

ATM

Autonomy, Transparency and Management

Reform dynamics in health care: a comparative research program

Anita M. K. Vikingstad

Foretaksreformen – Katalysator, destabilisator og diktator

- En studie av strukturendringer i et lokalt foretak før og etter foretaksreformen

ATM – Skriftserie
Nr. 17- 2008

Autonomi, Transparens og Management (ATM) Et forskningsprosjekt omkring ledelse og organisering i helsetjenestene

Ansvar for sykehusene i Norge ble fra og med 1. januar 2002 overført fra fylkene til staten. Fem regionale helseforetak ble etablert. I tillegg er det gjennomført reformer som omfatter alt fra pasientrettigheter til finansieringsordninger til enhetlig ledelse. Formålet med ATM-prosjektet ved Rokkansenteret er å studere slike reformer og endringsprosesser i den norske helsesektoren. I studiet av de aktuelle reformene brukes de tre begrepene Autonomi, Transparens og Management.

Med AUTONOMI siktes det til ambisjonen om å etablere autonome organisasjonsenheter og resultatenheter på lavere nivå, samtidig som man sentraliserer eierskapet til stater og regioner. TRANSPARENS; her siktes det til ambisjoner om å redusere kostnader og bidra til pasientens frie valg gjennom tiltak for økt grad av gjennomsiktighet og innsyn i ressursbruk og kvalitet. Den tredje typen reformambisjoner dreier seg om å innføre MANAGEMENT – det vil si at det skal utvikles en mest mulig profesjonell og entydig lederrolle på alle nivåer i helsevesenet. Samlet sett bidrar disse reformambisjonene til et sterkt press for omstilling, samtidig som konsekvensene på det praktiske planet er tildels motstridende og uoversiktlige.

I prosjektet gjøres det analyser av ulike former for organisasjon og ledelse, blant annet med hensyn til mulige konsekvenser for effektivitet, kvalitet og legitimitet i helsetjenestene. Det gjøres sammenligninger med Sverige og Danmark med sikte på å oppnå bedre forståelse for de aktuelle endringsprosessene. Det praktiske siktemålet med prosjektet er å utvikle forskningsbasert kunnskap omkring helsevesenets struktur og historie, bidra til å forstå aktuelle endringsprosesser og hvordan reformer ”virker” i praksis. Det er også et mål å bidra til kompetanseutvikling innenfor organisasjon og ledelse i helsevesenet, slik at helseinstitusjonene kan forbedre tjenesteytingen og kommunikasjonen mellom foretakene og befolkningen.

I prosjektet har det vært utviklet forskningsgrupper, nettverk og forskningsseminar der både praktikere, forskere og studenter har deltatt. Formidling av resultater fra forskningen skjer fortløpende på nettsidene til prosjektet (Se <http://www.polis.no>). Der formidles også resultater fra internasjonale forskningsseminarer og prosjekter der forskerne på ATM-prosjektet inngår, samt at det orienteres om åpne forskningsseminarer, formidlingsseminar og nettverksseminar.

Haldor Byrkjeflot
Prosjektleder

Forord

Denne masteroppgaven er blitt skrevet som en del av prosjektet ”Autonomi, Transparens og Management – reformdynamikker i helsevesenet” (ATM-prosjektet). Ved prosjektleder Haldor Byrkjeflot vil jeg takke for kontor plass på Rokkansenteret, stipend, og et godt faglig miljø og støtte.

Etter en lang ferd er jeg endelig ved veis ende av denne reisen det å skrive en masteroppgave må kunne kalles. Det har vært en spennende, skremmende, givende, frustrerende, men mest av alt en lærerik prosess å komme fram til det dokumentet leseren sitter i hende med i dag. Jeg vil rette en stor takk til min veileder Ivar Bleiklie, og biveileder Haldor Byrkjeflot, for konstruktiv kritikk og tilbakemelding.

Denne oppgaven hadde ikke vært mulig uten den hjelp og velvillighet informantene i Helse Fonna har vist meg i denne prosessen. Jeg har følt meg privilegert over at lederne i dette foretaket har investert mye tid i prosjektet til en enkel student og latt meg få et innblikk i deres verden. En stor takk til dere!

Studentene har spilt en viktig rolle for meg i oppgaveperioden. Takk til Siri for god konsulentvirksomhet, og alle mine forhenværende og nåværende kontorkamerater, ingen nevnt, ingen glemt. Til mine faste følgesvenner Borgny og Merethe, dere er to kloke og positive jenter!

Det var en tid i livet jeg så på det å ta høyere utdanning som en umulig drøm, men som jeg takket være et menneske har fått oppfylt. Uten deg, Morten, hadde denne oppgaven aldri blitt påbegynt eller avsluttet. Din tålmodighet og selvpoffrelse har vært ubeskrivelig. Tusen takk! Dine dager som alenepappa er nå over. En stor takk fortjener også mine foreldre og svigerfar for at dere ubetinget har stilt opp for Morten og jeg, slik at pendlerkabalen kunne gå opp.

Og så Lille Dina. Du er en solstråle som har lyst for meg mens jeg har vært borte, og ikke minst en liten tordensky som har klarnet luften for alt uviktig. Ailulu!

Anita M. K. Vikingstad

Bergen, mars 2006

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.2 Oppgavens tema og problemstilling.....	5
1.3 Endrede vilkår for spesialisthelsetjenesten	6
1.4 Generelt om Helse Fonna.....	7
1.5 Oppgavens avgrensinger	8
1.6 Teoretisk utgangspunkt	9
1.7 Valg av tema.....	10
1.8 Oppgavens struktur.....	10
2.0 Teoretisk innfallsvinkel	12
2.1 Kultur og struktur i spesialisthelsetjenesten	12
2.2 Motstand og konflikt i endringsprosesser.....	14
2.3 Organisasjoner som redskap – et instrumentelt perspektiv	15
2.3.1 Helse Fonna og det instrumentelle perspektivet – forventede funn.....	18
2.4 Organisasjoner som koalisjoner - Interessehevdingsperspektivet.....	19
2.4.1 Helse Fonna og interessehevdingsperspektivet – forventede funn.....	20
2.5 Organisasjoner som institusjoner – et institusjonelt perspektiv	21
2.5.2 Helse Fonna og det institusjonelle perspektivet – forventede funn.....	24
2.6 Oppsummering forventede funn	25
3.0 Metode	27
3.1 Kvalitativ metode	27
3.2 Casestudie	28
3.3 Datagrunnlag	29
3.3.1 Dokumenter	30
3.3.2 Intervju	31
3.4 Vurdering av studiens datagrunnlag	33
4.0 Starten på et samarbeid	36
4.1 HOS-samarbeidet påbegynnes	36
4.2 Samarbeidet begynner.....	38
4.3 Analytiske betraktninger.....	42
5.0 Opprettelsen og utviklingen av Helse Fonna	47
5.1 Navnestriden	48
5.2 Overgangsfasen med konsernledelse.....	49
5.3 Foretakets videre planer - Mål- og strategiplanen fra 2002.....	51
5.4 Sykehusenes tilpasninger til den gjennomgående klinikkstrukturen	54
5.5 Integrering av sykehusenes IT-systemer	57
5.6 Funksjonsfordeling i foretaket - Helse Fonna og Helse Vest.....	58
5.6.1 Helse Vests arbeid med funksjonsfordelingen	58
5.6.2 Helse Fonnas administrasjons forslag til funksjonsfordeling.....	59
5.6.3 Strategier på kollisjonskurs	60
5.7 Analytiske betraktninger.....	64
5.7.1 Helse Fonnas opprettelse	64
5.7.2 Strategier, verktøy og funksjonsfordeling	68
6.0 Den nye strukturen settes ut i livet	74

6.1 Jakten på klinikkdirektører og oppbygging av klinikkene.....	74
6.2 Rotasjon av personale	79
6.3 Funksjonsstrukturen i praksis.....	80
6.4 Foretakets nye samarbeidskonstellasjoner.....	82
6.5. Analytiske betraktninger.....	86
7.0 Analytiske betraktninger	93
7.1 Strukturendringene i et instrumentelt perspektiv	93
7.2 Strukturendringene i et interessehevingsperspektiv	94
7.3 Strukturendringene i et institusjonelt perspektiv	96
7.4 Perspektivenes rolle i studien.....	98
7.5 Studiens funn	99
7.5.1 En diskusjon av foretaksreformens rolle.....	100
7.6 Veien videre for forskningen.....	103
7.7 Veien videre for Helse Fonna.....	105
Litteraturliste.....	107
Vedlegg	113

1.0 Innledning

1. Januar 2002 overtok den norske stat eierskapet av alle offentlige sykehus og annen spesialisthelsetjeneste (Vareide: 2002), som en følge av vedtaket om Helseforetaksloven av 2001. Foretaksreformen, som Helseforetaksloven dannet det rettslige grunnlaget for, bestod av to hovedelementer. Første element var den statlige overtakelsen av virksomhetene i spesialisthelsetjenesten, hvor ansvaret overføres til sentralforvaltningen fra fylkeskommunene. Andre element bestod av en foretaksorganisering av virksomhetene. Det ble etablert fem regionale helseforetak på basis av fem tidligere helseregioner; Helse Øst, Helse Sør, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord-Norge. De nye regionale foretakene er eid av staten, men har status som egne rettssubjekter. Disse fikk eierskapet over lokale helseforetak, som også skulle stå på egne juridiske ben.

Gjennom vedtaket av foretaksreformen ønsket man i større grad å ansvarliggjøre de enkelte helseregioner og sykehus for sine driftsresultat. Reformens hensikt ble uttalt å være ”å utgjøre en helhetlig organisasjons- og ansvarsreform med vekt på å skape klarere ansvars- og rollefordeling og at det på denne måten skal legges bedre til rette for både for politisk styring og for virksomhetenes produksjon av helsetjenester” (Ot.prp. 66: 10). Man ønsket altså å gi foretakene den diskresjon nødvendig for å tilfredsstille brukernes forventninger og krav, samtidig som man også ønsket klarere ansvarsforhold for leveransen av de ulike helsetjenestene (ibid). Reformen appellerer dermed til foretakenes entreprenørskap og kreativitet for å utnytte muligheter for å bedre effektiviteten og kvaliteten ved sykehusenes tjenesteproduksjon.

1.2 Oppgavens tema og problemstilling

Regionalhelseforetaket Helse Vest-Norge RHF (Helse Vest) opprettet fem underliggende foretak; Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Bergen, Helse Førde samt Apotekene Vest. Inndelingene var basert på naturlige sammenknytninger av sykehus, geografisk eller som følge av tidligere samarbeid mellom sykehus. I Helse Fonna ble de daværende sykehusene Haugesund fylkessjukehus, Stord fylkessjukehus, Odda fylkessjukehus og Valen psykiatriske sjukehus innlemmet. Bakgrunnen for at de somatiske sykehusene ble samlet i dette foretaket lå i et tidligere samarbeidsprosjekt mellom sykehusene kalt HOS-prosjektet.

Sykehusene i Helse Fonna hadde allerede etablert kontakt hvor man samarbeidet om å samordne arbeidet på sykehusene gjennom HOS-prosjektet. Da foretaksreformen var et faktum ble samarbeidet endret til en formell organisasjonsstruktur gjennom opprettelsen av det lokale

foretaket, Helse Fonna. Etter foretaksorganiseringen fortsatte man i samme spor som man hadde gjort under HOS-prosjektet, men møtte allikevel mye større utfordringer enn før reformen. Det kan derfor være naturlig å spørre hvorfor ble samarbeidet mellom sykehusene så vanskelig etter foretaksreformen? Dette leder fram til følgende problemstilling:

Hvilke argumenter ble brukt for strukturendringer i HOS-prosjektet og etter opprettelsen av Helse Fonna og hvilket grunnlag for konflikt ble skapt av endringene? Hvilken rolle spilte foretaksreformen i endringsprosessen?

Oppgavens formål er å beskrive og forklare endringer som er blitt gjort i helseforetaks strukturer før og etter at foretaksreformen trådte i kraft. For det første vil det bli belyst hva disse strukturelle endringene innebærer. Deretter søkes det en forklaring på hvordan man begrunner disse strukturelle endringene. Samtidig vil det også bli belyst hvordan disse strukturendringene forstås og om disse skaper grunnlag for konflikter i organisasjonen så vel som i dens omgivelser. Er endringene uproblematiske og godtatt, eller møter endringene motstand? Hvordan kan man så forstå og forklare denne motstanden? Spiller interne og eksterne aktører inn på endringene og konfliktene som foretaket går gjennom? Gjennom studiet av de endringsprosessene som Stord, Odda og Haugesund Sjukehus har vært gjennom og å se på hvordan foretaksreformen har spilt inn på disse prosessene kan man si noe om hva som skjer når en pågående endringsprosess møter en annen. Dette gir en mer overordnet problemstilling for oppgaven;

Hvordan blir pågående endringsprosesser påvirket av eksternt påførte endringsprosesser?

1.3 Endrede vilkår for spesialisthelsetjenesten

Gjennom Foretaksreformen ble vilkårene for drift endret for spesialisthelsetjenesten. Etter en relativt kort politisk prosess fikk Stoltenberg-regjeringen Lov om helseforetak vedtatt den 6. juni 2001, med hjelp av et ”*nølede Høyre og et entusiastisk FrP*” (Herfindal: 2004). Gjennom denne loven overlot fylkeskommunene ansvaret for den offentlige sykehusdriften til staten, samtidig som sykehusene ble skilt fra forvaltningen gjennom opprettelse av helseforetakene. Utgiftene til de somatiske sykehusene hadde økt betraktelig de siste årene, samtidig som det var stor vekst i pasientbehandlingen. Ventelistene for behandling var allikevel ikke blitt kortere. I følge myndighetene kunne ”*disse forholdene langt på vei betraktes som et uttrykk for at vi har organisatoriske og styringsmessige problemer i helsevesenet*” (Ot.prp. 66 2000-2001: 12). Det var en etablert oppfatning i det politiske miljø at helsevesenet var inne i en krisesituasjon som måtte endres.

Reformen skulle sørge for bedre helsetjenester både når det gjaldt tilgjengelighet, kvalitet og omsorg, sett fra pasientens ståsted (ibid.: 9). Samtidig har man en ambisjon om å få en mer effektiv tjenesteleveranse ut fra de til enhver tid tilgjengelige ressursene; ”*et best mulig helsetilbud avhenger bl.a. av god organisasjon og ledelse, rasjonell arbeidsdeling og effektiv utnyttelse av kunnskap og kapital*” (ibid.: 11) Ved å samle eierskapet på en hånd, samtidig som man skulle myndiggjøre produsentene av disse tjenestene gjennom opprettelsen av foretak som selvstendige rettssubjekter, mente man å ha funnet løsningen på reformens målsettinger. Løsningen lå i å klargjøre ansvarsforholdene og tydeliggjøre rollefordelingen i helsevesenet, noe som ville legge ”*bedre til rette både for politisk styring og for virksomhetenes produksjon av helsetjenester*” (ibid.: 10). Reformen brakte derfor på bane helt nye styringslinjer og organisering i det norske helsevesenet.

I helseforetakenes status som egne rettssubjekter lå et ansvar som arbeidsgiver og for sitt eget budsjett. Dette så man på som nødvendig for at sykehusene skulle kunne foreta den driftsmessige effektiviseringen man forutsatte i reformen. Ansvaret for sykehusenes økonomiske og personalressurser ble dermed overført til det enkelte foretaket, men med den begrensning at foretakene ikke kunne gå konkurs. Foretaksledelsen måtte få et helhetlig ansvar for den daglige driften og stilles friere til å kunne velge organisatorisk struktur for å realisere den forventede effektiviseringen.

For å styre foretakene ble det utnevnt styrer og disse skulle være utnevnt uavhengig av politisk tilhørighet eller geografisk bakgrunn og uten bindinger til eksterne parter, såkalte profesjonelle styrer. Dette skulle hindre at vedtak ble gjort på bakgrunn av enkeltinteresser, men heller bli vedtatt på basis av foretakreformens formål. Det ble dermed interessant å dra inn personer med styreerfaring fra andre sektorer enn den offentlige (Herfindal: 2004; Hegrenes: 2005: 44).

1.4 Generelt om Helse Fonna

Helse Fonnas dekningsområde har et folketall på 163 000 innbyggere, og strekker seg over fylkesgrensene mellom Rogaland og Hordaland fylkeskommune. Fire sykehus er underlagt foretaket; Haugesund sjukehus, Stord sjukehus, Odda sjukehus og Valen psykiatriske sjukehus. Til sammen er det rundt 2900 ansatte i foretaket¹. Foretakets ledelse har sitt hovedkontor på Haugesund sjukehus som er det største sykehuset, og tjener rundt 90 000 innbyggere og har 268 sengeplasser. De har tilbud innen alle kliniske spesialiteter, i tillegg til at sykehuset har en

¹ <http://www.helse-vest.no/sw7781.asp>

underavdeling i Sauda. Forut for foretaksorganiseringen var sykehuset underlagt Rogaland fylkeskommune og var tilknyttet Sentralsykehuset i Stavanger.

Stord sjukehus er et somatisk sykehus lokalisert på øya Stord i Hordaland fylkeskommune, og er det nest største sykehuset i foretaket. Sykehusets naturlige dekningsområde er kommunene Fitjar, Bømlo, Tysnes og Kvinnherad og kommunen Stord, og til sammen har disse et samlet folketall på 46 000. Siden 1959 har Stord vært fylkessjukehus, med tilknytning til Haukeland Universitetssjukehus. Det minste somatiske sykehuset i foretaket er Odda sjukehus. I likhet med Stord sjukehus har også dette sykehuset vært fylkessjukehus i Hordaland og har dermed også vært tilknyttet Haukeland Universitetssjukehus. Sykehuset er lokalisert i Odda, som regnes som regionssentrum i Indre-Hardanger, og har kommunene Odda, Ullensvang, Eidfjord og Jondal som hovedsakelig nedslagfelt. Dette utgjør et folketall på 14 000.

Valen sjukehus er et rent psykiatrisk sykehus med 110 sengeplasser lokalisert i Kvinnherad kommune som også befinner seg i Hordaland Fylkeskommune. Sykehuset har et allmennpsykiatrisk tilbud til voksne i Sunnhordland og Hardanger, som til sammen utgjør 85 000 innbyggere. I tillegg har sykehuset tilbud til pasienter fra midt-Hordaland som har behov for langtidsbehandling². Sykehuset har vært i drift siden 1910. Foretaket har også fire distriktpsikiatriske sentre. Disse er Aksdal psyk. senter, Bjødneteigen psyk. senter, Stølen psyk. senter og Bygnes psyk. senter. Foretakets rehabiliteringstjeneste for barn og voksne er lokalisert ved Haugesund og Stord sjukehus³.

1.5 Oppgavens avgrensinger

Oppgaven legger opp til å kartlegge og forstå organisasjonens interne forståelse av strukturendringene. Ideelt sett skulle man gått inn i organisasjonens ulike nivåer i hver enhet for å et fullstendig bilde av hvordan man oppfatter, forstår og tolker slike endringer. Med de begrensninger som er lagt når det gjelder oppgavens omfang, ressurstilgjengelighet og ikke minst tidsbegrensning, er en slik studie ikke mulig. Det har derfor vært nødvendig å avgrense studiens omfang, deriblant tidsperioden. Den empiriske framstillingen begynner ved starten på HOS-prosjektet i 1996 og går fram til sommeren i 2004, da den gjennomgående klinikkstrukturen hadde vært i drift i rundt et halvt år. Empirien er delt inn i tidsmessige faser slik blant annet Löwstedt et al. (2003) og Denis et al. (2001) har gjort i sine studier. De enkelte fasene bestemmes av endring i prosessens karakter og ved milepæler i prosessen. Gjennom inndelingen av dataene i

² <http://www.hordaland-f.kommune.no/valen/informas1.htm>

³ <http://www.helse-vest.no/sw1190.asp>

faser kan man utforske hvordan hendelser i en fase får effekter på hendelser i den neste fasen (Denis et al. 2001).

Helse Fonna har også et psykiatrisk tilbud, og et av sykehusene er et rent psykiatrisk sykehus. Denne oppgaven vil ta utgangspunkt i det somatiske tilbudet i foretaket og de somatiske sykehusene. Forhold som berører Valen psykiatriske sjukehus og det psykiatriske tilbudet vil derfor ikke bli tatt opp. Oppgaven er også begrenset i det hensende at intervjuer er kun blitt gjort på et toppledernivået i foretaket. De enkelte somatiske sykehusene blir dermed representert gjennom disse informantenes framstilling. Dette vil være en svakhet ved oppgavens konklusjoner, men er gjort med hensyn til tids- og ressurstilgangen for oppgaven.

1.6 Teoretisk utgangspunkt

Oppgaven har tre ulike teoretiske perspektiver som utgangspunkt. Det første perspektivet er det instrumentelle, som vektlegger organisasjoner som verktøy for å oppnå klare og definerte målsettinger. I dette perspektivet sees det en klar sammenheng mellom de midlene man bruker og det man oppnår. Organisasjonens ledelse er de som vedtar hva organisasjonen skal utføre, og organisasjonen implementerer disse vedtakene. I dette perspektivet vil foretakets offisielle handlingsplaner bli beskrevet og vektlagt.

Det andre perspektivet som brukes er et interessehevdingsperspektiv. Dette perspektivet har som utgangspunkt at aktører har ulike interesser og mål, og at ressursene som kan benyttes for å oppnå disse målene er ujevnt fordelt blant aktørene. Handlingslogikken er instrumentell, og endringer blir sett på som resultater av konflikt og kompromisser mellom aktørene og koalisjoner av aktører, hvor resultatet er avhengig av de ulike ressursene aktører kan bringe inn i forhandlingene (Roness: 1997). Gjennom interessehevdingsperspektivet vil man kunne få beskrevet den maktkampen og tautrekkingen kan oppleves oppleve i kjølvannet av sykehusreformen og dens ansvars- og rolleforskyvninger.

Det siste perspektivet som blir brukt i de analytiske betraktningene i oppgaven er det institusjonelle perspektivet. Dette perspektivet legger vekt på hvordan normer, verdier og tidligere erfaring spiller inn på endringer. Man peker på andre handlingslogikker enn den rent instrumentelle, og fokuserer på hvilke handlingsalternativ som oppleves som ”passende” og hvor valg av handlinger er avhengig av tidligere prøving og feiling og de erfaringene man tidligere har gjort. Ved å benytte et institusjonelt perspektiv kan man få en bredere forståelse av de konflikter og utfordringer som kan oppstå når organisasjonsstrukturer endres.

Sykehuset som organisasjon beskrives av Mintzberg (1979) som et profesjonelt byråkrati. Sykehuset som denne organisasjonstypen blir gjennomgått i den teoretiske delen av oppgaven for å danne et rammeverk for å forstå de endringsprosessene Helse Fonna går gjennom. Det blir også gitt en generell inngang til måter å identifisere konflikt på og på hvilken bakgrunn disse konfliktene oppstår. Dette gir en basis for å identifisere eventuelle konfliktsituasjoner som oppstår i løpet de strukturelle endringene som blir gjort i Helse Fonna.

Målet for oppgaven er ikke å gi et tverrsnitt av hvilke organisasjonstyper og – trekk som sykehusreformen har brakt på bane, men heller å beskrive konsekvenser for organisering for de enkelte sykehus, og å studere dette i dybden. En casestudie sees derfor som mest hensiktsmessig som den metodiske tilnærmingen for oppgaven.

1.7 Valg av tema

Gjennom studiet av de strukturelle endringene i Helse Fonna, får man et innblikk i hvordan statlige reformer blir fortolket og forsøkt omsatt til praksis av de reformerte. Det vil også kunne si noe om muligheter for bruk av ulike organisasjonsformer i helseforetakene, og hvordan foretaksreformen har virket inn på allerede igangsatte endringsprosesser. Gjennom sykehusreformen ble begreper som omstilling, endringsvilje og autonomi mer sentrale, ettersom reformen har ambisjoner om en mer effektiv funksjonsfordeling, raske endringer og tydelig ledelse. Helse Fonna er sammen med Helse Førde et mindre helseforetak i Helse Vest RHF. Hvordan forutsetningen for omstilling og hvordan den konkret foregår i et mindre helseforetak kan være interessant, sammenstilt med annen forskning gjort på området. Store deler av forskningen gjort rundt helsereformen har hatt større foretak eller hele regioner som fokusområde. Gjennom studien av et mindre foretak kan man supplere denne forskningen, og sammenstilt kan man illustrere forskjeller og likheter i utfordringer mellom store og små foretak.

1.8 Oppgavens struktur

Oppgaven er inndelt i syv kapitler. I andre kapittel blir det teoretiske utgangspunktet nærmere gjennomgått. Tredje kapittel tar for seg oppgavens valg av metode, kjennetegn ved denne metoden og forhold som berører reliabiliteten og validiteten i studien. Fjerde kapittel tar for seg første fase i den empiriske framstillingen, og tar for seg HOS-prosjektet; samarbeidsprosjektet mellom Haugesund, Odda og Stord fylkessjukehus som startet i 1996. Kapittel fem presenterer tidsperioden fra Helse Fonna ble etablert og fram til like før den gjennomgående klinikkstrukturen ble innført. Det sjette kapittelet tar for seg innledningen til den nye

klinikkstrukturen og fram til den har vært i drift i rundt et halvt år, sommeren 2004. Kapittel fire, fem og seks er oppgavens empiriske framstilling, men det vil også i hvert av disse kapitlene bli presentert noen analytiske betraktninger. Her diskuteres de empiriske funnene i lys av de tre valgte perspektivene. I kapittel syv er en overordnet teoretisk diskusjon av oppgavens empiriske framstilling, en oppsummering av oppgavens hovedfunn og det reflekteres over andre innfallsvinkler man kunne hatt til oppgaven.

2.0 Teoretisk innfallsvinkel

I denne delen av oppgaven presenteres de teoretiske innfallsvinklene til oppgaven. Perspektiver og teorier er retningsgivende for forskningen av fenomener, og fungerer som fasilitator for forskningsresultater. Samtidig kan perspektiver og teorier også være en hemsko for å oppnå en størst mulig forståelse for de fenomener som studeres hvor sentrale elementer for å komme til denne forståelsen ikke fanges opp. En måte å bøte på denne svakheten er å samtidig gjøre bruk av andre perspektiver og teorier for å på denne måten få forklart flere sider av fenomenene man studerer. Perspektiver og teorier er brukt på nettopp en slik måte i studien av Helse Fonna og dets strukturendringer, og faller inn under Roness (1997) sin beskrivelse av en utfyllende forskningsstrategi. Perspektivene som brukes i denne oppgaven er et *rasjonelt-instrumentelt perspektiv*, et *interessebevdingsperspektiv* og et *institusjonelt perspektiv* og blir mer utførlig presentert i dette kapittelet. Disse teoriene vil i oppgaven bli brukt på ulike analysenivå i den analytiske framstillingen. Det kan være problematisk å benytte det samme teoretiske rammeverket på ulike analysenivå, og det er derfor viktig å være bevisst på hvilket nivå man anvender de teoretiske perspektivene.

Oppgaven studerer endringsprosesser i sykehus og foretak. For å forstå endringsprosesser i slike organisasjoner er det viktig å ta hensyn til kjennetegn ved sykehus og foretak som organisasjonstype. Ved å ha et klarere bilde av hvordan sykehuset er som organisasjon får man en forståelse for de rammene aktørene i Helse Fonna agerer innenfor og endringsprosessene skjer innenfor. Først presenteres derfor sykehusets strukturelle og kulturelle kjennetegn.

Problemstillingen tar opp hvilken basis for konflikt som skapes gjennom endringsprosessen og foretaksstrukturen. Det gis derfor en generell presentasjon av motstand og konflikt i endringsprosesser, hvordan dette kan komme til uttrykk og på hvilken bakgrunn dette oppstår. Dette gjøres for at man lettere skal kunne identifisere de konfliktene som oppstår i Helse Fonnas endringsprosess og forstå disse ut fra en mer generell ramme.

2.1 Kultur og struktur i spesialisthelsetjenesten

Sykehus innehar en viktig rolle i velferdssystemet i Norge, og er en sentral del av den offentlige forvaltningen. Den offentlige sektoren blir ofte sett på som å være nøytral, upersonlig og upartisk, som gjennomfører de målsettingene (policyen) politikerne fastsetter. Offentlig sektor er derimot preget av tradisjoner, samt skrevne og uskrevne regler (Llewellyn og Tappin: 2003). Den enkelte organisasjon utvikler sine egne rutiner og mønstre for handling gjennom indre og ytre press, noen formelt standardisert mens andre er uformelle normer. De normene og verdiene

som organisasjonsmedlemmene tar med seg inn i organisasjonen virker inn på kulturen innenfra, mens utenforstående aktører organisasjonen har et avhengighetsforhold til preger også kulturen utenfra. Man kan hevde at handlinger i det offentlige skjer etter en logikk om hva som er ”passende” (March:1981: 564), hvor man foretar seg det som tradisjonelt sett er forventet, uavhengig av hva som måtte være nedfelt i planer for organisasjonen. Offentlige organisasjoner er også ofte faglig komplekst sammensatt, med mange og ulike oppgaver som skal løses innenfor en og samme organisasjon. Målsettingene for oppgavene kan være inkonsistente, og på grunnlag av kompleksiteten i de rådende normer og verdier skapes det en usikkerhet om hva som er ”passende” handlingsmåte. Det ligger allikevel et element av fleksibilitet i denne inkonsistensen ettersom man på denne måten kan følge ulike handlingslogikker og fylle ulike behov samtidig (Christensen et al.:2004:53).

Sykehus er tradisjonelt blitt beskrevet som et erketyrisk eksempel på en av Henry Mintzbergs (1979) idealtypiske organisasjoner – det *Profesjonelle byråkratiet*. De byråkratiske trekkene gjenspeiler seg i standardiseringen av kunnskapen praktisert i organisasjonen, som behandlingsmetoder og – prosedyrer. Ved sykdomstilfeller stiller man en diagnose, hvor man plasserer tilfellet i henhold til visse forhåndsgitte behandlingsprogram, for så å sette disse i kraft, såkalt *pigeon holing* (Mintzberg: 1979). Pasientene finner sin plass i sykehuset etter disse allerede definerte sykdomsbildene. Profesjonene danner basisen for det profesjonelle byråkratiet. Fagprofesjonene i denne type organisasjoner har stor autonomi over sitt virke gjennom sin utdanning og profesjonalisering, og sitter dermed også med en stor del makt. Det kan derfor sies å være en organisasjon som blir styrt nedenfra og opp. Organisasjonens ledelse avgir kontrollen over kjernevirksomheten til det utøvende nivå; standardisering skjer i henhold til de profesjonelles kunnskaper. Ettersom denne kunnskapen erverves utenfor sykehuset, avgir også sykehusledelsen makt til de institusjonene som utdanner, sosialiserer og fagorganiserer de profesjonelle (Mintzberg: 1983). Sykehusets verdier og normer preges av at profesjonene allerede er sosialiserte inn i et verdisystem når de kommer inn i organisasjonen. Dermed blir det flere lag med verdier, normer og handlingsmønstre som utgjør organisasjonskulturen. Man kan kanskje heller snakke om flere kulturer som er i bevegelse samtidig, og at organisasjonsmedlemmenes primære lojalitet ligger hos egen fagprofesjon, ikke hos organisasjonen.

Helsesektoren i Norge fikk gjennom Helsereformen økte krav til gjennomsiktighet og faglig og økonomisk/administrativ ansvar. Samtidig utvikles det stadig nye medisinske behandlingsmåter, og forventningene om medisinsk behandling innen rimelig tid og med god kvalitet blir høyere. Utvikling av kvalitetsindikatorer og målinger av pasienttilfredshet står her sentralt. Sektoren vil dermed være preget av spenninger mellom krav om budsjettbalanse og de

forventninger som stilles til tjenesteproduksjon. Disse ulike kravene og forventningene til handling er ikke alltid konsistente. Sammen med de ulike norm- og verdisystemene som finnes i spesialisthelsetjenesten tegner dette opp et bilde av sykehus som kompliserte og motsetningsfylte institusjoner. Handling er derfor gjerne dekoblet fra de handlingsplaner eller policyer som blir gitt, noe som gjør den offentlige sektor motstandsdyktig mot intervensjoner i handlingsmønstre. Denne dekoblingen har også vært løsningen på de dilemmaer det offentlige blir stilt overfor, hvor krav og behov sektoren skal tilfredsstillere ikke lar seg forene. (Christensen et al.: 2004; Llewellyn og Tappin: 2003: 959; Røvik: 1998: 299).

Sykehus har tradisjonelt hatt en geografisk fordeling av oppgavene, hvor det lokale sykehus har hatt lokalområdet som sitt dekningsfelt, og samordningen mellom de ulike fagspesialitetene skjer innenfor dette geografiske område. Denne varianten kaller Mintzberg (1979) for det *spredte profesjonelle byråkratiet*. Innenfor sykehusene har avdelingene vært organisert etter prosess, som kirurgisk og medisinsk avdeling, formål eller sektor, psykiatrisk avdeling, og klientprinsippet, som ved kvinneklinikker. Sykehus er dermed organisert etter flere spesialiseringsprinsipper, også på samme nivå i organisasjonen.

2.2 Motstand og konflikt i endringsprosesser

I endringsprosesser rokkes det ved etablerte sammenhenger, strukturelle så vel som følelsesmessige og medmenneskelige. Det er derfor ikke unaturlig at det kan oppstå motstand og konflikter i endringsprosesser. Bakgrunnen for motstanden og konfliktene kan derimot være varierende og fungere som vikarierende begrunnelser for hverandre. Motstanden kan skyldes at organisasjoner ser sin misjon og handlingsrasjonale som truet. Det kan også være en bred ideologisk motstand mot de endringer som foreslås. En slik ideologisk motstand kan oppstå i organisasjonens lokalmiljø, men også internt, da gjerne i organisasjoner med sterke fagprofesjoner. Motstanden kan også komme av at aktører opplever endringene som trusler mot sin egeninteresse, og vil føre til endringer i maktforhold og ressursfordeling koalisjoner i mellom. Teoretikere hevder at det ligger i menneskets natur å frykte det ukjente gjennom å være i fare for å miste deler av sin identitet, redsel for å ikke strekke til med nye krav og sannsynligheten for å måtte sette seg inn i ny kunnskap. (Jacobsen: 2004: 159; Grønnegaard Christensen, i Antonsen, Greve og Jørgensen: 2000: 33).

Motstand mot endring mener man også kan ha sin bakgrunn i kjennetegn ved selve endringsprosessen. Hvor godt man kan begrunne en endringsprosess, hvor klart dette budskapet kommer fram og graden av enighet rundt endringene man forsøker å gjennomføre vil kunne være

med på å avgjøre om man møter stor eller liten motstand. (Jacobsen: 2004: 172; Sproull og Hofmeister: 1986). Endringsomfanget spiller også en stor rolle, og det antas at større, dyptgripende omorganiseringer vil skape mer motstand og større konflikter. Dette henger også sammen med at slike store omveltninger også vil få konsekvenser for en organisasjons kultur, og det hevdes at endringer som rokker ved organisasjoners kultur har en tendens til å møte større motstand (Jacobsen: 2004: 176). Er det enighet om at endringene er nødvendige vil dette være mer avgjørende for om endringene gjennomføres enn at de er av stort omfang (Ref:?). Samtidig vil også tidsperspektivet på endringer kunne virke inn på i hvor stor grad man møter motstand. Er endringene av stort omfang, og tar lang tid å gjennomføre, er sannsynligheten stor for at motstandere av endringsprosesser får bedre tid til å mobilisere og skape allianser innad og utad for å kjempe mot omorganiseringen (ibid.).

Hvordan gjør så motstand seg til uttrykk og hvordan kan man beskrive konflikter som oppstår? Walton og Dutton (1969, i Hatch: 2001) presenterte en modell for hvordan konflikter gir seg til uttrykk, hvilke lokale forhold som lå til grunn for konfliktene og i hvilke kontekster disse oppstod. Det er også blitt presentert uttrykk for motstand i en faseinndeling basert på graden av motstand (Coetsee, L.: 1999 i Jacobsen: 2004: 156). Disse sammenfaller til en viss grad med Walton og Duttons observerbare tegn på konflikt. I første fase uttrykkes apati og likegyldighet gjennom manglende interesse. I andre fase utvikles en passiv motstand hvor negative oppfatninger og holdninger og kritiske synspunkt vokser. Etter hvert kan aktiv motstand komme til uttrykk gjennom sterke kritiske ytringer og at det uttrykkes tvil om man vil delta i prosessen videre. I siste, og mest utagerende fase oppstår en aggressiv motstand hvor det foregår aktiv spredning av negative og svartmalende rykter og historier, man nekter å iverksette endringene og kanskje også direkte undergraving og skjult sabotasje.

Walton og Dutton (1969) ser dette i sammenheng med lokale forhold i organisasjonen. Egenskaper ved ulike grupper, felles ressurser, uklare ansvarsforhold, uforenlige mål og belønninger og prestasjonskriterier er eksempler på lokale forhold som trekkes fram i deres modell, og som kan skape grobunn for konflikter. Disse forholdene kan igjen forklares ut i fra ulike kontekster som trekk ved omgivelsene, organisasjonens strategi, den sosiale strukturen og organisasjonskultur og organisasjonens fysiske struktur (i Hatch: 2001: 337).

2.3 Organisasjoner som redskap – et instrumentelt perspektiv

For å forstå Helse Fonnas organisatoriske endringer, begrunnelser for endringene og hvordan omstruktureringen blir oppfattet brukes det tre perspektiver. Disse vil som nevnt bli brukt på en

utfyllende måte for å bedre kunne forstå og forklare mest mulig (Rones: 1997: 100). Perspektivene som blir benyttet er et instrumentelt perspektiv som ser på organisasjoner som lederes redskap til å oppnå mål, et interessehevdingperspektiv som ser på organisasjoner som et resultat av konflikter mellom ulike interesser og forhandlinger. Sist vil det bli brukt institusjonelle perspektiv hvor de normative, historiske og symbolske sidene ved organisasjoner spiller en vesentlig rolle. Først presenteres det instrumentelle perspektivet.

Organisasjoner opprettes for å møte en målsetting, gjøre oppgaver som skal utføres, eller ivareta en interesse. Organisasjoner blir sett på som verktøyet man bruker for å oppnå klare og fastlagte mål, og som et objekt underlagt ledelsens kontroll. Det oppfattes å være klare, positive sammenhenger mellom målene og virkemidlene som man velger å bruke (Hatch: 2001). Ettersom organisasjonen er verktøyet som brukes, blir utseende og utformingen av dette verktøyet avgjørende. Organisasjonens formelle struktur blir sentral fordi den strukturerer adferden som skal lede en til målsettingen (Antonsen, Greve og Jørgensen:2000:21).

En organisasjons formelle struktur speiler i hvilken grad og hvilke former organisasjonens virke er spesialisert og samordnet (Christensen et al.: 2004). En fordeling av oppgaver må gjøres mellom de enkelte organisasjonsenhetene, og denne horisontale spesialiseringen kan gjøres etter ulike prinsipper. Oppgavene kan fordeles etter hvilket formål de har eller hvilken sektor de tilhører. Hvordan man gjennomfører en oppgave eller hvilken prosess man bruker kan også danne basis for spesialiseringen. En tredje oppgavefordeling kan baseres på hvilke klienter som skal tjenes gjennom enheten. Geografisk plassering av organisasjonsenheter kan også være en måte å definere hvilke oppgaver enheten skal ivareta.

Noen aspekter av organisasjonen vil nødvendigvis bli vektlagt mens andre blir tonet ned ved ulik arbeidsinndeling av enhetene. Spesialisering basert på den faglige prosessen fremmer utviklingen av fagspesialiseringen på området, samtidig som man får et smalt fokus i arbeidet, og man fokuserer på hvordan jobben gjøres i stedet for hvorfor man gjør den (Christensen et al: 2004:38; Mintzberg 1979:125). Klientprinsippet vil derimot føre til at man lettere kan se alle klientens behov i sammenheng, og organisere arbeidet deretter. En geografisk arbeidsinndeling retter fokuset mot samordning mellom de ulike tjenestene som ytes på den enkelte geografiske stedet, i motsatt fall hvis man organiserer etter formål. Da får man ofte en samordning på tvers av geografiske skillelinjer innenfor hver enkelt sektor (ibid.). Ulempen med en slik arbeidsinndeling vil være å sikre at profesjonene opptrer lojalt mot den sentrale administrasjonen (Mintzberg:1979).

For å knytte de ulike organisasjonsdelene sammen må det foregå en eller annen form for samordning mellom dem. I byråkratiske organisasjoner kan standardisering dekke det meste av samordningsbehovet. I noen organisasjoner er derimot behov for mer samordning mellom enhetene enn de forhåndsgitte handlingsbeskrivelser kan gi. Dette er typisk komplekse, profesjonaliserte organisasjoner hvor det er stor gjensidig avhengighet mellom enhetene. For å sikre det nødvendige samarbeidet mellom enhetene kan det tas i bruk ulike samordningsmekanismer. Koordineringen kan ivaretas gjennom faste møter mellom medlemmer av ulike enheter, eller det kan opprettes stillinger som har som uttalt oppgave å koordinere mellom enheter og som har formell makt til å ta avgjørelser i saker som angår begge/flere av enhetene. Ett av de sterkeste virkemidlene for å sørge for samordning er å etablere en formell matrisestruktur. Da kan man kombinere to eller flere typer av struktureringsprinsipper (Christensen et al.:2004:36). Matrisestrukturen gir en todelt autoritet hvor to eller flere ledere sammen blir ansvarlige for de samme avgjørelser (Mintzberg: 1979).

Hvordan forstår man endringer i dette perspektivet? Endringer i et instrumentelt perspektiv er planlagte, og blir initiert av toppledelsen i organisasjonen og ført nedover i hierarkiet. Toppledelsen spiller derfor en viktig rolle i det instrumentelle perspektivet. Ledelsen er den som har et helhetsperspektiv, og som har formell makt til å implementere de endringer de ser som nødvendige (Jacobsen: 2004: 189). Grunnlaget for endringen er forandrede målsettinger, og for å lede adferden i henhold til de nye målsettingene endres organisasjonens formelle elementer. Med dette menes dens strategier, teknologi og formelle strukturer; også kalt organisasjonens ”hardware”(Antonsen, Greve og Jørgensen: 2000; Beer og Nohria: 2000). Endringsprosesser i det instrumentelle perspektivet er en lineær prosess, hvor påfølgende fase i endringsprosessen er avhengig av den forutgående (Jacobsen:2004:?).

I dette perspektivet tar man i økende grad hensyn til at det også må flere endringer til enn de rent formelle strukturelle. Sammen med struktur virker også incentivstrukturer, IT-systemer, ansettelses-rutiner inn på adferden. Derfor må man ta hensyn til flere elementer når man forsøker å få til en effektiv endring (Galbraith: 2000). Organisasjonsmedlemmenes adferd blir også påvirket av deres normer, verdier og virkelighetsoppfattelser. Organisasjonskulturen må derfor styres bevisst for å møte de nye målsettingene i organisasjonen (Antonsen, Greve og Jørgensen: 2000:24).

2.3.1 Helse Fonna og det instrumentelle perspektivet – forventede funn

Sykehusene i Helse Fonna gjennomgår etter opprettelsen av foretaket flere strukturelle endringer; først gjennom opprettelsen av selve foretaket, hvor en ny, formell enhet ble dannet, dernest i innføringen av den gjennomgående klinikkstrukturen. Disse strukturendringene kan man sett i et instrumentelt perspektiv forvente har sin bakgrunn i nye eller endrede målsettinger for foretaket. Tidligere har forvaltningsaspektet og tjenesteleveransen vært mest sentralt for sykehusene. Ved foretaksreformen kommer effektivitetsbegrepet mye sterkere inn i målsettingene staten setter for spesialisthelsetjenesten. Dette kan man forvente vil virke inn på hvordan foretak velger å organisere seg. Tidligere organisering forventes det at vil bli beholdt og videreført i den grad disse ansees som viktige for å oppnå målsettingene. HOS-prosjektets resultater og planer vil derfor bli tatt med videre hvis ledelsen i foretaket mener at disse vil være med på å gi en bedre og mer effektiv helsetjeneste.

I den tidligere sykehusstrukturen var oppgavene hovedsakelig fordelt etter et geografisk prinsipp. Med den gjennomgående klinikkstrukturen ble andre spesialiseringsprinsipper lagt til grunn for arbeidsfordelingen. Hvordan man velger å organisere enhetene vil i dette perspektivet føre til at andre aspekter ved organisasjonens oppgaveløsning ble vektlagt enn tidligere. I den enhetlige klinikkstrukturen organiseres arbeidet ikke lenger etter geografi, men etter hvilket formål oppgaven har og hvilke klienter man tjener. Dette vil få effekt for hvordan arbeidet samordnes i organisasjonen. Man kan forvente at man får økt samordning basert på fag/formål på tvers av geografiske skillelinjer og at klientenes helhetlige behov blir sterkere ivaretatt. Man kan også forvente at ledelsen er klar over andre utfordringer for å oppfylle målsettingene enn de rent formelt strukturelle. Derfor vil ledelsen også gjennomføre strukturelle tiltak for å påvirke kulturen i organisasjonen for å oppnå organisasjonens målsetting.

I den grad konflikt vil oppstå vil det forventes at det er på grunn av mangelfull måloppnåelse. Konflikter og motstand vil oppstå hvis organisasjonens enhetene mener de strukturelle endringene i Helse Fonna ikke gjør arbeidet mer effektivt og ikke øker kvaliteten på helsetjenestene som tilbys i foretaket, eller at begrunnelsen for disse endringene ikke kommer klart nok fram.

I forhold til forskningsspørsmålet rundt en endringsprosess' skjebne i møte med en annen vil man i tråd med det instrumentelle perspektivet forvente at endringsreformen som Haugesund, Odda og Stord hadde påbegynt ville bli påvirket av foretaksreformen og dens nye struktur uten at det ville bety større endringer for de planene man allerede hadde lagt i disse sykehusene. Foretaksreformen var de sentrale myndigheters verktøy til å oppnå sine målsettinger. Disse blir i reformens dokumenter satt til å være en helsetjeneste der man får mer helse for hver krone.

Foretakenes rolle i den offentlige forvaltning tilsier at foretaksreformen målsetting også definerer målsettingene for foretakene. I den grad man dette tilsvarer de målsettingene sykehusene i foretakene har hatt forut for reformen, vil foretaksstrukturen understreke og fasilitere arbeidet mot å oppnå en slik målsetting.

2.4 Organisasjoner som koalisjoner - Interessehevdingperspektivet

Et organisasjonssyn som tar utgangspunkt i konflikter og forhandlinger, viderefører på mange måter det foregående perspektivet. Utgangspunktet er fremdeles det rasjonelt tenkende mennesket som overveier sine handlingsalternativer i forhold til sin målsetning, for så å velge det alternativet som vil føre til målet. Bildet kompliseres derimot i politiske organisasjonsteorier ved at organisasjonen ikke sees som å ha ett felles mål, men at den består av koalisjoner med motstridende målsetninger (Pfeffer: 1981: 31). Disse koalisjonene kan bestå av parter både innad så vel som på utsiden av organisasjonen (Christensen et al.: 2004: 40). Slike grupperinger kan identifiseres på ulikt grunnlag; menn - kvinner, administrasjon – utøvende, ulike utøvende grupperinger o.s.v. Pfeffer (1981: 37) anbefaler allikevel å ha et utgangspunkt i de grupperingene som blir identifisert og brukt av organisasjonen selv. Samtidig understrekes viktigheten av å være bevisst at individer kan ha kryssende interesser og kan identifiseres med ulike grupperinger.

Endringer skjer ved at man kommer fram til ulike kompromisser hvor man ideelt sett finner det marginale bytteforholdet mellom forskjellige goder, og der utfallet er avhengig av aktørenes ressurstilgang i forhandlingene (March: 1995; Roness: 1997: 70). I interessehevdingperspektivet er derfor ikke veien fra middel til mål like entydig. Andre deltakere i forhandlingsprosessen kan virke inn på hvilke handlingsalternativer som kan velges. Dessuten er effekten av ens egne handlinger avhengig av effekten av hva andre foretar seg (March: 1995: 42?). De ulike interessene kan til en viss grad følge organisasjonsstrukturen, hvor skillene i interesse går langs sektorgrenser og/eller over- og underordnede (ibid:40), og endringer og omorganisering skjer hvis det skjer endringer i makt og interessefordelingen mellom partene i organisasjonen (Roness: 1997: 71). Organisasjonsstrukturene er med på å fordele makt og ressurser i organisasjonen, og krav til endring vil i henhold til dette perspektivet komme utenfra den dominerende koalisjonen som drar fordeler av den eksisterende organisasjonsstrukturen. Tidligere organisasjonsstruktur er resultatet av tidligere kjøpslåing og forhandlinger. Dermed vil tidligere konflikter og maktkamper få ny virkning (ibid.: 73-74).

Utfallet av beslutninger og endringer bestemmes altså også av den gjeldende makt- og ressursfordelingen på beslutningsarenaen. Makten utgår fra de ressurser koalisjonene til enhver tid råder over. Grupper kan besitte en kunnskap andre deler av organisasjonen er avhengig av,

arbeidet foregår på kritiske områder eller områder med stor usikkerhet og som ikke kan erstattes av andre (Pfeffer: 1981: 112; Hatch: 2001: 314). Å håndtere usikkerhet på vegne av andre kan også være en betydelig ressurs. Man forebygger, forutsier og absorberer usikkerheten og man kan bruke informasjonsstrømmen som et viktig instrument i videreformidlingen. Informasjon kan utformes eller man kan påvirke informasjonsstrømmen med bevissthet om hvordan dette kan påvirke utfallet av beslutninger (March: 1995). Godt utviklede personlige nettverk kan også gi grupper en sterk forhandlingsposisjon (Hatch: 2001: 314). Grupperes muligheter til å påvirke beslutningsprosessene er en sentral kilde til makt. Ved å ha tilgang til eller kontroll over premissene for avgjørelsene, alternativene som vurderes eller informasjon over disse alternativene kan man være en sentral maktfaktor i avgjørelser (Pfeffer: 1981: 115-122). Organisatoriske beslutninger preges av uformelle, løse, gjensidige forståelser og forventninger. Samtidig er det en oppfatning at kvaliteter som lojalitet og tillit er vanskelig å oppdrive og opprettholde. Dermed vil enhver som framstår som pålitelig og lojal kunne få en sterkere maktposisjon, og evnen til å framstå som tillitsvekkende blir en betydelig ressurs (March: 1995).

2.4.1 Helse Fonna og interessehevdingperspektivet – forventede funn

Interessehevdingperspektivet fokuserer på organisasjonen som en midlertidig maktbalanse mellom ulike koalisjoner. Endringer i maktbalansen kan føre til endringer i organisasjonen. Ut fra dette perspektivet kan det hevdes at den nye foretaksstrukturen rokker ved maktbalansen mellom sykehusene, og parter kan vinne så vel som tape makt. Man kan derfor forvente at det i denne ubalansen vil utspille seg en maktkamp mellom ulike koalisjoner i foretaket, og at de organisasjonsløsningene foretaket ender opp med er et resultat av denne maktkampen.

Det er naturlig å forvente seg at hvert enkelt sykehus i Helse Fonna vil opptre som koalisjoner. På bakgrunn av den nyetablerte organisasjonsstrukturen ved opprettelsen av Helse Fonna og den tidligere organisasjonsstrukturen kan man forvente at tidligere etablerte koalisjoner vil forsøke å beholde den posisjon koalisjonen har hatt, mens andre koalisjoner vil forsøke å styrke sin posisjon. Dette kan godt gjøres gjennom å inngå allianser med parter utenfor organisasjonen, som i primærhelsetjenesten eller i lokalmiljøet generelt. En kan derfor forvente seg koalisjoner som går langs de tidligere geografiske skillelinjene; Stord sjukehus som en gruppering, Odda sjukehus som en annen og Haugesund sjukehus som en tredje gruppering. Organisasjonsmedlemmene er lojale mot de geografiske enhetene man er og har vært en del av og vil kjempe for dens eksistens. Haugesund som det største sykehuset med flest funksjoner og umiddelbar nærhet til foretaksledelsen kan man tenke seg vil være i en sterk posisjon, og vil derfor kunne få gjennomslag for mange av sine interesser. Slik sett ville det være naturlig å

forvente at Stord og Odda inngår i en allianse sammen for å stå sterkere i forhandlingene om foretakets utforming. Samtidig kan det også tenkes at man ser seg mest tjent med å inngå i en allianse med Haugesund på grunn av denne gruppens dominerende stilling i foretaket. Funksjoner og tjenester utgjør en del av maktgrunnlaget til grupperinger, og en kamp mot en funksjonsfordeling som vil slå uheldig ut for disse er derfor ikke usannsynlig. Dette er noe som også er viktig for lokalsamfunnet, og derfor kan man forvente å finne forbindelseslinjer fra koalisjoner innad i sykehuset og ut til omgivelsene. Det kan også tenkes at det eksisterer koalisjoner på basis av skillet mellom administrasjon og utøvende grupper. Slikt sett kan foretaksledelsen sees som en koalisjon og de enkelte faggruppene på sykehusene som andre koalisjoner.

Konflikter blir sett på som naturlige og noe som kan forventes i interessehevdingperspektivet (Pfeffer: 1981: 31). Konflikter baserer seg på i hvilken grad ulike koalisjoner står i fare for å miste eller skaffe seg et større maktgrunnlag. Det vil derfor være naturlig å forvente konflikt mellom koalisjonene; Stord, Odda og Haugesund sjukehus. Det vil også kunne tenkes at det vil oppstå konflikter mellom ledelse og faggrupper hvis strukturelle tiltak som gjennomføres i sykehusene som svekker faggruppers posisjon og maktgrunnlag. Her vil man kunne tenke seg at faglige og geografiske interesser overlapper, og at det slik vil bli vanskelig å godskrive årsaken til konflikt til de faglige eller geografiske interessene. Er endringsprosessen av langvarig karakter er sannsynligheten større for at man vil kunne etablere allianser og mobilisere motstand i større grad enn hvis endringene er gjennomført på kort tid. Er omfanget på endringene stort vil det også være mer sannsynlig at endringene støter mot flere koalisjoners interesse og vil således føre til et høyere konfliktnivå. Konfliktenes uttrykk vil variere etter i hvor stor grad en koalisjon blir presset og deres interesser blir gått i mot.

Foretaksreformen innførte en ny struktur blant sykehusene og andre konstellasjoner av sykehus ble opprettet. Dette kan man forvente vil føre til en situasjon hvor maktbalansen mellom sykehus ikke lenger er stabil. Sykehusene blir også innlemmet i nye lokale foretak. Det vil være naturlig at det vil være foregå en maktkamp mellom de lokale foretakene, men også mellom enkeltforetak og regionalt helseforetak hvis det oppstår motstridende interesser.

2.5 Organisasjoner som institusjoner – et institusjonelt perspektiv

I det institusjonelle perspektivet vender man blikket bort fra det instrumentelle, rasjonelle og de positive middel – mål - sammenhengene man vektlegger i de to foregående perspektivene. Man vier oppmerksomheten til andre handlingslogikker enn den strengt rasjonelle, og legger bort reduksjonistiske forståelser av handling i organisasjoner. Philip Selznick, som regnes som

grunnleggeren av den tidligere institusjonalismen, hevder at organisasjoner gjennomgår en institusjonaliseringsprosess hvor uformelle normer og verdier vokser frem og at organisasjonen ikke lenger eksisterer kun for et rasjonelt formål, men også som en beholder for alle de normene og verdiene som er tillagt organisasjonen. For å forstå organisasjonen blir det viktig å forstå normene og verdiene den er blitt en beholder for, og igjen for å forstå dette blir organisasjonens historie og bakgrunn sentral.

Rutiner, handlinger ut fra vaner og forhåndsdefinerte ”handlingsprogram” bygger opp under organisasjoners pålitelige og stabile trekk (March & Simon: 1958 i Scott: 2001: 80). Standarder og standardisering kan ha en institusjonaliserende virkning ettersom standarder er i utgangspunktet frivillige, samtidig som det ligger en sterk forventning til at standardene skal følges (Brunsson: 2000: 13). Hvilke handlingsalternativer man har blir begrenset av institusjonens normer og verdier, og handlingsvalget gjøres derfor ut i fra en ”*Logic of appropriateness*” (March: 1981: 564), eller med andre ord ut i fra hva som er ”passende” og hva man ”burde” gjøre. Disse forventningene til handling knyttes også opp til hvilken rolle man har i organisasjonen (Scott: 2001). Organisasjoners tidligere erfaringer kan spille en rolle for dens senere handlingsalternativ. Hvordan man tidligere har valgt å handle kan stenge dører for handlingsalternativer i et senere veivalg, og gjennom ens erfaring har man lært hvordan man senere skal reagere i tilsvarende situasjoner. Organisasjoner er *sti-avhengige*, hvor handlingsalternativer som ligger utenfor den ”opptråkkede stien” virker urealistiske og blir ikke vurdert (Antonsen, Greve og Jørgensen: 2000). Handlinger i organisasjoner er også *mimetiske* der man reagerer på bakgrunn av skript eller skjemaer som man er opplært til å forstå verden gjennom, hvor man ikke reflekterer over hva man burde eller ikke burde gjøre; man tar valget av handlingsalternativ for gitt. (opsit.).

Nyere institusjonell teori vektlegger organisasjoners behov for legitimering. Det er viktig for organisasjoner å skape en identitet som oppfattes som legitim og som blir akseptert innad så vel som utad (Jacobsen: 2004:28). Rasjonalitetsbegrepet står sterkt og er blitt et felles tankegods i store deler av samfunnsvitenskapene, og teoretikere snakker om en institusjonalisert ”rasjonell myte” (March: 1995). Derfor blir det viktig å legitimere enhver beslutning eller endring på et rasjonelt grunnlag. Det kan ligge andre og mindre rasjonelle begrunnelser til grunn, men aksepten for avgjørelsen vil først og fremst være bundet til aktørenes evne til å gi en rasjonell forklaring. Beslutningene kan gå på tvers av de normene og verdiene som råder ellers i organisasjonen, men gjennom løse koblinger mellom prinsippene man skal organisere arbeidet etter og måten man faktisk utfører oppgavene på unngår man en konflikt mellom løsning og virke. Tolkings- og legitimeringsaspektet gjør seg også gjeldende innad i organisasjonen. I et institusjonelt perspektiv tar man hensyn til at organisasjoner handler i og selv utgjør ulike

kontekster, og at dette vil innvirke på måten handlinger oppfattes på. Ulike kontekster kan gi helt forskjellige tolkninger, og det er ikke hva som faktisk skjedde, men hvordan handlingen blir forstått som blir viktig (Strand: 2001). Handlinger, uttalelser og bestemmelser forstås dermed ikke kun ut fra en rasjonell oppfatning, men blir også gjenstand for tolkning og tillegges symbolske egenskaper. Disse fortolkningene kan virke institusjonaliserende og være bærere for de allerede institusjonaliserte normene og verdiene i en organisasjon. Ulike objekter kan bli tillagt symbolske verdier som passer inn eller bryter med den virkelighetsforståelsen og de normer og verdier organisasjonsmedlemmer har.

Endringers mottakelse i organisasjonen er avhengig av i hvilken grad den bryter med eller er tilpasset den etablerte normene, verdiene og virkelighetsoppfatningene. Organisasjonsmedlemmene må oppleve målsettingene med endringene som noe positivt, ha en forventning om at endringene vil bli utført av organisasjonen og at de føler seg forpliktet til å gjennomføre endringene. Organisasjonsmedlemmenes motivasjon, forventninger og forpliktelse må også være knyttet til den samme handlingen for at organisasjonen skal endre seg. En organisasjons ideologi spiller en viktig rolle for i hvor stor grad disse elementene utvikler seg for en gitt endring. Eksisterer det en sterk, gjennomgående ideologi i organisasjonen forut for endringene vil det være lettere for at motivasjon, forventninger og forpliktelser vil kunne bli sterke nok i stor nok utstrekning i organisasjonen til at endringene kan gjennomføres (Brunsson 2000: 173- 180).

Man kan også forstå endringsprosesser som en avbrytelse av lengre perioder av stabilitet og en likevektslignende situasjon hvor det i korte, intense perioder gjøres endringer som får dyptgående virkninger ("punctuated equilibrium") (Gersick: 1991; Baumgartner og Jones: 1993; Romanelli og Tushman: 1994). I stabile perioder opprettholdes organisasjonens dype struktur, det vil si dens grunnleggende struktur, arbeidsoppgaver og produkter, organisasjonens grunnleggende ideologi, fordelingen av makt og benyttelsen av kontrollsystemer i organisasjonen. I slike perioder leder strukturen organisasjonens strategi (Gersick: 1991; Tushman og Romanelli: 1985: 176), og en sti-avhengighet gjør organisasjoners handlinger mer stabile og forutsigbare (Gersick: 1991: 14-16). Stabiliteten i organisasjonen utfordres gjennom intern eller ekstern påvirkning, hvor organisasjonens dype struktur ikke lenger står i forhold til oppgaver, ideologi eller forventning og pålegg fra omgivelsene. Dette gir energi til endringene i organisasjonen, og organisasjonen kastes inn i en endringsperiode som bærer preg av revolusjonær endring, hvor struktur, strategier og makt blir fundamentalt endret, organisasjonens ideologi reorienteres og strategiene driver fram strukturen (ibid.). Den nye dype strukturen er resultatet av sammenfatningen av nye og gamle organisasjonsstrukturer, ideologier, maktfordeling og

strategier. Det er allikevel ikke gitt at organisasjonen er en forbedret utgave av seg selv, men den revolusjonære endringsperioden har ført til gjennomgående endringer i organisasjonen og blir løsningen på den krisen som organisasjonen har gjennomgått.

2.5.2 Helse Fonna og det institusjonelle perspektivet – forventede funn

Det institusjonelle perspektivet legger vekt på organisasjoner normer, verdier og institusjonaliseringsprosesser. Endringers innvirkning på de eksisterende normene og verdiene og hvordan prosessen skrider fram blir sentralt. Man forutsetter at organisasjoner endrer seg for å bevare dens institusjonelle basis. Det kan derfor forventes at Stord, Haugesund og Odda sykehus gjør endringer for å forsøke å tilpasse seg sine omgivelser for å kunne bestå som institusjoner og som bærere av normer og verdier. Anså man det som mer sannsynlig at man ville kunne beholde sin egenverdi ved å stå alene ville man gjøre dette, men det kan også tenkes at man så det slik at et samarbeid ville gjøre det lettere å kunne bestå som institusjon. Man kan tenke seg at man vil forholde seg på samme måte til foretaksstrukturen. Hvis disse sykehusene kunne bli etablert som et foretak hadde man en mulighet til å kunne beholde det verdigrunnlaget sykehuset var basert på.

Med foretaksreformen ble effektivitet og budsjetter satt på dagsordenen, og en reaksjon man kan forvente ut fra dette er at effektiviseringstiltak og ”rasjonell” drift blir gyldige argumenter for planlagte endringer. Profesjonenes normer kan tenkes å stå i motsetning til de økonomiske argumentene for endringer. I det profesjonelle byråkratiet, som sykehuset er et eksempel på, har profesjonene stor autonomi i sin praksis, og man kan si at en dekobling mellom ledelsens planer og profesjonenes praksis i slike organisasjoner er institusjonalisert. Dermed kan man tenke seg at sykehusenheter holder plan og praksis separat, man dekobler målsettingene om å samles som én organisasjon i en gjennomgående klinikkstruktur og den faktiske praksisen utover i organisasjonen.

Basisen for konflikt vil i dette perspektivet bli sett på som å være avhengig av i hvor stor grad de strukturelle endringene bryter med enhetenes normer, verdier og ideer. Graden av konflikt i forhold til strukturendringene som Helse Fonna gjennomgår er derfor avhengig i hvor stor grad sykehusene opplever at disse endringene representerer ideer og verdier som står i kontrast til det de selv forfekter. Det kan derfor ventes at det er mindre konflikt rundt de endringene som man tar initiativ til under HOS-samarbeidet, ettersom disse er initiert av organisasjonene selv. Det er også sannsynlig at det kan bli større konflikt rundt foretaksstruktureringen og kanskje også strukturelle endringer i etterkant av etableringen av Helse Fonna. Det kan være mulig å forvente

seg at sykehusene opplever foretaksreformen som påført utenfra og at man følte seg fremmed i den nye foretaksstrukturen, ettersom de strukturelle endringene reformen innebar ikke representerte sykehusenes egne norm- og verdigrunnlag. De strukturelle endringene er ikke resultatet av utviklingsprosesser innad i hvert enkelt sykehus, men initiert eksternt og ovenfra. En annen kilde til konflikt kan ligge i den grad dekoblingen mellom planer og praksis blir utfordret av de nye strukturene. Dekoblingen mellom disse er sterk i sykehusene gjennom profesjonenes autonome stilling, og det kan tenkes at hvis de nye strukturene forhindrer eller utfordrer profesjonenes autonomi vil dette kunne føre til konflikt.

Hvordan reformen ble mottatt er også avhengig av om det var motivasjon, forventninger og følelse av forpliktelse til omstruktureringen. Begrunnelsen for endringene, hvor klart begrunnelsen kommer fram og i hvor stor grad det er enighet rundt dette vil derfor være sentralt. Det kan tenkes at også tidsrammen for endringene vil kunne påvirke konflikt- og motstands nivået på ulike måter. Man kan tenke seg at usikkerheten øker og sprer seg i organisasjonene hvis organisasjonsstrukturen er uavklart over lengre tid. Samtidig kan det også tenkes at endringene ble innført før enhetene får tilpasset seg ideene om disse endringene og utviklet en gjennomgående ideologi og identitet og som dermed vanskeliggjør utviklingen av motivasjonen til omstruktureringene, forventningene til at dette vil føre til en bedre struktur og en følelse av forpliktelse til å gjennomføre disse strukturendringene.

Det kan tenkes at foretaksreformens også virket inn på sykehusenes allerede påbegynte endringsprosesser i form av å sette i gang gjennomgående endringer i sykehusenes struktur, ideologi og strategier. Gjennom foretaksreformen ble effektivitet og kvalitet legitime argumenter og en sentral del av spesialisthelsetjenestens målsetting. Haugesund, Stord og Odda sjukehus ble underlagt disse eksternt påførte målsettingene gjennom foretaksreformen. Det kan tenkes at sykehusene opplevde at den eksisterende strukturen i det som ble Helse Fonna ikke var tilfredsstillende for å løse en slik oppgave. Det kan derfor forventes at sykehusene etter etableringen av foretakene gjennomgikk en dyptgripende endring hvor strukturer, ideologier, makt og strategier måtte omdefineres.

2.6 Oppsummering forventede funn

De forventede funnene som er utledet ved hjelp av oppgavens tre perspektiver er sett i forhold til problemstillingens tre deler. Første del av problemstillingen tar for seg bakgrunnen for strukturendringer i foretak, andre del tar for seg hvilken basis for konflikt disse endringene skaper og siste del av problemstillingen etterspør foretakreformens rolle i endringsprosesser. Problemstillingen sammenstilt med de teoretiske perspektivene kan presenteres i følgende tabell:

	ARGUMENTER FOR STRUKTUR- ENDRINGER	BASIS FOR KONFLIKT	FORETAKS- REFORMENS ROLLE
INSTRUMENTELT PERSPEKTIV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Et bedre og mer effektivt pasienttilbud 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ I den grad målsettingene ikke oppnås gjennom strukturendringene 	Verktøy til å oppnå målsettinger
INTERESSEHEVDINGS - PERSPEKTIV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posisjonering i interessekamp 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ I den grad koalisjoners maktgrunnlag svekkes av strukturendringene 	Ny struktur – ny maktkamp
INSTITUSJONELT PERSPEKTIV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Endring for å bevare ▪ Effektivitetsrituale – dekobling ▪ Kriseløsning 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ I den grad normer, verdier og tradisjoner utfordres ▪ I den grad strukturen utfordrer løse koblinger ▪ I den grad det er uenighet om strukturens verdi som løsning på krisen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Påtvunget struktur ▪ Drivstoff til kriseløsningen

Tabell 1, forventede funn.

I kapitlene fire, fem og seks presenteres det empiriske grunnlaget for studien. Det vil avslutningsvis i hvert av disse kapitlene bli gitt noen analytiske betraktninger hvor oppgavens teoretiske innfallsvinkel blir anvendt for å sette de empiriske funnene inn i et teoretisk rammeverk. I kapittel syv vil oppgavens funn bli beskrevet gjennom hvert av de teoretiske perspektivene og funnene vil bli presentert i en tabell tilsvarende Tabell 1, Forventede funn. Nå over til historien om Helse Fonna.

3.0 Metode

I undersøkelser av fenomener kan man velge ulike metoder. Et grunnleggende valg er om man ønsker å gjennomføre en ekstensiv eller en intensiv studie. Ønsker man å undersøke forholdsvis få variabler hos mange analyseenheter, og å komme fram til data som kan generaliseres fra et utvalg til en populasjon er kvantitative forskningsmetoder et godt valg. Ønsker man derimot å få informasjon om mange variabler hos et fåtall analyseenheter, og å komme fram til en forståelse/opplevelse av et fenomen, bør man velge en kvalitativ tilnærming. I masteroppgaven vil man studere et fenomen, forsøke å beskrive dette fenomenet så utførlig som mulig og gi et innblikk i aktørenes forståelse/opplevelse av dette fenomenet. Det vil derfor være naturlig å ta utgangspunkt i en kvalitativ tilnærming.

3.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode benyttes når det man ønsker å oppnå med forskningen er en forståelse for fenomeners mening og formål (Ringdal: 2001). Det kan være en målsetning om å få innsikt i virkeligheten, slik den oppfattes av deltakere i forskningsprosjektet, eller det kan være rettet mot samhandling, og hvilken betydning disse handlingene har for andre (Thagaard: 1998). Som metode kan en kvalitativ tilnærming ha flere karakteristikk. Målsettingen er å oppnå en forståelse for de personene eller samhandlinger man studerer (Ringdal:2001; Thagaard: 1998), og forholdet mellom forsker og informant blir da sentral. I kvalitativ forskning har disse det som kan kalles et "subjekt-subjekt"-forhold, hvor begge parter har innvirking på forskningsprosessen (Thagaard: 1998). Forskeren blir dermed tvunget til å reflektere over sin egen virkning på forskningsresultatene gjennom sin bakgrunn, holdninger og informanternes reaksjoner skapt av forskeren (Creswell: 2003).

I kvalitativ forskning er man også opptatt av fenomeners kompleksitet og detaljrikdom. Kvalitative metoder har dermed et holistisk syn på sosiale fenomener, og datainnsamlingsmetodene som brukes er fleksible og sensitive til den sosiale konteksten (Ringdal: 2001; Creswell: 2003). I stedet for å ha lukkede, forutbestemte undersøkelsesopplegg, er den kvalitative forskningen åpen og tilnæringsmåten til fenomenet blir klarere gjennom forskningens fremdrift (Creswell: 2003).

Masteroppgaven tar for seg de strukturelle endringene institusjonene i Helse Fonna gjennomgår. Hovedsakelig fokuserer den på bakgrunnen for disse endringene, hvilken basis for konflikt disse skaper og hvilken rolle foretaksreformen spiller i endringsprosessen. Undersøkelsen har som

målsetning å beskrive endringsprosessen så fullstendig som mulig innenfor rammene gitt for en masteroppgave. I en studie av strukturelle endringer av så komplekse organisasjoner som sykehus kan hevdes å være (Scott: 2003: 258-259), vil det være rom for ulike tolkninger. Et viktig aspekt ved oppgaven blir derfor å kartlegge informantenes tolkning og forståelse av fenomenet. En kvalitativ tilnærming til problemstillingen vil derfor kunne være fruktbar.

Å velge å bruke en kvalitativ metode er derimot ikke nok for å kunne planlegge studiet på en god nok måte. Det finnes ulike måter å legge opp en kvalitativ studie som f.eks. etnografi, fenomenologi, ”grounded theory” og casestudier. Studiet av Helse Fonna vil ha form som en casestudie. Hva er så en casestudie og hvorfor bruke den tilnærmingen til fusjonen i Helse Fonna?

3.2 Casestudie

Valg av forskningsopplegg gis i stor grad av en studies problemstilling, i hvor stor grad man har behov for å kontrollere handlingene og om man studerer et samtidig eller historisk fenomen (Yin: 2003). I følge Ragin og Beckers (1992) finnes det ingen allment akseptert definisjon av begrepet casestudie. Yin (opsit.) gir oss allikevel en definisjon som sier at casestudier er en empirisk undersøkelse av et fenomen i sine naturlige omgivelser, der flere datakilder benyttes og grenser mellom case om omgivelser er uklare. Det er ikke gitt at man benytter seg av kvalitativ metode, både kvantitative og kvalitative metoder kan gi informative svar for en casestudie.

Å bruke en casestudie har klare fordeler i enkelte studiekontekster. En slik studie vil kunne gi svar på ”hvordan-” eller ”hvorfor-”spørsmål om et fenomen, og man kan bruke ulike datakilder i samme studie alt etter hvilke spørsmål man ønsker å få besvart. I casestudier behøver man heller ikke ha kontroll over de hendelsene som utspiller seg, og man kan studere et fenomen i forskerens egen samtid (ibid.).

Casestudier har også sine ulemper. En annen side av kildefleksibiliteten man har i casestudier er ikke kun valgene man tar med hensyn til hvilke kilder man benytter seg av, men også de som man velger å *ikke* bruke. Dette kan gi et inntrykk av kildematerialet å ha undergått en selektiv utvelgelse i forhold til de funn man kan ønske eller forvente å finne. For å forsøke å motvirke denne selektiviteten og for gjøre studien mest mulig troverdig, er det viktig å være bevisst sine valg med hensyn til bruk av de innsamlede data.

En svakhet ved casestudier som også kan trekkes fram er mangelen på generaliserbarhet. Det kan være tvilsomt å generalisere funn fra én casestudie til en større populasjon. Dette er ofte

ikke hensikten med casestudier, men er heller et forsøk på å kunne danne en basis for utviklingen av mer generelle teorier. Således kan funnene i casestudier være det Yin(2003) kaller analytisk generaliserbare, og casestudien blir vurdert i forhold til perspektivenes forklaringskraft i studien og dens relevans for teoriene.

Problemstillingen som omhandler Helse Fonna har flere trekk som kjennetegner en casestudie. Det studeres bakgrunnen for og kjennetegn ved en endringsprosess foretaket gjennomgår, uten at det forsøkes å påvirke handlingsmønstre eller framgangsmåter i denne prosessen. Deler av tidsperioden caset skal studeres i ligger i fortiden, men endringene pågår enda og er ikke fullførte. Konsekvensene av den nye strukturen er derfor enda ikke klar. Målsettingen for oppgaven er heller ikke, som tidligere nevnt, å beskrive et tverrsnitt av organisasjonsendringer i enkeltforetak i Norge, men å gi en dypere innsikt i, hva et foretak velger å endre, hvilke mekanismer som driver disse endringene og hvordan dette forstås av organisasjonen. Det kan derfor være rimelig å bruke en casestudie med en kvalitativ tilnærming av Helse Fonna for å utforske problemstillingen.

3.3 Datagrunnlag

Valg av datakilder er avhengig av oppgavens problemstilling og de teoretiske innfallsvinklene man har til caset. Creswell (2003) nevner ulike kilder til informasjon om et fenomen som studeres ved hjelp av en kvalitativ tilnærming. Disse er observasjon, intervjuer, dokumenter, audiovisuelt materiale. Hvilke av disse datainnsamlingskildene vil kunne belyse organisasjonsendringene i Helse Fonna?

Datagrunnlaget er for denne oppgaven basert på dokumenter og intervju. Gjennom ulike dokumenter kan man få belyst organisasjonens offisielle planer og målsettinger og deres oppfatning av hvilke midler som må/skal tas i bruk for å oppnå disse målene. I dokumentgjennomgangen kan man også få en forståelse for hva de legger til grunn for de planene organisasjonen har. Dokumenter kan også være skrevet av utenforstående som for eksempel avisartikler. Disse kan være hjelpelike med å oppdage og forstå konflikter og divergerende interesser når det gjelder offisielle handlingsplaner. Det vil også kunne gi en pekepinn på hvilke holdninger, verdier og virkelighetsoppfattelser som råder blant organisasjonsmedlemmer. Det rasjonelle perspektivet blir derfor godt belyst gjennom analysen av offisielle dokumenter, mens andre typer dokumenter bedre kan forklare caset gjennom interessehevingsperspektivet og det institusjonelle perspektivet.

For problemstillingen vil det være interessant å kunne trenge under og utforske faktorer som kan ligge bak de offisielle målsetningene og forståelsene av situasjonen. Da kan også data innsamlet i intervjuer være fruktbare. I intervjuer vil man kunne få informasjon som går like til kjernen av problemstillingen man forsøker å finne svar på. Man kan stille spørsmål direkte til sentrale kilder, og har også en unik mulighet til å få innsikt i hvordan aktører selv oppfatter årsakssammenhenger i problemstillingen (Yin: 2003). Intervjuer er derfor en enda sterkere kilde til informanternes holdninger og verdier, og hvordan dette virker inn på deres virkelighetsforståelser, enn dokumenter. Data innsamlet fra intervjuer er også gode kilder til å beskrive og få et innblikk i de gjerne uoffisielle koalisjonene man kan finne i organisasjoner. Data som kan underbygge interessehevdingsperspektivet og det institusjonelle perspektivet er blir dermed særlig ivaretatt gjennom intervjuene.

De to datakildene utfyller hverandre og supplerer hverandre. Nyttan av de ulike datakildene er allikevel avhengig av i hvor stor grad man får tilgang til det man leter etter, og organisasjonens imøtekommenhet. Hvilke datakilder har vært tilgjengelig, hvordan har den konkrete datainnsamlingen foregått og hva har vært viktig å ta hensyn til i bruken av dem?

3.3.1 Dokumenter

I studiet av Helse Fonna har flere typer dokumenter vært interessante kilder til informasjon. Dette har vært offentlige dokumenter som stortingsmeldinger, NOU'er og helseforetakets styringsdokumenter, som gir en generell innføring i helsereformen som tema og vilkårene for sykehusdrift i Norge. Disse dokumentene har vært viktige i forståelsen av organisasjonens handlingsbakgrunn og rasjonale for endring. Andre typer dokumenter som er også blitt brukt i oppgaven er Helse Fonnas Mål- og strategiplan for 2002 og den reviderte utgaven av dokumentet fra 2004. Styreprotokoller og sakspapirer fra styremøter har også vært brukt som kilder. I tillegg har presseartikler fra ulike media vært en mye benyttet kilde.

I analysen av dokumenter er det alltid viktig å ha in mente at dokumentene er skrevet med et annet formål enn forskning, og man må vurdere kildene i forhold til den kontekst de er utformet i (Thagaard: 1998). Et godt eksempel kan være saker som kommer til uttrykk i media. Her kan medias rolle som publikumsfrier (Johnson: 2005) være innvirke på deres måte å fremstille saken på, og situasjoner kan være mer spisset og framstå som mer svart – hvitt enn slik de omtalte nødvendigvis oppfatter situasjonen på. Det er heller ingen garanti for at informasjon fått fra

dokumenter er riktig eller fullstendig (Creswell: 2003). Det er også alltid en fare for at forskeren er forutinntatt i jakten på informasjon. Dermed kan man risikere at man kun finner informasjon relevant til det svaret man ønsker å dokumentere (ibid.; Yin: 2003). Fordelen med å bruke dokumenter som datakilder har vært at man kan gå tilbake og studere informasjonen gjentatte ganger etter hvert som studien skrider fram. Dokumentene har også gitt et overblikk over lengre tidsperioder, flere temaer og mange hendelser på en forholdsvis enkel måte.

Tilgangen til dokumenter har vært forholdsvis god. Det aller meste av den offentlige dokumentasjonen har vært tilgjengelig på internett. Masteroppgaven inngår som en del av *Autonomy, Transparency and Management, three reform programs in healthcare: a comparative project* (ATM-prosjektet) ved Rokkansenteret. I løpet av dette prosjektet er det samlet inn ulike dokumenter relevante i forhold til helsereformen og de forskjellige foretakene. Disse er gjort tilgjengelige for deltakere på prosjektet gjennom et felles arkiv.

Dokumenter fra helseforetaket har også vært relativt lett tilgjengelig, men ikke alt har vært tilgjengelig gjennom internett. Styreprotokoller og sakspapirer fra tiden før 2005 er kun tilgjengelig via foretakets intranett eller som papirutgave i foretakets eget arkiv. Ved forespørsel var denne typen dokumenter derimot ikke noe problem å få skaffet til veie. Etter hvert som studien løp kunne det allikevel ha lettet arbeidet ved å ha en enklere tilgang til protokoller og sakspapirer fra tiden før 2005. Annet materiale, som mål- og strategiplanene, interne rapporter og presentasjoner har blitt sendt per e-post eller papirkopier er blitt utlånt av informanter i foretaket.

3.3.2 Intervju

Intervjuene har vært en svært sentral kilde til informasjon for denne studien. Ulike personer i Helse Fonnas som er eller har vært medlemmer av toppledelsen stilte opp til intervju. Disse ble valgt ut fra deres sentrale posisjon i foretaket, og som ansvarlige for å utforme og gjennomføre strukturendringene i foretaket. Informantene ble også valgt ut på basis av deres tidligere bakgrunn fra enhetene som inngår i foretaket. Gjennom informantene kunne man dermed få et innblikk i forholdene i og mellom de enkelte enhetene. 5 personer ble intervjuet, hvor en informant ble intervjuet to ganger i forbindelse med studien, samt at det ble gitt tilgang til to intervjuer av samme informant gjort i andre studier. På grunn av et behov for å avgrense studien ble det ikke intervjuet personer på lavere ledernivå, til tross for at dette ville kunne tilføre nyttig informasjon for besvarelsen av problemstillingen.

Intervjuene gjort i forbindelse med denne studien hadde en varighet på mellom halvannen til 2,5 timer, og ble utført på informantenes kontorsted på Haugesund Sjukehus eller i informantens hjem der det var aktuelt. Det ble utarbeidet en egen intervjuguide for hvert intervju, men disse intervjuguidene tok opp flere av de samme temaene. Intervjuguidene ble sett på som veiledende i intervjusituasjonen, noe som gav en mulighet for å tilpasse temaene etter som hvordan intervjuene skred frem. Intervjuene kan derfor regnes for å være semistrukturerte. I casestudier brukes ofte semistrukturerte intervjuer, hvor det blir viktig å kunne veksle mellom å holde samtalen innenfor det temaet man ønsker å belyse, og det å være åpen for nye innfallsvinkler til tematikken (Yin: 2003).

For å sikre en mest mulig korrekt gjengivelse av informantenes besvarelser og resonnementer ble alle intervjuene tatt opp på minidiskspiller og mp3spiller. Deretter ble intervjuene transkribert og analysen av intervjuene er foretatt på basis av det skriftlige dokumentet. Å bruke opptaksutstyr kan være en fordel for intervjusituasjonen ettersom en da kan vie samtalen all oppmerksomhet, i stedet for å bruke tid på å notere mest mulig. Det kan allikevel bli en ulempe å kun basere seg på opptak hvis teknikken ikke skulle stå en bi. I to av intervjuene oppstod det tekniske problemer, noe som førte til at deler av intervjuer ikke ble tatt opp. Like etter intervjuet ble det notert ned det som ikke kom med på opptak, men noe av informasjonen og informantenes egne formuleringer gikk allikevel tapt. Transkripsjonsprosessen var i seg selv en viktig bearbeidelsesprosess som lettet arbeidet med å gjøre seg kjent med tema og sammenhenger sentrale for besvarelsen av problemstillingen.

All informasjon man får gjennom en informant er subjektiv; det vil si at informasjonen blir filtrert av informanten før den når forskeren. Denne filtreringen kan føre til at informanten forteller det som han/hun tror forskeren vil høre, og som kan føles mer sosialt akseptert, eller at informasjon som kan gi et negativt bilde av informanten blir utelatt (Brewerton & Millward: 2003). Informasjonsutvekslingen kan også bli påvirket av informantens og intervjuerens holdninger til hverandre. I intervjuer er det tidligere nevnte ”subjekt-subjekt” forholdet meget tydelig, og de forestillinger om hverandre og om temaet som skal diskuteres vil være med å forme de svarene og meningsutvekslingene som gis. Også forskerens normer, verdier og oppfatninger kan spille en rolle for hvordan man forstår og oppfatter de data som kommer fram i intervjuene. Forskerens engasjement i oppgavens problemstilling er viktig for å trenge lengst mulig inn i materialet, samtidig kan også dette engasjementet føre til en blindhet eller partiskhet i behandlingen av de

data man får tilgang til. Dette er det viktig å ha et bevisst forhold til, og reflektere over i bearbeidelsen av intervjuene.

Møtet med informantene i forbindelse med denne konkrete oppgaven gav et inntrykk av velvilje til å stille til intervju og til å dele den informasjon og oppfatninger man måtte ha om oppgavens tema. Noen intervjuer ble allikevel merkbart preget av informantens jobbsituasjon og at intervjuene ble foretatt i foretakledelsens hovedkontor i Haugesund. Svar på spørsmålene ble til dels styrt av det informanter ønsket å formidle mer enn det ble svar på de stilte spørsmål, mens andre informanter var nølende med å dele informasjon som kunne være ufordelaktig for foretaksledelsen eller Haugesund sjukehus på grunn av den fysiske nærheten til ledelse og sykehus. I oppgaven er det også valgt å anonymisere informantene. Dette er blitt gjort for å ta hensyn til at informantenes integritet i arbeidsmiljøet blir ivaretatt. Anonymisering kan være med å stille informantene friere til å uttrykke sin egen oppfatning, uavhengig av organisasjonens offentlige policyer. Derimot gjør dette det vanskelig å etterprøve de dataene som har blitt tilkjennegjort gjennom intervjuer.

Intervjuene fokuserte på både nylig avsluttede eller samtidige prosesser, så vel som prosesser som lå lenger tilbake i tid. Det er muligheter for at informanter i forhold til temaer som lå nært opp til intervjuet i tid, lettere husket sammenhenger og detaljer som var relevante. Samtidig er det sannsynlig at hvordan informanter husker hendelser i ettertid blir preget av hva de selv har opplevd som mest relevant, eller at informantene ikke husker hendelser og sammenhenger så godt som ønskelig. Det er også fare for at det foregår en form for etterrasjonalisering av tidligere begåtte handlinger sett i lys av dagens situasjon. At svarene også er vurdert fra et strategisk ståsted er heller ikke usannsynlig.

Kjennetegn ved datainnsamlingsmetodene og bruken av dem er sentrale for deres evne til å si noe om det man ønsker å studere. Hvor pålitelige og nøyaktige dataene som blir brukt er også viktig for studiens troverdighet. Hvordan vurderes dataene i denne studien?

3.4 Vurdering av studiens datagrunnlag

I hvor stor grad en studie svarer på de forskningsspørsmål som stilles i studien reflekteres i studiens validitet, med andre ord om studien belyser de spørsmål den sier den skal belyse. For å sikre oppgavens validitet er det blitt brukt flere kilder til data. Gjennom en slik datatriangulering kan man holde informasjon fra de ulike kildene opp mot hverandre og sammenligne funnene. Samtidig er det viktig å reflektere over at datakilder man velger å ikke bruke kunne ha brakt inn informasjon som ville satt studien i et annet lys, og at man ut i fra kildevalget dermed legger føringer på hvilke funn man vil finne.

For å styrke validiteten til oppgaven ble også empirikapitlene lest gjennom av en sentral informant. Slik ville mulige misforståelser og faktafeil bli luket ut samtidig som informanten kunne gi mer utfyllende informasjon. Det er derimot en balansegang mellom å korrigere misforståelser og det å direkte påvirke de empiriske funnene studien har kommet fram til, og det krever at man veier kommentarer til empirien opp mot dette. Gitt den kvalitative metodens fortolkende natur, er ikke en kvalitativ studies validitet målbar, men er en skjønnsmessig vurdering. De empiriske funnene har også blitt presentert i kronologiske faser noe som gir en god oversikt, og det er dermed enklere å gå tilbake og sjekke de funn som oppgaven framlegger.

En svakhet ved oppgavens validitet er at ikke alle informantene har direkte kjennskap til alle de institusjonene de uttaler seg om, og hver institusjon er representert av få informanter. Denne svakheten er forsøkt møtt ved at informasjon fra informanter med indirekte kjennskap til de ulike institusjonene blir sammenstilt med informasjonen fra representantene fra den enkelte institusjon. En svakhet som gjenstår for oppgavens validitet er at få informanter blir representanter for store grupperinger. Dette er gjort for å avgrense studien til å falle innenfor en overkommelig ramme for en masterstudie. Ambisjonen for oppgaven er heller ikke en statistisk generaliserbarhet, men å etterprøve teoriens forklaringskraft for caset. Å bruke flere teoretiske perspektiver brukt på en utfyllende måte kan være med på å øke studiens validitet gjennom å gi flere forklaringer på studiens funn.

For å kunne si noe om en studies validitet må man også se på studiens reliabilitet. Er studiens resultater etterprøvbare, er dette en sterk støtte for studien troverdighet. For denne konkrete oppgaven er alle dokumenter offentlig tilgjengelige og det vil være enkelt å finne de aller fleste av disse. En del av dokumentene er funnet ved hjelp av internett, enkelte er av eldre karakter. Dermed kan det vise seg vanskelig å finne disse dokumentene igjen. Alle internettkilder har blitt oppført i studien med full url-adresse og dato dokumentet sist ble funnet. Ved bruk av andre typer dokumenter refereres det også direkte til disse dokumentene.

Når det gjelder intervjuenes reliabilitet er dette forsøkt ivaretatt ved at disse ble tatt opp på bånd. Informantenes anonymitet er derimot et hinder for å oppnå full etterprøvbarhet på data fra intervjuene. At det er opplyst at det er toppledelsen i ett konkret foretak, Helse Fonna, gjør det derimot en mulig oppgave å etterprøve denne informasjonen. Også for reliabiliteten spiller oppfølgingsamtaler en rolle, ettersom man gjennom nye samtaler kan fjerne eventuelle feiloppfatninger fra tidligere samtaler.

Oppgaven er altså utformet som en kvalitativ metodisk casestudie, og er blitt utført ved hjelp dokumenter og intervjuer som datakilder. Disse datakildene er på ulike måter behjelpelige med å belyse empirien i de tre teoretiske perspektivene som oppgaven bruker. Hva har så kommet fram gjennom NOU'er, mål- og strategiplaner for foretaket, avisartikler og andre typer dokumenter sammen med intervjuene gjort med informantene i Helse Fonna? I oppgavens tre neste kapitler vil i kronologisk rekkefølge de empiriske funnene bli presentert.

4.0 Starten på et samarbeid

”Vi hadde en felles forståelse om at her måtte det bli tre, alle skulle bli vinnere, ingen skulle bli tapere”. (Informant 2)

Da staten overtok eierskapet for sykehusene og foretaksstrukturen ble innført lå det i dette et ønske om å ansvarliggjøre institusjonene for tjenestekvalitet så vel som ressurseffektiviteten i sektoren. Sammen med denne ansvarliggjøringen signaliserte man også de sentrale myndigheter ønsket å stille foretakene friere til å gjøre organisatoriske tilpasninger og endringer man så som nødvendige for å oppnå bedre kvalitet og kostnadseffektivitet. Både foretaket Helse Fonna og de enkelte institusjonene i foretaket satte i gang strukturelle tiltak som en tilpasning til den nye styringsstrukturen og for å gi en bedre og mer effektiv tjenesteleveranse. Dette var en prosess som derimot hadde startet før foretaksorganiseringen gjennom sykehusenes samarbeid i HOS-prosjektet. Framstillingen av det empiriske materialet vil derfor ta utgangspunkt i Stord, Haugesund og Odda sjukehus' samarbeidsprosjekt som startet i 1996 og vil følge utviklingen kronologisk fram til den gjennomgående klinikkstrukturen hadde vært i drift i et halvt år, sommeren 2004. Først altså, starten på et nytt samarbeid, HOS-prosjektet.

4.1 HOS-samarbeidet påbegynnes

I 1996 begynte de daværende Fylkessjukehuset på Stord og Fylkessjukehuset i Haugesund (FiH) et arbeid med å få på plass et interhospitalt samarbeid, etter initiativ fra Stord Fylkessjukehus. I behandlingen i Rogaland og Hordaland fylkeskommuner i januar 1997 kom det fram et politisk ønske om å se Sunnhordland, Nord-Rogaland og Hardanger i en sammenheng, og Fylkessjukehuset i Odda, som var det tredje somatiske sykehuset i regionen, ble dermed innlemmet i samarbeidsplanene. Det var starten på det såkalte HOS-prosjektet (Prosjektrapport: 2001).

Til tross for at Haugesund, Odda og Stord fylkessjukehus lå i to ulike fylkeskommuner og var geografisk spredt så man det som naturlig å utvikle et samarbeid mellom disse sykehusene. Gjennom samferdselsprosjekter som Trekantsambandet, Følgefonnstunnelen og Åkrafjordveien ville regionen bli knyttet tettere sammen og bli tilnærmet ”fergefritt og døgnåpne”⁴.

⁴ <http://ans.hsh.no/hs/syk/sykepleielab/fih/avdeling/stab/sekret/prosjekt/h-o-s.htm>

Den offisielle målsettingen for samarbeidet var å kunne tilby et bedre tjenestetilbud til innbyggerne i lokalsykehusområdene gjennom å bedre utnytte den samlede kompetansen og ressursene og å bedre rekrutteringen av fagpersonell i nedslagsregionen⁵. I august 1997 begynte et forprosjekt, og hovedprosjektet tok til i 1998 og ble avsluttet 31.12.2000 (opsit). Initiativet til samarbeidet kom fra sykehusene selv, men den daværende Helseregion Vest stod som eiere av prosjektet. Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund (KS) bidro med prosjektmidler gitt gjennom Forum for organisasjonsutvikling i Sykehus⁶, og prosjektet fikk til tider stor politisk oppmerksomhet⁷. I 2001 vant også samarbeidet ”Det nytter” -prisen som deltes ut av Sosial- og helsedepartementet og KS til personer eller miljø som hadde stått for nyskapende tiltak innenfor helse- og sosialsektoren.

Initiativet til samarbeid hadde også en bakgrunn i den allerede eksisterende sykehusstrukturen i regionen og styrkeforholdet som lå i denne. Haukeland Regionsykehus og Stavanger Sentralsykehus var begge sterke parter i denne strukturen.

”Jeg så med mye større frykt på plasseringen av Stord og Haugesund i geografien, med et tungt universitetssykehus i Bergen og en aggressiv, om du vil, ja det kan du godt si, samarbeidspartner i Stavanger”.
(Informant 5)

Underliggende den offisielle målsettingen om bedre tjenestekvalitet lå det altså en frykt for at sykehusene til slutt ville bli overtatt av disse sterkere ”storebrødrene” og samarbeidet var et forsøk på å danne et samarbeid som var motstandsdyktig mot disse store polene.

Prosjektets hovedmål om en bedre spesialisthelsetjeneste til innbyggerne i HOS-samarbeidets dekningsområde skulle gjennomføres ved å bedre utnytte den samlede kompetansen og ressursene i området, og arbeidet skulle være tuftet på fylkeskommunenes overordnede planer innen helse- og sosialtjenesten (Prosjektrapport:2001). En viktig forutsetning for samarbeidet var at administrasjonskostnadene ikke skulle øke. En annen viktig, og kanskje avgjørende, forutsetning for prosjektet var også at sykehusene skulle samarbeide som tre likeverdige og selvstendige enheter, hvor alle skulle beholde akutfunksjonen.

⁵ <http://ans.hsh.no/hs/syk/sykepleielab/fih/avdeling/stab/sekret/prosjekt/h-o-s.htm>

<http://ans.hsh.no/hs/syk/sykepleielab/fih/avdeling/stab/sekret/prosjekt/hosinfo.htm>

⁶ Forumet var et fellesprosjekt mellom Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund opprettet i 1997. Forumet skulle stimulere til positiv organisasjonsendring i norske sykehus gjennom bl.a. utdeling av prosjektstøtte, og å følge opp utviklingsprosjekter. Arbeidet videreførtes ut 2000.

⁷ <http://munin.hsh.no/hs/syk/sykepleielab/fih/FELLES/HOSprosj/HOSNytt2000/mai.htm>

”Vi hadde klare forutsetninger her at alle skulle være i en ”vinn-vinn”-situasjon. Det var en helt klar forutsetning at her skulle ikke noen tape på å gå inn, og pasienten skulle selvfølgelig vinne på det, og det skulle også organisasjonen som sådan”. (Informant 5)

Sykehusene opplevde det å være truet fra flere kanter og inngikk et samarbeid for å stå sterkere, men også for å gjøre sykehustjenestene mer effektive. Med likeverd og selvstendighet som forutsetninger kunne samtalen om samarbeidet begynne.

4.2 Samarbeidet begynner

For gjennomføringen av prosjektet ble det opprettet en styringsgruppe, en prosjektgruppe og flere arbeidsgrupper. Styringsgruppen tok seg av de overordnede målsetningene, prosjektgruppen hadde ansvaret for gjennomføringen av prosjektet, mens arbeidsgruppene skulle se på alternative driftsplanleggingsmodeller, som grunnlag for oppavefordeling innenfor ulike fagområder. Arbeidsgruppene fikk også ansvaret for å utvikle samordningsmodellene mellom sykehusene, og prøve disse ut og innføre dem i den ordinære sykehusdriften (Prosjektrapport: 2001: 12). Fagfeltene samarbeidet ble bygd opp rundt var medisin, kirurgi og kvinnesykdommer, men man hadde også samtaler om muligheter for samarbeid inne psykiatrien. Her deltok også representant fra Valen psykiatriske sjukehus, men sykehuset gikk ikke inn i samarbeidet. I prosjektrapporten beskrives prosessen med å utforme samarbeidsmodellene som en ”bottom-up” prosess (ibid: 13). Arbeidsgruppene bestod av sentrale personer fra avdelinger i det enkelte sykehus, og deltakerne i arbeidsgruppene utarbeidet samarbeidsavtalene for sitt fagområde. Dette mente man gav en positiv effekt, og at det var viktig at fagpersonellet selv la premissene for den praktiske utformingen av prosjektet (ibid: 25). Det ble altså vektlagt at de ansattes deltakelse var viktig og positiv for prosjektet.

Mange planer, ideer og forslag kom fram i kjølvannet av HOS-prosjektet, men dette ble i varierende grad satt ut i livet i løpet av prosjektperioden. Kirurgi var ett av fagområdene som fikk flest planer igangsatt. Her hadde man utveksling av bl.a. hofte-, kne- og ryggpasienter, samt samarbeid innen karkirurgi og ulike krefttilfeller (Prosjektrapport: 2001). Også innen gynekologi/obstetrikk ble man enige om flere samarbeidsprosjekter som skulle realiseres; kirurgisk behandling av urinlekkasjer hos kvinner, fjerning av livmor, avtale om overføring av risikofødende og behandling av ufrivillig barnløshet (ibid.). Innen pediatri var det noe praktisk samarbeid, som omhandlet øyeblikkelig hjelp til nyfødte og eldre barn og opprettelsen av en

pediatrisk poliklinikk i Odda med legespesialist fra Haugesund. Til tross for disse planlagte tiltakene ble lite fulgt opp i det daglige virket ved sykehusene.

Også for de andre faggruppene var det tilfeller av samarbeid, men også her ble mye værende på planleggingsstadiet så lenge prosjektet pågikk. Innen faggruppe medisin så man noe rom for samarbeid, blant annet var innleggelse av pacemaker sentralisert til Haugesund. Samtidig understrekte man at HOS-prosjektet hadde som hensikt å opprettholde akutfunksjonen ved alle sykehusene. Grunngitt i den høye øyeblikkelig hjelp -frekvensen når det gjaldt innleggelse av medisinske pasienter, ville man opprettholde akutfunksjonene. Man kan også gjennom informanter få et inntrykk av at de medisinske avdelingene hadde størst motforestillinger mot samarbeid. I prosjektrapporten fra HOS-prosjektet (2001) beskrev man også samarbeidet mellom sykehusene for denne faggruppen som *”forholdsvis lite i omfang i prosjektperioden”*. For funksjonen Øre-Nese-Hals var allerede Haugesund Fylkessjukehus sentralsykehus, og samarbeide var allerede etablert. I de resterende faggruppene var enkelte tilfeller av samarbeid satt ut i livet, men planene var stort sett større enn praksisen.

”Jeg vil si at det ble veldig mye samtale, det ble veldig mye på det planet. Men det følte jeg i ettertid at det var i grunnen en god prosess. Vi hadde [planen] liggende klart den dag det var et faktum at vi skulle bli et Helse Fonna. Men det var umåtelig tungrodd å få ut i livet”. (Informant 2)

Selv om det var begrenset hvor mye av samarbeidsplanene som ble realisert legger informantene allikevel stor vekt på HOS-samarbeidet som noe positivt. Gjennom det å bli kjent med hverandre og få etablere et kontaktnett i løpet av prosjektperioden mener flere informanter skapte et godt grunnlag for det som senere skulle bli Helse Fonna.

I slutfasen av prosjektet ble det utarbeidet et strategidokument som tok for seg løpet for et eventuelt videre samarbeid mellom sykehusene, og det ble da pekt på syv hovedutfordringer som måtte møtes (HOS: Strategidokument: 2000). Disse utfordringene var i stor grad knyttet opp til det faktum at sykehusene var eid av to ulike fylkeskommuner, og det første ble da også et spørsmål om eierskap og hvordan samarbeidet skulle organiseres. En annen utfordring gjaldt personalpolitikk. Incentivsystemene i sykehusene på hver side av fylkesgrensen var ulike. Institusjonene i Rogaland hadde høy grunnlønn, men lite utviklet støtte til spesialutdanning. På institusjonene i Hordaland hadde man lav grunnlønn, men godt utviklet støtte til spesialutdanning. For å kunne videreutvikle samarbeidet var dette noe man måtte finne en løsning på (ibid.).

For at sykehusene skulle framstå som én sykehusenhet for pasienter og primærhelsetjenesten ville det være helt sentralt å få på plass en felles IT-plattform som kunne håndtere en slik funksjon, når målsettingen var å ikke øke administrasjonskostnadene. i drift. Stord og Odda var knyttet opp mot Haukelands IT-system, mens Haugesund hadde sitt eget.

”IT-teknologien var en veldig bremsekloss. Vi hadde to ulike datasystemer. Og vi hadde jo tenkt å få en pasientpool, at pasientene kunne dirigeres via datateknologi. Det kom aldri på plass (...) og det var veldig mye det at vi hadde to rigide systemer”. (Informant 2)

Fylkeskommunenes ulike IT-strategier ville derfor by på store utfordringer for å få en slik ”virtuell organisasjon” (ibid.)

I tillegg kom utfordringer som gikk på ambulant virksomhet, akuttberedskap og rekrutteringsstrategi. Et av samarbeidets utgangspunkt var at sykehuspersonellet skulle være mobile, mens pasienten skulle få bli nærmest mulig bosted. En slik løsning ville være avhengig av å få like lønns- og personalsystemer på plass (HOS: Strategidokument: 2000). Når det gjaldt akuttberedskapen så man det som nødvendig å gjennomgå den nivåinndelingen som forelå i området for å se om alle sykehus tilfredsstilte forutsetningene for det beredskapsnivået som var på sykehuset⁸. Med rekrutteringsstrategi tenkte man hovedsakelig på utdanning av legespesialister, men også generell rekruttering. Mulighetene for rekruttering ble ansett som bedre gjennom å slå sammen til en felles sykehusenhet, enn om man bestod som enkeltsykehus.

Styringsgruppen skisserte opp to mulige måter å organisere HOS-samarbeidet videre. Den ene modellen tok for seg et samarbeid med felles styre eller felles administrativt råd for de involverte sykehusene. Den andre modellen skisserte opp et ”HOS-sykehus” hvor alle var ansatt i den samme organisasjonen med like ansettelsesvilkår. Styringsgruppen anbefalte avslutningsvis på prosjektet å gå inn for denne siste modellen.

HOS-sykehuset ble aldri noen realitet. De skisserte organisasjonsløsningene var ikke blitt utredet, og det neste skrittet man så for seg var å sette i gang et prosjekt med hovedfokus på ledelse og organisering av samarbeidet.

”En hadde jo tenkt å gå til fylkeskommunen og spørre om et prosjekt på ledelse. Skulle det være en blant likemenn av de tre direktørene som var øverst, at de hadde et råd, direktørråd? (...) Men

⁸ NOU:1998:9 ”Hvis det haster...” foreslår at akuttberedskapen struktureres i nivåer, hvor sykehusene til en hver tid skal tilfredsstillte en viss minimumsstandard. Alle sykehus innehar en indremedisinsk beredskap, men den kirurgiske beredskapen inndeles i nivåer.

så kom jo foretaket, og da var det jo ikke noen hensikt å gå til fylkeskommunen for da ble det jo allikevel.” (Informant 1)

Andre informanter mente at overgangen fra HOS-prosjektet til Helse Fonna ikke gikk like smertefritt og raskt. Ved oppstarten av prosjektet opplevde man stor støtte fra fylkeskommunene, og at samarbeidet ble brukt som en ”prydsak”. Da man så kom med konkrete forslag til hva som måtte gjøres, ble det diskutert i fylkeskommunene, men man opplevde liten vilje til å komme med vedtak. Dette forklares av at man ikke hadde andre eksempler på et slikt interkommunalt sykehuskonsern, og det var derfor stor usikkerhet i hvordan dette skulle løses.

”Det var jo en modell som ikke var prøvd, det var jo et pilotprosjekt om du vil. Skal jeg gjette på noe så var det vel kanskje ikke minst i Rogaland en viss motforestilling mot hvilke konsekvenser det ville få”. (Informant 5)

Det beskrives altså ikke bare en manglende evne til å ta beslutninger om HOS-samarbeidet, men også en manglende vilje. I dette kan det ligge en oppfatning av at Sentralsjukehuset i Stavanger (SiR) følte sin overordnede stilling som truet hvis et slikt sykehus ble opprettet, og at fylkeskommunen hegnet om SiRs posisjon.

Man så det også som avgjørende å få til en rotering av personalet for å få til videre og utvidet drift av HOS-samarbeidet:

”Hele HOS-prosjektet stoppet jo med at en sa at skal en komme videre så må folk begynne å jobbe på tvers. Det var liksom det som var sluttpunktet for HOS-prosjektet. Og dermed ble det startpunktet for foretaksprosjektet”. (Informant 3)

Ordningene med ambulerende personell fikk man aldri helt på plass. Det var vanskelig å rekruttere fagpersonell og man ønsket ikke å utfordre disse gruppene for mye, samtidig som man hadde signalisert at det ville bli aktuelt med ambulerende virksomhet i framtiden. Dermed fikk Faggruppene innlemmet fast ansettelsessted i sine arbeidskontrakter. Dette satte en stopper for en fri disponering av personalressursene mellom sykehusene innenfor normal arbeidstid.

HOS-prosjektet var det første forsøket på samarbeid mellom de sykehusene som senere skulle danne Helse Fonna. Til tross for positiv tilbakemelding fra sykehusene selv og et ønske innenfra å formalisere samarbeidet, skjedde det lite i fylkeskommunene. Først ved den statlige

overtakelsen øynet man nytt håp for et sykehussamarbeid. Resultatene av HOS-prosjektet hadde dermed vært at man hadde fått utredet og planlagt samordningsmodeller for faggrupper som møtte større utfordringer ved iverksetting. Samtidig hadde man fått bli kjent med hverandre og bygget opp nettverk som tidligere ikke hadde vært naturlige.

4.3 Analytiske betraktninger

Da prosjektet skulle settes i gang var man helt klare på at sykehusene skulle være selvstendige og likeverdige samarbeidspartnere. Dette ble sett på som avgjørende for at samarbeidet skulle komme i stand. I løpet av prosjektet ble samordningsmodeller av arbeidet mellom sykehusene utarbeidet, men det var ikke mye av konkret samarbeid som ble gjennomført. Kirurgien hadde en del målsettinger om samarbeid som ble gjennomført, mens for gynekologi og obstetikk hadde det for det meste blitt med planene og lite hadde blitt gjennomført. For medisin understreket man at store deler av pasientgrunnlaget innenfor denne gruppen var akutt, og en akutfunksjon måtte bestå på alle sykehusene. Dermed var det svært lite som ble gjort i fellesskap innenfor medisin.

HOS-prosjektet var allikevel noe som ble lagt merke til i hele Helse-Norge. Dette var en form for samarbeid man ikke hadde sett tidligere, og sykehusenes forsøk på å få i stand et interfylkeskommunalt samarbeid ble berømmet av Sosial og Helsedepartementet. Samarbeidsprosjektet mellom Haugesund, Stord og Odda fylkessjukehus var ikke et ferdig produkt ved prosjektslutt. Man hadde begynt å arbeide med problemstillinger som måtte løses for at samarbeidet skulle kunne videreutvikles da foretaksreformen kom og satte punktum for HOS-prosjektet som det da var.

Fra et instrumentelt ståsted vil man for å forklare bakgrunnen og begrunnelsen for oppstarten av HOS-prosjektet vektlegge det at gjennom fullførelsen av flere samferdselsprosjekter ville man lettere kunne få i stand et samarbeid på tvers av fylkesgrenser mellom sykehusene. Den stadig økende spesialiseringen i medisinen gjorde det vanskelig å rekruttere nok fagpersonell til hver enkelt sykehus. Ved å samarbeide ville man lettere kunne rekruttere spesialister, og kunne gjøre det mulig for sykehusene å gi sine pasienter en bedre tjeneste gjennom å utnytte sine materielle og faglige ressurser mer effektivt. Dermed vil man også ha bedre forutsetninger for å oppfylle organisasjonenes formål om å gi helsetjenester til befolkningen i sitt dekningsområde av høyere kvalitet mer effektivt. Hvis samarbeidet ikke førte til en forbedret tjeneste stod organisasjonene fritt til å trekke seg fra samarbeidet som suverene organisasjoner. I gjennomføringen av prosjektet spilte de faglige ressursene en viktig rolle i utformingen av samarbeidsmodellene. For

å utvikle det faglige samarbeidet mellom sykehusene ble de mest sentrale fagpersonene trukket inn i arbeidsgruppene ettersom de var best kvalifisert til å gjøre dette. Dette kan også være motivert ut fra fagpersoners ønske om å bidra til en bedre samarbeidsløsning.

Hvorfor kom så lite av de samarbeidsmodellene man hadde kommet fram til i arbeidsgruppene over i konkret samarbeid? Svarer man på dette spørsmålet ved hjelp av det instrumentelle perspektivet vil man vektlegge at man hadde ikke funnet de riktige løsningene til organisasjonens problem. De faglige løsningene man kom fram til i arbeidsgruppene var ikke gode nok til å få til et samarbeid. Innenfor gynekologi og obstetikk var man blitt enige om at risikofødsler ved Stord og Odda sykehus skulle overføres til Haugesund, men hadde ikke definert seleksjonskriteriene for disse risikofødsleene, med det resultat at svært få risikofødsler faktisk ble overført. Innenfor medisin var det ikke større grunnlag for samarbeid ettersom å ikke ha akutte tjenester ved alle sykehusene ville føre til et dårligere pasienttilbud, og ville derfor gå mot organisasjonens formål.

Organisasjonenes formelle struktur og teknologi blir i dette perspektivet sett på som en forklaringsfaktor på at HOS-sykehuset aldri ble opprettet. Ettersom sykehusene lå i to ulike fylkeskommuner lå ikke den formelle strukturen til rette for å opprette et slikt sykehus. Sykehusene var underlagt to forskjellige demokratiske instanser med to forskjellige budsjetter. Sykehusene hadde ulik IT-struktur og man fikk ikke på plass de teknologiske løsningene som behøvdtes for å kunne styre et slikt HOS-sykehus. Dessuten var incentivstrukturen forskjellig i disse fylkeskommunene. Dette ville også gjøre det vanskelig for ledelsen å kontrollere og styre en slik organisasjon.

Så hva hadde kommet ut av HOS-prosjektet? I et instrumentelt perspektiv fungerte prosjektet som en kartlegging av den kompetansen sykehusene rådet over, og en bekjentgjøring av de ulike sykehusenes formelle struktur og incentivsystem. Ut i fra en slik kartlegging ville det være lettere å vurdere hvilke endringer som måtte gjøres i den formelle strukturen for å realisere HOS-sykehuset.

I interessehevdingperspektivet får man en annen tilnærming. Her vil man forstå starten av HOS-prosjektet som et forsøk på å posisjonere seg i kampen om pasienter og dermed også ressurser i Helseregion Vest. For å overleve mellom de store sykehusene Haukeland Universitetssykehus og Sentralsykehuset i Stavanger (SiR) sees samarbeidet som en mulighet for sykehusene til å inngå en allianse med hverandre for å stå sterkere i en slik overlevelseskamp. SiR ble oppfattet som en aggressiv part i sør med stor ekspansjonstrang. For å ikke miste sitt maktgrunnlag og ressurs som en viktig tjenesteleverandør i Rogaland fylkeskommune var derfor

et samarbeid med to andre sykehus et viktig mottrekk mot en slik utvikling for Haugesund sjukehus. Sykehuset ville få en viktigere rolle i et større dekningsområde enn tidligere og det ville bli vanskeligere å stille seg spørsmål om Haugesund sjukehus sin autonome stilling. For Stord og Odda sykehus var situasjonen en litt annen ettersom man ikke kunne ha forhåpninger om å konkurrere mot Haukeland. Gjennom en allianse med de andre sykehusene ville man allikevel kunne gjøre det vanskeligere å flytte tjenester fra sykehusene. Alliansen med det større sykehuset i Haugesund ville også gjøre Odda og Stord mindre avhengige av Haukeland, samtidig som man også ble en større makthaver i HOS-samarbeidet enn man var i Hordaland Fylkeskommune. Premissene om selvstendighet og likeverd mellom sykehusene vil man i dette perspektivet forstå som et forsøk på å bevare maktbalansen mellom organisasjonene, og at man ikke skulle miste det maktgrunnlaget man hadde gjennom å miste faglige eller materielle ressurser og ulike funksjoner til noen av de andre sykehusene.

Faggruppens sentrale rolle i gjennomføringen av prosjektet var kan forstås som et forsøk fra ledelsens side å skape allianser til faggruppene, og å binde dem opp i samarbeidet slik at fagpersoner ikke senere kunne gå sterkt ut mot samarbeidsmodellene. Samtidig vil fagpersoner som interessenter også bli sentrale i et slikt perspektiv. Arbeidsgruppene var en forhandlingsarena der også fagpersonene hadde mulighet til å oppnå en bedre posisjon, og kunne selv ha ønsket å få delta. Tjenestesamordningen arbeidsgruppene kom fram til var resultater av en forhandlingsprosess mellom fagpersonell fra de enkelte organisasjonene.

Hvordan forstår dette perspektivet resultatene og videreførelsen av HOS-prosjektet? Tjenestesamordningen arbeidsgruppene kom fram til var resultater av en forhandlingsprosess mellom fagpersonell fra de enkelte organisasjonene. Mangelen på samarbeid kan derfor begrunnes med at alle organisasjonene var selvstendige og likeverdige og grupperingene hadde derfor et likt maktgrunnlag. Ingen av sykehusene var i et avhengighetsforhold til de andre, og det ville derfor være unaturlig ut fra et interessehevingsperspektiv at man frivillig gav fra seg tjenester. Et annet resultat av HOS-prosjektet var at organisasjonsmedlemmene kunne bygge opp nettverk og allianser med andre faggrupper ved andre sykehus og gjøre seg kjent med de andre sykehusenes faggrupper og hvilken styrke og svakheter disse gruppene hadde.

For videreførelsen av prosjektet spilte fylkeskommunene en rolle, og Rogaland kan sees som en aktiv interessent i opprettelsen av HOS-sykehuset. Det var bred politisk enighet i Rogaland fylkeskommune om å bygge opp et universitet i byen med et medisinsk fakultet, og en oppbygging av tjenestene ved Sentralsjukehuset i Stavanger stod her sentralt. Etableringen av et HOS-sykehus ville svekke Stavangers evne til å bygge opp tjenestetilbudet. Fylkeskommunen manglet derfor *vilje* til å gå inn for et slikt HOS-sykehus. Samtidig var et HOS-sykehus avhengig

av å ha en felles ressurspool med rotasjon av personalet mellom sykehusene. I en slik ordning stod faggruppene i fare for å få en mindre fordelaktig arbeidsordning enn det de hadde. I denne situasjonen benyttet de sin makt som sårt tiltrengt arbeidskraft å få fast arbeidssted i lønnsforhandlingene.

I et institusjonelt perspektiv vil man kunne si at motivasjonen for det innovative HOS-prosjektet lå i sykehusenes ønske om å bevares som institusjon, man var redde for at grunnpilarene sykehusene var bygget på skulle forvitte. Ideen om et slikt samarbeid var forenlig med institusjonenes normer og verdier fordi man vektla at samarbeidet skulle være desentralt og at sykehusene skulle være selvstendige og likeverdige. Motivasjonen for å delta i prosjektet var dermed stor, og en felles forståelse for grunnlaget for prosjektet hadde blitt etablert. På grunnlag av den generelt økende trenden om at pasientene burde spille en sterkere rolle i organiseringen av sykehus som vokste fram på denne tiden i Norge (Jørgensen: 2005), ble endringer som baserte seg på tanker som ”pasienten i sentrum” og brukervedvirkning legitime argumenter. Et institusjonelt perspektiv vil kunne se på HOS-prosjektet som et symbolsk prosjekt hvor hensikten var å legitimere organisasjonene for å skaffe til veie midler og anseelse, uten større målsettinger om å gjennomføre faktiske endringer.

Selvstendigheten og likeverdet mellom organisasjonene i prosjektperioden kan sees som et forsøk på å legitimere samarbeidet overfor organisasjonsmedlemmer og lokalmiljø. Samarbeidsformen var et ukjent fenomen og alle i organisasjonen og i lokalmiljøet hadde lite kunnskap om hva prosjektet ville gå ut på. Dette aspektet ble viktig for å skape en følelse av at institusjonene selv hadde kontrollen og at alle var med og formet samarbeidet. Man kunne dermed forhindre tiltak som ville gå på tvers av ens egne normer og verdier, og som kunne være en trussel til den institusjonen man opplevde å være en del av.

Sentrale fagpersoner deltok i arbeidsgruppene av ulike grunner sett i det institusjonelle perspektivet. For det første ville det ut i fra troen på den rasjonelle myten være ”upassende” handlingsmåte å ekskludere de personene med høyest kunnskap om faget man skulle samarbeide om. Gjennom deres deltakelse ble også organisasjonenes normer og verdier reproduisert og vedlikeholdt, noe som bidro til å bekrefte de allerede institusjonaliserte normene og verdiene i den enkelte organisasjon. Dessuten hadde det også en symbolsk effekt og virke legitimerende for samarbeidsmodellene man kom fram til at faggruppene selv hadde vært med på å utforme dem.

Det institusjonelle perspektivet vil kunne bidra med en tredje forklaring på hvorfor samarbeid og fordeling av funksjoner viste seg å være så vanskelig da plan skulle over i praksis. Det kan tenkes at løse koblinger mellom organisatoriske planer og handling gjorde at

organisasjonsmedlemmene ikke forholdt seg til nye måter å gjøre ting på og fortsatte å jobbe på samme måte som man alltid hadde gjort. Det kan også tyde på at det var en varierende forventning blant organisasjonsmedlemmene til at disse samarbeidsmodellene ville bli gjennomført i organisasjonen. Dette ville igjen virke inn på faggruppens følelse av forpliktelse til å arbeide med samarbeidet. Sykehusene var av ulik størrelse, kom fra ulike fylkeskommuner og hadde ulike geografiske områder som dekningsområde. Det kan derfor rimelig å forvente seg at sykehusene hadde utviklet ulike arbeidskulturer, og at disse ulike kulturene vanskeliggjorde kommunikasjonen og dermed samarbeidet mellom sykehusene. Det man derimot oppnådde var at organisasjonsmedlemmene fikk kjennskap til hvordan andre arbeidet og på hvilke normer og verdier de enkelte sykehusene var bærere av i løpet av prosjektet. Man fikk dannet seg et inntrykk av hverandre og hvordan de andre sykehusenes organisasjonskultur var. Gjennom HOS-prosjektet fikk man påbegynt arbeidet med å danne en felles ideologisk base som et HOS-sykehus kunne bygge videre på.

Fylkeskommunens rolle i videreutviklingen av HOS-prosjektet forstås gjennom dette perspektivet som at det var en manglende evne til å gjøre de politiske grep nødvendige for å etablere et HOS-sykehus. Et slikt sykehus som gikk på tvers av de fylkeskommunale grensene var noe man ikke hadde sett lignende til i Norge. Man var vant til å forholde seg til den fylkeskommunale strukturen i helsesektoren, og andre handlingsalternativer og organiseringmåter ble ikke sett på som noe reelt alternativ. Fylkespolitikere ble offer for sin egen sti-avhengighet, hvor man valgte å ignorere nye alternativer som HOS-sykehuset til fordel for den gamle organiseringen med fylkesvis inndeling av ansvaret for sykehuset. Innad i organisasjonen førte fylkeskommunens tilbakeholdenhet til at motivasjonen og forventningene til prosjektets gjennomførelse ble svekket, noe som ville gjøre det vanskeligere å få planene gjennomført (Brunsson:2000).

5.0 Opprettelsen og utviklingen av Helse Fonna

”Jeg er ikke så sikker på om vi hadde vært her i dag i samarbeidet hvis ikke staten hadde gått inn. Jeg følte at for prosjektets del, så kom staten inn som eier og egentlig fikk oss opp eller videre i den prosessen.” (Informant 5)

Ved HOS-prosjektets slutt var man allerede klar over at en reform var i emning, og at staten skulle overta sykehusene. Dette ble sett på som en mulighet til å få realisere planene sykehusene hadde begynt å utvikle. Det ble ikke tatt som en selvfølge at HOS-området skulle bli et av foretakene i Vest. En informant forteller at man jobbet aktivt for å få et foretak basert på HOS-samarbeidet;

”Alle mann ringte til hverandre og sa at dette må vi sloss for å få, for plutselig begynte vi å høre rykter om at (...) det kom til å bli et foretak, Rogalandsforetaket, og Hordaland og Sogn og Fjordane. Så her måtte en jobbe, så jobbet en, og så fikk en det til”. (Informant 1)

Andre informanter modifierer dette bildet og vektlegger heller et ønske fra Helse og Omsorgsdepartementet om å minske direkte konfrontasjoner mellom Helse Bergen og Helse Stavanger, og Helse Fonna kunne spille en rolle som buffersone mellom disse større foretakene. Det lykkes uansett å bli et av fire foretak som skulle inngå under det regionale foretaket Helse Vests paraply. Styret ble på det første ordinære styremøte 21. januar 2002 orientert om hvordan sykehusene i foretaket da var organisert, og man framla to alternativer for videre organisering. Første skisserte alternativ var at man kunne enten beholde eksisterende struktur og forsøke å stimulere til konkurranse mellom institusjonene. Det andre alternativet styret ble forestilt var å danne én organisasjon i løpet av tre år. Første året, 2002, ville man bruke på å ”konsolidere situasjonen”, andre året ta for seg støttefunksjonene og i tredje året integrere de kliniske enhetene (Styreprotokoll: 21. januar 2002). Dette alternativet bygde sterkt på forestillingen man hadde hatt om et HOS-sykehus. Styret gikk inn for å samle institusjonene, men ønsket å ha en kortere tidsplan enn i det framlagte alternativet og ville bruke halvannet år på fusjonen.

Begrunnelsen for å samle organisasjonen i en gjennomgående klinikkstruktur var hensynet til kultur og tjenesteyting. Informanter skisserer en situasjon hvor man vil få en ”dobbelfragmentert” (informant 3) system, hvor foretaket var spredd både langs geografiske så vel som faglige linjer. Gjennom kliniske enheter som gikk på tvers av de geografiske skillelinjene

mente man at man ville kunne forene de ulike kulturene i foretaket, samtidig som tjenestekvaliteten ville heves. I en gjennomgående klinikkstruktur ville man lettere kunne utveksle personell og gi pasientene det beste faglige tilbudet foretaket kunne gi i nærheten av pasientenes bosted. Dette måtte på plass for at foretaket skulle overleve;

”(...) når foretaket kom så var en jo nødt til å bestemme seg for hvordan det skulle være. Så sånt sett kan du jo si at en startet med fire sjukehus, og så vel at skal en ha en sjanse så må det være en organisering på tvers”. (Informant 1)

Informanten mener altså at det var avgjørende å få en struktur som gikk på tvers av de geografiske grensene for at foretaket skulle overleve.

5.1 Navnestriden

Da foretaket skulle få navn var dette noe som ikke var like enkelt overstått som det hadde vært i mange andre foretak. De aller fleste foretakene som ble opprettet etter reformen fikk et navn som var ”Helse” pluss foretakssenterets stedsnavn. Det naturlige var da at foretaket ville bli hetende Helse Haugesund. Et slikt navn skapte strid i Sunnhordland.

”... så kom den protesten i fra Stord, så spør hun [Helse Vests styreleder], hva kan være et fellesnavn? Så kom der en eller annen som ropte ut Fonna, og det er jo verken fugl eller fisk... I Odda var det et fotballag som het Fonna, og det gikk konkurs og det var så dårlig at du bare... Og så skal vi bli hetende Helse Fonna, og det har aldri vært råd å forandre det”. (Informant 2)

Heller ikke ”Helse Fonna” ble videre godt mottatt, ettersom et slikt navn heller ikke opplevdes samlende for regionen.

Styret gjorde ved en senere anledning et forsøk på å forandre navnet til Helse Haugesund, uten å få støtte i dekningsområdet. Fitjar kommunes ordfører uttalte blant annet at

”Haugesund holder ikke som navn geografisk. Dessuten er Stord mer kjent for olje og gass enn Haugesund. Som sunnhordlending blir jeg provosert. Navnet handler om identitet”. (Haugesund Avis: 28. januar 2003).

At navnet på helseforetaket handlet om identitet bekreftes også av flere av informantene; ”*Det var Stord som var helt hysteriske for at det skulle hete Haugesund, for det var det samme som at Haugesund skulle sikre seg alt*” (Informant 2).

En identitetskamp som navnestriden kan vitne om har gjort seg gjeldende også i andre tilfeller av navnsetting på instanser som er felles for Sunnhordland og Haugalandet, som da det nye politidistriktet skulle få navn. Den gang endet man opp med Haugaland og Sunnhordland Politikammer. Det kan se ut som, også gjennom mer generelle oppslag i media om forholdet mellom Sunnhordland og Haugesund/Haugalandsområdet, at det er et til tider anstrengt forhold mellom disse to geografiske områdene;

”Byen er Bergen, og me er frå Hordaland. Haugesund har alltid prøvd å innlemma omlandet til seg, men det klarar dei aldri (...) dette er noko som stikk djupt i oss”. (Haugesunds Avis, 2. desember 2005)

Dette utsagnet vitner om at det foregår en kniving mellom Sunnhordland og Haugesundsområdet som strekker seg utover navnsetting på helseforetak.

5. 2 Overgangsfasen med konsernledelse

Foruten å ta stilling til videre organisering av foretaket og foretaksnavn ble også Haugesunds sykehusdirektør ansatt som administrerende direktør for Helse Fonna. I startfasen av omorganiseringen beholdt sykehusene sine opprinnelige direktører, og foretaksdirektøren hadde dermed en dobbeltrolle i en overgangsfase fram til organisasjonen var samlet. Dette var det klar enighet om mellom direktørene, og styret hadde heller ikke noe å utsette på en slik løsning.

I denne overgangsfasen ble foretaket styrt av et direktørmøte holdt hver fjortende dag. Her møtte alle de fire direktørene, i tillegg til økonomidirektør mens stabsleder ved Haugesund fungerte som sekretariat (Styreprotokoll: 21.januar 2002). Prinsippet det ble styrt etter var at man i direktørmøtet skulle være ”en blant likemenn”, mens foretaksdirektøren hadde det daglige ansvaret. Staben foretaksdirektøren hadde i denne tiden var en økonomidirektør, en informasjonsmedarbeider og en jurist.

Foretaksdirektørens dobbeltrolle ser ut til å ha fungert på en tilfredsstillende måte, men problemfri var den dog ikke, ettersom sykehusdirektørstillingen krevde mye oppmerksomhet. Da staten overtok eierskapet av sykehusene og Helse Fonna ble opprettet pågikk det en større omstilling ved Haugesund sjukehus. Man innførte enhetlig ledelse samtidig som man også omorganiserte sykehusstrukturen i blokker og forsøkte å få i gang teamorganisering innad i

blokkene. Disse omveltningene kom da i tillegg til den nye foretaksstrukturen. Enhetlig ledelse og kanskje særlig teamorganiseringen ble til dels dårlig mottatt og førte til en del turbulens ved sykehuset (Nerheim: 2005: 162). Mye av direktørens tid gikk dermed med til de utfordringene de hadde ved dette sykehuset. Dette kan ha ført til at samordningsprosessen og videreførelsen av HOS-prosjektet kom senere i gang.

”Så er det lett å si i ettertid, [sykehusdirektørene] var vel enige om det, men det tror jeg vel at vi hadde vært tjent med at [foretaksdirektøren] kunne bruke alle [sine] krefter på det”. (Informant 5)

Til tross for enighet om at Haugesunds sykehusdirektør skulle ivareta rollen som foretaksdirektør, mener informanten at dette kan ha virket negativt inn på endringsprosessen på grunn av problemene ved Haugesund sjukehus i denne tiden. Det eksisterte også en spenning mellom blokkledergruppen ved Haugesund sjukehus og direktørgruppen. Det opplevdes som om blokklederne i Haugesund likestilte seg med de andre sykehusene.

”Det var ikke lett for blokklederne i Haugesund å akseptere at [sykehusdirektørene] var et hakk over de som gjerne hadde en blokk som var like stor som og større enn [...] sykehus til sammen. Det gikk aldri på [sykehusdirektørene], den støyten måtte [foretaksdirektøren] ta hele tiden”. (Informant 2)

Foretaksdirektøren var dermed i en presset situasjon som sykehusdirektør, men også som foretaksdirektør. Det ble til slutt nødvendig å understreke for blokklederne at sykehusdirektørene var det forumet med myndighet i foretaket. Foruten spenningene mellom sykehus og sentralledelse hersket det også til dels en tvil om Helse Fonna - direktørens dobbeltrolle ble holdt adskilt og om lojaliteten lå hos Helse Fonna eller Haugesund sjukehus.

”Jeg husker [institusjon] reagerte litt på det at det var ikke så heldig, men jeg kan ikke si at [foretaksdirektøren] ikke ivaretok det. Det er jo mange som vil mistenke [foretaksdirektøren] at det er [Haugesund] han hører til og det er her han tenker (...) [foretaksdirektøren] kan veldig fort bli tillagt andre hensikter”. (Informant 4)

Foretaksdirektøren måtte i denne perioden tone ned sitt engasjement ved Haugesund Sjukehus for ikke å bli oppfattet av de andre institusjonene som å kun være lojal mot Haugesund, samtidig

som han måtte være synlig og tilstede ved dette sykehuset på grunn av den pågående omorganiseringen og for å være foretaksdirektør for det største sykehuset.

5.3 Foretakets videre planer - Mål- og strategiplanen fra 2002

Da Helse Fonna ble opprettet ble forslaget om å slå sammen sykehusene til én organisasjon tidlig lagt fram og vedtatt. For å stake ut kursen for det nye helseforetaket satte man i gang en strategiprosess, som munnet ut i en mål- og strategiplan. Denne prosessen gikk fra september til desember 2002, hvor formålet skulle være å starte arbeidet med å etablere Helse Fonna som *”én organisasjon med felles visjon, mål, strategier, verdier og kultur”* (Helse Fonna: Mål- og tiltaksplan: 2002). Man satte i den forbindelse i gang tre delprosjekter innenfor funksjonene somatikk, psykiatri og administrative støttefunksjoner. Disse skulle se på fordeler og ulemper med en sammenslåing av sykehusene, og greie ut om en optimal funksjonsfordeling mellom institusjonene (ibid.). Det ble opprettet arbeidsgrupper underlagt hvert sitt delprosjekt.

I prosjektrapporten fra delprosjekt Somatikk gav noen arbeidsgrupper ulike anbefalinger på videre organisering. Arbeidsgruppen for gynekologi og obstetikk ønsket å beholde den daværende organiseringen, og at en modell med gjennomgående ledelse var *”så kontroversiell at gruppa ikke kan tilrå han med mindre det blir tvingende nødvendig på grunn av mangel på ressurser”* (Helse Fonna: Prosjektrapport Somatikk: 2002: 17). Arbeidsgruppen for kirurgi var derimot inneforstått med at funksjonsfordeling må skje, men at det måtte finnes et øyeblikkelig hjelp - apparat ved alle institusjonene, men ikke nødvendigvis med fullstendig tilbud. Gruppen skisserte også opp konkrete forslag til en slik funksjonsfordeling (ibid.:18-19). Innenfor Indremedisin så arbeidsgruppen det som mest tjenlig å organisere avdelingene i én felles klinisk enhet, men at akuttberedskapen ble opprettholdt ved alle enheter. Arbeidsgruppen for akuttmedisinsk beredskap klarte ikke å bli enige om en felles modell, men var enige om at det burde være en felles overordnet ledelse.

Samlet sett gikk prosjektgruppen i Somatikk inn for en gjennomgående klinikkstruktur basert på funksjon. Videre anbefalte man at det i den forbindelse måtte foreta en funksjonsfordeling mellom de geografiske enhetene, men at akuttberedskap måtte opprettholdes i en eller annen form ved alle sykehusene. I delprosjektet for psykiatrien så man nødvendigheten av å plassere noen spesielle tilbud på enkelte steder, mens andre tilbud måtte finnes på flere steder. Gruppen konkluderte for øvrig med at psykiatrien måtte samles under en felles leder. Delprosjekt administrative støttefunksjoner kom fram til at driften måtte hovedsakelig finne sted der aktivitetene var, men at man skulle ha visse ting samlet i sentrale funksjoner. Alle

delprosjektene så dermed klare fordeler med å organisere Helse Fonna som en organisasjonsenhet på tvers av geografiske skillelinjer. (Fonna nytt nr. 3: 2002).

Arbeidet med delprosjektene og mål- og strategiplanen blir av flere i ledelsen betegnet som en positiv prosess med en bred deltakelse. Man var bevisst på å dra med alle de geografiske enhetene og å involvere tillitsvalgte.

”Vi har en geografisk representasjon og tillitsvalgtrepresentasjon ganske tungt inn i dette her. Så vi følte da at vi fikk en representativ strategiprosess for hele Helse Fonna, der noen av de små var jo definitivt overrepresentert, sånt numerisk da. Men vi sa at det er vesentlig”. (Informant 3).

Det var altså viktig at de mindre geografiske enhetene og de ansatte ble godt representert i strategiprosessen. Det stilles allikevel spørsmål til om man ikke burde hatt klarere rammer å arbeide under i disse delprosjektene.

”Det var en veldig stor frihet, men det var ikke så enkelt når alle satt på sine tuer og ingen ville gi fra seg, alle ville ha. Så jeg ser vel at [adm. dir.] kunne vært mer direkte og sagt noe klarere at slik ønsker jeg et framtidig Fonna”.

(Informant 2)

Ledelsen var opptatt av å få en god forankring i organisasjonen, men samtidig opplevdes det vanskelig å få arbeidsgruppene til å faktisk gå inn for en konkret arbeidsfordeling. Dermed gjenstod det en del uavklarte spørsmål som lederne måtte ta tak i.

Gjennomgående gis det et inntrykk av informanter at Stord har en stor frykt for at Haugesund skal overta hele Stord sykehus; å bli slukt av Haugesund. I skildringen av arbeidet med delprosjektene vektlegges det at representanter fra Stord kjempet for å beholde mest mulig av sine funksjoner. Blokkledelsens tendens til å likestille seg de andre sykehusene mener informanter også kom til uttrykk i arbeidsgruppene i delprosjektene.

”Det kom sterkt til uttrykk i de prosjektene i de forskjellige undergruppene. Da var konfrontasjonene, for da var det jo dette med funksjonene og oppgavefordeling”. (Informant 2)

Samtidig sammenlignet representanter fra Odda sykehus seg med Stord, og argumenterte med at de ville beholde funksjoner så lenge Stord også skulle ha disse funksjonene. Man hadde en oppfatning av at det var urimelig å forvente at Odda skulle bygge ned, og Stord skulle slippe å redusere sine funksjoner.

13. desember 2002 presenterte Helse Fonna sin mål- og strategiplan. Det stod sentralt for foretaket å beholde sin desentraliserte sykehusstruktur. Man beskrev det slik at foretaket befant seg i en konkurransesituasjon, og man vektla at foretaket måtte ”*være i stand til å konkurrere både regionalt, nasjonalt og internasjonalt*” (Helse Fonna: Mål- og strategiplan: 2002). Man så det slik at foretakets fortrinn var den desentrale strukturen, og at dette sammen med en sterk satsning på å være en ”*spesialist på behandling av vanlige lidelser*” (ibid) ville gi et potensial for nye målgrupper ettersom ventelistene hos de større foretakene i regionen var lengre enn hos Helse Fonna. I kampen om nye målgrupper mente man prosess og kvalitet ville bli viktige faktorer;

”*Styrking av vår markedsandel vil kreve høy kvalitet og effektivitet i våre behandlingstilbud. Kontinuerlig fokus på forbedring av våre behandlingsprosesser vil være sentralt*” (Helse Fonna: Mål og strategiplan: 2002).

Dette ville man forbedre ved å innføre en enhetlig styring av pasientflyten, øke fleksibiliteten mellom sengepostene og etablere en ressursstyringsenhet, med oversikt over ledig kapasitet. IT-systemer med felles booking og kapasitetsoversikt for hele foretaket så man som en viktig forutsetning for å få dette til, på samme måte som man hadde sett dette som en utfordring i HOS-prosjektet. I et slikt scenario ble det å opprette en gjennomgående klinikkstruktur et naturlig steg videre (ibid.).

I strategiplanen la man ikke opp til noen endringer i akuttfunksjonene, men i stedet å basere seg på at spesialistene skulle være mobile og det å benytte seg av desentral diagnostikk, basert på bruk av digital røntgen. For å styrke den desentrale diagnostikken vektla man også i strategiplanen at den desentrale kronikeromsorgen måtte utvikles, samt at man måtte etablere observasjonsposter i Haugesund og på Stord.

På foretakets styremøte 20. desember 2002 godkjente styret mål- og strategiplanen som retningsgivende for strategiarbeidet i Helse Fonna. Det ble forutsatt at funksjonsfordelingsarbeidet ble integrert i det videre arbeidet, og at funksjonsfordelingen skulle legges fram for styret som egen sak. (Styreprotokoll: 20. desember 2002).

5.4 Sykehusenes tilpasninger til den gjennomgående klinikkstrukturen

Ved Odda sykehus ønsket man å omorganisere avdelingene ved sykehuset før de ble knyttet opp til de gjennomgående klinikkene som skulle opprettes. Medisinsk og kirurgisk avdeling hadde en stor grad av samdrift og utbytte av lokaler og personal. En avdeling ble stengt i helgene og pasientene ble overflyttet til den andre avdelingen. Derfor så ledelsen ved sykehuset som mest hensiktsmessig å samle disse avdelingene under en leder, også når den gjennomgående klinikkstrukturen var innført. Dette ble det noe strid om, men man innførte en prøveordning på et år, hvor Kirurgisk klinikk fikk ansvaret for medisinskfaglige driften av sykehuset. Det er denne ordningen som fortsatt er i drift i dag. Stord sykehus mente foretaksledelsen var store nok til å beholde den eksisterende avdelingsstrukturen.

For Haugesund Fylkessjukehus startet foretaksorganiseringen et år før Helsereformen innførte foretaksmodellen over hele landet, og 1.1. 2001 ble sykehuset fristilt fra sin daværende eier Rogaland Fylkeskommune. Et arbeid for ny organisering av det nyopprettede foretaket ble påbegynt, og da staten overtok eierskapet 1.1.2002 var det ikke bare eiere og politiske styringslinjer som var nye. Man flyttet samtidig inn i "Vestblokken", et nybygg på sykehuset, og sist men ikke minst like viktig innførtes en ny ledelsesstruktur hvor den tradisjonelle todelte ledelsen falt bort. Sykehuset ble organisert etter en blokkinnndeling, og åtte blokker ble opprettet. Man fikk da profesjonsuavhengige blokklederstillinger som hadde hovedansvaret for hver sin blokk. Dermed fikk man en ledelsesstruktur med tre nivåer; direktør, blokkledere og teamledere. Dette sammenfalt i stor grad med statens intensjoner når det gjaldt enhetlig ledelse (Helsedepartementet: Rundskriv I-9/2002).

Det ble også satt i gang et pilotprosjekt ved sykehuset som skulle prøve ut en ny organisering av blokkene i team. Teamorganiseringen gikk ut på at pasientene skulle få et fast følge av mennesker å forholde seg til, og hvor teamene fikk det helhetlige behandlingsansvaret og teamlederen skulle være den behandlingsansvarlige overlege/psykolog. Tanken var at de som arbeidet i teamene ville utvikle et tett og nært samarbeid som igjen ville komme pasientene til gode gjennom en mer positiv opplevelse og en bedre oppfølging, og gi en synergieffekt. En person med en 100 % stilling kunne være ansatt i flere ulike team, og man så for seg at sykehuset skulle bestå av 80 til 100 team (Forum for organisasjonsutvikling i sykehus: nr 2: 2001). Teamene var tverrfaglige, og kunne derfor gå på tvers av blokkstrukturen (Hettervik og Flåten: 2005). Arbeidet med pasienten ville bli endret fra en profesjonsbasert struktur til en prosessbasert struktur, hvor de samme menneskene skulle ha ansvaret i hele sykdomsforløpet. En overordnet målsetning for teamorganiseringen var å endre sykehuset fra "en supertanker til sildestim", og i

det lå det at organisasjonen måtte få både bedre evne og vilje til å endre seg i et raskere tempo enn tidligere (ibid).

Det oppstod stor uro på Haugesund sjukehus i denne perioden. Til tross for at alle vedtak angående omorganiseringen var enstemmige oppstod det konflikter, hvor både leger og sykepleiere protesterte. Sykepleierforbundet i Rogaland sendte brev til direktøren, og leger ved sykehuset gikk sammen om å sende brev til Helse Fonnas styre, for å uttrykke sin misnøye. Overlegenes tillitsvalgte trakk seg etter mistillitsforslag i kjølvannet av vedtaksprosessen. Hovedkonfliktene gikk både på enhetlig ledelse og den nye teamorganiseringen. Sykepleierne uttrykte frustrasjon over ikke å vite ”*hvem som har ansvar for hva*” og at omorganiseringen skapte generelt uklare kommandolinjer (Haugesunds Avis: 26. februar 2002). Legene beskrev teammodellen som ”*ansvarspulverisering*”(ibid.), og uttrykte også en følelse av å ikke bli hørt av sykehusledelsen. Styret valgte å ikke gripe inn i konflikten mellom ledelse og ansatte, men overlot ansvaret til administrerende direktør.

Man fikk ikke de IT-systemene som var nødvendige for å få den opprinnelige teamorganiseringen til å fungere, i boks. Etter noen praktiske tilpasninger hvor man lagde større teamenheter fungerte allikevel teamorganiseringen på noen blokker, blant annet ved Kvinne/Barn. Disse teamene fortsatte videre på samme måte. Organiseringen av sykehuset i blokker ble derimot fullført, til tross for uenigheter om dette burde gjøres innad i direktørrådet i Helse Fonna. En av informantene beskriver dette som uheldig, ettersom man mener at den kort tid etter ville måtte bli endret på grunn av innføringen av den gjennomgående klinikkstrukturen. Ledelsen ved Haugesund sjukehus mente det ville være å ta et steg tilbake på veien til å fullføre ideen om et HOS-sykehus, eller med andre ord den gjennomgående klinikkstrukturen, og valgte derfor å fullføre strukturendringen.

Som tidligere vedtatt i styret ble funksjonsfordelingen inkorporert i arbeidet med den gjennomgående klinikkstrukturen, og skulle legges fram som egen sak. Det hadde allerede blitt gjort noen endringer i enhetenes funksjoner, deriblant å flytte 113-meldingene fra Stord til sentralen i Haugesund, og nedgradering av Oddas fødeavdeling til jordmorstyrt fødestue.

Forut for både mål- og strategiprosessen og funksjonsfordelingsforslaget fra administrasjonen var noen tiltak allerede gjort. I april 2002, ikke lenge etter oppstarten av foretaket, gikk styret inn for å sentralisere alle 113-meldinger i dekningsområdet og legge dem til AMK-sentralen i Haugesund (Styreprotokoll: 23.04.02:Sak 032/2). Stord skulle beholde sin legevaktssentral som tidligere. På

Stord gikk ikke dette upåaktet hen og man fryktet for at Stord sjukehus skulle bli et ”b-sykehus” (Haugesunds Avis, 5. mars 2002). Argumentene som ble brukt var at man ville få en dårligere tjeneste for pasientene og at man fryktet at akuttberedskapen etter hvert ville forsvinne. Det ble også hevdet at man ikke hadde hatt klagesaker ved sentralen på Stord, noe som var tilfelle i Haugesund. Denne første omstillingen betegnes som en strategisk tabbe av en av informantene;

”For så vidt kan alle være enige om at det er nok nødvendig å sentralisere en del ting, men tanken å få med her, hvis du tenker litt strategisk opp i det her, så må en kanskje begynne med å gi noe. I stedet for å ta noe.” (Informant 5)

Det uttales av AMK-operatører i media at *”Vi meiner at AMK-sentralen[i Haugesund] først må innkjørast og la dei få bevise at dei held mål, før dei blir pålagt å ta over våre oppgåver.”* En uttalelse som reflekterer en holdning om at fagmiljøene i Haugesund må *”opp til eksamen”* (Informant 5) for å bli godtatt som ansvarlige. De ansattes organisasjoner ble ikke informert om disse endringene, med begrunnelse i at arbeidsplasser ikke ville gå tapt.

I løpet av høsten 2002 ble også Oddas fødeavdeling nedgradert til jordmorstyrt fødestue. Dette ble gjort etter initiativ fra Oddas direktør, som en tilpasning til de føringene som var kommet fra myndighetene⁹. Oddas fødselstall lå rundt 100 fødsler i året, noe som tilsa at man skulle ha en fødestue. Man hadde akuttberedskap på hastekeisersnitt, men man hadde derimot kun hvilende anestesilege og sykepleiere på hjemmevakt som døgnerberedskap. Dermed var ikke det faglige apparatet tilstrekkelig til at en fødeavdeling kunne opprettholdes. Man oppfattet ikke endringen som radikal, men som en navneendring på den beredskapen som eksisterte ved sykehuset.

”De har fått til en endring i Odda, som ingen har reagert på. Men det tror jeg har noe med det at Odda så skriften på veggen, at det måtte gjøres noe”.
(Informant 1).

Informanten forstår det altså slikt at man i Odda ikke ser andre muligheter enn å tilpasse driften for at sykehuset skulle bli opprettholdt.

En viktig faktor for å opprettholde et godt fødetilbud i Odda var å utvikle gode seleksjonskriterier for fødslene. Kompliserte fødsler måtte sendes til Haugesund Sjukehus mens de normalfødende kunne bli værende i Odda. Arbeidet med dette ble utført som et samarbeid

⁹ Kvinneklinikker: minst 1500 fødsler, Fødeavdelinger: minst 400-500 fødsler, Fødestuer: minst 40 fødsler per år.

med fagpersonell fra Haugesund Sjukehus. Dette ser ut til å være svært vellykket, og har også blitt brukt som eksempel for andre foretak som skal gjøre samme omstillingen for føde.

5.5 Integrasjon av sykehusenes IT-systemer

Rogaland og Hordaland fylkeskommune hadde ulike IT-systemer i drift da sykehusene ble slått sammen til et foretak. For at sykehusene digitalt skulle kunne kommunisere med hverandre innad i foretaket, ble det nødvendig å få alle sykehusene over på ett felles IT-system. Dette ble allerede påpekt da man arbeidet med videreutviklingen av HOS-prosjektet. Ledelsen i foretaket ønsker å ha en prosessuell orientering til behandlingen av pasientene. Med dette mente man at man organiserte behandlingen på basis av de ulike fasene en pasient gikk gjennom i kontakten med sykehuset; symptomfase, diagnostisk fase, behandlingsfase, rekonvalesens- og oppfølgingsfase. I Helse Fonna vektla man at stabilisering og diagnostisk fase var viktig for å gi pasienten den mest optimale behandling, og at denne diagnostiseringen måtte skje desentralt, der hvor pasientene befant seg. Med en god desentral diagnostikk ville man bedre kunne avgjøre hvor kritisk tilfellet er, om pasienten måtte sendes videre eller om man kunne behandle pasienten lokalt. Foretaket vektla også at den desentrale diagnostikken opplevdes som minst stressende for pasienten, ettersom de ville være i kjente omgivelser og hadde muligheten til å være nær familie. Den elektive behandlingen av pasientene ville man ivareta ved å sende fagpersoner til den enkelte enhet for kortere eller lengre perioder, i stedet for å sende pasientene til legens faste arbeidssted. På denne måten mente man at foretaket ville bli spart for store transportkostnader, i tillegg til at dette er mer komfortabelt for pasientene. Teknologi ville bli avgjørende for å få dette til. Man hadde tatt i bruk et dataprogram (PACS) som sendte røntgenbilder som datafiler, og man kunne få vurdert bildene på et helt annet sted enn der pasienten befant seg. I Odda hadde man ikke lenger røntgenleger ved enheten, men sendte alle bilder til bl.a. Haugesund, Bergen og Barcelona.

Å få til et felles IT-system har allikevel vist seg å være en utfordring. Hordaland fylkeskommune hadde en sentralisert IT-struktur, og alle sykehusene var knyttet opp til Haukeland. Haugesund Sjukehus hadde sitt eget system. Da Helse Fonna skulle velge hvilket system de skulle bruke, falt valget på systemet Haugesund hadde brukt. Dette valget ble i følge ledelsen gjort etter rene kvalitetskriterier. Da man skulle konvertere "Hordalands-sykehusene" til Helse Fonnas system, viste dette seg å være svært teknisk komplisert. Man har enda ikke klart å få alle sykehus over på ett felles pasientadministrativt system, til tross for en målsetting om å få systemet på plass og i drift til 1. november 2003.

Ledelsen opplevde også at disse sykehusene ikke var videre innstilt på å bytte system. Særlig Stord opplevde man ikke var villig til dette.

”Spesielt [Stord] sa at (...) skulle i hvert fall ikke over på [Haugesunds] IT-system i tillegg. [Stord] hadde jo denne knytningen mot Haukeland, og det var jo der [Stord] sendte pasientene,(...) hadde ikke behov for å sende dem til [Haugesund]” (Informant 3)

Tidligere hadde Stord og Odda vært nært knyttet til Haukeland, og å tilhøre det sentrale pasientadministrative systemet var naturlig og logisk. Når så Helse Fonna ble opprettet var disse to sykehusene på mange måter knyttet opp til et konkurrerende helseforetak. Allikevel opplevde man at fremdeles ønsket noen å være tilknyttet dette IT-systemet.

”Samtidig var det i hermetegn en seier for oss at det regionale valget ble det valget vi hadde gjort. For det var mot alle odds, altså. (...) Når vi fikk vist at vårt system faktisk var det beste så har det stilnet en del. Men ikke før, og det valget ble jo gjort i høst [2004, i Helse Vest]”. (Informant 3)

Først da hele Helse Vest gikk inn for at alle skulle bruke samme system som man hadde valgt i Haugesund opplevde man at denne motstanden stilnet.

5.6 Funksjonsfordeling i foretaket - Helse Fonna og Helse Vest

Helse Fonnas påbegynte mål- og strategiprosess skulle lede fram til sammenslåingen av sykehusene og gi et grunnlag organisasjonen kunne bygge videre på. Like etter opprettelsen av foretakene hadde også Helse Vest begynt et arbeid med å meisle ut det regionale foretakets strategier. Heriblant lå fordeling av funksjoner innad i foretakene så vel som mellom foretakene. Dette var i henhold til retningslinjer i fra myndighetene som påpeker at de regionale foretakene skal gjennom sin planfunksjon operasjonalisere nasjonale helsepolitiske målsettinger og sørge for en effektiv struktur og arbeidsdeling innad og på tvers av foretakene (Ot.prp. 66: 2000-2001: 51, HOD: Styringsdokument: 2002). Resultatene av disse to prosjektene gikk ikke helt som hånd i hanske, og skulle prege Helse Fonnas arbeid i tiden framover.

5.6.1 Helse Vests arbeid med funksjonsfordelingen

Helse Vest så det som en sentral oppgave å skape en helhetlig tankegang i regionen for å få mer effektive løsninger, bedre kvalitet og økonomiske fordeler (Hallingstad: 2004: 58). Det ble derfor på Helse Vests styremøte 22. februar 2002 vedtatt å sette i gang en strategiprosess som skulle

munne ut i en overordnet foretaksplan, en funksjonsfordelingsplan og en plan for administrative støttefunksjoner. Den overordnede foretaksplanen skulle danne rammeverket for de to underliggende planene (ibid.). Disse planene skulle så igjen danne grunnlaget for enkeltforetakenes strategi.

Helse Vest gikk i sitt funksjonsfordelingsprosjekt inn for en sentralisering av akutfunksjonene innen bløtdelskirurgi og ortopedi, hvor disse funksjonene skulle samles på ett sykehus i hvert foretak. Ved disse sykehusene skulle fødeavdelinger/kvinneklinikker opprettholdes, mens avdelingene ved de andre sykehusene skulle bli omgjort til fødestuer (Helse Vest: 2003: Rapport om akutfunksjoner). Det ble også lagt opp til en utvikling av et desentralisert tjenestetilbud i form av distriktsmedisinske sentra. Dette skulle være institusjoner hvor tjenester fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ble samordnet.

En slik funksjonsfordeling som Helse Vest la opp til ble begrunnet med at det ville kreve så store økonomiske ressurser å oppjustere den vaktberedskapen som krevdes ved en fortsatt desentralisert funksjonsfordeling til et normert nasjonalt nivå, at dette ikke var ansvarlig. Gjennom den nye funksjonsfordelingen mente Helse Vest at man ville frigjøre mer av personellens arbeidstid til direkte pasientbehandling, forskning og undervisning, og at ressursene ikke ville bindes opp i beredskapsordninger (Helse Vest: styresak nr. 016/03 B).

Helse Vest argumenterte med sin rolle som eier da de valgte å ikke involvere sykehusene i den detaljerte drøftingen om en ny funksjonsfordeling. I prosjektgruppen hadde det vært uenighet om hvor radikal den nye funksjonsfordelingen skulle være, og vurderingene som ble presentert i rapporten representerte Helse Vests eget standpunkt (opsit). For Helse Fonna ville konsekvensene av planene være at Odda ble omgjort til et distriktmedisinsk senter, Stord ville få omgjort sin fødeavdeling til fødestue og miste deler av akutfunksjonene ved sykehuset.

5.6.2 Helse Fonnas administrasjons forslag til funksjonsfordeling

Administrasjonens forslag til funksjonsfordeling i Helse Fonna ble framlagt for foretakets styre 30. april 2003. Forslaget gikk ut på å styrke og bygge ut en desentral diagnostikk basert på digital røntgen (PACS) og ved hjelp av telemedisinske løsninger. Også kronikeromsorgen ble foreslått å utvikles desentralt på grunnlag av tilsvarende løsninger og ved hjelp av etablering og utbygging av lærings- og mestringssentre. Observasjonsposter ble foreslått etablert i Haugesund og på Stord. I Odda ville dette bli ivaretatt gjennom en dobbeltfunksjon i intensivenheten. Administrasjonens forslag gikk også ut på at fødeavdelingen på Stord burde få endret status til forsterket fødestue på grunnlag av stram bemanningssituasjon på sykehuset. Disse tiltakene baserte seg på rapportene

fra delprosjektene i somatikk, psykiatri og administrative støttefunksjoner, og man så for seg at forslagene skulle inn i organisasjonen på permanent basis.

Andre tiltak man ville sette i gang var mer situasjonsavhengig. Medisinsk akuttbehandling ville bli ivarettatt ved alle enheter på akuttmottak og ved stabiliserende behandling før eventuell videresendelse. I Odda ville man derimot foreta en ny vurdering av behovet etter at kronikeromsorgen var blitt etablert og man hadde fått erfaringer med driften av observasjonsposter. Når det gjaldt kirurgisk akuttberedskap i Odda kunne dette opprettholdes med en minimums legeberedskap som overlappet med nødvendig beredskap for å opprettholde planlagt behandling på dagtid. Man ville også utrede en løsning basert på felles bakvaksordninger mellom Haugesund og Stord. Etter en grundig gjennomgang av forslagene gikk styret inn for de fleste av punktene, og forslaget fra Helse Fonnas administrasjon ble sendt ut på bred høring.

Enkeltforetakene skulle komme med en innstilling til det regionale foretaket om hvordan man ville foreta en funksjonsfordeling innad i foretaket. Dette skulle så bli behandlet på Helse Vests styremøte 11. juni 2003. Etter at forslagene fra administrasjonen hadde vært på høringsrunde vedtok Helse Fonnas styre 28. mai 2003 fem prinsipielle punkter som ble gitt som innstilling til Helse Vests arbeid med funksjonsfordeling. (Helse Fonna: styreprotokoll 28. mai 2003). Disse punktene fulgte i all vesentlighet forslaget som ble framlagt av administrasjonen, foruten forslaget om omdefinering av fødeavdelingen på Stord til forsterket fødestue. Dette forslaget ble avvist.

5.6.3 Strategier på kollisjonskurs

Helse Vest la den 9. desember 2002 fram sine foreløpige konklusjoner om funksjonsfordelingsprosjektet på en pressekonferanse, få dager før Helse Fonna offentliggjorde sin egen strategiplan. Helse Vests innstilling stod i var ikke helt forenlige med Helse Fonnas egne forslag til funksjonsfordeling. Resultatet ble store protester fra ansatte i Helse Fonna og fra befolkningen i dekningsområdet. Direktøren ved Stord sykehus uttalte i media at han opplevde at man i Helse Vest kun styrte etter i budsjetter, mens han hevdet at man på Stord tok utgangspunkt i pasientenes behov. Han kritiserte også Helse Vests framgangsmåte når det gjaldt offentliggjøring av sitt ståsted, ettersom man offisielt ikke visste noe om innholdet i Helse Vests forslag ved de lokale sykehusene før pressekonferansen 9. desember 2002 (Haugesunds avis, 10. Des 2002). Direktøren ved Odda sjukehus kritiserte Helse Vest for ikke å ha involvert de sykehusene som ville miste funksjoner, i strategiprosessen. Både Stords og Oddas sykehusdirektør argumenterte mot Helse Vests forslag med at Helse Fonna i realiteten er én

enhet, og at en derfor oppfyller de krav helsemyndigheter har satt for å opprettholde ulike tilbud (ibid., Haugesunds Avis: 26. mars 2003). Tillitsvalgte for overlegene ved Haugesund sykehus kalte forslaget for ”utidig og dårlig folkeskikk” og at det ville skape uro og kaos internt i sykehuset. Leger ved Odda skisserte situasjoner hvor man ved et beinbrudd etter Helse Vests forslag kunne risikere en reise på til sammen 432 km for å illustrere sitt poeng (Haugesunds Avis: 20. januar 2003).

Helse Fonnas direktør satt i styringsgruppen for funksjonsfordelingsprosjektet i Helse Vest. Helse Vests og Helse Fonnas strategiprosess hadde forløpt parallelt, men gjennom hans deltakelse i styringsgruppen anså man at man ivaretok behovet for et samsvar mellom regional og lokal strategi. Når Helse Vests innstilling ble lagt fram i desember, opplevde han å stå i et dilemma i denne situasjonen, etter som det var hans oppgave å formidle eiernes krav til organisasjonen, samtidig som han hadde arbeidet for en desentral løsning. Flere informanter beskrev Helse Vests styring som å være for fokuserte på sentralisering og rasjonalisering, og at dette ikke gikk like godt overens med Helse Fonnas egne tanker for organisering.

”Fonna var på en måte så fasttømret og hadde laget sin struktur. Og det virket som om Helse Vest ikke ante hva vi arbeidet med, de bare tok styringen for seg. Det kunne ikke ha vært kommunikasjon med [adm. dir.] en gang på det”. (Informant 2)

Det kan altså forstås slik at informanten uttrykker en opplevelse av Helse Vest som overstyrende og en tvil om organisasjonen fikk tilgang til den informasjon som var nødvendig for å kunne samkjøre disse to strategiprosessene

Den 17. februar 2003 ble rapporten fra funksjonsfordelingsprosjektet behandlet i Helse Vests styre. Her ble Helse Vests tidligere innstilling vedtatt, og ble nedtegnet i ti prinsipielle punkter som skulle ligge til grunn for enkeltforetakenes gjennomgang av akutt og fødetilbud, og være retningsgivende for helseforetakenes videre utviklingsarbeid (Helse Vest: Styresak nr. 056/03). Et av disse punktene var at sykehusene skulle etablere en rasjonell struktur for en mer effektiv utnyttelse av ressursene, men at nasjonale standarder skulle ligge til grunn for omstillingstiltak. Et annet punkt tok også for seg at spesialisthelsetjenestene og fødselsomsorgen skulle være desentralisert, men at disse utvikles med vekt på indremedisinske problemstillinger. Dette ville da bety at bløtdelskirurgien og ortopedien ikke ville falle inn under denne desentraliseringen. For fødselsomsorgen skulle Helsetilsynets nivåinndeling av fødeinstitusjoner legges til grunn for

organiseringen. Beredskapsordninger skulle også gjennomgås for å se på muligheter for å kunne frigjøre ressurser til direkte pasientbehandling, forskning og undervisning. Man opprettholdt altså i stor grad de forslagene prosjektgruppen i Helse Vest la fram i desember 2002 (Helse Vest: styresak 016/03 B).

Lokalt engasjement

Forslagene fra Helse Vest engasjerte befolkningen, og både på Stord og i Odda ble det arrangert fakkeltog, og det ble startet en underskriftskampanje for å sikre fødeavdelingen på Stord. Befolkningen var redd for å miste tilbud ved de lokale sykehusene sine eller at disse sykehusene rett og slett skulle bli nedlagt. Da Helse Fonnas egen administrasjon kom med forslaget om å omgjøre fødeavdelingen på Stord sjukehus til en forsterket fødestue satte dette fyr på ikke bare det faglige miljøet ved sykehuset, men også i lokalbefolkningen i Sunnhordland. På Stord ble det 16. mai 2003 arrangert en protestaksjon, og til dels sterke ordelag ble brukt hvor man trakk linjer til ”Saddams regime”, og det ble oppfordret til boikott av næringslivet i Haugesund (Haugesunds Avis 19. mai 2003). 13000 underskrifter som var samlet inn i underskriftskampanjen startet som en protest mot Helse Vests forslag, ble overlevert Helse Fonnas direktør.

I møte mellom ordførere og styremedlemmer 26. mai hadde derimot gemyttene roet seg, og man fastslo at fødeavdelingen på Stord ikke skulle bygges ned, men at spørsmålet var om det skulle kalles for fødeavdeling eller modifisert fødestue. I styremøtet 28. mai 2003 ble administrasjonens forslag til funksjonsfordeling behandlet, og forslaget om navneendring ble avvist.

Flere informanter opplever det lokale engasjementet som en kamp for arbeidsplasser og ikke nødvendigvis en kamp for et samfunnsgode.

”Og [befolkningen i Sunnhordland] går veldig gjerne i fakkeltog for sjukehuset sitt, nesten for ingenting av initiativer. Men pasientstrømmen vekk fra lokalsjukehuset er jo størst i Sunnhordland og Hardanger. Sånt at det betyr at de har ikke tilstrekkelig tillit til lokalsjukehuset sitt, men de går i tog for det altså, men vi får jo ikke inntekter av fakkeltog.” (informant 3)

Det fortelles om en opplevelse av at politikere og andre representanter for befolkningen benytter seg av ulike hatter etter hvilket tema som diskuteres; er det diskusjoner om driftskostnader ønsker man at foretaket skal drive billigst mulig, mens man i andre sammenhenger taler man lokalsjukehusets sak og går i mot tiltak som vil gi større kostnadseffektivitet.

”det ligger så mye latent mistillit til system, og da skal det forferdelig lite til. (...) det er nok til at et par mennesker, gjerne en lege ut forbi og et par jordmødre inne i systemet klarer å hause opp stemningen. Det er ikke tvil, det er som å sette fyr på...” (Informant 5)

En informant mener altså at det var forbindelser mellom fagpersoner i organisasjonene og eksterne fagpersoner som sammen skapte stor uro rundt funksjonsfordelingen.

Fødselsomsorgen på Stord

Som en del av administrasjonens forslag til funksjonsfordeling som ble lagt fram for styret 30. april 2003 var blant annet forslaget om å omdefinere Stords fødeavdeling til forsterket fødestue. Oddas fødeavdeling var tidligere blitt omgjort til fødestue, uten protester. Det ble argumentert for dette forslaget med at det var vanskelig å forsvare det å ha to komplette fødeavdelinger når det ikke var 45 min mellom dem, og at man på Stord ikke hadde tilgang til det spesialisttilbudet man hadde krav på ved en fødeavdeling. Antall fødsler på Stord var mange nok til at man etter nasjonale krav til fødselsomsorgen kunne kalles en fødeavdeling. Administrasjonen vurderte det allikevel slik at det faktiske faglige tilbudet som kunne stilles til rådighet ikke var god nok til å kunne kalles dette.

”... betegnelsene lager jo en forventning i befolkningen. Du forventer noe hvis du kaller det en fødeavdeling. Du forventer mindre hvis du kaller det en forsterket fødestue” (Informant 3)

Stords sykehusdirektør så helst at fødeavdelingen opprettholdes, men uttalte at *”jeg føler det ikke er min rolle nå å gå på barrikadene for å slåss mot administrerende direktør”* (Haugesunds Avis: 15. mai 2003). Leger ved Stord sykehus, derimot, anklaget Helse fonna for udemokratisk ledelse, og for å jobbe til beste for Haugesund sykehus. Sin egen direktør anklaget de for å ikke ville protestere ettersom han hadde søkt en av de nye stillingene som klinikkdirektør (ibid.). På styremøtet 28. mai 2003 ble som nevnt Helse Fonnas forslag til funksjonsfordeling behandlet, og alle forslagene ble vedtatt unntatt omdefineringen av fødeavdelingen, etter mye uro også i lokalbefolkningen og blant politikere.

På Helse Vests styremøte den 11. juni 2003 ble enkeltforetakenes vedtak rundt strategier og funksjonsfordeling behandlet. Helse Vest gikk da tilbake på de aller fleste av sine tidligere forslag når det gjelder funksjonsfordeling. Helse Fonnas funksjonsfordeling forble dermed foreløpig

uendret. Helse Vest gikk derimot inn for Helse Fonnas egne planer om å integrere alle sykehusene i en felles struktur med en gjennomgående ledelse.

5.7 Analytiske betraktninger

Helse Fonna som foretak var ingen selvfølge da de nye lokale foretakene skulle etableres. Det var mange foretak som ble opprettet på basis av fylkesgrenser, eller at sykehus ble gjort om til egne foretak. Opprettelsen av et foretak på tvers av fylkesgrenser gjorde slikt sett Helse Fonna til et utradisjonelt foretak.

5.7.1 Helse Fonnas opprettelse

HOS-prosjektet var en viktig forklaringsfaktor for hvorfor sykehusene fikk bli et eget foretak. Da Helse Fonna var en realitet måtte styret ta stilling til hvordan foretaket skulle organiseres. Valget styret ble framlagt av administrasjonen stod mellom konkurranse mellom institusjonene eller å fusjonere sykehusene. Styret gikk inn for en fusjon, men med kortere tidsperspektiv enn administrasjonen hadde lagt til grunn. På Odda sykehus ble det gjort noen strukturelle endringer da man hadde gått inn i foretaket. I stedet for separate avdelinger samlet man alle avdelingene under ett. Ved Haugesund Sjukehus var flere endringsprosesser allerede i gang da sykehuset ble en del av Helse Fonna. Man prøvde ut teamorganisering og endret den tradisjonelle avdelingsstrukturen til en blokkstruktur med enhetlig ledelse basert på medisinske spesialiteter.

Den første perioden etter Helse Fonna hadde blitt opprettet vokste skepsisen og konfliktnivået økte mellom sykehusene. Dette kom blant annet til uttrykk da man skulle finne navn til det nye foretaket. I det første halvannet året ble foretaket også drevet som et konsern, med sykehusdirektørene i øverste ledelse. Haugesunds sykehusdirektør var også i denne perioden også foretaksdirektør, og satt derfor med en dobbeltrolle som kunne oppfattes problematisk.

Sett ut i fra et instrumentelt perspektiv kan man forstå det slik at man hadde allerede etablert kontakt mellom organisasjonene og HOS-prosjektets målsettinger var noe som var i tråd med de sentrale myndighetenes formål med foretaksreformen. Derfor ønsket man å fortsette dette prosjektet som et eget foretak. Ut i fra et instrumentelt perspektiv er dette et naturlig neste steg ettersom man gjennom foretaksreformen fikk en struktur på plass som var nødvendig for å få realisert statens målsettinger om bedre kvalitet på en mer effektiv måte. Samtidig innså man at sykehusene hadde tre ulike kulturer og gjennom å endre strukturen i foretaket fra tre organisasjoner til én ville man også få samlet kulturen i foretaket slik at alle kunne dra i en

retning. Den gjennomgående klinikkstrukturen var slikt sett ledelsens forsøk på å styre, forme og utvikle organisasjonenes kultur. De strukturelle tilpasningene ved sykehusene ble gjort ut i fra rent instrumentelle hensyn. Avdelingene på Odda sjukehus var for små til å kunne gi et fullverdig og godt tilbud til pasientene sine; organisasjonens struktur tilsvarte ikke til organisasjonsformålet, og måtte derfor endres. Blokkstrukturen ved Haugesund sjukehus sammenfalt i stor grad med vedtaket for organiseringen av hele foretaket og det ville være å ta ett skritt tilbake i den totale omstrukturering for foretaket om man ikke fullførte blokkorganiseringen i Haugesund. Noen informanter bekrefter også dette.

I forhold til utfordringene rundt konsernledelse vektlegger man i dette perspektivet foretaksledelsens kapasitet til å lede et sykehus og et foretak samtidig. Ettersom det var problemer med den formelle strukturen ved Haugesund sjukehus i denne perioden, ville mye av ledelsens tid og energi bli brukt på enten foretaket eller sykehuset.

I et interessehevingsperspektiv vil man forstå det slik at Helse Fonna som foretak var resultatet av at Haugesund, Stord og Odda i allianse fikk kjempet gjennom å bli et eget foretak. Foretaksreformen skapte en ubalanse i maktsammensetningen i de ulike helseregionene og skapte en mulighet for nye koalisjoner å skaffe seg en posisjon. Et slikt syn ser ut til å bli bekreftet av informantens utsagn. De sentrale myndighetene så også på Helse Fonna som en buffersone mellom det som ble Helse Bergen og Helse Stavanger. Opprettelsen av Helse Fonna som et eget foretak i Helse Vests foretaksstruktur var derfor et forsøk på å regulere aktørene i Helse Vest. Å slå sykehusene sammen til en felles organisasjon var et forsøk på å sikre seg mot at polariserende koalisjoner ved de enkelte sykehusene fikk videreutvikle seg. Strukturen ville gjøre foretaket så integrert som overhodet mulig og makten ble samlet hos den sentrale ledelsen.

I et interessehevingsperspektiv vil man forklare det enkelte sykehusenes omstruktureringer mer strategisk. Ved Odda sykehus ville de ulike grupperingene stå sterkere i allianse med hverandre, samlet under en leder. Gjennom å forene avdelingene samlet man fraksjoner ved sykehusene og dannet på den måten en sterkere koalisjon i foretaket enn om hver avdeling hadde stått alene. I kraft av å være det største sykehuset i foretaket vil blokkledelsen i Haugesund kunne ha tyngde nok til å bestemme hvordan organiseringen av hele foretaket skulle foregå. Ved å allerede ha en tilsvarende struktur på plass i Haugesund ville blokklederne her ha satt agendaen for de andre sykehusene da disse skulle gjennomføre samme endringene. Av samme grunn kan man forvente at de andre sykehusdirektørene ikke ønsket omorganiseringen ferdigstilt, ettersom det ville svekke deres forhandlingsposisjon i senere forhandlinger om

hvordan den gjennomgående klinikkstrukturen skulle se ut i Helse Fonna. Dette bekreftes da også i det empiriske materialet.

Det økende konfliktnivået i organisasjonen var et tegn på at man var i gang med å forhandle fram de beste vilkårene for ulike koalisjoner. Flere koalisjoner, de fleste knyttet opp til en geografisk lokalitet, gjør seg gjeldende i denne perioden. Stord hadde gjennom sentraliseringen av AMK-meldingene allerede fått indikasjoner på at Haugesund sjukehus var i ferd med å få et overtak og ville forsøke å overta så mange funksjoner som mulig. Blokklederne ved Haugesund sjukehus hadde også en sterkere stilling ettersom disse hadde en ekstra representant i direktørrådet foruten foretaksdirektøren. Oddas mest naturlige konkurrent i foretaket ville være Stord, mens de ikke hadde styrke nok i en forhandlingssituasjon til å utfordre Haugesund og ville stå sterkere i en allianse med dem.

I det institusjonelle perspektivet vil man se på opprettelsen av Helse Fonna som en videreførelse av de ideene man hadde rundt HOS-prosjektet. Prosjektet var nyskapende da det ble startet og forsøkte å gjøre helsetjenesten mer effektiv med nye virkemidler, og fikk også symbolske påskjønnelser gjennom en pris utdelt av Helse og Omsorgsdepartementet. I foretaksreformens formål lå verdier som effektivitet, kvalitet og nyskaping til grunn for forslaget. Ved å støtte et slikt prosjekt som HOS ville reformens troverdighet styrkes, og på denne måten fikk opprettelsen av Helse Fonna en legitimerende virkning.

I den videre organiseringen av foretaket ble aktørene farget av sine tidligere handlingsmåter og valgte HOS-sykehuset mer enn man valgte ett forent Helse Fonna. Informantene skiller i liten grad mellom Helse Fonna og HOS-prosjektet, og det ble derfor vanskelig å tenke seg andre måter å samarbeide på enn de planene man allerede hadde lagt. Samtidig kan man i tråd med en symbolsk forståelse forstå det slik at tankene fra HOS-prosjektet ble videreført for å legitimere foretaket. Det var nettopp på basis av dette prosjektet man var blitt opprettet som foretak, og det var forventet at disse ideene skulle videreføres. Styrets bakgrunn kan også ha spilt en rolle for dette valget. Administrasjonens forslag gikk ut på en trefaset innføring av de gjennomgående kliniske enhetene i en periode på tre år. Styret oppfattet det ikke som nødvendig å bruke så lang tid på å gjennomføre endringen, og vedtok en raskere tidsplan. Dette kan man kanskje forstå ut i fra deres bakgrunn fra det private næringsliv. Hegrenes (2005: 71) fant at 79 % av styremedlemmene i lokale foretak med unntak av de ansattes representanter hadde styreerfaring fra privat sektor som ikke var helserelatert og 57 % hadde ledererfaring på toppledernivå. Helse Fonnas styres hastverk kan være et uttrykk for at man ikke forventer at endringen vil by på større problemer, og at man ikke er sensitiv til den rollen de

lokale sykehusene spiller i sitt nærmiljø både som arbeidsplass og verdibærer. Fusjoner i det private næringsliv innbefatter sjeldent så ladede organisasjoner som sykehus er, og styret klarte derfor ikke ut i fra sin bakgrunn å forutse de problemene som kom.

Enkelte sykehus organisatoriske tilpasning til det nye foretaket kan uttrykke usikkerhet i forhold til den gjennomgående klinikkstrukturen. Odda ville i den nye organisasjonen miste sin sykehusdirektør som hadde stor legitimitet i organisasjonen og opplevdes som trygg å ha som frontfigur. Ved å samles i Odda ville man, til tross for tapet av sykehusdirektøren, samles under en leder og opplevde slik en trygghet. I forhold til Haugesund sjukehus vil man i det institusjonelle perspektivet legge vekt på at for ledelsen ved sykehuset var det viktig for troverdigheten på dette sykehuset å fullføre det man hadde begynt på og ikke snu halvveis. Det hadde vært stor konflikt rundt de nye strukturene på sykehuset, og gjennom å fullføre ville ledelsen forsøke å bevise at dette var det riktige steget. Dette ville gjenopprette organisasjonsmedlemmenes tiltro til ledelsen, og være et symbol på at man var handlekraftig. Hvis man ikke fullførte, ville ledelsen og endringen ikke ha noen legitimitet på Haugesund Sjukehus når man senere skulle innføre en struktur basert på kliniske enheter i hele foretaket. Samtidig er disse endringene eksempler på de ringvirkningene innover i organisasjonen som foretaksstrukturen brakte inn i organisasjonenes struktur.

Når det gjelder navnestriden som pågikk i foretaket forstås dette best ut fra dette perspektivet. Protesten mot det foreslåtte navnet Helse Haugesund kom hovedsakelig fra Sunnhordland. Helse Haugesund ville være et symbol på underkastelse i foretaket, og på Stord følte man seg ikke som under Haugesund på rangstigen, men som likeverdige. Derfor kunne ikke regionen akseptere et navn som ville symbolisere noe annet. Representanter fra Sunnhordland peker selv til at dette stred mot Sunnhordlands identitet. Man kan ane gjennom uttalelser om forholdet mellom Sunnhordland og Haugesund at det er en generell oppfatning av Haugesund og Haugalandet som en ekspansjonsvillig region. Det kan derfor se ut som om det er en institusjonalisert norm i sykehuset, så vel som lokalsamfunn i Sunnhordland, at man ser på Haugesund som en trussel. Navnestriden ble et eksempel på sykehusenes endrede statuslikhet i det nye foretaket. Foretaksreformen hadde gitt samarbeidet en struktur som sykehusene selv hadde arbeidet for, men som man ikke hadde gjennomført. Det kan ut i fra et institusjonelt perspektiv derfor sies at foretaksreformen endret HOS-prosjektet fra et symbolsk, legitimerende prosjekt til en reell struktur. Dermed måtte sykehusene forholde seg til den nye strukturen som gjennom vedtaket av den gjennomgående klinikkstrukturen fikk konsekvenser som gikk dypt inn i den etablerte strukturen.

5.7.2 Strategier, verktøy og funksjonsfordeling

I foretakets første høsthalvår ble det satt i gang en prosess hvor man skulle komme fram til den nye organisasjonens mål, verdier og strategi. Denne mål- og strategiprosessen kom dermed før en tilsvarende prosess i foretakets eier, Helse Vest. Prosessen i Helse Fonna ble organisert i delprosjekter i somatikk, psykiatri og administrative støttefunksjoner. Alle delprosjektene styringsgrupper konkluderte med at en gjennomgående struktur var å anbefale. I delprosjektene arbeidsgrupper var det derimot delte meninger, og totalt sett kom man i liten grad fram til konkrete fordelinger av funksjonene mellom sykehusene.

For å få til Helse Fonnas organisasjonsmodell med gjennomgående kliniske enheter var man også avhengige av at enhetene kunne kommunisere enkelt, fort og på en pålitelig måte. Da sykehusene kom inn i foretaket var Stord og Oddas system tett knyttet opp til Haukeland, mens Haugesund hadde sitt eget system. I Helse Fonna gikk man inn for Haugesunds IT-system, men man fikk allikevel problemer med å få dette til i praksis.

Samtidig med Helse Fonnas egne forsøk på å komme fram til en funksjonsfordeling mellom enhetene hadde deres eier, Helse Vest, også et funksjonsfordelingsprosjekt gående. Helse Fonna ville satse på et desentralisert tilbud, med økt satsning på stabilisering og diagnostikk ved hver enhet. Helse Vest ønsket derimot å sentralisere akutt og fødeavdelingene til enkeltforetakenes sentrale sykehus, i Helse Fonna til Haugesund sjukehus. De andre enhetene ville ha et tilbud i form av fødestue. Odda sjukehus ønsket det regionale foretaket å gjøre om til et distriktsmedisinsk senter. Helse Vests forslag til enkeltforetakenes funksjonsfordeling førte til store protester over hele Vestlandet. Til slutt gikk Helse Vest tilbake på neste alle punktene de hadde foreslått, og Helse Fonna fikk fortsette som planlagt.

I det instrumentelle perspektivet vil man se det slik at mål- og strategiprosessen var en utredningsfase hvor man så på de ulike handlingsalternativene man hadde for hvordan man skulle nå de overordnede målsettingene for foretaket. For å kunne styre foretaket måtte man ha en strategi og klare målsettinger å styre etter. Delprosjektene ble organisert med deltakere fra de ulike faggruppene, og ut i fra deres kunnskap om faget ville disse personene komme fram til de beste løsningene på samordning og funksjonsfordeling innenfor sitt fagfelt. Innenfor gynekologi/obstetikk mente man at å samordne all virksomhet innenfor dette var for faglig kontroversielt til å kunne bli tilrådd. Innenfor kirurgi så man en gjennomgående organisering og en funksjonsfordeling som den beste løsningen for foretaket ut i fra faglige hensyn. Arbeidsgruppen innen medisin gikk inn for en overordnet felles struktur, men for akuttmedisinen, som utgjør det meste av medisinske tilfeller, kunne man fra et faglig ståsted ikke

tilråde samordning. Dermed kan man si at det ikke var sammenfall mellom middelet, gjennomgående klinikkstruktur, og formålet, en bedre helsetjeneste, for alle de medisinske spesialitetene.

Valget av IT-system forstår man i dette perspektivet som et rent instrumentelt valg. Etter å ha vurdert kvaliteten på ulike systemer valgte ledelsen det systemet som ville dekke Helse Fonnas behov best. Informanter vektlegger også at det var på dette grunnlaget valget falt. At IT-systemet kom i drift i hele organisasjonen først to år etter planen skyldtes den teknisk kompliserte oppgaven det var å konvertere sykehusene knyttet til Haukeland til Haugesund sjukehus sitt system.

Da det oppstod uenighet mellom Helse Fonna og Helse Vest kan man forstå motstanden i det lokale helseforetaket til sin eiers funksjonsfordelingsplaner som at man ikke oppfattet dette som en bedre løsning for foretaket enn det man hadde, og at det heller ikke ville være med på å oppfylle de overordnede målsettingene gitt av sentrale myndigheter om en bedre helsetjeneste, og man argumenterte også ut i fra dette. Middelet ville med andre ord ikke føre til målet. Helse Fonnas administrasjon var derimot enige at Stord burde ha en forsterket fødestue og ikke en fødeavdeling på grunnlag av det faglige tilbudet på sykehuset, og at dette ikke var en strukturell endring, men en navneendring. Ut i fra dette perspektivet skulle man derfor forventet at denne endringen ble gjennomført, men dette skjedde ikke. Da Helse Vest behandlet funksjonsfordelingsaken igjen i juni 2003, kan man forstå det slik at hadde eierne tatt disse argumentene innover seg og gikk tilbake på sine tidligere forslag.

For å forstå mål- og strategiprosessen i et interessehevdingsperspektiv vil man legge vekt på de ulike koalisjonene som hadde utviklet seg i organisasjonen. Grupperinger på hvert sykehus kan det tenkes dannet allianser, hvor disse geografisk baserte alliansene befant seg i en interessehevdingskamp med hverandre. Også foretaket som helhet kan forstås som en koalisjon i den overordnede organisasjonen Helse Vest. Det at man satte i gang mål- og strategiprosessen for Helse Vest hadde satt i gang sin prosess, som også skulle danne grunnlaget for de lokale foretakenes strategiprosesser, blir interessant i dette perspektivet. Man kan tolke dette dit hen at man ønsket å komme i forsprang i forhold til det regionale foretaket for å styre mest mulig av prosessen selv. Ved å ha planene klare samtidig med sine eiere ville det bli vanskelig for Helse Vest å kreve en ny gjennomgang av Helse Fonnas planer, ettersom det ville føre til at man måtte gjennomføre prosessen to ganger. Man satset da heller på å kunne gjøre tilpasninger i ettertid på motstridende punkter. Dermed ville man ha bedre forutsetninger for å få en strategi som passet det lokale foretaket best, og eieren i annen rekke. I Helse Fonnas egen mål- og strategiprosess

ble foretakets interne koalisjoner og allianser synlige. I arbeidsgruppene foregikk det en interessekamp mellom de ulike koalisjonene, og som en informant sier: ”*ingen vil gi fra seg, alle vil ha*”. Koalisjonene kunne både sikre sitt eksistensgrunnlag og sin maktposisjon, men også styrke den i forhold til andre koalisjoner. Stord ville ikke tape akuttberedskapen eller fødeavdelingen ettersom det ville gi dette sykehuset et skudd for baugen, og man ville ikke lenger kunne si seg sidestilt med Haugesund. Odda hadde ambisjoner om å tilsvare tilbudet Stord sjukehus hadde, og gav ikke fra seg funksjoner om ikke Stord også gjorde det samme. I løpet av disse ”forhandlingene” i delprosjektene og arbeidsgruppene var styrkeforholdet så likt at man kommer ikke langt på vei. Informanter etterlyser også en form for regulering mellom koalisjonene, i form av klarere retningslinjer for hvordan ledelsen ville fordele funksjoner og oppgaver. Ledelsen i foretaket er også en egen gruppering i foretaket. Man kunne ut i fra dette perspektivet forventet at med ledelsens tunge ressurser som finansielle og formelle maktmidler kunne ha gått inn med krav til organisering med stor tyngde for å sikre sitt eget maktgrunnlag gjennom fullførelsen av det integrerende tiltaket den gjennomgående klinikkstrukturen var. Det ble allikevel ikke gjort, og det kan kanskje best forstås ut fra de andre perspektivene.

I et interessehevdingperspektiv vil man forstå valget av IT-system som et uttrykk for at Haugesund ønsket å beholde sitt IT-system og at som den største koalisjonen i foretaket hadde de fått gjennomslag for sine interesser i drakampen om IT-systemene. Stord sjukehus ønsket å beholde Hordalandssystemet ettersom man her i noen leirer vurderte det slik at det ville være mest i deres interesse å tilhøre Helse Bergen enn Helse Fonna. Det ville derfor fra deres ståsted være ulogisk å fjerne seg fra Haukeland, og man ville kunne trenere samlingen av sykehusene i Helse Fonna.

Helse Fonnas konflikt med sin eier rundt funksjonsfordelen var en maktkamp om hvem som skulle kunne definere enkeltforetakets virksomhet. Fra Helse Fonnas side ønsket man mest mulig frihet til å råde over sine egne ressurser for å slik frigjøre seg mest mulig fra eierens makt. Man satte derfor i gang sitt eget løp samtidig med Helse Vest, og gikk åpent ut og kritiserte Helse Vests forslag på de punkter som ikke passet overens med Helse Fonnas egne planer. Samtidig ville ledelsen i foretaket ikke fjerne seg for mye fra sine eiere, og måtte vise vilje til å følge deres pålegg. Ut i fra dette kan man tolke administrasjonens forslag om å omgjøre Stords fødeavdeling om til forsterket fødestue som en tilpasning til Helse Vests innstilling. Internt i foretaket førte dette derimot til stor misnøye. Igjen er det snakk om kamp om makt, posisjon og ressurser innad foretaket. Et vedtak som dette ville føre til at Haugesund sjukehus ville få enda mer kontroll over funksjoner i foretaket. Stord sjukehus ville sitte svekket igjen, med et enda mindre maktgrunnlag. For å kjempe mot dette inngikk man allianser med utenforstående som mer åpent kan gå ut og

kritisere Helse Fonnas administrasjon, og som også kunne danne allianser med engasjerte i lokalbefolkningen.

I det institusjonelle perspektivet ser man på foretakets mål- og strategiprosess som et forsøk på å finne en retning for den nye organisasjonen og fylle den med en felles ideologisk base. I det nye foretaket var det et norm- og verdivakuum hvor man ikke visste hva den nye organisasjonen rommer, samtidig som hver enkelt sykehus hadde sin etablerte norm- og verdibasis. Å definere klare mål og en strategi for foretaket ville gi organisasjonsmedlemmene konkrete og håndfaste uttrykk for hva foretaket skulle være og hvilke verdier det skulle representere, og ville være med på å senke usikkerheten i organisasjonen. Dessuten ville også en slik prosess ha en legitimerende effekt utad, og ville symbolisere at Helse Fonna var en som planla og drev rasjonelt.

I gjennomføringen av delprosjektene i mål- og strategiprosessen var deltakerne preget av de normer, verdier og virkelighetsoppfatninger institusjonene og faggruppene brakte med seg inn i Helse Fonna, og de ulike institusjonene opplevde det slik at de fremdeles skulle være likeverdige og selvstendige sykehus slik man hadde vært under HOS-prosjektet. Odda så til Stord for å finne sin likepartner, mens Stord sjukehus opplevde seg som faglig likestilt med Haugesund sjukehus. Dermed ble det på Stord oppfattet som urimelig å skulle overlate funksjoner til Haugesund ettersom man der ikke hadde den faglige legitimitet som et høyere nivå i organisasjonen. Det var derfor vanskelig å komme fram til enighet om funksjonsfordelingen, og man ville beholde de samarbeidsmodellene sykehusene i stor grad brakte med seg fra HOS-prosjektet. Samtidig virket normfellesskapet innad i noen av faggruppene inn på deres evne til å komme til enighet. Innen kirurgi fortelles det av informanter at innen fagmiljøet var mest mulig operativ virksomhet en viktig norm. Dermed ville alle forslag som støttet opp om mest mulig operering bli positivt mottatt, og her fikk også man utformet samarbeidet slik som kirurgene selv ønsket det. Innen medisin fortelles det at det var lite normfellesskap i faggruppen. Man hadde ingen hovedveiledende normer og verdier som det var naturlig å vektlegge i funksjonsfordelingen. Dermed ble det også vanskelig å finne ut hvilke normsett man skulle bygge samarbeidet på. Dette kan også være grunnet i at man verken nå eller under HOS-prosjektet hadde opparbeidet en motivasjon og en forventning til at strukturelle endringer ville være et gode for organisasjonen innad i disse faggruppene, og gruppemedlemmene følte seg derfor heller ikke forpliktet til å komme med forslag. Det kan se ut som at noen faggrupper oppfattet arbeidet med samordningsmodeller både i HOS-prosjektet og i delprosjektene bare var en symbolsk prosess uten forventning om at disse skulle føre til endret aktivitet. Ledelsens manglende tilstedeværelse i disse prosessene kan også tolkes som en bekreftelse på at dette bare var et symbolsk arbeide.

Andre faggrupper derimot, som innen kirurgien, forstod som et reelt prosjekt som skulle føre til endringer i praksis. Under delprosjektene ble dekoblingen mellom planer og praksis stadig mer utfordret. Man måtte komme fram til nye måter å samordne arbeidet på og dette ville også få konsekvenser for den daglige praksisen ved sykehuset. Dermed ble det vanskelig å komme til enighet ettersom det ikke lenger var snakk om symbolpolitikk.

Vanskene med å få innført de nye IT-systemene vil man kunne forklare ut i fra stivhengighet og Hordalandssykehusenes knytning til Haukeland og holdning til Haugesund. Man hadde alltid sendt pasientene til Haukeland, og det opplevdes som vanskelig å skulle måtte snu denne adferden og sende pasientene til Haugesund i stedet. Haugesund sjukehus hadde ingen integritet eller faglig legitimitet som et høyere nivå. Stord kan man også tenke seg følte det som å være underordnet Haugesund og som et mindre viktig sykehus i foretaket om man også skulle ha IT-systemer på Haugesunds premisser. Det kan også tenkes at det var en dekobling mellom vedtakene om å endre IT-systemene og det å faktisk gjøre dette. Da den gjennomgående klinikkstrukturen allikevel tvang denne endringen fram dukket også utfordringene opp.

Når det gjelder funksjonsfordelingskonflikten med Helse Vest vil man i det institusjonelle perspektivet legge vekt på hvordan de ulike forslagene blir oppfattet og tolket. Helse Vests presentasjon skjedde uten at man hadde informert sykehusledelsene om de endringene man ville foreslå. Dermed fikk flere en følelse av å bli overrumplet og ikke bli rådført på noen måte. Dette mente man var en høyst upassende måte å presentere så viktige endringer. Ettersom representanter for Helse Fonna hadde gitt uttrykk utad for at det var en positiv framtid for lokalsykehusene i foretaket, følte man at man mistet troverdighet da det kort tid senere ble presentert helt andre planer for lokalsykehusene. Det ble derfor viktig å gå offentlig ut med kritikk mot Helse Vests planer, for å beholde troverdigheten utad, men også innad i organisasjonen. Det lokale engasjementet vendte seg mot Helse Vest, og symbolske virkemidler som i Odda der det ble arrangert fakkeltog hvor flere tusen mennesker deltok. Det kan også tenkes at Helse Vests krisedefinisjon av forholdene i helsevesenet ikke hadde legitimitet i sykehusene og i foretakene, og dermed ikke følte seg forpliktet til å rette seg etter det regionale foretakets planer. Da administrasjonen i Helse Fonna kom med et tilsvarende forslag som Helse Vests forslag om fødestue på Stord i april 2003, var allerede massene mobilisert til kamp mot Helse Vest. Man hadde en virkelighetsoppfatning der det ikke skilles mellom foretaksledelse og Haugesund sjukehus, alle forsøk på endring ble tolket dit hen at man ønsket Stord innlemmet i Haugesund sjukehus. Protestene ble dermed vridd til å gjelde kampen internt i foretaket. Forslaget som rokket ved folks følelse av sikkerhet for barn og gravide måtte gjennom flere sluser enn de rent rasjonelle. Protestene som oppstod kan også forstås slik at ble klart at Helse Vests

forslag ville føre til konkrete endringer i organisasjonen, og protestene grunnet i at profesjonenes autonomi i sin utøvelse ble utfordret. Det lå heller ingen motivasjon og forventninger i organisasjonen om at slike strukturelle endringer ville være til gode for organisasjonen, men at det skapte usikkerhet. Med de eksisterende konfliktene internt mellom sykehusene var det liten grobunn for en følelse av forpliktelse, motivasjon eller forventninger til forslagene til ny struktur.

6.0 Den nye strukturen settes ut i livet

”Istedenfor at vi hadde fire sykehus før, så har vi nå fått ti”.

(Informant 2)

Etter at Helse Vest hadde gått tilbake på alle sine funksjonsfordelingsforslag for Helse Fonna og gitt klarsignal for å organisere foretaket i en felles struktur med gjennomgående ledelse, kan Helse Fonna fortsette det arbeidet som de allerede hadde påbegynt. Fra å organisere Helse Fonna etter en geografisk inndeling; Haugesund, Stord, Odda og Valen, skulle foretaket nå organiseres etter hvilke funksjoner som skulle ivaretas. I henhold til styrevedtaket om å organisere Helse Fonna i kliniske enheter, skulle det opprettes seks klinikker for kjernefunksjonene; Kirurgisk, Medisinsk, Psykiatrisk, Kvinne/barn, Akuttmedisin og Diagnostisk/Terapeutisk klinikk. Det skulle også opprettes fire støttefunksjonsområder; Pasientservice, Internservice, Økonomi og HR/ Personal (Fonna nytt nr. 3: 2003). Fagkompetansen skulle ved hjelp av den gjennomgående klinikkstrukturen bli helt integrerte grupper i foretaket. Første steg på veien var å finne personene som skulle lede de nye organisasjonsenhetene.

6.1 Jakten på klinikkdirektører og oppbygging av klinikkene

Ledelsens mål var å få besatt alle de ti nye klinikkdirektørstillingene innen 1. april 2003, men dette arbeidet tok lengre tid enn forventet og siste ansettelse var ikke på plass før i august. I første omgang skulle de tidligere sykehusdirektørene ha fortrinnsrett til klinikkdirektørstillingene. Oddas direktør fikk tilbudet om en stilling, men valgte å takke nei og heller pensjonere seg. At direktørene skulle ha fortrinnsrett på stillinger falt ikke i god jord hos blokkledelsen ved Haugesund Sjukehus.

”[Sykehusdirektørene] hadde fortrinnsrett til stillingene. Det var sagt. Og alle blokklederne i Haugesund så jo dette som urimelig, at nei det ville de ikke være med på ... for da visste de at de ble skviset ut”. (Informant 2)

Informanten legger altså vekt på at blokklederne var redde for selv å miste de posisjonene de hadde fått på Haugesund sjukehus.

Etter at det ble uro rundt en slik fortrinnsrett, bestemte styret at man skulle gå for en ekstern utlysning. Da klinikkdirektørene var på plass hadde seks av de nyansatte bakgrunn som blokkledere ved Haugesund sykehus. To personer ble rekruttert fra det private næringsliv, hvorav en tidligere også hadde jobbet en periode på fire år ved Haugesund Sjukehus. Den siste klinikkdirektøren hadde bakgrunn som sjefsyrkepleier på Stord, og så ut til å bli den eneste representanten fra Stord. Etter at direktøren for Kvinne/Barn trakk seg ble derimot tidligere sykehusdirektør på Stord ansatt i denne stillingen. Direktør for økonomi hadde blitt ansatt tidligere, og kom fra en stilling i Telenor.

Det var få søkere fra Odda sjukehus til stillingene, og ingen av disse blir ansatt. Faglige kvalifikasjoner ser derfor ut til å være det mest vektlagte premissen for ansettelsen av klinikkdirektørene, mens andre faktorer som geografisk bakgrunn blir nedprioritert. Helse Fonnas direktør ser seg i hovedsak fornøyd med fordelingen av kjønn, yrkesbakgrunn og ekstern/intern rekruttering. Han påpekte allikevel at det ideelt sett burde vært en bedre fordeling aldermessig og geografisk (Fonna Nytt: 2003).

Klinikkdirektørene overtok roret 1. september 2003. Da trakk sykehusdirektørene seg ut, og den nye organisasjonen skulle være i drift. Klinikkdirektørene skulle være en del av Helse Fonnas toppledelse, som dermed bestod av administrerende direktør, som hadde ansvar for strategi og overordnede problemlinjer, de seks klinikkdirektørene og de fire direktørene for støttefunksjonene. Disse hadde drifts- og budsjettansvaret for sine egne klinikker.

Først 1. januar 2004 trådte den nye organisasjonen offisielt i kraft. Tiden fra september til januar ble brukt til å bygge opp strukturen internt i klinikkene og til generelle tilpasninger ved sykehusene. Den nye organiseringen skulle baseres på de anbefalinger som ble gitt i rapportene fra delprosjektene i mål- og strategiprosessen, og mål- og strategiplanen fra 2002 ble arbeidet videre med i alle klinikkene. Man utarbeidet mål og tiltaksplaner for de enkelte klinikkene, og planen skulle være kjent for de fleste i organisasjonen.

”I de fullmaktene jeg har fra administrerende direktør så står jeg rimelig fritt til å organisere dette så lenge jeg holder meg innenfor dette [overordnede føringer]. Samme med funksjonsfordelingen, hvordan jeg organiserer meg, det føler jeg at jeg har rimelig god frihet til å løse. Og jeg tror at hvis du skal lykkes med dette her så er du nødt til å la de som er aktørene være med på dette her.” (Informant 5)

Informanter i klinikkledelsen sier de opplevde å stå relativt fritt i å organisere sin klinikk. Hovedlinjene som at Helse Fonna skulle fungere som én organisasjon og føringer i bestillingene

fra Helse Vest lå allikevel fastlagt og måtte tas hensyn til. Klinikkdirektørene hadde ansvaret for de overordnede retningslinjene for hvordan den nye strukturen videre skulle innføres i sin klinikk, mens seksjonslederne hadde ansvaret for den praktiske tilpasningen.

For å gi retningslinjer for den videre prosessen og en del rolleavklaringer utarbeidet foretakets HR-område et styringsdokument. Styret og administrerende direktør skulle gi de overordnede føringene for prosessen, mens klinikkdirektørene skulle ta for seg den interne organiseringen i sin klinikk. HR-direktøren hadde i tillegg et særskilt ansvar når det gjaldt å koordinere prosessen, ivareta formelle lovkrav og holde kontakt med tillitsvalgte. Det ble også opprettet en omstillingsgruppe som skulle sikre at prosessen fulgte gjeldende lov- og avtaleverk. Denne omstillingsgruppen bestod av representanter fra arbeidsgiver og tillitsvalgte (Styringsdokument Omstillingsprosess: 2003). I dokumentet ble det vektlagt at ansatte nedover i organisasjonen skulle ha muligheter til å involveres og til å påvirke prosessen, og man anså dette som avgjørende for å lykkes. Ledelsen gav også her uttrykk for viktigheten av å informere godt, og det ble lagt opp til individuelle samtaler med arbeidstakere som i vesentlig omfang ville få endringer i stillingen, og det ble utarbeidet en mal for gjennomføringen for å sikre at det ble gitt lik informasjon på tvers av klinikkene (ibid.).

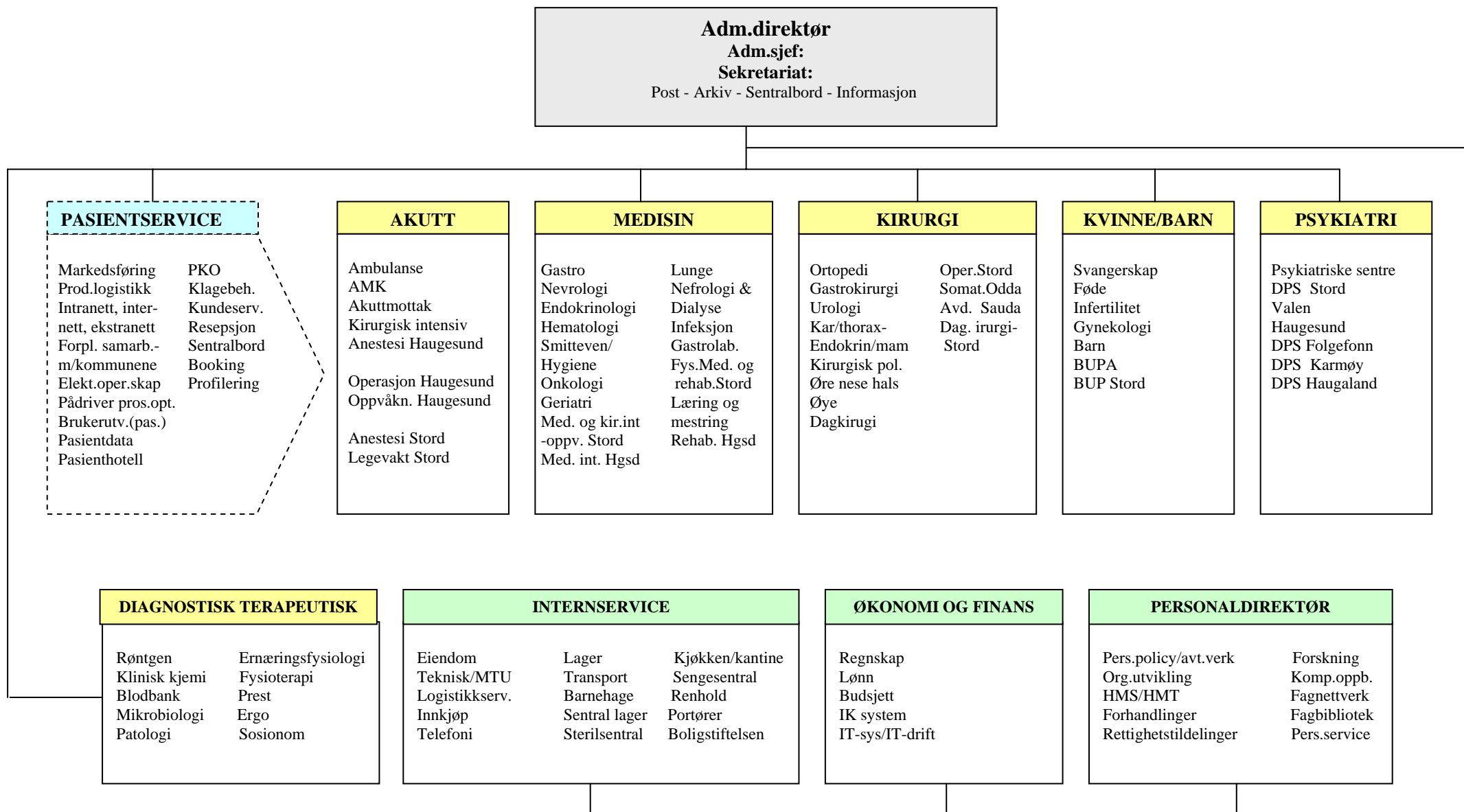
Det har dannet seg et inntrykk av at et slikt omstillingsdokument opplevdes som noe nytt for ansatte og tillitsvalgte på Haugesund Sykehus, og at det opplevdes av organisasjonen som veldig positivt å ha så klare retningslinjer og ha konkrete prosedyrer å forholde seg til. Da klinikkdirektørene bygde opp sine organisasjoner, var det mange ansatte som fikk brev om endring i stillingsinnhold, og det opplevdes som at omstillingsdokumentet la et godt grunnlag for en ryddig og tydelig prosess for disse endringene.

For å få den gjennomgående klinikkstrukturen til å fungere mest mulig effektivt så man det slik at man måtte få felles prosedyrer for alle enhetene. Dette skulle gjøres for at pasientene skulle få en så lik behandling som mulig uavhengig av geografi, og skulle være evidensbasert. Dette mente man også ville gjøre samarbeidet med høyere behandlingsnivå lettere og ha en integrerende effekt på foretaket.

Klinikkene fikk selv ansvaret for å utvikle disse felles prosedyrene. I noen klinikker gikk dette arbeidet greit, og noen informanter mener at enhetene kanskje var overmodne for en slik endring, som for eksempel i ambulansetjenesten. Denne tjenesten er da også den eneste seksjonen som er helt gjennomgående i foretaket. I andre klinikker fikk man store problemer med å få felles prosedyrer inn i daglig praksis, til tross for at tilsvarende arbeidsgruppe anbefalte

en gjennomgående klinikkstruktur under delprosjektene i 2002. Å innføre den gjennomgående klinikkstrukturen også på seksjons/avdelingsnivå vil være neste steg i prosessen. Til nå har man opplevd at man ikke får det nødvendige fagsamarbeidet til å gli smertefritt, og at man ikke får ivaretatt helheten når seksjoner ikke er gjennomgående. De gjennomgående prosedyrene ville i tillegg til å bedre de tjenestene som foretaket tilbød, også være viktige for å kunne utnytte fagressursene og gjøre dem mer fleksible ettersom dette muliggjorde rotasjon av personalet. En slik utveksling av fagressurser møtte derimot på andre utfordringer enn de lokale prosedyrene. I hvor stor grad foregikk det utveksling av personale innad i foretaket, og hva opplevdes som vanskelig med å få til en felles personalpool?

Figur 1 Organisasjonskart Helse Fonna



6.2 Rotasjon av personale

En av grunnsteinene i den desentrale sykehusstrukturen Helse Fonna mente man måtte bygge på var at det nødvendige fagpersonellet var mobilt. Det å få etablert et godt samarbeid mellom enhetene slik at driften av klinikkene kunne bli mer integrert ble sett på som en nøkkelfaktor for også å få én felles kultur innad i foretaket. Ideelt sett hadde man ønsket at man ved opprettelsen av foretaket sa opp alle for å så ansette dem med hele Helse Fonna som arbeidssted. En del ansatte, hovedsakelig i administrative stillinger, fikk i løpet av sommeren 2003 et skriv om forhåndsvarsel om endring av stilling ved oppsigelse. Det ville si at de ble oppsagt i den stillingen man hadde, og tilbud om en stilling med nytt innhold. Alle som ble ansatt etter at den nye organisasjonen trådte i kraft fikk hele Helse Fonnas dekningsområde som arbeidssted, men med et definert foreløpig arbeidssted.

De som allerede var ansatt da foretaket var et faktum, var det vanskeligere å gjøre mer mobile. Dette var på grunn av at fagforeningene forut for foretaksreformen forhandlet seg frem til et fast ansettelsessted. Ved eventuell tjeneste på andre sykehus hadde man krav på godtgjørelse også innenfor normal arbeidstid.

”Når disse kommer til Stord så vet de andre på Stord som skal inngå i et team og som får relasjoner til vedkommende at han er her bare fordi at han tjener penger som sand og gress... der er noen sånne kulturelementer og kryssende verdier som gjør det forferdelig vanskelig hvis du har sånne avtaler”.
(Informant 3)

I de tidligere avtalene stod fagpersonellet meget fritt til å velge sin egen arbeidsdag. Disse tidligere ordningene var svært kostbare, og i noen tilfeller var det ikke lønnsomt å flytte personell. Da disse avtalene ble inngått ble det innforhandlet et spesifikt arbeidssted. *”Der bare skuet vi hunden med hårene og angret for så vidt litt på det nå. For vi sitter med avtaler som er altfor rigide i forhold til det”.* (Informant 3). Dette ble altså godtatt av ledelsen ettersom de på den tiden hadde en marginal bemanning, og valgte å ikke konfrontere fagforeningene på dette punktet.

Et annet aspekt av personalambulering var hvor mye utveksling og hvor villig enhetene i praksis var til å utveksle personell og oppgaver. Ved sommeren 2004 var den noe fast utveksling innad i Kvinne/barn - klinikken og noe i Medisinsk klinikk. Samtidig har informanter en antagelse om at flere var villige til å arbeide flere steder enn den utvekslingen som faktisk skjedde. Fra de områder hvor utveksling var etablert rapportertes det at slike arbeidsopphold oppleves som positivt for både mottakere og de som reiser. Det opplevdes allikevel vanskelig å få til i praksis

på grunn av økonomiske årsaker, men også på grunn av mottakere ikke alltid i like stor grad ønsket å motta personale fra andre sykehus, til tross for behov for fagekspertisen. En annen forklaring som ble gitt er at noe personale ikke ønsker å reise.

Foruten å knytte vanskene med å få til rotasjon av personellet til avtaleverk og evne og vilje til å utveksling, knyttes dette også opp mot en tredje faktor; den ufullstendige funksjonsstrukturen. Man opplevde ambulerende som vanskelig å få til fordi man måtte forholde seg til flere ansvarlige for å ordne en utveksling. Det opplevdes som *”byråkratisk å gå, for du skal via så mange sjefer”* (Informant 1), ettersom de fleste seksjonene ikke var fullstendig gjennomgående og var underlagt ulike klinikker. Har den nye strukturen gjort organisasjonen mer tungrodd?

6.3 Funksjonsstrukturen i praksis

Arbeidet innenfor den nye strukturen opplevdes som mer *”byråkratisk”*, og at det var vanskeligere å få ting gjort på den enkelte enhet. Ting som tidligere kunne løses ved hjelp av en uformell samtale måtte nå gjennom et hierarki som strakk seg mellom geografiske skillelinjer. Man opplevde det som om det nå var *”stengler du ikke ser, det blir tyngre”* (Informant 1) og en annen informant sier:

”Jeg føler det er sånne vanntette skott, det er nok ubeldig. Alle sitter og holder på sitt og er opptatt av sitt område og det er ikke noen som gir over grensene. Det var vel ikke det som var meningen.” (Informant 2)

Dette gjorde det vanskeligere å utnytte ressursene sykehusene til sammen rådde over og å samkjøre funksjoner som naturlig hørte sammen.

Til tross for at man så fordeler med funksjonsstrukturen oppfattet ledelsen det slik at man ikke kunne fri seg fra geografien. Foruten klinikkdirektørene så man et behov for å ha stedlige ledere som kunne ta avgjørelser i saker som gikk på tvers av klinikker, men lokalisert på én geografisk enhet. *”Brenner det i Odda, så brenner det i Odda”* (Informant 3). I slike situasjoner måtte man ha stedlige ledere som tok ansvaret for den konkrete enheten. Arbeidet med å finne disse stedlige lederne hadde ikke vært særlig systematisert, til tross for en målsetning om dette i utgangspunktet. En forklaring som gis er at det allerede var skikkelser på flere av enhetene som så det som naturlig å påta seg den rollen, og å velge andre til disse posisjonene opplevdes som nærmest umulig.

På Odda og Stord sykehus falt ledervalget naturlig, med klare lokale ledelsesskikkelser. Dermed ble disse stillingene fylt av personer med nær tilknytning til det enkelte sykehus, noe som informanter føler kanskje virket inn på disse lederne forståelse av sin oppgave. Dette oppfattes av informanter som en utfordring i forholdet sentralt lederskap og den enkelte institusjons autonomi.

Utgangspunktet var som nevnt at man skulle ha en formell prosess i valget av disse stedlige lederne, noe som ikke ble gjennomført. Informanter ser det allikevel slik at om man hadde hatt en slik formell prosess, hvor man kanskje hadde valgt andre ledere, så ville dette ført til enda flere konflikter enn man forventet seg ved denne omleggingen. Derfor har ledelsen brukt klinikkledelsens tilstedeværelse på den enkelte enhet bevisst for å markere den sentrale ledelsens posisjon. Klinikkdirktørenes arbeidsuke ble eksplisitt fordelt på de forskjellige enhetene av den sentrale ledelsen. Mandag og tirsdag skulle de være tilgjengelige for den sentrale ledelsen, onsdag skulle brukes på Haugesund sykehus, torsdag og fredag på de andre enhetene. Dette ble gjort helt bevisst for å gjøre ledergruppen synlige ved alle enheter. Til tross for en slik skjematisk inndeling vanket det kritikk for at ledelsen var lite synlig.

”[...] jeg føler personene ikke har fulgt opp i disse direktørstillingene, at klinikkdirktørstillingene har vært flinke nok til å følge opp. Og det er helt naturlig, de blir seg selv nærmest ... de har ikke fått vekk den blokkstrukturen enda. De forholder seg til blokkene og så har de liksom fått Stord og Odda som et haleheng...”(Informant 2)

Klinikkdirktørenes bakgrunn fra Haugesund knyttet altså opp av informanter til opplevelsen av at disse var lite synlige ute på de andre institusjonene utenfor Haugesund. Dette kunne være med på å bygge opp under en frykt for at ledelsen ønsket at Haugesund sjukehus skulle overta de andre sykehusenes funksjoner. Det fortelles om at på andre institusjoner utenom Haugesund opplevdes det som om man ikke hadde kontakt med det som foregikk i de øvrige delene av Helse Fonna. *”Nå er det ingen som vet noen ting, og det er et faresignal. [Institusjonen] opplever det i hvert fall slikt ...”* (Informant 2). Klinikkdirktørene opplevde også selv at det var vanskelig å nå ut til alle enhetene. På grunn av foretakets geografiske utstrekning og en særdeles travel hverdag med høye leveringskrav syntes man det er vanskelig å kunne delta i det som skjer på alle institusjonene.

”På en måte så føler nok [institusjon] at de ikke blir hørt på den måten de skulle ønske de ble hørt på. Og så tror jeg at de sitter såpass langt borte (...) at når ting skjer så kan en fort bli mistenksom og ikke helt forstå, hva er det som ligger i dette budskapet og tolke det negativt?”. (Informant 4)

Informanten opplever altså at det ble vanskelig å få avklart misforståelser og uklarheter som kunne oppstå mellom den sentrale ledelsen og enhetene utover i organisasjonen.

En annen utfordring man mener oppstod i kjølvannet av foretaksreformen og strukturendringen var en fare for at klinikkdirektørene så sitt ansvar for måloppnåelse kun i forhold til sin egen klinikk, uten å ta et helhetlig ansvar for organisasjonen. Dette opplevdes sterkere i tider hvor fokuset på nedskjæringer og nedbemanning var stort.

”... økonomien er stram, vi strever, og når krybben er tom så biter bestene, det blir litt sånn i den stilen. ”Jeg gir ikke noe fra meg, nå må jeg passe at jeg holder på mitt, så får nå de kave med sitt” ”

(Informant 4)

En slik utfordring hadde man også i foretakets første periode, hvor sykehusene hadde vært separate geografiske enheter. Allikevel oppleves funksjonsstrukturen av informantene som bedre skikket til å løse Helse Fonnas utfordringer. Da man var geografiske enheter møttes man relativt sjeldent og man kunne lettere holde på isolasjonistiske tendenser og heller be om tilgivelse enn tillatelse. I funksjonsstrukturen opplevde man at slike tendenser i større grad ble dempet av den umiddelbare nærheten til Helse Fonnas ledelse, og at om man arbeidet for rene sektorielle interesser ville man bli avslørt relativt fort.

Hva referer man til når man snakker om isolasjonistiske tanker? Hvordan forholder de geografiske enhetene seg til hverandre, klarer man å samarbeide? Hvilket inntrykk sitter man med av organisasjonen og de andre enhetene, sett fra de ulike geografiske enhetene?

6.4 Foretakets nye samarbeidskonstellasjoner

Da Stord, Odda, Valen og Haugesund ble samlet i ett felles foretak skjedde dette på tvers av fylkesgrenser, og tidligere tilknytningsforhold til Haukeland og Stavanger måtte endres. Organisasjoner som tidligere hadde stått uavhengig av hverandre i HOS-samarbeidet, skulle nå samles under en fane og en samlet visjon. Alle disse sykehusene brakte med seg inn hver sin bakgrunn og sin kultur, men de to største sykehusene i Helse Fonna, Haugesund og Stord oppleves å ha det mest turbulente forholdet.

”Det må jeg si at når jeg har jobbet seks-sju år på (...) og har nå en lederrolle litt her og litt der, og har (...) et relativt godt innblikk i kulturen i Haugesund, så jeg jo det helt klart at det er voldsomt store kulturforskjeller”. (Informant 5)

Det hevdes at Haugesund var preget av et lillebrorkompleks skapt under tiden i Rogaland fylkeskommune og i sin tid tilknyttet SiR. Noen informanter gir uttrykk for at daværende Haugesund fylkessjukehus gikk sterkt inn for å følge korrekte tjenesteveier, følge opp kravene fra fylkeskommunen og gjøre en seriøs innsats for å oppfylle budsjettene. Informanter opplevde det som om ikke andre sykehusaktører i Rogaland fylkeskommune tok fylkeskommunens krav og korrekte tjenesteveier like alvorlig som Haugesund. Det forstås slik at man ved Haugesund følte et press på å stadig dokumentere og vise seg verdig de midlene som ble tildelt i fylkeskommunen. I det nye foretaket ble dermed lillebroren til storebror. I arbeidet med mål- og strategiprosessen opplevde man Haugesunds blokkledere var bevisst sykehusets stilling som det største i foretaket, og at de oppfattet seg som likeverdige til de andre sykehusenes direktører. I noen informanters framstilling oppleves det også slik at Haugesund er svært klar over sin rolle som foretakssenter.

Det oppleves også utenfra som om det ved dette sykehuset også var en løsere struktur, at det var oftere ”*omkamp*” (informant 4) rundt avgjørelser og at man ikke nødvendigvis forholdt seg til det ledelsen var kommet fram til. Stord derimot beskrives som å ha mer respekt for de avgjørelser som ble tatt. Dette står i en viss grad i motsetning til det inntrykket andre informanter gir;

”Bortsett fra størrelsen, så har de nok ulike måter å gjøre ting på. Haugesund har vel hatt en sterkere styring, tror jeg (...) men på Stord var det lempelig, (...) kunne du få permisjon for alt, så folk satt og hadde både to og tre stillinger” (Informant 1)

Informanten oppfattet det som at ved Haugesund var det en mer formell og standardisert samarbeidsformer mens på Stord var det mer uformelt og ”løsere i snippen”.

I Hordaland fylkeskommune var ikke Stord alene i sin rolle som en liten aktør, og Haukelands stilling var ubestridt. Man hadde innfunnet seg med rollen som en av flere ”lillebrødre” i Hordaland. Informanter forteller om at Hordaland gav stor autonomi til sine sykehus. Det ble gitt et rammeverk for tiltakene, men at det var rom for at sykehusene kunne tilpasse praksisen innenfor disse rammene. Det hadde vært minimalt med faglig samarbeid mellom Stord og Haugesund forut for HOS-prosjektet. En utbredt tanke på Stord sykehus var en frykt for at Haugesund sjukehus stod klar til å sluke dem når Trekantsambandet, som knytter Stord og Bømlo til fastlandet på sørsiden, var på plass. Dette inntrykket bekreftes av informanter fra alle enhetene. I HOS-samarbeidet var da også en av forutsetningene at man skulle gå inn i

samarbeidet som tre selvstendige sykehus. Etter foretaksorganiseringen ble Haugesund foretakssenter og Stords fagmiljø ble nødt til å vende seg mot Haugesund i stedet for Haukeland, noe som beskrives som vanskelig. Stord oppfattet ikke Haugesund sjukehus som et høyere behandlingsnivå slik som Haukeland hadde vært. Da foretaket skulle slås sammen til én organisasjon så Stord de slik at det var en fusjon mellom likestilte sykehus. Det hevdes at man på Stord opplevde dette som om kvaliteten på tjenestene blir ofret for lojalitet mot foretaket, og informantene bekrefter Stords skepsis til Haugesund sjukehus.

”Tilliten på den faglige biten var helt klart knyttet til Haukeland, og hvis de skulle henviser til Haugesund så måtte egentlig fagkompetansen her nede vise at de var gode nok. De måtte nesten opp til eksamen(...) Det sliter vi faktisk med enda.” (Informant 5)

Inntrykket av at fagmiljøet i Haugesund må ”opp til eksamen” bekreftes langt på vei i tidligere nevnte uttalelser i media angående sentraliseringen av AMK-sentralen, der man eksplisitt sa at Haugesund måtte bevise at de evnet å ta seg av disse meldingene på en fullverdig måte. Informanter forteller også at deler av fagmiljøet på Stord så seg best kjent med at sykehuset ble overtatt av Helse Bergen eller i det minste fikk tilbake sin egen sykehusdirektør, og at dette var fagpersonell eksplisitte på.

”Det verste som kan skje er at Helse Fonna begynner å rive internt. Da går det felleveien, for å si det enkelt. Jeg er fryktelig skeptisk, redd for at det kan skje. Og ikke minst kan skje på den måten at det kanskje fortsatt er faglige krefter og andre krefter på Stord som liksom ser seg mer tjent med å kunne være sammen med Haukeland. Jeg tror de foregner seg til DE grader, det tror jeg. Og da tror jeg de vil sitte nokså barberte igjen”. (Informant 5)

Informanten ser de interne stridighetene mellom enhetene som en stor fare for Helse Fonnas videre eksistens, og at lykken ikke ligger i å bli overtatt av Helse Bergen.

En av informantene forteller at HOS-prosjektet på Stord blir trukket fram som noe positivt og settes i kontrast til dagens Helse Fonna. Det uttrykkes at man på Stord mener at de løsningene man har fått etter foretaksorganiseringen ikke er det samme og heller ikke etter intensjonene med HOS-samarbeidet. Skepsisen til Haugesund sykehus beskrives som å ha to utspring;

”Det hadde gjerne med det der med storebror-lillebror, og at [Stord] har mistet den ene personen som talte [Stords] felles sak (...) nå må [ansatte på Stord] gå i sine linjer. Linjene er mange, og gjerne spredd”.
(Informant 4)

Den interne knivingen mener informanten altså har sitt utspring i det ene sykehusets dominerende stilling i foretaket, og at man gjennom den nye klinikkstrukturen mistet sykehusdirektøren som samlingspunkt for Stord og at de nye styringslinjene ikke opplevdes like klare og naturlige som de hadde vært før.

Odda sin situasjon var av en litt annen karakter. Informanter forteller om en opplevelse av at Odda ble oppfattet som å være til bry og ubehag for fylkesadministrasjonen. Dette forklares både ut fra de ulike sykehusenes lobbyvirksomhet i fylkeskommunen, men også ut fra de store geografiske avstandene mellom fylkeskommunesenteret i Bergen og Odda. Trusselbildet man hadde på Stord opplevdes ikke tilsvarende i Odda, og man så det slik at de hadde ingenting å tape, men mye å vinne ved å gå inn i et samarbeid med Haugesund.

”... enten så eksisterte [Odda] eller så eksisterte [Odda] ikke. Og veianstanden var jo den faktoren som var tyngst. Det var for lang vei til Haugesund til at Odda skulle bli overført til Haugesund” (Informant 2).

Her hadde man altså *”sett skriften på veggen”* (Informant 1), et samarbeid med Haugesund kunne bare gi dem et bedre tilbud enn det man kunne klare å gi alene. Begge parter opplevde at det utviklet seg et godt samarbeidsforhold mellom sykehusene, og Odda fikk raskt en lojalitet til Helse Fonna - konseptet. Informanter opplever det også slik at Odda hadde mer til felles med Haugesund enn til Stord. De to sykehusene hadde samarbeidet rundt flere ulike prosjekter, for eksempel at Odda benyttet Haugesunds ambulansesjef da ambulansetjenesten skulle utvikles ved sykehuset. Som ved Haugesund hevder informanter at man i likhet med Haugesund hadde mer *”struktur”* ved Odda sjukehus enn på Stord. Ut i fra dette begrunner informanter at kulturene på disse sykehusene er likere.

Oddas forhold til Stord var derimot ikke alltid like hjertelig. Til tross for en tidligere felles tilværelse som mindre aktører rundt Haukeland som det store senteret, ligger det ingen gammel lojalitet mellom disse sykehusene. Flere informanter gir uttrykk for at Stord så det slik at Odda kunne *”seile sin egen sjø, og kunne like gjerne bli nedlagt i Stords øyne”* (Informant 1). Fra Stords side vektlegges derimot Oddas ønske om å identifisere seg med og likestille seg med Stord.

”mange på Stord, når det var snakk om oppgavedeling og slike ting, så yndet den enkelte i Odda å sette likhetstegn mellom Odda og Stord, størrelsemessig. Og det var av ren hensikts-, strategi, hvilket da Stord hadde store motforestillinger mot”. (Informant 5)

Gjennomgående kan det derfor beskrives som at alle de somatiske sykehusene i foretaket streber opp mot hverandre og forsøker å bli likestilt med hverandre. Sykehusene ser ut til en enda å ha en hierarkisk forståelse av strukturen i foretaket, og ikke at man ser på seg selv som et nettverk. Selv om man på dette tidspunktet i empiriframstillingen offisielt er blitt en forent organisasjon, et sykehus med fire dører, klarer verken geografiske enheter eller faggrupper å fri seg fra gamle tankemønstre og konfliktlinjer. Den gjennomgående klinikkstrukturen har i tillegg til gamle problemstillinger også brakt med seg nye utfordringer for foretaket. Allikevel opplever informantene det slik at hvis foretaket skal klare å overleve var en slik strukturendring ikke til å unngå.

6.5. Analytiske betraktninger

Da Helse Vest hadde gått tilbake på sine funksjonsfordelingsforslag i juni 2003, kunne Helse Fonna jobbe videre med den gjennomgående klinikkstrukturen. Aller første skritt på veien var å ansette de nye klinikkdirektørene, en prosess som tok lengre tid enn forventet, og ledelsen valgte til slutt å lyse ut stillingene eksternt. Da stillingene var besatt kom først seks fra Haugesund sjukehus, én fra Stord sjukehus og tre kom fra eksterne stillinger. De nyansatte klinikkdirektørene skulle selv utforme sine klinikker og ta stilling til hvordan de ønsket å organisere underliggende enheter og ledelsen gav klinikkdirektøren få retningslinjer å forholde seg til. Det ble utarbeidet et styringsdokument for hvordan man skulle gå fram i denne prosessen av foretakets HR-avdeling, noe som ledelsen har fått positiv tilbakemelding på.

Helse Fonnas strategi gikk ut på at man skulle tilby viktige helsetjenester ved alle enhetene i foretaket. Innenfor klinikkdirektørens ansvarsområde lå derfor å utforme felles prosedyrer for hele foretaket for sin klinikk. Dette skulle føre til at pasientene slapp å reise lange avstander for å komme til Haugesund sjukehus, men at foretakets fagpersonell måtte ambulere mellom de geografiske enhetene. Det viste seg at dette ikke var like lett å få til i praksis.

I juni 2004 hadde klinikkdirektørene hatt ansvaret i nesten et år, mens klinikkstrukturen hadde vært i drift i rundt et halvt år. I denne perioden hadde ulike effekter av den nye strukturen dukket opp. Informanter gir uttrykk for at strukturen hadde blitt mer ”byråkratisk” og at tjenesteveiene har blitt lengre. Før hadde skillelinjene vært basert på geografi mens i den nye

strukturen lå spenningsforhold også mellom klinikkene. Funksjonsstrukturen brakte slik med seg en annen dynamikk i foretaket som også gav andre utfordringer.

For å forklare hvorfor man ikke fikk klinikkdirektørene på plass da man skulle vil man i et instrumentelt perspektiv vektlegge at foretaksledelsen selv deltok i hele ansettelsesprosessen. Det ble et spørsmål om å ha nok tid til å gjennomføre dette i tillegg til alle de andre oppgavene ledelsen satt med. Ettersom det tok lengre tid enn man først hadde tenkt var tiden som var satt av til dette simpelthen ikke riktig estimert. De reaksjonene som kom på sykehusdirektørens fortrinnsrett var basert på at man da ikke fikk en utvelgelse basert på de beste kvalifikasjonene til jobben, men i stedet på basis av rang og ville være en irrasjonell utvelgelsesmetode. At ledelsen og styret gikk inn for en ekstern utlysning vil her forstås som at de innså at utvelgelsesmetoden ikke ville gi den beste kandidaten til jobben, og valgte derfor en ekstern utlysning for å ansette den mest kompetente i stillingene, uavhengig av rang og geografisk tilhørighet.

Ledelsen delegerte den videre organiseringen av klinikkene til direktørene fordi det var disse som ville være best rustet til å utforme sin klinikk, ettersom de var blitt ansatt i sin stilling som beste kandidat på basis av deres tidligere kompetanse. De føringene som ledelsen mente var viktig å gi lå i mål- og strategiplanen og i bestillerdokumentet fra Helse Vest. Prosessens styringsdokument var et hjelpemiddel til å få gjennomført alle de lovpålagte tiltak og andre organisatoriske oppgaver i prosessen, og gav en plan for hvordan dette skulle gjøres. Dette dokumentet var altså et arbeidsverktøy for klinikkdirektørene.

Ved å etablere felles prosedyrer skulle tjenestene i foretaket standardiseres. gjennom å etablere de beste faglige prosedyrene ville man kunne gi en like god helsetjeneste i hele foretaket. For foretaksledelsen ville det bli lettere å kontrollere om man holdt seg til beste praksis i enhetene når alle skulle forholde seg til de samme prosedyrene. Samtidig ville de menneskelige ressursene i foretaket bli mer fleksible ettersom man forholdt seg til samme standard uansett geografisk enhet, og man ville lettere kunne gå inn i et arbeid uavhengig om det var på Stord, i Haugesund eller i Odda. Satsingen på ambulerende personell fulgte som en naturlig følge av strategien om å ha en desentral tjenestestruktur og Helse Fonna kunne slik utnytte både faglige og materielle ressurser på en bedre måte. Samtidig kan det sees som et forsøk fra ledelsens side å styre kulturene ved sykehusene. Gjennom å arbeide sammen med ansatte fra andre enheter ville man bli mer integrert som organisasjon, og kulturelle motsetninger ville bli visket ut. Vansker man møtte med å få roteringen til var på grunn av økonomiske hensyn. Det kostet foretaket mer å tilby en tjeneste enn man fikk refundert fra staten, og ambulering ville i disse tilfellene ikke være noe alternativ. Da fikk man ikke en mer effektiv utnyttelse av helsekronene, som var et av formålene

med helsereformen. Den gjennomgående klinikkstrukturen var foreløpig ufullstendig, og vanskeliggjorde en full utnyttelse av personellet. Dette ville derimot løse seg når alle seksjoner og enheter var gjennomgående i hele organisasjonen, og ikke bare i den overordnede delen av foretaket.

I det instrumentelle perspektivet vil man legge vekt på at den gjennomgående klinikkstrukturen ikke var fullstendig innført og at klinikkene ikke var totalt gjennomgående for å forklare denne strukturens vansker i praksis. Derfor var det også av praktiske hensyn et behov for en stedlig leder på de geografiske enhetene. Som en informant sier; ”*Brenner det i Odda, så brenner det i Odda*”. Det sentrale lederskapet var allikevel siste avgjørende instans, og for å kontrollere at enhetene løste oppgavene sine mest mulig effektivt måtte ledelsen være synlig på enhetene. Dette løste foretaksledelsen med å gi klare føringer på hvordan arbeidsuken skulle fordeles mellom de ulike geografiske enhetene. Samordningen mellom de kliniske enhetene skjedde i felles møte mellom foretaksdirektøren og alle klinikkdirektørene, og slik ble totalansvaret for foretaket ivaretatt.

I interessehevdingperspektivet vil man forstå prosessen med å ansette klinikkdirektørene som en forhandlingssituasjon. Sykehusdirektørene hadde gjennom sin formelle og uformelle makt fått gjennom at disse skulle ha en fortrinnsrett til stillingene. Protestene på dette kom hovedsakelig fra en annen sterk koalisjon, blokkledergruppen ved Haugesund sjukehus. Denne grupperingen hadde en potensielt stor makt i form av å være ledere for de største faggruppene på de geografiske enhetene i foretaket, og kunne sette stor tyngde bak et krav om å bli tatt med i beregningen. Deres umiddelbare nærhet til foretaksledelsen kan også ha gjort jobben lettere å påvirke resultatene. Styret og ledelsen bøyde av for denne grupperingen fordi man ikke så seg tjent med å være i konflikt med det største sykehuset i foretaket, og gikk inn for en ekstern utlysning hvor alle kandidatene i prinsippet stod likt. Styringsdokumentet som ble laget for omorganiseringen var et forsøk fra foretaksledelsens side å regulere den interessekampen som ville finne sted i en slik prosess. Grupperinger nedover i organisasjonen, som ulike seksjoner, kunne i omorganiseringen oppnå bedre arbeidsvilkår og et sterkere maktgrunnlag innad i klinikken, eller man kunne risikere å miste disse betingelsene. Gjennom styringsdokumentet reguleres noe av den strategiske aktiviteten inn i forhåndsdefinerte fora som ledelsen kontrollerte; forhandlingene fikk gitte spilleregler som måtte følges.

Felles prosedyrer i foretaket ville være et viktig kontrollmiddel for foretaksledelsen. Gjennom disse standardiserte prosedyrene ville ledelsens interesser om å beholde den sentrale makten bli innfridd. Også satsingen på personellens ambulerende virksomhet ville ha en

maktsentraliserende effekt. Dette ville løse opp de eksisterende geografiske koalisjonene, og makten vil bli tettere knyttet opp til det sentrale lederskapet ettersom klinikkdirektørene vil inngå i toppledergruppen. Vansker med å få dette til bunnet i at profesjonsgrupperinger ikke så dette som særlig gunstig om grupperingen ikke fikk noen form for kompensasjon for ambuleringen. På grunnlag av forhandlinger like etter HOS-prosjektet hvor disse gruppene og sykehusene fikk lagt inn fast arbeidssted i kontraktene sine ville det koste foretaket store summer å få faggruppene til å ambulerende. Viljen til å bli involvert i ambulerende virksomhet varierte også. I noen tilfeller ønsket ikke avdelinger å motta personale som ønsket å rotere. Dette var basert på at mottaker ikke ønsket å miste posisjon som sårt tiltrengt fagkompetanse og arbeidskraft. Samtidig kan man også tenke seg at det er de geografiske koalisjonene som trekker i trådene. Geografiske baserte grupperinger motarbeidet en tettere integrering fordi de ikke så seg tjent med å være i foretaket i det hele tatt. Ved å få samarbeidet til å bryte sammen ville man kunne gå inn i en allianse med helt andre, utenforstående parter. På grunn av den ufullstendige strukturen stod også sektorinteresser i veien for den ambulerende virksomheten. Ikke alle enheter og seksjoner var fullstendig gjennomgående og noen seksjoner på ulike sykehus var underlagt ulike klinikker. Hvis rotasjonsavtaler var ugunstig for en klinikk, ville man ikke gå inn i slike avtaler. Slik kan man forstå enkelte av informantene.

I dette perspektivet kan man tenke seg at den nye funksjonsstrukturen i praksis synliggjorde nye og gamle nettverk. Klinikkerne som ble opprettet kunne være nye grupperinger som gjorde seg gjeldende, og klinikkerne inngikk samarbeid med andre klinikker der det var noe hente for dem, men forsøkte å hindre tiltak som ville gå på bekostning av klinikkens ressurser. Dette blir til en viss grad bekreftet av informanter. Det var også en spenning mellom den sentrale ledelsen og lokale lederskikkelser på institusjonene. Som allierte ville disse være nyttige for den sentrale ledelsen, men det ville også være fare for at disse lokale lederne var en del av de geografiske grupperingene og derfor arbeidet for institusjonen mot foretaksledelsen. I dette perspektivet kunne man derfor forventet seg at foretaksledelsen selv utnevnte de lokale lederne, men det ble ikke gjort ettersom man da kunne få andre konflikter om ledelsen ikke valgte lokale ledere som enhetene selv så som naturlige. Man kan derfor ut i fra dette ståstedet si at foretaksledelsen bøyde unna for de geografiske alliansene i denne saken. Slikt sett ble det derfor viktig for foretaksledelsen å være synlige i institusjonene. Klinikkdirektørene kan man tenke seg at *ikke* anså det som viktig å være synlig ved andre enheter enn i Haugesund ettersom dette var det største sykehuset med store muligheter for koalisjonsdannelser det ville være nødvendig å ha innsikt i.

Prosessen med å ansette klinikkdirektørene og reaksjonene som fulgte kan også forstå ut i fra et institusjonelt perspektiv. Spesielt blokklederne ved Haugesund Sjukehus opplevdes det som upassende at sykehusdirektørene skulle ha en slik fortrinnsrett. Informantene peker på at man opplevde det som urimelig at ledere for mindre enheter enn ens egen skulle bli forfordelt i ansettelsesprosessen. Blokklederne ved Haugesund sjukehus oppfattet seg selv som likestilte til sykehusdirektørene på de andre sykehusene, og fant det vanskelig å godta at andre skulle ha fortrinnsrett når de selv ikke hadde det. Foretaksledelsen og styret løste dette dilemmaet gjennom å lyse ut stillingene eksternt som en demonstrasjon på at verken sykehusdirektørene eller blokklederne hadde noen fortrinnsrett. Man ville i tråd med dette kunne tenke seg at ledelsen også ville ansette personer med bakgrunn fra alle de geografiske enhetene som en symbolsk bekreftelse på dette. Allikevel er det en god del av de som ble ansatt som kommer fra Haugesund sjukehus, noe som kanskje forklares best ved hjelp av de to andre perspektivene.

Klinikkdirektørenes frie stilling i utarbeidelsen av sine klinikker vil man i det institusjonelle perspektivet se som et uttrykk for at løse koblinger er institusjonalisert i sykehus, og at det derfor ligger en forventning av at man ikke skal bli detaljstyrt. Informanter gir også uttrykk for at denne tilliten var noe man forventet. Samtidig ble styringsdokumentet positivt mottatt ettersom dette gav de ansatte en trygghet i en tid med store omveltninger ved å definere noen klare retningslinjer for hvordan prosessen skulle foregå. Det ble et symbolsk virkemiddel for ledelsen som gav ansatte en følelse av å bli tatt på alvor og at man ble sett og hørt av organisasjonens ledelse. Klinikkenes arbeid med felles prosedyrer for foretaket sees i dette perspektivet som et forsøk på å skape en ny felles identitet og en institusjonell basis å bygge videre på. Ettersom Helse Fonna var en ny organisasjon var det en usikkerhet om hva som skulle regnes som forventet praksis, ettersom man ikke hadde rukket å utvikle institusjonelle trekk som en felles norm- og verdibase. Standardene ville således fungere som normbærere. Prosedyrene skulle være evidensbasert, og ville i så henseende også ha en legitimerende effekt utad.

Et institusjonelt perspektiv vil forklare innføringen av ambulering av personell på basis av sti-avhengighet. Ettersom man tidligere hadde gått inn for etablere en felles organisasjon på tvers av sykehusene, var det å rotere personellet mellom disse enhetene et naturlig neste steg. Dermed setter tidligere handlingsvalg føring for hvordan man senere kan handle. Konflikter rundt dette oppstod på bakgrunn av at denne løsningen kolliderte med de eksisterende normene og verdiene i sykehusene og de forventningene faggruppene hadde til egen autonomi. Samtidig kan man også igjen vende tilbake til de ulike enhetenes vilje til å ta i mot ambulering og enheters redsel for å miste faglig integritet. Gjennom å ta i mot fagfolk fra andre organisasjoner blottla man sine arbeidsrutiner og fagkunnskaper. Enhetenes praksis lå dermed åpen for kritikk og man

var redd for å miste sin faglige troverdighet. Det var også en usikkerhetsfaktor i både å ambulere og ta i mot ambulerende personell. Dette kan bunne i en frykt for nye og ukjente elementer i organisasjonen; fagpersonene kjente ikke hverandre fra før og det vil være lettere å fortsette å arbeide med folk som man allerede hadde et tillitsforhold til. Når det gjelder en forklaring på utvekslingsvanskene kan man i det institusjonelle perspektivet forklare det slik at det ikke har vært tradisjoner for at ansatte på en seksjon eller avdeling arbeider på en annen. I de tilfellene dette ble prøvd opplevdes det som vanskelig for de involverte, og man følte seg faglig uglesett. Det var også tidkrevende å få til utvekslingsavtaler, og det opplevdes derfor som upassende å bruke mange lederes tid til dette og man unnlot da heller å gjøre dette. I en fullstendig gjennomgående struktur vil skillelinjene mellom ulike seksjoner og enheter viskes ut, og disse motsetningene kan man tenke seg da vil forsvinne.

I vurderingen av den gjennomgående klinikkstrukturen satt ut i livet vektlegger man i et institusjonelt perspektiv enhetenes opplevelse av å være inndelt i mange deler i stedet for før å ha vært et helt sykehus. Med funksjonsstrukturen mistet sykehusene institusjonens gallionsfigur, sykehusdirektøren, og fikk i stedet mange flere ledere å forholde seg til. Klinikkdirktørens synlighet kunne være med på å dempe dette savnet, men disse lederne nådde derimot sjelden ut til andre sykehus enn Haugesund ettersom mange av klinikkdirktørene hadde en bakgrunn som ledere der, og deres problemforståelser ble farget av dette. De andre institusjonene opplevde seg tilsidesatt i organisasjonen, noe som bygget opp under en utrygghet, usikkerhet og mistenksomhet mot den nye ledelsen, som tidligere hadde begynt å utvikle seg i foretaket. Dette virket negativt inn på organisasjonens motivasjon til å gjennomføre endringene og truet forventningene om at strukturendringen var til det beste for organisasjonen. I mangel på andre samlende figurer, ville lokale lederskikkelser kunne få en rolle som enhetens nye samlingspunkt. De lokale lederne fikk sin rolle ut i fra at de ble sett på som et naturlig valg i institusjonen, og dermed hadde de legitimitet som slike samlende ledere. At den gjennomgående klinikkstrukturen ikke fikk like stor gjennomslagskraft i den daglige praksis forstås også i dette perspektivet som et uttrykk for autonomien som er et etablert kjennetegn ved profesjonelle byråkratier, og at faggruppene forventet at det skulle være løse koblinger mellom ledelsen og strategisk virksomhet på den ene siden og profesjonene og den daglige praksisen på den andre siden. Samtidig blir disse utfordret gjennom den nye strukturen hvor de kjente tjenesteveiene ble oppløst, og organisasjonsmedlemmene ble tvunget til å forholde seg til den nye strukturen med det som følge at konflikter oppstår.

Sykehusene opphørte i prinsippet å eksistere som egne organisasjonsenheter fra 1. januar 2004. Klinikkdirktører som skulle styre foretakets gjennomgående klinikker ble ansatt og begynte å forme foretaket etter den nye formen. Arbeidet med å etablere gjennomgående prosedyrer startet, og man jobbet med å få på plass ambulering av personellet mellom alle de geografiske enhetene. Dette var ikke kommet helt i orden ved sluttpunktet for den empiriske datainnsamlingen, og de geografiske skillelinjene var fremdeles sterkt til stede. Dette har gitt foretaksledelsen praktiske utfordringer, strategiske problemstillinger og verdiladede spørsmål. Den videre tiden vil vise om foretaksledelsen makter å møte alle disse utfordringene.

7.0 Analytiske betraktninger

I de foregående kapitlene har Haugesund, Odda og Stord sjukehus sin ferd fra HOS-prosjekt til helseforetak blitt beskrevet. Det har blitt gitt en detaljert analyse av hvordan denne ferden kan forstås ved hjelp av de tre perspektivene som er valgt for oppgaven. I dette kapitlet vil funnene knyttes klarere opp til oppgavens problemstilling sett med perspektivenes øyne.

Problemstillingen for oppgaven hadde først i fore å forklare bakgrunnen for strukturelle endringer som ble gjort i kjølvannet av foretaksreformen. Neste spørsmål som stilles er hvilket grunnlag endringene skaper for konflikt. Deretter forsøker man å identifisere foretakreformens rolle i Helse Fonnas endringsprosesser. For å bedre forstå og analysere foretakets vandring fra HOS-samarbeidet til foretaket Helse Fonna ut fra et organisasjonsteoretisk perspektiv, vil oppgavens valgte perspektiver spille en viktig rolle. Gjennom bruken av disse vil man kunne sette søkelyset på noen mekanismer som er aktive i de beskrevne prosessene. Først vil disse problemstillingene gjennomgås ved hjelp av et instrumentelt perspektiv, deretter et interessehevdingsperspektiv for så gi en forklaring gjennom et institusjonelt perspektiv.

7.1 Strukturendringene i et instrumentelt perspektiv

Samarbeidsprosjektet mellom Haugesund, Odda og Stord som startet i 1997 var et resultat av de tre sykehusenes ønske om å utnytte sine materielle og faglige ressurser på en bedre måte enn før. Ved å gå sammen kunne man dra veksler på hverandres kompetanse, fasiliteter og utstyr. Et slikt samarbeid ble gjort mulig gjennom flere endringer i områdets infrastruktur slik at avstandene mellom sykehusene ble betydelig kortere og gav en enklere reiserute.

Da HOS-prosjektet var ved veis ende så man det slik at man måtte få en felles organisasjonsstruktur hvis man skulle oppnå målsettingene om en bedre og mer effektiv helsetjeneste for sykehusenes dekningsområde, og opprette et HOS-sykehus. Ettersom sykehusene var underlagt to forskjellige fylkeskommuner, var ikke den formelle strukturen sykehusene inngikk i, tilrettelagt for et slikt HOS-sykehus. Også sykehusenes ulike IT-strukturer ville være en utfordring i integreringen av disse sykehusene. Disse faktorene var tidkrevende å få løst og man hadde ikke fått realisert disse planene før foretaksreformen var et faktum.

Foretaksreformens formål var å øke effektiviteten i de norske sykehusene, samtidig som pasientene fikk en høyere kvalitet på tjenestene tilbudt i spesialisthelsetjenesten. Således sammenfalt HOS-prosjektets formål med formålet med foretaksreformen. Da staten overtok eierskapet for sykehusene lå alt til rette for at Haugesund, Odda og Stord sjukehus kunne bli et foretak, og dermed også kunne realisere HOS-sykehuset. Gjennom foretaksreformen ble

eierskapsproblematikken som hadde vært et ankepunkt for HOS-samarbeidet løst ved at alle sykehusene nå hadde samme eier. Da Helse Fonna var et faktum, lå de formelle elementene til rette for en tettere strukturell integrering mellom sykehusene. Styret vedtok også at hele foretaket skulle omorganiseres til å bestå av enheter basert på en klinisk samordning. Ledelsen begynte så arbeidet med den gjennomgående klinikkstrukturen. På samme måte som under HOS-prosjektet var en mer effektiv spesialisthelsetjeneste av bedre kvalitet målsettingen til denne strukturen. Foretakets materielle og menneskelige ressurser skulle bli bedre utnyttet ved å få en felles ressurspool som skulle kunne benyttes i hele foretaket.

Etter at den nye strukturen i foretaket var på plass for de overordnede nivåene 1. januar 2004, har man hatt flere problemer med å få utbytte for omorganiseringen. IT-strukturene som man også identifiserte som en utfordring under HOS-prosjektet har vist seg å være teknisk komplisert å få samordnet. Dette har gjort det vanskelig å få opprettet en felles ressurspool for foretaket, ettersom man er avhengige av IT-systemene for å kunne styre poolen og at man kan få tilgang til pasientinformasjon på en effektiv måte uavhengig av sykehus. Strukturen fungerte heller ikke optimalt på grunn av at strukturen enda ikke var gjennomgående på alle nivåer i foretaket. Like seksjoner ved forskjellige sykehus lå foreløpig ikke nødvendigvis i samme klinikk. Det ble dermed flere personer med myndighet over de samme fagspesialitetene, tjenesteveien ble lenger og mer komplisert enn i en fullstendig gjennomgående struktur. Rekrutteringen til foretaket ville heller ikke bli bedre så lenge den gjennomgående klinikkstrukturen ikke var innført i på alle nivå. Dette var neste steg i endringsprosessen for foretaket.

Ut i fra det instrumentelle perspektivet ser det ut for at Haugesund, Odda og Stord sjukehus er i ferd med å få etablert HOS-sykehuset man så som det nødvendige verktøyet for å gi sine pasienter en enda bedre spesialisthelsetjeneste. Målsettingene for foretaksreformen stemte godt overens med det man ønsket å få gjennomført ved hjelp av HOS-prosjektet og et HOS-sykehus. Slik sett fikk ikke foretaksreformen store konsekvenser for endringsprosessen og planene sykehusene selv hadde påbegynt ettersom målsettingene for disse to sammenfalt. Man kan derfor i dette perspektivet si at foretaksreformen i denne prosessen har vært en *katalysator* for å få dette til, gjennom å forenkle de formelle strukturelle hindringene for å realisere HOS-sykehuset.

7.2 Strukturendringene i et interessehevdingsperspektiv

At Haugesund, Odda og Stord sjukehus valgte å sette i gang HOS-prosjektet var motivert ut fra sykehusenes ønske om å posisjonere seg i forhold til Haukeland Universitetssykehus og daværende Sentralsjukehuset i Rogaland i Stavanger. For å stå sterkere mot disse partene tok

Stord initiativet til å inngå en allianse med Haugesund, og hvor også Odda senere kom med inn i bildet. Sammen ville man danne en sterkere motvekt til de store motpartene i nord og sør enn sykehusene ville være om de stod alene. Alliansens maktbalanse var basert på at sykehusene skulle være likeverdige og selvstendige, slik at alle parter kunne trekke seg fra samarbeidet om det skulle utvikle seg til å ikke være i sykehusenes egeninteresse å fortsette.

For å kunne styrke sin posisjon mellom Haukeland og SiR ville man befeste alliansen mellom sykehusene ved å opprette HOS-sykehuset. I et slikt sykehus skulle alle de geografiske enhetene være representert i styre og/eller ledelsen. For å få realisert dette måtte Rogaland og Hordaland fylkeskommune bli enige om eierskapet for sykehuset. Dette ble ikke gjort ettersom grupperinger i fylkeskommunen fryktet HOS-sykehuset kunne true SiRs stilling i foretaket og forrykke maktbalansen nordover. På den måten kunne dette forhindre at det ble etablert et universitet med et medisinsk fakultet i Stavanger. Da foretaksreformen kom opphørte maktbalansen innad i fylkeskommunene, og Haugesund, Stord og Odda sjukehus så sitt snitt til å kunne etableres som et foretak. Dette klarte man også å oppnå, og Helse Fonna ble opprettet.

Med opprettelsen av foretaket ble maktforholdet mellom sykehusene destabilisert. HOS-området som en felles koalisjon ble brutt ned, og nye og gamle nettverk kom til syne. Samarbeidet var ikke lenger av frivillig karakter, og sykehusene opplevde nye muligheter og trusler til å miste posisjoner innad i foretaket. Sykehusene var ikke lenger bare allierte, men også motparter i en interessekamp. For å regulere denne interessekampen og samle mest mulig av makten på sentrale hender gikk ledelsen inn for å organisere de kliniske enhetene på tvers av geografi. Slik ville man oppheve de geografiske koalisjonene som hadde kommet sterkere til syne etter at sykehusene var blitt ett foretak. Stord stod i opposisjon til mange av de endringene foretaksledelsen ønsket å gjennomføre, ettersom Stord sjukehus som gruppering så ut til å være den som kunne tape mest. De var også den eneste reelle utfordreren til Haugesund sjukehus, som det nest største sykehuset. Odda sjukehus hadde derimot lite å tape. Alternativet til å være med i foretaket og støtte foretaksledelsens vedtak var å ikke lengre opprettholdes som sykehus. Odda sjukehus gikk derfor raskt i allianse med Haugesund sjukehus. Haugesund var det største sykehuset i foretaket, og var derfor i posisjon til å definere store deler av omstruktureringen i foretaket. Den gjennomgående klinikkstrukturen haltet fordi ledelsen ikke hadde lyktes i å samle all makten i den sentrale ledergruppen. Klinikkdirktører prioriterte bort de andre sykehusene noe som førte til at geografiske allianser og nettverk ble opprettholdt og kjempet fremdeles for sine geografiske interesser.

Man kan altså forstå utviklingen av HOS-prosjektet, etableringen av Helse Fonna og de strukturelle endringene i foretaket som resultater av en interessekamp. Eksterne aktører, som fylkeskommunene, var sentrale parter i denne interessekampen før foretaksreformen. Sykehusenes egen endringsprosess ble avbrutt av foretaksreformen. Grupperingene i sykehusene hadde ikke selv framforhandlet et balansepunkt mellom partene før en sterkere part, staten avgjorde hvordan styrkeforholdet mellom dem skulle være ved å plassere Haugesund sjukehus som foretakssentrum. Etter at staten hadde avgjort dette var den bare indirekte til stede, og kunne derfor vanskelig kontrollere at maktbalansen i foretaket ble opprettholdt og dette åpnet dermed for en ny maktkamp. Statens foretaksreform *destabiliserte* derfor maktbalansen i sykehussektoren.

7.3 Strukturendringene i et institusjonelt perspektiv

HOS-samarbeidet var et nyskapende prosjekt i spesialisthelsetjenesten og det vokste en entusiasme og forventning i sykehusene til ideen. Gjennom innovative endringer ønsket man å bevares som institusjoner. Samarbeidet var basert på en felles ideologisk basis ut i fra verdier som likeverd og selvstendighet og at det skulle være et desentralt samarbeid. Sykehusene kunne dermed beholde sin identitet, normer og verdier. I løpet av prosjektet ble fagmiljøene kjent med de andre fagmiljøene og oppleve organisasjonskulturen i de andre sykehusene.

HOS-prosjektet ble oppfattet som noe positivt og organisasjonene var preget av en optimisme. Dette ble derimot snudd til frustrasjon over fylkeskommunenes manglende evne til å komme til enighet rundt et videre samarbeid konkretisert i et HOS-sykehus. Organisasjonenes motivasjon og forventninger til at HOS-prosjektet skulle bli realisert ble svekket. Dette ville vært en helt ny type samarbeid som fylkeskommunene ikke tidligere hadde deltatt i, før hadde fylkeskommunene hatt hver sine sykehus å forholde seg til. Ideen om HOS-sykehuset ville derimot tvinge fylkeskommunene til å komme fram til et helt nytt interfylkeskommunalt samarbeid. I mangel på måter å håndtere den nyskapende ideen på strandet samarbeidet i fylkeskommunen, helt til foretaksreformen ble en realitet.

Gjennom foretaksorganisering ble samarbeidet ikke lenger frivillig, og Haugesund sjukehus ble det største somatiske sykehuset i foretaket, Stord det mellomste og Odda det minste. Hvordan man skulle organisere ideen om HOS-sykehuset ble dermed gitt utenfra, og sykehusene fikk ikke selv komme fram til hvilke normer og verdier man ville basere samarbeidet og samordningen på. Foretaket ble preget av at sykehusene hadde et ideal om å være likeverdige og selvstendige slik det hadde vært under HOS-prosjektet, men at sykehusene opplevde etter foretaksreformen som om det var innført en hierarkisk struktur og en statusulikhet i foretaket.

Haugesund sjukehus hadde blitt storebror i den flokken som tidligere hadde vært tre lillebrødre. Stord som institusjon opplevdes å være truet og alle endringer til fordel for Haugesund ble tolket inn i et bilde av at Haugesund sjukehus skulle overta alle funksjoner i foretaket og Stord ville sitte igjen som et tomt skall. Gjennom foretaksorganiseringen ble det innført en faglig hierarkisk struktur mellom sykehusene, mens idealet for og oppfatningen i sykehusene var at man skulle være en nettverksstruktur.

For å realisere ideen om HOS-sykehuset var opprettelsen av den gjennomgående klinikkstrukturen et naturlig neste steg. Administrasjonen ønsket å gjøre dette i løpet av en periode på tre år, men foretaksstyret gikk inn for en tidsramme på halvannet år. Den nye klinikkstrukturen ble dermed forsert og ble innført mens sykehusene enda oppfattet seg som selvstendige og ikke hadde klart å finne en ny felles ideologisk basis for disse strukturelle endringene i foretaket. Dermed ble de endringene som den gjennomgående klinikkstrukturen innebar tolket inn i en ramme der sykehusene ikke var én enhet, men tre separate somatiske sykehus. De nye strukturendringene skapte da sterkere reaksjoner enn om sykehusene hadde fått tid til å vende seg til tanken om at man var alle en del av Helse Fonna. Den nye strukturen ble i stor grad basert på Haugesund sjukehus sin nyinnførte blokkstruktur. Stord mistet sykehusdirektørrollen og fikk i stedet ti nye direktører å forholde seg til. Organisasjonen opplevdes derfor å være fragmentert, noe som skapte en utrygghet i organisasjonen og nøret opp under den gamle mistenksomheten mot Haugesund. Odda hadde tidligere endret sin struktur og var mer eller mindre samlet under én lokal leder. Dette kan ha gjort at man her lettere klarte overgangen til den gjennomgående klinikkstrukturen. Foretaksstrukturen førte derfor til flere dyptgående ringvirkninger i organisasjonene, og med innføringen av den gjennomgående klinikkstrukturen ble den tradisjonelle organiseringen av sykehusene oppløst.

Helse Vests funksjonsfordelingsprosjekt stod til en viss grad i motsetning til Helse Fonnas egne planer for foretaket. Til tross for at Helse Vests prosjekt ikke resulterte i direkte strukturelle endringer, skapte dette stor usikkerhet og uro innad i sykehusene så vel som i lokalmiljøene rundt de mindre sykehusene. Helse Vest tilgodeså Haugesund sjukehus, Stord ville miste deler av sine sentrale funksjoner og Odda ville simpelthen ikke eksistere som sykehus om disse forslagene fikk gjennomslag. Disse forslagene skapte stor usikkerhet i og utenfor sykehusene, og dermed var usikkerhetsnivået allerede høyt da Helse Fonna selv skulle forsøke å gjøre endringer. Dermed kan man si at Helse Vests forslag og håndtering av funksjonsfordelingssaken førte til et høynet konfliktnivå, ikke bare i det regionale foretaket, men også internt i Helse Fonna. Dette gav et dårlig utgangspunkt for den videre samlingsprosessen i

Helse Fonna. Til tross for at administrasjonen arbeidet ut i fra ideen om Helse Fonna som en felles enhet basert på desentrale verdier, ble det ikke oppfattet slik ute i sykehusene.

HOS-prosjektet begynte som et prosjekt som bygget på verdier som likeverd og selvstendighet som opplevdes positivt. Man kom ikke så langt at man fikk etablert en felles organisatorisk basis for ideen om et HOS-sykehus før foretaksreformen ble vedtatt. Da foretaksreformen ble innført ble dermed den videre organiseringen av sykehusene gitt ovenfra og ble diktert av andre enn sykehusene selv, og sykehusene opplevde det slik at et hierarkisk forhold mellom sykehusene ble innført i motsetning til sykehusenes ideal om tre likeverdige, selvstendige sykehus. Dette har formet sykehusenes virkelighetsforståelse og fortolkning av de strukturelle endringene Helse Fonna har gått gjennom. Samtidig gav innføringen av foretaksstrukturen drivkraft og energi til at det stabile forholdet mellom sykehusene ble brutt av en dyptgående endringsprosess som ville påvirke strukturen, maktfordelingen og ideologien i sykehusene og foretaket, og den nye gjennomgående strukturen ble en konsekvens av innføring av foretaksstrukturen. Foretaksreformen har slikt sett hatt en stor innvirkning på sykehusenes egen endringsprosess.

7.4 Perspektivenes rolle i studien

Bruken av perspektivene og deres forklaringskraft er ulik i endringsfasene som har blitt beskrevet i oppgaven. Det instrumentelle perspektivet er brukt for å gi en rasjonell forståelse og forklaring på prosessforløpet. Ut i fra dette perspektivets normative grunnlag har det vært mulig å si noe om hvordan prosessen burde og skulle forløpe etter offisielle strategier, eller endringenes intensjoner. Perspektivet har da også til en viss grad en forklaringskraft på utfordringene som møtes, og gir en god beskrivelse av hvordan foretaksreformen kunne legge til rette for og fremme samarbeidet mellom sykehusene. Hvorfor det ikke alltid lykkes i å oppfylle organisasjonenes intensjoner og planer kan bedre forklares ved hjelp av de andre perspektivene.

Interessehevdingsperspektivet har vært brukt for å beskrive divergerende interesser og for å forklare hvordan dette har slått ut i endringsprosessene. Perspektivet gir et godt innblikk i bakgrunnen og argumentene for opprettelsen av HOS-prosjektet. Samtidig gir det også gode forklaringer på hvordan interesser og aktørkonstellasjoner endret seg i en situasjon hvor maktbalansen ble forstyrret og hvorfor det oppstod motstand og konflikt. Da sykehusene ble samlet i Helse Fonna ble det klart for aktørene at sykehusenes interesser ikke lenger samsvarte i samme grad som tidligere, og foretaket ble arenaen for en interessehevdingskamp mellom ulike faggrupper og mellom ledelsene på sykehusene. Slikt sett gir perspektivet også en et klart bilde av hvordan foretaksreformen rokket ved maktbalansen mellom sykehusene.

Det institusjonelle perspektivets rolle i oppgaven har vært å nå fram til forklaringer på fenomener som ikke alene kan forklares ut fra instrumentelle hensyn eller interessekonflikter. Foretaksreformen er en eksternt påført struktur, som får konsekvenser den for organisasjonen og utfordrer faggruppene autonomi. Reaksjonene dette skapte blir på en god måte forklart gjennom det institusjonelle perspektivet, og gir dermed en god basis for å forstå hvorfor samarbeidet tar en ny retning etter foretaksstrukturens inntog i sykehusenes virkelighet.

7.5 Studiens funn

Ved hjelp av de ulike perspektivene har man kunnet identifisere flere ulike aspekter ved de endringene Haugesund, Odda og Stord sjukehus har gått gjennom, fra HOS-prosjektet fram til dagens Helse Fonna. Oppgavens problemstilling tok utgangspunkt i hvilke argumenter som ble brukt for strukturendringene, hvordan strukturer dannet basis for konflikt og hvilken rolle foretaksreformen har spilt i strukturendringene. Problemstillingens elementer satt opp og forklart i forhold til perspektivene for oppgaven kan oppsummeres i følgende tabell;

	ARGUMENTER FOR STRUKTURENDRINGER	BASIS FOR KONFLIKT	FORETAKS-REFORMENS ROLLE
INSTRUMENTELT PERSPEKTIV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Et bedre og mer effektivt pasienttilbud ▪ Bedre rekrutteringsmuligheter 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ufullstendig strukturendring vanskeliggjør en effektiv utnyttelse av strukturen som skal føre til måloppnåelse 	Katalysator
INTERESSEHEVDING SPERSPEKTIV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ HOS: Posisjonering/overlevelse mellom Haukeland og Stavanger ▪ Helse Fonna: Foretaksledelsens posisjonering innad i foretaket 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stords maktposisjon trues, Oddas og Haugesunds maktposisjon øker 	Destabilisator
INSTITUSJONELT PERSPEKTIV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ HOS: Innovativ idé for å bestå som institusjon ▪ Helse Fonna: Realisering av ideen om HOS-sykehuset, kriseløsning 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ingen felles norm- og verdibase i foretaket ▪ Endringer i den dype strukturen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diktator ▪ Mulig drivkraft for radikal endring

Tabell 2, Oppsummering funn

7.5.1 En diskusjon av foretaksreformens rolle

I de foregående kapitlene har endringsprosessene som Haugesund, Odda og Stord sjukehus har gått gjennom blitt illustrert og oppgavens problemstillingens tre elementer er blitt forklart gjennom tre teoretiske perspektiver. I forhold til oppgavens overordnede problemstilling som omhandler hvordan en eksternt påført endringsprosess påvirker en endringsprosess som allerede er i gang, er det verdt å gjøre seg noen bemerkninger.

Perspektivenes forklaringer på foretaksreformens rolle er ulike. At reformen i det instrumentelle perspektivet kan oppfattes fremmede på samarbeidet mellom sykehusene er ikke uventet gitt det faktum at HOS-prosjektet og foretaksreformen hadde de samme målsettingene for endringene. I dette perspektivet er reformen et verktøy som nettopp skal legge til rette for en bedre organisering av helsevesenet for å fremme målsettingene om en bedre og mer effektiv helsetjeneste.

I interessehevdingperspektivet ser man på foretaksreformens innvirkning på sykehusenes pågående endringsprosesser hovedsakelig som at den rokket ved maktbalansen mellom de ulike aktørkonstellasjonene. Gjennom å gi Haugesund sjukehus status som sentrum for foretaket ble styrkeforholdet mellom sykehusene redefinert, og utviklingen av samarbeidet ble preget av at ulike aktører ønsket å utnytte den nye strukturen til å posisjonere seg. Konklusjonen i interessehevdingperspektivet er derfor heller ikke uventet. Omrokking i styringsstrukturen åpner for en interessekamp, og destabiliserer maktforholdene mellom ulike aktører. Dette perspektivet forventer uro i en slik periode, og ser på konflikt som et naturlig element.

I det institusjonelle perspektivet gis det derimot en mer utradisjonell forklaring på foretaksreformens innvirkning på sykehusenes allerede pågående endringsprosesser. Tradisjonelle forventinger til endring utledet i dette perspektivet er at organisasjoner er stivhengige hvor handling baserer seg på vaner og rutiner og normer og verdier. Etter hvert som valg blir tatt, lukkes dører til alternative handlingsmåter. Enhver endring som bryter dette mønsteret vil møte motstand, og en institusjonell treghet forhindrer endringene i å få dype konsekvenser for institusjonene. Perspektivet er slikt sett heller reformskeptisk. På grunnlag av dette har da også perspektivet blitt kritisert for å ikke kunne forklare radikale endringer, og det er blitt etterlyst nye forståelser for slike endringer i det institusjonelle perspektivet (Greenwood og Hinings: 1996: 1023).

En kunne derfor forvente at foretaksreformen fikk lite innvirkning på de endringsprosessene som allerede foregikk i sykehusene, men i dette caset konkluderes det at

reformen har diktert en organisasjonsløsning for Helse Fonna og endret institusjonenes handlingsbetingelser radikalt. Det institusjonelle perspektivet gir dermed ikke en beskrivelse av stabilitet i organisasjonenes handling, men gir en forklaring på radikale endringer i aktørenes handlingsmønster basert på en stabilitet i deres verdier, normer og idealer. Gjennom foretaksreformen ble det innført en tvungen statusulikhet mellom sykehusene samtidig som idealene fra HOS-prosjektet fremdeles var i aktørenes bevissthet. Haugesund sjukehus ble foretakets sentrum, og en av flere lillebrødre fikk en mektigere stilling enn de andre sykehusene. Dette stod i kontrast til de forventningene sykehusene hadde hatt til HOS-sykehuset, samtidig som HOS-sykehuset ble til takket være reformen. Fanget i de samme idealene innførte foretaket den gjennomgående klinikkstrukturen som et forsøk på å realisere HOS-sykehuset. Det var en naturlig følge innenfor de rammene foretaksreformen hadde gitt, hvor det ble definert en ledelsesstruktur og foretaket fikk en egen direktør. Stabiliteten og treghetene i aktørenes normer, verdier og idealer førte dermed til at man videreførte endringer påbegynt i HOS-prosjektet samtidig som verdiene og ideene resulterte i sterke reaksjoner mot de samme endringene på grunn av de nye handlingsbetingelsene foretaksreformen bragte på bane. På denne måten opplevde aktørene foretaksreformen som en diktator for endringene i foretaket og fikk dyptgående konsekvenser for sykehusene.

Sti-avhengighet og handlingsstabilitet kan altså bare delvis forklare handlingsmønstrene i denne endringsprosessen. Går man ut i fra en forståelse av verdistabilitet kan man i større grad gi en forklaring på aktørenes handlingsmønstre og på hvorfor foretaksreformen kan fungere som en diktator for institusjonene. Det som også er avgjørende for å forstå hvordan en eksternt påført reform kan virke inn på en allerede startet endringsprosess er tidsaspektet. Ved å ta hensyn til sti-avhengighet sammen med timing, hendelsesrekkefølge, kritiske øyeblikk kan ikke bare si at ”historie er viktig”, men gi dypere forklaringer på *hvordan* organisasjoners historie er viktig (Pierson: 2004; Barzelay og Gallego: 2005). Som et resultat av foretaksreformen måtte aktørene reorientere og redefinere sin situasjon, og deres reaksjoner må forstås i krysningpunktet mellom aktørenes verdistabilitet og deres nye handlingsbetingelser. For å forstå dynamikken i endringsprosessen er derfor prosessens forløp viktig innenfor det institusjonelle perspektivet. Sykehusenes historiske bakgrunn, kultur og fortolkning av HOS-prosjektet har spilt en stor rolle for å forstå hvilke reaksjoner man fikk på de endringene sykehusene har gjennomgått i vandringsprosessen fra HOS-prosjekt til foretaket Helse Fonna. Samtidig er rekkefølgen av hendelsene avgjørende for hvordan prosessen utvikler seg. HOS-prosjektet legger føringer både for de strukturene foretaket bygger videre på, samtidig som ideen om HOS skaper konflikt rundt

løsningene. Endringene er derfor ikke bare et avbrudd av en stabil periode hvor endringene blir løsningen på en organisatorisk krisesituasjon, men er også et resultat av endringsprosessen i seg selv. En prosessuell tilnærming gir derfor den mest fruktbare forklaringen på hvorfor reformer som tilsynelatende har samme formål allikevel kommer i konflikt.

Hvordan kan man se for seg Helse Fonnas videre utviklingsløp i henhold til de funn som er blitt gjort i denne studien? Statens overtakelse av sykehusene muliggjorde en realisering av HOS-sykehuset. Samtidig ble styringsstrukturen gitt av staten, noe som fikk konsekvenser for hvordan denne strukturen opplevdes av sykehusene som inngikk i Helse Fonna. Slik sett ble staten en viktig ekstern aktør for sykehusene i endringsprosessen. Gjennom inntoget av foretaksreformen ble forutsetningene og maktbalansen i den endringsprosessen sykehusene allerede var inne i endret. På den ene siden vil man kunne si at Helse Fonna er middelet til å oppnå de målsettingene sykehusene satte seg i HOS-prosjektet. Reformen la til rette for at foretaket skulle videreutvikle dette og at den dermed ikke vil endre foretakets utviklingsforløp fordi disse to prosessenes målsettinger samsvarer og reformen skulle gi foretakene autonomi til å organisere seg på best mulig måte for å oppnå målsettingene. Dette vil være i tråd med instrumentell teori.

På en annen side kan man også forvente at ulike aktørers interesser og de ressursene de har tilgjengelige til å sette bak disse interessene vil virke inn på foretakets framtidige organisering. Foretaksledelsen står sterkere i den gjennomgående klinikkstrukturen ettersom makten er blitt sentralisert, og ledelsens interesser har vist seg å være konsistente fra HOS-prosjektet og inn i foretaksstrukturen. Samtidig har de geografiske aktørkonstellasjonene også vist seg sterke. Det er derfor rimelig ut i fra et slikt ståsted å forvente at Helse Fonna vil følge et utviklingsløp hvor geografien i større grad vil bli tatt hensyn til enn det den gjennomgående klinikkstrukturen har gjort, men at strukturen fremdeles i stor grad vil være gjennomgående. Dette gjenspeiler en forventning ut i fra et interessehevdingperspektiv.

Et tredje utviklingsscenario baserer seg på stabiliteten av normer, verdier og idealer i institusjonene slik som i det institusjonelle perspektivet. I foretaket skilles det ikke i særlig grad mellom Helse Fonna og HOS-prosjektet. Dette gir åpninger for å kritisere eller applaudere de endringene som gjøres i foretaket alt etter hva man ønsker å legge i HOS-prosjektet og dets målsettinger. Foretaket blir målt opp mot et ideal som aldri har blitt prøvd ut. Dette kan være med på å forsterke myten og drømmen om HOS-sykehuset, men også gjøre det umulig å gjennomføres. Derfor vil det ut fra det institusjonelle perspektivet forstås slik at man aldri vil kunne oppnå drømmen om HOS-sykehuset, men at den framtidige utviklingen vil være et resultat av institusjonenes verdistabilitet.

Det er som kjent vanskelig å spå om framtiden, men man kan utvikle noen antagelser om hvor organisasjonen vil bevege seg. Det er blant annet avhengig av i hvor stor grad man ser et behov for koordinering mellom ulike geografiske enheter og faglige spesialiteter. Det kan se ut som om den gjennomgående klinikkstrukturen er en mellomfase i organisasjonens utvikling, hvor man før organiserte enhetene etter geografi, for så å organisere enhetene etter funksjon. I følge de funn som er gjort i denne studien er det derimot vanskelig å tenke seg en utvikling av foretaket som ikke i større grad vil ta hensyn til de geografiske plasseringen av enhetene. De geografiske interessene strekker seg ut over organisasjonens grenser som livsgrunnlag for mindre samfunn gjennom arbeidsplasser og vitale helsetilbud.

Samtidig ser det ut til at organisasjonen fremdeles vil være under et press om bedre økonomiske resultater. Helsesektoren i Norge er underlagt en sterkere og mer systemisert kontroll enn tidligere. Fylkeskommunene hadde tidligere ansvaret, men man opplevde dette systemet som tregt og lite strukturert i sine føringer for sykehusene. Nå har man opprettet regionale helseforetak som eiere av de enkelte helseforetak, og til tross for foretaksreformens intensjoner om økt autonomi for sykehusene opplever man ikke å stå friere i hvordan man velger å gjennomføre de overordnede føringer. Styringssignalene fra Stortinget er også mer detaljrike enn hva som ble forutsatt i reformen, og politikere forholder seg ikke til helsepolitikken bare i overordnet grad, men deltar også i planer på detaljnivå. En av Mintzbergs (1981: 295) teser er at jo større ekstern kontroll en organisasjon er underlagt, dess mer sentralisert og formalisert blir strukturen av organisasjonen. Man kan derfor se innføringen av den gjennomgående klinikkstrukturen og maktsentraliseringen som et tiltak for å sikre seg at organisasjonen tilfredsstiller eksterne krav. Profesjonene blir tvunget til å gi fra seg deler av sin tradisjonelle autonomi, og blir underlagt større kontrollrutiner for å holde oversikt med tjenesteleveransen. Profesjonenes rolle som aktører i helsevesenet er derimot ikke uvesentlig. Deres institusjonaliserte autonomi er utfordret samtidig som deres maktposisjon er fremdeles er stor i dette systemet. Et kompromiss det ut fra dette ståstedet vil være naturlig å forvente er en framtidig organisering som tar form som en matrisestruktur basert på geografi og spesialitet. I en slik struktur vil man åpne for at institusjonenes geografiske identitet og interesser blir ivaretatt samtidig som man kan oppfylle idealet om en samordnet pasientflyt i en desentral struktur og ivareta profesjonenes

7.6 Veien videre for forskningen

I løpet av oppgaven har det blitt tatt noen valg om hva som skal fokuseres på og hva som har måttet ligge bi. Til tider har dette vært vanskelige valg ettersom interessante forskningsspørsmål

og problemstillinger som har gjort seg synlig gjennom studiet av dette caset har blitt forlatt. En av disse problemstillingene og temaene som kunne vært interessante å utforske videre og som har blitt stemoderlig behandlet i oppgaven er ledelsesaspektet i den gjennomgående klinikkstrukturen. Har lederrollen endret seg i den nye gjennomgående strukturen og hvilke utfordringer og muligheter ligger for ledere i en slik struktur? Fra den tradisjonelle geografiske inndelingen med en sykehusdirektør på toppen har disse sykehusene nå en ledelse som står ansvarlige for klinikker som går gjennom flere geografiske enheter. Samtidig er enhetlig ledelse innført i spesialisthelsetjenesten, og i stedet for det tradisjonelle topplederteamet med sykehusdirektør, sjefslege og sjefssykepleier er nå toppledelsen bestående av ti direktører i tillegg til foretaksdirektøren. Det ville være interessant å se hvordan dette spiller inn på ledelse av sykehus og foretak, sett fra toppledernivået så vel som lavere organisasjonsnivå.

En annen begrensning ved denne studien har vært nivået i organisasjonen som har blitt undersøkt. Et spørsmål man kan stille seg er om man ville fått et radikalt annerledes bilde av denne endringsprosessen hvis den hadde blitt studert ut fra et lavere organisatorisk nivå. Om dette skulle vise seg å være tilfelle, på hvilke måter skiller forståelsen seg fra hverandre på de ulike nivåene og hva kan forklare en slik forskjell? Ved å studere et lavere organisasjonsnivå kunne man også studert om strukturendringene har ført til endret praksis på alle nivåer i organisasjonen, eller om foretaksstrategier er løst koblet til det utøvende nivået. Dermed kunne man si noe om reformer og strategiers evne til å endre den praksis det er forventninger om at de skal gjøre. I en slik studie ville det også være interessant å foreta en komparativ studie av to tilsvarende endringsprosesser. Det kunne da være givende å sammenligne de endringsprosessene Helse Fonna har gjennomgått med Helse Førde som også har innført gjennomgående klinikkstruktur. Man kunne da tatt for seg om prosessene i disse to foretakene har likhetstrekk eller har vært forskjellige og søkt etter forklaringer på hvordan prosessene skiller seg fra hverandre.

I denne studien har det lokale foretakets forhold til det regionale foretaket til en viss grad blitt behandlet. Derimot har det blitt klart gjennom studien at det ville være interessant å studere dynamikken mellom disse to styringsnivåene i enda mer detalj enn det som har vært mulig innenfor denne oppgavens omfang. En av forutsetningene ved foretaksreformen var at foretakene skulle være stilt autonome til å gjøre de organisatoriske tilpasninger de så som nødvendig for å øke kvaliteten og effektiviteten i spesialisthelsetjenesten. Har de lokale foretakene blitt gitt denne autonomien? Hvordan tolker de ulike styringsnivåene grensene for de lokale foretakenes selvråderett? Hallingstad (2004) studerer to regionale foretaks utøvelse av styring, en studie av forholdet mellom lokalt og regionalt helseforetak ville slik kunne være et supplement til forskningen rundt styring i spesialisthelsetjenesten etter foretaksreformen.

7.7 Veien videre for Helse Fonna

Helse Fonna har siden sommeren 2004 arbeidet videre med å få den gjennomgående klinikkstrukturen endelig på plass. Dette har blitt komplisert av nye konflikter med Helse Vest rundt budsjettforhandlingene for 2005. Helse Fonna hadde vedtatt en plan for å oppnå budsjettbalanse innen 2005 som gikk over to år, men i forhandlingene for det siste året ble forutsetningene denne planen bygde på endret. Styret i Helse Fonna gikk flere runder med Helse Vest for å forsøke å endre kravene til besparelser som eier ville legge for det lokale foretaket, og til slutt ble styret avskjediget. Dette ble i følge Helse Vest gjort som en følge av at man anså det slik at styret hadde opptrådt illojalt overfor eiers forventninger og at de derfor ikke hadde tillit.

Det var stor dekning av denne budsjettkonflikten i de lokale media. Helse Fonnas direktør uttalte i pressen en skuffelse over eierne og at det vil bli vanskelig å gjennomføre de budsjettinnskjerpingene foretaket ble pålagt å gjennomføre for 2005 uten at det skulle gå utover pasienttilbudet i dekningsområdet. Helse Vest svarer med å gi føringer på at de økonomiske kuttene ikke skal gå utover tilbudene ved Stord og Odda sjukehus. I media hevdes det også at foretaksdirektørens uttalelser tas ille opp i Helse Vest, og at styret ikke blir avsatt som følge av konflikt rundt budsjettet, men på grunn av manglende vilje til å avskjedige Helse Fonnas direktør. Igjen oppstod det derfor stor uro i Helse Fonna og i dekningsområdet. I motsetning til situasjonen som oppstod første halvår 2003 hadde derimot ledelsen i Helse Fonna full støtte i organisasjonen, og konflikten rundt budsjettet for 2005 fikk en tilsynelatende samlende virkning på foretaket. Rammene for å gjennomføre de strukturelle endringene ble enda strammere, og de lokale foretakene opplevde ikke å bli gitt den autonomi til å gjennomføre nødvendige organisatoriske tilpasninger, slik det ble forutsatt i foretaksreformen. Helse Fonna klarte ikke å oppnå budsjettbalanse innen 2005.

Høsten 2005 pågikk ”*Prosjekt lokalsjukehusfunksjoner*” i Helse Fonna. Prosjektet ble satt i gang etter at Helse- og omsorgsdepartementet ønsket en gjennomgang av hvilken rolle lokalsykehus skulle spille i landets foretak og utfordringer i forhold til kvaliteten på tjenester ved lokalsykehusene. Dette ble gjenspeilet i HOD sitt bestillerdokument til Helse Vest, og igjen i Helse Vests styringsdokument 2005 til Helse Fonna (Helse Fonna: Prosjektplan: 2005). Prosjektet har hatt deltakere fra et bredt spekter av interessenter; politiske representanter, brukerrepresentanter, ansatte og primærhelsetjenesten (Helse Fonna: Sluttrapport: 2005). I styremøtet 22. november 2005 ble rapporten som prosjektgruppen la fram vedtatt, og foretakets satsning på desentral stabilisering og diagnostisering og en bedret kronikertjeneste ble dermed atter en gang befestet. Den indremedisinske akuttberedskapen ble opprettholdt ved alle

sykehusene, mens den akutt kirurgiske beredskapen skulle bestå av vurdering og stabilisering. Akuttkirurgisk operativ virksomhet skulle derimot som hovedregel finne sted ved Haugesund sjukehus. Fødselsomsorgen i Helse Fonna skulle være organisert som en kvinneklinikk med tre enheter for normalfødsler og en for kompliserte fødsler i Haugesund. Man ble også enige om klart definerte og allment aksepterte kriterier for seleksjonen mellom normal- og kompliserte fødsler (ibid.), og tilsvarte de kriteriene som hadde vært i bruk ved Odda sjukehus siden nedgraderingen til fødestue i 2002. I løpet av dette prosjektet klarte man altså å komme til enighet om samordningsmodeller som man hadde arbeidet med siden HOS-prosjektet i 1996.

Til å røre ved så viktige elementer i sykehustjenestene møtte prosjektet liten motstand. De tidligere forsøkene på funksjonsfordeling var av mindre omfang enn høstens prosjekt, men møtte allikevel adskillig større motbør enn det man har gjort høsten 2005. Noen uttrykk for skepsis var det, men arbeidsgruppene klarte å komme til enighet, og man har hatt en bred forankring for de forslagene som ble framlagt for styret. Her ligger også kanskje noe av nøkkelen til at man opplevde disse forslagene som mindre problematiske. Med denne konkrete arbeidsfordelingen innen somatikken ser det ut til at brikkene med en gjennomgående klinikkstruktur falt på plass. Det gjenstår allikevel å se om implementeringen av den vedtatte arbeidsfordelingen vil gå like smertefritt, eller om protestene først kommer når vedtakene utfordrer den daglige praksis.

Litteraturliste

Antonsen, Marianne, Karsten Greve og Torben Beck Jørgensen. *Teorier om forandring i den offentlige sektor*. I Marianne Antonsen og Torben Beck Jørgensen(red.): *Forandringer i teori og praksis: Skiftende billeder fra den offentlige sektor*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Barzelay, Michael og Gallego, Raquel (2005). *From New institutionalism to Institutional processualism. Advancing knowledge about public Management policy change*. London: London School of Economics.

Baumgartner, Frank R. og Jones, Bryan D.(1993): *Agendas and instability in American politics*. The University of Chicago Press: Chicago.

Beer, Michael and Nohria, Nitin (2000): *Breaking the code of change*. Boston: Harvard Business School Press.

Brewerton, Paul og Millward, Lynne (2002). *Organizational research methods*. London: Sage publications.

Brunsson, Nils (2000): *The irrational organization. Irrationality as a basis for organizational action and change*. Fagbokforlaget: Bergen.

Christensen, Tom et al. (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor. Instrument, kultur, myte*. Universitetsforlaget: Oslo.

Coetsee, L. (1999). *From resistance to commitment*. Public administration quarterly, vol. 23: 204-223.

Creswell, John W. (2003): *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. London: Sage Publications.

Denis, Jean-Louis, Lamothe, Lise and Langley, Ann (2001): *The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations*. Academy of Management Journal, vol 44, nr. 4: 809 –837.

Galbraith, Jay. *The role of formal structures and processes*. I Beer, Nitin og Beer, Michael. *Breaking the code of change*. Boston: Harvard Business School Press.

Gersick, Connie J. G. (1991). *Revolutionary Change Theories: A Multilevel Exploration of the Punctuated Equilibrium Paradigm*. The Academy of Management Review, Vol. 16, No. 1: 10-36.

Greenwood, R. og Hinings, C. R. (1996). *Understanding radical organizational change. Bringing together the old and the new institutionalism*. Academy of Management Review, 21, 1996, 1022-1054.

Grønnegaard Christensen, J. (1997). *Interpreting administrative change. Bureaucratic self-interest and institutional inheritance in government*. Governance, Vol. 10, nr. 2: 143-174.

Hallingstad, Rune (2004): *Regional styring i lys av foretaksorganiseringen. En sammenlignende studie av Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF*. Hovedoppgave, Institutt for Administrasjons- og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.

Hatch, Mary Jo 2001: *Organisasjonsteori. Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forlag.

Hegrenes, Odd Rune (2005): *Profesjonell ledelse i sykehus. En studie av styresammensetning og topplederrekruttering i helseforetak*. Hovedfagsoppgave, Institutt for Administrasjon og Organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.

Herfindal, Sturla (2004): *Veien frem til sykehusreformen. En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak*. Hovedoppgave, Institutt for Administrasjons- og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.

Hettervik, Hanne K. og Flåten, Nina H. (2005): *Omstruktureringer ved Kvinne og Barnklinikken, Haugesund Sjukehus. Og hvordan dette har påvirket de ansatte ved klinikken*. Bacheloroppgave. Haugesund: Høgskolen Stord/Haugesund.

Jacobsen, Dag Ingvar (2004): *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Johnson, Hege Karin (2005): *Media - vaktbikkje og pragmatisk publikumsfrier?* Hovedfagsoppgave, Institutt for Administrasjon og Organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.

- Jørgensen, Øyvind (2005). *Etableringen av fritt sykehusvalg*. Hovedoppgave, Institutt for Administrasjons- og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.
- Llewellyn, Sue og Tappin, Emma (2003). *Strategy in the public sector. Management in the wilderness*. Journal of Management Studies: Volume 40: June 2003: 955.
- Löwstedt, Jan et al (2003). *Managing differences in post-merger integration. The case of a professional firm*. Nordiske organisasjonsstudier: 2003, 5 (1): 11-36.
- March, James G. (1981): *Footnotes to organizational change*. Administrative Science Quarterly, vol. 26, nr. 4, s. 563-577.
- March, James G. (1995). *Fornuft og forandring. Ledelse i en verden beriget med uklarhet*. Fredriksberg: Samfundslitteratur.
- March, James G. og Simon, Herbert A. (1958). *Organizations*. New York: John Wiley.
- Mintzberg, Henry (1979). *The structuring of organizations*. Englewood cliffs: Prentice Hall, Inc.
- Nerheim, Siri Torvestad (2005): *Hvem skal lede? - Nasjonal profesjonsdebatt og lokale erfaringer ved innføring av enbetlig ledelse i helseforetak*. Hovedfagsoppgave, Institutt for Administrasjon og Organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.
- Pfeffer, Jeffrey (1981). *Power in organizations*. Pitman: Marshfield, Massachusetts
- Ragin, Charles C. og Becker, Howard S. (1992). *What is a case?* Cambridge: Cambridge University Press.
- Pierson, Paul (2004). *Politics in time. History, institutions and social analysis*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Ringdal, Kristen (2001): *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Romanelli, Elaine og. Tushman, Michael L. (1994). *Organizational Transformation as Punctuated Equilibrium. An Empirical Test*. The Academy of Management Journal, Vol. 37, No. 5: 1141-1166.

Roness, Paul G. (1997): *Organisasjonsendringar. Teoriar og strategiar for studiar av endringsprosessar*. Bergen: Fagbokforlaget.

Røvik, Kjell Arne (1998). *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstekningen ved årtusenskiftet*. Fagbokforlaget: Bergen.

Scott, Richard W. (2001). *Institutions and organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Scott, Richard W. (2003). *Organizations. Rational, natural, and open systems*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education, Inc.

Sproull, Lee s. og Hofmeister, K. R. (1986). *Thinking about implementation*. Journal of Management, vol. 12: 43-60.

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

Thagaard, Tove (1998): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vareide, Per Kristian (2002): *Statlig overtakelse av sykehusene: Nytt innhold eller ny innpakning?* Trondheim: Sintef Unimed: Stensil.

Walton, Richard E. og Dutton, John M. (1969). *The management of interdepartmental conflict*. Administrative Science Quarterly, 14: 73-84.

Yin, Robert K. (2003): *Case study research. Design and Methods*. London: Sage Publications.

Internettkilder:

<http://ans.hsh.no/hs/syk/sykepleielab/fih/avdeling/stab/sekret/prosjekt/h-o-s.htm> (lest 19. august 2005)

<http://ans.hsh.no/hs/syk/sykepleielab/fih/avdeling/stab/sekret/prosjekt/hosinfo.htm> (lest 19. august 2005)

<http://www.hordaland-f.kommune.no/valen/informas1.htm> (lest 19. august 2005)

<http://munin.hsh.no/hs/syk/sykepleielab/fih/FELLES/HOSprosj/HOSNytt2000/mai.htm>

(lest 19. august 2005)

<http://www.helse-vest.no/sw1190.asp> (lest 19. august 2005)

<http://www.helse-vest.no/sw7781.asp> (lest 19. august 2005)

Avisartikler:

Haugesunds avis: 26. februar 2002

Haugesunds avis: 5. mars 2002

Haugesunds avis: 10. desember 2002

Haugesunds avis: 20. januar 2003

Haugesunds avis: 26. mars 2003

Haugesunds avis: 15. mai 2003

Haugesunds avis: 19. mai 2003

Forum for organisasjonsutvikling(2001). Nr. 2

Tidsskrift for den norske lægeforening: 2001, nr. 21

HOS og Helse Fonna:

HOS-prosjektet (2001). *Prosjektrapport*. Sykehussamarbeidet Haugesund – Odda – Stord.

HOS-prosjektet (2000). *Strategidokument*. Sykehussamarbeidet Haugesund – Odda - Stord

Helse Fonna (2002). *Mål- og tiltaksplan*. Haugesund

Helse Fonna (2002). *Prosjektrapport Somatikk*. Haugesund

Helse Fonna (2003). *Styringsdokument omstillingsprosess*. Haugesund

Helse Fonna (2005). *Prosjektplan "Prosjekt lokalsjukesjanser"*. Haugesund

Helse Fonna(2005). *Sluttrapport "Prosjekt lokalsjukesjanser"*. Haugesund

Helse Fonna: Styreprotokoll: 21. januar 2002

Helse Fonna: Styreprotokoll: 23. april 2002

Helse Fonna: Styreprotokoll: 20. desember 2002

Helse Fonna: Styreprotokoll: 30. april 2003

Helse Fonna: Styringsdokument omstillingsprosess: 2003

Fonna Nytt årgang 2003, diverse nr.

Helse Vest:

Helse Vest (2003). *Rapport om akutfunksjoner. Justert februar 2003*. Stavanger.

Helse Vest (2003). Styresak nr. 016/03 17. februar 2003

Helse Vest (2003). Styresak nr. 056/03 B. 11. juni 2003

Offentlige dokument:

Ot. Prp. 66. (2000-2001): *Lov om helseforetak*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Helsedepartementet (2002): *Ledelse i sykehus*. Rundskriv I-9/2002.

NOU 1998: 9. *Hvis det haster. Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*.

Vedlegg

Eksempel på intervjuguide

Bakgrunn – utdanning, erfaring

HOS-prosjektet

- bakgrunnen for?
- i hvor stor grad var hele organisasjonen med i dette prosjektet?
- hvordan var aksepten for prosjektet nedover i organisasjonen? Var det noe man jobbet bevisst med?

Foretaksorganiseringen

- hva hadde den å si for HOS-samarbeidet?
- Med din bakgrunn fra (...), hvordan vil du karakterisere de ulike sykehusene?
- Hvordan var forholdet mellom sykehusene både før og etter reformen?
- Hvordan var stemningen for å fortsette arbeidet med HOS-sykehuset i det nye foretaket?
- Hvordan var det å ha felles direktør for både Helse Fonna og Haugesund sjukehus?

Mål- og strategiprosessen

- Hvordan var du involvert og hvordan opplevde du den prosessen?
- Opplevde du at det var enighet og oppslutning om valg av Helse Fonnas strategier, i forhold til mål- og tiltaksplanen og strategiplanene?
- Hvilke tiltak ble gjort for å skape samhandling mellom og engasjement i de forskjellige sykehusene?

Funksjonsfordelingsprosessen

- Ble den preget av Helse Vests forslag? Hvordan?

Sjukehuset

- Litt om sjukehuset, hvordan spiller det en rolle i lokalsamfunnet?

ATM – Skriftserie

Publikasjonsliste

- 1-2008:** Rune Hallingstad: *"Regional styring i lys av foretaksorganiseringsen. En sammenlignende studie av Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF"*. April 2008
- 2 - 2008:** Sturla Herfindal: *"Veien frem til sykehusreformen – En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak"*. April 2008
- 3 - 2008:** Lars Bjarne Klungseth: *Accessibility, Transparency and Public Choice - A study of the free choice policy within the Norwegian specialized health care system*. April 2008
- 4- 2008:** Torgeir Sveri: *Strukturer og reformer. En kvalitativ analyse av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. April 2008
- 5- 2008:** Anne – Mia Myhre: *Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus - Påvirkning på avdelingslederrollen*. April 2008
- 6- 2008:** Hege Johnson: *Media - vaktbikkje og pragmatisk publikumsfrier?* April 2008
- 7- 2008:** Kari Kjos Grendahl: *Ledelse i en endringsprosess. - En studie av toppledere i fire lokale helseforetak*. April 2008
- 8 - 2008:** Øyvind Jørgensen: *Etableringen av fritt sykehusvalg*. April 2008
- 9 - 2008:** Odd Rune Hegrenes: *"Fra forvaltning til ledelse. En studie av topplederrekruttering i helseforetak"* April 2008-
- 10 - 2008:** Siri Torvestad Nerheim: *Hvem skal lede? - Nasjonal profesjonsdebatt og lokale erfaringer ved innføring av enhetlig ledelse i helseforetak*. April 2008
- 11- 2008:** Therese Svendsen: *Helseforetak og kommunikasjon - En studie av en kommunikasjonsstrategis betydning i et helseforetak*. April 2008
- 12 - 2008:** Rune Nesdal Jonassen: *Foretaksreform, ledelse og intern informasjonsflyt i helseforetakene*. April 2008
- 13 --2008:** Anbjørn Holme: *Det kommuniserende hospital. - En studie av informasjonsvirksomheten ved tre lokale helseforetak på Vestlandet*. April 2008
- 14 - 2008:** Anne- Grethe Naustdal: *Sjuepleielederen sitt arbeid med kompetanseheving i sjukehus : sett i lys av erfaringar med sjukehusreforma*. April 2008
- 15 - 2008:** Britt V. Danielsen: *Leadership and management in nursing. Nurse managers' experiences of leadership and management following the introduction of unitary management in Norwegian public hospitals*. April 2008
- 16 - 2008:** Gunn Synnøve Dahl Reisæter: *Koordinering - Et grenseflateproblem? En studie av koordinering og samarbeid i psykisk helsevern*. April 2008
- 17 - 2008:** Anita Vikingstad: *Foretaksreformen - Katalysator, destabilisator og diktator. En studie av strukturendringer i et lokalt foretak før og etter foretaksreformen*. April 2008

- 18 - 2008:** Elisabeth Frisvoll: *Avdelingsledelse i norske sykehus i en reformtid - En utvikling henimot profesjonell ledelse?* April 2008
- 19 - 2008:** Monika Alvestad Reime: *Styring og identitet. Om identitetsreguleringsprosesser i psykisk helsevern.* April 2008
- 20 - 2008:** Robert Lohne: *"Ledelse, kommunikasjon og varsling i helseforetak"* April 2008
- 21 - 2008:** Laila Nordstrand Berg: *"Tilpasninger og erfaringer i lederrolla i sykehus"* April 2008
- 22 - 2008:** Kari Ilebekk: *Helsesekretærer i klinisk virksomhet. Sørlandet sykehus HF. Hvilke faktorer påvirker denne rollen? I hvilken retning endres rollen?* April 2008
- 23 - 2008:** Borgny Botnen Aakre: *Sannhetsministerium eller kunnskapsmegler?- En studie av Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.* April 2008
- 24 - 2008:** Margrete Langeland: *Myndighetstilsyn eller kyndighetstilsyn? En studie av endringer i Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse i perioden 1994 - 2005.* April 2008
- 25 - 2008:** Lene Susann Pilskog: *Hva skulle læres? En casestudie av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.* April 2008
- 26 -2008:** Dag Olaf Torjesen: *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten.* April 2008

POLIS

Politikk, Organisasjon og Ledelse i
Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner

**Rokkansenteret**
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER