske kapabiliteter, innovasjon og kunnskapsbasert syn på virksomheter er andre felt som er viet mer interesse innen ressursbasert teori.

### **2.1.2 Dynamiske kapabiliteter**

Kapabiliteter er kapasitet for handling og omfatter mer enn aktiviteter, og kan således plasseres mellom ressursen og aktiviteten (Helfat og Winter 2011). Det kjennetegnes ved at man utnytter ressursene man har gjennom kontinuerlig forbedring ved at man gjør det samme, men smartere og bedre enn før. Dynamiske kapabiliteter er kapasiteten organisasjonen har som formål å skape, modifisere eller utvide sin ressursbase (Teece, 2016). Kvaliteten på organisasjonens dynamiske kapabiliteter står sentralt, og hvordan ressursene forvaltes i dag vil få konsekvenser for kvaliteten på ressursene i morgen. Det er mer komplekst å identifisere de kapabiliteter som i all hovedsak er kunnskapsbaserte, hvor den intellektuelle kapitalen er bosatt hos den enkelte ansatte og i selskapets systemer, prosesser og rutiner. Det gjør det også mer krevende å kategorisere selskapets evner, men det kan gjøres ved å ta utgangspunkt i identifiserte ressurser eller selskapets funksjoner.

Læring i organisasjonen står sentralt for å sikre utvikling. Det bidrar til organisasjonens evne til strategisk endring, tilpasning og innovasjon. Operasjonelle og dynamiske kapabiliteter er drivkreftene bak bruk av ressurser og utvikling av ressurser (Kvålshaugen, Hydle, & Brehmer, 2015).

### **2.1.3 Kunnskapsstyring og innovasjon**

Strategisk fornyelse er organisasjonens evne til å gjøre justeringer i den strategiske retningen som er nødvendig for å forbli konkurransedyktig (Crossan, 1999). Læring handler om å lære av erfaring som fører til atferdsendring eller nye måter å gjøre ting på. For en organisasjon er det viktig å ta tak i ressursene man har, for så å kombinere dem på nye måter. Innovasjon og utvikling kommer fra det vi allerede gjør nå, hvor vi gjennom modifisering og fornyelse søker å finne nye konsepter, prosesser, teknologier og relasjoner (Kvålshaugen et al., 2015).

En lærende organisasjon oppnås når alle medarbeidere bidrar til å både skape, tilegne seg og dele kunnskap (Garvin, 2008). Vi kan si at en lærende organisasjon har et kreativt og proaktivt forhold til fremtiden og baserer kunnskapsstyringen på tre byggesteiner: støttende læringsomgivelser, konkrete læringsprosesser og praksis, samt lederatferd som forsterker læring (Garvin, 2008). Et støttende læringsmiljø har flere viktige egenskaper: psykologisk trygghet, anerkjennelse av forskjeller, åpenhet for nye ideer og tid for refleksjon (Garvin, 2008).

Tilgang på kunnskap blir sett på som en stadig viktigere årsak til å inngå allianser (Becerra 2008). Motivasjon er viktig. Dersom vi har et aktivt læringsmål, vil vi lettere se nytten av samarbeid og allianser. Uten en slik motivasjon, vil et samarbeid raskt bli mindre fruktbart (Lunnan og Nygaard, 2011).

### **2.2 Teoretiske perspektiver på verdiskapning i strategiske allianser**

Strategiske allianser kan defineres som et varig, frivillig arrangement mellom to eller flere bedrifter som innebærer bytte eller utvikling av produkter, ressurser, service, eller teknologi (Gulati, 1998). Hensikten med en allianse er å forbedre konkurranseposisjonen ved å dele ressurser (Lunnan og Nygaard, 2011). Det er en aktivitet, et strategisk valg man tar for å opprettholde konkurransefortrinnet. Man skiller ofte mellom kontraktsbaserte (ikke-eierskapsbaserte) (lisensiering, franchising, langsiktige forhold) og eierskapsbaserte (joint venture og swaps) allianser, og de kan være både horisontale og vertikale (Lunnan og Nygaard, 2011). En horisontal allianse er en allianse mellom konkurrenter, mens en vertikal allianse er et samarbeid mellom

## MAN 50511 STRATEGISK LEDELSE

en bedrift og en kunde, eller en bedrift og bedriftens leverandør (Lunnan og Nygaard, 2011). Strategiske allianser kan beskrives ut ifra ulike teoretiske perspektiver, om de bygger på økonomisk eller atferdsmessig tankegang. Økonomiske modeller vil være mest opptatt av økonomisk utbytte og vil prøve å forutse hvilken type allianse som kan gi det beste økonomiske resultatet. Atferdsteoretiske modeller er mer opptatt av læring eller legitimitet (sosialt utbytte) som utfall (Lunnan og Nygaard, 2011).

Når tre eller flere organisasjoner samarbeider på en annen måte enn som et rent transaksjonsforhold og jobber sammen mot et felles mål, kan de danne en allianse, et partnerskap eller et nettverk. Deres felles strategi kan betegnes som en nettverksstrategi (Wit, 2020). Allianse kan tilføre bedriften ressurser og kompetanse, men uten at bedriften er klar over hvilke ressurser og hvilken kompetanse som skal prioriteres i bedriftens strategi, blir det også vanskelig å vite hvilken partner man skal velge og hvordan alliansen skal organiseres (Lunnan og Nygaard, 2011). Man må være klar over interorganisatoriske forhold mellom de ulike partene i alliansen, hvor sterke relasjonene er og hvordan disse kan påvirke de strategiske valgene (De Wit, 2020, Lunnan og Nygaard, 2011).

Strategiske allianser i offentlig virksomhet bør bidra til økt læring, kunnskap og kompetanse som kan føre til at organisasjonen løser samfunnsoppdraget bedre. Samarbeid kan bidra til bedre utnyttelse av ressurser, tilgang til kompetanse og integrasjon av aktiviteter og styrke posisjonen (Wit, 2020). Samarbeid kan også begrense kontrollen med virksomhetene og med prioriteringen av ressurser på tvers av organisasjoner eller områder (Meyer og Norman, 2019).

Ved partnervalg er det tre spørsmål som er viktig å kartlegge (Kale, 2009).

*Komplementaritet*, får begge partene det de egentlig trenger? *Kompatibilitet*, er strategiene til partene forenelige? *Involvering*, hvor stor grad av forpliktelse er det mellom partene? (Kale og Singh, 2020). Dersom et firma velger en komplementær, kompatibel og engasjert partner ved dannelse av en allianse, tar relevante valg med hensyn til alliansedesign, kontraktmessig eller relasjonell styring, er det mer sannsynlig at alliansen lykkes (Kale og Singh, 2020).

Spillteori kan brukes for å forstå hvordan aktørene oppfører seg overfor hverandre i utviklingen av en allianse (Brandenburger og Nalebuff, 1995). Allianser kan sees på som et spill der utbyttet av juks kan være større enn utbyttet fra samarbeid. Dette kan medføre at partene ikke samarbeider fullt ut (Das, 2000).

Alliansens suksess avhenger av effektiv bruk av relevante koordineringsmekanismer for å styre gjensidig avhengighet mellom aktørene, samt en vellykket utvikling av tillit mellom partnerne etter hvert som alliansen utvikler seg (Kale and Singh, 2020).

### **2.2.1 Ressursavhengighetsteori**

Ressursavhengighetsteori kan bidra til å belyse hvordan organisasjoner reduserer avhengighet til omgivelsene og den usikkerheten det kan medføre (Hillman, 2009). Teorien tar utgangspunkt i at organisasjoner befinner seg i et åpent miljø avhengig av ressurser eller betingelser som andre i utgangspunktet kontrollerer (Pfeffer & Salancik, 1978). En bedrift eller organisasjon kan være avhengig av ressurser som for eksempel investeringer, råvarer, tjenester eller kunnskap fra andre (Lunnan og Nygaard, 2011). Teorien fremhever viktigheten av å redusere avhengigheten av andre ved å kontrollere eller kunne påvirke tilgjengeligheten til nødvendige ressurser (Ulrich & Barney, 1984). Videre anerkjenner teorien hvordan en institusjon eller bedrift må tilpasse seg og gjøre endringer for å minimere uønskede effekter av avhengighet av sentrale ressurser og øke egen innflytelse over ressurser som andre bedrifter kan være avhengige av (Hillmann, 2009). Det å avdekke og kartlegge slike avhengighetsforhold kan være avgjørende for å forstå hvordan ledere og bedrifter handler, og teorien har derfor fått mye oppmerksomhet innen organisasjonsteori.

En inngående forståelse av en slik avhengighet og dynamikk kan være høyst relevant også innen offentlig virksomhet. Tjenester som andre leverer, kan være nødvendige for å gjennomføre ønskede endringer i egen organisasjon. Dersom slike ressurser er begrenset, kan det medføre at strategien må endres underveis. Omvendt kan det være slik at dersom tjenesten ikke etterspørres, kan tilbudet begrenses. Forskning og kunnskap kan også være ressurser som institusjoner gjensidig kan være avhengig av. Politisk styring og reguleringer og hvordan en institusjon forsøker å påvirke slike

faktorer omtales også innenfor ressursavhengighetsteorien (Pfeffer and Salancik, 1978). Institusjoner kan for eksempel forsøke å påvirke myndigheter til å endre lovverk som bedrer egen tilgang på ressurser eller begrenser tilsvarende for andre.

Organisasjoner eller institusjoner kan redusere avhengigheten av andre på flere måter. Innen næringslivet kan dette for eksempel være vertikal integrasjon eller oppkjøp, representasjon der beslutningene fattes, politisk påvirkning og interne tilpasninger til hvordan slike ytre faktorer skal håndteres (Pfeffer and Salancik, 1978). En allianse kan være en metode en organisasjon kan bruke for å skaffe seg kontroll over kritiske ressurser (Lunnan og Nygaard, 2011). Ressursavhengighetsteorien kan på denne måten øke forståelsen av hvordan samarbeid oppstår og kan fungere mellom komplementære aktører og konkurrenter i et verdinettverk (Brandenburger og Nalebuff, 1995).

### **2.2.2 Agentteori**

Kontrakter og styringssystemer kan redusere opportunistisk adferd i allianser (Lunnan og Nygaard, 2011). Agentteori beskriver forholdet mellom en prinsipal (eks ledelsen i alliansen) og agent (eks en leverandør) (Eisenhardt, 1989). Agenten utfører oppgaver på vegne av prinsipalen, og agenten skal ivareta prinsipalens interesser. Teorien forutsetter at mennesket er en rasjonell aktør som søker å maksimere sin egen nytte, og prinsipal-agentforholdet blir definert som en kontrakt mellom aktørene (Eisenhardt, 1989). To typer informasjonsasymmetrier kan føre til problemer relasjonen;

- Skjult informasjon der agenten bevisst holder tilbake relevant informasjon for prinsipalen. Dette kan føre til skjev utvelgelse (adverse selection) som f.eks en samarbeidspartner holder tilbake informasjon som er relevant i den hensikt å utnytte samarbeidet til egen nytte.
- Skjulte handlinger kan oppstå når prinsipalen ikke har mulighet til å observere agentens handlinger. Aktører kan for eksempel bevisst hindre eller redusere sin innsats eller bryte intensjonene i kontrakten etter at alliansen er inngått, noe som kan lede til moralsk hasard (Lunnan og Nygaard, 2011).

Agentteori handler om hvordan kontrakten mellom partene kan fungere som en kontrollmekanisme, for å beskytte prinsipalens interesse fra å bli misbrukt av de andre aktørene (agentene). Prinsipalen monitorerer og kontrollerer at den overordnede strategien blir fulgt opp på riktig måte på det operative nivået. For å unngå interessekonflikt og opportunisme, kan man gjøre visse tiltak for å minimere risiko og øke sjansen for at agent og prinsipal har fellesinteresser (Eisenhardt, 1989).

### **3.0 Metode**

#### **3.1 Kartleggingens utgangspunkt**

For å kartlegge problemstillingen nærmere har vi tatt utgangspunkt i tilgjengelige data om screening og hvordan dette er planlagt implementert ved helseforetakene i HSØ. Vi har valgt å avgrense kartleggingen til Bærum sykehus sin posisjon i HSØ, siden hver helseregion har ansvar for innføringen av screeningprogrammet i sin region. I tillegg har Vestre Viken allerede en etablert rådgivende rolle for HSØ i denne prosessen ved deltakelse i ulike prosjektgrupper.

#### **3.2 Innsamling av bakgrunnsdata**

Vi har innhentet tilgjengelig bakgrunnsinformasjon om tarmkreftscreening fra flere kilder. Nøkkeltall fra HSØ og Regional utviklingsplan er hentet fra hjemmesiden til HSØ (<https://www.helse-sorost.no>). Kvalitetsmanual for screening for tarmkreft, informasjon om det nasjonale screeningprogrammet og Endoskopiskolen er hentet fra hjemmesiden til Kreftregisteret (<https://www.kreftregisteret.no>). Organisasjonskart, utviklingsplan og informasjon om Vestre Viken er hentet fra helseforetakets hjemmeside (<https://www.vestreviken.no>). Kvalitetsdata har vi hentet fra Gastronet, det nasjonale kvalitetsregisteret for gastrointestinal endoskopi (<https://www.sthf.no>). I tillegg har vi fått innsyn i prosjektbeskrivelser, medarbeiderundersøkelser, møtereferater og handlingsplaner internt fra Bærum sykehus.

#### **3.2 Valg av metode**

Valg av metode skal ta utgangspunkt i problemstillingen vi ønsker å undersøke (Grennes 2004). Forskningsspørsmålet skal videre være retningsgivende for hvilke

personer eller situasjoner som skal studeres, hvilke metoder som benyttes og hvordan analysen utføres (Dalland 2017). Gjennom dybdeintervju av nøkkelpersoner innenfor og utenfor organisasjonen ønsket vi å innhente ytterligere informasjon som kunne belyse problemstillingen. I intervjuguiden (vedlegg 2) utarbeidet vi spørsmål for å kartlegge om sykehuset alene er godt nok rustet eller om samarbeid med andre skal til for å oppnå ønsket posisjon, og eventuelt på hvilken måte samarbeid kan bidra til å oppnå dette.

Kvalitativ metode legger vekt på beskrivelse og fortolkning av data som kan observeres, men ikke kvantifiseres (Grennes 1994). Dette i motsetning til kvantitativ metode som baserer seg på innhenting av målbare data som kan analyseres statistisk og underbygge fakta (Dalland 2017). Kvalitative data kan innhentes som dybdeintervju, fokusgruppe, gjennomgang av dokumenter eller en case-studie. Vår metode kan ses på som en case-studie hvor dybdeintervju er hovedkilden til informasjon om den strategiske problemstillingen.

### **3.3 Undersøkellesstrategi**

Et dybdeintervju kan være strukturert eller ustrukturert. Et strukturert intervju baserer seg på ferdig definerte spørsmål, og ofte vil det bli gitt svaralternativer innenfor gitte rammer. Et slikt intervju vil i stor grad være styrt av den eller de som leder intervjuet. Et ustrukturert intervju vil være mer som en samtale uten et manuskript. Det mest effektive anses ofte å være et såkalt semi-strukturert intervju med mer åpne spørsmål (Brod M et.al 2009). Et slikt dybdeintervju baseres på spørsmål som er forberedt på forhånd, med mulighet for å gå i dybden ut ifra svarene som blir gitt (Dalland 2017). Vi valgte en slik intervjuteknikk, og videre foretok vi et utvalg av spørsmål til ulike informanter ut ifra hvor lang tid vi hadde til rådighet og hvilke problemstillinger den enkelte informant kunne belyse.

Det er ofte ansett som en fordel med opptak av intervjuet, slik at den eller de som foretar intervjuet kan sette søkelys på selve samtalen. En slik metode gir mulighet for å få en dypere forståelse av problemet og innsikt i erfaringer, kunnskap, tanker og følelser den som intervjues har om problemstillingen. Dette kan lede frem til nye



hypoteser og danne utgangspunkt for videre undersøkelser og vurderinger. Etter samtykke fra informantene, foretok vi opptak av alle intervjuene som gjorde at vi kunne ettergå det vi hadde oppfattet og gå nærmere inn i hva som egentlig ble sagt.

### **3.4 Analyse av data**

Kvalitativ metode er nyttig når det man skal undersøke bare kan forstås i en gitt kontekst. Utgangspunktet er åpenhet for at alle funn som avdekkes og at ingenting på forhånd er gitt. Det finnes ikke bare en sannhet, men subjektive data som tolkes i en gitt sammenheng. Denne fremgangsmåten er en styrke når ulike interesser kan påvirke svarene som blir gitt, noe som var viktig å ta hensyn til i våre analyser.

### **3.5 Avgrensning av utvalget**

Gjennom intervju med enkelte nøkkelpersoner ønsket vi å belyse ulike perspektiv på prosessen, og hva disse mener er kritisk å få på plass for å lykkes. Utvalget av informanter baserte vi på en analyse av interessenter, agenter og maktstrukturer i og utenfor organisasjonen. Nøkkelpersoner er således valgt ut på grunn av deres rolle eller kunnskap i prosessen, eller fordi de på annen måte anses viktige for å belyse problemstillingen. Spredning i utvalget skal sikre mulighet for å finne nye og relevante data gjennom intervjuene (Repstad 1998). Antall informanter kan begrenses av muligheten til å få ytterligere relevant informasjon eller av andre faktorer som for eksempel tilgjengelig tid, finansiering og villighet til å delta i intervju. Vi gjennomførte dybdeintervju med 13 informanter, og alle forespurte informanter aksepterte invitasjonen om å delta. Både interne og eksterne informanter ble intervjuet. Tabell (vedlegg 1) viser fordeling og ulike roller informantene har i forhold til sykehuset.

### **3.6 Pålitelighet og troverdighet**

Den kvalitative metode har flere utfordringer og svakheter. Det kan være viktig å ta høyde for effekten den eller de som leder intervjuet har på informanten, for eksempel en tendens til å gi svar som oppfattes som foretrukne eller ønske om å fremstå mest mulig positiv (Bauhoff 2011). Dette er relevant siden en av masterstudentene i prosjektgruppen er leder for seksjon for fordøyelsessykdommer og gjennom det

hadde kjennskap til og en rolle i forhold til flere av informantene. Dette kan i noen grad ha preget svar fra informanter, men også ha bidratt til mulighet for mer inngående spørsmål i intervjusituasjonen. Utvalget som intervjues kunne gjennom analysene vise seg å ha vært mangelfullt, eller tolkningen av resultater kan påvirkes av prosjektgruppens egne oppfatninger av problemstillingen (Yin 1994). Vi har etter beste evne forsøkt å korrigere for dette i prosjektgruppen ved at de to andre i prosjektgruppen ledet intervjuer der det var en klar rapporteringslinje. Vi har også gjennomgått alle intervjuer sammen for å hente ut informasjon til våre analyser.

### **3.7 Personvern og databehandling**

Alle dybdeintervjuer ble gjennomført etter skriftlig samtykke. Prosjektet involverte ikke pasienter, men brukerne ble involvert ved at representant for en pasientforening ble intervjuet. Helseopplysninger eller annen sensitiv informasjon ble ikke samlet. All informasjon i analysen er anonymisert og konfidensielt behandlet gjennom alle ledd av prosjektet. Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD-21/258553) og forankret lokalt ved Bærum Sykehus med godkjenning fra avdelingsledelsen (21/03833) og tilrådning fra personvernombudet i Vestre Viken (21/04199-1/005).

## **4.0 Analyse**

I dette kapittelet gjennomfører vi en analyse de empiriske data som ble samlet gjennom intervjuene i vår casestudie, i tillegg til innsamlede data fra andre kilder. Data hentet fra intervjuene er forankret i teoriens kjerneområder. For å belyse problemstillingen, kartlegger vi både interne og eksterne forhold som kan ha betydning for mulige strategiske valg. Både interne og eksterne interessenter som i ulik grad kan påvirke strategiske muligheter, er viktige kilder til informasjon for å avklare det strategiske problemet. Ulike former for samarbeid eller strategiske allianser kan være viktige for å videreutvikle og beholde en slik posisjon.

### **4.1 Strategisk tenkning i offentlig sektor**

Utgangspunktet for å utforme en strategi for mange virksomheter i offentlig sektor er ikke bare å analysere omgivelsene med hensyn til hvem som er de sterkeste

## MAN 50511 STRATEGISK LEDELSE

nåværende og mulige konkurrentene. Formålet er å utlede en strategi på hvordan man best skal løse samfunnsoppdraget (Meyer og Norman, 2019). Sentrale strategidokumenter legger føringer for prioriteringer i helseforetakene. I visjonen for HSØ heter det at det skal gis gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det. De tre nasjonale verdiene som dette bygges på er kvalitet, trygghet og respekt (HSØ, visjon 2035). Ensidig fokus på posisjonering og konkurranse, kan medføre at betydningen av å utvikle tillit og nettverk for langsiktig samarbeid og utvikling overses (Johnsen, 2015). Hvordan det i en organisasjon tenkes om posisjonering og konkurranse er viktig også for mange offentlige institusjoner, og ikke bare hvordan egen organisasjon er organisert (Johnsen, 2015).

Helse Sør-Øst skal følge opp endringene i system for nasjonale tjenester, jf. omtale i Prop. 1 S (2020-2021), herunder legge rammene for nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk og etablere nasjonalt servicemiljø med regionale noder. I Nasjonal helse- og sykehusplan (2021) står det at regjeringen vil lage et nasjonalt nettverk for fagrevisjoner i sykehus så fagfolk kan studere og lære av hverandre. Det må legges til rette for utvikling og utveksling av kompetanse mellom helseforetak. (HSØ, regional utviklingsplan 2035). Med utgangspunkt i vår problemstilling vil refleksjon om posisjon og konkurranse være aktuelt, men også hvordan Bærum sykehus kan samarbeide og danne nettverk.

Det kom frem fra flere intervjuer at det foreligger et maktspill internt i Vestre Viken mellom Bærum Sykehus og Drammen Sykehus vedrørende funksjoner, areal og økonomi, som er faktorer som har betydning for ressurser, rennommé og fagutvikling. En representant fra ledelsen forteller *“Bærum Sykehus hadde egen strategiplan frem til 2020. I forbindelse med oppstart av ny strategiperiode fikk Bærum Sykehus beskjed fra Vestre Viken om at enkeltsykehus ikke skal ha egen strategiplan, kun egen handlingsplan i forholdet til den overordnede strategiplanen”* og videre *«Det er viktig at Bærums’ interesser er dekket av den overordnede strategiplanen til Vestre Viken»*.

## 4.2 Analyse av interne forhold

### 4.2.1 Ressursanalyse

I dette delkapittelet ser vi nærmere på ressurser Bærum Sykehus innehar for å kartlegge disse opp mot problemstillingen og forskningsspørsmålene i lys av ressursbasert teori. I offentlig sektor er en ressurs viktig når den bidrar til å oppfylle samfunnsoppdraget, og ved kartlegging av ressurser i offentlig sektor er formålet å finne hvilke ressurser som behøves for å skape verdi for befolkningen (Meyer og Norman, 2019). De ulike ressursene og kapabilitetene som kontrolleres, kan betegnes som kilder til konkurransefortrinn og deles inn i fire kategorier; finansielle-, fysiske-, menneskelige- og organisatoriske (Barney og Hesterly, 2015).

#### **Finansielle ressurser**

For å gjennomføre en strategi må det finnes et finansielt handlingsrom. Finansielle ressurser i offentlig sektor er hovedsakelig finansiert over statsbudsjettet gjennom rammer og videre prioriteringer i årlige tildelingsbrev (Meyer og Norman, 2019). Lønnsmidler er den største driftskostnaden i helsevesenet (Brekke, 2017).

Bærum sykehus har siden 2012 fått tildelt øremerkede midler til screening utover ordinære rammebevilgninger. Dette har gitt rom for ekstra stillinger for både leger, sykepleiere og helsesekretærer. Økte finansielle ressurser har vært utnyttet til å utdanne flere legespesialister og endoskopisykepleiere. Når pilotprosjektet nå gradvis fases ut, reduseres disse inntektene. Imidlertid tildeles fortsatt øremerkede midler fra HSØ for å opprettholde kompetanse innen screening frem til det nasjonale screeningprogrammet starter.

Flere av informantene fra ledelsen viser til at en av utfordringene ved å satse på utdanningsaktiviteter, er at de ikke gir inntjening. Opplæring av leger og sykepleiere som skal utføre screeningundersøkelser tar tid. En lege som skal lære å utføre en tarmundersøkelse, må ha en overlege til stede hele tiden de første 3-6 måneder. Det har vært nødvendig med ekstra finansielle ressurser for å drive opplæring i den skala som Bærum Sykehus har gjort siden 2012. Videre viser sekundærdata at forskningslønn er lavere enn klinikklønn. Informant fra faglig ledelse trakk spesielt

frem denne rammebetingelsen som en utfordring i forhold til å rekruttere leger til forskning. *“Lik klinikk lønn og forskningslønn er helt avgjørende for å lykkes med å utvikle forskningsaktivitetene”.*

### **Fysiske ressurser**

De fysiske ressurser er håndgripelige eiendeler som bygninger, maskiner og utstyr. Tarmundersøkelser gjennomføres på seksjon for fordøyelsessykdommer som tilhører Medisinsk avdeling. Sykehuset har fem endoskopirom hvorav to rom ble direkte finansiert av øremerkede midler tilknyttet pilotprosjektet. Når nasjonal screening skal innføres, er det beregnet behov for ytterligere ett endoskopirom, og øremerkede midler fra HSØ er allerede satt av til dette. Her har Bærum Sykehus hatt et fortrinn fremfor andre sykehus ved at de allerede har bygget ut kapasiteten med to rom mer enn det i forhold til hva som er forventet av et sykehus av samme størrelse.

Til tross for dette, fremhever flere informanter, representert ved den faglige ledelse at romkapasitet og areal er en løpende utfordring, med følgende sitat: *“Kniving om rom og arealer på Bærum Sykehus er gjentakende kamp, vi har imidlertid mer romkapasitet til screening enn andre innen helseforetaket (Vestre Viken).*

For at et screeningprogram skal gi ønsket helsegevinst er man avhengig av at mange nok deltar, noe som betyr at oppmøte er essensielt. Sykehusets lokasjon og en smidig brukerreise har betydning. En av informantene ansvarlig for administrasjon av screeningen nevnte følgende: *“Screeningdeltagere har uttrykt stor glede over at Bærum Sykehus har lagt til rette for gratis parkering nær inngangen.”*

Bærum sykehus har god tilgang på medisinsk teknisk utstyr. Gjennom pilotprosjektet har sykehuset fått direkte støtte til innkjøp av flere endoskop som brukes i undersøkelsene. Likevel er det årlige prioriteringer av behov for nytt utstyr og fornyelse av eksisterende utstyr hvor behov må prioriteres opp mot behov ved andre avdelinger ved sykehuset. Gjennom intervju med legene fremkom det at moderne utstyr innen kunstig intelligens og beslutningsstøtte har vært testet ut på avdelingen i forbindelse med screeningprosjektet. Informanter fra ledelsen trakk spesielt frem dette. Leverandøren vektlegger at de gjerne kan tenke seg å samarbeide tettere med

Bærum sykehus for å prøve ut nytt utstyr, være referansesykehus og en samarbeidspartner om kurs.

### **Menneskelige ressurser**

Egenskaper de ansatte besitter slik som kunnskap, erfaring, intelligens og nettverk er menneskelige ressurser. Kunnskap og kompetanse er mulige kilder til konkurransemessig fortinn (Barney, 1991).

Det er ansatt syv overleger og tre leger i spesialistutdanning ved seksjonen. Det er en overvekt av overleger sammenliknet med tilsvarende avdelinger, noe som tyder på høy intern kompetanse og muligheter for fokus på veiledning og opplæring. I tillegg har enheten 10 årsverk sykepleiere og tre årsverk helsesekretærer. Avdelingen har siden 2012 doblet antall leger og sykepleiere for å kunne gjennomføre undersøkelser og veilede opplæring uten at det skal gå utover andre helsetilbud. Et utvidet fagmiljø med tilføring av menneskelige ressurser har gitt en spin-off effekt med mer forskning. Kun to leger fra avdelingen har fått opptak som PhD studenter ved Universitetet i Oslo på prosjekter tilknyttet screeningprosjektet, selv om flere har hatt mulighet. Alle involverte leger har dessuten deltatt som medforfattere i vitenskapelige publikasjoner med utgangspunkt i forskningsdata som er samlet som en del av prosjektet. Videre fremhevet ledere for både leger og sykepleiere at *«dersom screening skal kunne gjennomføres uten at det går utover andre helsetilbud, er det avgjørende å ha tilgang på nødvendige ressurser som også gir rom for fagutvikling og opplæring»*.

Flere av våre informanter viser til Tarmkreftprogrammets kvalitetsmanual (<http://kreftregisteret.no>) som angir tydelige føringer for hva det vil si å være kompetent personell, og følgende sitat ble gitt av en av legene ved seksjonen: *“man skal ha spesielle kunnskaper og kvalifikasjoner for å få lov til å drive med screening”*. Kvalitetsmålene er utviklet av Kreftregisteret, basert på vitenskapelige studier og klinisk erfaring, og godkjent av HSØ. Sertifisering oppnås ved å gjennomføre kurs i regi av Endoskopiskolen og regelmessig gjennomgang av data rapporteres til Gastronett (nasjonalt kvalitetsregister for endoskopi) ([www.sthf.no/gastronet](http://www.sthf.no/gastronet)). I intervju med en av legene som har ansvar for opplæring,

fremkom at alle leger ansatt ved avdelingen oppfyller de nasjonale anbefalingene for å kunne jobbe med screening for tarmkreft.

Det fremkom videre fra intervjuene at Bærum sykehus har noen nøkkelpersoner med unike ressurser, hvor en av informantene representert ved faglig ledelse anga det slik: *“Leger ved Bærum Sykehus har gode resultater i nasjonalt kvalitetsregister som står seg godt internasjonalt”*. En representant fra oppdragsgiver hadde følgende utsagn: *“Bærum sykehus har opparbeidet seg en enorm kompetanse innen screening”*.

Informant med lederansvar viser til at sykepleiere ved Bærum Sykehus er tilfredse med sin arbeidsplass. *«Medarbeiderundersøkelsen i 2021 viser at det er en høy tilfredshet blant våre medarbeidere og vi har et historisk lavt sykefravær.»*

Medarbeiderundersøkelsen 2021 blant leger, viser at opplevelse av knapphet på ressurser synliggjort gjennom høy arbeidsbelastning er en utfordring. Imidlertid skårer legene høyt på teamarbeidsklima og engasjement, opplæring og veiledning, søkelys på pasientsikkerhet, samt at de har en utbredt oppfatning av at medisinske feil blir håndtert riktig. Videre har analysen avdekket at ansatte ved Bærum Sykehus har opparbeidet høy endringskapasitet gjennom pilotprosjektet. For å kartlegge en organisasjons endringskapasitet trekker Meyer & Stensaker (2011) i boken med tittelen samme tittel “Endringskapasitet” frem tre dimensjoner: ledelsens endringsmobilisering, den ansattes respondering på endring og organisasjonens etablerte strukturer og rutiner (Meyer & Stensaker 2011).

Gjennom intervjuene har det kommet frem et engasjement og dedikasjon fra nøkkelpersoner og faglig ledelse, i kombinasjon med deres evner til å synliggjøre at arbeidet som utføres har stor samfunnsmessig verdi, har resultert i at jobbengasjement og interesse for læring som har utvidet kapasiteten for endring og skapt en god læringskultur. Følgende sitat ble gitt av informant tett på organisasjonen *“Arbeid i piloten har vært nybrottsarbeid, hvor justeringer og endringer har ligget til den daglige agendaen. Lederne har lyktes med å skape interesse for å stå i endringer. Våre rutiner og prosesser har vært dynamiske”*. Kunnskapsstyring og systemer for læring kan være et utgangspunkt for strategiske muligheter (Orlikowski, 2002).

I sykehus er knapphet på menneskelige ressurs og tidsbegrensninger et dilemma man daglig står ovenfor, og som skaper utfordringer i balansen mellom drift og utvikling (O'Reilly, 2011). En informant beskriver dette på følgende måte: *“Gjennom pilotprosjektet har vi lært oss å finne gode metoder for opplæring av ansatte som ikke har gått på bekostning av daglig drift. Dette har vi lyktes med ved at ansatte er drillet på endringer gjennom omorganisering, ny teknologi og endrede arbeidsprosesser”*.

Flere informanter fremhevet at rekruttering og opplæring av egne ansatte skaper kompetansen. Representant for oppdragsgiver bekreftet at det er fortsatt kapasitetsutfordringer og mangel på ferdige spesialister. En informant med lederansvar utrykte også at *«det er vanskelig å rekruttere og beholde kompetent personell i en situasjon hvor vi ligger geografisk nær universitetssykehusene som kan tilby bedre arbeidsordninger og høyere lønn.»*

### **Organisatoriske ressurser**

Måten ressursene er organisert på og hvordan enkeltindivider samarbeider er organisatoriske ressurser. Under organisering ligger også hvordan prosesser planlegges, koordineres og kontrolleres, hvilke relasjoner de ansatte har internt og eksternt, samt organisasjonens renommé, lojalitet og dedikasjon og ikke minst hvordan kulturen er (Thompson, 2017).

Det kommer frem fra intervjuer med ledelsen samt leger og sykepleiere at Bærum Sykehus gjennom piloten har utført nybrottsarbeid på mange områder innen screening for tarmkreft. Intervjuene viser at det er lagt ned et betydelig arbeid med organisering av Bærum Sykehus' ressurser. *«Kommunikasjon, tallgrunnlag og faktabaserte beslutninger er nøkkelen til at vi har lyktes.»* Hospitering benyttes i noen grad, hvorav det kom frem i flere av intervjuene at leger som har hospitert på andre sykehus innad i Helse Sør-Øst hvor følgende uttalelse kan nevnes spesielt *“Etter å ha hospitert på flere sykehus i HSØ har jeg sett at ressursene på Bærum Sykehus er organisert og utnyttet ressurser på en annen måte enn andre sykehus, hvor Bærum Sykehus organisering fremstår mer helhetlig og strukturert med det resultat at man får gjennomført flere endoskopier og brukeropplevelsen blir bedre”*. En ytterligere



## MAN 50511 STRATEGISK LEDELSE

presisering kom frem i intervjuet med den samme informanten *"Vi håper alle andre skal bli like gode som oss"*.

Videre trekker flere av informantene, representert ved flere yrkesgrupper og faglig ledelse, stolt frem at Bærum sykehus er eneste sykehus i Norge som er ISO sertifisert. Dette betyr at sykehuset er sertifisert i ledelse og leveranse av spesialisthelsetjenester, herunder utredning, diagnostikk og behandling i akutte og elektive pasientforløp, undervisning, forskning og fagutvikling. Det stilles høye krav til en organisasjon for å oppnå en slik sertifisering, og det betyr at det arbeides systematisk med kvalitetssystemer, prosedyrer og organisering.

••• VESTRE VIKEN						
Bærum Sykehus RESSURS - Screening	Verdifull	Sjelden	Vanskelig å kopiere	Godt organisert	Styrke ● Svakhet ●	Kommentar
Øremerket finansiering	JA	JA	NEI	JA	●	Paritet
Forskerlønn	JA	JA	NEI	NEI	●	Ulempe
Fysiske (rom, teknisk utstyr)	JA	JA	JA	JA	●	Varig fortrinn
Kompetanse - screening	JA	JA	JA	JA	●	Varig fortrinn
Kompetanse - opplæring	JA	JA	JA	JA	●	Varig fortrinn
Kompetanse - forskning	JA	JA	JA	NEI	●	Fortrinn
Endringskapasitet	JA	JA	JA	JA	●	Varig fortrinn

### 4.2.2 Aktivitetsanalyse

For å identifisere organisasjonens verdiskapning analyseres verdikonfigurasjonen (Stabell, 1998). Her er det viktig å bryte ned virksomheten i de underliggende verdiskapningsaktivitetene og identifisere de kritiske drivkrefter som former verdiskapningen (Stabell, 1998). Verdikonfigurasjoner som skaper verdi gjennom problemløsning, blir av Stabell & Fjellstad (1998) betegnet som et verdiverksted. Et screeningprogram har elementer av både verdikjede og verdiverksted.

For oppgavens problemstilling er det imidlertid mest relevant ikke å isolere aktivitetsanalysen kun til gjennomføringen av selve tarmundersøkelsen og organiseringen av denne, men å se på hele aktivitetssettet knyttet til seksjonens systematiske arbeid med screening. Verdiverksted har fem primæraktiviteter, som er gjentakende og avbruddbare, samt fire sekundæraktiviteter, også kalt støtteaktiviteter.

## MAN 50511 STRATEGISK LEDELSE

Navnet til tross, så ser man ofte i verdiverksted at støtteaktivitetene i stor grad opptrer i et samspill med primæraktivitetene.

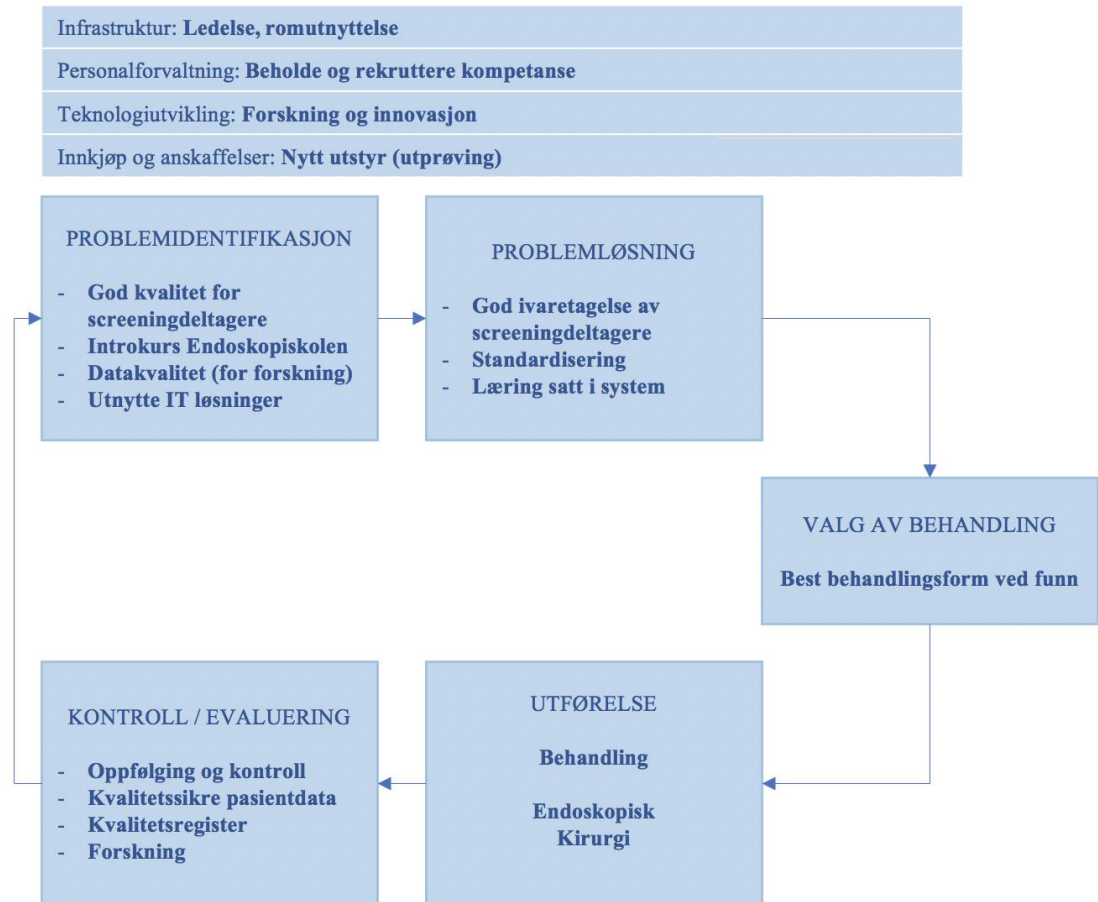
**Primæraktivitetene** består av å undersøke deltagere i screening for å utelukke eller avdekke positive funn. Videre krever et positivt funn en vurdering om man kan behandle endoskopisk eller ved kirurgi. For at screeningen skal være vellykket er det viktig å finne polypper som ubehandlet kan utvikle seg videre til kreft i tarmen. Videre har Bærum sykehus forsket og opparbeidet seg mye erfaring innen avanserte prosedyrer for å kunne fjerne slike polypper skånsomt og fullstendig som en del av selve screeningundersøkelsen. Dette har ført til en raskere problemløsning, effektivitet og kvalitet.

Samstemthet mellom aktivitetene svært viktig (Michael E. Porter, 1985).

Pilotprosjektet har vist at godt og helhetlig arbeid med å tenke helhetlig og samkjøre aktivitetene på en god måte har gitt verdi for screeningdeltagerne og sykehuset. Kompetansen ligger i både organisering og gjennomføring, opplæring og fagutvikling samt valg av riktig behandling. En av legene fremhevet at *«screening vil uten riktige behandlingsvalg medføre økt antall operasjoner av polypper som ellers kunne ha blitt fjernet endoskopisk. Unødvendige operasjon som dette kan medføre risiko for at en del av helsegevinsten ved screening går tapt, slik man har sett i andre land»*. Derfor ser vi at det er viktig at aktivitetene er satt sammen på en måte som sikrer en slik helhetlig tankegang og verdiskapning.

Videre har Bærum sykehus drevet forskning og innovasjon (utprøving av nytt utstyr, nye behandlingsmetoder og kunstig intelligens som beslutningsstøtte) aktivt i de daglige aktivitetene med det hensende å kunne tilby den best mulige screening. Dette har ført til at Bærum sykehus har fått en aktiv rolle inn i opplæring av endoskopører fra andre sykehus. I intervju kommer det frem at volum (antall undersøkelser) er viktig for å sikre erfaringsgrunnlag for opplæring av nye leger, men også for å videreutvikle kunnskap innen avansert behandling. **Sekundæraktiviteter** som aktivt kan benyttes inn mot primæraktivitetene er oppsummert i modellen nedenfor.

## Verdiverksted



Ved kartlegging av aktivitetssettet kom det frem fra flere av informantene at «*screening er noe annet enn klinikk*», men at det er noe manglende aksept i fagmiljøet for at screening er noe fundamentalt annet enn tarmundersøkelser i ordinær klinisk praksis, representert med dette sitatet fra en av legene. «*Vi som har drevet med dette i endel år, vet at det er noen prinsipielle forskjeller. Den store forskjellen er at vi inviterer friske mennesker, fremfor å undersøke pasienter eller folk med lidelser eller problemer som de skal få løst. En utfordring flere informanter på ulik måte nevnte var at det er «God anerkjennelse for utdanningen, men lite anerkjennelse for viktigheten av at dette følges opp med endoskopisk behandling og ikke kirurgi der dette er mulig. Det finnes ikke en kvalitetsmanual for behandling, kun for diagnostikk og logistikk*».

Det er internasjonalt stor variasjon av hvor stor andel av inviterte som møter opp til screening for tarmkreft, kanskje undersøkelsen virker skremmende. Dette betyr at

## MAN 50511 STRATEGISK LEDELSE

deltageropplevelsen er viktig, undersøkelsen må være så smertefri som mulig, og det er helt andre krav til effektiv tidsbruk og ingen forsinkelser. Organisasjonen må være forberedt på å gjøre det på en ordentlig måte, hvor begrepet «deltagerreisen» representerer aktivitetssettet i større grad enn tidligere.

**Verdidriveren** rennommé er særdeles viktig i et verdiverksted Stabell og Fjeldstad, 1998). *«Bærum sykehus er avhengig av at lokalbefolkningen bruker sykehuset. Det gjør hvis de er stolte av det, hvis de føler seg trygge og hvis det er god kvalitet».* Informanten fra ledelsen presiserte videre at et strategisk mål for Bærum sykehus er at *«Folk skal vite at de får den aller beste behandling her».* Kompetanse innen læring gjennom Endoskopiskolen, rekruttering av stipendiater til forskning og PhD-studier, samt forfatterskap i publikasjoner, omdømme og stolthet av egen avdeling er andre sentrale verdidrivere. *«Leger som har fått opplæring ved Bærum Sykehus er ettertraktet».* Analysen har vist at det er sterke drivere hos ansatte til å utnytte sin kompetanse, og at det fokuseres mye på å organisere og lede aktivitetene best mulig. Det er ikke hver enkelt aktivitet som skaper verdi, men hvordan de er satt sammen. Lederinformant trakk frem at *«et godt organisert helsetilbud kan gi et godt omdømme».*

Konkurransefortrinn i verdiverksteder er sterkt knyttet til individene som arbeider der (Stabell og Fjellstad, 1998). Kunnskap og videre læring er spesielt viktig for verdiskaping (Løwendahl og Wenstøp, 2001). Høyt volum av undersøkelser og kompetansebygging gjennom pilotprosjektet, har gitt muligheter for økt verdiskapning gjennom utdanning, forskning og utvikling. En informant fra et eksisterende kompetansesenter i fagmiljøet fremhevet forskning og kompetansebygging som viktigst for å være ledende og uttalte videre at *«det må sikres nok deltakere til et tilstrekkelig volum, men det er ikke nødvendig å behandle alle pasientene».*

### 4.3 Analyse av eksterne forhold

Organisasjoner må ta hensyn til en rekke eksterne krefter og faktorer. Komponentene i det ytre miljøet er kilden til både trusler og muligheter for en organisasjon, så diagnostisering av nåværende og fremtidig situasjon er en viktig del av den strategiske styringsprosessen (Thompson, 2017). Man må også vurdere hvordan de forskjellige partene i det ytre miljøet samhandler med hverandre og hvilke nye utfordringer og muligheter dette kan skape. Organisasjoner opererer i et større miljø enn bare bransjen den opererer i (Thompson, 2017). Dette "makromiljøet" inkluderer syv hovedkomponenter: befolkningsdemografi, sosiokulturelle krefter, politiske, juridiske og regulatoriske faktorer, det naturlige miljøet, økologiske faktorer, teknologiske faktorer, generelle økonomiske faktorer og globale krefter (Thompson, 2017).

For vår oppgave er myndigheter og interessegrupper sentralt i analysen av problemstilling, og det er behov for å se på samarbeid og komplementære aktører, vi anser derfor bransjeanalysen som lite dekkende (M. E. Porter, 2008). Vi velger å se bort fra globale krefter, og har valgt å se på utvalgte elementer fra PESTEL-analysen i tillegg til interessentanalysen for å kartlegge komplementere aktører og nettverksperspektiv i henhold til verdiskapning.

#### 4.3.1 PESTEL

PESTEL benytter vi for å gi en oversikt over makroforholdene som har innflytelse på Bærum Sykehus (Løwendal og Wenstøp, 2010). Vi har valgt å utdype enkelte faktorer i PESTEL som er relevant for å avdekke hvordan ytre forhold påvirker eller gir føringer for Bærum Sykehus.

**Politiske faktorer** i det offentlige helsevesen henger nøye sammen med de økonomiske faktorene. Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helsetjenester (<https://www.regjeringen.no>). Styringen av helsevesenet forgår gjennom et omfattende lovverk, økonomiske bevilgninger, organisering i helseforetaksstruktur, offentlige etater og tilsynsmyndigheter. Staten eier de fire regionale helseforetakene.

## MAN 50511 STRATEGISK LEDELSE

Tradisjonelt har helsevesenet i Norge vært desentralisert, men etter helseforetaksreformen i 2002 ble styringsstrukturen mer sentralisert (Hagen, 2006). Dette medfører at beslutninger og prioriteringer i økende grad styres sentralt fra de regionale helseforetakene (Ringard, 2013).

Helseforetakene styres politisk via oppdragsdokumentet som presenteres av helseministeren årlig (HOD, Oppdragsdokumentet, 2021). Dette angir de store linjene i helsepolitikken og hvilke satsningsområder som gjelder. Screening for tykktarmskreft ble for første gang besluttet innført som helsetilbud i Norge i oppdragsdokumentet fra 2018. Hvordan samfunnsoppdraget skal løses styres av de regionale helseforetakene, og det er etablert regionale prosjektgrupper med representanter fra fagmiljøene i alle helseforetak. Prosjektgruppene har fått i oppdrag å utarbeide planer og retningslinjer for hvordan nasjonal screening skal gjennomføres.

**Økonomiske faktorer** i helseforetakene innebærer rammebevilgninger og innsatsstyrt finansiering (Meyer og Normann, 2017). Sistnevnte er en stykkprisrefusjon på utførte behandlinger i form av innleggelser og prosedyrer (Brekke, 2017). Til screening for tarmkreft er det dessuten de siste årene bevilget øremerkede midler direkte over Statsbudsjettet. Fordeling av midlene foretas av de regionale helseforetakene, og interne dokumenter vi har fått tilgang til viser at dette foretas etter Magnussen-modellen som skal sikre fordeling til de ulike helseforetak basert på opptaksområde (Meyer og Norman, 2017).

**Sosiale faktorer** kan ha betydning for screening. Demografiske endringer i befolkningen kan påvirke risikofaktorer for sykdom. I tillegg er det vist at sosioøkonomiske forhold kan påvirke deltakelse i screeningprogram (Bhargava, 2018). I Norge er det generelt stor tillit til helsesystemet. En slik tillitsbasert kultur kan ha betydning for deltakelse i screening med forventet økt deltakelse dersom dette er anbefalt gjennom et nasjonalt program. Tillit til kompetansen som foreligger ved det enkelte screeningsenter kan videre ha betydning for renommé og dermed deltakelse (Swärd, 2017).

**Teknologiske faktorer** er viktige i et screeningprogram. Spesielt fremheves viktigheten av utvikling og implementering av IT-løsninger som støtter opp under programmet. Dette er viktig for logistikk, kvalitetssikring, forskning, innovasjon og pasientsikkerhet. IT-løsninger i helsevesenet er kommet relativt kort i forhold til andre offentlige etater, men egne løsninger for screeningprogrammet som skal integreres med kvalitetsregistre og prøveresultater er under utvikling. Utvikling av ny teknologi som kan understøtte medisinske beslutninger, er velegnet for undersøkelser slik som endoskopi, som er basert på bildeteknologi. Kunstig intelligens eller andre former for beslutningsstøtte er allerede under utprøving og forventes integrert i forskning og utvikling innen screening for tarmkreft (Barua, 2020).

Enkelte **miljøfaktorer** kunne ha betydning som klima, vær, transport og valg av miljøvennlige løsninger, men vi ser ikke at dette er relevant for vår problemstilling. Vi har heller ikke satt søkelys på **regulatoriske faktorer** som for eksempel konkurranseregulering da dette i det offentlige styres av lovverk og anbudsordninger. Personvernregelverket er imidlertid relevant for deltakelse i forskning som er en viktig del av screeningprogrammet noe som også vil gjelde når screening innføres som et helsetilbud.

#### 4.3.2 Interessentanalyse

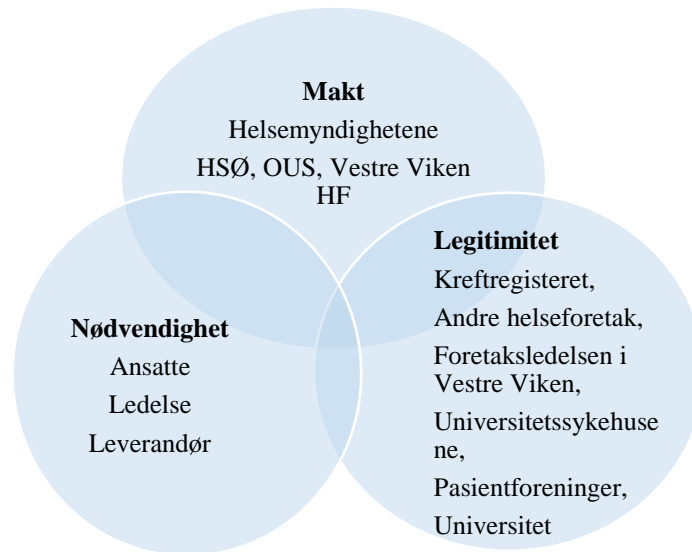
Moore's strategiske triangel beskriver viktige elementer av strategi i offentlig sektor (Moore, 1995). Offentlig virksomhets muligheter for endring er å benytte evnene organisasjonen har. Det er spesielt viktig å sikre politisk støtte og legitimitet på politisk nivå.

- Utover (Avdekke gode løsninger, "Verdiskaping")
- Oppover (Sikre politisk støtte)
- Innover (Sikre endringsmulighetene, fokus på evnene)

“The Principle of Who or What Really Counts” av Freeman (1994) er mye omdiskutert, men den belyser viktige spørsmål om hvem som er en organisasjons interessenter og ikke minst hvilke interessenter det er viktig å ta hensyn til.

Freedmans klassiske definisjon av en interessent (stakeholder) er “*Enhver gruppe*

eller person som kan påvirke eller påvirkes av oppnåelsen av organisasjonens mål” (Mitchell, 1997) diskuterer ulike definisjoner på interessenter, hva som kjennetegner disse og viktigheten av dem. De argumenterer for at man må ta hensyn til hvilke interessenter som har makt, oppfattelse av nødvendighet, legitimitet og hvordan interessentene kan påvirke organisasjonen. I vår analyse bruker vi modellen til Mitchell, Angle og Wood (1997) for å beskrive interessentene til Bærum sykehus og forholdet mellom dem.



### **Makt**

Flere av informantene nevnte viktigheten av forankring og maktstrukturer i intervjuene. Representanter fra ledelsen vektla at det er et «sterkt nettverksbehov». «Alle endringer må forankres hos klinikkdirektør og fagdirektør».

Ledere må være klar over enheter i miljøet som har makt og har til hensikt å pålegge organisasjonen sin vilje. I Vestre Viken er det fire sykehus. Drammen og Bærum sykehus er de to største, hvor det er et maktspill mellom sykehusene internt i helseforetaket vedrørende funksjoner, arealer og økonomi som har betydning for ressurser, renommé og fagutvikling. Hvert sykehus er ledet av en klinikkdirektør. I tillegg er fagdirektør helt sentral i alle vurderinger vedrørende fag og prioriteringer.

En representant fra sykehusledelsen understrekte at «Oslo Universitetssykehus (OUS) er Helse-Sørøst». Viktigheten av forankring og støtte fra OUS er videre gjennomgående i mange av intervjuene da det synes utvilsomt at universitetssykehuset har stor påvirkningskraft og makt. En part i et forhold har makt,



i den grad parten har eller kan få tilgang til tvangsmessige, utilitaristiske eller normative midler, for å innføre sin vilje i prosessen. Representanter fra ledelsen nevner i intervjuene at *«Bearbeidelser av ledelsen i helseforetaket er viktig for å sikre ressurser som areal.» «OUS er en tyngdefaktor. Hvis de er imot, kommer man ingen vei»*. Tilgangen til midler er en variabel, ikke en jevn tilstand, noe som er en av grunnene til at makt er forbigående. Makt kan vinnes så vel som tapes (Mitchell, 1997). Makt kan karakteriseres på flere måter. Det kan være makt over ressurser, rolle og plassering i et nettverk, formell, økonomisk og politisk makt eller andre kilder til makt. I følge Frooman, 1999, er det også viktig å kartlegge om aktørenes interesser er divergerende. Interessentanalysen er et viktig verktøy for å kartlegge interessentene og maktforholdet dem imellom. Maktskolens tenkning er interessant i offentlig sektor (Johnsen, 2015). I denne boken presenteres Mintzbergs maktskoler som beskriver hvordan makt også handler om uformell makt, som for eksempel om ulike typer maktspill som utøves på ulike nivåer både innen og mellom organisasjoner. En representant fra legegruppen beskriver at *«Henvisningskulturen tilsier at pasienter henvises til et universitetssykehus, noe som gjør det vanskelig, eller kanskje umulig, for Bærum å bli et behandlingssenter, til tross for at vi nok har den beste kompetansen.» «Toppledelsen i Vestre Viken har ikke god oversikt over kompetansen som finnes på Bærum.»*

Ledelse i offentlige organisasjoner, som for eksempel sykehus, må forholde seg til politiske endringer ved valg, posisjon og opposisjon, embetsverk og politisk ledelse (Meyer og Norman, 2019). I vår undersøkelse intervjuet vi også en fremstående helsepolitiker som gå oss nyttige innspill. *«Screening er ikke et politisk spørsmål, men et faglig spørsmål»*. *«Bærum må lage en god modell som andre kan lære av. Gode resultater trumfer alt»*. *«De må jobbe i fagsporet, og øke kompetansen»*. Han henviste til Nasjonal helse- og sykehusplan (<https://www.regjeringen.no>) og regjeringens ønske om samarbeid mellom aktører i helsesektoren. *«Sykehus i nettverk er et viktig uttrykk»* forteller han. Videre diskuterte vi også med han om det kunne være noen interessenter som kunne motsette seg at Bærum sykehus skulle være det ledende kompetansemiljøet for tarmkreftscreening. *«Ingen går i fakkeltog for Bærum»*. *«HSØ bestemmer, og hvordan helsetilbud gjennomføres faller inn under 'sørge-for-ansvaret' til de regionale helseforetakene»*.

### **Legitimitet**

Interesseorganisasjonens innspill kan både bidra og støtte arbeidet til ledere i offentlig virksomhet med å realisere samfunnsoppdraget, men de kan også utfordre grensene for samfunnsoppdraget og dermed gjøre det vanskeligere å gjennomføre endringer og prioriteringer (Meyer og Norman, 2019). Representanten fra en av pasientforeningene nevnte at «*Vi kan bruke vår makt og mulighet til å skape oppmerksomhet for å sikre lik behandling for alle i hele Norge, redusere uønsket variasjon, uansett lokasjon*». Tidlig involvering kan være gunstig, både for å høre interessegruppens syn på hvordan oppdraget blir utført og behovet for eventuelle justeringer eller endringer. Informanten sa videre at «*vi kan lage bråk dersom et godt tilbud til pasienter legges ned*», og kan på den måten være viktige støttespillere.

Ledere i offentlige organisasjoner må ifølge Meyer og Norman (2019) være spesielt oppmerksom på interessenter som får gjennomslag hos politikere og som mulig kan uthule samfunnsoppdraget og interessenter som kan motsette seg ønskede og planlagte endringer i virksomheten. Gjennom intervjuene kartla vi eventuell motstand hos interessentene mot at Bærum sykehus skulle ha en mer fremtredende posisjon innen screening for tarmkreft. Representanten fra pasientorganisasjonen er positiv til forslaget om å bygge opp kompetansemiljøet på Bærum. «*De fremste ekspertene samlet på et sted hvor man vil få den fremste ekspertisen er et godt tiltak. Dette vil kunne fremskaffe ny kunnskap, utvikle nye metoder og være en pådriver for veien videre*». Han hevder at hvor i Norge dette plasseres er ikke vesentlig, og «*ettersom Bærum har opparbeidet seg erfaringen med pilotprosjekter, er jo det en aktuell lokasjon*». Videre utdyper han at «*et kompetansemiljø må ikke ligge på et universitetssykehus, men et samarbeid med for eksempel UiO er jo nærliggende*».

### **Nødvendighet**

Forståelse for avhengighet av knappe ressurser er spesielt viktig i konflikter og forhandlinger, og ulike tiltak kan brukes for å unngå hindringer og etablere samarbeid for å sikre viktige ressurser og støtte. Ressursavhengighetsteorien kan øke forståelsen av hvordan samarbeid oppstår og kan fungere mellom komplementære aktører og konkurrenter i et verdinettverk (Brandenburger og Nalebuff, 1995). Videre beskriver

også teorien hvordan organisasjoner kan redusere avhengighet til omgivelser og usikkerheten det kan medføre (Hillmann, 2009). Gjennom intervjuene nevnes det nye sykehuset i Drammen som skal være klart om få år, men som allerede er underdimensjonert i forhold til behovet for flere screeningundersøkelser. *«Det vi ønsker å gjøre, må ikke oppfattes som en trussel for Drammen, men som en fordel for Vestre Viken. Samarbeid og utnyttelse av hverandres ressurser kan være en mulighet.»* Samarbeid mellom ulike aktører kan bidra til å oppnå felles gevinster. Intervjuene avdekket mange ulike samarbeidsformer som kan være aktuelle for Bærum Sykehus.

Samhandling mellom helsepersonell og leverandører er i utgangspunktet hensiktsmessig og ønskelig grunnet gjensidig avhengighet. Leverandører er avhengig av et samarbeid med leger for å foreta utvikling, forskning og klinisk utprøving av legemidler og medisinsk utstyr. Helsepersonell har behov for opplæring i bruk av legemidler og utstyr. Gjennom intervjuene våre kom det frem fra flere interessenter at et sterkere samarbeid med leverandører kan være aktuelt for å videreutvikle posisjonen som ledende kompetansesenter. Leverandøren nevnte i intervjuet at andre sykehus nok er mer ivrige til å delta på kurs og opplæring, samt at det stort sett er sykepleiere fra Bærum som deltar, ikke leger. Sykepleiergruppen nevner også dette i intervjuene, og de vektlegger nytten de har av et tett samarbeid med leverandører. *«Vi ville kanskje gått til et universitetssykehus først, eventuelt til Bærum sykehus dersom de er kompetansesenter».* Det kom opp forslag som blant annet at Bærum Sykehus kan være utprøvere av nytt utstyr i større grad enn de er i dag, være involvert i videreutvikling og bruk av kunstig intelligens for undersøkelser, samt være referansesykehus for leverandørene. Leverandøren så også for seg å videreutvikle kurs og opplæring i samarbeid med Bærum sykehus. I tillegg foreslo leverandørene å legge til rette for opplæringsmuligheter internasjonalt for å øke kompetansen hos norske gastroenterologer. *«Dette kan være en vinn-vinn situasjon for begge parter»*, mente leverandøren.

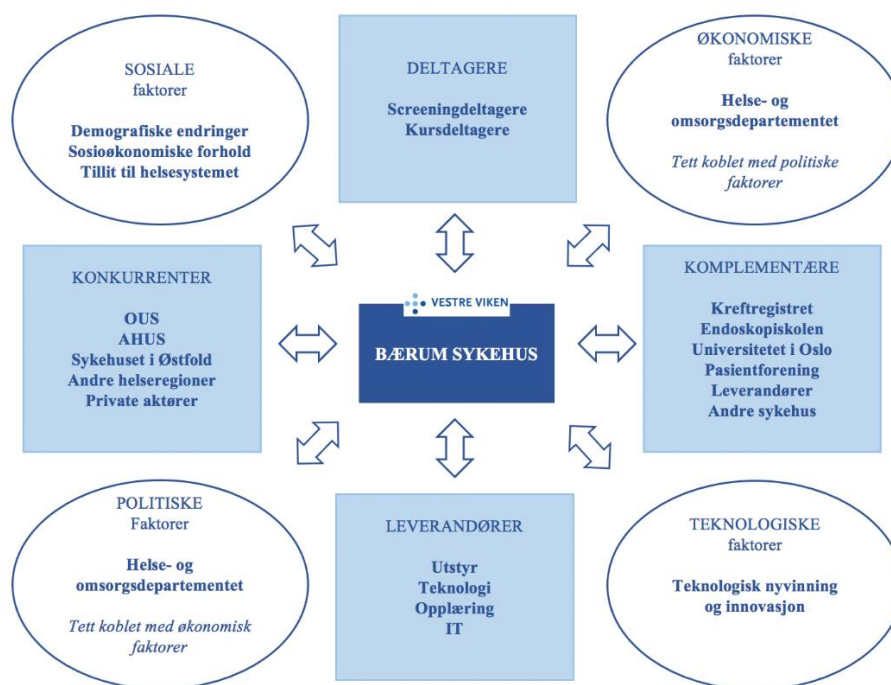
#### **4.4 Nettverksperspektiv**

Verdinettet kartlegger aktørene langs de vertikale og horisontale aksene og består av kunder, leverandører, komplementære aktører og konkurrenter (Brandenburger og

## MAN 50511 STRATEGISK LEDELSE

Nalebuff, 1995). Verdinetet beskriver hvordan aktører kan ha flere hatter på seg. De kan være både konkurrent og komplementær aktør, eller konkurrent og leverandør eller andre kombinasjoner. Komplementære aktører leverer produkter og tjenester som sammen med vårt produkt eller tjeneste skaper økt verdi for kunden eller brukeren (Meyer og Norman, 2019). Komplementære aktører har ressurser som organisasjonen ikke har.

Et nettverksperspektiv muliggjør kartlegging av hele nettverket, grad av samarbeid og styrke på relasjonene som sterke eller svake (Wit, 2020). Hvem er mulige alliansepartnere? Hvorfor ønsker vi å gå inn i en relasjon med denne aktøren? Hva påvirker denne relasjonen? Og ikke minst, h(Michael E. Porter, 1996)vordan skal relasjonen organiseres og struktureres? (Wit, 2020). Disse perspektivene kan belyses ved å kartlegge ulike grupper av eksterne aktører som danner et nett av mulige relasjoner (Wit, 2020). I vår analyse, har vi identifisert ulike aktører i verdinetet (Nalebuff, 1997) og kombinert det med faktorer fra makromiljøet og skisset opp nettet av mulige relasjoner til Bærum sykehus.



## MAN 50511 STRATEGISK LEDELSE

Gjennom intervjuene fikk vi innspill på flere aktuelle alliansepartnere for Bærum Sykehus. En representant fra ledelsen anbefaler: *«Bærum må knytte til seg leverandører og være et utprøvningssted, drive innovasjon og utvikling.»* *«Tett samarbeid med UiO om forskning og bygge videre prosjekter som allerede er igangsatt er viktig.»* En annen representant vektlegger følgende: *«Bærum må melde seg på all den forskning de kan og dyrke samarbeidet med OUS. Dette bør legaliseres med et forpliktende samarbeid med UiO.»* Våren 2021 har Universitetet i Oslo (UiO) søkt Norsk Forskningsråd om å bli Forskningscenter for klinisk behandling innen tarmsykdommer, og de har allerede initiert et forskningssamarbeid med Bærum sykehus.

Vi intervjuet også en representant fra oppdragsgiver som gir oss følgende innspill *«Endoskopiskolen kan videreutvikles»*. *«Samarbeidet med Kreftregisteret må dere ta vare på»*. Videre sa denne informanten at: *«De fleste som skal drive screening, er lokalsykehus. Universitetssykehusene skal ikke nødvendigvis være ledende»* og *«Samarbeid med beslutningstakerne er vesentlig for å få fremdrift»*.

Et samarbeid med private aktører kunne være hensiktsmessig for å få avlastning i perioder med flere deltakere enn tilgjengelig kapasitet. Det er imidlertid besluttet fra helsemyndighetene at screening for tarmkreft i utgangspunktet skal organiseres gjennom det offentlige helsetilbudet. Helsepolitikeren vi intervjuet sa *«Helseforetak kan i utgangspunktet inngå slike samarbeid, men det kan møte motstand hos HSØ som ønsker at slike funksjoner skal holdes i det offentlige. Derfor kan et slikt innspill virke mot sin hensikt når det gjelder påvirkning av oppdragsgiver»*

### **4.5 Oppsummering av analysen**

Som en oppsummering av de interne og eksterne analysene våre, har vi samlet nøkkelpunkter i en SWOT analyse. Der systematiserer vi funnene våre for å identifisere Bærum sykehus sine interne styrker og svakheter, samt de eksterne mulighetene og truslene.

	STYRKER	SVAKHETER
INTERN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fagkompetanse innen screening, behandling og pedagogisk opplæring</li> <li>Organisering og endringskapasitet</li> <li>Godt renommé innen pedagogisk opplæring</li> <li>Tilgang til topp moderne rom og utstyr</li> <li>God læringskultur og struktur for opplæringsprogram</li> <li>Eneste ISO sertifisering sykehuset i Norge</li> <li>God kultur for ærlighet i avviksrapportering</li> <li>God dokumentasjon av praktisk og klinisk kompetanse</li> <li>Lavt sykefravær og høy tilfredshet blant ansatte</li> <li>Høy score på kundetilfredshet (deltagere)</li> <li>Forskningssamarbeid med UiO og internasjonale aktører og leverandører</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lønnsforskjell klinisk stilling og forskerstilling</li> <li>Formell kompetanseheving (PhD) har blitt utnyttet i for liten grad selv om muligheten har vært der.</li> <li>Lokalsykehus har lavere status og lavere lønn sammenlignet med universitetssykehus</li> <li>Utnytter ikke leverandørens tilbud fullt ut</li> <li>Initiativet er drevet av nøkkelpersoner (hvis disse slutter kan kompetansemiljøet svekkes)</li> </ul>
	MULIGHETER	TRUSLER
EKSTERN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Økt forekomst av tykktarmskreft og aldrende befolkning forsterker viktigheten av å videreutvikle et fagmiljø</li> <li>Økte bevilgninger gjennom tilgang til øremerkede midler</li> <li>Samarbeid om forskning og publikasjoner</li> <li>Videreutvikle og utvide Endoskopiskolens omfang</li> <li>Utarbeide kvalitetsmanual for ny behandling (styrker rennomme)</li> <li>Innovasjon i samarbeid med leverandør i for utprøving av nytt utstyr, samt bruk og videreutvikling av kunstig intelligens</li> <li>Å være utprøver av IT systemet/logistikk til det nasjonale screeningprogrammet</li> <li>Pilotering av nye metoder (primær koloskopi, blodprøver)</li> <li>Formalisere og utvide forskningssamarbeid med UiO (del av et forskningssenter, Bærum sykehus som satellitt)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ledelsen i helseforetaket mangler oversikt over unik kompetanse som utgjør en fare for manglende anerkjennelse</li> <li>Oppdragsdokument - fare for at BS blir nedprioritert fordi volum blir for lavt sammen lignet med større sykehus</li> <li>Finansieringsordning basert på inntjening, ikke nødvendigvis hva som er best behandling</li> <li>Andre sykehus kan tilby større faglige utfordringer (avansert endoskopi) og lønn gir en risiko for å miste nøkkelpersoner</li> <li>Formell prosess for å bli nasjonalt kompetansetjeneste innebærer at HSØ må søke HOD (HSØ kan selv ønske å bli kompetansetjeneste).</li> <li>Manglende anerkjennelse av behov for spesialkompetanse i screening</li> </ul>

## 5.0 Strategiske alternativer og valg

### 5.1. Diskusjon

Med utgangspunkt i oppgavens problemstilling diskuterer vi funnene fra analysen, oppsummert i SWOT, for å komme frem til strategiske muligheter og valg.

#### «Hvordan kan Bærum Sykehus videreutvikle sin posisjon som ledende kompetansemiljø innen screening for tarmkreft?»

Bærum sykehus har opparbeidet en unik og verdifull kompetanse innen gjennomføring av screening, system for opplæring og hvordan opplæring bør skje på best mulig pedagogisk måte, samt hvordan screeningprogrammet bør organiseres, i tillegg til det ordinære helsetilbudet. Videre viser analysen et sterkt, engasjert fagmiljø med gode resultater, tilfredse medarbeidere med et felles, brennende ønske om å videreutvikle kvaliteten på screeningprogrammet til det beste for samfunnet.

En svakhet som kommer frem av analysen, er sårbarheten ved at mye av kompetansen er knyttet til enkelte nøkkelpersoner. Fagmiljøet svekkes dersom disse personene slutter. Potensialet for formell forskningskompetanse (PhD) har ikke vært fullt utnyttet av de ansatte. Årsaken kan være at forskerlønn har vært lavere enn klinikerlønn, samt at det ikke har vært sterkt nok bevissthet i organisasjonen om viktigheten av å systematisk dokumentere kompetanse (PhD). Seksjonen har heller ikke fullt utnyttet samarbeidet leverandørene. Bærum sykehus lider litt av å være et lokalsykehus med toppledelsen i Drammen, og i tillegg er sentralt plassert nær to store universitetssykehus. Renommé og status hos disse andre aktørene i nærheten, fører til lekkasje av både pasienter og ansatte. Analysene har identifisert klare maktstrukturer internt i Helse-Sørøst som kan være til hinder for at Bærum Sykehus kan videreutvikle sin posisjon som kompetanseledene alene, og et samarbeid vil derfor være hensiktsmessig, helt i tråd med helsepolitisk visjon om «Sykehus i nettverk». For den videre diskusjonen vil derfor handlingsalternativene innbefatte ulike former for samarbeid.

### **5.2 Strategiske valg**

Den strategiske utfordringen ligger i ønsket om å innta en sentral rolle i det nasjonale screeningprogrammet. Strategihjulet (Miles and Snow, 2003) beskriver hva en organisasjon «kan gjøre», avhengig av egne ressurser, hva man «bør gjøre», som er avhengig av eksterne krav, eller hva man «ønsker å gjøre», avhengig av eget verdisystem.

#### **5.2.1 Opplæringscenter for screening**

Når det nasjonale screeningprogrammet rulles ut, blir det et økende behov for endoskopører i Norge. Forutsetningene ligger godt til rette for at Bærum Sykehus kan spesialisere seg som opplæringscenter gjennom Endoskopiskolen og utdanne flere endoskopører. Seksjonen kan videreutvikle konseptet til å også utdanne sykepleierskopører, noe som vil øke kapasiteten ytterligere. Dette alene vil ikke videreutvikle posisjonen som kompetanseledende, fordi det bare handler om å utdanne flere instruktører. Dette er et viktig samfunnsbidrag og noe seksjonen *kan*

*gjøre*, men det vil ikke skape et vedvarende fortrinn fordi større sykehus med mer volum vil på sikt kunne opparbeide seg mer teknisk kompetanse.

### 5.2.2 Strategiske allianser

Ved å bygge et nettverk av strategiske allianser vil Bærum Sykehus kunne få tilgang til kunnskap og kompetanse som igjen vil bidra til videreutvikling av fagområdet screening. Gjennom intervjuene fikk vi innspill på flere aktuelle alliansepartnere for Bærum Sykehus:

- Et formalisert samarbeid med utstysleverandører som innebærer at avdelingen kan være et utprøvningssted for å drive innovasjon og utvikling
- Avdelingen bør utnytte opplæringsmulighetene leverandørene tilbyr med kurs og hospitering i inn- og utland, samt samarbeid om bruk og utvikling av kunstig intelligens for å bedre behandlingen
- En klar anbefaling fra mange interessenter er å ha et tett forskningssamarbeid med UiO og OUS
- Samarbeide med HSØ om utprøving av IT systemer og nye metoder til det nasjonale screeningprogrammet
- Utvide kursinnholdet i Endoskopiskolen til å inkludere kurs for sykepleier og hvordan lede og organisere screeningen, samt initiere forskningsprosjekter fra opplæringen i samarbeid med OUS og Kreftregisteret

Samarbeid kan bidra til bedre utnyttelse av ressurser og bedre integrasjon av aktivitetssettet (Wit, 2020). Bærum Sykehus **bør** danne strategiske allianser for å få tilgang til nødvendige ressurser, bedre kunnskapsstyring og innovasjon.

### 5.2.3 Nasjonal kompetansetjeneste

Et tredje strategisk valg er at Bærum Sykehus fremmer søknad om å formelt bli nasjonal kompetansetjeneste innen screening for tarmkreft.

Analysen viser at det er etablerte maktstrukturer og dypstrukturer som avdelingen må være klar over og navigere i. Siden Bærum er et lokalsykehus, må de i større grad kjempe for annerkjennelsen for sin kompetanse enn hva som er tilfelle for et



universitetssykehus. En formell status som kompetansetjeneste gir en sikker forankring og en vedvarende posisjon. Bærum Sykehus vil da kunne konsentrere seg om å utvikle fagkompetansen, drive forskning og innovasjon. En klar anbefaling fra en av informantene, er å gripe muligheten og starte prosessen nå. En søknadsprosess i seg selv, vil være viktig for forankringen. Det kan brukes for å skape synlighet om ambisjonene og sender et viktig signal om at Bærum sykehus allerede er et ledende kompetansemiljø og *ønsker* å bli nasjonal kompetansetjeneste.

### **5.3 Anbefaling**

Alternativene som er beskrevet over vil alle være gode strategiske valg for Bærum Sykehus. For å oppnå varige fortrinn og posisjon som kompetanseledende, anbefaler vi at Bærum Sykehus fremmer søknad om å formelt bli nasjonal kompetansetjeneste innen screening for tarmkreft.

## **6.0 Implementering**

### **6.1 Forankring av strategiske valg**

Det er ofte enklere å utarbeide en strategi enn å implementere den. Tid og god planlegging må til, og strategien må være godt forankret i organisasjonen (Allio, 2005). Forankring oppover og nedover er vesentlig i offentlig sektor. Manglende forankring oppover kan gi manglende ressurser til å gjennomføre strategien, og det kan føre til at de strategiske valgene og handlingene ikke støttes etter hvert som de iverksettes. God forankring kan medvirke til å skape eierskap til strategien og gjør at organisasjonen bedre kan være forberedt på endringer (Meyer og Normann, 2019).

### **6.2 Forutsetninger for en vellykket implementering**

Det er tre sentrale forutsetninger for en vellykket implementering av strategi (Rumelt, 2011).

- 1) Formulere en god strategi
- 2) Designe en adekvat endringsprosess
- 3) Ledelsesforankring

Vår anbefaling om strategi for Bærum sykehus er å fremme søknad om å bli nasjonal kompetansetjeneste. For å oppnå dette bør sykehuset inngå samarbeid i formelle og uformelle strategiske allianser, fremme forskning og teknologisk utvikling og sikre forankring i og utenfor organisasjonen.

## 6.2 Posisjonering

For å oppnå og videreutvikle en posisjon, er det verdien og innholdet i det man gjør som er utgangspunktet. Helsepolitikeren vi intervjuet uttalte: *«De som lykkes er de som gjør ting smartere enn andre»*. Videre sa en representant for ledelsen at *«Godt omdømme bygges ved å vise reelt innhold av kvalitet. Det vil være grunnlaget, og det mener jeg allerede er på plass. Mye av jobben er gjort, men det må bygges videre på for å rettferdiggjøre videre utvikling, og de rette elementene av det som er bygget opp må trekkes frem strategisk for å oppnå posisjon som kompetanseledende. Det henger sammen med omdømme. Har man et godt renommé på et område så vil det være en tyngdefaktor også når man skal erverve seg en posisjon»*.

En av legene ved avdelingen sa *«Vi må gjøre oss synlige i den nasjonale debatten»*. En representant fra ledelsen uttalte *«Det nytter ikke å sitte på gjerdet og vente på en invitasjon»*, og informanten fra en allerede etablert kompetansetjeneste nevnte viktigheten av å arbeide inn mot fagmiljøet for at denne anerkjennelsen skal bli gjeldende. *«Bærum sykehus kan gå foran og bidra til utvikling av kvalitetsmål også for behandling av funn i screeningen som så langt ikke er utarbeidet i Norge»*. Det kan bidra til oppmerksomhet fra HSØ hvor et sentralt mål er å øke standardisering og redusere uønsket variasjon i helsetilbudet.

For å oppnå status og posisjon er renommé viktig. Det vil derfor være svært viktig å dokumentere kompetansen og øke antall doktorgradsstipendiater, publikasjoner i forskning og internasjonal forankring av den faglige kompetansen. Informant fra en allerede etablert kompetansetjeneste i fagmiljøet sa *“Vi var åpenbart det rette stedet - Bærum må sikre at de har den posisjonen”*. Flere informanter understreket viktigheten av å holde på kompetanse. En av legene sa *«Vi må ha nok personell, og vi må holde på kompetansen. Det er avgjørende å ha folk til å fylle skoene når noen*

*slutter*». For å oppnå dette, kan incentiver som lønn og deltakelse i forskning bidra til å beholde og rekruttere kompetente medarbeidere. En formell status som kompetansetjeneste vil gjøre at Bærum sykehus blir mer attraktiv som arbeidsplass og samarbeidspartner.

### 6.3 Tilnærming til endringsprosessen

Vi kan oppsummere endringsprosessen i fire punkter. **Skape** bevissthet om behovet for en kompetansetjeneste, **sette** organisasjonen i stand til å opprettholde posisjon som ledende kompetansemiljø, **sørge** for gjennomføring og **sikre** at posisjonen vedvarer og videreutvikles (Ness, 2021, forelesning).

Det bør etableres en forståelse av at en formell kompetansetjeneste er viktig og bør komme på plass raskest mulig. Det er et sentralt prinsipp ved implementering at oppfattelsen av at noe er viktig å få plass kan være avgjørende (J. Kotter, 1995). Imidlertid er det så langt ikke en gjennomgående enighet i fagmiljøet om at det er behov for en formell kompetansetjeneste. Vi har ikke avdekket motstand mot en slik formalisering, men heller en nysgjerrighet rundt behovet og støtte for at *«Det er bra Bærum tar ballen, sparker i den, og ser hva som ligger der»*.

Det er etter vår mening hensiktsmessig å anbefale en trinnvis prosess. En såkalt sekvensiell endring hvor det settes delmål underveis, er en anbefalt måte å gjennomføre langsiktige og omfattende endringer på (Hrebiniak, 2006). Å feire milepæler og seiere underveis kan bidra til å øke motivasjonen for nødvendige endringer, for eksempel formaliserte samarbeid innen forskning, utdanning og teknologisk utvikling. En annen fordel med en gradvis endring er at hindringer mot endringen lettere kan identifiseres og fjernes underveis (Hrebiniak, 2006). Bruk av tid for å gjennomføre endringer og god planlegging er ofte anbefalt (J. P. Kotter, Schlesinger, L.A., 2008). Likevel kan det for Bærum Sykehus være viktig å utnytte et handlingsrom som ledende kompetansemiljø til nettopp å sette retning på utviklingen. En av lederne uttalte at *«stillstand er tilbakegang»*, altså at ingen utvikling betyr at man kan risikere å tape kompetanse om tiden ikke utnyttes.

## **6.4 Samarbeid**

Strategiske allianser i offentlig virksomhet bør bidra til økt læring, kunnskap og kompetanse som kan føre til at organisasjonen løser samfunnsoppdraget bedre. Ved å bygge et nettverk av strategiske allianser, kan sykehuset samarbeide om bedre utnyttelse av ressurser og bedre integrasjon av aktiviteter (Hillman, 2009). Samarbeid bør ikke innledes for enhver pris. Det har blitt hevdet at dårlig samarbeid er verre enn ikke å samarbeide i det hele tatt (Hansen, 2009). For å unngå interessekonflikt og opportunisme, kan man gjøre visse tiltak for å minimere informasjonsasymmetri og øke sjansen for at agent og prinsipal har sammenfallende interesser (Eisenhardt, 1989). For at samarbeid skal være hensiktsmessig, bør samarbeidet være balansert og bidra positivt for alle parter. Ved å inngå samarbeid med komplementære, kompatible og engasjerte partnere, samt ta hensyn til alliansedesign, kontraktsmessig og relasjonell styring, er det mer sannsynlig at alliansen lykkes (Kale, 2009). For å lykkes med tverrfaglig samarbeid, er syv faktorer avgjørende: felles mål, delt kunnskap, gjensidig respekt samt hyppig nok, i rett tid, presis, problemløsende kommunikasjon (Gittell, 2012). Det er viktig å være oppmerksom på de tydelige maktstrukturene som vi har påpekt at eksisterer i helseforetakene, kan påvirke samarbeidet i alliansene. Godt samarbeid baserer seg på tillit og gjensidig respekt, og organisasjonene må bevare en kultur for samarbeid og læring.

### **6.4.1 Læring i allianser**

Læring i allianser må ledes og tilrettelegges slik at motivasjon, kapasitet, overføring av kunnskap og integrasjon vektlegges (Lunnan og Nygaard, 2017).

Læringsprosessene i alliansene må være satt i system hvor nye ideer og metoder systematisk prøves ut, analyseres og evalueres (Crossan, 1999). Gode systemer for kunnskapsdeling og opplæring er sentralt for å opprettholde læringsprosessene. Opplæring og trening må få status som verdifullt og viktig, og det må settes av nok tid til dette i samarbeidet. Informasjonsoverføring og deling både internt i helseforetaket og fra eksterne partnere må sikres. For at dette skal være mulig må ledelsen støtte læringsprosessene og legge til rette for struktur og rapportering som forsterker læringen.

### **6.4.2 Tillit**

Tillit er viktig for implementering i en strategisk allianse. Utvikling av tillit i allianser, krever investering og vilje til langsiktig satsing (Lunnan og Nygaard, 2011). Tillit er viktig for læring i allianser, og tillit gjør styring og kontroll lettere (Swärd, 2017). Tillit er basert på tidligere erfaringer. Endringsvilligheten vil øke dersom det er tillit til ledere og samarbeidspartnere. Tillitsbasert ledelse er ofte mer vellykket enn en lederstil som baseres på kontroll (Swärd, 2017). En tillitskultur vil kunne styrke endringsprosessen i en kanskje langvarig prosess frem mot etablert status som kompetansetjeneste.

### **6.5 Kultur**

Kulturen i en organisasjon kan videre ha stor betydning for mulighetene for utvikling og fremdrift (Hrebiniak, 2006). Det må være mulig å identifisere utfordringer og melde fra om dem uten fare for beskyldninger og straff. Det fremkom i våre intervjuer at det ved Bærum sykehus er fokus på sikkerhet og god meldekultur for feil. Dette er viktig for å lære av gode praksiser på tvers i organisasjonen (Szulanski, 1996). God læringskultur dreier seg ikke bare om å korrigere feil, men også å finne nye og bedre måter å løse utfordringene på, samt å lære i hverdagen (Kvålshaugen, 2009). Selve læringen kan vi si at skjer når vi anerkjenner nye synspunkter og ideer (Orlikowski, 2002). Dette er svært viktig å legge til rette for i strategiske allianser.

### **6.6 Ledelse og forankring**

Implementering betyr endring, og for å lykkes må det skapes en tydelig retning hvor det arbeides mot felles mål. Incentiver kan styrke en slik endringsprosess, mens opportuniste kan hindre utviklingen som ønskes (J. Kotter, 1995). Evnen til å lede endringen kan videre være avgjørende for resultatet (Hrebiniak, 2006).

Analysen viser at høy grad av lederinvolvering er viktig. Litteraturen støtter at ledere på alle nivå bør involveres (Allio, 2005). Videre ble det sagt at «*Det å søke om status som kompetansesenter er et frivillig initiativ. Det er viktig å følge lederlinjen*».

Informanter fra fagmiljøet sa videre at «*det må sikres forankring i alle helseregioner*». Intern forankring er vesentlig, og det må settes av tilstrekkelig ressurser og tid til endringsarbeidet (Allio, 2005). Ellers er det fare for at utvikling og kompetanseheving forsvinner i travle hverdager på sykehuset. For implementering vil det være viktig å få strategien med som et satsningsområde i Vestre Vikens overordnede strategiplan. «*Det som er bra for Bærum Sykehus er bra for Vestre Viken*».

### **6.7 Medvirkning og involvering**

Forankring og involvering av alle faggrupper er svært viktig. Det fremheves i ledelseslitteraturen at det er ingen leder, dersom ingen følger etter (DeRue, 2010). I intervju med leger og sykepleiere kom det frem at «*Alle må være involvert helt fra starten. Tydelig kommunikasjon ønskes om hva en kan forvente*». Dersom overordnet strategi ikke aksepteres og forstås, kan det lettere oppstå motstand (J. P. Kotter, Schlesinger, L.A., 2008). Felles forståelse og engasjement for å bli nasjonal kompetansetjeneste kan oppnås med god og gjentagende informasjon (Neilson, 2008). I praksis kan dette oppnås ved at målet fremheves på faglige møter, ledermøter og tavlemøter for å holde oppmerksomhet på hvor viktig dette er for sykehuset. I kraft av å gjennomføre dybdeintervjuer og datainnhenting i dette prosjektet, har vi erfart at oppmerksomheten og entusiasmen rundt problemstillingen har økt.

## 6.8 Implementeringsplan

Delmål	Tiltak
Forankring og involvering	Sikre støtte internt i eget helseforetak, Jobbe mot OUS og andre helseforetak for å sikre forankring og opprettholde status Sikre deltakelse og påvirkning i prosjektgrupper hos oppdragsgiver Involvering i lederlinjen og blant alle leger og sykepleiere,
Utvide tilbudet	Sykepleiere kan utføre endoskopi profesjonskamp kan oppstå Pilotering av nye metoder (primær koloskopi, blodprøver) Deltakelse i Endoskopiskolen og hospitering tilbys til flere
Rekruttering	Incentiver for å beholde nøkkelpersonell Intern rekruttering og opplæring Sykepleiere - Finne riktig engasjement Forskningsstillinger
Forskning og utvikling	Inngå formelt forsknings samarbeid med Universitetet i Oslo og universitetssykehusene (OUS og AHUS) Incentiver for at egne leger og sykepleiere velger forskning Øke samarbeid med leverandører for å styrke teknologisk utvikling Dokumentere at kvalitetskrav er oppfylt i Kompetanseportalen
Samarbeid	Samarbeid internt i Vestre Viken for å sikre høyt nok volum av tarmundersøkelser og behandlinger til å opprettholde kompetanse Inngå formelle og uformelle samarbeid med OUS og AHUS om hospitering og deltakelse i læringsaktiviteter Dyrke samarbeid for å oppnå og opprettholde renommé
Finansiering	Påvirke budsjettprosesser internt for å sikre tildeling av øremerkete midler som sikrer tilgang på nødvendige ressurser
Kompetansetjeneste	Påvirke i fagmiljøet til å se et klart behov for et ledende kompetansemiljø For søknad om kompetansetjeneste, frikjøpe en person til å skrive en gjennomarbeidet, godt forankret og velbegrunnet søknad

## 7.0 Avslutning og konklusjon

Vi har gjennom våre analyser konkludert med at det vil være avgjørende å inngå samarbeid med andre for å videreutvikle og beholde en posisjon som ledende kompetansemiljø. For å skape varige fortrinn, er vår anbefaling om strategi for Bærum sykehus å fremme søknad om å bli nasjonal kompetansetjeneste. For å oppnå dette bør sykehuset inngå samarbeid i formelle og uformelle strategiske allianser, innen forskning og teknologisk utvikling med forankring i og utenfor organisasjonen.

## Referanser

- Allio, M. K. (2005). A short, practical guide to implementing strategy. *Journal of Business Strategy*, 24(3), 32-39.
- Barney, J. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99–120.
- Barua I, Vinsard D.G, Jodal H.C, et.al (2021). Artificial intelligence for polyp detection during colonoscopy: a systematic review and meta-analysis. *Endoscopy*, 53(3): 277-284
- Bauhoff S. (2011). Systematic Self-report bias in Health Data. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 11 (1-2): 44-53.
- Bhargava S, Moen K, Quereshi S.A et.al (2018). Mammographic screening attendance among immigrant and minority women: a systematic review and meta-analysis. *Acta Radiologica*, 59:1285-1291
- Brandenburger A.M, Nalebuff B.J. (1995). The right game: Use Game Theory to Shape Strategy. *Harvard Business Review*, July-August: 57-64.
- Barney, J. B., Hesterly., W. (2015). Strategic management and competitive advantage concepts and cases. In *Evaluating a firm's internal capabilities*: Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Brekke K.R, Straume O.R (2017). Competition policy for health care provision in Norway. *Health Policy*, 121(2):134-140.
- Brod M., Tesler L.E, Christensen T. (2009). Qualitative research and content validity: developing best practices based on science and experience. *Quality of life research*, 18:1263-1278
- Barney, J. B. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Marketing* (17/1), 99-120.
- Crossan M.M., Lane H., White R.E. (1999). An organization learning framework: From Intuition to Institution. *Academy of management review*, 24(3): 522-537
- Dalland O. (2017). Metode og oppgaveskriving. Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Das, T. K., Teng, B.S. (2000). Instabilities of Strategic Alliances: An Internal Tensions Perspective. *Organization Science*, 11(1), 77-101.
- DeRue, D. S., S.J. Ashford. (2010). Who will lead and who will follow? A social process of leadership identity construction in organizations. *Academy of Management Review* 35(4), 627-647.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Agency theory: An assessment and review. *Academy of Management Review*, 14(1), 57-74.
- Garvin, D. A., Edmondson, A. C., & Gino, F. (2008). Is yours a learning organization? *Harvard Business Review*, 86(3), 109-116.
- Gittell, J. H., & Douglass, A. (2012). Relational bureaucracy: Structuring reciprocal relationships into roles. *Academy of Management Review*, 37(4), 709-733.
- Grennes T. (2004). Hvordan kan du vite at noe er sant? JW Cappelens Forlag AS. Oslo.
- Gulati, R. (1998). Alliances and networks. *Strategic Management Journal*, 19(4): 293-317.
- Hagen, T. P., & Kaarbøe, O. M. (2006). The Norwegian hospital reform of 2002: central government takes over ownership of public hospitals. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 76(3), 320–333.
- Hansen, M.T. (2009). *Collaboration*. Boston: Harvard Business School Publishing



- Helfat, C., & Lieberman, M. (2002). The birth of capabilities: Market entry and the importance of pre-history. *Industrial and Corporate Change*, 11, 725-760. doi:10.1093/icc/11.4.725
- Helfat, C.E., Winter, S.G. (2011). Untangling Dynamic and Operational Capabilities: Strategy for the (N)ever-Changing World. *Strategic Management Journal*, 32(11):1243-1250.
- Hillman, A.J, Withers, M.C, Collins, B.J. (2009). Resource Dependence Theory: A Review. *Journal of Management*, 35(6):1404-1427.
- Hrebiniak, L. G. (2006). Obstacles to effective strategy implementation. *Organizational Dynamics*, 35(1), 12-31.
- Johnsen, Å. (2015). Strategisk styring i offentlig sektor. In H. F. t. Knudsen, B-T (Ed.), *Strategisk ledelse* (pp. 501-520): Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Kale, P. S., H. (2009). Managing strategic alliances: What do we know now, and where do we go from here? *Academy of Management Perspectives*, 23(3), 45-62.
- Kotter, J. (1995). Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*, 73(2), 59-67.
- Kotter, J. P., Schlesinger, L.A. (2008). Choosing strategies for change. *Harvard Business Review*, 86(7/8), 130-139.
- Kvålshaugen, R., Hydle, K. M., & Brehmer, P.-O. (2015). Innovative capabilities in international professional service firms: enabling trade-offs between past, present, and future service provision. *Journal of Professions and Organization*, 2(2), 148-167. doi:10.1093/jpo/jov005 %J Journal of Professions and Organization
- Kvålshaugen, R, Breunig K.J. (2009). Strategisk kompetansestyring i prosjektbaserte organisasjoner. *Praktisk økonomi og finans*, 25(3): 73-81.
- Lunnan, R., Nygaard, A. (2011). *Strategiske allianser*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Løwendahl, B., Wenstøp, F. (2003). *Grunnbok i strategi*. Oslo: Damm Forlag.
- Meyer, C., Norman, V. (2019). *Ikke for å konkurrere*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Meyer, C., Stensaker, I.G. (2011). *Endringskapasitet*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Miles, R., Snow, C., Meyer, A., & Coleman, H. (1978). Organizational Strategy, Structure, and Process. *The Academy of Management Review*, 3(3), 546-562
- Mitchell, R. K., Agle, B.R., & Wood, D.J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *Academy of Management Review*, 19(5), 853-886.
- Moore, M. H. (1995). *Creating public value: Strategic management in government*. Harvard university press.
- Nalebuff, B. J., & Brandenburger, A. M. (1997). Co-opetition: Competitive and cooperative business strategies for the digital economy. *Strategy & Leadership*, 25(6), 28-33.
- Neilson, G. L., Martin, K. L., & Powers, E. . (2008). The secrets to successful strategy execution. *Harvard Business Review*, 86(6), 60-70.
- O'Reilly III, C. A., Tushman, M. L. (2011). Organizational ambidexterity in action: How managers explore and exploit. *California Management Review*, 53(4): 5-22.
- Orlikowski W.J. (2002). Knowing in practice: Enacting a collective capability in distributed organizing. *Organization science*, 13(3): 249-273.
- Penrose, E. T. (1959). *The Theory of the Growth of the Firm*. New York: John Wiley.

- Pfeffer J, Salancik G.R. (1978). The external control of organizations: A resource dependence perspective. Harper & Row. New York, USA.
- Porter, M. (1985). *Competitive Advantage*: The Free Press.
- Randel K.R, Schult A.L, Botteri E, et.al (2021). Colorectal cancer screening with repeated fecal immunochemical test versus sigmoidoscopy: Baseline results from a randomized trial. *Gastroenterology*, 160(49): 1085-1096.
- Repstad P. (1998). Mellom nærhet og distanse. Universitetsforlaget. Oslo.
- Ricardo, D. (1817). *On the Principles of Political Economy and Taxation*, John Murray, London.
- Ringard A, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl A.K. (2013). Norway: health system review. *Health systems in transition*, 15(8):1-162.
- Porter, M. E. (1985). *Competitive advantage: Creating and sustaining superior performance* (Vol. chp 2): New York: Free Press.
- Porter, M. E. (1996). What is Strategy? *Harvard Business Review*, 74(6), 61-78.
- Porter, M. E. (2008). The five competitive forces that shape strategy. *Harvard Business Review*, 86(1), 25-40.
- Rumelt, R. (2011). The perils of bad strategy. *McKinsey Quarterly*, 34(1), 30-39.
- Selznick, P. (1957) Leadership in Administration: A Sociological Interpretation. Harper & Row, New York, 62, 67-68.
- Stabell, C. F., Ø. (1998). Configuring value for competitive advantage: on chains, shops and networks. *Strategic Management Journal*, 19(5), 413-437.
- Szulanski G. (1996). Exploring internal stickiness: Impediments to the transfer of best practice within the firm. *Strategic Management Journal*, 17: 27-43
- Swärd, A. R. (2017). Kontroll er bra – tillit bedre. *Magma*, 20(2), 27-34.
- Teece, D. J. (2016). Dynamic capabilities and entrepreneurial management in large organizations: Toward a theory of the (entrepreneurial) firm. *European Economic Review*, 86, 202-216.
- Thompson, A. A., Strickland, A.J., Janes, A., Sutton, C., Peteraf, M.A, Gamble J.E. (2017). *Crafting and executing strategy: the quest for competitive advantage*: London, UK: McGrawHill & Irwin.
- Ulrich, D., & Barney, J. B. (1984). Perspectives in Organizations: Resource Dependence, Efficiency, and Population. *The Academy of Management Review*, 9(3), 471-481. doi:10.2307/258287
- Wernerfelt. (1984). A Resource-Based View of the Firm. *Strategic Management Journal*, 5(2), 171-180.
- Wit, B. d. (2020). *Strategy: an international perspective* (7 ed.): Cengage Learning EMEA.
- Yin R.K. (1994). Discovering the future of the case study method in evaluation research. *Evaluation Practice*. 15(3):283-290.

## Vedlegg

### 1. Informantoversikt

<b>Informant</b>	<b>Rolle</b>	<b>Intern / Ekstern</b>	<b>Tema for intervju</b>
1	Leder - faglinje	Intern	Forankring, implementering
2	Leder - leger	Intern	Forankring, implementering, organisering, ledelse, økonomi
3	Leder - sykepleiere	Intern	Forankring, implementering, organisering, ledelse, ressurser
4	Sykehusledelse - tidligere	Intern / Ekstern	Ledelse, erfaring, forankring, implementering, historie
5	Overlege Screening	Intern	Forankring, implementering, organisering, ressurser
6	Overlege Endoskopiskole	Intern / Ekstern	Erfaring, kunnskapsstyring og læring, samarbeid
7	Sykepleier Screening	Intern	Medvirkning, ressurser, læring
8	Regional prosjektgruppe	Ekstern	Forankring, påvirkning, akt
9	Oppdragsgiver	Ekstern	Forankring, makt
10	Utstysleverandør	Ekstern	Samarbeid, læring, ressurser
11	Etablert kompetansesenter	Ekstern	Erfaring, kunnskapsdeling, implementering
12	Pasientforening	Ekstern	Samarbeid, brukerperspektiv, implementering
13	Helsepolitiker	Ekstern	Beslutninger, makt

## 2. Intervjuguide

### Innledning

Takk for at du stiller opp til intervju!

### Presentasjon

- Presentasjon av oss (rolle, hva oppgaven er en del av) og tema for oppgaven/prosjektet
- Temaene vi skal belyse er Bærum sykehus sine ressurser, kompetanse og mulige samarbeidspartnere for å være et ledende kompetansemiljø innen screening mot tarmkreft.

### Gjennomføring

- En kombinasjon av dokumentanalyser og intervjuer (8-12)
- Varighet på intervjuet 45-60 minutter. Vi har fordelt gjennomføringen mellom oss slik at den ene har hovedansvaret for å lede intervjuet mens den andre skal dokumentere. Det er mulig at den som dokumenterer også stiller spørsmål
- Opptak og bruk av intervjuet
- Konfidensialitet
- Det er lov til å trekke seg når som helst uten å måtte oppgi grunn
- Dersom det er spørsmål/noe som er uklart underveis, så er det bare å si i fra
- Har du noen avtaler umiddelbart etterpå slik at det er behov for å avslutte tidligere?
- Har du noen spørsmål før vi begynner?

### Bakgrunn

1. Hva er din profesjonelle bakgrunn?
2. Hva er din nåværende stilling?
  - i. Hvor lenge har du hatt den stillingen?
  - ii. Hva er din tidligere arbeidserfaring?
3. Hvilken kjennskap har du til Screeningprogrammet mot tarmkreft?

### Ressurser

4. Hvordan vil du beskrive Bærum sykehus sine ressurser innen screening mot tarmkreft? (materiell og immaterielle ressurser)
  - i. Er det noen av disse ressursene du spesielt vil trekke frem som viktige / verdifulle / unike?
  - ii. Hvilke tanker gjør du deg om måten Bærum sykehus har organisert og ledet screeningprogrammet?
  - iii. I hvilken grad har du endret syn på dette over tid?
5. Hva vil du si kjennetegner Bærum Sykehus' kompetanse og posisjon innen screening mot tarmkreft?
  - i. Hvor unikt tenker du at denne kompetansen evt. er?

### Verdiskapning, utnyttelse og endringskapasitet

6. Hvordan kan Bærum sykehus gi det beste tilbudet til deltakere i screeningen?
  - i. I hvilken grad opplever du at det er en felles forståelse av verdien av tilbudet ved sykehuset?
  - ii. Hvordan kommer det til uttrykk?
7. Hvordan kan Bærum sykehus utnytte sin kompetanse innen screening til forbedring i diagnostikk og behandling?
8. Hvordan legger ledelsen til rette for utvikling og omstilling av ressurser?

9. Hvordan synes du avdelingen / Bærum sykehuset tilpasser seg endringer?  
i. Hvordan kommer dette til uttrykk? Hvilke eksempler vil du nevne?

#### Lærende organisasjoner

10. Hvilke tanker gjør du deg om hvordan sykehuset tilrettelegger for læring?  
i. Hvordan er læringskultur og læringsomgivelsene  
ii. Hva er de viktigste læringsarenaene?  
iii. Hva er din opplevelse av i hvilken grad ansatte oppmuntres til å komme med forslag til endringer og/eller melde om feil?  
iv. Hva har du hørt andre si om dette?
11. Hvilke opplæringsystemer har sykehuset for å øke kompetansen til ansatte i screeningprosjektet? Hvilke tanker gjør du deg om tilrettelegging for læring?
12. Hva er din opplevelse av dine muligheter for i å delta i nødvendig opplæring og fornying av kunnskap?  
i. *Til relevante intervjuobjekter: Hva er din opplevelse av dine muligheter for å delta i forskningsprosjekter (publikasjoner/artikler/videreutdanning)?*
13. Hvordan kan sykehuset gå frem for å sikre at de har ansatte med den rette kompetansen?  
i. Hvordan opplever du at dette gjøres i screeningprogrammet i dag?
14. Hvordan legger ledelsen til rette for læring og forbedring?  
i. Hvilke systemer har avdelingen for konkrete læringsprosesser og endring av praksis?
15. Hvor godt er det tilrettelagt for tid til refleksjon rundt endring og forbedring av rutiner og praksis?
16. Dersom jeg skulle starte opp som nyansatt i din avdeling i morgen;  
Hva ville du ha sagt til meg at jeg bør kunne forvente av muligheter for å lære det første året?
17. I hvilken grad har sykehuset tradisjon for at mindre erfarne får anledning til å følge og praktisere sammen med mer erfarne for å lære (mester-svenn)?  
i. I hvilken grad har du endret oppfatning av dette over tid?

#### Interessenter og konflikter

18. Hvilke gevinster ser du for Bærum sykehus ved å ha en posisjon som ledende kompetansemiljø for tarmkreftscreening?
19. Hvilke ulemper ser du for Bærum sykehus ved å ha en posisjon som ledende kompetansemiljø for tarmkreftscreening?
20. Hvordan vil det kunne påvirke deg og din stilling at Bærum sykehus videreutvikler sin posisjon som ledende kompetansemiljø?  
i. Ser du for deg nye muligheter som følge av dette?  
ii. Hvilken ulempe ser du for deg selv?
21. Hvilken verdi har det for samfunnet at Bærum sykehus er kompetanseledende innen screening mot tarmkreft?
22. Hvem er det viktig å sikre forankring hos for å få gjennomført nødvendige endringer som kan sikre ønsket posisjon for Bærum sykehus?  
i. Hvem bør involveres?  
ii. Når bør de involveres?  
iii. Hvordan mener du dette bør gjøres?  
iv. Hvem kan forsterke eller hindre endringsprosessen?

**Samarbeid**

23. Hvordan kan Bærum sykehus styrke sin posisjon i samarbeid med andre?
24. Hvem tenker du Bærum Sykehus kan lære av?
25. Hvilke ressurser er Bærum sykehus avhengig av som de ikke har selv?  
(f.eks faglig kompetanse, utstyr, teknologi, ressurser til forskning og opplæring)
  - i. Hvilke mulige samarbeidspartnere kan være aktuelle?
  - ii. Hvorfor mener du det kan være en god samarbeidspartner?
  - iii. Hva kan denne aktøren bidra med (f.eks. medisinsk utstyr, teknologi og kompetansebygging)?
  - iv. Hvordan kan et slikt samarbeid bygges?
  - v. Hva / Hvem kan påvirke dette samarbeidet?
  - vi. Hvilke utfordringer ser du i et slikt samarbeid?

**Avslutning**

Da har vi stilt alle våre spørsmål. Er det noe du vil legge til avslutningsvis som kan ha betydning for ønsket om å bli et ledende kompetansemiljø for screening mot tarmkreft?

Tusen takk for at du tok deg tid til å bli intervjuet!