

**«Dere må gjerne gå i fakkeltog. Men dette toget – det går
nå»**

Helsepersonells opplevelse av en endringsprosess

Helene Kittilsen

VID vitenskapelige høyskole

Oslo

Veileder: Thomas Andersson

MAVERD-599 Masteroppgave

i Verdibasert ledelse

Antall ord: 24760

16.05.2022

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Temaet for denne studien hvordan helsepersonell opplever en stor organisatorisk endringsprosess. Endringsprosessen som er valgt, er utviklingen av Nye Oslo Universitetssykehus som skal stå klart i 2030. Bakgrunnen for valg av tema er at det finnes lite forskning som sier noe om hvordan slike endringsprosesser oppleves av de som jobber nederst i offentlig helsesektor, selv om det er disse som skal arbeide i nye sykehus når disse står klare. Hensikten er å bidra til en større forståelse av kompleksiteten i en slik endringsprosess.

Problemstillingen er: Hvordan opplever helsepersonell en endringsprosess i offentlig helsesektor?

Teoriene som er benyttet i denne studien er offentlig organisasjonsteori, med fokus på Henry Mintzbergs organisasjonsteori. Læringsteori, forventningsteori og teorien rundt motstand mot endring benyttes også.

Metoden som er benyttet er en kvalitativ forskningsmetode, hvor jeg har utført seks semistrukturerte dybdeintervjuer. Informantene er helsepersonell som deltar i medvirkningsgruppene rundt Nye Oslo Universitetssykehus. Intervjuene ble analysert ved bruk av induktiv innholdsanalyse, og fire hovedtemaer ble identifisert: Enighet om behovet for endring, pseudodeltakelse, økonomi vs. Pasientsikkerhet og krevende organisasjonsutforming.

Funnene i denne studien viser at organisasjonsutformingen til offentlige helsesektor er av stor betydning, når det kommer til hvordan helsepersonell opplever en endringsprosess. Den store avstanden fra helsepersonellet til de øverste politiske lederne fører til dårlig informasjonsflyt, og en manglende forankring av målbildet. Dette fører til at helsepersonell ikke opplever seg involvert, samtidig som beslutningstakerne er usynlige. Et viktig funn viste seg å være at helsepersonell er enige om at det er et behov for endring, men de opplever ikke at prosessen som er iverksatt fører til ønsket målbildet.

Resultatene er diskutert ved bruk av teori. Studiens begrensninger og forslag til videre forskning presenteres.

Abstract

The theme of this study is how health professionals experience a major organizational change process, more explicitly the development of the New Oslo University Hospital, which is set to be ready in 2030. The background behind the choice of topic, is that there is little to no research that refers to how similar change processes are experienced by those who work at of the lower levels of the public health sector. Overall, the purpose is to contribute to a greater understanding of the change implications and its complexity

The main issue is: How do health professionals experience change in the public health sector?

The theoretical framework used in this study are public organizational theory, with a focus on Henry Mintzberg's organizational theory. Learning theory, expectation theory and the theory of resistance to change are also used.

The method used is a qualitative research method, where I have conducted six semi-structured in-depth interviews. The informants are healthcare personnel who participate in the process around the New Oslo University Hospital. The interviews were analyzed using inductive content analysis, and four main themes were identified: agreement on the need for change, pseudo-participation, economics vs. patient safety and demanding organizational design.

The findings of this study show that the organizational design within the public health sector is of great importance, especially when it comes to how health personnel experience organizational change processes. The great distance between the health personnel to the top political leaders results in poor information flow and a lack of clarity of direction. This in turn leads to health professionals not feeling involved and the decision-makers are perceived to be invisible. Another important finding is that health professionals agree that there is a need for change, but do not feel that the implemented change lead to the desired objective/outcome.

The results are examined using the theoretical framework. The study's limitations and suggestions for further research are presented.

Forord

Det er med stor glede jeg endelig er ved veis ende. Masteroppgaven har vært både gøy og frustrerende – tidvis litt vel frustrerende. En kombinasjon av jobb og studier har krevd mye, og jeg kunne ikke klart dette uten flere viktige støttespillere underveis.

Tusen takk til informantene som ønsket å delta i denne studien. Uten dere hadde ikke denne masteroppgaven vært mulig å gjennomføre. Min veileder, Thomas Andersson, takk for alle konstruktive og raske tilbakemeldinger. Du har gjort at det har vært lettere å manøvrere seg i denne store verdenen av endeløse valg. Du har gjort vanskelige valg lette, og har vært god på å veilede meg i riktig retning. Takk til arbeidsgiverne som har gitt meg stor fleksibilitet, og gjort det mulig for meg å kunne tilrettelegge for fullførelsen av masterutdanningen.

Jeg har lært mye underveis i prosessen til denne masteroppgaven. Samtidig har det krevet mye selvdisciplin, som jeg kanskje ikke er så god på i utgangspunktet. Heldigvis har jeg møtt stor forståelse for prioritering av skriving i helger og kvelder, og fått verdifulle heiarop fra venner og familie.

Oslo, 13.05.2022

Helene Kittilsen

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for studien	1
1.2	Problemstilling og avgrensning	2
1.3	Oppgavens disposisjon	3
2	Teori	5
2.1	Offentlige organisasjoner	5
2.1.1	Sykehus som organisasjon	7
2.1.2	Politikk, makt og tillit.....	8
2.2	Endringsprosesser	10
2.2.2	Læringsteori	13
2.2.3	Motstand mot endring og forventningsteori.....	14
2.3	Endringsprosesser i helsesektoren	16
2.3.1	Evaluerer av endringsprosesser	18
2.3.2	Evaluerer av tidligere prosjekter for nye sykehusbygg	19
2.4	Opplevelse av organisatorisk endring.....	20
3	Forskningsdesign og metode	22
3.1	Valg av metode og forskningsdesign.....	22
3.1.1	Epistemologisk forankring og vitenskapelig ståsted	23
3.2	Valg av datainnsamlingsmetode	24
3.3	Utvalg av informanter.....	25
3.3.1	Rekruttering av informanter	26
3.4	Intervjuene	27
3.4.1	Praktisk gjennomføring	27
3.4.2	Transkripsjon.....	29
3.5	Analyseprosessen og innholdsanalyse	29
3.5.1	Mikroanalyse	30
3.5.2	Kategorisering	31
3.5.3	Sammenheng	32
3.6	Refleksjon over min forståelse	32
3.7	Generalisering og overføringsverdien av funn	33
3.7.1	Reliabilitet	34

3.7.2	Validitet.....	35
3.8	Forskningsetikk	35
4	Kontekstualisering av empiri	37
4.1	Nye Oslo Universitetssykehus.....	38
4.1.1	Prosjektmålene	38
4.2	Viktige begrepsavklaringer.....	40
4.3	Erfaringer fra tidligere sykehusbygg	40
5	Funn.....	42
5.1	Enighet om behovet for en endring	43
5.1.1	Kapasitetsutfordringer, og endringer i fremtiden.....	44
5.1.2	Stor faglig utvikling	45
5.2	Pseudodeltakelse.....	45
5.2.1	Lite handlingsrom, men viktig deltakelse	46
5.2.2	Dårlige forutsetninger	47
5.3	Økonomi vs. pasientsikkerhet.....	48
5.3.1	Alt skal effektiviseres.....	48
5.3.2	Styrt av økonomiske beregninger.....	50
5.3.3	Modellen fungerer ikke	51
5.4	Krevende organisasjonsutforming	52
5.4.1	Usynlige beslutningstakere	53
5.4.2	Ingen standard informasjonsflyt.....	54
5.4.3	Prosessen tilrettelegger ikke for måloppnåelse	55
6	Diskusjon.....	57
6.1	Hva sier egentlig funnet om enighet for behovet om en endring?.....	57
6.2	Hvordan opplever deltakerne endringsprosessen, når definisjonen av målet ikke er likt? 58	
6.2.1	Politikk, og en opplevelse av usikkerhet.....	60
6.2.2	Hvorfor er de fortsatt deltakende?.....	63
6.2.3	Tidligere endringsprosesser har betydning for deltakelsen.....	65
6.3	På hvilken måte opplever deltakerne seg involvert?	67
6.3.1	Er det en forskjell på å være involvert og inkludert?.....	69
7	Konklusjon og avslutning.....	72
7.1	Avslutning	74

7.2 Videre forskning.....	74
Litteraturliste	75
Vedlegg I.....	80
Vedlegg II.....	81
Vedlegg III	82
Vedlegg IV	83
Vedlegg V	84

1 Innledning

Endringsprosesser i offentlige organisasjoner er kjent for å være byråkratiske, tungroddede og trege. Mange organisatoriske endringsprosesser mislykkes, og en dårlig forankring hos medarbeiderne antas å være årsaken til rundt to tredjedeler av disse (Mehboob & Othman, 2020, s.1). Flere tidligere studier viser til flere viktige faktorer som bør være til stede for en vellykket endringsprosess: involvering, aktiv deltakelse og at medarbeiderne har en opplevelse av innflytelse (Jakobsen et al, 2010). Derimot finnes det lite forskning på hvordan helsepersonell opplever disse endringsprosessene.

Henry Mintzberg tar til orde for å si at offentlige sykehus er en av de mest komplekse organisasjonene vi har (Glouberman & Mintzberg, 2001, s.56). De bærer preg av å være byråkratiske, med den øverste makten hos politikerne på toppen, men offentlige sykehus er også en ekspertorganisasjon (Strand, 2007, s.269-270). Her er profesjoner, som leger og sykepleiere, kjernen. Mintzberg kaller derfor offentlige sykehus for et profesjonsbyråkrati. Uenighetene dukker fort opp når pasientbehandling skal sees i sammenheng med økonomi (Gotvassli, 2021, s. 58). Ikke sjeldent hører vi om helsepersonells opplevelser rundt endringer som blir «tredd nedover hodene våre», og motstanden kan være stor. Et viktig aspekt ved offentlige sykehus er derfor den politiske dragkampen mellom staten som eier, og profesjonene som drifter organisasjonen. Når en stor endringsprosess skal gjennomføres, er det grunn til å tro at Henry Mintzberg har rett i at pasientbehandling sett i sammenheng med økonomi, vil utløse konflikt (Gotvassli, 2021, s.58).

1.1 Bakgrunn for studien

Nok en gang skal det bygges nye sykehus i Norge, og nok en gang roper de ansatte «varsko» for prosessen som er satt i gang.

Det er avisforsider og kronikker, og det kan virke som «alle» de ansatte i Oslo Universitetssykehus (OUS) er imot byggingen av nye sykehus. Helsepersonell går med fane i 1.mai -tog med «Nei, til nedleggelsen av Ullevål Sykehus», og ikke sjelden arrangeres det fakkeltog mot sykehusplanene foran Stortinget.

I tiden frem mot 2030 skal nye sykehusbygg for OUS stå klare. Evalueringsrapporter fra tidligere prosesser, der det er gjennomført prosjektering og bygging av nye sykehusbygg, har ført til endringer og forbedringer i dagens prosess. Allikevel er det ennå misnøye blant helsepersonell. Dette vises i form av avisoppslag og opprop mot regjeringen for å stoppe sykehusplanene. Det er også politisk uenighet om sykehusplanene. Flere politiske parti har ved stortingsvalget i 2021 hatt som lovnad å stanse sykehusplanene som er igangsatt, dersom de blir valgt.

Selv om det virker som det er en stor uenighet om sykehusplanene er det allikevel flere hundre helsepersonell, i klinisk arbeid, som deltar i medvirkningsarbeidet i prosessen rundt nye sykehus. Selv er jeg en av flere som har en koordinerende rolle mellom et knippe helsepersonell, som deltar i medvirkningen, og prosjektorganisasjonen. Gjennom rollen får jeg informasjon om hvordan de opplever prosessen, og deres frustrasjoner. Allikevel er det vanskelig å gå dypere ned i hvor denne frustrasjonen kommer fra, og om den er personlig eller profesjonell. Formålet med denne studien er derfor å se eksplorerende på hvordan helsepersonell som deltar i endringsprosessen, opplever denne. Forhåpentligvis kan dette også bidra til å forstå hva en eventuell motstand mot prosessen bunner i, dersom det faktisk er en motstand.

Det er lite forskning som sier noe om hvordan helsepersonell opplever organisatoriske endringsprosesser. Derimot er det publisert mye forskning på hva som er viktig for å gjennomføre en god endringsprosess, sett fra et ledelsesperspektiv. Denne studien søker derfor ny kunnskap om helsepersonells opplevelser rundt denne prosessen, og fokuserer eksplisitt på medarbeiderperspektivet.

1.2 Problemstilling og avgrensning

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan helsepersonell opplever en stor organisatorisk endringsprosess. Dette gjøres ved å se den fra et medarbeiderperspektiv, slik at det kan tilføre en dybdekunnskap til dette feltet. Hensikten er et bidrag til empirien rundt endringsprosesser i komplekse organisasjoner, som offentlig helsesektor. På bakgrunn av dette, har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan opplever helsepersonell en endringsprosess i offentlig helsesektor?

For å besvare problemstillingen, har jeg følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever deltakerne endringsprosessen?
- Hvordan preger organisasjonsutformingen prosessen?
- På hvilken måte opplever deltakerne seg involvert?

Funnene i denne studien begrenset til å gjeldende til og med 15.12.2021, som er datoen hvor jeg hadde siste intervju med informantene. Dette grunnet at det er en pågående endringsprosess. Alle hendelser i etterkant av denne datoen, er ikke inkludert i studien.

1.3 Oppgavens disposisjon

I første del av oppgaven har jeg tatt for meg hvorfor studien er viktig, og bakgrunnen for valg av problemstilling. I teorikapittelet presenterer jeg det som er viktige teorier for å kunne besvare min problemstilling. Til slutt i teorikapittelet viser jeg til tidligere forskning jeg har funnet rundt temaet til denne studien.

I kapittel tre tar jeg for meg metoden jeg har benyttet. Jeg presenterer vitenskapelig ståsted, og gir en grundig beskrivelse av hvordan jeg har gått frem for å finne dataene i denne studien. Videre forklarer jeg hvordan jeg har analysert innhentet materiale. Siste del i metodekapittelet går inn på min rolle som forsker, og hvordan denne kan ha innvirkning på funnene. Kapittelet avsluttes med generalisering, overføringsverdi og forskningsetikk.

Jeg har i denne studien tatt med et eget kapittel for å kontekstualisere funnene. For å kunne forstå funnene i denne studien, er det viktig med en kort innføring i prosjektet Nye Oslo Universitetssykehus (Nye OUS), og hvordan dette foregår. Dette gjøres i kapittel fire.

Deretter presenteres funnene i kapittel fem. Funnene presenteres ved å dele inn kapittelet etter mine fire hovedtemaer, som ble identifisert i analysen: Enighet om behovet for endring, pseudodeltakelse, økonomi vs. pasientsikkerhet og krevende organisasjonsutforming. Disse diskuteres så opp mot relevant teori i kapittel seks.

I det siste kapitlet konkluderes og oppsummeres denne studien. Det avsluttes med forslag til videre forskning.

2 Teori

Jeg skal i dette kapitlet ta for meg hvilke teoretiske perspektiver som er viktig, for å kunne besvare min problemstilling. Jeg starter med å presentere organisasjonsteori for offentlige organisasjoner og sykehus, og hvordan disse kan bære preg av det politiske aspektet i vårt demokrati. Videre beskriver jeg hva som karakteriserer en endringsprosess, og hvorfor endring er viktig for organisasjoner. Læringsteori, forventningsteori og teori rundt motstand mot endring presenteres, da dette er viktige aspekter ved endringsprosesser. Avslutningsvis viser jeg til en evalueringsrapport som er gjort for tidligere sykehusbygg, før jeg presenterer det jeg har funnet av relevant tidligere forskning.

2.1 Offentlige organisasjoner

«En organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål» (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.16). Denne definisjonen bygger på tre svært viktige elementer: sosialt system, «bevisst konstruert» og oppgaveløsning og måloppnåelse. Det sosiale systemet består av mennesker i interaksjon med hverandre, hvor organisasjonen står for etableringen av relasjonene. Dette beskriver det kulturelle og den menneskelige karakteren ved organisasjonene, og må forstås når en skal studere organisasjoner (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.16-17). Organisasjoner er avhengige av gjensidige elementer, som blant annet råvarer, maskiner, bygninger, teknologi, arbeidskraft, politiske myndigheter, kunder/pasienter og tilbud/etterspørsel. Dersom en av disse endres, kan det fort gi virkninger andre steder i organisasjonen. Som hvis politiske myndigheter vedtar nye lover, kan dette gå ut over arbeidskraft/arbeidstid, og gjøre noe med produktiviteten (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.16-17). Organisasjoner har ikke tilfeldigvis fått en struktur – det er et bevisst valg, og noen har bestemt dette fordi de er overbevist om at det er dette som er den mest effektive måten å løse en oppgave på. Alle organisasjoner er utviklet for å nå et mål, og når dette ved å løse diverse arbeidsoppgaver (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.16-17; Gotvassli, 2021, s.41-54).

For å skille mellom offentlige og private organisasjoner, kan vi si at de offentlige er styrt og eid av staten og derav folkevalgte representanter, mens de private er styrt og eid av private

investorer (Busch et al, 2011, s.78-80). Det er flere argumenter som viser til hvorfor offentlige organisasjoner trenger sin egen organisasjonsteori, da de fleste organisasjonsteorier vi ser i dag er laget ut fra private organisasjoner og bedrifter, utenfor Norge og Nordens grenser (Christensen et al, 2015). Argumenter for hvorfor offentlige organisasjoner bør ha egen organisasjonsteori (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.27):

- Må forholde seg til demokratisk valgte grupper
- Må ofte ta hensyn til flere og motstridende hensyn
- For å ivareta sentrale verdier som er viktig i et demokrati: vern av minoriteter, flertallsstyre og representativitet
- De opererer ikke i et marked som gir tilbakemelding, slik som private organisasjoner
- Offentlige organisasjoner må følge de overnevnte punktene, samtidig som de også driver effektivt, og sikrer rettstatsverdier som likebehandling, forutsigbarhet og offentlighet

Med disse argumentene kan vi heller snakke om gradforskjeller, og ikke unike karakteristikk av offentlige organisasjoner. Private organisasjoner vil i dag også måtte forholde seg til representativitet, motstridende hensyn og vern av minoriteter (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.26-27). Henry Mintzberg har en sterk internasjonal anerkjennelse innenfor blant annet organisasjonsteori og strategi (Gotvassli, 2021). Mintzberg fant i sin forskning basert på materiale fra 1920-1970-årene at mange bidrag inn mot organisasjonsteorier var basert på et ønske om å finne en spesifikk organisasjonsteori som kunne brukes av alle organisasjoner (Gotvassli, 2021, s. 42). På slutten av 1960-tallet var det flere teoretikere som lanserte teorier som Mintzberg også begynte å referere til i sin forskning: «...valg av organisasjonsdesign avhenger av en rekke forhold, og at det ikke finnes en riktig organisering» (Gottvassli, 2021, s.42-43). Blindheim et al (2021, s.30) viser til den økende interessen for organisasjonsutforming i offentlig sektor som startet på slutten av 1970-tallet. Sammenhengen mellom organiseringen av offentlige tjenester/forvaltninger og hvorvidt politiske mål ble realisert, var en hypotese det ikke var forsket så mye på. Dessverre forsvant interessen rundt dette temaet relativt fort (Blindheim et al, 2021, s.30-31). Offentlige organisasjoner som har stor politisk-administrativ påvirkning, er underrepresentert i organisasjonsteorien (Christensen et al, 2015, s.12; Blindheim et al, 2021, s.29).

Det finnes empiriske studier som viser forskjeller mellom offentlige og private organisasjoner, spesielt at offentlige organisasjoner har mer regler og rutiner enn det private. De er mer byråkratiske (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.27-28). Organisasjonsteori bør kanskje ikke skille mellom offentlige og private organisasjoner, men hva slags type organisasjon det er – og heller se på størrelse, oppgaver og mål/samfunns mål (Bozeman, 2013). Neste delkapittel tar derfor for seg sykehus som organisasjon.

2.1.1 Sykehus som organisasjon

Sykehus er ansett som en av de mest kompliserte organisasjonene vi har (Glouberman & Mintzberg, 2001, s.56). Velferdsstaten Norge består av flere tjenester, som spiller en stor rolle i borgernes liv (Grindheim et al, 2020, s.185). Helseforetakene er styrt av staten, og er en stor offentlig organisasjon, med viktige samfunnsoppgaver. Et sykehus består av mange ledd, med tydelige autoritetshierarki, noe som karakteriserer en byråkratisk organisasjon (Strand, 2017, s.263). Vi kan allikevel ikke si at sykehus utelukkende er en byråkratisk organisasjon. Sykehus bærer også preg av å være en ekspertorganisasjon, som er typiske fagsterke organisasjoner (Strand, 2007, s.269-270). En ekspertorganisasjon karakteriseres gjerne ved å ha «...lavt hierarki, arenaer for fagspesialisering og fagautonomi, behandler komplekse problemer og er orientert mot løsninger for eksterne parter og medlemmene har stor autonomi i sin yrkesutøvelse» (Strand, 2007, s.270). En blanding av disse to er det Henry Mintzberg kaller et profesjonsbyråkrati (Gotvassli, 2021, s.57; Mintzberg, 2017, s.5).

Organisasjonen domineres av fagtunge profesjoner, i flere nivåer av ledelsen og administrasjonen rundt. Glouberman & Mintzberg (2001, s.57-64) tar for seg de fire ulike ledelsesfunksjonene i et sykehus: Cure (leger), Community (politikere), Care (sykepleiere) and Control (generelle ledere/administrasjonen) (Andersson, 2013, s.122; Mintzberg, 2017, s.119-122). Profesjoner som lege er ofte overrepresentert i lederlinjen i sykehus, og en lege er dermed mer enn kollega til sin leder, enn en underordnet (Grimen, 2008, s.150). Dersom en blir leder høyere opp i hierarkiet, vil ens profesjonskollegaer ikke lenger se deg som en kollega (Mintzberg, 2017, s.5). En slik profesjonstung ledelse gjør at lojaliteten oftest er rettet mot pasientene, og ikke administrasjonen rundt eller over (Mintzberg, 2010, s.154; Gotvassli, 2021, s.57-58). Dette kan ifølge Mintzberg være en viktig faktor til hvordan

profesjonsbyråkratiet fort kan utløse uenigheter, spesielt når det kommer til avgjørelser som skal tas høyt oppe i systemet, hvor det er snakk om pasientbehandling sett i sammenheng med økonomi (Gotvassli, 2021, s. 58; Andersson, 2013, s.122-123). Det er toppbyråkraten som til syvende og sist bestemmer, som i denne organisasjonen er Stortinget (Blindheim et al, 2021, s.187-88). I en så profesjonstung organisasjon er det vanskelig for ledere å styre sine ansatte, sett i sammenheng med andre organisasjoner (Andersson, 2013, s.123). En viktig årsak til dette, er hvilket syn en har på hva, og hvem en arbeider for i organisasjonen. Politikerne (community) vil se på samfunnets beste, og måle sykehuset etter ventetider og pasientkø, mens legene (cure) vil se den enkelte pasient og dens behandling basert på ekspertkunnskap (Andersson, 2013, s.123). Lederne i sykehuset er satt til å lede mot målene politikerne setter (control), mens sykepleierne (care) jobber både for pasientene, men også for sykehuset/sykehusledelsen.

For å bidra til å nå politiske mål og å løse viktige samfunnsutfordringer, er design av ulike politisk-administrative virkemidler et bevisst valg (Blindheim et al, 2021, s.121). I sykehus, som er statlig finansiert og en stor offentlig organisasjon, er det relevant å se på hvordan politikk kan prege organisasjonen. Makt og tillit er sentrale elementer. Neste delkapittel tar derfor for seg dette.

2.1.2 Politikk, makt og tillit

At det er en viktig sammenheng mellom den politiske organiseringen og innholdet i dens politikk er en sentral antakelse i organisasjoner. Det er viktig å ha en forståelse av hvordan organisasjoner organiserer seg og endres for å forstå hvordan politiske vedtak og virkemidler har konsekvenser for borgere, klienter og brukere (Christensen et al, 2015, s.21). Offentlige myndigheter vedtar politiske reguleringer som legger føringer for eksempelvis et sykehusprosjekt. Myndighetene består av flere enheter, og disse trengs slett ikke være enige – noe som kan gjøre at offentlige myndigheter står i strid med hverandre (Karlsen & Gottschalk, 2008, s. 264).

En må forstå hva et demokrati er, før en kan ta for seg det politiske systemet og dens makthierarki. Demokrati betegner en type styresett, og betyr folkestyre (Grindheim et al, 2020, s.18). «Demokrati innebærer frihet og likeverd, allmenn stemmerett og ytringsfrihet»

(Grindheim et al, 2020, s.387). Filosofen Jean-Jacques Rousseaus (1712-1778) beskrev en ekstremvariant av demokratiet, hvor vi som mennesker mister all fri vilje, idet vi velger representanter til makten – og dermed gir fra oss all makt til dem. Det har siden – og før dette, vært beskrevet flere måter å definere et demokrati på. Det demokratiet vi ser i dag, består av folkevalgte representanter som blir valgt til makten. En viktig forutsetning er, at makten ikke er tildelt for evig – de avgjørelser og beslutninger som gjøres, vil bli husket til neste valg. Derfor kan en si at det er i de folkevalgtes interesse å fremme borgernes stemmer, og ta beslutninger på vegne av fellesskapet (Grindheim et al, 2020, s.18-19). Hvis vi skal benytte definisjonen av demokratiet som et valgt folkestyre, ville alle land som velger sine ledere vært et demokrati. For å kunne definere et land som et demokrati i dag, må landet ha frie valg og konsekvenser. Statsviteren Adam Przeworski definerer blant annet demokratiet slik vi kjenner det: «et politisk system der makthaverne kan tape makten ved valg» (Grindheim et al, 2020, s.19). I sine empiriske undersøkelser underkjenner han land som kaller seg demokratier, når det faktisk ikke har skjedd et maktskifte gjennom valg. Dette begrunnes med at de grunnleggende prinsippene i et moderne demokrati er «offentlig myndighet er basert på allmenn stemmerett, frie valg og en rettsstat som sikrer frihet og autonomi for borgerne» (Grindheim et al, 2020, s.18).

Makt bør sees i sammenheng med hvordan den blir utøvet, når en snakker om makt som positivt eller negativt (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s. 163). Den kan uansett være nødvendig – når noen vil gjøre noe noen andre ikke er enige i. Den politiske makten i Norge er i liten grad ansett som noe en misbruker, men benyttes til det beste for fellesskapet og er moralsk forankret (Vike, 2004, s. 51). Den forventes å ville det beste for befolkningen, men også sikre praktiseringen av dette. De øverste politikerne på Stortinget er folkevalgte, og det bærer stor grad av at disse er folkelige, og valgt av folket. De representerer flertallet og lederskapet skal bære preg av demokratiets innerste verdier og prinsipper. Disse stiller ikke på grunn av suverenitet av egen kompetanse og ideologi. Med dette følger det også forventninger (Vike, 2004, s.53-55; Lindgren & Örn, 2019, s.6). Det er et nært forhold mellom de kommunale politikerne, og dets innbyggere, hvor det gjennomsnittlige utdanningsnivået er ganske likt mellom de folkevalgte politikerne, og innbyggerne. Dette bidrar til at de fremstår som troverdige representanter for innbyggerne, og ikke som en elite som står høyt over. Det

forventes derfor at de fremmer saker av kollektiv interesse, og ikke av egeninteressen (Vike, 2004, s. 54).

Det gjøres en økende desentralisering av makt fra staten til kommunene, og kommunene får også større og romsligere budsjetter (Grindheim et al, 2020). Som en velferdsstat ligger det et grunnlag for like tjenester, for alle. Ved å desentralisere makten til kommunene, vil dette kunne føre til ulikheter – ulike kommuner kan ha ulike behov (Grindheim et al, 2020, s.184-206). Grunnlaget i et demokrati, er at de folkevalgte lederne styrer på vegne av de grunnleggende verdiene i demokratiet – og likeverd er et av disse (Grindheim et al, 2020, s.24). For å hindre for store ulikheter, blant annet innenfor helsetilbudene, er det derfor en forventning blant borgerne om at det er staten som skal sørge for velferden i Norge. Dette kan sikres ved at staten lovfester minstestandarder for kommunale tjenester, og dermed sikrer likeverd (Grindheim et al, 2020, s.184-207). En kan derfor si at selv om det er desentralisert maktfordeling til kommunene, så vil allikevel hensynet til den nasjonale velferdsstaten vinne frem, og de lokale folkevalgte vil ha føringer de må følge – og må derfor se disse i sammenheng med lokalsamfunnet de leder (Grindheim et al, 2020, s.19; Lindgren & Örn, 2019, s.11-13). Det kan være bedre å si at makten er delegert, heller enn overlatt (Grindheim et al, 2020, s.19).

Norge er et av de landene i verden som scorer høyest på internasjonale undersøker om tillit til myndighetene (Brochmann & Hagelund, 2010, s.315), men denne tilliten ble allerede i 2004 beskrevet som nedadgående (Vike, 2004, s. 51). Den norske velferdsstaten bygger på visjonen om nødvendigheten av politisk styring for å fremme de sosiale målene, og er bygget på tillit. Noe som gjør at innbyggerne ikke bare forventer at staten har en kompetanse til å vedta riktig valg, men også til å praktisere disse (Busch et al, 2011, s.25; Vike, 2004, s.59). Grindheim et al (2020, s.204-207) beskriver tilliten til de nasjonale og sentraliserte politikerne som høy, men også at tilliten står i sammenheng med hvor fornøyde innbyggerne er med hvordan ting styres.

2.2 Endringsprosesser

Samfunnet, teknologi og mennesker endrer seg hele tiden, hver dag – og organisasjoner endrer seg hele tiden (Hennestad & Revang, 2017, s.86). Ofte står organisasjoner ovenfor

større endringsprosesser, som kan være en følge av både interne og eksterne faktorer (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.384). Selv om organisasjoner til enhver tid endrer seg, så er de også flinke til å endre seg i den retningen de allerede er gode – noe som kan føre til at de havner i utakt med sine omgivelser. Vi utvikler kollektive vaner som harmonerer godt i forhold til hverandre, og en endring kan trigges når situasjonen eller omgivelsene endres (Hennestad & Revang, 2017, s. 88; Blindheim et al, 2021, s.224). Ofte er ikke organisasjonen selv oppmerksom på situasjonen før det må en større endringsprosess til, og må derfor handle reaktivt (By, 2005, s.370). En slik endring er ofte drevet av visjon og strategi. Et fokus på kontinuerlige endringer kan minske forekomsten av planlagte endringer/store endringer, men en hybridløsning av kontinuerlige og planlagte endringer forekommer også (Hennestad & Revang, 2017, s.91-92). Endringer handler ifølge Hennestad & Revang (2017, s.133) om å få en virksomhet eller organisasjon til å fungere på en annen måte sammen med omgivelsene. En kollektiv enighet om at endringen er viktig, og en forankring i ledelsen er viktig for gjennomføringen og troverdigheten av en endring, men er ikke en forutsetning. Endringer kan også tvinges igjennom, eller bestemmes uten at resten av organisasjonen er med på, eller enig i endringen som skal gjennomføres. Og det er ikke bare organisasjonen som må endre seg, også personene må endre seg med organisasjonen (Hennestad & Revang, 2017, s.134-36; Andersson, 2013, s.137). Tidligere forskning viser at opptil 70% av all organisatorisk endring mislykkes, og en ledende antakelse er at dette skyldes mangel på forankring hos medarbeiderne i organisasjonen (By, 2005, s.370; Mehboob & Othman, 2020, s.1).

Det er flere teorier bak hvordan en endringsprosess skal se ut, og foregå. En enkel modell for å forklare hva en endringsprosess er, tar for seg forholdet mellom en nåsituasjon versus ønsket situasjon (Hennestad & Revang, 2017, s. 102). Dette kan sees som en definisjon på hva en planlagt endringsprosess er, og det er hva som skjer mellom disse to fasene som avgjør om en treffer den ønskede situasjonen, eller bare kom delvis i mål. En slik endringsprosess kan for eksempel utføres i form av å igangsette et prosjekt (Rolstadås et al, 2020, s.23). De fleste teoriene tar for seg viktigheten av å ha en enighet om hva som er nåsituasjonen, og hvorfor den ikke lenger er god nok (Hennestad & Revang, 2017, s.102-103).

Det har i de siste tiårene blitt utviklet flere endringsstrategier som ansees som suksessfulle. Kotter (2012) har laget en anerkjent og velbenyttet 8-steps prosess som kan følges for å gjennomføre en vellykket endring (Appelbaum et al, 2012; Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.391-92). Det er de fire første stegene som er relevante for endringsprosessen det tas utgangspunkt i senere i denne studien:

1. Skape en følelse av nødvendighet/forståelse for endring: finne ut hvorfor noe må endres, og finne potensielle fremtidige hindringer, løsninger og muligheter for organisasjonen.
2. Etablere en enhet med myndighet og vilje til å gjennomføre endringen: Gruppen må fungere som et team, og inneha nok makt til å gjennomføre endringen.
3. Utvikle en tydelig strategi og visjon for endringen som er forankret i organisasjonen: endringsviljen må mobiliseres for å nå visjonen.
4. Kommunisere med og involvere de som berøres av endringen: Utvikle gode kommunikasjonsplattformer som sikrer kontinuerlig informasjon om endringsprosessen og målet. Gruppen må gå foran som gode eksempler.
5. Forsterke endringsviljen bredt: Fjerne hindringer og motstand, endre systemer og strukturer som ikke er forenlig med endringen, og oppfordre personer til å tenke nytt og utradisjonelt.
6. Feire delmål: planlegge synlige feiringer for delmål underveis, men først sørge for at disse nås. Synlig anerkjenne og belønne personer som muliggjør endringen.
7. Styrke gevinster og produsere mer endring: utvise tiltro til endringene som må gjøres i systemer, strukturer og føringer for å kunne realisere visjonen. Ansette, markedsføre og utvikle personer som kan iverksette endringsvisjonen.
8. Utvikle kulturen i organisasjonen som harmonerer med endringen, og som sikrer at endringen fungerer som den skal: utvikle lederskapet og en mer effektiv administrasjon. Vise sammenhengen mellom ny atferd og organisasjonens suksess. Utvikle midler som sikrer lederutvikling og suksess.

Modellen til Kotter benyttes ofte i endringsprosesser, men det finnes svært lite evidens for disse åtte stegene benyttet sammen (Appelbaum et al, 2012). Derimot så er det god evidens for hver av stegene for seg, og modellen blir sett på som enkel og forståelig (Appelbaum et al, 2012). Det er de fire første stegene i denne modellen som er relevante for den delen av prosessen, som Nye OUS er i nå. Endringen planlegges, og er ikke enda implementert.

For å vite hvor organisasjonen er i dag, og hvilken dynamikk som finnes i organisasjonen, er det viktig å se på læringsteorien. Sentralt i denne teorien er erfaring og forventning. Det er ulike definisjoner for læring i organisasjoner, men fellesnevneren er at alle består av de to komponentene: Kunnskap og handling (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.341).

2.2.2 Læringsteori

Læringsteori er viktig når vi snakker om endringsprosesser (Hennestad & Revang, 2017, s.136). Det er ikke bare læring fra historien som er viktig, en må se på teori for læring når en skal forstå hvorfor en organisasjon må endres: «Læring er altså en prosess der mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap, og endrer sin atferd på grunnlag av denne kunnskapen» (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.341). De viktigste årsakene til å studere læring i organisasjoner for å overleve, er ifølge Jacobsen & Thorsvik (2020, s. 340): Tilpasning til omgivelsene, langsiktige konkurransefortrinn, innovasjon, effektivisering og endring. Enkeltindivid(er) i organisasjonen fanger opp eller erfarer noe som føres videre til en kollektiv læring – det utføres en erfarings- og kunnskapsoverføring blant ansatte. Dette beskriver en nøkkelfunksjon for læring i organisasjoner, nemlig læringssirkelen. Den kollektive læringen må bli til kollektiv atferd ved at organisasjonene utvikler og iverksetter tiltak - ellers vil ikke læringen få gjort nytte av seg i organisasjonen. Erfaring og forventning står sentralt i all læren om hvordan individer lærer, hvor tidligere erfaringer fører til hvordan en handler i dag i gitte situasjoner, og forventninger om hvilke konsekvenser atferden vil ha (Baldwin, 1973; Vroom, 1964, s.193). Læringsteori har et kognitivt og sosialt utgangspunkt.

Den kognitive læringsteorien tar for seg hvordan et individ automatisk tar til seg, behandler reagerer på den informasjonen de utsettes for (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.344-346). Dette går inn under den individuelle læringen, hvor den enkeltes oppfatning av omgivelsene og virkeligheten er det som styrer hva hjernen tar til seg av informasjon og læring. Hjernen

selekerer hva som lagres og slettes, både på kort- og langsikt. Avhengig av tidligere læring, vil hjernen automatisk reagere på stimuli etter hva en har opplevd i lignende situasjoner. Dette kalles i kognitiv læringsteori for kognitive kart eller modeller. Vi er dermed gode til å bli bedre på det vi allerede kan, noe som gjør det vanskeligere å bli bedre på det vi ikke kan. Dette er også teoriens forklaring på hvorfor det er så vanskelig å tilpasse seg nye situasjoner – vi må gjennom en avlæring. Dette er avgjørende for å være mottakelige og klare å mestre nye muligheter og utfordringer (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.345-346). Sosial læringsteori supplerer den kognitive læringsteorien, ved at vi kan lære av sosiale situasjoner. Vi kan også like godt lære av andres opplevelser og erfaringer – vi imiterer andres læring (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.346-347; Baldwin, 1973, s.38-39). Dette skjer hovedsakelig i sosialt uformelle situasjoner, og forskning viser at det er gjerne i situasjoner som virker kjente og viktige, hvor læringen er størst (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.347). Læringsteori for organisasjoner har de senere årene utviklet seg på flere måter, hvor blant annet et heterogent læringsmiljø er viktig, hvor ny læring er bedre enn gammel læring (Argote & Miron-Spektor, 2011, s.1126-28).

I læringsteori for organisasjoner, viser Argote & Miron-Spektor (2011, s.1127) til tidligere forskning som viser en sammenheng mellom organisatorisk struktur og hvordan organisasjoner lærer. Organisasjoner som betegnes som ekspertorganisasjoner har vist seg å være bedre til å lære av tidligere erfaringer når det kommer til endringsprosesser, enn generelle organisasjoner – men sier ikke om det er slik organisasjonen lærer best. Hvor enkelt det er å lykkes, kan også avhenge av størrelsen til organisasjonen. Det vil for eksempel ikke være like lett å lykkes med endringsprosesser i et sykehus som i en mindre organisasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.392).

2.2.3 Motstand mot endring og forventningsteori

En anerkjent oppfatning i organisasjoner er at alle mennesker er imot endring, en psykologisk modell som ble presentert av Kurt Lewin på 1940-tallet (Dent & Goldberg, 1999). Det tas til orde for at omstillinger og forslag om endringer møter motstand og avvisning, gjerne i form av motforestillinger og dårlige erfaringer i tidligere prosesser (Hennestad & Revang, 2017, s.136). Når vi snakker om planlagte endringsprosesser, gjerne i form av

prosjekter, er det ofte beskrevet at motstand er noe en må overkomme – noe som en prosjektleder oftest vil oppleve (Kotter, 2012, s.117).

I senere tid er det gjort kritisk forskning på modellen til Lewin, som beskrev denne terminologien som en systemisk modell, og finner flere svakheter med modellen. Dent & Goldberg (1999) gjør seg flere tanker rundt hva som opprinnelig kan være årsaken til at mennesker er motvillige til endring. Det er ikke nødvendigvis motstand mot endringen i seg selv, men at en forsvarer noe en kjenner godt til og er fornøyd med. Årsakene til at motstand oppstår kan være flere: Prosessen endringen foregår i, implementeringen, kvaliteten, egoistiske behov som tap av makt/identitet, eller informasjon underveis i endringsprosessen (Dent & Goldberg, 1999; Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.378-382). Ofte er det også frykten for det ukjente, hvor en ønsker å forsvare det som vi kjenner så godt og er flinke til. Manglende involvering er også en viktig faktor (Dent & Goldberg, 1999), og Vroom (1964, s.115) viser til at det finnes mye empiri på at en arbeidstaker blir positivt påvirket når en har innvirkning på avgjørelser som skal tas, og som har påvirkning på ens egen arbeidshverdag. Å velge en strategi, med en tidlig involvering av potensielle motstandene i en endringsprosess, kan være med på å redusere motstanden som oppleves inn i prosessen (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.382).

Organisasjonskultur har historisk sett blitt fremmet som noe positivt, men den kan også hindre utvikling og endringsprosesser, da «sånn gjør vi det her» mentalitet vanskeliggjør effektivisering og nytenkning (Gotvassli, 2021, s.132; Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.123-124). Det som kjennetegner organisasjonskultur er et samlet sett av meninger, verdier og symboler i en gruppe eller fellesskap. Det er en veiviser for hvordan vi skal oppføre oss i gitte situasjoner, og bidrar blant annet til å gjøre at organisasjoner med en sterk organisasjonskultur er gode på å nå sentrale strategier og mål (Gotvassli, 2021, s.131-132). Kulturen kan også prege måtene vi jobber på i så stor grad at det er denne som oppfattes å ha gjort organisasjonen så vellykket. Dette kan føre til at en sterk og lang organisasjonskultur kan hindre innovasjon og nødvendig endring, og dermed utløser motstand i endringsprosesser (Gotvassli, 2021, s.235-237).

For å si noe om hva motstanden mot endring kan være, kan vi blant annet se på forventningsteorien til Victor Vroom. Teorien tar for seg hvor stor motivasjonen til en person

er i forhold til arbeidet som legges inn i en oppgave – og hva en forventer i grad av oppnåelse og belønning (Vroom, 1964, s.191-209). Dersom motivasjonen er lav, eller ikke eksisterende, vil dette kunne oppleves som motstand i en endringsprosess. Motivasjon påvirkes ifølge Vroom av fire variabler: individuell innsats, individuell opptreden, organisasjonens belønning og personlige mål. Størrelsen på motivasjonen avgjøres av tre forhold: Valens som referer til verdien av en potensiell belønning som forventes å bli levert som et resultat av å ha oppnådd visse mål. En studie forsterker antakelsene om den empiriske gyldigheten av valens hos individer, og bør derfor inkorporeres som en effektiv støtte i endringsprosesser (Mehboob & Othman, 2020). Forventing viser til at det gjøres en sannsynlighetsvurdering av graden av suksess av målene som er satt. Instrumentalitet ser på muligheten av at den lovede belønningen faktisk blir levert når resultatmålene er oppnådd (Vroom, 1964, s.193-195; Parijat & Bagga, 2014).

2.3 Endringsprosesser i helsesektoren

De fleste sykehus er i Norge en offentlig organisasjon, og er en *levende* organisasjon som må sees i samspill med sine “omgivelsesfaktorer, interne tradisjoner og kulturer og aktiv styring fra ledelsens side” (Christensen et al, 2015, s.21; Hennestad & Revang, 2017, s.86). Endringer i sykehus styres ikke utelukkende av interne forhold. De påvirkes også av politisk og sosial endring i samfunnet for øvrig (Christensen et al, 2015, s.21). I sykehus, som er en profesjonstung organisasjon, er det ofte endringer nederst i organisasjonen som er de letteste å gjennomføre – de endringene helsepersonellet selv ønsker. Dette kan være endringer i behandlingsmetoder, hvor det er i stor grad i profesjonenes egeninteresse å få ytelsene til å bli så gode og omfattende nok som mulig (Vike, 2004, s.60; Mintzberg, 2017). Det skjer hurtige fremskritt innenfor den medisinske behandlingen, noe som gjør at helsesektoren må være fremtidsbevisst for å sikre god effektivitet og behandling. Organisasjonens mål om å gi god pasientbehandling, må ikke blandes med hvordan organisasjonen er utformet og hvordan den styres (Hennestad & Revang, 2017, s. 93-94). Som en byråkratisk ekspertorganisasjon er det hierarkisk ledelse, og dette kan derfor gi flere “top-down” beslutninger når det kommer til endringsprosesser, hvor løsningene er tvunget frem fra administrasjonen (Blindheim et al, 2021, s. 206-207; Mintzberg, 2017, s.165). Ifølge Aadland & Askeland (2017, s.208) kan en ønsket endringsprosess som er toppstyrt, forstås

fra tre ulike perspektiver: Rasjonell, kulturell eller legitimering. Den rasjonelle prosessen krever effektivisering for å gjøre helsesektoren bedre, mens en kulturell prosess krever en innføring av uformelle normer og verdier som allerede eksisterer i organisasjonen. Legitimeringsprosessen viser til hvordan politikere kan bruke nåværende populære styrings- og ledelsesmetoder, for å utad vise at de gjør noe bra for helsesektoren. Disse tre perspektivene, eller prosessene, antas å bidra til konflikter i offentlige organisasjoner (Aadland & Askeland, 2017, s.208).

Når en skal se på endringsprosesser i helsesektoren, eller mer spesifikt et sykehus, kan vi se litt på hvordan prosjektledelsesteorien tar for seg endringsprosesser i offentlig sektor. Rolstadås et al (2020, s.39-41) beskriver et utfordrende bilde når det skal defineres en prosjekteier i prosjekter. Det er ofte ulike aktører som har den fremtidige nytten av prosjektet, i forhold til hvem som tar kostnadene. Dette kan blant annet gi utfordringer når det kommer til å veie prosjektets kostnader opp mot fremtidige inntekter (Rolstadås et al, 2020, s.40). Når et prosjekt finansieres av det offentlige, så vil dette blant annet være skattebetalernes penger, og det er derfor viktig at disse brukes varsomt og fører til nytte. I forkant av prosjekter gjøres det derfor et kostnadsestimat. Dette gir en prognose for de totale kostnadene til prosjektet (Rolstadås et al, 2020, s.225; Aarseth et al, 2015, s.161-162). I en offentlig organisasjon, som et sykehus, er det ofte mange ledd fra behandlere eller helsepersonell, til Stortinget og den endelige beslutningsmakten som nevnt i kapittel 2.1. Ut fra dette kan vi se på to ulike, men relevante, måter å estimere kostnadene i et prosjekt på: Ifølge Karlsen & Gottschalk (2008, s.334-335) kan kostnaden i hovedsak estimeres på to måter når endringer i form av prosjekter skal gjennomføres: bottom-up og top-down. Bottom-up beregner den totale kostnaden på detaljnivå av ressursbehovet og tilhørende kostnader. Det er personene som selv beregner ressursbehov som skal benytte disse senere, noe som skaper forpliktelse, men også eierskap – noe som forhåpentligvis kan føre til engasjement. Det kan også gi negative utslag ved tidkrevende detaljering i forkant, og kunstig høye estimater. Top-down benytter en prosentsats som er basert på erfaringsdata, og har dermed en gitt økonomisk ramme eksternt fra prosjektorganisasjonen i forkant av planlegging. Dette krever lite ressurser, og et gitt budsjett kan skape positiv konkurranse mellom delprosjektene i form av økt arbeidsinnsats og verdiskapning. Metoden begrenser også handlingsrommet til prosjektet, og kan føre til at ønskede resultater ikke er

gjennomførbare innenfor kostnadsrammen (Karlsen & Gottschalk, 2008, s.334-335). Det er fordeler og ulemper med begge disse modellene. Det finnes flere måter å gjøre kostnadsestimater på i forkant av et prosjekt, men de aller fleste bygger på disse to.

Kostnadsestimering gjøres hovedsakelig for å kunne sette en referanseramme for kostnadsoppfølgingen i etterkant av prosjektslutt – men også underveis (Rolstadås, 2020, s.225; Aarseth et al, 2015, s. 161). Kostnadsoppfølgingen er viktig for evalueringsprosessen. Denne skal vi se på i neste delkapittel.

2.3.1 Evaluering av endringsprosesser

Det er viktig å ha standardiserte evalueringsformer med systematisk datainnsamling, som kan bidra til viktig kunnskap i forbedringsprosesser og beslutningsunderlag for lignende prosesser (Helse Vest RHF, 2018). Alle statlige virksomheter skal ha evalueringresultater som en sentral del av sin styrings- og resultatinformasjon, og skal inneholde effekten og effektiviteten av virkemidler som et instrumentelt grunnlag når det kommer til videre prioriteringer og fordeling av ressurser (Bastøe, 2020, s.24-25). En standardisert evalueringsform bør benyttes for like prosjekter, slik at resultatene kan bidra i videre arbeid og den må foregå i en prosess som gir resultater som er best egnet til formålet (Bastøe, 2020, s.59-60). Organisasjonslæring er viktig når vi snakker om evalueringsprosesser – en nøkkeldisiplin i organisasjonslæring er det å lære i team. En organisasjon med gode evalueringsrutiner vil også ha evne til selvrefleksjon, og bidrar til empirisk informasjon som gir gode forutsetninger for å forbedre sin drift og tjenester (Bastøe, 2020, s.118; Karlsen & Gottschalk, 2008, s.450-453).

Sykehus som gjennomfører store endringsprosesser, som nybygg og utvidelser av eksisterende bygg, representerer større investeringer og verdier for samfunnet. Evalueringer av prosjekter i staten skal, avhengig av mål, se på en eller flere av disse punktene: risiko til politiske forhold, økonomi og finansiering, struktur og organisering, kompetanse, kultur og holdninger (Bastøe, 2020, s.25). Evalueringsfokuset i staten kommer fra et mål- og resultatstyringsperspektiv, og må aktivt brukes for å kunne bidra til læring i fremtiden (Bastøe, 2020, s28; Rolstadås et al, 2020, s.458).

2.3.2 Evaluering av tidligere prosjekter for nye sykehusbygg

For å lære av tidligere prosesser rundt sykehusbygg, har Sykehusbygg HF (2020) utarbeidet en hovedrapport for evaluering av Kalnes-prosjektet, som er laget ut fra malen til Helse Vest (2018) som skal være lik for alle evalueringsrapporter innenfor sykehusbygg. Evalueringen fra Kalnes viser til 13 læringspunkter, som skal bidra til forbedring i arbeid med bygging av nye sykehus (Sykehusbygg HF, 2020, s.5-6):

Beregninger av kapasitetsbehov: For fremtidige sykehus skal det planlegges med en mindre utnyttelsesgrad – noe som gir større kapasitet og fleksibilitet.

Utformingen av byggene påvirker hvor funksjonelle sykehusområdene blir: Funksjoner som er avhengige av hverandre må lokaliseres i nærheten av hverandre, noe som sikrer effektiviteten. De konkrete funksjonene skal også sikre trygghet og være plassert hensiktsmessig i bygget, som for eksempel psykiatri på bakkeplan.

Byggene skal utformes hensiktsmessig arkitektonisk for å gjøre det lettere for pasienter og pårørende til å finne veien: Arkitektoniske og visuelle virkemidler skal benyttes for å tydeliggjøre omgivelsene, og bør kvalitetssikres av fagfelt innenfor “veifinning”.

Ensengsrom som standard: Ensengsrom legger til rette for blant annet privatliv, søvn, besøk og smittevern. Medisinsk kvalitet og effektivitet er dog ikke vist å bli forsterket, men påvirkes positivt av hvordan døgnenhetene utformes innad. Det bør tilrettelegges for, og gjøre det mulig med tiltak for å kunne observere pasientene fra korridor med for eksempel glassvindu i dør.

Det bør legges til rette for en økt fleksibilitet av utnyttelse av rom med tanke på høydriftsperioder: I perioder med høyt belegg, bør for eksempel noen ensengsrom ha en størrelse som gjør at de kan benyttes som tosengsrom. Det er viktig å sikre fleksibilitet som gir god drift i perioder med høyt pasientbelegg.

Arbeidsplasser til behandlere nært behandlingssted: Den foreløpige digitale utprøvingen med mobile arbeidsplasser, har ikke vært optimal grunnet for lite tilgjengelige IKT-løsninger. Det pekes derfor på at det bør økes antall arbeidsplasser for helsepersonell i døgnområdene, da dette har en positiv effekt på pasientsikkerheten.

Areal til støttefunksjoner må ikke undervurderes: Støtterom som blant annet lagre, arbeidsplasser og medisinerom med for lite areal gir dårligere effektivitet.

Samlokalisering av psykiatri og somatikk er viktig: Det gir gode faglige synergier, økt pasientsikkerhet og en mer helhetlig pasientbehandling å samlokalisere psykiatri og somatikk. Evalueringen anbefaler å rette mer “oppmerksomhet mot særlige krav til utformingen av bygg for psykisk helsevern” (Sykehusbygg HF, 2020, s.6).

Utstrakt fokus på fleksibiliteten og utvidelser av akuttmottaket: Akuttmottaket blir berørt av endringer i akuttbehandling, prehospitaltjenester og tjenester i kommunen. Det bør derfor planlegges med ytterligere endringer i fremtiden, som gjør at akuttmottaket bør være fleksibelt og utformet med spesielt fokus på pasientflyt og vareflyt.

Arealer i poliklinikk må kunne enkelt endres, og tilpasset i stor grad til digitale konsultasjoner av pasienter: Enkelte deler av poliklinikkene bør bygges med fokus på stor fleksibilitet med tanke på installasjoner, vegger og lett installasjon av ny teknologi.

Sikre at det er ressurser og midler tilgjengelig i inntil et år etter ferdigstilling: Prosjektorganisasjonen og prosjektet må være tilgjengelig i inntil et år etter ferdigstilling for å kunne svare ut problemstillinger, reklamasjoner, opplæring og sikring av utførelse av konsepter.

Livsløpet til bygget må tillegges stor vekt når materialer velges: Sikre at det ikke tilkommer unødvendige kostnader/oppgraderinger, som kunne vært forebygget ved god planlegging. Eksempelvis gulv, dører, alarmer og vedlikehold av disse.

Realisering av gevinster må justeres sammen med justeringer for rammebetingelser og finansiering: Det må tas høyde for omstillingsprosesser, opplæring og forberedelser. Disse bør starte tidlig, og implementering/tilvenning av ny teknologi er tidkrevende.

2.4 Opplevelse av organisatorisk endring

Her vil jeg ta for meg tidligere forskning jeg har funnet, som er relevant for denne studien. Det viste seg å være vanskelig å finne tidligere forskning som tar for seg hvordan

helsepersonell opplever endringsprosesser. Derimot finnes det mye forskning om hvordan en endringsprosess best bør foregå, men dette anser jeg ikke som relevant for problemstillingen og tidligere empiri på nettopp mitt tema.

Jakobsen et al (2010) har forsket på hvordan ansatte i sykehus, som ikke var aktivt deltagende i en arbeidsgruppe, opplevde en organisatorisk endringsprosess. Innledningen i studien viser til omfattende tidligere forskning, som har vist at involvering, aktiv deltakelse og en opplevelse av innflytelse er sentrale deler for en vellykket endring. Funnene i studien bekrefter dette. Den bekrefter også viktigheten av involvering, deltakelse, dialog og anerkjennelse og at de som sto utenfor endringsprosessen opplevde sårbarhet, usikkerhet og å stå utenfor (Jakobsen et al, 2010).

Et forskningsstudium utført i Australia (Lowe et al, 2018) ser på hvordan sykepleiere opplever en endringsprosess. Det er sykepleierne som ønsker mer ansvar for å forbedre pasienttilbudet og dermed effektivisere driften i helsevesenet, hvor disse er pådriverne for endringen. Denne studien mener jeg er relevant for sitt funn angående politikk og endring. Det ble liten fremdrift i endringsprosessen, og kun tatt kortsiktige beslutninger. Dette ble sett i sammenheng med et demokratisk styresett, hvor politikerne tok beslutninger basert på økonomi og å kunne bli gjenvalgt ved neste valg. Studien tar også for seg funn relatert til utfordringene sykepleierne møter i byråkratiet og en top-down styrt organisasjon. Også den usynlige og utilgjengelige makten hos politikerne viser seg gjennom sitater fra informantene i studien.

3 Forskningsdesign og metode

Dette kapittelet skal vise bakgrunn for, og gi en presis beskrivelse av valg av metode og analyse. Det tar også for seg mine refleksjoner over metoden som er benyttet, og studiens overførbarhet tas opp ved å se på reliabilitet og validitet. Valg av metode avgjøres av formålet med studien, forskningsspørsmål og problemstillingen. Jeg repeterer derfor disse først.

Problemstilling: Hvordan opplever helsepersonell en endringsprosess i offentlig helsesektor?

Forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever deltakerne endringsprosessen?
- Hvordan preger organisasjonsutformingen prosessen?
- På hvilken måte opplever deltakerne seg involvert?

3.1 Valg av metode og forskningsdesign

Da jeg i denne studien ville utforske hvordan helsepersonell opplever en endringsprosess i helsesektoren, har jeg valgt å benytte kvalitativ metode. Denne metoden tillater at jeg kan gå i dybden på hva som ligger bak svarene til informantene og se på nyansene (Thagaard, 2013, s.20; Jacobsen, 2021, s.22-23). Jeg kan derfor også se på det sosiale forholdet nederst i en hierarkisk organisasjon, som et offentlig sykehus. Den kvantitative metoden vektlegger utbredelse og antall, og setter søkelys på variabler som er relativt uavhengig av den samfunnsmessige konteksten (Thagaard, 2013, s.17-18). Denne metoden ville derfor ikke gitt meg den dybden av informasjon jeg trenger, da jeg eksempelvis ikke kan stille oppfølgingsspørsmål i et spørreskjema, og ble derfor valgt bort.

For å kunne besvare problemstillingen ut ifra mine forskningsspørsmål, er det viktig at jeg får informantenes egne refleksjoner og perspektiver på sin opplevelse. Det er dette som er avgjørende for valg av kvalitativ metode.

3.1.1 Epistemologisk forankring og vitenskapelig ståsted

Epistemologien jeg kjenner meg best igjen i, er den sosialkonstruktivistiske. Det innebærer at slik en forstår virkeligheten, er nettopp det – slik en selv forstår og fortolker virkeligheten, som også er formålet med denne studien. Hvordan en selv opplever virkeligheten, er ikke den virkelige virkeligheten, og det finnes ingen egentlig sannhet (Rasborg, 2013, s.403-404; Thagaard, 2013, s.40-43). Jeg som forsker kan dermed ikke speile virkeligheten, men gjengi en forståelse av den. Det vil dermed være min oppfatning av hvordan jeg tolker svarene til informantene som vil vise seg i denne studien. Dette kan modereres ved at jeg er bevisst dette, og unngår å tillegge informantene en mening som ikke er der. Derfor vil jeg videre ta for meg hvorfor jeg mener hermeneutikk er viktig for denne studien.

Når kvalitative data skal analyseres, er det flere metoder å velge mellom. Disse har noen fellestrekk hvor forskeren både ser på de små delene, men også den store helheten. Dette gjøres i en kontinuerlig frem- og tilbake prosess, hvor den diffuse og umiddelbare meningsforståelsen til slutt gir en dypere forståelse av helheten. Det er dette som kalles den hermeneutiske sirkel eller spiral, og sees som et ideal i analyseringen av kvalitative data (Jacobsen, 2021, s.142-143; Kvale & Brinkmann, 2009, s.216-217).

Hermeneutikk tar for seg hvordan den individuelle fortolkningen og forståelsen kan prege tolkningen av teorier. Denne har utviklet seg gjennom mange århundrer og gjennom flere utviklingstrinn (Krogh, 2014). Hermeneutikk betyr å tolke eller fortolke (Thomassen, 2017, s.44-45), hvor mennesker er selvfortolkende, historiske vesener, med forforståelsesredskaper som er betinget av tradisjoner og historisk liv (Kvale & Brinkmann, 2009, s.69). Med min rolle inn mot Nye OUS hadde jeg kjennskap til både diskusjoner og uenigheter i prosessen. Jeg hadde en forforståelse om at det var mye motstand og pessimisme inn mot prosjektet fra helsepersonell. Denne forforståelsen kommer fra egne antakelser og tolkninger rundt diskusjonene, og uenighetene jeg selv har observert. Det er viktig når jeg skal analysere intervjuene jeg har transkribert, å være bevisst Gadammers viktige begrep i hermeneutikken: fordommer og forståelse (Krogh, 2014, s.49-50). Med fordom mener han at ingen forståelse starter på null, alle forståelser kommer ut fra en annen forståelse. En forståelse av noe er umulig uten fordommer og ifølge Gadammers tenking er en fordom dermed positivt ladet (Krogh, 2014, s.49).

3.2 Valg av datainnsamlingsmetode

Da jeg ønsket å gå i dybden på hva som ligger bak svarene til informantene, og se på nyansene, falt valget falt derfor på intervju. Intervjuer kan utføres på ulike metoder, både åpent, strukturert og semistrukturert. Siden jeg ønsker å studere opplevelsen av en endringsprosess, vil denne kunne oppleves svært ulikt mellom informantene. En åpen samtale uten planlagte spørsmål ville kunne bli for bredt med tanke på hva jeg vil finne ut av, og jeg kunne ikke tematisert det på samme måte. En åpen samtale ville også krevet mer av meg som forsker, da jeg ut ifra hva informanten sa, hele tiden måtte forstått hvilke deler av samtalen vi burde utdypet. Dette ville vært en stor svakhet for studien, grunnet min manglende erfaring. En lukket spørreskjemasamtale kunne gjort at jeg mistet verdifull informasjon, dersom jeg på forhånd ikke hadde forutsett mulige svar og emner som kom opp underveis i samtalen (Kvale & Brinkmann, 2009, s.46-47). Ved å velge semistrukturert intervju fikk jeg derfor muligheten til å velge hvilke undertemaer jeg ønsket å undersøke nærmere underveis i intervjuene, innenfor valgt tematikk. Da jeg begynte å lage intervjuguiden, opplevde jeg at spørsmålene ble veldig åpne og at disse muligens kunne gi meg lite informasjon. Dersom jeg spurte hvordan informanten opplevde endringsprosessen, ville jeg mulig kunne få en lang avhandling med alt som ikke fungerte, eller bare korte «bra» svar. Jeg valgte derfor å se på John Kotter (2012) sine 8 steg for en god endringsprosess, og satte opp spørsmålene rundt disse slik at de ikke var ledende, men åpne (Vedlegg I). Dette gav meg også en viss struktur under intervjuene, dersom jeg ikke følte naturlige glidninger til neste spørsmål. Alle informantene fikk de samme hovedspørsmålene, men de ulike informantene fikk ulike oppfølgingsspørsmål ut ifra hva de svarte. Ved å ha et semistrukturert intervju måtte ikke spørsmålene bli stilt i samme rekkefølge for alle, da noen spørsmål i skjemaet passet med det temaet vi allerede var inne på.

Jeg hadde som mål å gjennomføre mellom 5-10 dybdeintervjuer, da jeg trodde et antall innenfor dette ville gi meg nok informasjon. Jeg var også forberedt på å måtte utvide antallet, dersom det tilkom ny informasjon jeg ikke opplevde som godt nok utforsket (Jacobsen, 2021, s.108). Ved å ha flere informanter vil jeg kunne belyse temaet fra flere perspektiver. Jeg vurderte i starten å ha gruppeintervjuer, da dette kunne føre til gode diskusjoner mellom deltakerne, og kanskje avdekke nyttige synspunkt informantene selv

ikke hadde reflektert over. På tross av dette endte jeg på individuelle dybdeintervjuer for å kunne gå i dybden på hvordan den enkelte opplevde endringsprosessen, uten innvirkning fra andre. Dette gjør at både forskeren og informantene kan påvirke hva som skal snakkes om underveis i intervjuet – men det vil alltid være forskeren som velger temaet. Jeg valgte derfor vekk gruppeintervjuer, da informantene kunne ha påvirket hverandres svar, eller ført til at de var mer varsomme med svarene sine.

3.3 Utvalg av informanter

Et strategisk utvalg gjøres for å få ha de beste forutsetningene for å innhente det materiale som trengs, for å best mulig kunne besvare problemstillingen (Malterud, 2017, s.58). I denne studien er det helsepersonell med direkte pasientkontakt, eller som er direkte leder til disse, som er intervjuet. Noen av informantene var både leder og kliniker. Det var også viktig at informantene hadde flere års erfaring som helsepersonell. Det er utvalget som bestemmer hvilke side av en sak jeg kan si noe om (Malterud, 2017, s.59). Jeg ønsket i starten å også se om det var forskjell i graden av informasjon som var gitt til de som var ledere i forhold til de som ikke var det. Da jeg så hvor mange informanter jeg fikk, bestemte jeg meg for at det ikke var nok informanter til å se på dette aspektet, og det ville tatt for lang tid å finne flere informanter med den tiden jeg hadde til rådighet. Antallet ble bestemt av hvor mange jeg trengte for å oppnå en informasjonsstyrke, for å svare på min problemstilling (Malterud, 2017, s.58-59). Da jeg var ferdig med det sjette intervjuet, opplevde jeg at jeg hadde nok materiale til å gå videre med studien. Jeg var sikker på at jeg hadde nådd en metningseffekt, og flere informanter ville dermed ikke tilført ny informasjon i noen betydelig grad (Jacobsen, 2021, s.108). Jeg stoppet derfor rekrutteringen.

Jeg intervjuet to deltakere som kun er klinisk personell, tre som i tillegg også har lederansvar, og en med 100 % lederansvar, uten fast klinisk arbeid. Denne lederen hadde lang fartstid som helsepersonell før hen ble leder. Som nærmeste leder til helsepersonell, mener jeg informantene representerer helsepersonell i denne studien, og er derfor inkludert. Informantene er også inkludert i medvirkningsarbeidet som helsepersonell/fagperson. Informantene måtte ha jobbet i OUS de siste åtte årene, og ha vært deltaker i en medvirkningsgruppe de siste seks månedene. Alle informantene dekket disse kriteriene. Ved

å sette kriteriet om så lang fartstid i sykehuset, utelukket jeg mange mulige informanter. Jeg risikerte å få informanter som ikke la for mye energi i prosjektet, dersom de skulle gå av med pensjon før sykehuset var ferdig. Jeg utelukket også veldig mange som garantert skal jobbe i nytt sykehusbygg, og som dermed har et tydelig insentiv for å legge tid i egen deltakelse. Ved å få yngre deltakere, med mindre erfaring kunne jeg også fått deltakere som ikke hadde like god innsikt i prosjektet, eller gode nok forutsetninger for å se sykehuset som helhet, og ikke bare sitt eget fagfelt. Derimot antok jeg at jeg ville få personell som har lang erfaring, og som har jobbet pasientnært i mange år allerede. Selv om noen av informantene ikke skal jobbe i nye bygg, eller jobbe der særlig lenge, så har de jobbet med pasienter hele sin karriere.

3.3.1 Rekruttering av informanter

Arbeidet startet med å sende ut e-post til HR-lederne i klinikkene hvor jeg ønsket informanter fra. Jeg valgte å ikke benytte meg av informanter fra egen klinikk, da jeg har en ansvarsrolle for disse, som da kan ha innvirkning på svarene deres i et intervju (Thagaard, 2013, s.24). Etter godkjenningen fra HR, sendte jeg så ut en e-post til klinikkontaktene i de aktuelle klinikkene. Disse har kontroll over hvem som er deltakere i medvirkningsgruppene. Denne e-posten (Vedlegg IV) ble så sendt ut via dem til medvirkningsgruppedeltakerne, som da meldte ifra til meg direkte hvis de ønsket å delta. På denne måten sørget jeg for at ingen fikk vite hvem som valgte å delta i studien, og derfor opprettholdt deres anonymitet (Malterud, 2017, 214-215). I e-posten til aktuelle deltakere fulgte informasjonsskriv om forskningsprosjektet (Vedlegg V), i tillegg til generell informasjon om fysisk intervju, varighet og min rolle som klinikkontakt i en annen klinikk i sykehuset. Jeg valgte å ikke sende ut intervjuguiden, da jeg ønsket å vite det første informantene tenkte da de fikk de forskjellige spørsmålene og ikke godt gjennomtenkte svar. Informasjonsskrivet inneholdt derimot detaljert informasjon om tematikk og min nåværende stilling. Det var også viktig at klinikkene selv ikke valgte ut informanter for meg som måtte delta, men at dette var helt frivillig. Noen klinikker oppfordret enkelte deltakere til å delta, men dette anså jeg ikke som problematisk, da de aller fleste allikevel ikke endte med å delta.

3.4 Intervjuene

Det kvalitative forskningsintervjuet vil gjennom interaksjon mellom intervjuer og intervjuperson, produsere kunnskap sosialt (Kvale & Brinkmann, 2009, s.99). Forskerens kunnskap om intervjutemaet er viktig for å vite hvordan en stiller spørsmål, og for å stille gode oppfølgingsspørsmål. Et kvalitativt forskningsintervju kan struktureres på flere måter. Jeg valgte en semistrukturert metode, som ga meg friheten til å stille spørsmålene ettersom de passet i samtalen med informanten.

3.4.1 Praktisk gjennomføring

Før det første intervjuet skulle jeg ha et pilotintervju med en deltaker jeg selv hadde ansvar for. Dette var for å øve på intervjusituasjonen og føle meg tryggere på spørsmålene jeg stilte (Thagaard, 2013). Jeg kunne få tilbakemeldinger fra intervjuobjektet angående hvordan jeg opplevdes og stilte spørsmål samt min fremtoning i intervjuet. Dessverre fikk jeg veldig raskt en reell deltaker, som ville intervjues samme dag. Pilotintervjuet lot seg derfor ikke gjennomføre før første intervju. Jeg måtte da forberede meg uten pilotintervju, men dette opplevde jeg ikke som en stor svakhet etter første intervju var gjennomført.

Da jeg fikk respons fra informantene om at de ønsket å delta i forskningsprosjektet, var det viktig for meg å finne en dato og tidspunkt i umiddelbar fremtid, gjerne samme uken. Jeg var på tilbudssiden med å selv dra til arbeidsstedet til informanten, og tok ansvar for å finne kontor eller møterom til intervjuet. Da intervjuene foregikk midt under en internasjonal pandemi, ønsket jeg allikevel å unngå digitale intervjuer. Jeg hadde likevel dette som et tilbud dersom informanten ikke følte seg komfortabel med fysisk møte. Møterommene eller kontorene var alltid så store at vi kunne sitte godt fra hverandre, uten munnbind. Dette ga en mer personlig atmosfære under intervjuet, som også styrker det kvalitative intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009).

I starten av intervjuet gikk jeg gjennom bruk av båndopptaker, og hvordan jeg håndterte opptaket i etterkant av intervjuet. Jeg gjentok min rolle som klinikkontakt i en annen klinikk, og informerte om at dette forskningsprosjektet ikke er finansiert eller økonomisk støttet av min arbeidsplass. Jeg fortalte også om min egen bakgrunn som sykepleier og tillitsvalgt over

flere år, noe jeg håpet kunne bidra til å opprette tillit med informanten (Kvale & Brinkmann, 2009). De fikk utlevert to eksemplarer av informasjonsskrivet, hvor jeg fikk et signert i retur. Det ble presisert at de på et hvilket som helst tidspunkt underveis i intervjuet, eller i etterkant, kunne trekke seg, i tillegg fikk de min og min veileders fulle kontaktinformasjon. Jeg spurte igjen om det var greit å ta opp samtalen, og informerte om at jeg ville transkribere intervjuet samme dag. Båndopptaket ville dermed bli slettet umiddelbart. For å anonymisere deltakerne, ville jeg fjerne konkret informasjon i transkriberingen hvis de sa noe som ville vært avslørende for deres identitet. Dette kunne være konkrete eksempler fra sin egen medvirkningsgruppe som inneholdt fag og/eller stilling som var avslørende.

Under intervjuet trengte jeg ikke notere underveis, da jeg hadde båndopptaker. Jeg valgte allikevel å notere ned stikkord, som f.eks. kroppsspråk, som kunne gi meg verdifull informasjon for transkriberingen i etterkant (Thagaard, 2013, s.111). Ved å slippe å notere hele intervjuet kunne jeg bruke min fulle oppmerksomhet på det informanten sa, og dermed stille flere spørsmål dersom informanten ga svar jeg ønsket å få utdypet. Umiddelbart etter intervjuet var ferdig, noterte jeg ned mine betraktninger og inntrykk jeg hadde fått underveis i intervjuet.

Siden jeg gjorde semistrukturert intervju, kunne jeg legge opp spørsmålene mine basert på svarene fra informanten. Noen ganger hoppet jeg veldig i rekkefølgen, mens andre ganger passet det med oppsettet jeg hadde på papiret. Når jeg stilte oppfølgingsspørsmål, prøvde jeg å stille helt åpne og ikke ledende spørsmål. Jeg lyttet etter ord jeg ønsket at de utdypet, og kroppsspråket var noen ganger tydeligere enn ordene. Dette kunne være himling med øynene eller at de brukte lang tid for å formulere svar. Jeg kommenterte ikke observasjonen, men stilte ytterligere spørsmål rundt det temaet vi var på.

For å gjøre det så behagelig som mulig for informanten, var jeg bevisst mitt eget kroppsspråk, og var en aktiv lytter når informanten snakket. Jeg ga bekræftende nikk, og smilte når det var passende. Jeg opplevde miljøet rundt intervjuene som behagelige, og informantene ga utfyllende svar. Informantene opplevdes som aktive og det virket som de var trygge i situasjonen. Trygge rammer under intervjuet vil være av betydning når resultatene skal tolkes og analyseres i etterkant, og gi dem pålitelighet (Kvale & Brinkmann, 2009, s.141).

3.4.2 Transkripsjon

Jeg sørget for å transkribere intervjuene samme dag som de ble gjennomført. Da hadde jeg fortsatt inntrykkene friskt i minne, noe jeg anså som en fordel for kvaliteten på teksten og den senere analysen. Avspillingen ble spilt av på sakte hastighet, og gjentatte ganger spolte jeg tilbake for å høre setninger på nytt. Da jeg hadde transkribert ferdig et spørsmål og dets svar, spolte jeg tilbake til start slik at jeg kunne gjennomgå hele avsnittet ord for ord. Dette førte noen ganger til at jeg hadde skrevet ned en setning ulikt det som ble sagt, hvor jeg automatisk hadde tillagt et svar en betydning. Dette fikk jeg da rettet opp i, noe som styrket grunnlaget for analysen (Kvale & Brinkmann, 2009, s.192-193). Jeg skrev konsekvent ned nøyaktig det som ble sagt under intervjuet, med ordlyder og ufullstendige setninger. «Hmm», «eh» og «jah» gjentok seg, men dette ga også et inntrykk til meningen med setningene. Når det var ufullstendige setninger, var det fristende å fullføre setningene. Det var derfor viktig at jeg var bevisst min egen forforståelse og egne tanker rundt hva jeg ønsket å finne i svarene (Kvale & Brinkmann, 2009). På grunn av min egen stilling, var det veldig viktig at jeg skrev nøyaktig det informantene sa, ord for ord. I en situasjon hvor forskeren skal gjengi det informantene har sagt, uten å tillegge det egen mening, må en derfor bevare sin integritet som forsker og sørge for at en er tro mot prosessen (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 92).

3.5 Analyseprosessen og innholdsanalyse

Jeg har hovedsakelig sett eksplorerende på empirien, og har derfor en induktiv metode. Jeg kan også si at forskningsstudien til en viss grad er knyttet til et teoretisk bidrag, hvor jeg ser empirien opp mot det teoretiske bidraget. Det er derfor en abduktiv metode med et induktivt utgangspunkt. Abduktiv metode er en mellomting av induktiv og deduktiv, men i praksis kan vi påstå at alle analyser veksler mellom disse to (Jacobsen, 2021, s.151). Jeg vil derfor kunne utfordre forutforståelsene, hvor vi ser virkeligheten ut ifra mer eller mindre bevisste teorier. Jeg skal med andre ord kunne klare å se trekk ved virkeligheten som vi kan forstå, med dens begreper og språk den viser seg i (Jacobsen, 2021, s.152). Den abduktive metoden ønsker å finne noe som kan utfordre anerkjente teorier og handlingsmønstre, og tvinger også forskeren til å se ting fra andre perspektiver. Den utfordrer måten vi tenker på,

og benyttes derfor for å se på hvordan helsepersonell opplever en endringsprosess, sett i lys av hvordan offentlig sektor er organisert. Vi har denne organiseringen, uten å nødvendigvis ha empiri på at dette er den beste måten å gjøre det på.

Jeg valgte å utføre en induktiv innholdsanalyse som har til hensikt å avsløre meningen, ved å ta utgangspunkt i tekstene slik dem står (Jacobsen, 2021, s.146). Denne analysen tar utgangspunkt i Grounded Theory som har til hensikt å gi en fullstendig beskrivelse av fenomenene som undersøkelser ved å sette disse inn i kategorier (Kvale & Brinkmann, 2009, s.209). I den induktive innholdsanalysen startet jeg med å finne ulike koder for setninger, og så disse opp imot hele teksten hvor de er trukket ut ifra. Dette førte til endrede koder som jeg igjen tok med tilbake til kategoriene og så på sammenhengen mellom dem. Den hermeneutiske sirkelen er derfor sentral i denne analysen (Jacobsen, 2021, s.149)

Videre i dette kapittelet skal jeg vise hvordan jeg systematisk har analysert intervjuene, og gir derfor en dyptgående innsikt i hvordan jeg har gjort mine funn.

3.5.1 Mikroanalyse

Jeg gjennomførte og transkriberte alle intervjuene før jeg begynte å analysere materialet. På denne måten ville jeg ikke fullføre analysen på noen intervjuer, før andre var påbegynt. Jeg valgte å vente til siste intervju, da jeg kunne lese gjennom alle intervjuene samtidig. Dette ville gjøre det lettere for meg å legge bort forforståelse, antakelser og teoretisk rammeverk, i den grad det er mulig (Malterud, 2017, s.99). Jeg utførte en induktiv innholdsanalyse, og i første gjennomlesning noterte jeg ned stikkord, utsagn eller koder fra teksten, som jeg mente var det åpenbare innholdet i informantens svar (Kvale & Brinkmann, 2009, s.210; Jacobsen, 2021, s.146). Jeg leste så igjennom en gang til, og søkte etter stikkord/utsagt med mening jeg ikke hadde fått med meg, for å se om det var funn i teksten jeg hadde oversett. Jeg fikk da flere stikkord, og mente at jeg hadde fått ut det som var relevant fra teksten. Ved en tredje gjennomlesning fokuserte jeg på stikkordene jeg hadde notert meg til en tekst og hele teksten fra samme avsnitt. Ved å berike teksten med min fortolkning av den, endte stikkordene som koder, noe som gav meg ganske mange. Ved en siste gjennomlesning hadde jeg kodene ved siden av teksten, og prøvde å finne ut hva dette dreier seg om, og hvordan jeg skal forstå det som sies her (Jacobsen, 2021, s.146). Jeg gikk derfor runden i den

hermeneutiske sirkelen hvor jeg så kodene opp mot helheten, og tilbake igjen til koden. Dette førte til at flere koder ble endret.

3.5.2 Kategorisering

Da jeg hadde alle kodene, skrev jeg alle ned på separate post-it lapper. Etter mikroanalysen satt jeg igjen med veldig mange detaljerte koder. I dette steget skal kodene kondenseres/konsentreres ved å plassere dem i kategorier (Jacobsen, 2021, s. 146). Jeg begynte å henge opp post-it lappene med hver sin kode på veggen, samtidig som jeg plasserte de under de kategoriene jeg umiddelbart fant. Flere lapper ble byttet om etter hvert som jeg fikk lapper med nye ord på veggen, noe som også gjorde at kategoriene også endret seg. For å kunne plasseres under en kategori, måtte hver kode skille seg fra koder jeg plasserte under andre kategorier, og kodene jeg plasserte sammen måtte ha fellestrekk (Jacobsen, 2021, s.147). Kategoriene er en symbiose av hvordan informantene opplever sin virkelighet, og hvordan jeg som forsker forstår disse (Jacobsen, 2021, s.147). Da jeg hadde hengt opp alle lappene på veggen, fikk jeg frem seks tydelige hovedtemaer eller kategorier:

Hovedkategori	Eksempel på koder/stikkord	Eksempel på sitat
Pseudodeltakelse	Lite handlingsrom	«Vi får jo mene masse, men kun om det de ønsker vi skal mene noe om. Ikke de store viktige tingene»
	Dårlige forutsetninger	«Jeg og vi har for lite forkunnskaper til å kunne mene noe, om det vi får lov til å mene noe om»
	Ikke gi opp	«Vi kan ikke gi opp, vi må gjøre alt vi kan for pasientene våre»
Økonomi vs. fag	Planlegges i feil ende	«Hva trenger vi inni byggene burde vært kartlagt FØR arealdimensjonene ble bestemt»
	Areal og kroner er styrende	«Faget er ikke styrende, det er areal og kroner som til sist er styrende»
Historikken preger	Historien gjentar seg	«De har jo ikke lært, for det bygges jo fortsatt for små sykehus»
	Bygges alltid for lite	«Bare se på Ahus og Kalnes, de var for små før de var ferdige»
Mål (umulig måloppnåelse)	Urealistiske	«Vi får ikke den beste pasientbehandling med de arealene vi har til rådighet»
	Kvalifisert gjetning	«Det er så lenge til, det er som å se inn i en spåkule»

Krevende organisasjonsutforming	Informasjon	«Får vite viktige ting via jungeltelegrafene»
	Usynlige beslutningstakere	«Manglende tydelighet og for mye uavklart»
Enighet om behov for endring	Gammelt og uhensiktsmessig	«Det er for trangt her vi bor»
	Stor faglig utvikling	«Uhensiktsmessig bygg for dagens og fremtidens pasientbehandling»

3.5.3 Sammenheng

I det siste steget satte jeg kategoriene sammen igjen, og på denne måten fant jeg tilbake til en helhet. Dette gjøres ikke for hvert enkelt intervju, men skal gjøres som en abstrakt prosess for alle tekstene sammen (Jacobsen, 2021, s.148). Her analyserte jeg hvordan kategoriene igjen kunne henge sammen, og hvilken virkning disse hadde for helsepersonellens opplevelse av endringsprosessen. Da endte jeg opp med fire hovedtemaer: enighet om behovet for en endring, pseudodeltakelse, økonomi vs. pasientsikkerhet og krevende organisasjonsutforming. Under disse var det også ulike subfunn, som presenteres i kapittel fem. Dette gjorde jeg ved å gå tilbake til transkriberingene, noe som validerte funnene jeg hadde gjort og gjorde at jeg hadde en god forankring i materialet.

3.6 Refleksjon over min forståelse

I kvalitativ analyse er det viktig at jeg som forsker reflekterer over hvordan jeg har forstått dataene underveis (Thagaard, 2013, 158-159).

Det er opprettet egne stillinger i hver klinikk – klinikkontakter, som på ulike måter skal bidra inn mot prosjektet. Disse skal i all hovedsak bistå med informasjon ut i klinikken, men også bistå medvirkningsgruppedeltakerne med å innhente informasjon og innspill de kan ta med seg inn i medvirkningsgruppemøtene. Jeg har en slik stilling i dag, og representerer derfor en klinikk som har 17 deltakere fordelt på de ulike medvirkningsgruppene.

Det er min forforståelse som har gjort at jeg ønsket å forske på dette temaet, da det ligger min arbeidshverdag nær. Samtidig så har jeg gjennom mange år som klinisk sykepleier ofte opplevd at helsepersonell er uenige med ledelsen i hvordan endringsprosesser foregår, både

store og små organisatoriske endringer. De endringene helsepersonell selv ønsker, er enkle, mens de som kommer fra høyere opp i organisasjonen, møter mye motstand. Som Jacobsen (2021, s.152) beskriver, så er det ikke slik at forskeren kan velge å legge bort sin egen forforståelse eller forutforståelse for en virkelighet. Forskeren vil bare klare å se trekk ved andres virkelighetsforståelse som vi selv har begreper eller språk for å kunne forstå. Dette gjør at jeg som forsker uansett vil ha en påvirkning på materialet og forståelsen, det spørs bare på hvilken måte. Det er derfor viktig at jeg hele tiden har vært bevisst min forforståelse, slik at jeg har forsøkt å analysere teksten og ikke opp mot meg selv og mine opplevelser.

Jeg hadde i starten av analysen en forutinntatthet om hvilke trender jeg kom til å finne i materialet. Allerede i den første problemstillingen jeg begynte med, så jeg min egen forforståelse, og dette bidro til at jeg underveis i intervjuene og analyseprosessen prøvde å åpne opp for at jeg hadde feil. Underveis i prosessen ble jeg overrasket over hvor annerledes mine funn ble, i forhold til hvor jeg startet. Jeg håper dette betyr at jeg til en viss grad har klart å ha en mer objektiv enn subjektiv analyse av mitt materiale.

3.7 Generalisering og overføringsverdien av funn

For å se på overføringsverdien til andre studier på et senere tidspunkt, er det viktig å se på hva slags endringsprosess jeg har studert. Endringsprosessen er en større endring, som treffer hele organisasjonen, strukturen og kulturen. Den er besluttet fra politikerne øverst i organisasjonen, samtidig som det i stor grad – om ikke størst grad, påvirker de nederst i organisasjonen. Derfor vil denne studien i helhet begrense seg til endringsprosesser med likt omfang. Derimot kan små elementer i studien allikevel gjøre seg gyldige i andre forskninger, dersom betingelsene og situasjonen er lik (Thagaard, 2013, s.211). Avgjørende for en slik overføringsverdi er begrenset til hvor godt jeg som førstegangsforsker har klart å redegjøre for hvordan jeg har kommet frem til mine funn i studien. Begrunnelse for tolkningene mine må derfor være gjennomsiktige og tydelige. For å kunne verifisere funnene i denne studien og om disse kan generaliseres, må vi se på reliabiliteten og validiteten i studien (Kvale & Brinkmann, 2009, s.118).

3.7.1 Reliabilitet

Reliabiliteten knyttes til hvordan jeg som forsker metodisk har kommet frem til funn som er pålitelige, eller ikke (Kvale & Brinkmann, 2009, s.118; Thagaard, 2013, s. 201). Hvordan dataene er samlet inn, hvordan de bearbeides og hvordan disse brukes, er elementært for å se om dataene kan brukes i senere forskning og er overførbare. Valg av metode og analysemetode er gjort i samråd med min veileder, da jeg på egenhånd har lite, om ingen erfaring, og begrensede kunnskaper på dette området. Ved å følge en oppsatt analyseprosess har jeg blitt tvunget til å gjøre nøyaktig som litteraturen sier. For å styrke metoden og analysen, har jeg forsøkt å være så konkret og nøyte som mulig i mine redegjørelser for fremgangsmåte. Jeg har fulgt metoden så nøyte som jeg har kunnet, og etter beste evne gjenfortalt nøyaktig utførelse. Da jeg utførte første steget i analysen, tok jeg en ekstra gjennomlesning av materialet, selv om metoden ikke hadde dette som et steg. Dette gjorde jeg på bakgrunn av manglende erfaring, og tro på at det ville forsterke kvaliteten på analysen, samt at jeg fikk trukket ut alt relevant materiale fra teksten. Ved å gjøre dette, ønsker jeg at dette skal gi mine funn en troverdighet som er viktig for videre forskning (Thagaard, 2013, s.201). Meningen med reliabiliteten til funnene, er at en annen forsker kunne utført samme metode og kommet frem til samme funn. Da dette er en kvalitativ studie vil ikke dette være mulig i like stor grad som i en kvantitativ forskning, da det er jeg som forsker som hele tiden tolker og forstår innholdet – slik nettopp jeg tolker og forstår det. På bakgrunn av tidsaspektet til denne studien, var det ikke mulig å få en annen forsker til å analysere samme data med samme metode, for å se om vi kom frem til samme funn. Dette ville gitt studien en betydelig styrke (Thagaard, 2013, s.201).

Utførelsen av intervjuene ville muligens også vært annerledes dersom jeg hadde hatt mer erfaring. Dette kunne gjort at jeg hadde stilt andre oppfølgingsspørsmål, fordi jeg umiddelbart hadde visst hva jeg måtte spørre om for å utfylle svarene til informantene mine. Da jeg valgte semistrukturert intervju, la jeg føringer for hva vi skulle snakke om i intervjuet. Dette kan ha ført til at viktige aspekter ved det jeg ønsker å studere kan ha gått tapt dersom intervjuguiden min ikke inneholdt tematikken, noe som kunne vært unngått ved å velge åpent intervju. På bakgrunn av min manglende erfaring, vil jeg allikevel tro at et semistrukturert intervju har gjort kvaliteten på intervjuene mine høyere. Et semistrukturert

intervju vil ikke i like stor grad avhenge av at jeg som forsker umiddelbart forstår hva som hele tiden burde ha vært utredet dypere underveis i intervjuet.

3.7.2 Validitet

Validiteten viser til om fremgangsmåten og metoden som er benyttet, er hensiktsmessig for å representere virkeligheten og dermed er gyldig (Kvale & Brinkmann, 2009, s.118; Thagaard, 2013, s. 204). Det skilles mellom intern og ekstern validitet. Den interne validiteten knyttes opp mot vurderinger av fortolkninger i selve studien, mens den eksterne validiteten viser til fortolkningene som er gjort innenfor den enkelte studien også er overførbare til andre. Min forforståelse og tilknytning til miljøet jeg har forsket på, er derfor sentrale punkter i den interne validiteten. Det vil si at kvaliteten på den interne validiteten er viktig for den eksterne. Dersom jeg ikke i stor nok grad har klart å legge vekk mine antakelser om for eksempel motstand fra deltakerne i prosessen, vil jeg kunne ha gått glipp av viktige funn som jeg har oversett fordi de ikke er gjenkjennbare. Dette gjelder også min kjennskap til miljøet, da jeg kan ha gjenkjent det som er kjent, mens jeg overser det som for meg er ukjent og dermed uteblir fra mine funn. Som tidligere klinisk sykepleier, og gjennom min nåværende administrative stilling kan dette ha gitt validiteten av mine tolkninger en styrke, ved at jeg har bred erfaring innenfor flere aspekter i miljøet. Dette kan ha gjort at jeg lettere har forstått konteksten informantene snakker i, men kan samtidig ha tillagt dem en mening som ikke er der. Gjennomsiktigheten av mine tolkninger ut ifra analysen vil begrenses av at dette er min første analyse, og at jeg derfor ikke innehar tilstrekkelig erfaring innenfor dette feltet. Derimot kan jeg ha gjort begrensningen mindre, dersom jeg har redegjort på en god måte hvorfor jeg har tenkt som jeg har gjort, og hvordan jeg har forholdt meg til min forforståelse underveis i prosessen.

3.8 Forskningsetikk

Forskningsetikk er de etiske prinsipper forskeren følger underveis i sin forskningsprosess. Disse tar utgangspunkt i forskerens redelighet og nøyaktighet ved presentasjonen av funn, og når andre forskeres arbeid skal benyttes (Thagaard, 2013, s.24). Når jeg har benyttet andre forskeres funn og henviser fra faglitteratur, har jeg derfor vært påpasselig med å

bruke disse riktig og innenfor den konteksten det står i – med riktig kildehenvisning. De etiske spørsmålene begynner å melde seg allerede ved valg av tema. Jeg gikk en runde med meg selv, og anså mitt tema som etisk riktig siden jeg ønsker å se på noe som kan forbedre en menneskelig situasjon (Kvale & Brinkmann, 2009, s.80).

Før jeg begynte med intervjuer, måtte jeg kontakte Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) for godkjenning (Vedlegg II). De måtte ha en utfylt søknad som blant annet innebar intervjuguiden, graden av sensitive opplysninger jeg trengte fra informantene, sikringen av data og hvem som hadde tilgang til dataene. Jeg utformet derfor et skreddersydd skjema for informert samtykke, utformet fra en mal. Dette skjemaet ble sendt ut i forkant til deltakerne før de takket ja, og de fikk også et skjema med seg etter intervjuet var over (Vedlegg V). Da jeg valgte å ikke sende ut intervjuguiden i forkant av intervjuet, var jeg påpasselig med å informere om muligheten til å trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt i etterkant av intervjuet. Dette var det ingen som benyttet seg av.

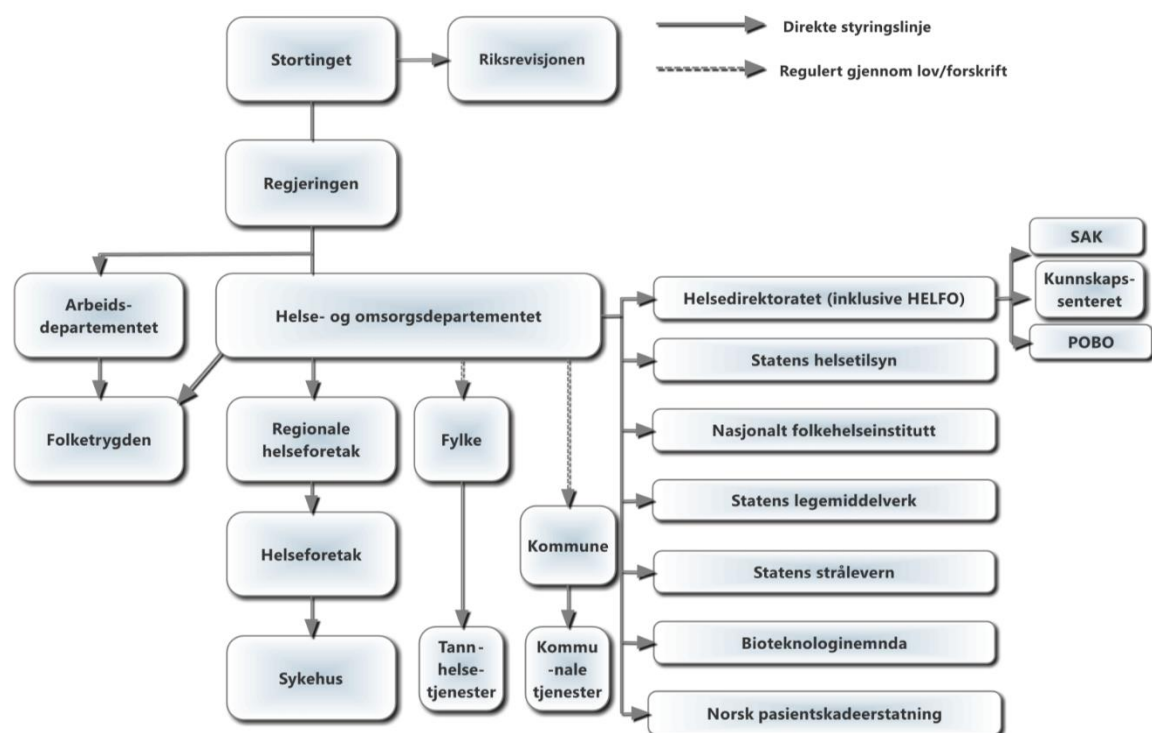
Konfidensialitet er også et viktig etisk prinsipp som er viktig i den kvalitative forskningen (Thagaard, 2013, s.28). Da jeg har få informanter er det viktig at jeg til enhver pris beholder deres identitet skjult, og ikke tilrettelegger for at andre skal kunne gjenkjenne deres uttalelser. Dette har jeg gjort ved å for eksempel ikke beskrive hva slags type lege som er intervjuet, eller hvor en person er leder, da dette kunne vært eksponerende informasjon. Noen av informantene spurte også konkret om muligheten for å bli gjenkjent i forkant av intervjuet. Jeg anonymiserte intervjuene umiddelbart ved transkriberingen, og slettet opptaket samme dag. Transkriberingen ble lagret på en passordbeskyttet minnepenn, frem til jeg skrev disse ut til analysering. Jeg har ikke verifisert mine tolkninger av teksten underveis i analysen med mine informanter, noe som kan være viktig for etiske hensyn for noen temaer (Kvale & Brinkmann, 2009, s.81). Jeg anså ikke dette som strengt nødvendig for mitt tema, men kunne med fordel vært gjort dersom tiden hadde strukket til.

4 Kontekstualisering av empiri

I dette kapittelet vil jeg vise til oppbyggelsen av helsesektoren i Norge, og hvordan prosjektet Nye OUS er bygget opp. Dette er for å kunne sette studiens empiri i en kontekst som gjør det forståelig for leseren.

OUS er et helseforetak som består av flere sykehus. I figur 1 viser Ringard et.al (2013) strukturen i Helse Norge (s.13):

Figur 1



1.a Ringard et.al (2013)

Denne rapporten er noen år gammel, men strukturen er fortsatt gjenkjennbar.

Helsesektoren ledes av folkevalgte politikere, og styres fra Helsedepartementet, fordeler ressurser fra Finansdepartementet og ledes videre nedover i hierarkiet i flere ledd (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.26; Ringard et al, 2013, s.13-14). Det regionale helsetaket jeg vil omtale i denne studien, er Helse Sør-Øst. Under dette ligger blant annet helseforetaket OUS.

4.1 Nye Oslo Universitetssykehus

Nye OUS er prosjektnavnet som utviklingen av de nye sykehusene i Oslo har. Prosjektet er oppdelt i flere mindre prosjekter, og jeg har derfor valgt å fokusere på Nye Aker (NA) og Nye Rikshospitalet (NRH). Dette blir sykehusene med den største driften og pasientbehandlingen, og de vil ha både akutt, lokale- og regionale sykehusfunksjoner. Disse skal tas i bruk på samme tid, og blir i dag utarbeidet i samme forprosjekt. Nye Radiumhospitalet vil også ha mye pasientbehandling, men skal stå klart i 2024, og har dermed kommet mye lenger i sin planleggingsprosess. NA og NRH begynte Forprosjektet i mars 2021, og består av flere Medvirkningsgrupper (Oslo universitetssykehus, 2022). I disse medvirkningsgruppene er det til sammen et par hundre deltakere, som hovedsakelig er helsepersonell i klinisk arbeid og ledere. I tillegg er arkitekter, brukere og deltakere fra prosjektorganisasjonen med (Oslo universitetssykehus, 2021). Prosjektet har også deltakere fra ulike interesseorganisasjoner – fagforeninger som Den Norske Legeforening og Norsk Sykepleieforbund. Forprosjektet går ut på å detaljere ut alle sider ved det nye sykehuset, som blant annet pasientrom, laboratorier, operasjonsstuer og akuttmottak. Det skal også plasseres funksjoner i byggene, som hvor akuttmottaket, intensivområdene og bildediagnostikk skal ligge, og det er satt ned medvirkningsgrupper for hver enkelt funksjon (Oslo universitetssykehus, 2022). Dette gjøres innenfor en gitt budsjettamme, og arealdimensjonering. Forprosjektrapporten utgjør så beslutningsgrunnlaget for videre godkjenning og fremdrift av prosjektet.

OUS er delt inn i ulike klinikker, som igjen er delt inn i avdelinger. De ulike klinikkene har oppnevnt én eller flere deltakere som representerer klinikken inn i én eller flere medvirkningsgrupper. Disse personene representerer resten av sin klinikk, som kan være opptil flere hundre personer.

4.1.1 Prosjektmålene

Her presenteres det som er prosjektmålene til Forprosjektfasen til NA og NRH, slik det er nedfelt i mandatet godkjent av administrerende direktør i Helse Sør-Øst (Helse Sør-Øst, 2021, s.5).

Samfunns mål: Utviklingen av Nye Aker og Nye Rikshospitalet skal sammen med et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet, ny regional sikkerhetsavdeling og ny Storbylegevakt på Aker, sørge for at OUS HF gir et helsemessig godt og driftsmessig effektivt spesialisthelsetjenestetilbud til Oslos befolkning, samt at region-, lands- og universitetsfunksjoner ivaretas på en god måte og i henhold til forutsatte planer. Videreutvikling av Nye Aker og Nye Rikshospitalet skal tilpasses de føringer som fremkommer av Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 og Regional utviklingsplan 2035 for utvikling av helsetjenester i et langsiktig perspektiv. Nye Aker og Nye Rikshospitalet skal videreutvikles sammen med Universitetet i Oslo som sentrale nasjonale arenaer for forskning, utdanning og innovasjon, integrert med pasientbehandlingen.

Effektmål

- Oslo universitetssykehus HF skal innfri befolkningens behov for spesialisthelsetjenester med god kvalitet på en kostnadseffektiv måte
- Oslo universitetssykehus HF skal være tilrettelagt for effektive arbeidsprosesser og gode arbeidsforhold
- Oslo universitetssykehus HF skal ha en ledende rolle innen forskning og utdanning
- Oslo universitetssykehus HF skal ha en god og tilpasningsdyktig bygningsmasse
- Utbyggingen skal gi et mest mulig klimanøytralt anlegg og være i tråd med Oslo universitetssykehus HF's målsetting om miljøsertifisering

Resultatmål:

- Forprosjektet skal videreutvikle konsepter og løsninger som understøtter sentrale driftsforutsetninger for Oslo universitetssykehus HF og som bidrar til realisering av målbildet for videreutviklingen av Oslo universitetssykehus HF
- De ansatte ved Oslo universitetssykehus HF deltar i utviklingen av prosjektet i tråd med 12 prinsippene for medvirkning

- Forprosjektet skal tilpasses de økonomiske rammene som er satt av styret i Helse Sør-Øst RHF, jfr. kapittel 7 i dette mandatet
- Forprosjektet skal gi et godt grunnlag for at det kan fattes en B4-beslutning
- Forprosjektet skal gjennomføres innenfor en samlet kostnad på inntil 650 millioner kroner og ferdigstilles innen 2022

4.2 Viktige begrepsavklaringer

Jeg vil både i funn og drøftingen bruke ordet «prosjektorganisasjonen» om den delen av sykehusorganisasjonen som jobber på direkte oppdrag fra Helse Sør-Øst, og som representerer prosjektet. Helse Sør-Øst jobber på oppdrag fra Helse og Omsorgsdepartementet. Disse representerer dermed ikke helsepersonellet, men den overordnede og mer politiske delen av organisasjonen. Dette er illustrert i Figur 1, presentert i starten av dette hovedkapittelet.

4.3 Erfaringer fra tidligere sykehusbygg

Helse Vest RHF (2018) beskriver sykehusbyggene i Norge som viktige for den daglige driften av tjenestene, og det forutsettes at «...byggene skal understøtte god pasientbehandling, et godt arbeidsmiljø og gode løsninger for drift og forvaltning» (s.5). Det forutsettes at det gjøres evaluering av nye sykehusbygg, slik at vi vet hva vi skal ta lærdom av – hva er bra, og hva bør vi slutte med. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ble det i 2018 opprettet en arbeidsgruppe, styrt av Helse Vest RHF, som skulle utarbeide grunnlaget for evaluering av videre sykehusbygg (Helse Vest RHF, 2018, s.5). Hensikten med denne arbeidsgruppen, var å «utvikle et rammeverk for evaluering, fremheve sentrale evalueringstema og gjennomføring av evaluering av sykehusbyggprosjekter» (s.7).

Det har de siste to tiårene blitt bygget flere nye store sykehus i Norge. Blant disse er Akershus Universitetssykehus (Ahus) i 2008 og Østfoldsykehuset (Kalnes) i 2015. Sluttrapportene fra byggingen av Ahus (Akershus universitetssykehus, 2013) og Kalnes (Helse Sør-Øst, 2020) har begge beskrevet manglende areal, og allerede behov for utbygging ved

innflytting i nye sykehusbygg. I et debattinnlegg fra Administrerende direktør og Viseadministrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF, er de enige i at vi må lære fra tidligere sykehusbygg som blant annet Ahus og Kalnes (Frich & Lofthus, 2020). Hensikten med evaluering av tidligere sykehusbygg er å sikre at «Planleggingen av et nytt bygg gir derfor en spesiell mulighet for endring og forbedring av pasientforløp og arbeidsprosesser. Denne endringen gir føringer for løsninger og design i det nye sykehuset» (Helse Vest RHF, 2018, s.15).

5 Funn

I dette kapittelet skal jeg vise funnene fra analysen som også besvarer min problemstilling og forskningsspørsmål. Funnene presenteres slik jeg har forstått dem, og er min tolkning av informantenes ord. Jeg har delt kapittelet inn i fire underkapitler som er hovedtemaene for mine funn. Dette var også det siste steget i analyseprosessen, hvor jeg satte kodene tilbake i en helhetlig kontekst. Hovedtemaene representerer flere funn, og jeg har derfor laget underkapitler for å enkelt systematisere disse. Oversikten nedenfor viser funnene jeg skal presentere i dette kapittelet.

Hovedtema	Undertema
Enighet om behov for endring	Kapasitetsutfordringer og endringer i fremtiden
	Stor faglig utvikling
Pseudodeltakelse	Lite handlingsrom
	Dårlige forutsetninger
	Viktig deltakelse
Økonomi vs. Pasientsikkerhet	Effektivisering
	Styrt av økonomiske beregninger
	Modellen fungerer ikke
Krevende organisasjonsutforming	Informasjonsflyt
	Usynlige beslutningstakere
	Umulig måloppnåelse

Det første hovedtemaet jeg skal presentere er «Enighet om behov for endring». Dette er ikke noe som svarer ut problemstillingen eller mine forskningsspørsmål. Jeg mener likevel dette er et viktig funn, da det viser at informantene anerkjenner et behov for endring. Dette mener jeg vil kunne styrke de andre funnene, ved at informantene ikke i utgangspunktet har en motstand mot endringen. Det viser seg at utgangspunktet til alle informantene er et ønske om en endring.

Jeg har valgt å sensurere noen ord i sitatene jeg bruker, dette er for å skjerme informantene. Noen eksemplifiseringer ved bruk av ord, er spesifikke for enkelte medvirkningsgrupper, og vil derfor kunne være eksponerende. Jeg har allikevel valgt å ta med disse sitatene, da jeg mener disse bidrar til å underbygge mine funn på en god måte. Alle sitater er fremstilt med innrykk i teksten og *kursiv* skrift. Dette er gjort for å være helt tydelig på hva som er direkte sitater fra informantene.

For å gjøre en anonymisering av informantene, har jeg ikke brukt deres ekte navn. Jeg har laget pseudonymer, som ikke nødvendigvis representerer kjønn. De seks informantene kalles derfor: Arne, Lise, Thomas, Linda, Marina og Eivind. Jeg har valgt å ikke oppgi konkrete fagspesialiteter, men det er sykepleiere og leger.

5.1 Enighet om behovet for en endring

Det var en unison enighet blant informantene om at det er et stort behov for endring av dagens situasjon, og årsakene var flere.

Mye er gammelt ... det holder rett og slett ikke mål (Eivind)

Dette utsagnet er et eksempel på hvordan informantene snakket om nåværende bygningsmasse. Selv om noe av bygningsmassen ikke er særlig eldre enn 20 år, ble også dette betegnes som gammelt og uhensiktsmessig. Mye har skjedd med behandlingsmetoder og pasientbehandling de siste tiårene. Den pasientbehandlingen sykehusbyggene var laget for, er ikke det vi trenger i dag. Årsakene til dette ble eksemplifisert av en informant som kunne fortelle om for små operasjonsstuer og intensivrom.

Det er vanskelig å i det hele tatt manøvrere sengene (Thomas).

En annen årsak er at byggene de bruker i dag ikke er hensiktsmessige for den driften som utføres. En informant fortalte om store avstander, hvor ulike funksjoner er plassert i andre bygg. Dette førte ofte til unødvendig tidsbruk på transport, samtidig som det også var ineffektiv pasientbehandling. Mange pasienter må fraktes til diverse tilsyn eller undersøkelser, som kunne vært utført hos pasienten. Behandler ville da brukt mye tid på å gå rundt til hver pasient på grunn av de store avstandene. Hen mente mye unødvendig

pasienttransport kunne vært unngått dersom funksjoner lå nærmere hverandre. Dette mente hen ville føre til bedre pasientbehandling, og effektivisering av ressurser, noe som ikke er mulig i dagens bygningsmasse.

Selv om det var enighet om behov for en endring, og nye sykehusbygg, sa to informanter at de ikke var sikre på at årsaken til behovet for endring kom til å bli løst ved de nye sykehusbyggene som nå planlegges.

... det er ikke derimot sagt at hvorfor jeg mener vi trenger nye bygg, blir ivaretatt i nye bygg (Marina).

Alle informantene tok opp diskusjonen som fortsatt eksisterer rundt hvor sykehusbyggene er planlagt, og sa det for dem var irrelevant hvor byggene var plassert. Det viktige er hva de skal gjøre, hvordan de skal gjøre det og i hva slags bygg de skal gjøre det i. Som en informant sa:

Altså, om vi sitter på Aker eller Ullevål, eller hvor vi er.. det er jo ikke viktig. Men at vi får gitt pasienten det riktige og beste tilbudet (Eivind).

5.1.1 Kapasitetsutfordringer, og endringer i fremtiden

Det ble beskrevet hvordan det allerede i dag er kapasitetsutfordringer på intensiv og postoperativ, noe som det også var lenge før pandemien startet. En annen fortalte om pasientbehandlinger som ble utsatt på grunn av mangel på rom, og at dette ikke var unormalt.

Vi får jo en økt befolkningsvekst, samtidig som vi vet at de eldre bare blir eldre. I tillegg trengs det allerede i dag flere operasjonsstuer, sengerom og poliklinikkareal for å ta unna de lange ventelistene (Marina).

Flere av informantene snakket om hvor mye helsesektoren hadde endret seg de siste tiårene, og at dette kom til å fortsette i mange år fremover. Både medisinsk, men også alderssammensetningen i samfunnet. Spesielt med tanke på befolkningsøkningen som vil skje i årene fremover, blir dagens kapasitetsutfordringer sett på som en årsak til behov for endring av dagens bygningsmasse.

5.1.2 Stor faglig utvikling

Mye av fremtidens pasientbehandling vil endres, tror informantene.

Dagens måte å drive pasientbehandling på, er ikke nødvendigvis den måten vi kommer til å bruke i fremtiden (Lise).

Allerede i dag ser noen av informantene at det er uhensiktsmessig behandlingsmetoder, og at dette begrenses av hvordan byggene er utformet. Det å for eksempel gjort om flere inneliggende pasienter til dagpasienter, kunne spart sykehuset for mye ressurser:

... det er ikke nok plass til å gjennomføre den aktiviteten slik som vi ønsker å gjøre (Eivind).

Fremtidens medisin oppgis å være umulig å vite så mye om. Likevel sier informantene det er mye en kan anta vil forbedres og endres, med tanke på hva som allerede har skjedd. Det er allikevel et uforutsigbart fagfelt.

Det er jo som å se inn i en krystallkule (Arne).

Det er vanskelig, om ikke umulig å vite hvordan fremtidens medisin kommer til å se ut. En informant forteller om hvordan noen medisinske behandlinger har store fremskritt, mens andre en ville trodd skulle ha kommet lenger, ikke har det. Det er dette som gjør det vanskelig for noen av informantene, selv om en ser behovet for nye sykehusbygg, er det vanskelig å vite hva en vil trenge om 10-50 år.

I beste fall er det kvalifisert gjetning (Linda).

5.2 Pseudodeltakelse

Det virker som det viktigste er...at de har fagfolk på blokken. Som har vært «involvert» det kjennes ikke ut som reell brukermedvirkning [...] det føles ut som at vi står på blokken bare så de kan si at fagmiljøene har vært hørt. De har vært involvert. Men vi er jo ikke hørt (Thomas).

5.2.1 Lite handlingsrom, men viktig deltakelse

Flere av informantene sa innspillene de kom med inn i medvirkningsgruppen, som de ble forespurt om, ble tatt godt imot av prosjektet. Det som var utfordringen var det de skulle mene noe om, ikke var det som de ønsket å medvirke på. Alle var enige om at rammene for prosjektet var satt og mye allerede var bestemt.

Alle sitter bare og kjemper om å få flest mulig plasser. Da blir det helt pling for meg å da skulle diskutere hvor vasken skal stå (Eivind).

Dette utsagnet illustrerer hvordan flere av informantene mente medvirkningen var satt opp. De hadde mye ting de ønsket å mene noe om, som for eksempel antall sengeplasser, operasjonsstuer og poliklinikkrom. Dette var ikke i mandatet til prosjektet, og det de skulle medvirke på var dermed helt andre ting.

Allikevel mente informantene at deltakelsen var viktig, og høyst nødvendig. Uten dem, ville ikke et nytt sykehus bli verken pasientvennlig eller utgjøre et godt arbeidsklima. Tre av informantene tok til orde for hvor viktig fagkunnskapen faktisk er i planleggingen. Når det planlegges nye sykehus, er helsepersonell viktige for å kunne gi pasientene bedre og mer effektiv behandling. Noe de også sa ville optimalisere driften.

Det er nødvendig at noen med fagkunnskap, som har innsikt i hvordan du jobber med pasientene, sitter der. [...] jeg tenker at for at det skal bli et godt miljø i etterkant for pasienten, som er hovedpoenget med at vi er her. Men også for at det skal bli et best mulig arbeidsmiljø å jobbe i for de ansatte. Dette vil jo gagne alle parter. For det er jo vi som nå kan bidra til å legge til rette for en mer effektiv pasientbehandling ved å for eksempel fjerne tidstyver. Som ved plassering av lager, og innredning av rom. Dermed optimaliserer vi også bruken av ressursene vi har (Arne).

Innenfor det handlingsrommet informantene hadde i medvirkningsgruppene, sa flere at de hadde god påvirkning på beslutningene som ble tatt. Som for eksempel hvordan pasientbadene og sengerommene best burde utformes. En informant fortalte om hvordan et pasientrom på en spesifikk avdeling totalt hadde skiftet innredning etter hvert som gruppemøtene hadde vært. Helsepersonell hadde kommet med innspill på hvordan det

burde se ut, og hva det måtte inneholde av fast inventar, for å få best mulig oversikt og tilrettelegge for best mulig behandling av pasienten. Å bidra med kunnskapen de hadde fra klinisk praksis var viktig for informantene. De hadde ved flere anledninger vært deltakende iblant annet forbedring av romløsninger og endringer i tegningene som bedret pasient- og arbeidsflyt. Det var derfor viktig for informantene å være deltakende i prosessen.

Et annet aspekt ved den viktige deltakelsen illustreres av en informant som ofte måtte forsvare sin deltakelse i prosjektet, for sine kolleger.

Dere må gjerne gå i fakkeltog. Men dette toget – det går nå! (Lise)

Flere kolleger og bekjente av informantene var aktive i motstandsgrupper mot sykehusplanene. Selv om informantene mente mye var forutbestemt, var deltakelsen fortsatt viktig – fordi medvirkningen har begynt. Informantene mente at de ikke kan risikere at helsepersonell ikke har gjort det de kan, for å gjøre det best mulig for fremtidens pasienter.

5.2.2 Dårlige forutsetninger

Informantene sa det er dårlige forutsetninger for å gi gode nok innspill, på vegne av fagmiljøet de representerte inn mot medvirkningsgruppen. Det var ulike årsaker til dette, både informasjonsgrunnlaget de hadde fra før, og hvordan medvirkningsprosessen var satt opp. De fortalte om korte frister for å gi tilbakemeldinger på referat, liten tid til å innhente innspill fra fagmiljøet før møtet og noen ganger var det heller ikke helt tydelig for informantene hva de skulle medvirke på. Dette bidrar til å gi dårlige forutsetninger for god medvirkning av helsepersonellet, og svekker dermed involveringen til informantene.

Hvor korte frister det er fra sendt ut hva du skal mene noe om, til møtet faktisk er. Og vi jobber turnus, vi er ikke her hver dag. Så i realiteten kan jeg se saksunderlaget en til to dager før møtet (Arne).

Kontinuitet blant deltakerne ville vært en fordel. Ved at én person fulgte prosessen gjennom alle prosessene, ville det ført til en bedre medvirkning. Fire av informantene ville gjerne vært mer delaktige tidligere i arbeidet, da de mente dette ville gitt dem bedre forutsetninger for

deltakelsen i prosessen slik den er i dag. Dette ville gitt dem en bedre grunnforståelse og innsikt i hva som skjedde i dag, og hvorfor det er slik det er. De hadde flere ganger opplevd å få til svar at noe var allerede bestemt i konseptfasen, eller at dette var det gjort arbeid på tidligere.

Så da må man jo bare stole på at det som er gjort tidligere, er bra nok. Selv om jeg ikke skjønner hvorfor det er bestemt (Lise).

Bortkastet forarbeid ble samtaleemne med to av informantene. De hadde deltatt i den tidligere prosessen, konseptfasen. Når forprosjektet startet opp, og tegninger og konsepter ble distribuert, var ikke dette gjenkjennbart. De mente derfor at det ikke var noe fordel for dem å ha deltatt i den foregående prosessen, som la grunnlaget for denne. Det ga heller motsatt effekt, ved at de nå ikke var sikre på at denne prosessen ville bli noe annerledes.

Det vi ser i dag, kan jeg ikke kjenne igjen fra det vi bestemte i konseptfasen (Linda).

Det var mye som hadde endret seg etter konseptfasen i prosjektet, og det var ulike rammevilkår og bestemte justeringer som var årsaken til dette. Dette var ikke kjent for deltakerne – før forprosjektet startet opp, og de fikk se det selv. Å delta i et arbeid, som krever mye tid og ressurser, er bortkastet når det ikke blir brukt i neste fase. Det bidrar til misnøye, og øker frykten for at det som nå leveres potensielt vil lide samme skjebne.

5.3 Økonomi vs. pasientsikkerhet

Et av de mest gjentakende temaene til informantene var det ulike fokuset som var i medvirkningsgruppene. Spesielt mellom helse og prosjektorganisasjonen.

Alle sitter og ser ting fra sin tue (Eivind).

5.3.1 Alt skal effektiviseres

Effektivisering av sykehusdriften, pasientbehandlingen og logistikk var et gjennomgående samtaleemne i flere av intervjuene. Informantene så mange fordeler med effektivisering – eller forbedring av driften, men hadde problemer med å se hvordan dette kunne løse alle

utfordringene. De sitter med et inntrykk av at det viktigste for prosjektorganisasjonen er å finne tiltak som fører til effektivisering, og som dermed er kostnadsreducerende.

Informantene sier de har et større fokus på god pasientbehandling og et godt arbeidsmiljø, enn prosjektorganisasjonen. Noen mener at mye kan effektiviseres, men ikke på langt nær så mye som prosjektorganisasjonen planlegger for. De mener det i motsatt fall fører til kostnadsøkninger, hvor:

det planlegges for noe en ikke kan planlegge for (Arne).

I planene for effektivisering mente informantene at dette ville gå på bekostning av pasientsikkerheten.

Det virker som at noen bare har bestemt at det er sånn skal det være. Koste hva det koste vil. Jeg er forundret over at det ikke høres mer på fagmiljøet rett og slett. Vi har nok kanskje vært oppfattet som et hår i suppa. Men det er jo faget vårt. Å sikre beredskap og akutte hendelser (Thomas).

En informant fortalte om en konkret situasjon hvor det var diskusjon rundt areal og størrelse på venteværelse for pasientene. Den fastsatte rammen for areal og kostnader kommer før pasientene, og bidrar til å forsterke synet på de ulike fokusene som er i medvirkningsgruppene. Dette var noe hen opplevde som forstyrrende for prosessen, og gjorde samarbeidet i gruppen vanskelig.

Vi fikk til svar at vi trenger ikke noe venteeareal. For vi blir så effektive i 2030 [...] jeg tror at selv om vi blir mer effektive, så tror jeg ikke det kommer til å gå så smidig dessverre. Vi får jo pasienter fra hele regionen, og noen fra hele landet. De må ofte vente på svar fra undersøkelser også videre før de kan dra. Og det er på dagen det er mest aktivitet, og vi trenger de rommene vi har (Lise).

En del av effektiviseringen skal også foregå ved økende digitalisering. Digitalisering skal løse mye i fremtiden. Det viste seg at et stort fokus i prosjektet var hvordan digitalisering ville bidra til å gjøre alt mer effektivt i fremtiden. Erfaringene til informantene, som hadde lang fartstid innen helsesektoren, var at all digitalisering i sykehus ligger mange år bak den virkelige verden.

Vi har jo fortsatt fax, og systemene våre snakker ikke sammen ... i 2021 (Marina).

De hadde av erfaringsmessige grunner lite tro på at digitaliseringen skulle komme så mye lenger om 10 år, som det ble planlagt for i prosjektet. En av informantene snakket om hvordan hen opplevde pasientstrømmen i dag, og kunne ikke se for seg at mange av pasientene som i dag kom inn på sykehus, ikke skulle komme inn på sykehus i fremtiden.

Vi sliter jo til daglig med at de sengeplassene vi har i dag er altfor lite hele tiden. Og vi klarer ikke helt å se at det reddes av nytt sykehus, og denne digitaliseringen. Vi snakker mye om digitalisering. Alt skal skje på skjerm og sånn. Men for oss som får det fleste av øyeblikkelig hjelp pasienter, så går det ikke å ta disse via skjerm hjemmefra (Eivind).

5.3.2 Styrt av økonomiske beregninger

Prosjektet og prosessen er satt opp etter økonomiske beregninger, og statistiske framskrivninger av befolkningsveksten. Dette er problematisk for informantene. Diskusjonene rundt areal, og størrelsen på disse, var gjennomgående i alle intervjuene.

For meg så kommer aktiviteten først, og så kommer bygget. Det er liksom noe vi må plassere aktiviteten i, ikke omvendt. [...] For da blir det jo ikke det som er det beste for pasienten (Marina).

Når det var økonomien som bestemte hvilke rammer faget skulle forholde seg etter, ble ikke faget og pasientfokus ledende i prosessen. Det måtte ofte gjøres valg hvor en måtte velge enten/eller løsninger, og driften ble satt opp mot pasientsikkerheten.

Når et sykehus skal bygges er det helsepersonellet som skal si noe om hva pasientene trenger, og hvorfor. Hva som trengs i fremtiden, må kunne løse dagens problemer. Da er det ikke tilstrekkelig å kun se på økonomi. En informant gikk dypere inn i samtalen når vi snakket om det økonomiske aspektet i prosessen. Hvis det i dag bygges for lite og for trangt, og helsepersonellet ikke blir hørt når de sier det er for lite areal til den aktiviteten de skal utføre i nye sykehusbygg. Da vil det bli dyrt å gjøre om på dette senere.

Det er dyrt å være fattig (Arne).

Når det er økonomi som styrer prosessen, forsterker dette følelsen av å være med som en rådgiver. Faget er ikke styrende.

Man vet jo at det vi driver med er rådgivning, også vet man at det er kvadratmeter og antall kroner som til syvende og sist vil styre (Linda).

Selv om informantene sier økonomien er det som styrer prosessen, var det en informant som tok opp hvordan økonomien sees separat.

Vi har mange pasienter som står i behandlingsskø. Disse venter i opptil 1 år før de får behandling for en tidvis invalidiserende sykdom, som vi ganske enkelt kan kurrere med et inngrep. Staten er så opptatt av økonomi, men det å få redusert pengene som går til sykemeldinger og sykefravær må jo være en kjempebesparelse. Og det kan enkelt gjøres ved å øke kapasiteten og arealene. Vi har ikke nok areal i dag til å korte ned på ventelistene (Marina).

De ulike etatene, eller offentlige organisasjonene som driftes av Velferdsstaten har ulike budsjetter. Og om helheten blir sett, er ikke informantene så sikre på.

5.3.3 Modellen fungerer ikke

Bekymringene informantene hadde rundt de tidligere prosessene rundt nye sykehusbygg var gjennomgående i intervjuene. Det er tidligere bygget flere nye sykehus i Norge i etter årtusenskiftet, og disse har en fellesnevner: de er for små. Det er ikke nok plass til pasientene, og korridorpasienter er gjennomgående. To av informantene hadde vært i dialog med helsepersonell i andre sykehus, som har deltatt i liknende prosess. De hadde blitt fortalt at det ble hørt lite på helsepersonell, og at arealdimensjoneringen var altfor liten.

Vi visste jo før vi gikk inn i dette arbeidet at det allerede var for lite areal (Linda).

Informantene som hadde snakket med helsepersonell fra andre sykehus, hadde en tydelig formening om at historien kommer til å gjenta seg igjen. De mente det som skjedde nå, var det samme de andre hadde opplevd tidligere. Dette gjaldt også de informantene som ikke hadde hatt kontakt med andre. Å være helsepersonell i en prosess som omfatter å bygge nytt sykehus, ble oppgitt som en forventet, og varslet, katastrofe.

Frustrasjonen med tidligere erfaringer virker forstyrrende i medvirkningsarbeidet. Dagens prosess har ikke tatt lærdom av tidligere prosesser, som har vist seg å ikke være veldig vellykket. Flere av informantene hadde ved gjentatte anledninger uttrykt sine frustrasjoner i sin medvirkningsgruppe. Svarene de fikk, beroliget dem ikke. At det nå var lagt til grunn en forbedret utregningsmetode av for eksempel utnyttelse av senger, var ikke noe informantene mente ville utgjøre en veldig stor forskjell. Hvorfor informantene mente det fortsatt ville bli for lite, illustreres godt av dette utsagnet:

At vi nok en gang planlegger for å bygge for lite. Vi har allerede fått beskjed om å planlegge for alternative rom som kan brukes som [redacted] eller [redacted] ved høysesong. Vi planlegger allerede for at det er for trangt! (Thomas)

Å planlegge med utnyttelse av alternative rom, eller å midlertidig bruke enmannsrom til to pasienter, er ikke gode løsninger. Det er en grunn til at det i utgangspunktet er enmannsrom, og hvis en i tillegg skal legge en ekstra pasient inn, sier det seg selv at det blir veldig trangt. Ikke minst for helsepersonellet som skal arbeide der. Flere av informantene mente det oftere var høysesong enn lavesong, noe som dermed gir for lite areal i hverdagen.

Akkurat som at høysesong er sjeldent. Det er jo oftere for mange pasienter, enn for få. Det er i ferier og høytider det er lite pasienter, fordi vi trekker ned driften. Og det er jo ikke flest dager i året av disse (Lise).

En total endring av prosess var det informantene mente måtte til for å endre trenden. Å gjøre det de kalte for mindre forbedringer, var ikke nok til å endre sluttresultatet med for små bygg. Det fremstår som at prosessen er låst, uansett hvor dårlig den er. Og at den skal forbedres, ikke byttes. Informantene ser ikke hvordan resultatet av prosessen som er benyttet i tidligere og like prosesser, skal være annerledes denne gangen.

5.4 Krevende organisasjonsutforming

Prosesen er rotete, tungvinn og kompleks. Beslutningstakerne sitter langt unna, og disse er ikke deltakende i medvirkningsgruppene. Informasjonsflyten er ikke konsekvent, og organisasjonsutformingen gjør at det blir en umulig måloppnåelse. Jeg vil belyse funnene

under dette hovedtemaet ved å se på de tre undertemaene: Usynlige beslutningstakere, informasjonsflyt og umulig måloppnåelse.

5.4.1 Usynlige beslutningstakere

Helse Sør-Øst er det øverste organet i endringsprosessen, og det er uklart hva slags sykehus disse ønsker å bygge.

En annen ting er det Helse Sør-Øst vil for nonting. Og dem er det jo ingen som ser (Linda).

Når det er flere ledd mellom medvirkningsgruppedeltakerne og beslutningsmyndigheten, tar det ekstra lang tid før en får svar på forslag og innspill.

Det kan være at jeg har blitt hørt, men at du ikke får noe klart svar, og at det mye sånn venting ... vi må se det litt an, er typiske svar vi får servert (Marina).

Sånn som jeg sitter jo i en medvirkningsgruppe, men jeg har ikke noe jeg skulle sagt. Jeg skal bare legge frem synspunktene på hva som bør tas hensyn til. Også sitter jo beslutningene helt andre steder (Eivind).

Når det fremmes forslag i gruppene, har ikke prosjektorganisasjonen en beslutningsmyndighet. De må ta med forslag og endringer tilbake til beslutningsmyndigheten, og igjen ta svaret tilbake til medvirkningsgruppen. Dette fører til usikkerhet, da informantene ikke vet om endringene de har foreslått blir tatt til etterretning.

Det er ikke helt sikkert at sykehusene vi i dag planlegger for, kommer til å noe av. De endelige beslutningstakerne tar ingen endelig beslutning.

Hva skjer nå som politikerne sier det er opp til kommunene å selv bestemme hva som skal skje? Alle vet at Oslo kommune ikke er for disse planene, og det er de som skal godkjenne det (Linda).

Det politiske aspektet ved endringsprosessen utgjør en usikkerhet for informantene i endringsprosessen. Usynlige beslutningstakere innebærer også de øverste politikerne, som

har bestemt at sykehuset skal bygges. Det er lenge til sykehusbyggene skal stå ferdig, og det er ingen som har bestemt med sikkerhet at sykehusene skal bygges der de i dag er planlagt. Dette utgjør en usikkerhet, og virker forstyrrende for medvirkningen i prosessen.

5.4.2 Ingen standard informasjonsflyt

Informasjonsflyten i prosessen er ikke god. Det kommer informasjon fra ulike steder og personer, og det finnes ikke et enkelt sted du kan slå opp for å finne den informasjonen du trenger. Å finne, eller få tilsendt informasjon er utfordrende i en så stor og kompleks prosess som dette. Dersom det ikke er en tydelig kanal hvor informasjonen sendes, vil det også være ulikt hvem som får den. Den som får den, trenger den kanskje ikke, mens en annen skulle ønske den hadde det.

Policyen i sykehuset er jo at det meste vi holder på med er transparent, og at man kan søke opp ting på intranett og sånn. Men vi er jo avhengig av informasjon, det gjør det lettere å få dette servert. Men det er jo på godt og vondt selvfølgelig. Vi kan jo bli overøst av informasjon om alt mulig (Thomas).

Å bli overøst av informasjonseposter er et gjentakende tema når vi snakker om måter informantene har mottatt informasjon om prosjektet, og eventuelt tidligere prosesser. De som ikke var deltakende i tidligere prosesser, sier de kun fikk informasjon via kollegaer som var deltakere. De oppga også å ha fått e-poster, men syntes ikke disse var særlig informative.

Vi har sikkert fått noe e-post om at det er en konseptfaseutredning. Men jeg opplever ikke at de har informert ... det blir så diffust og vagt. Samtidig som man får en forståelse om at når e-posten er sendt, så betyr det at vi er informert. Uten at man egentlig sitter og føler at man er informert (Lise).

Dette viste seg også i medvirkningsgruppene. Flere informanter fikk beskjed om at de var informert på e-post dersom det var noe de ikke hadde fått med seg, som var av viktighet for deltakelsen. Informasjonen kunne også ha vært sendt i en annen linje – for eksempel lederlinjen. Det var forventet at deltakerne hadde fått informasjon fra lederne sine. I en så stor organisasjon påvirker organisasjonsutformingens informasjonsflyten. Det er flere veier å

sende informasjonen, og det er mange som trenger den. Likevel trenger ikke alle nødvendigvis den samme informasjonen.

En informant oppga å ha vært svært nysgjerrig, og oppsøkte jevnlig informasjon rundt de tidligere prosessene, i aviser, intranett og gjennom sine kontakter i sykehuset. Det betyr derimot ikke at en finner den informasjonen en leter etter.

Det er jo informasjon overalt, hvis man bare begynner å lete. Å vite hvor man skal lete er jo noe litt annet ... Jeg oppdaterte meg mye på intranett, men fulgte også med i pressen. Der får man jo se litt forskjellige vinklinger på saker (Arne).

Det kan tyde på at informasjonsbehovet er umettelig, samtidig som informasjonsmengden som ligger offentlig tilgjengelig er uoversiktlig og enorm. Konkret, nyttig og tilpasset informasjon er mangelvare.

5.4.3 Prosessen tilrettelegger ikke for måloppnåelse

Det var viktig for alle informantene å bygge sykehus som kunne gi den beste pasientbehandlingen – det var en enighet om prosjektets hovedmål. Fem av informantene sa at de visste hva som var målene til prosjektet, og nevnte disse. En informant kunne ikke si at hen hadde målsettingen helt klart for seg, men sa at målet hen jobbet mot var å gi den beste pasientbehandlingen. De andre informantene mente også at dette var målet de jobbet mot.

Jeg kan ikke si at akkurat dette er målet. Jeg tenker at sykehusets mål er sånn fremtidsrettet aktivitet, at man skal tenke nytt og annerledes. Jeg har vel sikkert hørt det, men jeg kan ikke si jeg har målsettingen til prosjektet helt klart for meg nei (Lise).

Samtidig ble målsettingen også oppgitt som uklar, diffus og urealistisk. At målene skulle nås med planleggingen som var i gang, var det ingen som mente var mulig. Det var for mange usikkerheter i prosjektet, slik at den gode planleggingen ble forstyrret. Delmålene til prosjektet, eller milepælene, hadde ingen av informantene noe forhold til. To av informantene anså ferdigstilling av forprosjektet som en milepæl, uten at de mente dette var oppgitt av prosjektet.

En informant syntes det var vanskelig å forholde seg til målene, mens alle kalte målene urealistiske. Informantene mente at utfordringen med å nå eller forholde seg til målene, handlet om at de ikke visste hvor fagene eller spesifikke fagsløyfer skulle være frem i tid:

... men alle vet at fremtiden er ikke som den er i dag. Det kommer ingen føringer for hvor viktige landsfunksjoner skal være på Østlandet. Men vi planlegger som at [redacted] skal være her, med akuttsløyfe og alt som er. Men det er ikke sikkert vi i det hele tatt skal ha [redacted] her i fremtiden. Men hva slags bygg vi skal ha ... det er det ingen tvil om!

(Eivind)

Selv om de hadde visst hvor fagene eller fagsløyfene skulle vært frem i tid, mente de også at det var så lenge til nye bygg skulle stå klart, at det var som å se inn i en spåkule. Det blir i beste fall kvalifisert gjetning da medisin og medisinsk behandling gjør store fremskritt. Det er derfor vanskelig for informantene å se for seg nøyaktig hvordan et sykehus best kan utformes, for å gi den beste pasientbehandlingen i fremtiden.

Flere av informantene mente allikevel at en god kartlegging fra fagmiljøene kunne gjort den kvalifiserte gjetningen, nettopp det. Kvalifisert.

Det er ikke gjort en ordentlig kartlegging eller en oversikt over hva det er vi ønsker oss tyve år frem i tid. Altså, hva vi tror er behovet. Og det er veldig vanskelig å være med i en prosess, hvor det ikke er klinkende klart. Vi ønsker å gjøre så og så mye. Sånn for eksempel, så kunne halvparten av den driften vi gjør her blitt gjort på poliklinikken. Men da forutsetter det jo at vi har nok poliklinikkrom, og at det er med i planene da. Og det opplever jeg ikke. Den kartleggingen har i alle fall ikke vært synlig (Marina).

Informantene ønsker at prosessen hadde vært snudd om. At det først ble kartlagt hva som faktisk trengs i fremtiden. Slik prosessen har vært mener de nå at det legges opp til låste løsninger, hvor kanskje antall poliklinikkrom ikke er forenlig med det som trengs i fremtiden. Dette mener de i så fall ikke fører til effektivitet.

6 Diskusjon

I dette kapitlet skal jeg diskutere funnene, med utgangspunkt i de tre forskningsspørsmålene i denne studien og den teoretiske rammen som er lagt til grunn. I tillegg vil jeg også diskutere funnet som tar for seg enighet for behov av en endring som beskrevet i kapittel 5.1. Dette var et funn jeg ikke forventet å finne.

Forskningsspørsmålet «Hvordan preger organisasjonsutformingen prosessen?» viser seg å være gjennomgående i mine funn, og diskuteres derfor ikke som et eget punkt.

6.1 Hva sier egentlig funnet om enighet for behovet om en endring?

Den gamle bygningsmassen og kapasitetsutfordringene er bare noen av årsakene til at helsepersonell er enige om at det er behov for en endring fra dagens situasjon. Det trengs flere og større operasjonsstuer, en mer hensiktsmessig bygningsmasse og generelt større plass. Den økende befolkningsveksten bekymrer, og det haster med nye sykehusbygg.

For å gjennomføre en vellykket endringsprosess, er en av de viktigste faktorene å ha en god forankring hos medarbeiderne i organisasjonen (Kotter, 2012, s.69-86; By, 2005). Det må lages en felles visjon, hvor alle er enige om hva som er det endelige målet. Ellers vil det være vanskelig å komme seg dit sammen. De medisinske utviklingene er store, og hva som trengs av bygningsmasse og kapasitet i fremtiden, er noe som er vanskelig å spå – selv for helsepersonell.

Teorien påpeker viktigheten av en forankring av målene, og en mobilisering av endringskraften. Medarbeiderne må vite og være enige om målet slik at endringskraften kan mobiliseres (Kotter, 2012, s.69-86), ellers mislykkes de aller fleste endringsprosesser (Mehboob & Othman, 2020, s.1). At det er enighet om behovet for en endring, betyr ikke at det er en enighet om målene for prosessen som igangsettes. Eller prosessen i seg selv. Funnet sier derfor ingenting om at målene til prosjektet er godt forankret, selv om endringsbehovet er der. Endringskraften må også være til stede og mobiliseres (Kotter,

2012, s.69-86), og et viktig aspekt ved endringen er derfor endringen som også vil foregå på innsiden av de nye byggene. Selv om endringsprosessen tar for seg utformingen av nye bygg, er det også store organisatoriske endringer som må gjøres i årene fremover som påvirker måten helsepersonell jobber på. Fagmiljøer vil samles, som i dag er spredt, samtidig som samarbeidende fagmiljøer kanskje spres. Organisasjonskulturen blir derfor utfordret, hvor dagens måte å arbeide på – og hvem en arbeider med, kan bli helt forandret i nye sykehusbygg. Enighet om behovet for en endring sier noe om ønsket om nye bygg, men det sier ikke at helsepersonell ønsker å endre måten de jobber på. Et forsøk på å mobilisere endringskreftene (Kotter, 2012, s.69-86) vil derfor kunne utfordre organisasjonskulturen, og føre til motstand (Gotvassli, 2021, s.235-237) mot endringen. Dersom endringsprosessen som settes i gang er en drastisk endring, slik som å bygge nye sykehus, vil en sterk organisasjonskultur kunne utløse motstand. Spesielt dersom organisasjonen er stor og preget av lange tradisjoner – slik som sykehus (Gotvassli, 2021, s.136).

Det er en misnøye og negativitet i flere av funnene i denne studien, noe som kan tyde på motstand. At det er en enighet om endringsbehovet, kan muligens utelukke den generelle motstanden Kurt Lewin (Jacobsen & Thorsvik, 2020) mener vi naturlig har i oss. Den må heller forsøkes å forklares ved å se på andre faktorer som prosess og informasjon, slik som Dent & Goldberg (1999) tar for seg i sin artikkel. Dette kommer naturlig inn som diskusjon, videre i kapitlet.

6.2 Hvordan opplever deltakerne endringsprosessen, når definisjonen av målet ikke er likt?

Ett funn viser seg å være at målet med endringsprosessen ikke er godt nok forankret. Dette gjør også at helsepersonellet mener prosessen som er valgt for å gjennomføre endringen, ikke er forenlig med det målet de jobber mot. Det er en byråkratisk organisasjon, med usynlige beslutningstakere, hvor fokuset oppleves å være mer på kostnader enn pasientsikkerhet. Det oppleves ikke som at det er en sammenheng mellom en realistisk måloppnåelse, og prosessen som er satt i gang for at disse skal nås.

En mulig forklaring på dette funnet kan være hva teorien sier om hvilke mål de ulike interessentene har. Henry Mintzbergs teori for en profesjonsbyråkratisk organisasjonsutforming peker på de ulike målene en slik organisasjonsutforming har, hvor det er motstridende interesser. Profesjonene, eller helsepersonell, vil ha klare mål for den beste behandlingen, som er forankret i vitenskapen. Byråkratene vil ha mål som er i samfunnets interesse, hvor også kostnadene preger avgjørelsene (Andersson, 2013, s.122). Det viser seg i målsettingen til prosjektet: «skal innfri befolkningens behov for spesialisthelsetjenester med god kvalitet på en kostnadseffektiv måte» (Helse Sør-Øst, 2021, s.5). Dette bekreftes i mine funn hvor helsepersonell opplever at økonomien er styrende, ikke faget. Et mål som både innebærer pasientens beste og økonomi, passer derfor godt med betegnelsen profesjonsbyråkrati.

Vi kan vel gi Rolstadås et al (2020, s.67-69) rett i at det er et godt utgangspunkt for prosjekter å ha godt forankrede mål hos alle interesser, noe som også er viktig for å gjennomføre endringsprosessen (By, 2005, s.370). Vi kan se at mandatet til forprosjektet har definerte og velformulerte mål (Helse Sør-Øst, 2021, s.5). Disse er ikke godt forankret hos helsepersonellet, som er en av prosjektets viktigste interesser. Helsepersonellet jobber for den beste pasientbehandlingen, ut ifra nyeste forskning og uavhengig av økonomi. Prosjektorganisasjonen jobber mot den beste pasientbehandlingen som også er kostnadseffektiv. Hva som er kostnadseffektivt, vil avhenge av hva Velferdsstaten syntes er en akseptabel kostnad. Den beste pasientbehandlingen vil derfor avhenge av denne variabelen, og kan derfor ikke harmonere med helsepersonellens definisjon. Forankringen kan sies å ikke ha vært god, noe som ofte viser seg å være en årsak for mislykkede endringsprosesser (By, 2005, s.370).

En mulig forklaring på den dårlige forankringen som helsepersonellet opplever, kan vi finne i teorien til Mintzberg rundt profesjonsbyråkratiet. Forankringen kan muligens ha stoppet et sted i lederlinjen, da denne ofte er profesjonstung (Mintzberg, 2010, s.154). På den ene siden kan ledelsen være mer lojale mot pasientene, enn administrasjonen rundt (Gotvassli, 2021, s.57-58). Det kan derfor tenkes at informasjonen og den videre forankringen nedover i organisasjonen har stoppet opp. Selv om ledere skal være lojale ovenfor beslutninger som er tatt i organisasjonen, kan lederne her være mer en kollega til sine ansatte (Grimen, 2008,

s.150), og derfor være mer lojale ovenfor dem enn beslutningen. Dersom linjeledelsen er uenige i endringsprosessen som skal settes i gang, vil derfor forankringen kunne stoppe opp, og ikke forankres videre nedover i organisasjonen. På den andre siden kan det være umulig å forankre prosjektets mål. Selv om ledelsen og de ulike ledelsesnivåene er enige i beslutningen som er tatt, og bidrar til å forankre denne videre nedover i organisasjonen, kan helsepersonell nederst i organisasjonen være uenige. Profesjonsmoralen kan stå sterkt (Grimen, 2008), og lojaliteten ovenfor pasientene vil dermed seire dersom helsepersonellet mener målene til prosjektet ikke er forenlig med det de selv ønsker å oppnå med en endringsprosess.

Når det ikke er enighet om målene, vil heller ikke prosessen som leder til målene være sammenfallende. Artikkelen til Dent & Goldberg (1999) tok for seg modellen til Lewin om motstand mot endring. Her mener de en årsak til motstand kan være prosessen som endringen foregår i. Dette understøttes av mine funn, og det kan derfor oppfattes som at det er motstand mot endringsprosessen og ikke selve endringen. Byggene var dimensjonert før det som skulle inn i dem var utredet, mens helsepersonell heller ønsket at innholdet i byggene skulle vært utredet først. Når det er den byråkratiske delen av organisasjonen som har bestemt hvordan endringsprosessen skal gjennomføres, men det er profesjonsdelen av organisasjonen som deltar og skal arbeide i nytt sykehus, vil dette kunne være en forklaring på hvorfor endringsprosessen ikke fører til helsepersonells ønske om måloppnåelse.

6.2.1 Politikk, og en opplevelse av usikkerhet

Å delta i en endringsprosess hvor det konkrete målet ikke er besluttet, er et forstyrrende element. Det er besluttet at det skal bygges nye sykehus, men det er ikke tatt en endelig beslutning for hvor disse skal være. Det skal først godkjennes etter at forprosjektet er ferdig. Deltakerne sitter nå og planlegger for hvordan rom og funksjoner skal se ut i de gitte byggene, som er plassert på en gitt grunn og derfor har en spesifikk utforming. Det betyr at dersom forprosjektrapporten ikke godkjennes, vil dette arbeidet risikere å måtte starte på nytt, eller bruke ekstra tid på revidering. Denne avgjørelsen skal bli tatt av de lokale politikerne i Oslo kommune.

Nye OUS er en prosess som er planlagt gjennomført i 2030. Det vil si at denne endringsprosessen skal pågå det neste tiåret. Når informantene opplever usikkerheter med prosjektet, kan dette blant annet knyttes til organisasjonsutformingen og demokratiet vi lever i. Politikerne i Norge kan byttes ut hvert fjerde år, både statlig og kommunalt. En nyvalgt Regjering eller et nytt Oslo Bystyre kan dermed velge å gå bort fra denne modellen. Usikkerheten informantene opplever er derfor reell, og det politiske elementet i organisasjonsutformingen kan derfor med stor sikkerhet kunne påvirke endringsprosessen (Christensen et al, 2015, s.21). Ettersom politikerne kan byttes ut underveis i denne prosessen, hvor alle beslutningene enda ikke er tatt, vil det også være vanskelig å stille seg bak tidligere beslutninger da disse kan ha vært tatt av andre. I studien til Lowe et al (2018) er det en oppfattelse blant helsepersonell at politikere ikke tar langsiktige avgjørelser, med tanke på egen fremtid og neste valg, selv om dette fikk konsekvenser for helsetilbud og prosess. Dette kan også være tilfelle i denne prosessen, men her er det også en større planlegging som må til. Det kan ikke vedtas et byggeprosjekt til x antall millioner, dersom en ikke vet hva slags sykehus dette vil være. Og det er nettopp det forprosjektet skal gjøre, se hvordan sykehuset kan utformes innenfor et gitt budsjett.

For å beskrive det politiske aspektet ved organisasjonen, kan vi se på hva Støre-regjeringen uttalte i sin Hurdalsplattform: «Sørge for at hele Groruddalens befolkning så raskt som mulig får lokalsykehusstilbud ved Nye Aker sykehus og gjennomføre endringer i sykehusstruktur i Oslo i henhold til vedtatte planer» (Arbeiderpartiet & Senterpartiet, 2021, s.61). Selv om den nye regjeringen i Norge har uttalt at de ønsker at den oppstartede prosessen skal fortsette, er det allikevel politikerne lenger ned i systemet som skal vedta dette. I alle fall i utgangspunktet. Det er mulig at Bystyret i Oslo velger å avslå søknaden om videre planlegging, noe som vil føre til uenighet blant offentlige myndigheter (Karlsen & Gottschalk, 2008, s. 264). Derimot er makten til kommunen delegert fra Staten (Grindheim et al, 2020, s.19), og staten kan derfor overstyre denne beslutningen. Selv om det planlagte sykehuset er lokalisert i Oslo kommune, har sykehuset også et nasjonalt ansvar og nasjonale funksjoner. Dette fører til at staten kan måtte overstyre avgjørelsen, for å sikre den nasjonale velferden (Grindheim et al, 2020, s.205; Vike, 2004, s. 51). Det er derfor ikke unaturlig at dette er en usikkerhet som preger deltakelsen i endringsprosessen. Det kan potensielt også sinke

prosessen som skal gi høyst nødvendige og oppgraderte helsetjenester til innbyggerne, noe som er helsepersonellens bekymring.

Informantene syntes det er vanskelig å delta i en Top-Down styrt endringsprosess, hvor en økonomisk ramme er gitt i forkant av prosjektet etter en standard utregningsmodell. Og det er toppbyråkratene, altså politikerne, som tar denne beslutningen (Blindheim et al, 2021, s.187-88). En Down-up-modell (Karlsen & Gottschalk,2008, s.334-335) ville gitt helsepersonellet en mulighet til å selv gjøre beregninger. Dersom dette hadde vært modellen som ble valgt, ville det vært helsepersonell som satte den økonomiske rammen, etter at de hadde funnet ut hva som skulle være inni byggene. En slik modell er forenlig med det informantene uttrykker hadde gitt det beste sykehuset. Det er disse som sitter med den nyeste og oppdaterte kunnskapen på dagens og fremtidens medisin. På den ene siden kunne dette ført til et topp moderne sykehus, som ville gitt det helsepersonellet mente var den beste pasientbehandlingen. På den andre siden kunne det ført til (for) store kostnader, og ville potensielt ikke vært en god forvaltning av innbyggernes penger. En av politikernes oppgaver, er nettopp dette, å forvalte innbyggernes penger på en god og rettferdig måte, og dermed sikre velferden (Grindheim et al, 2020). En annen løsning kunne vært et mer privatisert sykehus, hvor det finansierte seg selv i større grad. Siden denne løsningen ikke ville vært forenlig med å være en velferdsstat, går jeg derfor ikke videre inn på en slik løsning i denne studien.

Noen av informantene mener at en større investering i helse, vil føre til økt gevinst for samfunnet på lang sikt. Dette begrunner de med at det i dag er mange pasienter som står i behandlingsskø, og er sykemeldt i ventetiden. De mener muligheten til å gi pasientene kortere ventetid, kan føre til reduserte sykemeldingskostnader. Dette støttes også av helsepersonellet i studien til Lowe et al (2018), der helsepersonellet ønsker en større investering for å bedre det totale helsetilbudet.

Ved å ha denne organiseringsutformingen for sykehus, vil beslutningstakerne sitte langt vekk fra helsepersonellet. Dette blir omtalt som usynlige beslutningstakere, noe som støttes i tidligere studier (Lowe et al, 2018). Helsepersonellet som utgjør kjernen i helsevesenet, har ingen direkte linje til dem som sitter og bestemmer hvordan endringsprosessen skal foregå. Om dette er den rette måten å utforme en sykehusorganisasjon på er usikkert. Og det er

heller ikke mye forskning som tilsier at denne måten å organisere seg på, er en god måte for å realisere politiske mål (Blindheim et al, 2021, s.21). Derimot er det mye forskning som viser til at en organisasjon som både er politisk, samfunnskritisk og økonomisk avhengig, gjør endringsprosesser ekstra utfordrende (Jakobsen et al, 2010, s.9).

Når endringsprosessen styres av de som sitter med den øverste makten, vil mangelen på forankring i starten av prosessen mest sannsynlig ikke påvirke gjennomføringsevnen til prosjektet. På den ene siden kan politikerne benytte makten sin til å gjennomføre endringsprosessen, og ikke bry seg om motstanden de møter hos helsepersonell. Dette kan også sees som en del av legitimeringsprosessen til politikerne, hvor de utad ønsker å vise at de gjør noe bra for helsesektoren (Aadland & Askeland, 2017, s.208). Byggene vil uansett stå ferdig, og helsepersonellet kan ikke velge å stå igjen i gammel bygningsmasse, når alle pasientene flyttes til nytt. På den andre siden, lever vi i et demokrati. Tilliten til politikerne er høy i vårt samfunn (Brochmann & Hagelund, 2010, s.315), og de kan ha mye å tape dersom de ikke tar seg tiden til å stoppe opp, og høre på hva helsepersonellet har å si. Makten bør derfor kun brukes dersom det er til samfunnets beste som helhet (Vike, 2004, s.51). Dersom sykehusbyggene planlegges for små, og dermed ikke har plass til nok pasienter, eller er uhensiktsmessig og skaper driftsproblemer, vil dette ha stor innvirkning på innbyggerne i samfunnet, og kan i verste fall gå ut over tilliten til politikerne.

Dette underkapittelet har satt lys på hvordan ulike sider ved organisasjonsutforming preger hvordan deltakerne opplever endringsprosessen. Det er derfor interessant å se på hvorfor helsepersonell fortsatt er deltakende. Dette tar jeg for meg i neste underkapittel.

6.2.2 Hvorfor er de fortsatt deltakende?

Selv om informantene ikke var enige i hvordan prosessen foregikk, så mente samtlige det var viktig at de fortsatt var deltakende. Å kunne bidra med viktig erfaringsbasert kunnskap gjennom flere år med pasientkontakt, er viktig. Det er mye som enkelt kan gjøres om på, bare med små justeringer, og som dermed gjør pasientflyt, behandling og arbeidsmiljø bedre. Informantene var enige med prosjektorganisasjonen i viktigheten av å effektivisere, men hovedsakelig for å gi pasientene bedre og mer effektiv behandling. Det er i alles

interesse at pasienter har kortest mulig liggetid inne på et sykehus, samtidig som de også får god behandling mens de er innlagt.

Den faglige kompetansen og integriteten står særs høyt, og det er derfor en balansegang mellom hvor langt en skal la disse strekke seg, versus ressursutnyttelse og effektivisering (Grimen, 2008; Vike, 2004, s.60-62). En kan derfor tenke at helsepersonell vil strekke seg langt, istedenfor å gi opp og la helsevesenet forfalle og forringe kvaliteten. Dette syntes jeg informanten, Eivind, belyste godt med dette utsagnet: «Vi er villige til å bites, altså!». Dette underbygger hvor sterkt profesjonsetikken står i ens arbeid (Grimen, 2008), og at helsepersonell ønsker å gjøre det de kan for et best mulig sykehus for pasientene.

Informantene var opptatt av at det skulle være et godt sted å jobbe, og at dette var en viktig årsak til å fortsette sin deltakelse i prosjektet. Fire av informantene oppga at de ikke skulle jobbe i nytt sykehus. Dette var enten på grunn av pensjon, eller planlagt flytting. Da alle informantene har vært deltakende siden oppstarten av prosjektet, i ni måneder, må det være noe som motiverer for fortsettelsen.

På den ene siden kan vi prøve å forstå dette ut ifra hva Forventningsteorien legger til grunnlag for en eventuell motivasjon. Helsepersonell forventer ikke en åpenlys belønning for måloppnåelse, noe som gir en negativ valens (Vroom, 1964, s. 15-17), og dermed heller ikke å i stor grad realisere de personlige målene som er satt. Derimot kan helsepersonells ønske om å gjøre det så bra som mulig for pasientene, innenfor det gitte handlingsrommet, gi en positiv valens og virke selvforsterkende. På den ene siden vil profesjonsmoralen (Grimen, 2008) til informantene kunne stå sterkere enn motstanden, og dermed se uselvisk på sin deltakelse i prosessen. Dette kan også stemme overens med funnet hvor informantene mente deres deltakelse var høyest nødvendig. Selv om de ikke nødvendigvis påpekte at det var viktig at nettopp dem deltok, men at helsepersonell med pasientkontakt, deltar. Dette kan bety at det er en høy forventning (Vroom, 1964, s.193-194) til at egen deltakelse fører til en større suksess, enn hvis de ikke er med. De positive opplevelsene til flere av informantene, som innebar å få gjennomslag for forbedringer og optimaliseringer, kan peke på at det finnes en mulighet for at dette blir stående når byggene er ferdige. Dette vil i så fall gi en positiv instrumentalitet (Vroom, 1964, s.195; Parijat & Bagga, 2014), noe som kan forklare hvorfor helsepersonell ikke gir opp.

På en annen side, var det fire informanter som sa de gjerne skulle ha deltatt i de foregående prosessene, for å ha et bedre utgangspunkt og beslutningsgrunnlag. Dette kan være medvirkende til at de ikke gir opp, og fortsetter sin deltakelse, da en erstattende deltaker måtte startes på nytt. Selv om to av informantene hadde vært deltakende i foregående prosess, hadde de ingen nytte av dette ettersom så mye hadde endret seg i mellomtiden. Dette sa derimot de andre informantene ingenting om, og det kan dermed tenkes at de ikke visste om dette. Da vil denne antagelsen om at det er positivt ha fått med seg det arbeidet som var gjort, allikevel være forsterkende for motivasjonen til å ikke gi opp.

Hva som fører til helsepersonells motivasjon, kan med dette ikke forklares med Forventningsteori. Dette var heller ikke min intensjon i studien, men jeg syntes allikevel det er interessant å kunne se på mulige årsaker til at helsepersonell velger å fortsette sin deltakelse, når de har gjort seg flere negative erfaringer allerede.

6.2.3 Tidligere endringsprosesser har betydning for deltakelsen

Noe som gjentok seg gjennom alle intervjuene, var at tidligere sykehusbygg var bygget med for lite areal. Alle informantene både forventet og oppfattet at byggene som nå planlegges, blir for små. To stykker hadde også kontaktet deltakere fra andre helseforetak, som hadde gjennomgått samme prosess tidligere. De hadde da fått bekreftet sine tanker om hvordan prosessen gav for lite areal, og at helsepersonellet ikke ble hørt underveis i prosessen angående dette.

Det er mulig at innhenting av andres erfaringer fra liknende endringsprosesser, kan føre til en forsterkning av ens egen forventning (Baldwin, 1973, s.38-39) om at prosessen ikke fungerer slik en ønsker den skal. Derimot kan det også være en lærende situasjon, hvor vi lærer fra andres erfaring (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.346-347). Det er vanskelig å vite om denne læringen virker positivt eller negativt inn i prosessen. Dersom det viser seg at prosessen har lært av tidligere feil, vil denne læringen være unyttig. Særlig vil den være uhensiktsmessig. Det er derfor viktig at en evner å kunne tilegne seg ny kunnskap i etterkant av dette.

Vi lærer best det vi allerede kan (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.345-346). Dersom flere i de samme medvirkningsgruppene har en tydelig forventning om at denne prosessen ikke fungerer, vil disse kunne lære av hverandre, og dermed forsterke egen motstand. At helsepersonell ikke tror organisasjonen har lært av tidligere feil, kan vi derfor også anta at de har erfaring med slike prosesser fra før. Ikke nødvendigvis å bygge og utvikle sykehus, men andre Top-Down styrte endringsprosesser, som eksempelvis sammenslåing av sengeposter. Dette vil derfor kunne påvirke deres deltakelse i dagens endringsprosess, hvor den kognitive læringen sier vi best tar opp informasjon som korrelerer med tidligere erfaringer (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.344-346).

Endringene som var gjort i måten prosessen foregikk på (Sykehusbygg HF, 2020, s.5-6), var ikke godt nok. Etter at flere nye sykehusbygg har blitt bygget, var det ikke før i 2018 det ble satt ned faste evalueringskriterier (Helse Vest RHF, 2018) for alle slike prosesser. Dette er viktig for å kunne utarbeide faste målingspunkt som gir best mulig læringsutbytte, og helsesektoren gjør derfor rett i å standardisere dette (Bastøe, 2020, s.118).

I Sykehusbygg HF (2020) sine 13 læringspunkter står det ingenting om nødvendigheten av tidligere involvering av helsepersonell, eller at prosessen ikke legger til rette for måloppnåelse. Likevel er utarbeidelsen av en slik rapport for organisasjonens egen læring, som er benyttet for å forbedre neste liknende prosess, forenlig med å kalles en lærende organisasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.341). Det viser at det er et ønske om å lære av tidligere erfaringer, og ikke gjenta sine feil.

Prosesen er, som tidligere diskutert, satt opp som en Top-Down styrt endringsprosess. Det er mulig at evalueringsrapporten utelukkende er utført med hensikt til å forbedre denne modellen, istedenfor å se på om den bør endres. Derimot kan det være at dette viser seg å være en god modell – når prosessen er ferdig. Dersom evalueringen viser seg å forbedre både arealdimensjonering og tilrettelegge bedre for pasientbehandling i denne prosessen, vil ikke ønsket til helsepersonell om en Down-Up modell, være nødvendig. Da dette er den første evalueringsrapporten (Sykehusbygg HF, 2020) som er gjennomført, innenfor en standardisert metode, vil det være hensiktsmessig å gjøre flere slike evalueringer, før en totalreviderer dette (Bastøe, 2020).

Da det er flere tidligere sykehusbygg som er underdimensjonert, kan det lures på om organisasjonen har blitt for komfortabel med måten de utfører slike endringsprosesser på. Selv om de endrer sin atferd på grunn av ny kunnskap (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.341) er det ikke en stor endring. Det er den samme Top-Down styrte endringsprosessen, og en kan tenke seg at organisasjonen bør gå igjennom en avlæringsprosess, for å bedre kunne håndtere slike prosesser i fremtiden. Det er kjent at vi liker å gjøre som vi alltid har gjort, som kan forklares av Kurt Lewin sin systematiske modell om motstand mot endring (Dent & Goldberg, 1999). At vi potensielt bytter ut våre øverste ledere hvert 4 år, kan dette bidra til at slike endringsprosesser utføres som de alltid har blitt utført. Det er ikke umiddelbart en god forutsetning for å ha en lærende organisasjon. Kanskje møter organisasjonen seg selv i døren, ved å selv ha en motstand mot endring – endring av valg av prosess.

I litteraturgjennomgangen til Argote & Miron-Spektor (2011) har de gjort funn som tyder på at et heterogent læringsmiljø er det mest stimulerende for organisasjoner. Det kan derfor tenkes at både byråkratene og profesjonene bør delta i senere evalueringer, på like premisser. Her kan det tenkes at de åpent kan evaluere endringsprosessen, og forhåpentligvis gjøre dette bedre for fremtidige sykehusbygg. Funnene mine viser at helsepersonell mener at de ikke blir hørt i slike prosesser. Dersom de visste at helsepersonell tidligere fritt hadde evaluert en liknende prosess, kunne dette muligens bidratt til at profesjonene hadde ytret mindre motstand, og vært mer optimistiske til denne.

Det er viktig å få med seg medarbeiderne i organisasjonen, og deres involvering er viktig for å sikre en god gjennomføring av prosessen (Kotter, 2012, 87-103). Jeg vil derfor i neste delkapittel ta for meg hvordan informantene opplever seg involvert i endringsprosessen.

6.3 På hvilken måte opplever deltakerne seg involvert?

Å være involvert i endringsprosessen oppgir informantene som svært krevende. Det er korte tidsfrister på å gi tilbakemeldinger på referat, og kort tid til å sette seg inn i saksunderlagene. De har fulle jobber ved siden av, og får ikke nødvendigvis satt av ekstra tid i hverdagen til forberedende arbeid til medvirkningsgruppen. Dette fører til at de opplever at de ikke kan gå 100% inn i prosjektet, samtidig som de ikke opplever at det tilrettelegges i nevneverdig grad

for at de skal delta på best mulig grunnlag. Dette gjelder også i forkant av prosjektet, hvor de ikke fikk lest seg opp på all informasjonen om tidligere faser av prosjektet, og underliggende rapporter. Dette var viktig lesning for å kunne sette seg inn i prosjektet på en bedre måte. Involveringen i prosjektet oppleves dermed som svekket.

Steg nr. én i John Kotters anerkjente åtte steg for en vellykket endringsprosess (Kotter, 2012, s.38-52) er blant annet å finne potensielle fremtidige løsninger og muligheter. Steget innebærer også å ha en felles enighet om behovet for en endring, som drøftet i starten av kapittelet. For å finne de fremtidige løsningene og mulighetene som skal løse dagens behov for endring, legger Kotter (2012, s. 53-68) til grunn at medarbeiderne er involverte i prosessen. Dette er steg nr to hvor det må etableres en enhet med vilje til å gjennomføre endringen. Denne studien viser en vilje til å gjennomføre en endring, fordi helsepersonell mener det er høyst nødvendig med nye bygg. Studien viser ikke at det er den iverksatte endringsprosessen som er den endringen helsepersonell ønsker. Helsepersonell mener pasientbehandlingen ikke alltid er optimal i dag, og flere av byggene er falleferdige. Dette kan forklares av både interne og eksterne faktorer (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.384) hvor både bygg og fag spiller en viktig rolle for behovet for endringsprosessen. Muligens kan en mangel på tidlig involvering skyldes en reaktiv handling (By, 2005, s.370), organisasjonen har havnet i utakt med omgivelsene, hvor organisasjonen skulle ha gjennomført denne endringen tidligere. Tidsnød kan derfor ha spilt en viktig rolle i involvering av helsepersonell i oppstartsfasen. I så fall kan vi kanskje ikke si at Kotters første steg er godt gjennomført, som også innebærer at det ikke er gjort en god nok involvering og forankring av deltakerne i forkant av prosjektoppstart. Selv om prosjektorganisasjonen kan mene at helsepersonell har vært involvert i tilstrekkelig grad, er det i denne studien helsepersonells egen opplevelse av involvering som står sentralt, eller mangelen på sådan.

Å utvikle en tydelig strategi og visjon som er godt forankret i organisasjonen, er steg nr.tre. Her må endringsviljen mobiliseres for å kunne nå visjonen(e) – altså mål(ene) som er satt for endringsprosessen (Kotter, 2012, 69-86). Når informantene opplever lite involvering, er det vanskelig å kunne bekrefte at endringsviljen er mobilisert. Selv når mine funn viser at det er en enighet om behov for en endring. Spesielt siden målene for prosjektet oppfattes ulikt. Når den ene parten har mer vekt på kostnadene, effektivitet og bygg (Helse Sør-Øst, 2021,

s.5) enn den andre, er det vanskelig å forankre strategien og visjonen i organisasjonen. Informantene opplever ikke at de involveres i utarbeidelsen av målene eller strategien, noe som vanskeliggjør denne forankringen. Kotter (2012, s.53-68) mener det er enheten – som i dette prosjektet kalles medvirkningsgruppen, som skal gå frem som gode eksempler, og bidra til forankring av disse. Dette vil dermed potensielt ikke skje, noe som igjen kan gi økt opplevelse av motstand for prosjektorganisasjonen.

6.3.1 Er det en forskjell på å være involvert og inkludert?

Informasjonsflyten oppleves som tungvinn og ekskluderende. Helsepersonell opplever ikke tilstrekkelig involvering i prosessen. Viktige avgjørelser tatt utenfor prosjektet, blir ikke delt med deltakerne i medvirkningsgruppene. Dette er informasjon de skal få fra andre steder – fra klinikken og/eller sine ledere. Informasjonen har gått i en lederlinje, og det er ikke alltid det fører til at informasjonen kommer frem. Tidvis kommer informasjonen direkte i medvirkningsgruppen, og det oppleves derfor som vilkårlig hvor informasjon gis. Den oppleves også som ustrukturert. Det at informasjonen er gitt, betyr ikke at den er mottatt. For at informasjonen skal være gitt, må vi vel også kunne si at den må komme til riktig mottaker.

Vi lever i en verden hvor digitale medier gjør det lett å distribuere informasjon. Det er en kommunikasjonsplattform som gir ubegrensede muligheter, kun et tastetrykk unna. Det er derfor viktig å ikke falle for fristelsen til å sende ut for mye informasjon. Kotter`s fjerde steg tar for seg kommunikasjon, og dens viktighet i en endringsprosess. Fallgruvene er flere, og dette gjelder spesielt for informasjonsmengden og valget av plattform (Kotter, 2012, s.88). Kvaliteten på informasjonen, er også av vesentlig betydning her. Studier viser til hvordan effektiv og riktig kommunikasjon kan redusere usikkerhet, og hvordan dette kan henge sammen med mindre motstand i endringsprosesser (Appelbaum et al, 2012). Den fysiske dialogen og kommunikasjonsplattformen er noe som ikke må undervurderes. Det å gi informasjon direkte er den foretrukne plattformen for informasjon i endringsprosesser, når det kommer til involvering (Kotter, 2012, s.87-102). Når helsepersonellet ikke oppfatter å ha mottatt informasjon som er viktig for å kunne medvirke på best mulig grunnlag, gir det ikke en følelse av å være inkludert. Det kan derfor sies å være en forskjell på å involveres og

inkluderes. Et sitat fra en informant bør igjen få belyse dette temaet, fordi dette er så godt beskrivende.

Det virker som det viktigste er...at de har fagfolk på blokken. Som har vært «involvert» det kjennes ikke ut som reell brukermedvirkning [...] det føles ut som at vi står på blokken bare så de kan si at fagmiljøene har vært hørt. De har vært involvert. Men vi er jo ikke hørt (Thomas).

Det kan antas at dette utsagnet illustrerer helsepersonells oppfatning av hva involvering betyr. Det de ønsker å være, er inkludert. De ønsker å få informasjonen de trenger for å kunne gi de beste innspillene, og å være en reell del av prosessen. Informasjon, eventuell mangelen derav, er en bidragsyter til funnet som viser til de dårlige forutsetningene helsepersonell har for å ha en reell deltakelse i en medvirkningsprosess. Dette bidrar til en negativ innstilling hos helsepersonellet, og en kan derfor lure på hvor reell deltakelsen deres egentlig er. I studien til Jakobsen et al (2010) opplever helsepersonell, som ikke er delaktig i prosessen, usikkerhet og å stå utenfor. De mottar ikke tilstrekkelig med informasjon, og opplever at de ikke blir hørt. Disse funnene kan ikke sies å skilles nevneverdig fra mine funn, ettersom helsepersonellet som er delaktige heller ikke opplever seg tilstrekkelig informert eller inkludert.

På den ene siden kan vi se dette som motstand i prosessen, hvor informasjonen ikke oppfattes som tilstrekkelig, eller gitt i det hele tatt (Dent & Goldberg, 1999). Det kan tenkes at det er oppfattelsen av mottatt informasjon som vil avgjøre om helsepersonell mener informasjonen er gitt eller ikke. På den andre siden kan helsepersonellet være negative til prosessen i utgangspunktet, og oppfattelsen av informasjonen som gis vil kanskje aldri bli tilstrekkelig, fordi den informasjon som gis, ikke er den de ønsker å få. Dersom det allerede er en klar forventning til at prosessen er feil, slik som diskusjonen rundt tidligere sykehusbygg og læringsteori, vil muligens helsepersonell ikke ta til seg den informasjonen de får. Den samsvarer ikke med det de allerede vet (Jacobsen & Thorsvik, 2020, s.344-346).

Flere studier Appelbaum et al (2012) viser til i sin artikkel, viser til sammenhengen mellom manglende involvering og manglende informasjon. Sammenhengen styrkes ved å vise til en studie som finner at en god dialog fører til en større følelse av involvering, som igjen gir en

mer positiv innstilling til endringsprosessen (Appelbaum et al, 2012). Hvordan informasjonen som gis blir oppfattet av mottakeren, kan vi derfor si henger mye sammen med hvor i stor grad en opplever seg involvert.

7 Konklusjon og avslutning

For å besvare problemstillingen har jeg utført seks kvalitative dybdeintervjuer. Disse har hatt som hensikt å besvare studiens forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever deltakerne endringsprosessen?
- Hvordan preger organisasjonsutformingen prosessen?
- På hvilken måte opplever deltakerne seg involvert?

Problemstillingen i denne studien er: Hvordan opplever helsepersonell en endringsprosess i offentlig helsesektor?

Studien viser at helsepersonell opplever seg involvert, men ikke inkludert, i en stor endringsprosess. I alle fall ikke i ønsket grad. Den dårlige informasjonsflyten preges av den byråkratiske organisasjonsutviklingen, hvor informasjonen kan gå mange veier. Det er også mange ulike interessenter som trenger ulik informasjon. Dette fører til at helsepersonell ikke mottar den informasjonen de trenger for å representere fagmiljøet på en god nok måte. Dette bidrar til å gi helsepersonell en opplevelse av at deltakelsen ikke er reell.

En god forankring av målene i forkant av en stor endringsprosess viser seg å være vanskelig i offentlig helsesektor. For å mobilisere en endringskraft og vilje, er det viktig med en god forankring. Denne studien viser at helsepersonell jobber mot andre mål enn prosjektorganisasjonen, noe som kan skyldes et ulikt fokus på fag og kostnader. Lojaliteten mot pasientene står sterkt for helsepersonell, og de opplever å gå på kompromiss med seg selv når pasientbehandlingen sees opp mot kostnadseffektivitet. Funnene viser allikevel at helsepersonell opplever sin deltakelse i endringsprosessen som viktig, noe som forklares av en sterk profesjonsmoral. De ønsker å gjøre det de kan, for at pasientbehandlingen skal bli best mulig, innenfor det handlingsrommet de er tildelt.

Et funn i studien som omhandler de økonomiske beregningene, og hvordan disse er styrende for prosjektet, faller ikke i god jord hos helsepersonell. De mener at det er helsepersonell, som har førstehåndskunnskaper om medisinsk behandling, som burde utredet fremtidens sykehus. Et viktig aspekt ved dette funnet, er velferdsstaten vi lever i. Dersom helsepersonell

skulle fått fritt spillerom, kunne dette ført til en enorm regning for samfunnet. Dette kunne ført til blant annet at andre offentlige sektorer måtte kuttet ned i sine tilbud til befolkningen. Det er viktig å ikke bare løfte seg ut fra sin spesialisering som helsepersonell i en slik endringsprosess, men også ut av selve helsesektoren. Offentlige organisasjoner henger sammen, også økonomisk. Det er ikke utømmelig med penger, og våre folkevalgte politikere må gjøre prioriteringer og rettferdige fordelinger. Når målet til prosjektet er «god kvalitet på en kostnadseffektiv måte», bør det klargjøres hva som er god kvalitet.

Funnene i denne studien viser kompleksiteten i det politiske aspektet ved endringsprosesser i offentlig helsesektor. Når endringsprosessen foregår over et tiår, kan politikere spekulere i om en eventuell godkjenning fører til at de ikke blir valgt i neste politiske valg, og dermed utsette beslutningen så lenge de kan. Endringsprosesser som foregår over så lang tid, hvor det ikke er tatt en endelig avgjørelse, oppleves derfor frustrerende. Offentlig helsesektor er organisert med politikerne som øverste ledere. Det er derfor naturlig at dette preger prosessen. I alle fall til en viss grad. Dessverre viser funnene at helsepersonell opplever usynlige beslutningstakere, noe som gir en følelse av «oss mot dem». Det å ikke ha direkte kontakt med beslutningstakerne, oppleves som krevende.

For å oppsummere kan funnene i denne studien bidra til å se hvordan store endringsprosesser oppleves fra et medarbeiderperspektiv i offentlig helsesektor. Selv om helsepersonell ikke kan styre organisasjonsutviklingen og endringsprosessen fritt, viser funnene i denne studien at det er noen ting som kan forbedres slik at fremtidige endringsprosesser kan gjøres bedre. En tydeliggjøring av prosjektmålene er svært viktig for å kunne klare å forankre disse målene, og for å mobilisere en endringsvilje. Selv om endringer er gjort ut ifra tidligere evalueringsrapporter, er det ikke gjort en evaluering av selve prosessmodellen. Når helsepersonell opplever å gå på kompromiss med egne fagkunnskaper, tyder dette funnet på et behov for sterkere involvering og inkludering av helsepersonell i fremtidige endringsprosesser. Dette funnet styrkes også av den tidligere forskningen gjort av Jakobsen et al (2010). Funnene i studien, som undersøkte hvordan helsepersonell som sto utenfor en endringsprosess opplevde det, skiller seg nemlig ikke veldig fra funnene i denne studien selv om helsepersonellet var deltakende i endringsprosessen.

7.1 Avslutning

For å avslutte vil jeg gå tilbake til starten, og se på det i spørsmålsform: Er det noe vits i å gå i fakkeltog, når dette toget går nå? Funnene i denne studien viser at en stor endringsprosess, som planleggingen av nye sykehus er, er kompleks og vanskelig. Den utfordrer profesjonene ved at de opplever å gå på kompromiss med seg selv. De er ikke enige i prosessen som er igangsatt, men de tørr heller ikke å gi opp. Profesjonsmoral står sterkt, og lojaliteten mot pasienten enda sterkere. De opplever en usikkerhet knyttet til det politiske aspektet ved prosessen, noe som kan forklare at helsepersonell fortsatt arrangerer fakkeltog mot endringsprosessen.

Det ene trenger ikke utelukke det andre. Helsepersonell kan være uenig i prosessen og målet, men må også være innforstått med at endringsprosessen faktisk kan bli en realitet. Da er det viktig for helsepersonell å ha gjort det de kan for at det blir best mulig for pasientene, innenfor det handlingsrommet de har fått tildelt.

Oppsummert kan funnene i denne studien støtte oppunder Henry Mintzberg, hvor han kaller den profesjonsbyråkratiske sykehusorganisasjonen for en av de mest komplekse organisasjonsutformingene vi har (Glouberman & Mintzberg, 2001, s.56). Profesjonene jobber ikke etter de samme målene som den byråkratiske delen av organisasjonen, og en kan derfor hevde at organisasjonsutformingen vil vanskeliggjøre en god opplevelse av slike endringsprosesser for helsepersonell.

7.2 Videre forskning

Denne studien kan ikke konkludere på hvorfor forankringen av målene ikke er gjennomført, noe som viser seg å være svært viktig for opplevelsen av deltakelse i endringsprosessen. Hva som har skjedd i forkant av oppstarten, hvor manglende forankring av visjon og mål, er noe som bør utforskes videre. En eksplorerende studie av lederlinjen i sykehus, vil muligens også bidra til å øke kunnskapen, rundt hvordan store organisatoriske endringsprosesser oppleves i offentlige sykehus. En kvantitativ studie for å undersøke utbredelsen av enigheten rundt prosessen som er satt i gang, kan også bidra til økt kunnskap rundt temaet.

Litteraturliste

Aadland, E. & Askeland, H (red). (2017). *Verdibevisst ledelse*. Cappelen Damm Akademiske

Aarseth, W., Rolstadås, A. & Klev, R. (2015). *Lederskap i prosjekter*. Fagbokforlaget

Akershus universitetssykehus (2013, 13.mai). Sak 54/13 Sluttrapport for Nye Ahus

utbyggingen Fase 2. *Styresak Ref: 12/08806*. [http://admininfo.helse-](http://admininfo.helse-sorost.no/styredokumenter_/Ahus/Sak%2054-13%20Sluttrapport%20Nye%20Ahus%20Fase%202.pdf)

[sorost.no/styredokumenter_/Ahus/Sak%2054-](http://admininfo.helse-sorost.no/styredokumenter_/Ahus/Sak%2054-13%20Sluttrapport%20Nye%20Ahus%20Fase%202.pdf)

[13%20Sluttrapport%20Nye%20Ahus%20Fase%202.pdf](http://admininfo.helse-sorost.no/styredokumenter_/Ahus/Sak%2054-13%20Sluttrapport%20Nye%20Ahus%20Fase%202.pdf)

Andersson, T. (2013). Förutsättningar för förbättringsarbete. I Eriksson, N., Holgers, K-M., &

Müllern, T. *Att utveckla vården: erfarenheter av kvalitet, verksamhetsutveckling och*

förbättringsarbete (s.121-142). Studentlitteratur AB

Appelbaum, S H., Habashy, S., Malo, J., Shafiq, H. (2012). Back to the future: revisiting

Kotter's 1996 change model. *The Journal of management development*, 31(8), 764-782. DOI:

10.1108/02621711211253231

Arbeiderpartiet & Senterpartiet (2021, 14.oktober). *Hurdalsplattformen. For en regjering*

utgått fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet 2021-2025. Statsministerens kontor.

[https://www.regjeringen.no/contentassets/cb0adb6c6fee428caa81bd5b339501b0/no/pdfs/](https://www.regjeringen.no/contentassets/cb0adb6c6fee428caa81bd5b339501b0/no/pdfs/hurdalsplattformen.pdf)

[hurdalsplattformen.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/cb0adb6c6fee428caa81bd5b339501b0/no/pdfs/hurdalsplattformen.pdf)

Argote, L. & Miron-Spektor, E. (2011). Organizational learning: From Experience to

Knowledge. *Organizational science*. 22(5). 1123-1137. DOI:10.2307/41303106

Baldwin, A. (1973). Social Learning. *Review of Research in Education*. 1(1) 34-57. Doi:

10.3102/0091732X001001034

Bastøe, P.Ø. (2020). *Fem forutsetninger for gode evalueringer*. Gyldendal

Blindheim, B-T., Klemsdal, L. & Røvik, K.A (red). 2021. *Design av organisasjon*.

Universitetsforlaget

Bozeman, B. (2013, februar). What Organizations Theorists and Public Policy Researchers Can Learn from One Another: Publicness Theory Case-in-Point. *Organizational studies*. 34(2). 169-188. DOI: 10.1177/0170840612473549

Brochmann, G. & Hagelund, A. (2010). *Velferdens grenser*. Universitetsforlaget

Busch, T. Johnsen, E. Klausen, K.K & Vanebo, J.O (red). (2011). *Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser* (3.utg). Universitetsforlaget.

By, R.T. (2005). "Organisational Change Management: a critical review". *Journal of Change Management*, 5(4), 369-380. DOI: 10.1080/14697010500359250

Christensen, T., Egeberg, M., Læg Reid, P., Roness, P.G., & Rørvik, K.A. (2015) *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. (3utg). Universitetsforlaget

Dent, E. B & Goldberg, S. G. (1999). Challenging «Resistance to Change». *The Journal of applied science*, 35(1), 25-41. Doi: 10.1177/0021886399351003

Frich, j. & Lofthus, C.M. (2020). Sykehus skal dimensjoneres riktig. *Aftenposten*. (hentet 05.02.2022). <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/pLovBV/sykehus-skal-dimensjoneres-riktig-jan-frich-og-cathrine-m-lofthus>

Glouberman, s. & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part 1: Differentiation. *Health Care Management Review* 26(1) 56-69.
DOI: 10.1097/00004010-200101000-00006

Gotvassli, K.J, (2021). *Henry Mintzberg om organisasjon, strategi og ledelse*. Cappelen Damm Akademisk

Grimen, H. (2008). Profesjon og profesjonsmoral. I A. Molander & L.I. Terum(red). *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget

Grindheim, J.E., Heidar, K. & Strøm, K.W. (2020). *Norsk politikk*. (2.utg). Universitetsforlaget

Helse Sør-Øst. (2020). *Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes. Sluttrapport*. (HSØ-20/00601). Helse Sør-Øst. <https://helse->

srost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2020/0625/064-2020%20Vedlegg%20-%20Sluttrapport%20-%20-%20Evaluering%20av%20nytt%20%C3%B8stfoldsykehus.pdf

Helse Sør-Øst. (2021, 06.januar). *Prosjektmandat for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Oslo universitetssykehus HF. Forprosjektfasen*. Styresak 2021-06.02: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/styremoter-i-ous/Documents/Styremøter%202021/2021-02-19/Styresak%202021-06-02%20HSØ%20Mandat%20forprosjekt%20Nye%20Aker%20og%20Nye%20Rikshospitalet%2020210219%20-%20Kopi.pdf>

Helse Vest RHF. (2018). *Evaluering av sykehusbyggprosjekter*. <https://sykehusbygg.no/Documents/Kunnskapsdatabasen%20Evaluering/Rapport-Evaluering-sykehusbyggprosjekter.pdf>

Hennestad, B. W & Revang, Ø. (2017) *Endringsledelse og ledelsesendring: fra plan til praksis* (3.utg). Universitetsforlaget

Jacobsen, D. I. (2021). *Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (3.utg). Cappelen Damm Akademisk

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2020). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5.utg). Fagbokforlaget

Jakobsen, R., Sørлие, V., Guttormsen, T.& Finstad, H.H. (2010). Å stå utenfor i endringsprosesser på egen arbeidsplass. *Vård i Norden* 10(3). 9-13. Doi: 10.1177/010740831003000303

Karlsen, J.T & Gottschalk, P. (2008). *Prosjektledelse – fra initiering til gevinstrealisering* (2.utg). Universitetsforlaget

Kotter, J. (2012). *Leading Change*. Harvard business review press

Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke* (2.utg). Gyldendal Akademisk

Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS

Lindgren, L. & Örn, P. (2019). *Om politiskt ledarskap: att brinna för ditt uppdrag*. Sveriges kommuner och regioner

Lowe, G., Plummer, V. & Boyd, L. (2018). Nurse practitioner integration: qualitative experiences of the change management process. *Journal of nursing management*, 2018-11, 26(8), 992-1001. England: Wiley Subscription Services, Inc DOI: 10.1111/jonm.12624

Malterud, K. (2017). *kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg). Universitetsforlaget

Mehboob, F., & Othman, N. (2020). Examining the Links Leading to Behavioral Support for Change: An Expectancy Theory Perspective. *International Journal of Social Sciences and Economic Review*, 2(4), 1-8. doi:10.36923/ijsser.v2i4.78

Mintzberg, H. (2017). *Managing the Myths of Health Care: bridging the separations between care, cure, control and community*. Berrett-Koehler Publishers, Inc

Mintzberg, H. (2010). *Mintzberg om ledelse*. L&R Business

Oslo universitetssykehus. (2021. Februar). *Medvirkning i forprosjektet – en manual*.

<https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Utbygging-på-Radiumhospitalet/Documents/Manual%20medvirkningsprosess.pdf>

Oslo universitetssykehus (2022, 06.januar). *Dokumenter tilknyttet medvirkning i forprosjekt*

Nye Aker og Nye Rikshospitalet. <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/nye-oslo-universitetssykehus/dokumenter-tilknyttet-medvirkning-i-forprosjekt-nye-aker-og-nye-rikshospitalet>

Parijat, P. & Bagga, s. (2014). Victor Vroom's Expectancy Theory of Motivation – An Evaluation. *International Research Journal of Business and Management*. 7(9), 1-8.

<http://irjbm.org/irjbm2013/Sep2014/Paper1.pdf>

Rasborg, K. (2013). Sosialkonstruktivismen i klassisk og moderne sociologi. I L. Fuglesang, P. B. Olsen & K. Rasborg (Red.), *Vitenskapsteori i samfunnsvitenskapene*. 3. utg. (s. 403-438; 35.s). Samfundslitteratur

Ringard, Å., Sagan, A. Saunes, I.S. & Lindahl, A.K.. (2013). *Det norske helsesystemet 2013*. Kunnskapssenteret. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/hit-det-norske-helsesystemet-2013>.

Rolstadås, A., Johansen, A., Olsson N. & Langlo, J.A. (2020). *Praktisk prosjektledelse. Fra ide til gevinst*. (2.utg). Fagbokforlaget

Strand, T. (2007) *Ledelse, organisasjon og kultur* (2.utg). Vigmostad & Bjørke AS

Sykehusbygg HF, (2020). *Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes*.
[https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Hovedrapport %20Evaluering%20av%20nytt %20%C3%B8stfoldsykehus.pdf](https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Hovedrapport_%20Evaluering%20av%20nytt%20%C3%B8stfoldsykehus.pdf)

Thagaard, T. (2013) *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder*. (4.utg). Fagbokforlaget

Thomassen, M. (2017). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal Akademisk

Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser: den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Akribe

Vroom, V. (1964). *Work and motivation*. John Wiley & Sons, Inc.

Vedlegg I

Intervjuguide:

1. Hva slags yrkestittel har du?
2. Når hørte du første gang om planene rundt Nye Oslo Universitetssykehus?
3. Hvordan opplever du din deltakelse i det foregående arbeidet i prosjektplanleggingen? Hvordan ble du informert/inkludert underveis?
4. Hvor lenge har du sittet i en medvirkningsgruppe?
5. Hvordan ser du på behovet for nye sykehusbygg?
6. Synes du det er viktig med nye sykehusbygg? I så fall, hvorfor?
7. På hvilke måter har du fått informasjon om målene til prosjektet?
8. Med hvilke ord vil du beskrive samarbeidet i medvirkningsgruppen er mellom fagpersonene og prosjektorganisasjonen? Kan du utdype?
9. Hvilke milepæler/delmål mener du frem til nå har vært viktige?
10. Hvordan opplever du din deltakelse i nåværende prosess?
11. Hvordan opplever du at dine innspill til prosjektet blir tatt til følge/ivaretatt?
12. Hva gjør at du ønsker å aktivt delta i denne prosessen?

Vedlegg II

Meldeskjema / Opplevd deltakelse i endringsprosess / Vurdering

Vurdering

Skriv ut

Referansenummer

309185

Prosjekttittel

Opplevd deltakelse i endringsprosess

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høgskole / Fakultet for sosialfag / Fakultet for sosialfag Oslo

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Thomas Andersson, thomas.andersson@his.se, tlf. 41557131

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Helene Kittilsen, helenekittilsen@gmail.com, tlf. 41557131

Prosjektperiode

15.11.2021 - 16.06.2022

Vurdering (2)

11.04.2022 - Vurdert

Personverntjenester har vurdert endringen registrert i meldeskjemaet.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg. Behandlingen kan fortsette.

Endringen innebærer en forlengelse av prosjektperioden fra 2.5.22 til 16.6.22.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson: Lisa Lie Bjordal

Lykke til videre med prosjektet!

22.11.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 22.11.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet. Om prosjektansvarlig ikke svarer på invitasjonen innen en uke må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 2.5.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

lovlighet, retferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lenger enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. For du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg III

Hei Helene,

Det er selvsagt godkjent. Spennende prosjekt, som jeg gleder meg til å høre mer om.

Med hilsen



ikke sensitiv informasjon

Fra: Helene Kittilsen <helkit@ous-hf.no>

Sendt: 22. november 2021 13:20

Til: [Redacted]

Emne: Tillatelse til å spørre om intervju til masteroppgave

Hei! Mitt navn er Helene Kittilsen, og jeg tar en mastergrad i Verdbasert ledelse, på VID vitenskapelige høyskole i Oslo.

Jeg er i tillegg klinikkontakt i 50% stilling i KIT i Oslo Universitetssykehus. Jeg vil ikke intervju personer fra egen klinikk.

Jeg skal skrive masteroppgave om «Prosjektdeltakeres opplevelse av endringsprosesser i helsesektoren», og ønsker derfor å intervju 5-7 deltakere i medvirkningsgrupper i «Nye OUS».

I den forbindelse spør jeg deg som HR-leder om tillatelse til dette, og hjelp til å distribuere til medvirkningsgruppedeltakerne i din klinikk. Eventuelt, om jeg sender forespørselen etter godkjenning fra deg til klinikkontakten deres, som har oppdatert deltakerliste.

Min intervjuguide og forskningsoppgave er godkjent i NSD, og jeg legger ved informasjonsskrivet her. Hvis du ønsker kan jeg også sende intervjuguiden ☺

Si ifra om du trenger ytterligere info.

Mvh Helene Kittilsen

Tlf: 415 57 131

Vedlegg IV



man. 22.11.2021 14:25

Helene Kittilsen

Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt

Til



Til representanter i medvirkningsgrupper i Nye Oslo Universitetssykehus.

Du får denne mailen fordi du er deltaker i en medvirkningsgruppe i Nye Oslo Universitetssykehus.

Mitt navn er Helene Kittilsen, og jeg ønsker å se på hvordan «prosjektdeltakere i helsesektoren opplever en endringsprosess». Bakgrunnen for dette temaet er at det foreløpig finnes lite forskning for hvordan prosjektdeltakere i helsesektoren opplever en endringsprosess. Det er derimot mye forskning og teori på hvordan prosjekter skal gjennomføres fra ledelsen.

Dette er en masteroppgave i regi av VID vitenskapelige høyskole.

Jeg trenger derfor mellom 5-7 personer som kunne tenkt seg å bli intervjuet, ca 45-60 minutter. Dette er individuelle intervjuer.

Du er aktuell som kandidat dersom du oppfyller alle disse kriteriene:

- Har minimum 8 års fartstid i yrket
- Er en fagperson i klinisk arbeid
- Har deltatt i prosjektet i minimum 6mnd

Vedlagt ligger informasjon, og samtykkeskjema.

Dersom du er interessert i å delta, kan du ta direkte kontakt med forskeren på helenekittilsen@gmail.com. Da vil heller ikke klinikkontakten i din klinikk vite at nettopp du deltar.

Til info: Jeg er ansatt i en 50% stilling som klinikkontakt, i KIT (kirurgi, inflammasjon og transplantasjon). Jeg vil ikke intervjuere deltakere fra egen klinikk.

Det er også viktig for meg å presisere at alt som blir sagt i intervjuet vil aldri kunne bli knyttet opp til deg som person, og jeg har full taushetsplikt i dette arbeidet.

Håper du ønsker å delta! ☺

Mvh Helene Kittilsen

Vedlegg V

Vil du delta i forskningsprosjektet "Endringsprosesser i helsesektoren"?

Hei! Har du lyst å være med i et forskningsprosjekt? Vi ønsker å finne ut av hvordan deltakere i helsesektoren opplever endringsprosesser.

Formål

I dette prosjektet vil vi finne ut hvordan deltakere opplever endringsprosessen? Og på hvilken måte opplever deltakeren seg involvert?

Vi har lyst å snakke med 5-7 deltakere. Vi håper du vil være med!

Vi vil for eksempel stille deg spørsmål som:

-På hvilke måter har du fått informasjon om det foregående arbeidet i prosjektplanleggingen?

-Hvordan opplever du din deltakelse i nåværende prosess?

Dette prosjektet er et forskningsprosjekt fra masterutdanning ved VID vitenskapelige høyskole, Oslo.

Hvem leder forskningsprosjektet?

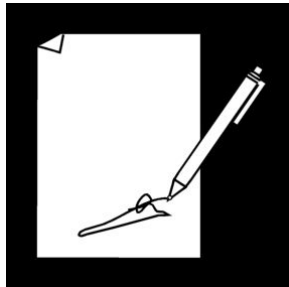
Forskeren heter Helene Kittilsen

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi spør deg om å være med, fordi du er deltaker i en medvirkningsgruppe i Nye Oslo Universitetssykehus.

Vi vet enda ikke hvem du er eller hva du heter, men din kontaktperson i klinikken gir deg dette brevet fra oss.

Hvis du har lyst å være med i forskningsprosjektet, må du skrive under på siste ark i dette brevet, og da vil vi ta kontakt med deg.



Hvis du ikke har lyst å være med, tar vi ikke kontakt med deg.

Hva betyr det for deg å delta?

Hvis du har lyst å delta i forskningsprosjektet, vil vi ha et intervju med deg. Et intervju er en samtale der vi stiller deg forskjellige spørsmål. Spørsmålene vil handle om din opplevelse av å være deltaker i en endringsprosess.



Forskeren vil være med under intervjuet, og det vil gjøres lydopptak av intervjuet.

Intervjuet vil ta ca. 45-60 minutter.



Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det betyr at du kan velge selv om du har lyst å være med eller ikke. Ingen andre kan velge dette for deg. Det er bare du som kan samtykke. Samtykke betyr at du sier at du synes noe er greit.



Hvis du vil delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Det betyr at det er lov å ombestemme seg, og det er helt i orden. All informasjon om deg vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller om du først sier «ja» og så «nei». Ingen vil bli sur eller lei seg, og det vil ikke ha noe å si for jobben din.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke informasjonen om deg til å finne ut hvor lenge du har arbeidet i nåværende stilling, og hvor lenge du har deltatt i medvirkningsprosessen.

Vi vil ikke dele din informasjon med andre. Det er bare Helene Kittilsen som har tilgang til informasjonen.

Vi passer på at ingen kan få tak i informasjonen som vi samler inn om deg.

Vi lagrer all informasjon på en sikker datamaskin.

Vi sletter lydopptak fra intervjuet når vi har skrevet ned alt som vi har snakket om.

Vi passer på at ingen kan kjenne deg igjen når vi skriver forskningsartikler. Vi vil for eksempel finne opp et annet navn når vi skriver om deg.

Vi følger loven om personvern.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Vi er ferdig med forskningsprosjektet 02.05.2022.

Da vil vi passe på at all informasjon om deg er slettet.

Dine rettigheter

Hvis det kommer frem opplysninger om deg i det som vi skriver, eller har i dokumentene våre, har du rett til å få se hvilken informasjon om deg som vi samler inn. Du kan også be om at informasjonen slettes slik at den ikke finnes lenger. Det som det er noen opplysninger som er feil kan du si ifra og be forskeren rette dem. Du kan også spørre om å få en kopi av få informasjonen av oss. Du kan også klage til Datatilsynet dersom du synes at vi har behandlet opplysningene om deg på en uforsiktig måte eller på en måte som ikke er riktig.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler informasjon om deg bare hvis du sier at det er greit og du skriver under på samtykkeskjemaet.

Hvor kan jeg finne ut mer?



Hvis du har spørsmål om studien, kan du ta kontakt med Helene Kittilsen, 41557131.

Norsk senter for forskningsdata (NSD) har sagt at det er greit at vi gjør dette forskningsprosjektet.

Hvis du lurer på hvorfor NSD har bestemt dette, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen
Helene Kittilsen
Mastergradsstudent VID

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Endringsprosesser i helsesektoren* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)