

# MASTEROPPGÅVE

Emnekode: SO330S

Namn: Silje Vedøy Henriksrud

---

Førebudd på ei krise?

Ein avgjerdsteoretisk studie av Akershus  
Universitetssjukehus HF under ein  
pandemi.

---

Dato: 01.06.2021

Sider totalt: 95

## **Forord**

Mi tid som masterstudent er no over ved Nord Universitet. Etter to år med mange lærerike fag, har eg tileigna meg mykje ny kompetanse.

Kombinasjonen som fulltidsstudent og fulltidarbeidar ved HR har vore to intense år, men absolutt ein bratt læringskurve ved å kombinera det teoretiske og det praktiske samstundes. Dei to siste åra har gitt meg eit utbytte av ein fullverdig innsikt i HR fagfeltet, og eg føler meg utruleg heldig som har fått moglegheit til å vera student saman med HR jobben min. Takk til Akershus Universitetssjukehus for god hjelp og tilrettelegging, og for at dykk fann oppgåva mi relevant.

Eg ynskjer å retta ein stor takknemlegheit til mine informantar som har bidratt med deira erfaringar under covid-19-pandemien. Tusen takk for at dykk tok tid til å delta i studien, og for at dykk var reflekterte gjennom samtalen.

Året som masterstudent har vore krevjande då pandemien har bidratt til mykje innesitting ved kjøkkenbordet med både heimakontor og masterskriving. Eg ynskjer av den grunn å utdela ein stor takk til familien min og venner som har vore støttande og motiverande igjennom heile prosessen. Eg ynskjer også å takka min veileiar, Per Harald Rødvei, som har vore svært tilgjengeleg og stor støtte under heile prosjektet.

Eg håpar studien vekker interesse hos lesaren gjennom ei oversiktleg og tydeleg framstilling.

Silje Vedøy Henriksrud.

## Samandrag

**Bakgrunn:** Kva skjer egentleg i eit stort norsk sjukehus under ein pandemi? 12.mars 2020 blei store delar av Noreg stengt ned på grunn av covid-19-pandemien. Sjukehusa i Noreg vart utfordra på fleire områder, som til dømes beredskapslageret, mengda av sjukehussenger og bemanning. Ved slike situasjonar må det takast avgjersler på laupande band og det må ligga til rette for ei aktiv handlingskraft ved helsetenesta. Pandemien skapte ei endring ifrå normaldrifta ved Akershus Universitetssjukehus, og ei stor mengde sjuke menneske på same tid førte med seg fleire krevjande utfordringar for alle delar av sjukehuset. Av den grunn er det sentralt å sjå på korleis ein av samfunnets viktigaste institusjonar taklar og tek avgjersler i ein slik uventa pandemi som åkar dagens samfunn.

**Hensikt:** Hensikta med denne masterstudien er å undersøka avgjerdsprosessen under covid-19-pandemien ved eit av Noregs største sjukehus, Akershus Universitetssjukehus. Studien tek sikte på å gje svar på korleis handteringa av ein elles uvanleg beredskapssituasjon går føre, og ei forståing av avgjerdsprosessen på ein presis måte.

**Metode:** Studien basere seg på ein kvalitativ casedesign, der eg nytta fokusgruppeintervju for å gje svar på oppgåvas problemstilling. Mine funn av avgjerdsprosessen vart analysert med hjelp av Egeberg (1981) si framlegging av analysemodellen «straumperspektivet», i tillegg til tre avgjerdsmodellar for å få fram alle aspekta ved empirien.

**Resultat:** I undersøkinga kjem det fram at det eksistere ulike perspektiv ifrå dei tre avgjerdsmodellane under avgjerdsprosessen. Første fase av den pågåande avgjerdsprosessen kan synast til eit anarkistisk perspektiv, men hovudresultata i denne undersøkinga viser til at avgjerdsprosessen blir dominert av dei rasjonelle avgjerdsperspektiva. Sjukehuset var grunnleggande førebudd på ein pandemi og det eksisterte koordinering av arbeidsoppgåver, fordeling av autoritet, og system for styring og kontroll. Når det oppstod uføresette hendingar, aktiverte sjukehusleiinga faglege aktørar for å få råd til løysingsalternativ. Funna syne til ei klar oppfatning mellom informantane over kva som var hovudprioriterten under prosessen, og det eksisterer tydelege samanheng mellom mål og val av løysingar.

## Summary

**Background:** How does a pandemic affect a large Norwegian hospital? On 12<sup>th</sup> of March 2020, the majority of Norway shut down due to covid-19. The hospitals in Norway experienced various challenges, e.g. lack of emergency equipment, available hospital beds, and shortage of hospital staff. During situations like this, decisions must be made continuously with a proactive force of actions that supports upon the health service. The pandemic triggered a disruption of the regular daily operations at Akershus University Hospital, combined with a large number of patients affected by covid-19 in a short period of time, led to an even more challenging situation for all the divisions at the hospital. Based on these statements, it is essential to evaluate how one of society's most important institutions can handle and support critical decisions in an unexpected and long-lasting pandemic.

**Purpose:** The purpose of this master's study is to investigate the decision-making process during the covid-19-pandemic in one of Norway's largest hospitals, Akershus University Hospital. The scope of the study is focused on the process of handling an unusual emergency situation and the understanding of support factors for the decision-making.

**Method:** The study is based on a qualitative case design, where focus group interviews has been used to support the results and conclusion of this study. My findings of the decision-making process were analyzed by using Egeberg (1981) analysis model "strømperspektivet", in addition to three decision-making models to highlight all aspects of empirical data.

**Result:** The study reveals that different perspectives exists from the three decision-making models during the decision-making process. First phase of the ongoing decision-making can be evaluated from an anarchist perspective, but the main results in this study shows that the decision-making process is dominated by the rational decision-making perspective. The hospital was on a foundational level prepared for a pandemic, where existing coordination and distribution of responsibility, roles and an established system for management and control. During unforeseen situations, the hospital leaders reached out to professionals of expertise for alternative solutions. The findings indicate a clear understanding between the informants and the importance of priorities during the process and supports a clear correlation between selected solutions and desired outcome.

## Innholdsliste

<b>1. Innleiing</b> .....	<b>1</b>
1.1 Problemstilling .....	3
1.2 Avgrensing av oppgåva.....	4
1.3 Oppgåvas disposisjon .....	4
<b>2. Covid-19-viruset treff Helse Sør - Øst</b> .....	<b>5</b>
2.1 Bakgrunn .....	5
2.2 Beredskapsplanar mot ein pandemi.....	8
<b>3. Teoretisk rammeverk</b> .....	<b>13</b>
3.1 Avgjerd i ein organisasjon.....	13
3.2 Avgjerdsprosess .....	14
3.3 Analysemodell.....	15
3.4 Avgjerdsmodellar .....	17
3.4.1 Den rasjonelle modell.....	17
3.4.1.1 <i>Forventninga til funn</i> .....	19
3.4.2 Den politiske forhandlingsmodellen .....	19
3.4.2.1 <i>Forventninga til funn</i> .....	22
3.4.3 Garbage can-modellen.....	22
3.4.3.1 <i>Forventninga til funn</i> .....	25
3.5 Oppsummering .....	26
<b>4. Metode</b> .....	<b>27</b>
4.1 Teoretisk forankring og forskingsdesign.....	27
4.2 Utval og rekruttering .....	29
4.3 Innsamling av data .....	31
4.3.1 Intervjuguide .....	31
4.3.2 Intervju .....	31
4.3.3 Transkribering .....	32
4.4 Analyse og tolking .....	33
4.5 Forforståing og forskarrolle .....	34
4.6 Ethiske vurderingar .....	35
4.7 Reliabilitet og validitet .....	36
4.7.1 Reliabilitet .....	36
4.7.2 Validitet.....	37

4.7.2.1 Intern validitet .....	37
4.7.2.2 Ytre validitet .....	37
<b>5. Funn: Deltakarar, problem, løysingar og avgjerdsmoglegheiter .....</b>	<b>38</b>
5.1 Deltakarar .....	38
5.1.1 Oppsummering deltakarar .....	43
5.2 Problem .....	43
5.2.1 Personellplanlegging og pasientbehandling .....	43
5.2.2 Informasjon .....	46
5.2.3 Limbodrift .....	49
5.2.4 Oppsummering av problem .....	54
5.3 Løysning .....	54
5.3.1 Oppsummering løysning .....	57
5.4 Avgjerdsmoglegheit .....	57
5.4.1 Oppsummering avgjerdsmoglegheit .....	60
<b>6. Diskusjon: Hierarki, forhandling og anarki .....</b>	<b>60</b>
6.1 Den rasjonelle modell .....	60
6.1.1 Oppsummering av den rasjonelle modell .....	65
6.2 Den politiske forhandlingsmodell .....	65
6.2.1 Oppsummering av den politiske forhandlingsmodell .....	68
6.3 Garbage can-modellen .....	68
6.3.1 Oppsummering av garbage can-modellen .....	72
<b>7. Konklusjon og avslutning .....</b>	<b>73</b>
7.1 Tiltak mot ein ny pandemisk situasjon .....	76
7.2 Refleksjon av teoretisk rammeverk .....	76
7.3 Vidare forskning .....	77
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>79</b>
Vedlegg 1 – Intervjuguide .....	83
Vedlegg 2 – Informert samtykke .....	86

## 1. Innleiing

Kva skjer egentleg i eit stort norsk sjukehus under ein pandemi?

Tysdag 10.mars 2020 var helseministeren Bent Høie ved Stortinget for å leggja fram utbrotet av koronaviruset i Noreg (Regjeringen, 2020). Helseministeren uttalte at helsetenesta er godt organisert med ein høg kompetanse, men ein epidemi med eit slikt omfang vil føra til utfordrande situasjonar for helsetenesta. Helseministeren konstaterte at det å mobilisera og disponera tilgjengelege ressursar, så kan det skape ein moglegheit for helsetenesta å handtera dei scenarioa Folkehelseinstituttet hadde skildra så langt (Regjeringen, 2020). To dagar etter framlegginga ved Stortinget vart covid-19-epidemien oppgradert til ein pandemi, som i skrivande stund verden framleis står i. Folkehelseinstituttet skildrar ein pandemi som ei verdsomspennande spreiding av ny sjukdom og som rammar store mengder menneske (FHI, 2011). Ein pandemi kjem gjerne når eit ukjent influensavirus oppstår, og befolkninga manglar immunitet mot viruset. Bent Høie uttalte 12.mars 2020 at viruset var så smittsamt at menneske ikkje kunne ta på kvarandre, og at helsetenesta førebudde seg no på den største utfordringa dei hadde møtt nokon sinne (Hagen, Jor og Lien, 2020).

I *Analyse av krisescenarior* blir pandemi i Noreg sett på som ei uynskt hending, med ei samla vurdering av at sannsynet for ein pandemi i Noreg vil oppstå som svært høg risiko (DSB, 2019, s.13). Som overordna føresetnadar skulle me trudd at Noreg hadde eit godt grunnlag for å vera førebudd på ein pandemi. Demokratiet og den økonomiske situasjonen står sterkt, noko som gir myndigheitene breie handlingsrom. Det eksisterer også sterke statlege organ underlagt Helse- og omsorgsdepartementa. Til dømes er det Helsedirektoratet som har eit heilskapleg ansvar for den nasjonale helseberedskapen (Helsedirektoratet, 2019), og Folkehelseinstituttet som har ein nasjonal kompetanseinstitusjon innan smittevern (FHI,2014).

Det kan tenkast at ein pandemi i dag vil gje tydeleg lågare dødelegheitstal enn tidlegare pandemiar. Det med bakgrunn i betre hygieniske forhold, høgare levestandard og ikkje minst høgare standard ved medisinske behandlingsmetodar. Livsstandarden og levealderen i Noreg er ein av dei høgaste i verda. OECD – rapporten «Health at a Glance», viser til at Noreg er det landet i verda som nyttar mest pengar på helsa per innbyggjar (OECD, 2019).

For at sjukehusa skal førebu seg på og respondera på sjukdomstruslar, har det medført eit behov av formar for kontroll for å unngå å overvinna ulike virus. Viktige instansar i Noreg trenar på korleis dei skal takle større krisesituasjonar for å vurdere om prosedyrar,

ansvarsforhold og utstyr fungerer eller må forbeholdt. Helseføretak og sjukehus er store dynamiske organisasjonar der deler eller heile organisasjonen arbeider under sterkt krav om effektivitet og tidspress. Beredskap for beskyttelse av befolkninga under ein pandemi er eit prioritert arbeidsområde for helsemyndighetene, og det er utarbeida detaljerte beredskapsplanar ved ulike nivå for pandemisk influensa i Noreg. Det er viktig at helse og omsorgstenesta arbeider kontinuerleg med beredskapsarbeid for å vera førebudd på ein pandemi.

Trass i god tilrettelegging og høge forventningar om at helseføretaka i Noreg er førebudde på ein pandemi, verka det som at pandemien både var og blei ein uventa situasjon for Noreg. Torsdag 12.mars 2020 blei store delar av Noreg stengt ned på grunn av koronapandemien. Pandemien me står ovanfor i dag har ført med seg inngripande tiltak som ikkje har vore til stades i Noreg sidan 2.verdskrig. Dette skildrar ein unntakstilstand som førte med seg stor usikkerheit på mange måtar. Uvit om sjølve sjukdommen, kor raskt viruset ville spreie seg, og kor stort press det ville bli på helseføretaka. Ein slik uvit er ei stor utfordring for myndighetene og helsepersonellet. Med covid-19-pandemien blir det vist til ein viktig, men også ein openbert gløymd lærdom. Pandemien ramma ei dårleg førebudd verden. Sjukehusa i Noreg blei utfordra på fleire områder, som til dømes beredskapslageret, mengda av sjukehussenger og korleis sjukehuset er organisert (Kåresen, Gisvold og Heier, 2020).

Ved slike hendingar må det takast avgjersler på laupande band og det må ligga til rette for aktiv handlingskraft for helsetenesta, i tillegg til emne for å tilpasse seg. Sidan Noreg står i ein heilt ny og ukjent pandemisk situasjon, kan det vera avgrensa med tid til å gjera grundige vurderingar for å ta avgjersler. Det er forventet at eit sjukehus skal ha ein grunnmur av kontroll og styring som sikrar ein god avgjerdsprosess i forkant av ein krisesituasjon. Men har det seg slik at når ei krise inntreff, vil det oppstå andre fenomen som hindrar dei typiske rasjonelle handlingane som bør skje? Og kan det oppstå situasjonar som gjer at dei ulike avgjerdstakarane er ueinige i handteringa av pandemien, som igjen kan føra til at avgjerdsprosessen blir tilfeldig?

Pandemien skapte ei endring ifrå normaldrifta ved Akershus Universitetssjukehus, og ei stor mengde sjuke menneske på same tid førte med seg fleire krevjande utfordringar for alle delar av sjukehuset. Av den grunn er det sentralt å sjå på korleis ein av samfunnets viktigaste institusjonar taklar og tek avgjersler i ein slik uventa pandemi som åkar dagens samfunn.



## 1.1 Problemstilling

Under ein pandemi med mange utfordringar som blir knytt til å oppretthalde eit forsvarleg og kontinuerleg helsetilbod er det sentralt å sjå på korleis avgjersler går føre for seg. Det med bakgrunn i at aktørane må handtera situasjonar i høve til beredskapsplanar og prosedyrar, i tillegg til nye og varierende situasjonar som ikkje er skildra i beredskapsplanane. Hensikta med studien er å få eit innblikk i korleis Akershus Universitetssjukehus handterte ein elles uvanleg beredskapssituasjon, og skape ei forståing av avgjerdsprosessen på ein presis måte. Eg ynskjer å undersøka viktige system innanfor eit så stort sjukehus, i tillegg vil eg undersøka momenta til læring ut ifrå korleis prosessen har føregått. Studien tek sikte på å svara på følgjande problemstilling:

*Kva karakteriserte Akershus Universitetssjukehus HF sin avgjerdsprosess under covid-19-pandemien?*

Det er utarbeida tre hypotesar ut ifrå hovudproblemstillinga. Hypotesane i denne forskinga vil ha som hensikt til å gje svar på hovudspørsmålet mitt:

**H1:** *Avgjerdsprosessen er tydeleg styrt, og er prega av hierarki, struktur og klar maktfordeling.*

Organisasjonar blir rasjonelt styrt, og det er ei grunnleggande forventning i organisasjonen. Når det kjem ei krise så vil krisa vera styrt, førebudd og rollefordelt. Organisasjonens sosiale system er bevisst konstruert for å løysa oppgåver og å realisera mål. Det er forventa ei klar fordeling av makt og ansvar i organisasjonen under ei krise. Det er ei føresetnad at det er mogleg å identifisera måla, og at dei som skal ta ulike avgjersler har ei oversikt over verkemidlane og kor godt eigna verkemidlane er til å nå måla.

**H2:** *Avgjerdsprosessen er ein forhandlande prosess, der fagorganisasjonsstrukturen er strukturelt differensiert og delt i ulike interesser.*

Praktiske organisasjonar fungerer ikkje berre som styrt, den er også forhandlande. Ein organisasjon består av både interne og eksterne interessentar, som til dømes eigarar, leiarar og tilsette. Sjølve organisasjonsstrukturen er gjerne differensiert, og det eksisterer individ og avdelingar med ulike syn på problemstillingar og løysingar. Desse har kanskje i tillegg ulik aksess til strukturane. Konflikhtar oppstår gjerne som følgje av store interesseforskjellar.

**H3:** *Avgjerdsprosessen har eit anarkistisk preg med varierende deltidsdeltakarar.*

Det eksisterer også organisasjonar som tilpassar seg meir tilfeldig, og som har ein meir anarkistisk struktur. Det er ikkje alle organisasjonar som har ein aksess-struktur, som då også rører defineringsstrukturen i organisasjonen. Samstundes kan organisasjonar som har ein aksess-struktur, oppleve situasjonar som bære eit preg av det som kan relaterast til eit organisert anarki. Det er nokre deltakarar som gjerne er faste under ein avgjerdsprosess, men det eksisterer også nokre som er delvis til stades. Problem og løysingar oppstår gjerne tilfeldig, då det ikkje er eit sentralt styre som regulerer dette.

## **1.2 Avgrensing av oppgåva**

I skrivande stund er me framleis under covid-19-pandemien, og det er eit omfattande og stort tema å ta tak i. Eg har valt å avgrensa denne oppgåva til å fokusera på avgjersler som vart tatt i perioden mellom februar 2020 til desember 2020. I tillegg har eg valt å nytta relevante informantar ved avgjerdsprosessen, enn å gå innpå ei enkeltavdeling sine avgjersler.

## **1.3 Oppgåvas disposisjon**

I kapittel 1 presenterte eg innleiing av temaet for studien ut ifrå artiklar og anna relevant litteratur. Eg la også fram problemstillinga for studien, og dei tre ulike forskingsspørsmåla. Kapittel 1 skal belysa mi problemstilling og visa til grunnlaget for kvifor eg har valt akkurat dette forskingsspørsmålet for studien. Resten av oppgåva blir disponert slik:

**Kapittel 2:** Bakgrunn. Eg vil presentera bakgrunnen for studien og gi ei detaljert skildring av det utvalde sjukehuset for studien, Akershus Universitetssjukehus HF. I dette kapittelet greie eg også ut om nasjonal, regional og Ahus sin lokale beredskapsplan for pandemisk influensa.

**Kapittel 3:** Teoretisk rammeverk. Her kjem det teoretiske rammeverket som vil bli nytta til å analysere oppgåva. Eg har her skildra straumperspektivet som ein analysemodell, deretter presenterer eg tre avgjerdsteoretiske modellar. Straumperspektivet er eit verktøy for å syna til avgjerdsprosessen, imens perspektiva ifrå dei tre avgjerdsteoretiske modellane er meir overordna enn analysemodellen. Mine empiriske funn vil bli analysert ved hjelp av dei tre avgjerdsmodellane sine perspektiv.

**Kapittel 4:** Metode. I dette kapitlet vil eg visa til korleis eg har gått fram i undersøkinga gjennom val av metode og grunngjeving for vala. Eg vil her visa til val av problemstilling, forskingsdesign og kvifor eg har valt å nytta fokusgruppeintervju som metodeverktøy. Vidare kjem ein diskusjon om metoden eg har nytta, der eg drøfter ulike validitetar og overføringsevne før diskusjon blir presentert.

**Kapittel 5:** Funn. Her vil eg syna til det innsamla datamaterialet som kom frå intervjuet.

**Kapittel 6:** Diskusjon. Her vil eg leggja fram empirien eg har samla inn gjennom intervju ved Akershus Universitetssjukehus. I tillegg vil eg drøfta empirien opp mot teorien ifrå kapittel 3.

**Kapittel 7:** Konklusjon og avslutning. Til slutt kjem oppsummeringa av oppgåva og konklusjon. Eg vil også vurdere studien sitt teoretiske rammeverk og avslutte med mine tankar om vidare forskning.

## **2. Covid-19-viruset treff Helse Sør - Øst**

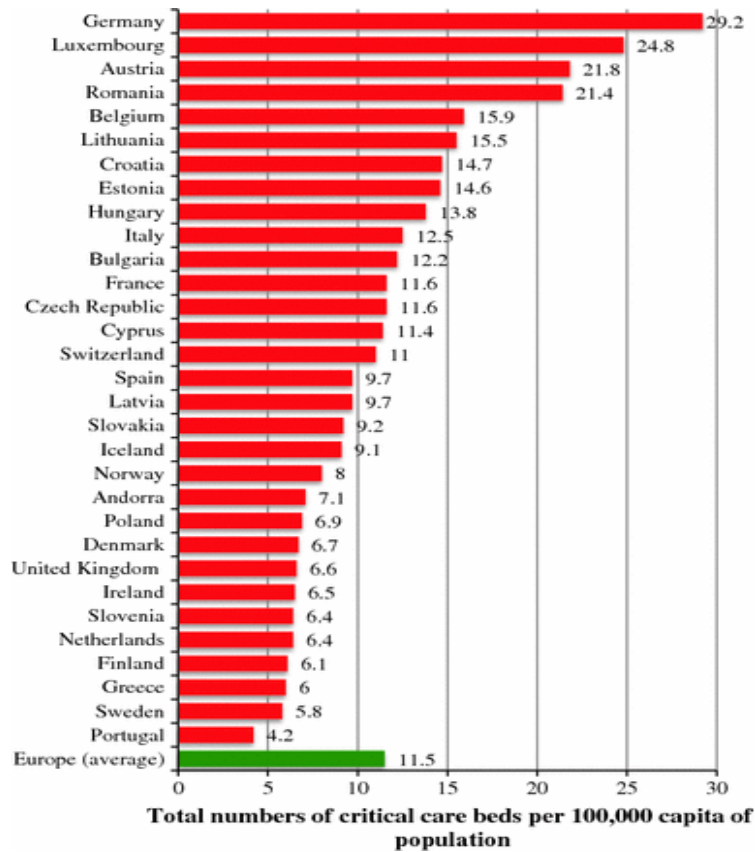
### **2.1 Bakgrunn**

Gjennom historia har me vore igjennom ei rekke sjukdommar av ulikt omfang, grad av alvor og varigheit. Smittsame sjukdommar har alltid vore menneska sin usynlege og verste fiende. Influensa, tuberkulose, pest, skarlagensfeber, difteri, kolera og koppar har oppstått fleire gonger, og ofte med store og negative konsekvensar (Kåresen, Gisvold og Heier, 2020). I løpet av åra som har gått med ulik pest og sjukdommar har verdas befolkning i tydeleg større grad blitt globalisert, og ein har ein mobilitet som ikkje før har eksistert i det moderne samfunnet. Det med bakgrunn til fly, handelskontaktar og internasjonalt arbeid. Dette har ført til eit tettare band med land utanfor Noregs landegrensar, og av den grunn utset me oss raskare for internasjonale kriser. Som til dømes pandemi. Smittsame sjukdommar er i stand til å forstyrre mange sfærar av menneskeleg eksistens, og verknaden kan merkast over heile kloden.

Covid-19-viruset sitt episenter blei oppdaga i Wuhan, Kina. Infeksjonen blei kategorisert som ein epidemi etter kort tid. Den 12.mars 2020 blei epidemien oppgradert til kategorien pandemi av World Health Organization (*WHO*) (Helsenorge, 2020). Me lev no under ein pandemi som omfattar nesten heile verda. Fleire land stengte raskt ned, handelen vart avgrensa og tydeleg færre reiste.

I starten av 2020 var det stor usikkerheit på om koronaviruset ville komme til Noreg. Folkehelseinstituttet tok høgde for det, men såg liten grunn til at nordmenn skulle bekymra seg (Zondag og Solvang, 2020). 30.januar 2020 hadde Noreg enda ikkje iverksett nokon tiltak i dei ulike sektorane (Regjeringen, 2020). Dåtidas smitteverntiltak var å screene smittetilfella tidleg, isolasjon, overvake symptom hos smitta personar, og god handhygiene (FHI, 2020, s.11). Den norske myndigheita følgde nøye med på det nye viruset, og helse og omsorgsministeren, Bent Høie, uttalte at helsemyndigheitene i Norge var godt førebudd dersom viruset skulle komme til Noreg (Regjeringen, 2020). Ein overlege ved Ullevål sjukehus meinte Noreg kunne stå ovanfor ein sårbar situasjon. Smittevernutstyr blei eksportert ifrå Kina og det kunne oppstå mangel på handdesinfeksjon, mangel av intensivsengeplassar, i tillegg til mangel av riktig kompetanse hos helsepersonell og medikament (Ingvaldsen, 2020). Mangel på smittevernutstyr kan føra til ei stor mengde smitta helsepersonell, som igjen fører til store konsekvensar i ein allereie pressa helsesektor.

Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) anbefalte at sjukehusa ikkje oversteig 85% av pasientinnlegging for å handtera eventuelle smittetoppar. Allereie før korona kom til Noreg, var sjukehusa i Noreg i ein situasjon der dei var overfylte (Hjerpbakk, 2020). 06.mars 2020 låg det pasientar i alle sjukehussengene i Noreg, og dette var før ein einaste koronapasient var innlagt på sjukehusa i Noreg (TV2, 2020). Noreg ligger i nedre halvdel av statistikken i Europa når det gjelder mangel på intensivkapasitet i forhold til innbyggjarar (Rhodes, Flaatten, Ferdinande, Guidet, Metnitz og Moreno, 2012). Viser til tabell 1.



Tabell 1: Mangel av intensivkapasitet i forhold til innbyggjarar.

Helsevesenet har over fleire år vore underfinansiert og ramma av kutt i ressursar. Oppgåvene blir ikkje reduserte, men må bli gjort meir raskare og meir effektiviserande for å oppretthalde tenestetilbodet på dei attverande tilsette (Hjerpbygg, 2020). I tillegg har sjukepleiarforbundet varsla over lang tid at det er mangel på sjukepleiarar, og at det er vanskeleg å rekruttera fleire til yrket (Hjerpbygg, 2020).

### Akershus Universitetssjukehus HF

Akershus Universitetssjukehus (Ahus) er eit lokal og områdesjukehus for omtrent 560 000 innbyggjarar (Ahus, 2020). Sjukehuset vart stifta 05.desember 2001 og er eigd 100% av Helse Sør-Øst RHF (Ahus, 2019). Ahus er eit av dei største sjukehusa i Noreg, saman med Oslo Universitetssjukehus. Hovudoppgåvene ved Ahus er både pasientbehandling, forskning, undervisning og pasientopplæring. Ahus rommar breitt i geografi og har helsetilbod i Lørenskog, Nordre Follo, Kongsvinger, i tillegg til ulike behandlingsstadar for psykisk helsevern kring Viken. Sjukehuset er altså ansvarlege for innbyggjarar i Romerike, Follo,

Kongsvinger regionen, og den nordlege delen av Oslo; Alna, Grorud og Stovner (Ahus, 2020).

10.mars 2020 kom den fyrste koronapasienten til Akershus Universitetssjukehus, og ein periode etter det var det jamn pågang (Ahus, 2020). Akershus Universitetssjukehus har nytta mykje tid på å optimalisera avdelingane for å kunne ta imot fleire intensivpasientar under pandemien. Arbeid som er blitt utført er til dømes omgjering av pasientrom til intensivrom, og oppsett av skiljevegger i korridorar for å separere covid- avdelinga ifrå andre pasientgrupper (Ahus, 2020). I tillegg vart det utført arbeid kring å klargjer slusar framfor pasientromma på rekordtid (Ahus, 2020). Akershus Universitetssjukehus hadde i mars 2020, 27 intensivplassar. Den 30.mars 2020 hadde Ahus i alt 62 koronapasientar, der 24 av pasientane var under intensivbehandling og 15 pasientar i respirator (Adressa, 2020). Dette viser til at alle plassane var nesten fylt opp før bølga av koronapasientar var venta. Ahus måtte i mars be om hjelp ifrå andre sjukehus, særskilt lån av respiratorar (Adressa, 2020).

## **2.2 Beredskapsplanar mot ein pandemi**

I Noreg eksisterer det helseberedskapsplanar på ulike nivå som skal vera ein rettleiar for sjukehusa. Under ein pandemi vil helsesektorane gå igjennom ulike utfordringar som gjer det hensiktsmessig å ha ein overordna nasjonal pandemiplan, ein regionalplan, og ein eigen kriseplan ved kvart sjukehus. Beredskapsplanlegging er eit kontinuerleg arbeid då ny informasjon og endringar skal dokumenterast, og oppdaterast i beredskapsplanane. Planane skal vise til dei faktiske truslane ein står ovanfor, men det er også viktig at aktørane er klar over ulikeheita mellom planlegging og ein nedskreven plan. Ein må dermed vera førebudd på å møte nye utfordringar. Det er dermed helseføretakets ansvar å utvikla den kunnskapen og dei ferdigheitene som skal til for at sjukehuset skal kunna ivareta krisesituasjonen i sitt område. Dette skal handterast med dei ressursane som er tilgjengeleg av personale, fagområde, kompetanse og utstyr.

Eg vil no ta ein gjennomgang av nasjonal beredskapsplan, regional og Akershus Universitetssjukehus sin pandemiplan.

## Nasjonal beredskapsplan

I 2014 utarbeida regjeringa ein ny nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa. Beredskapsplanen inneheld detaljerte tiltak for departementa og verksemdar med beredskapsansvar under ein pandemi. Beredskapsplanen er lagt opp for å sikre nasjonal planlegging og handtering av ein pandemi. Målet med planen er å kunne oppretthalde nødvendige samfunnsfunksjonar innan dei ulike sektorane så langt det lar seg gjer (Regjeringen, 2014). Planen er delt i tre delar der det blir presentert mål, pandemiens fasar, tiltaksplan, og som avsluttar med eit fagleg underlag. I den nasjonale beredskapsplanen mot pandemisk influensa står det at eit av læringspunkta frå tidlegare pandemiar er at dei har ulik grad av utbreiing og alvorsgrad. Det er dermed ikkje mogleg å utarbeida ein detaljert plan som viser til riktige tiltak som burde settast i gong under kvar pandemi.

I den nasjonale beredskapsplanen blir det vist til svineinfluensa i 2009, kor mange intensivavdelingar rapporterte om sprengt kapasitet trass i at det var ein mild pandemi (Regjeringen, 2014, s.79). Omgrepet «intensiv» blir nemnt femten gonger, der ni av dei viser til pasientinnlegging, belastning for helsepersonellet, alvorsgrad og vurdering av kapasitetsproblem som kan oppstå rundt det. Dette gjelder generelle etiske problem som kan oppstå under ein pandemi. Intensivbehandling blir diskutert i ein tabell (Tabell 2) kvar det blir planlagt ut ifrå ei realistisk utvikling, og som sjukehusa må ha kapasitet til å møte.

R0	% klinisk angrepsrate	Hendelse	Moderat**	Alvorlig**	Svært alvorlig**
1,2	13-16	Legekontakt	65 000-162 000	98 000-203 000	131 000-243 000
		Sykehusinnleggelser	3 300-8 100	9 800-20 300	19 600-32 400
		Intensiv behandling	330-810	980-2 030	1 960-3 240
		Dødsfall	850-1 400	1 300-2 400	3 900-8 900
1,4	22-28	Legekontakt	109 000-281 000*	164 000*-351 000	219 000-421 000
		Sykehusinnleggelser	5 500-14 000*	16 400*-35 100	32 800-56 200
		Intensiv behandling	550-1 400*	2780*-3 510	3 280-5 620
		Dødsfall	1 400-2 500*	2 200*-4 200	6 600-15 500
1,6	28-35	Legekontakt	140 000-361 000	210 000-451 000	281 000-541 000
		Sykehusinnleggelser	7 000-18 000	21 000-45 100	42 100-72 100
		Intensiv behandling	700-1 350	1 400-3 610	4 210-7 210
		Dødsfall	1 800-3 200	2 800-5 400	8 400-19 800

Tabell 2: Realistisk utvikling av intensivbehandling.

I tabell 2 blir det vist til at sjukehusa må kunne ta imot innleggingar opptil 14-16 500 i tal, kor 1400-2800 kan kreva intensivbehandling (Regjeringen, 2014, s.84).

Respirator blir nemnt ein gong i pandemiplanen, og det i forbindelse med at respirator saman med intensivplassar og ECMO-maskinar kan bli ei mangelvare (Regjeringen, 2014, s.27). Smittevern blir nemnt opp til fleire gonger i planen, men smittevernutstyr blir ikkje nemnt i planen. Den nasjonale beredskapsplanen for ein pandemi som vart utarbeida i 2014 viser moglegheita for høgt tal på intensivpasientar, konsekvensane, og korleis sjukehusa bør vera førebudde. Planen har dermed vore kjent i 6 år. Likevel var dette ein konsekvens som blei tatt opp i plenum av helseminister Bent Høie under regjeringssmøte 10.mars 2020, og som vart ein realitet dei siste månadane, som var snevert beredskapslager, spesielt då det gjaldt smittevernutstyr (Regjeringen, 2020).

### Regional beredskapsplan for pandemi – Helse Sør-Øst

Verksemder som blir inkludert i beredskapsplanen skal utarbeida egne beredskapsplanar som tek utgangspunkt i den overordna nasjonale planen (Regjeringen, 2014). Akershus Universitetssjukehus er eit av sjukehusa som ligger under regionen Helse Sør-Øst (HSØ) sin regionale beredskapsplan mot pandemisk influensa. Denne beredskapsplanen gir ei rettleiing på korleis helseføretaka i HSØ skal planlegga og handtera ein pandemi (Helse Sør-Øst, 2020). Helse Sør-Øst har sjølv ansvar og oppgåver som er knytt til forsyningsberedskap, å koordinera beredskapsarbeidet i helseregionen, i tillegg til interne prosedyrar som viser til ansvarsforholdet knytt til dette (Helse Sør – Øst, 2020, s.3).

Ut ifrå regional beredskapsplan for pandemi er helseføretaka sjølv ansvarlege for å laga ein plan som omhandlar kapasiteten kring sengeplassar. Spesielt intensivpasientar då det kan opnast for å ta imot fleire (Helse Sør-Øst, 2020, s.5). Helseføretaka er også sjølv ansvarlege for personellplanlegging, utstyr kring desinfeksjon, smitteavfallshandtering, i tillegg til å innhenta, vedlikehalda og trenar på bruk av nødvendig smittevernutstyr (Helse Sør-Øst, 2020, s.10). Dei viktigaste måla for dei ulike helseføretaka er å auka kapasiteten, hindre smitte, og skilja pasientar med pandemisk smitte frå andre pasientar (Helse Sør-Øst, 2020, s.6).



## Akershus Universitetssjukehus pandemiplan

Akershus Universitetssjukehus har eit ansvar for eigen beredskapsplan for pandemisk influensa, og som skal dekke dei tiltaka nasjonale og regionale planar angir. Hensikta med prosedyren er å skildra ansvarsfordelinga og handlingane under ein trussel av eit utbrot, eller eit eventuelt utbrot av pandemisk influensa for Akershus Universitetssjukehus <sup>1</sup>. Ahus har delt sin beredskapsplan inn i tre fasar i tråd med føringar ifrå Helse Sør-Øst. Det blir lagt opp til ei trinnvis eskalering av tiltaka. Kor omfattande tiltak som blir iverksett, er avhengig av kor omfattande pandemien blir. Tabell 3 viser til korleis desse nivåa korresponderer med nivåa i Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa:

<b>Beredskapsplan Ahus</b>	<b>Nasjonal plan for pandemisk influensa</b>	<b>Skildring</b>
<b>Normal drift</b>	Interpandemisk fase	Perioden mellom influensaepidemiar
<b>Grøn eller gul beredskap</b>	Høgare beredskapsfase	Påvist ny subtype av influensa hos menneska
<b>Rød beredskap</b>	Pandemisk fase	Global spreining av ny subtype av influensa
<b>Grønn beredskap</b>	Overgangsfase	Etter toppen av pandemisk bølge, v/ minska global risiko

*Tabell 3: Beredskapsnivå.*

Ansvar for erklæring av faseovergangen på nasjonalt nivå ligger hos Helse- og Omsorgsdepartementet. Taktisk beredskapsleiing i samarbeid med smittevernoverlege skal avgjere beredskapsnivået ved Ahus. Ved grønt beredskapsnivå skal plankomiteé for smittevern møtast for å vurdere trusselbiletet og korleis det kan påverka Ahus. Eksisterande beredskapsplan skal bli gjennomgått og oppdaterast ved behov. Ved gul beredskap skal det spesielt leggast vekt på gjennomgang av tiltaka i Ahus sin plan for massevaksinasjon, og prioriteringar av grupper for vaksine og profylaktisk behandling i samsvar med det aktuelle

---

<sup>1</sup> Ahus Smittevern – Pandemisk influensa. Dette er ei intern prosedyredokument ved Ahus for internt tilsette. Hensikta med prosedyren er å skildra ansvarsfordeling og handlingar ved truande eller manifeste utbrot av pandemisk influensa ved Ahus.

trusselbilde. Det skal også vurderast behovet for å trenast tilsette i bruk av beskyttelsesutstyr, sikra forsyningar av nødvendig utstyr og forsterka kommunikasjonslinjene mot regionalt helseføretak, helsemyndigheitene og kommunane. Ved rød beredskap skal administrerande direktør ta imot varsling frå helsemyndigheitene. Beredskapsleiar skal deretter varsle leiar for plankomité smittevern, i tillegg til å heva eller senka beredskapsnivået ved Ahus.

I tillegg til beredskapsplan mot pandemisk influensa, har Ahus ein plan som omhandlar smittevernberedskap ved Ahus. Planen for smittevernberedskap for Ahus er ein del av føretakets beredskapsplanverk, og skal bidra til at korrekte tiltak raskt kan setjast i verk ved truande kriser<sup>2</sup>. I krisesituasjonar som er forårsaka av smittsame sjukdommar viser planen til at beredskapsleiar har ansvar for å kalle inn plankomité for smittevern til m te. Her skal beredskapsleiar i samråd med smittevernansvarleg lege foreta ein situasjonsanalyse og ein risikovurdering.

Planen består av ein generell del som omhandlar organisering, ansvarsforhold internt i føretaket og beredskapsnivåa for smittevernberedskap, og ein operativ del som skildre varslingar og tiltak ved dei ulike beredskapsnivåa. Beredskapsplanen for smittevern er også delt inn i grøn, gul og raudt beredskapsnivå. I grøn beredskap der det oppstår hendingar som kan føresj ast ei tid i forvegen skal smittevernoverlegen kalle inn plankomité for smittevern. Her skal det gjerast vurderingar av beredskapsbehov, og orientera beredskapsleiar. For at sjukehuset skal gå over til gul beredskap, må omfanget av hendingar vera så store at den vanlege aktiviteten ved sjukehuset stoppar opp, og sjukehuset har problem med å handtera situasjonen optimalt. Under gul beredskap skal alternativ pasientmottak opprettast dersom det blir vurdert som hensiktsmessig av beredskapsleiar og smittevern. Det skal også vurderast etablering av prøvetaking for tilsette, kontrollerast og identifiserast smittesporing, i tillegg skal ein vurderast behovet for ekstra informasjon til tilsette og pasientar. Overgangen til raud beredskap krev eit potensielt stort utbrot av ein alvorleg smittsam sjukdom. Dette kan til dømes tilsvara ein pandemisk fase. I eit slikt beredskapsnivå skal beredskapsleiar i samarbeid med plankomité for smittevern sikra diagnostikk, førebygging, behandling og pleie i samsvar med overordna beredskapsplan ved Ahus. Beredskapsleiar må vurderast behovet for omdisponering av helsepersonell og innleige av ekstra personell, eventuelt innleige av personar utan helsefagleg bakgrunn. I tillegg må plankomité for smittevern vurderast om

---

<sup>2</sup> Ahus Smittevern – Smittevernberedskap Akershus Universitetssjukehus HF. Dette er ei internt prosedyredokument for internt tilsette ved Ahus. Ahus har ein egen prosedyre som skal bidra til riktige tiltak ved truande eller manifeste kriser som blir utl yst av infeksjonsutbrot eller biologisk terror.

eksisterande smittetiltak er hensiktsmessig og tilpassa situasjonen. Eventuelt skal det vurderast alternative tiltak i situasjonar kor sjukehuset går tom for verneutstyr, plassmangel og liknande.

Eg vil også i denne oppgåva undersøka om dei ulike pandemiplanane hadde ei form for betydning, og om planane samsvarte med korleis avgjerdsplanane blei tatt under koronapandemien ved Akershus Universitetssjukehus. Beredskapsplanane kan gi innsikt i om sjukehuset var førebudd på situasjonar det elles er øving på.

### **3. Teoretisk rammeverk**

I dette kapitlet vil eg presentere den teoretiske ramma til oppgåva. Her ynskjer eg å knyte teorien opp mot problemstillinga mi. Teorien vil vere behjelpeleg med å forklare kva som karakteriserte Akershus Universitetssjukehus sin avgjerdsprosess under covid-19-pandemien.

#### **3.1 Avgjerd i ein organisasjon**

Ein avgjerdsteori kan bli sett på som eit verktøy til å hjelpe ei leiing med å styra i organisasjonar (Enderud. 1976, s.23). I ein avgjerdsteori er det nyttig å ha kjennskap til nokre grunnleggande omgrep. Avgjerdsstudiar omhandlar å analysere forholdet mellom prosessforløp og avgjerdsutfall, og avgjerdsteori handlar om å formulera dette forholdet med utgangspunkt i litt ulike rasjonalitetsføresetnadar (Enderud. 1976, s.10-16). Avgjerdsprosessen kan sjåast på som ein sekvens av aktivitetar og hendingar som leiar fram til ei avgjerd (Enderud. 1976, s.10). Brunsson og Brunsson (2015, s.11) definerer avgjersle som eit val mellom to eller fleire alternativ. Sjølv avgjerda er resultatet/utfallet av avgjerdsprosessen (Enderud. 1976, s.10).

I ein organisasjon er det gjerne fleire individ som står bak ein avgjersle. Kvardagslege og katastrofale hendingar blir tolka av individa som har ressursar til å løyse konsekvensane med å utarbeida ulike alternativ (March. 1988, s.2). Brunsson og Brunsson (2015, s.54) stiller spørsmål til om individuelle avgjersler blir annleis når dei tar ei avgjerd på vegne av seg sjølv enn på organisasjonens vegne. Ei organisatorisk avgjerd vil påverka både organisasjonens medlemmer, og utanforståande interessentar. Ein viktig faktor i ei organisatorisk avgjerd er at

avgjerdstakaren private interesse ikkje er avgjerande, men ei vel gjennomtenkt vurdering av korleis utfallet vil vere best for organisasjonen (Brunsson og Brunsson, 2015. s.55). Skilnaden mellom individ og organisasjon er ein vanskeleg balansegang. Dette kan vera kompliserande i praksis når fleire avgjerdstakarar går saman om ei avgjersle. Ved katastrofar og kriser av ulike slag blir det absolutt vist at fortløpande avgjersler er nødvendig. Dei som tar viktige avgjerder, kan redde liv og eventuelt organisasjonen (Brunsson og Brunsson, 2015. s.8).

### **3.2 Avgjerdsprosess**

Fasane i ein avgjerdsprosess viser til dei ulike aktivitetane/ handlingane (Enderud. 1976, s.10), og det er fleire viktige kjenneteikn ved ein avgjerdsprosess (March. 1988, s.38). For det første er avgjerdsprosessen avhengig av informasjonen som organisasjonen sit på, og forventningane som vanlegvis skil seg frå verkelegheita. Dei ulike organisasjonsoppfatningane er påverka av nokon kjenneteikn ved organisasjonen og prosedyren til organisasjonen. For det andre blir det berre vurdert nokre få avgjersalternativ ifrå organisasjonen si side. Kva alternativ som blir vurdert er avhengig av funksjonar i organisasjonsstrukturen. Til slutt varierer organisasjonen omsynet til mengda av ressursar dei bruker på organisasjonens mål og individuelle mål (March. 1988, s.38).

Avgjersleprosessen er grunnleggande dynamisk der mål, strategi, struktur, kultur og maktforhold vil forma utfallet (Jacobsen og Thorsvik. 2013, s.307). Jacobsen og Thorsvik (2013, s.307) meiner at avgjersler også kan endra på mål, strategi, kultur og maktforhold. Avgjersler ligg også i organisasjonskulturen som viktige symbol, i tillegg blir avgjersler berørt av fordelinga av makt mellom gruppene i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik. 2013, s.307). Organisasjonar er avhengige av gjennomtenkte avgjerder, og for å få ei forståing for kvifor ein organisasjon ser ut som han gjer, må ein ha ei forståing for avgjerslene som blir tatt. John P. Olsen (1978, s.191) viser til at avgjersler som har hatt gode formål, ikkje alltid resultere i eit godt utfall. Han meiner dermed at det er viktig å sjå på kva som skjer før sjølve avgjerdsprosessen. Med bakgrunn i at man må ha ein fullverdig forståing av kva samfunnsforhold man arbeider med, og det krev oversiktleg og førebuande arbeid før sjølve vedtaket blir fastslått.

I denne oppgåva vil eg sjå på perioden før ulike avgjersler vart tatt og prosessen som medførte avgjerder. Eg ynskjer å sjå på initiativfasen, kartleggingsfasen og vedtaksfasen. I fyrste fase,

initiativfasen, vil eg sjå kven som identifiserte problemet og kvar behovet dukka opp. I kartleggingsfasen vil eg sjå på korleis dei ulike alternativ til å løyse problemet blei til, og i vedtaksfasen vil eg å sjå på den valde løysninga og prosessen for å realisera løysninga.

### 3.3 Analysemodell

Egeberg (1981) sin framlegging av straumperspektivet tek utgangspunkt i at alle organisatoriske avgjerdsprosessar består av fire strøymar som blir kopla saman på ulike tidspunkt. Egeberg (1981) visar til at tidspunkt og metode for korleis desse straumane blir samankopla kan ha ei stor meining for avgjerdsprosessen sitt utfall. For å få ei forståing for korleis organisatoriske avgjerdsprosessar forrenner og utviklar seg, er det lønnsamt å nytta seg av straumperspektivet som ein analysemodell. Eg ynskjer i denne oppgåva å sjå korleis dei ulike straumane er kopla saman ved å sjå på ulike avgjerdsperspektiv då det vil kunne forklara kvifor og korleis straumane blir kopla saman. Dei fire straumane er:

1. Ein straum av *avgjerdsmoglegheiter*

Avgjerdsmoglegheit er ein situasjon der deltakarane viser til sine problemstillingar og kor det blir forventa at organisasjonen vil ta ei avgjerd (Egeberg, 1981).

2. Ein straum av *deltakarar*

Ulike deltakarar vil komme og gå innom avgjerdsprosessen (Cohen, March & Olsen, 1972). Variasjon av deltakarane vil bringe med seg energi og ferdigheiter, men også ulike problem og løysningar i avgjerdsprosessen (Egeberg, 1981).

3. Ein straum av *problem*

Problem er ei bekymring for menneske både i og utanfor organisasjonen (Cohen, March & Olsen, 1972). Eit problem inneber ein avstand mellom slik situasjonen blir opplevd her og no, og slik den burde vore (Egeberg, 1981). Sjølv om det blir tatt ei avgjerd kring problemet, er det ikkje sikkert at problemet blir løyst (Cohen, March & Olsen, 1972).

4. Ein straum av *løysningar*

Ei løysning er eit svar på nokon sitt problem, der avstanden mellom slik situasjonen er og slik den bør ver, blir redusert (Egeberg, 1981). Løysninga er eit utarbeida produkt,

men nokon gonger har ein løysninga før problemet har oppstått (Cohen, March & Olsen, 1972).

Organiseringa fastsett kva forventningar som blir knytt til dei ulike rolleinnehavarane i ein avgjerdsprosess, og det er avgjerande for korleis og kva tid desse straumane blir kopla saman. For å unngå at dei fire straumane flyt saman, har Cohen, March og Olsen (1972) utarbeida tre føresetnadar for ei slik strukturering. Er det stor grad av *avhengigheit*, er det meir behov for organisering. Dess større variasjon på *kompetansen* mellom deltakarane som skal løysa problemet, dess større er sannsynet for deltakingrett. Den tredje føresetnaden er *interessefordeling* som omhandlar i kor stor grad deltakarane blir påverka av tiltaket. Ved organisering regulerer saksgangen og samankoplinga mellom dei ulike straumane (Egeberg, 1981). Resultatet av ein sånn organiseringsprosess er ein organisasjon.

Organisasjonen sin struktur kan bestå av ein *avgjerdsstruktur* og ein *tilgangsstruktur*. Korleis strøymingane blir samankopla eller fell saman kan forklarast ved å sjå på korleis avgjerdsprosessane eller omstenda rundt er organisert. Avgjerdsstrukturen regulerer kva deltakarar som får tildelt rettane til avgjerds-moglegheitene, og som då også får moglegheit til å påverka dei ulike trinna i prosessen. Strukturen avgjer altså kva deltakarar som er med, og kva deltakarar som ignorerer prosessen.

Tilgangsstrukturen regulerer kva problem og løysningstraum som skal få tilgang til avgjerds-moglegheitene, og kva rettigheita dei ulike problema og løysningane har (Egeberg, 1981). Strukturen handlar om dei ulike målsettingane som blir knytt til ein prosess, og korleis mål-middelsamanhengen blir presentert og oppfatta, og korleis problem og løysning blir presentert (Egeberg, 1981). Tilgangsstrukturen rammar av den grunn inn defineringsprosessen, i tillegg til dei gitte målsettingane, prosedyrane og reglane som påverkar problemdefineringa og dei moglege løysningsalternativa. Avgjerdsstrukturen set rammer for aktiveringsprosessen, og utvalde deltakarar får tilgang til bestemte avgjerds-moglegheiter (Egeberg, 1981). Samankoplinga av desse elementa vil i praksis vera med på å påverka alle delar av avgjerdsprosessen, og dei strukturelle faktorane i prosessen vil vera med på å skildra korleis avgjerslene blei til. I organisasjonar som er sterkt strukturert, vil både avgjerdsstrukturen og tilgangsstrukturen vera kontrollert, og av den grunn ikkje by på store overraskingar (Egeberg, 1981).

I denne oppgåva vil den aktuelle organisasjonen vera helsesektoren Akershus Universitetssjukehus HF. Dei ulike avgjerdsmodellane vil forklara korleis dei ulike straumane blir kopla saman.

### **3.4 Avgjerdsmodellar**

Enderud (1976, s.12) meiner ein avgjerdsmodell viser nokre av dei vesentlege trekka i ein avgjerdsituasjon. Målet med ein avgjerdsmodell er å rettleia avgjerdstakaren i forbindelse med avgjerda. Modellen vil framheva nokre trekk som er nødvendige, i tillegg vil han klare å sjå kva trekk som kan utelukkast.

Ut ifrå ei strukturell organisering er det forventa at avgjerdsprosessen blir påverka av korleis dei fire straumane blir kopla. Det er av den grunn utarbeida ulike avgjerdsmodellar for å prøva å forklara det forventa avgjerdsforlaupet og utfallet, med utgangspunkt i ulike organisasjonar sin formelle organiseringsgrad. Dess sterkare strukturen i ein organisasjon er, dess sterkare vil avgjerdsmyndigheita kunne kontrollera dei fire straumane, og dess enklare vil det vera å føresei prosessforlaupet og utfallet. Dess svakare denne kontrollen er, til dømes på grunn av ei anarkistisk organisasjonsutforming der det er liten grad av strukturelle retningslinjer, dess vanskelegare vil det vera å føresei noko om prosessen sitt forlaup og utfall (Egeberg, 1981).

#### **3.4.1 Den rasjonelle modell**

Ein analytisk modell har hovudvekt på dei analytiske og intellektuelle aspekta ved ein avgjerdsprosess. Ein legg til grunn ei forståing av organisasjonar som formålsrasjonelle reiskap, som utelukkande eksisterer for å sikra organisasjonen høgast mogleg grad av måloppnåing (Jacobsen og Thorsvik. 2013, s.328). Organisasjonen blir oppfatta som ein samla avgjerdstakar fordi det er forventa at alle organisasjonsmedlemmane skal ha den same verkelegheitsoppfatninga, og det same verdigrunnlaget. I tillegg er det einigheit blant deltakarane om kva prosedyrar og verkemiddel som er eigna til å oppnå organisasjonens overordna mål (Enderud. 1976, s.31). Modellen viser til klare mål og midlar som gjer det mogleg å treffa ei avgjerd (Enderud. 1976, s.29).

Avgjerdstakaren har opparbeida seg ei korrekt samling av informasjon som blir analysert og resulterer i den mest fornuftige og beste avgjerda. I det Enderud (1976, s.30) viser til som den analytiske modell, er den rasjonelle modellen inkludert. Ideen om at individet handlar rasjonelt står sentralt som perspektiv (Jacobsen og Thorsvik. 2013, s.309). Den rasjonelle modellen kan bli sett på den intuitive når ein tenker problemløysing. Både problemet og målet er klart, og organisasjonen undersøker kva alternativ som er det mest effektive for å nå målet.

Avgjerdsstrukturen legg rammer for aktiviseringsprosessen med at berre nokre utvalde deltakarar får åtgang til bestemte avgjerdsmoglegheiter. Desse moglegheitene kan vera avhengig av til dømes deira hierarkiske tilhøyrse eller formelle stilling (Egeberg, 1981). Tilgangsstrukturen legg føring for kva problem og løysingar som får tilgang til avgjerdsmoglegheita, og det er rimeleg at dei blir forstått i samanheng med organisasjonens overordna mål og verdiar. Vidare legg dette rammer for defineringsprosessen gjennom problemdefinering og sikte etter løysningsalternativ, som blir avgrensa av organisasjonens formelle handlingsreglar, målsetting og standardprosedyrar (Egeberg, 1981).

Jacobsen og Thorsvik (2013, s.311) meiner modellen viser til eit ideal som individa bør strekke seg etter når avgjersler skal bli tatt. Enderud (1976, s.30) meiner også at modellen er ein idealmodell for korleis avgjersler burde bli tatt, men at dette sjeldan blir realisert fullt ut i praksis. Den rasjonelle modell viser til ein samanheng mellom måldefinisjon og val, og er basert på kommande føresetnadar for å fungera best tenkeleg (Enderud. 1976, s.30) :

1. Målsettinga er klar og stabil. Problemet er definert og avgjerdsprosessen startar med å knyta handfaste mål for kva ein vil oppnå.
2. Avgjerdstakaren har all nødvendig informasjon om ulike alternativ og uavgrensa reknekapasitet for å identifisera moglege løysningsalternativ med tilhøyrande konsekvens.
3. Avgjerdstakar må pårekna å maksimera eller optimera si målsetning slik at det alternativet som gir best utfall og måloppfylling alltid blir valt.

I verkelegheita er det fleire forhold som gjer det vanskeleg for menneske å handla på ein måte som gir perfekt rasjonalitet. Simon (1955-1956) (i March. 1988, s.270) retta kritikk mot den rasjonelle modellen. Han meinte at ingen menneske kan handla perfekt rasjonelt, fordi det alltid vil mangla tilstrekkeleg informasjon om dei ulike løysningsalternativa, og konsekvensane av desse (Jacobsen og Thorsvik. 2013, s.312). Simon viser til omgrepet



«avgrensa rasjonalitet» som omhandlar val kring avgjersler som er innanfor det tilfredsstillande eller akseptable, og at avgjerslene ikkje treng å vera perfekte val eller løysingar (March. 1988, s.271). Det er med andre ord ingen som kan opptre perfekt rasjonelt då det er umogleg å innhenta fullstendig oversikt over all informasjon, og menneske vel då heller avgjersler som er tilfredsstillande gode nok. Jacobsen og Thorsvik (2013, s.312) viser til fleire ledd som gjer at menneske ikkje alltid tek rasjonelle avgjersler. Til dømes er det ofte uklare og skiftande mål, der ein gjerne tar ei vurdering av nokre moglege alternative løysningar og konsekvensen kring det, eventuelt vel ei løysning for å vinne ei sak.

### ***3.4.1.1 Forventninga til funn***

Ut ifrå ein rasjonell avgjerdsmodell forventar eg at avgjerdsprosessen under koronapandemien blir prega av kontroll ifrå sjukehusleiinga ved Helse Sør-Øst, i tillegg til diverse tiltak som kjem ifrå regjeringa sine pressekonferansar. Problema som oppstår blir gjerne satt på agendaen ifrå politisk leiing, enten som eit resultat av tiltak som kjem frå regjeringa eller strategisk leiing over sjukehuset generelt. Initiativet kjem gjerne ifrå sjukehusleiinga som på førehand har sett klare mål om kva som må til for å løysa problema. Dette resultere i tydelege føringar for organisasjonsstrukturen og korleis avgjerdsprosessen skal gjennomførast. Eg antar at det er einigheit om problema, og at alle forslag til løysingar blir høyrde og vurderte. I tillegg antar eg at moglegheita for å løysa problema er innlysande med tanke på dei strategiske planane under ein pandemi. Eg forventar at deltakarane blir avgrensa med bakgrunn i sin formelle posisjon og fagkompetanse som viser til organisasjonsstrukturen. Dersom ulike oppgåver blir delegert til andre er dette regulert og gitt innanfor visse rammer, som til dømes spesifikke leveransar ifrå tilsette med brei kompetanse innanfor ei avdeling eller eit fagfelt. Sjølve avgjerdsprosessen vil vera kontrollert av ei sentral leiing, og vala blir tatt med eit sterkt grunnlag av rasjonelle vurderingar av dei ulike konsekvensane som kan oppstå.

### **3.4.2 Den politiske forhandlingsmodellen**

Den politiske avgjerdsmodellen skil seg frå det rasjonelle og hierarkiske grunnlaget på ulike måtar. Hovudvekta i den politiske forhandlingsmodellen er at politiske aktivitetar er eit

vesentleg moment i avgjerdsprosessen (Enderud. 1976, s.25). Avgjerdsprosessen ligg tett på politiske prosessar og blir prega av forhandlingar mellom ulike organisasjonsfraksjonar (Enderud. 1976, s.25). I motsetning til den rasjonelle modell, legg den politiske forhandlingsmodellen til rette for ueinigheit og konflikhtar. Avgjersler som blir tatt gjennom forhandlingar er vanleg i heterogene organisasjonar. Slike avgjersler meiner Jacobsen og Thorsvik (2013, s.333) ofte kan finnast i organisasjonar som er strukturelt differensiert. Det vil sei at organisasjonen har mange ulike nivå, einingar og avdelingar. Dette er med bakgrunn i at sannsynet for at det vil vera ulike interesser i organisasjonen er større, og av den grunn oppstår behovet for forhandlingar.

I den politiske forhandlingsmodellen blir ikkje organisasjonen oppfatta som ein aktør, men ei forhandlingsplattform for rasjonelle deltakarar med ulike interesser, verdiar, krav og verkelegheitsoppfatning (Jacobsen og Thorsvik. 2013, s.332). I denne avgjerdsmodellen vil den organisatoriske avgjerdsstrukturen ha styring over samankoplinga av dei fire straumane, men er meir avgrensa i forhold til den rasjonelle avgjerdsmodellen. Avgjerdsstrukturen er bestemmande i aktiviseringsprosessen, der deltakarane blir tildelt rettigheit i forbindelse med ein gitt avgjerds moglegheit. Utveljinga kan grunnjevast i deltakaranes faglege kompetanse eller gruppetilhøyrse (Egeberg, 1981). I motsetnad til den rasjonelle, vil denne involveringa skape ein meir open avgjerdsstruktur, i tillegg vil denne involveringa opne for ein auke av eksterne deltakarar som kan resultera i ein svakare kontroll over flyten av problem og løysningsforslag.

Straumane blir ikkje rangert hierarkisk etter viktighetsgrad, og dermed blir det opp til deltakarane å inngå forhandlingar med kvarandre for å komma fram til ulike løysningar. Ueinigheita om mål og midlar etablerer eit utgangspunkt for koalisjonsdanningar og forhandlingar, og partane utarbeider strategisk arbeid i kvar koalisjon for å få gjennomslag for sine respektive problem og løysningsalternativ. Ifølge Enderud (1976, s.76) byggjer avgjerdsmodellen på følgande føresetnadar:

1. Eit overskodesleg tal av avgjerdstakarar deltar, og som blir inndelt i grupper eller organisert i tydelege fraksjonar.
2. Deltakarane har nokolunde formulerte og klare mål.

3. Måla er delvis og ikkje fullstendig motstridande. Det kan synast til eit delvis fellesskap innanfor interessa då med bakgrunn i at fraksjonane i framtida skal omgå og forhandlast med kvarandre.
4. Dei delvis motstridane måla og fellesskapet sitt ynskje utgjer grunnlaget til forhandling mellom partane.

Det er to variantar i forhandlingsmodellen: målkompromissmodellen og middelkompromissmodellen (Enderud. 1976, s.77).

### Målkompromissmodell

I målkompromissmodellen forhandlar partane, inngår kompromiss og blir einige om ei felles målformulering med utgangspunkt i dei opphavlege måla som kvar av deltakarane hadde frå før av. Vidare i prosessen blir det søkt etter alternativ og deira konsekvens som blir vurdert som best eigna opp mot den felles målsetninga. Enderud (1976, s.77) meiner det interessante i denne modellen er korleis deltakarane kjem fram til eit kompromiss som definerer eit felles mål. Dette er på bakgrunn av at den breie målformuleringa inneheld alle partane sine delmål. Måla blir då vanskelege å operasjonalisera og formulera som ein heilheit med bakgrunn i at partane har ulike verkelegheitsforståing, som fører til ulik vektlegging med bakgrunn i målformuleringa. Kompromisset blir prega av deltakarane si makt, og det kan då bli utfordrande å inngå eit kompromiss (Enderud. 1976, s.79).

### Middelkompromissmodellen

I forskjell til målkompromissmodellen der ein blir einige om ei felles målsetting, er framgangsmåten i middelkompromissmodellen at partane held på si favorittmålsetting. Deltakarane er meir kompromissvillige då forhandlinga skjer på middelsida sånn at partane ikkje går på akkord med sine egne mål og ideologiar (Enderud. 1976, s.81). Kompromisset blir her søkt på alternativsida og ikkje på målsiden dersom partane er interesserte i å få eit konkret utfall av avgjerslene. Enderud (1976, s.81) meiner at deltakarane som regel har eit favorittalternativ på førehand som dei ynskjer å fremja, og av den grunn markerer deltakarane dei positive konsekvensane av deira favorittalternativ. Utfallet blir då at det ikkje blir gjort ei objektiv vurdering av alternativa.

Prosessane fram til løysningskompromisset inneber ofte konflikhtar i begge modellane, og er prega av ein drakamp mellom deltakarane som ynskjer å ytre sine interesser. I begge modellane kan utfallet vera å inngå eit kompromiss, men i nokre tilfelle vil partane med den største makta kunne få gjennomslag for sitt alternativ og gå ut av avgjerdsprosessen som ein vinnande koalisjon (Enderud. 1976, s.62). Partane sine emne til å utnytta verkemidlane som til dømes forhandlingstaktikk, styrkeforhold og startforslag, vil gjerne vera avgjerande for utfallet av prosessforløpet (Enderud. 1976, s.89).

### ***3.4.2.1 Forventninga til funn***

Ut ifrå den politiske forhandlingsmodellen forventar eg at avgjerdsprosessen under koronapandemien blir prega av ulike aktørar som gjerne er delt inn i grupper. Den utløysande faktoren til prosessen kjem gjerne ifrå den sentrale sjukehusleiinga og restriksjonar ifrå regjeringa. Under avgjerdsprosessen er det gjerne fleire ulike grupper med ulike interesser og definerte mål som dei ynskje å få fram. Aktørane i avgjerdsprosessen kan gjerne vera tilknytt beredskapsleiinga/ krisestab, driftsutvalet, sjukehusleiinga eller HR. Problem og alternative løysningar forventast å vera motstridande då deltakarane har ulike interesser og tilhøyrse til organisasjonen. Deltakarrettigheita blir prega av dei sentrale rollane aktørane har, og det forventast at dei spelar ei stor rolle i utgreiing av alternative avgjerds-moglegheiter. Initiativet kjem gjerne ifrå aktørar som ikkje er nøgd med situasjonen, kvar det er open tilgang til dette. Det er ofte mange konflikhtar i problema som dukkar opp på grunn av forhandlingar og det maktgrunnlaget aktørane sit med. Avgjerdsprosessen kan sjåast på som ein drakamp av ulike motsetningar, og heile prosessen vil ikkje nødvendigvis vera konstant kontrollert. Dette kjem gjerne fram når sjukehuset skal oppretthalde ei normal drift samtidig som sjukehuset er i beredskap. Problem og løysningane er gjerne skiftande, noko som medfører stor grad av openheit og tilgang til å påverka avgjerslene. Utfallet blir gjerne prega av politisk gjennomføring, der sentral leiing står med siste ord.

### **3.4.3 Garbage can-modellen**

Garbage can-modellen omhandlar ein anarkistisk avgjerdsprosess. March (1988, s.296) viser til omgrepet garbage can som ein metafor. Metaforen går her ut på at ulike valmoglegheiter av

problem og løysningar blir dumpa av deltakarane i ei søppelbøtte, gjerne med eit preg av rein tilfeldigheit. I denne modellen blir ein organisasjon forstått som eit organisert anarki.

March (1988, s.13) viser til at det kan oppstå uklarheit i årsakssamanhengen mellom dei ulike aktivitetane i ein organisasjon og imellom problema. Det gjeld også korleis leiarar handlar og kommuniserer. Dei fire straumane kan flyta fritt og blir kopla saman når som helst, og utan hindring, og deltakarane kan knyta sine eigne problem og løysningar til ulike avgjerdsmoglegheita slik dei sjølv ynskjer det. Målomgrepa og den felles målforståinga er ikkje lika sentral i denne modellen i forhold til den rasjonelle og forhandlingsmodellen. Målformuleringa i den anarkiske avgjerdsprosessen har ikkje ei avgjerande tyding for prosessen sin tilgang og utfall (Enderud. 1976, s.100). Den opne strukturen bidrar derimot til at avgjerdstakarane sin grunnmur for styring og kontroll over avgjerdsprosessen og korleis utfallet ender, blir svekka. Dette er fordi at strukturen blir i liten grad avgrensa i kva deltakarar som kan engasjere seg og kven som kan knytte seg til ulike avgjerdsarenaer. Det skaper dermed lik moglegheit for alle deltakarane til å engasjere seg og å påverka undervegs i prosessen (Enderud. 1976, s.101). Deltakarane har gjerne ulike intensjonar for kvifor dei knytte seg til avgjerdsprosessen, og kan gjerne vera motivert av eiga interesse (Egeberg, 1981).

Korleis avgjersler blir tatt, er prega av høg usikkerheit og fleirtydigheit i avgjersleprosessane. Garbage can-modellen er ein skildrande avgjerdsmodell som tek for seg «anarkiske» avgjerdsprosessar. Prosessen blir forklart som heilt tilfeldig, der avgjerslene blir tatt når fleire uavhengige straumar møtest (Jacobsen og Thorsvik. 2013, s.338). Modellen er eit forsøk på å definera ei alternativ rekkefølge av prosessar som kan bli forstått. Problem, løysningar og avgjerdstakarar heng mindre saman med deira årsaksrelevans enn deira nåtid (March. 1988, s.13).

Enderud (1976, s.25) viser til at avgjerdsprosessen i denne modellen legg vekt på at prosess og utfall blir styrt av samspelet mellom ei rekke uavhengige avgjerdstakarar sine handlingar og eksterne situasjonsfaktorar. Modellane under denne nemninga skil seg ut ifrå dei analytiske og politiske forhandlingsmodellane, då modellen forutsette følgande (Enderud. 1976, s.101-102) :

1. Målsettinga er uklart formulert, inkonsistent, konfliktfullt eller skiftande over tid. I tillegg kan målet vera vanskeleg å operasjonalisera.

2. Kunnskap kring målet kan vera manglande, eller dårleg definert. Det er gjerne uklart korleis deltakarane skal nå målet, sjølv om det finst eit klart mål. Avgjerdstakarens moglegheit til å kontrollera prosessforløpet og utfallet av det blir då avgrensa.
3. Mengda av avgjerdstakarar er stor og det er gjerne fleire deltidsdeltakarar som medfører varierende engasjement i løpet av prosessen. Overblikk og avgrensing av avgjerdsituasjonen kan dermed bli problematisk.
4. Avgjerdstakarane er sjølvstyrte. Autonome deltakarar kan her engasjera og trekka seg ut ifrå prosessen når dei sjølv ynskjer det.

Avgjerdsprosessen i garbage can-modellen sjåast på som eit samspel av fire variablar som styrer prosessen og fører med seg ei avgjerd (Enderud. 1976, s.112-113). Dei fire straumane er: *avgjerdsituasjonar, problem, løysningar og deltakarar*. Koplingane mellom dei fire straumane og korleis dei blir påverka av kvarandre, vil vera avhengig av tidsbruk, merksam og energi frå deltakarane, som deretter vil resultere i ei avgjerd. Samankoplinga kan også vera basert på erfaring eller administrative ordningar. Enderud (1976, s.114) viser til korleis dei fire straumane oppstår tilfeldig då dei ikkje blir regulert eller avgjort av eit sentralt styre eller ein leiar. Vidare viser Enderud (1976, s.114) til at det må eksistere ei viss mengde energifordeling mellom deltakarane i organisasjonen, og ei viss mengde tidsbruk i prosessen. Dersom dette ikkje eksisterer kan utfallet bli ein kø av problem. I praksis kan dette til dømes synast i situasjonar som bli sinka dersom sakene må igjennom nokre nøkkelpersonar for at prosessen skal gå vidare for å ta ei avgjerd.

Med bakgrunn i at deltakinga er varierende, målformuleringa ikkje har ei avgjerande tyding for prosessforløpet eller utfallet, og at det ikkje finst ei overordna ramme som avgjer kven av deltakarane som har høgast påverknad, så vil samankoplinga av dei fira straumane få eit tilfeldig preg på kva retning avgjerdsprosessen vil ta.

Resultatet av avgjerdsprosessen i garbage can-modellen kan føra til tre typar outputs (Enderud. 1976, s.116):

1. *Resolution*: Tidsbruken fører med seg at løysningsforslaget ordnar problemet. Tidsbruken vil variere ut ifrå mengde problem i organisasjonen og energi som blir nytta for å løysa problemet.
2. *Oversight*: Er eit avgjerdsutfall der ei løysing blir valt før eit problem har nådd avgjerds moglegheita. Til dømes når ei sak kjem inn i organisasjonen i ein periode kor

det ikkje er andre problem å ta føre seg. Dette kan medføre ei mogleg rask avgjersle utan å ta omsyn til problemet, dersom det er tilstrekkeleg med energi ledig ifrå deltakarane.

3. *Flight*: Når eit problem viser seg å krev meir energi og tidsbruk enn det ein har tilgang på. Løysinga heng saman med problemet over lang tid heilt til det kjem opp eit meir attraktivt løysningsforslag på banen. Problemet vil då forlata avgjersmoglegheita utan å bli løyst, men deltakarane «flyktar» ifrå det. I realiteten inneberer det ei utsetting av problemløysinga over tid, eller å delegere til eit anna avgjersorgan.

Jacobsen og Thorsvik (2013, s.339) meiner denne type avgjersprosess kan vera vanleg i organisasjonar som har uklare og motstridande mål og strategiar. Dette er på bakgrunn av at ulike individ har ulike strategiar, og ynskjer å engasjere seg då det er utfordrande og morosamt.

#### **3.4.3.1 Forventninga til funn**

Med bakgrunn til garbage can – modellen forventar eg at koronapandemien vart oppfatta som ein uføreseieleg situasjon som medførte ein uoversiktleg prosess prega av tilfeldighet. Første fase av den pågåande avgjersprosessen er forventa å vera anarkistisk og kaotisk, der desse strukturane etterkvart blir stramma inn og aktivert. Startfasen blir styrt delvis av ei leing, men ber preg av ein gjennomtrekk av ulike deltidsdeltakarar som har stor variasjon ut ifrå relevante fagfeltaktørar, og tilfeldige aktørar då det er stor usikkerheit over kven som skal gjera kva. Deltakarane har gjerne til vane å arbeida utifrå innspel og orientering ifrå andre, men i denne situasjonen er dei autonome i den forstand at dei inkluderer seg i prosessen når dei sjølv ynskjer det.

Eg forventar at det ikkje er rom for å bruka god tid på å utarbeida ulike løysningsforslag og at deltakarane tar avgjersler utan at sakene går gjennom mange rundar. Fasane omhandlar mykje prøving og feiling av situasjonar som oppstår. Det medfører gjerne ein operativ prosess, men også at det er vanskeleg å identifisera kven som har deltatt i prosessen. Variasjon av deltakarar og engasjement medfører gjerne eit opent rom for å presentera ulike problem og løysningar som kjem ifrå alle kantar av sjukehuset. Problem og løysningar endrar seg stadig, som medfører ei hyppig endring i straumsamankoplinga. Med bakgrunn i dette forventar eg at

prosessen blir karakterisert av stor utryggleik, uklarleik og konflikt, med eit grunnlag av manglande kunnskap om samanhengen mellom mål og middel.

### 3.5 Oppsummering

Eg har no synt til straumperspektivet og tre ulike avgjerdsmodellar, i tillegg til forventningar av funn. Eg vil i denne undersøkinga nytta straumperspektivet som ein analysemodell for studien. I tillegg vil eg nytta den rasjonelle modellen, den politisk forhandlingsmodellen og garbage can-modellen som perspektiv vidare i studien. Eg vil no kopla avgjerdsmodellen saman med straumperspektivet for å få fram ei oversikt over forventa funn, ulikskap og samanhengen mellom dei fire straumane.

	<b>Den rasjonelle modell</b>	<b>Politiske forhandlingsmodell</b>	<b>Garbage can-modell</b>
<b>Ein straum av problem</b>	Oppfatninga av problemet er innlysande og klar einigheit for alle.	Oppfatninga av problemet er lik, men ulike fagbakgrunnar bidrar til ulike oppfatningar av problemet.	Målformuleringa er ikkje tydeleg. Problema oppstår tilfeldig og er uoversiktlege.
<b>Ein straum av løysningar</b>	Alle forslag blir høyrd og vurdert fram til ein sit med den beste løysninga.	Partane har ein drakamp om å fremma sine løysningar gjennom gode argument. Løysingane blir gjerne valt gjennom mekling og kompromiss.	Løysingane oppstår gjerne tilfeldig og er stadig i endring.
<b>Ein straum av deltakarar</b>	Formelle deltakarar som sit med brei kompetanse til å ta	Deltakarane er ulike med ulike interesser. Gjerne ifrå ulike	Gjennomtrekk av autonome deltidsdeltakarar.



	avgjersler. Deltakarane er sentrale og kan ta avgjersler på bakgrunn av deira rolle i organisasjonen.	organisasjonar eller avdelingar i organisasjonen. Det skaper gjerne konflikt mellom deltakarane.	
<b>Ein straum av avgjerds­moglegheiter</b>	Formelle møter som til dømes driftsmøter og møter mellom sjukehusleinga.	Formelle arenaer der deltakarane deltar på bakgrunn av kva sak dei ynskjer å fremma.	Både formelle og uformelle møter.

*Tabell 4. Oversikt over forventningar til funn*

## 4. Metode

I dette kapittelet vil metode og gjennomføring av forskingsprosjektet leggjast frem. Først vil eg presentera teoretisk forankring og forskingsdesign. Vidare skildrar eg val av utval og rekrutteringsmetode, i tillegg til val av metode for å samle inn data og analysing av materialet. Avslutningsvis vil eg gjer greie for mi forforståing av studien, dei etiske vurderingane som har blitt gjort under prosessen, og diskutera min metodiske framgangsmåte.

### 4.1 Teoretisk forankring og forskingsdesign

Tidleg i fasen måtte eg ta stilling til kva og kven eg skulle undersøka, i tillegg måtte eg ha klare tankar om korleis eg ville gå fram i prosessen. Dette meiner Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016, s.69) viser til eit forskingsdesign, der det er ein plan for korleis ein skal gå fram og gjennomføra forskinga for å gje svar på problemstillinga.

Då koronaviruset kom til Noreg var det mange artklar i media som fanga interessa mi, og eg bestemte meg tidleg for at eg ynskja å forska på eit sjukehus. Eg ynskja å sjå på kva som hadde føregått i forkant av førebuingprosessen til sjukehusa, kven som tok avgjersler i

prosessen, og korleis prosessen blei behandla av deltakarane ved sjukehuset som skal sjå truslar og moglegheiter før organisasjonen gjer det sjølv.

Problemstillinga som er nemnt i kapittel 1.1 tek utgangspunkt i å finna ei meining eller ei oppleving av noko som ikkje kan målast eller teljast. Dette meiner Dalland (2012, s.54) viser til ein kvalitativ forskingsmetode. Ved å nytta kvalitativ forskingsmetode kan ulike dialogar skape informasjonsutveksling og diskusjonar som kan avdekka kva som karakteriserte Ahus sin avgjerdsprosess under koronapandemien. Menneskelege fenomen har ulike sider av korleis situasjonar blir oppfatta og forstått, i tillegg til ulike meiningar av dilemma som oppstår. Av den grunn kan kvalitativ metode gi innsikt i dei ulike meiningane, skildra situasjonen og gi rom for variasjon. Forskingsspørsmålet i denne oppgåva tek utgangspunkt i å skildra dei ulike avgjerslene, meiningane og vurderingane deltakarane ved Akershus Universitetssjukehus måtte ta fortløpande under koronapandemien.

Målet med denne oppgåva er å søka etter synet eller perspektivet til ei utvalt gruppe. Studien skal dermed prøve å forstå eller gå djupt inn i eit fenomen gjennom nokon si livsverd som det ofte blir gjort i mange kvalitative studiar. Ei utforskande problemstilling meiner Jacobsen (2016, s.64) ofte krev ein metode som får fram varierende data og rikt med data, slik at det oppstår mange nyansar ifrå nokre få utvalde einingar som medfører openheit kring kontekstuelle forhold. For å samanstill informasjonen eg mottar ifrå informantane med dette utgangspunktet, har eg valt å nytta eit intensivt forskingsopplegg (Jacobsen, 2016, s.64). Dei utvalde einingane i denne studien er menneske som blir intervjuet, då dei kan fortelja korleis dei opplevde avgjerdsprosessen under covid-19-pandemien. Dette kan skape eit fullverdig bilete av situasjonen.

I denne studien nyttar eg eit detaljert og empiribasert forskingsdesign i form av casestudie. Ein casestudie er kjenneteikna ved at forskaren avgrensar merksemda si rundt ein spesiell case, og innhentar mykje detaljert informasjon frå nokre få einingar (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s.80). Felles for datakjelda er at dei er avgrensa i tid og rom (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s.80). Casen eg har valt er karaktertrekk kring avgjerdsprosess under covid-19-pandemien ved Akershus Universitetssjukehus. I tillegg har eg retta min studie og merksemd mot eit utval av representantar som var involvert i avgjerdsprosessen. Studien er avgrensa til ein periode ifrå februar 2020 til desember 2020. Ved val av casestudie har forskaren relativt frie hender ved korleis skal studien gjennomførast

(Johannessen, Tufte og Christoffersen. 2016, s.81). Det skaper eit grunnlag for at eg som forskar kan samla inn data på ulike måtar.

## 4.2 Utval og rekruttering

Utvalet som skal vera med i ein studie er ein viktig del i forkinga (Johannessen, Tufte og Christoffersen. 2016, s.113). I forkant av rekrutteringa av informantar var det eit behov for samtalar med relevante personar ved Ahus slik at eg kunne opparbeida meg informasjon om avgjerdsprosessen. Eg gjennomførte då eit pilotintervju med to nøkkelpersonar relatert til pandemien. Det gav meg innsikt i kva informantar eg burde rekruttera til framtidig datainnsamling, og mykje viktig informasjon som gav meg eit driv til å utarbeida intervjuguiden.

For å oppnå ein diskusjon med fleire meiningar og perspektiv enn det eg kan oppnå med individuelle intervju, har eg valt å gjennomføra kvalitativ fokusgruppeintervju (Johannessen, Tufte og Christoffersen. 2016, s.115). Med bakgrunn i at problemstillinga skal få fram synspunkt og erfaring av avgjerdsprosessen under covid-19-pandemien tykkjer eg fokusgruppeintervju er eigna til studien. Det å nytta fokusgrupper kan bidra til å styrka validiteten og dei empiriske dataa eg legg fram.

I denne studien valde eg ut sju deltakande leiarar ved ulike avdelingar ved Ahus. Talet på fokusgruppa vart planlagt slik at eg kunne ha oversikt og kontroll under dialogen. Dette kunne også skape rom der deltakarane kunne få bidra med sine erfaringar og svare godt ut ifrå spørsmål som var utarbeida i forhold til snakketid (Johannessen, Tufte og Christoffersen. 2016, s.115). Å samle ei fokusgruppe bestående av leiarar ved Ahus som har lita tid til overs i kvardagen var nesten umogleg, og det var svært viktig for meg at alle informantane hadde moglegheit til å møte opp. Etter rekrutteringa av informantane, valde eg å dela fokusgruppa inn i to grupper. Det med bakgrunn til arbeidskalenderen, men også for å unngå å setta saman eit panel som har makt/ leiing over andre informantar som også ynskja å stille, då eg ikkje ville at det skulle hemma resultatet. Utfallet blei ei gruppe med tre deltakarar og ei gruppe med fire deltakarar. Størrelsen på desse to gruppene blir definert av Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016, s.115) som ei «minigruppe» då det er ei gruppe som består av tre til fem deltakarar. Fordelen med minigrupper er at deltakarane føler det er enklare å opne seg og at kvar enkelt deltakar får enda meir snakketid. Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016,

s.115) viser også til at det opnar opp for diskusjon av komplekse tema i små grupper. Sjølv om eg risikerte at det også kunne bli vanskelegare å få til god diskusjon, enda vurderinga på at det kunne vera eit greitt tal av deltakarar.

Informantane blei valde gjennom strategisk utveljing, som er basert på eit systematisk utval av personar som har passande kvalifikasjonar i forhold til problemstillinga (Thagaard. 2018, s.54). For å skape validitet opp mot problemstillinga, hadde eg særleg eitt viktig kriterium: nemleg at eg ynskja at informanten var fullstendig, eventuelt delvis deltakande i avgjerdsprosessen. I eit fokusgruppeintervju er det også viktig at utvalet har klare meiningar om temaet studien ynskjer å få svar på i problemstillinga, og at utvalet utgjer homogene grupper (Johannessen, Tufte og Christoffersen. 2017, s.146). Deltakarane kjem som nemnt ifrå ulike avdelingar, noko Johannessen, Tufte og Christoffersen (2017, s.146) meiner kan styrka utvalet til å dela og identifisera seg i like eller ulike erfaringar og innsikt. Då det viste seg at deltakarane er tilsett i nokre like, men også ulike yrkesposisjonar var det viktig for meg at dei homogene gruppene blei strukturert utan å skape ein ubalanse av makt innanfor gruppene. Gruppene vart då ganske like med bakgrunn i at deltakarar med liknande type stilling vart plassert i ei gruppe, utan å skape ein ubalanse innanfor maktstrukturen.

I rekrutteringsprosessen hadde eg ein kontaktperson ifrå Akershus Universitetssjukehus som var eit ledd mellom meg og informantane. Kontaktpersonen sendte ut mail til dei aktuelle kandidatane som bekrefta at dei ynskja å delta. Deretter tok eg over, og utarbeida ei oversikt over når informantane hadde ledig tid i kvardagen.

Det vart til saman sju informantar som er sentrale leiarar med ei nøkkelrolle innanfor deira avdeling ved Ahus. Alle deltakarane har ulike stillingstitlar og arbeidsoppgåver. Den første gruppa bestod av tre deltakarar som alle var leiarar ved Ahus. Gruppa var homogen då deltakarane har ei høg stilling ved sjukehuset, i tillegg var det variasjon fordi at informantane har ulik bakgrunn, meiningar og erfaring i løpet av covid-19-pandemien. For å skape meir variasjon var det to menn og ei kvinne som vart plassert i den første gruppa. Den andre gruppa bestod av fire deltakarar der to av informantane var kvinner og to var menn. Fordi at informantane i begge gruppene lett kan identifiserast, skildrar eg ikkje informantane nærare. Vidare i resultat og diskusjons kapittelet vil det bli nytta tilfeldig numerisk system på kvar enkelt informant for å ikkje skape gjenkjenning.

### **4.3 Innsamling av data**

I dette underkapittelet vil eg å skildra utgangspunktet og vidare framgangsmåte av datainnsamlinga. Eg vil her syna til intervjuguide, intervju, transkribering og analysen for å gjenskapa kva som er gjort i løpet av prosessen.

#### **4.3.1 Intervjuguide**

Før datainnsamlinga vart det utarbeida ein delvis strukturert intervjuguide. Utforminga av spørsmåla vart utarbeida med grunnlag av studiens problemstilling og teoretisk rammeverk. Intervjuguiden fungerte som ei oversikt over fasane i intervjuet og faste tema som eg ynskja å lyse fram under samtalen. For å oppnå ein struktur under intervjuet, delte eg intervjuguiden opp i fire ulike fasar. I fase ein, opningsfase og informasjon, ynskja eg å informera deltakarane om temaet me skulle snakka om, i tillegg til deira rettigheter og korleis intervjuet ville gå føre seg. Vidare gjekk intervjuguiden over til ein overgangsfase kvar eg ynskja å samle gruppa, og varma opp med nokre få enkle opningsspørsmål. Deretter gjekk intervjuguiden over til hovudfasen der dei sentrale spørsmåla vart stilt. Eg sorterte spørsmåla ut ifrå straumperspektivet sine fire tema, som er problem, løysningar, deltakarar og avgjerds moglegheiter. Spørsmåla var opne slik at informantane sjølv kunne gi eit utfyllande svar ut ifrå deira eigne individuelle erfaringar. Nokre av spørsmåla inneheldt underspørsmål for å opna for ei utdjuing dersom det var behov. Som ein avslutningsfase i intervjuguiden la eg nokre punkter for oppsummering av sentrale punkt ut ifrå samtalen, og eventuelle uklarleikar. Intervjuguiden er vedlagt i vedlegg nr 1.

#### **4.3.2 Intervju**

I skrivande stund er me i ein pandemi. Dette har medført strenge restriksjonar, og mange tilsette i heile Noreg sit på heimekontor. Av den grunn valde eg å invitere informantane til digitalt møte via video.

For å sikre eit empirisk grunnlag til datainnsamlinga, vart det nytta lydopptak under intervju (Johannessen, Tufte og Christoffersen. 2017, s.157). Eg uroa meg for at kandidatane ville få digitale problem under møtet, og at lyd kvaliteten på lydopptaket ikkje ville bli god nok for transkriberinga. Eg nytta dermed ein høgtalar som eg la ved sidan av lydopptakaren, og etter

mange testrunder av lydopptaket på eiga hand, fann eg metodar som gav god lyd kvalitet. Berre nokre få gonger fall ein av deltakarane ut av møtet, men kom seg raskt inn igjen. Ved det andre fokusgruppeintervjuet var det ein deltakar som ringde meg via telefonen, då vedkommande ikkje fekk seg inn på det digitale møtet heimanfrå. Eg hadde då vedkommande på høgtalar gjennom intervjuet, slik at dei andre kandidatane kunne høyra kva vedkommande sa og responderte på spørsmåla.

I begge intervjuja satt me alle heilt aleine utan støy og avbryting. For å oppnå ein komfortabel situasjon, starta eg med å presentera oppgåva sitt tema, og definerte kva ein avgjerdsprosess er. Vidare gjekk eg igjennom deltakarane sine rettigheter og ramma for intervjuet. Eg forsikra også deltakarane munnleg om at deira personvern ville bli tatt vare på og at eg har teieplikt. Eg nytta den førebudde intervjuguiden i begge intervjuja.

Intervjuet starta med ein introduksjonsrunde der deltakarane presenterte seg sjølv, og kva oppgåver dei har under pandemien. Deltakarane kjende kvarandre frå før, og introduksjonsrunden gav ein god overgang til hovudfasen. I begge fokusgruppene var det god samhandling og alle tok til ordet i løpet av spørsmåla. Dersom ein kandidat hadde svart på eit spørsmål, følgde gjerne andre kandidatar opp med kommentarar eller utfyllande informasjon. Utvalet viste stor entusiasme under intervjuet. Informantane svarte utfyllande på spørsmåla som vart stilt, som medførte at eg måtte hoppe over nokre spørsmål og underspørsmål, då dei allereie var svart på. Nokre av informantane forstod ikkje alle spørsmåla som vart stilt, spesielt spørsmål knytt til «løysningar». Eg tok meg her tid til å forklara spørsmålet, men var bevisst på å ikkje veileia informantane då spørsmåla var opne.

Eg var på førehand bevisst på å unngå avbryting, men ynskja også å vera ein deltakande forskar. Etter at ein informant hadde svart for seg, venta eg med å stille neste spørsmål i tilfelle ein annan informant ynskja å uttale seg eller komme med oppfølgande informasjon. Intervjua tok rundt 50-60 minutt.

### **4.3.3 Transkribering**

For å skape ei oversikt over datainnsamlinga som vart skapt under intervjuja, vart informasjonen transkribert til tekst relativt kort tid etter at intervjuja var avslutta. Dette vart gjort for å gjera intervjusamtalane strukturert og tilgjengeleg for analyse (Kvale og Brinkmann. 2010, s.188). Ved å starte transkriberinga kort tid etter at intervjuja vart avslutta,

hadde eg intervjuja friskt i minne både ved stemning og kroppsspråk til informantane, som kunne ha ei betydning for utfallet av teksten. Dette ville også forsterke validiteten av datamaterialet då eg sjølv kunne minnast intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2010, s.194).

Eg passa på å transkribera samtalan nøye slik at eg tok vare på det fullverdige meiningsinnhaldet som framkom under samtalen. Igjennom heile prosessen vart det tatt val for å formidle informantane sitt meiningsinnhald korrekt. Informantane med dialekt vart transkribert til nynorsk for å ta omsyn til deira personvern og anonymitet. Oversetninga var noko utfordrande då nokre ord og uttrykk kan ha ei anna mening på dialekt, men eg var heile tida bevisst på at setningane ikkje vart annleis under transkriberinga. Eg var bevisst på å velja ei meir formell skriftleg transkribering, der eg unngjekk ikkje-verbale sider av kommunikasjonen, som til dømes latter og alle «eh»-er under tankepausane til informantane (Kvale og Brinkmann, 2010). Når informantane retta seg sjølv i ein setning, eller tok nokre tankepausar før dei svarte, valde eg å berre notere den fullverdige setninga dei sjølv sa for å skape ein heilheit i svaret. Når kandidatane refererte til andre tilsette ved Ahus med fullt namn, valde eg å skjerme namna for å ivareta etikken og konfidensialiteten både til intervjupersonen, men også til personane som vart nemnt. Lydopptaket vart gjennomgått fleire gonger for å kontrollere at alle setningar og utsegn var korrekt nedskrivne.

#### **4.4 Analyse og tolking**

For å sikre ein god struktur i analysen min, hadde eg allereie under utarbeidinga av intervjuguiden tenkt på korleis eg kunne få ei oversikt over innsamla datamateriale. Eg nytta intervjuguiden som eit utgangspunkt for ei fortløpande kategorisk inndeling av datamaterialet, ved å dela straumperspektivet sine fire dimensjonar inn som hovudtema.

Informasjonen eg fekk ifrå informantane resulterte gjerne i meir informasjon utover spørsmåla som vart stilt. Av den grunn nytta eg også andre verktøy for å finna mønsteret i datamaterialet og for å utarbeida ein meir fast struktur. Eg starta med å bli kjent med materialet som var samla inn og eg nytta mykje tid på å lesa grundig igjennom transkripsjonen. Dette førte til eit heilheitsbilde av materialet, i tillegg oppnådde eg eit inntrykk av kva som vart sagt som lagde føringar på korleis eg ynskja å gå vidare med analysen.

Etter at eg hadde blitt kjent med materialet, lagde eg kodar for dei ulike utsegna. Her nytta eg ein kategorisk inndeling med hjelp av fargekodar. Eg markerte dei utsegna som omhandla det same for å få eit overblikk over teksten. Deretter plasserte eg utsegna som hadde same farge og kode under dei ulike kategoriane. Nokre av kategoriane danna seg deretter til ulike tema som bestod av subkategoriar.

#### **4.5 Forforståing og forskarrolle**

Ei forforståing kan synast til ei meining me har om eit fenomen før det blir undersøkt, og som ofte skape ei ubevisst tolking av det som skjer rundt oss (Johannessen, Tufte og Christoffersen. 2016, s.34). Som intervjuar må eg vera medviten til mi eiga forforståing og møte studien så open som mogleg. Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016, s.35) meiner at forskarens forforståing vil kunne påverka kva forskaren observerer og korleis desse observasjonane blir vektlagt og tolka.

Ved studiens periode er eg tilsett som HR-rådgjevar ved Ahus. Eg har vore svært bevisst og observant ved å ikkje bli farga av mine eigne erfaringar ifrå koronapandemien ved innhentinga av data. Pandemien medførte ikkje store endringar i min arbeidssituasjon, og eg var oppriktig nysgjerrig på korleis avgjerdsprosessen føregjekk på eit høgare nivå då eg ikkje var kjent med det. Eg har oppfatta det å vera godt kjent med organisasjonen som ein fordel for studien. Informantane var eg på førehand ikkje godt kjent med, då Ahus har mange tilsette. Av den grunn hadde ikkje eg som forskar og informantane eit nært forhold som kunne ha påverka studien.

For å unngå at min bakgrunn som HR tilsett og student ved studiet HRM, skulle skape eit perspektiv på forskinga, gjorde eg meg nokre tankar om min forforståing før studien starta. Eg var observant på mine eigne handlingar og tankar, både ved innhenting av data, transkribering og analysering. Dei siste to åra som HR tilsett har eg fått auga opp for avgjersler i ein organisasjon. Nokre saker går gjerne via organisasjonsstrukturen, som medfører at arbeidet blir satt på vent fram til ei avgjersle er tatt. Medan det i nokre avgjersler er rask gonge i, og som kan bli tatt på ståande fot. Ved å arbeida innanfor eit så stort sjukehus, har eg fått ei forståing av at det er planar og strategiar for handtering av ulike krisesituasjonar ved sjukehuset. Det nyttast mykje tid på oppdateringar av prosedyrar og øvingar av alle tilsette for å førebu seg på det uventa. Vidare har eg fått inntrykk ifrå media at koronapandemien oppstod



som litt uføresett og brå situasjon, som skapte mange endringar for helseføretaka. Endringar som påverke fleire tusen tilsette medfører gjerne mange kritiske avgjersler og vurderingar. Av den grunn ynskja eg å læra meir av korleis eit av Noregs største sjukehus operere under ein så omfattande pandemi som sjukehuset ikkje har vore igjennom tidlegare. Mi forforståing er at det er forska mykje på sjukehus i beredskap, men det er lite kunnskap om avgjersler under ein pandemi då dette er ein relativ ny situasjon for helsevesenet. Eg ynskjer å bidra med kunnskap om korleis ein slik situasjon går føre seg, og ei slik fordjuping vil vera positiv læring for både tilsette ved Ahus og eventuelt andre helsesektorar.

#### **4.6 Ethiske vurderingar**

I følge Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016, s.83) innebære forskning ofte at det blir innhenta personopplysningar om personar som ein kan identifisera i etterkant. Av den grunn er det sentralt å sjå på dei etiske prinsippa og dei juridiske retningslinjene kring forskning. Ved kvalitativ forskning er det særskilt viktig å utføra og planlegga etiske vurderingar, både før studien startar og undervegs i studien (Johannessen, Tufte og Christoffersen. 2016, s.85-86).

For å ivareta personvernet til informantane vart personopplysningane anonymisert. For å sikra deltakaranes personvern vart prosjektet meldt inn til Norsk senter for forskingsdata (NSD), der studien også vart godkjent.

Som forskar har eg eit ansvar å gi informantane tilstrekkeleg med informasjon om studiet, i tillegg til å innhenta skriftleg samtykke ifrå deltakarane. Det vart av den grunn utarbeida eit informert samtykkeskjema for å informera deltakarane om studiet, deira rettigheitar og at deira personvern ville bli ivaretatt (Vedlegg nr.2). Informert samtykke er informasjon til deltakarane som inneheld opplysningar om deira rettigheitar og opplysningar om studien sin framgang (Johannessen, Tufte og Christoffersen. 2016, s.91). Det informerte samtykke vart sendt ut i forkant av intervjuet for å sikra meg at informantane hadde tid til å lesa igjennom dokumentet, og stille eventuelle spørsmål før intervjuet starta. Dokumentet vart samla inn med underskrift ifrå informantane før intervjuet starta.

Før sjølve intervjustart, informerte eg munnleg at intervjuet ville bli tatt opp på lydband, at dei ikkje ville bli gjenkjennelege i oppgåva, og om deira rettigheita i denne studien. Direkte etter lydopptaket vart dokumentert på ark og gjennomgått eit par gonger, sletta eg opptaket.

Transkripsjonen og personopplysningane vil bli sletta og makulert ved prosjektslutt som er informert i informasjonsskrivet.

I tillegg til informert samtykke, er eit viktig etisk prinsipp å ivareta konfidensialiteten til informantane og andre namn som bli nemnt under intervjuet. For å ivareta namn som vart nemnt under intervjuet, utelat eg dette eller anonymiserte det i transkripsjonen. For å sikra deltakarane sin anonymitet i oppgåva vart informantane sine utsegn nummerert tilfeldig. I tillegg skildrar eg ikkje arbeidsstaden til kvar enkelt informant. Det blir nemnt arbeidsoppgåver til nokre av informantane, men ikkje slik at det er mogleg å identifisera deltakarane.

## **4.7 Reliabilitet og validitet**

### **4.7.1 Reliabilitet**

Reliabilitet knyt seg til studiens pålitelegheit og i kva grad den metodiske tilnærminga er eigna til å svara på problemstillinga.

Ved å gjere greie for ei konkret og detaljert framgangsmåte av utvalsstrategi, rekruttering, gjennomføring av intervju og mine egne vurderingar for forskinga, forsøker eg å oppfylle ein open framstilling av framgangsmåten under heile forskingsprosessen. Dermed styrker det studien sin reliabilitet (Johannessen, Tufte og Christoffersen. 2016, s.232). For å oppnå pålitelegheit til oppgåva, opererte eg med ein strukturert intervjuguide, der eg forsikra meg om at informantane fekk dei same spørsmåla. Ved å nytta lydopptak har eg sikra meg ei nøyaktig og påliteleg datamateriale, då all innsamla data har blitt ivarettatt fullstendig under transkriberinga. Lydopptaket gav meg moglegheit til å høyra intervjuet fleire gonger, slik at eg kunne kontrollera transkriberinga. Dette styrkar også studien sin reliabilitet.

I presentasjonen av intervjuet i kapittel 5, er sitata ifrå informantane framheva med innrykk og kursiv skrift. Ved å gjer det på denne måten, skilje eg mellom mine egne tolkingar og kva som er eit utsegn ifrå informantane.

## **4.7.2 Validitet**

Validitet knyt seg til studien si gyldigheit og skal syna kor god eller relevant dataa representerer fenomenet (Johannessen, Tufte og Christoffersen. 2016, s.66). Det er mange ulike formar for validitet, og eg har valt å sjå på intern validitet og ytre validitet.

### **4.7.2.1 Intern validitet**

Intern validitet viser til kva grad forskarens funn reflekterer med både studiens mål, og representasjonen av verkelegheita (Johannessen, Tufte og Christoffersen. 2016, s.232). Før denne studien vart utført har eg arbeida to år ved Ahus, og har av den grunn god kunnskap om korleis sjukehuset er bygd opp. For å oppnå innsikt i avgjerdsprosessen valde eg å gjennomføra eit pilotintervju ved Ahus. Pilotintervjuet gav meg mykje relevant informasjon som skapte eit driv for vidare arbeid. Etter pilotintervjuet utarbeida eg ein kvalifisert intervjuguide, som har medført at spørsmåla eg nytta under intervjuet var forhandsklar. Informantane mine vart vald ut ifrå om dei var fullt deltakande eller delvis deltakande ved avgjerdsprosessen under covid-19-pandemien. På bakgrunn av det opparbeida eg informasjon ifrå dei mest sentrale aktørane under avgjerdsprosessen. For å skape validitet til innhaldet, hald eg meg til intervjuguiden i begge intervjua. Det teoretiske grunnlaget la føringar på spørsmåla mine for å få svar på problemstillinga. I tillegg har eg utgreia klare forventningar til funn for kvart teoretisk perspektiv. I løpet av intervjua bekrefta informantane kvarandre sine utsegn, og ynskja å komma med oppfølgande informasjon ifrå si eiga erfaring som har styrka validiteten.

Ut ifrå ein detaljert metode på korleis eg har gått fram, kan andre forskarar sjå korleis prosessen har føregått, og kan nytta dette til å utføre same undersøking. Problemstillinga har styrt både val av metode og sjølv utviklinga i undersøkinga. Eg har vore bevisst på at det kan nyttast andre metodar, men eg har grunngeve vala mine og vore fokusert på å ta resonnerande val. I tillegg har eg også vore bevisst på kva effekt dette kan ha hatt på resultatata.

### **4.7.2.2 Ytre validitet**

Ytre validitet omhandlar i kva grad funna ifrå undersøkinga kan overførast til andre områder og situasjonar (Johannessen, Tufte og Christoffersen. 2016, s.233). I denne studien er utvalet lite, men sjølv undersøkinga representerer ein situasjon som heile helsevesenet i Noreg har

vore igjennom. Resultata frå undersøkinga kan ha overføringsverdi for andre sjukehus på bakgrunn av at organisasjonsstrukturen ved helsevesenet i Noreg er relativt like. Men opplevinga og erfaringa vil uansett vera ulik ifrå sjukehus til sjukehus i Noreg, då pandemien ramma sjukehusa ulikt. Både i grad av pasientinnlegging og smitte. Av den grunn er det vanskeleg å generalisera funna frå denne studien, men helsevesenet kan ta lærdom ifrå dei utfordringane som oppstod i avgjerdsprosessen.

## **5. Funn: Deltakarar, problem, løysingar og avgjerdsmoglegheiter**

I dette kapitlet vil funna ifrå den skildrande analysen bli presentert. Eg vil presentera dei fire straumane for å skape eit grunnlag til diskusjon i kapittel 6. Datamaterialet som blir presentert i kapittel 5 bærer preg av utgreiing langs dei fire analysestraumane. Kapittel 5 og 6 er behjelpeleg for å gje svar på studiens problemstilling og dei tre underliggende hypotesane.

### **5.1 Deltakarar**

Korleis dei fire straumane blir samankopla eller fell saman kan forklarast ved å sjå på korleis omstenda rundt er organisert. Eg vil starte analysinga ved å sjå på ein strøym av deltakarar. For å få ei innsikt i korleis Ahus førebur seg på ein pandemi, byrja eg intervjuet med å forhøyra meg om korleis strukturen under ein pandemi er satt opp, og kven som kom med initiativet til å diskutera covid-19-viruset.

4. januar 2020 byrja smittevernavdelinga å følge nøye med på det ukjente viruset på bakgrunn av at det kunne nå Noreg. Smittevern er organisert saman med det mikrobiologiske laboratoriet ved sjukehuset. Eit av ansvarsområda til smittevern er å holde infeksjonskontrollprogrammet oppdatert ved sjukehuset, i tillegg til å drive infeksjonsforebygging og overvaking. Smittevern ved Akershus Universitetssjukehus har også ansvar for å oppdatere beredskapsprosedyrane som er knytt til smittevern, ved blant anna pandemi og smitteutbrot ved sjukehuset.

*«Me har noko som heiter plankomité smittevern som trer saman i slike tilfelle. Dette vart aktivert, og me hadde ulike møter kor me starta å førebu oss» Informant 6.*

Plankomiteen er sjukehuset si rådgivande gruppe ved hendingar som utgjer fare for smitte, eller smitteutbrot av eit visst omfang i sjukehuset. Plankomit  for smittevern er ei samansett gruppe av smittevernoverlege, hygienesjukepleiar, medisinskfagleg lege, seksjonssjukepleiar ved infeksjonsavdelinga og avdelingsoverlege ved mikrobiologisk avdeling. Informant 6 viser til eit planverk som dei disponerer mot pandemif rebuingar. Dette planverket er lagt opp mot regional og nasjonal planverk, som også gjenspeilar seg i det internasjonale helseregelverket og opp mot WHO sine planar.

*«Me hadde ein gjennomgang som var så seint som i desember 2019. Her gjekk me igjennom ein del ting som intensiv, respiratorkapasitet og ressursar som me hadde   gå på. D  såg me at det var personellressursar me hadde mangel av, og at me hadde langt fleire maskinar som me kan nytta enn me hadde tilsette til   drifte dei med. Eg huske me sa at me berre håpa det aldri ville skje d  me ikkje hadde nok tilsette til   drifta på dei nivåa» Informant 6.*

I slutten av januar 2020 hadde smittevernnavdelinga dei første prosedyrane klare, og dei hadde gjennomgått nokre mini vingar. Dette var ei stund f r smitta kom til Noreg, men systemet var allereie iverksett og planverket hadde dei blåst liv i.

27.februar 2020 sendte smittevern ein e-post til sjukehusleiinga med informasjon om det nye koronaviruset. Informantane er einige om at sjølve initiativet kom ifrå fagleg hold. Den utløysande faktor for smittevern ved   ta initiativet vidare, var n r dei merka at det var ekstra mykje arbeid for avdelinga og det var nødvendig   få sjukehusleiinga på banen.

*«Det vart gradvis tydleg på at dette kom til   bli eit stort problem. Så me spurde etter kvart sjukehusleiinga om   overta leiinga av arbeidet. No husker eg ikkje nøyaktig dato, men me skulle ha eit møte med plankomiteen og eg inviterte fagdirektør som er på ein måte frå den leiinga som er med i plankomiteen. Også meldte vedkommande avbod d  vedkommande skulle ha noko besøk. Dei gjorde ei prioritering der som me ikkje syns var heilt riktig. Men det kom d  eit utvida plankomit m te med ganske mange, kor me alle satt rundt bordet og tenkte at det her kan ikkje me ta. Me må ha med leiinga for   ta avgjersler» Informant 6.*

Informant 6 viser til at det vart satt av mykje meir ressursar enn det dei til vanleg disponerte ved smittevernnavdelinga. 03.mars 2020 var det første møtet knytt til beredskap og som vart det formelle startpunktet for Ahus med førebuingar på koronaviruset. I løpet av den ettermiddagen fekk smittevern sjukehusleiinga med på banen, deretter starta dei med daglege m ter for   legge litt andre strukturar rundt enn det plankomiteen skulle fortsette med.

Sjukehusleiinga består av administrerande direktør ved Ahus, og alle direktørane for dei ulike

divisjonane ved sjukehuset. Ahus var foreløpig ikkje i formell beredskapssituasjon, men dei såg behovet for oppfølging, koordinering og nødvendige avgjersler. Dette vart ei arbeidsgruppe som var leia av fagdirektør, saman med deltakarar ifrå taktisk leiing, smittevern, HR, innkjøp og kommunikasjon som fekk denne oppgåva. Her kunne dei ta opp ulike behov som var ynskjeleg å få avklart av daglege utfordringar knytt til nødvendige tiltak og aktivitetar i forbindelse med handtering av koronaviruset. Fagdirektøren gav deretter eit oppdrag til driftsutvalet som skulle koordinera og sikra at sjukehuset samla seg.

*«Det at man erkjente ein ting, å førebu alt som er med smittevern og alle dei tusen spørsmåla som kjem om faglege problemstillingar, og ein anna ting var å koordinera det praktiske planleggingsarbeidet på korleis me skulle endra den kliniske drifta. Det oppdraget gjekk jo då til driftsutvalet, og som ikkje var noko me etablerte i dette formålet. Men som var ein eksisterande planleggingsgruppe på tvers, som viste seg å fungera og som tok rolla ganske bra. Driftsutvalet arbeida veldig godt med å få opp planverket for korleis me kunne eskalera drifta opp og ned ettersom smitta endra seg, og dei justerte planverket fleire gonger»*

*Informant 3.*

Det som kjenneteikna deltakarane ved driftsutvalet var å arbeida mot den bølga som låg framfor sjukehuset. Driftsutvalet fekk det oppdraget rundt 11-12.mars 2020.

Det var mange sjuke pasientar som kom til sjukehuset og driftsutvalet tenkte då at covid-19 toppen kom ganske straks på bakgrunn av FHI sine meiningar og berekningar. Driftsutvalet arbeida hardt med å utarbeide ein plan for korleis dei kunne etablere dei ulike covid områda, i tillegg til å sikre bemanning.

*«Driftsutvalet byrja å arbeida med bemanningsplanen og korleis man skulle sikra, og omdisponera personell over til dei nyoppretta covid områda. I tillegg rapporterte driftsutvalet dagleg inn til viseadministrerende direktør, HR direktør og fagdirektør, slik at dei kunne ta det vidare inn til sjukehusleiinga» Informant 2.*

Saman arbeida driftsutvalet med fleire ifrå stab. Dei utarbeida planar i forhold til kva pasientgrupper som skulle prioriterast og kva behandling som skulle bli gitt dersom pandemien fekk konsekvensar ut over det. Deltakarar ifrå HR avdelinga var med på alt i frå organisering til å hjelpe til med bemanning. Dette var heilt konkrete løysningar som å skaffa ressursar inn, legge til rette rundt ressursane, i tillegg til å ha dei ekstra ressursane som ville vera nyttig i ein slik situasjon. Deltakrar ifrå innkjøpsavdelinga kom også relativt fort inn i

prosessen på grunn av knappheit av smittevernutstyr. Informant 7 fortel at det etter kvart kom føringar frå Helse Sør-Øst om å oppretta eit eiga lager på Ahus for smittevernutstyr.

*«Ahus er eit såkalla avdelingspakka sjukehus der me får ferdig pakka varer til kvar avdeling ifrå forsyningssenteret vårt. Alle dei varene som var personleg smittevern blei tatt ut, pluss desinfeksjon vart tatt ut av den sløyfa og måtte handterast internt» Informant 7.*

I perioden rundt 12.mars 2020 gjekk Ahus i gul beredskap og Noreg stengte ned. I regional beredskapsplan mot pandemisk influensa er det skildra ei forventning om at drifta i helseføretaka vil vere så pressa at beredskapsleiinga vil bli etablert i helseføretaka (Helse Sør – Øst, 2020, s.5). Ahus hadde då seks beredskapsleiarar som rullerte to og to.

*«Eit element som er viktig, var strukturen knytt til dei seks beredskapsleiarane som me har. Dette gjorde at me hadde ei operativ leiing i ein kaotisk og krevjande tid ute i klinikken, og som gjekk på tvers av divisjonane» Informant 3.*

Dei seks beredskapsleiarane som rullerte i den rolla hadde tidlegare vore med på fleire beredskapsøvingar saman med sjukehusleiinga, og dei kjente kvarandre i både roller, oppgåver og som personar. I den første fasen der det auka med utfordringar for sjukehuset, hadde beredskap daglege møter med strategisk leiing. Her organiserte dei ein informasjonsstruktur med to daglege møter saman med dei tilsette sine representantar utover dei ulike avdelingane.

*«Beredskap vart jo då eit avgjerdsorgan saman med strategisk leiing inn mot sjukehusleiinga, og ein informasjonskanal ut til dei tilsette ved sjukehuset. Då kunne ein også innhenta dei utfordringane som dei tilsette i dei ulike avdelingane møtte på i pandemistarten» Informant 5.*

Ein førebudd struktur, prosedyrar og beredskapsleiinga, var tre viktige element for at sjukehuset kunne gå rundt på tross av at Ahus var det mest belasta sjukehuset.

*«Det var kanskje ikkje nøyaktig planlagt i detalj, men det har vist seg at me har hatt på plass strukturane ved ulike områder, som har spelt godt saman. Me er heldige som har fått dei strukturane på plass, og at ikkje pandemien kom nokre år tidlegare der me ikkje hadde det på plass» Informant 3.*

Ut ifrå korleis pandemien utvikla seg, og kva som var behovet, så var det varierende over kven som deltok i prosessen av deltakarane. I starten av pandemisituasjonen var dette drevet av plankomité smittevern som klarte å få sjukehusleiinga til å sjå alvoret og vart med på laget. Informant 3 fortel at det også var ein mellomfase der det eigentleg var ein brei deltaking av både smittevern, diverse fagmiljø, beredskapsleiar, og etter kvart tillitsvalte og vernetenesta for å innhenta informasjon og koordinering som avgjersler.

*«Me gjekk etterkvart over og fekk ein anna type struktur der me skilte mellom avgjerdsmøter som bestod i sjukehusleiinga, kor smittevern og beredskapsleiar deltok. Driftsutvalet hadde andre møter med laboratoriet som hadde førebudd eit grunnlag, og kom med forslag. Deretter vart desse forslaga diskutert og tatt avgjersler inne på sjukehusleiing nivå. Så det utvikla seg ein god del. Særleg i perioden frå januar til april, då med ulike måtar å arbeida på, og som jobba meir eller mindre ut ifrå behovet som var i dei ulike fasane» Informant 3.*

For at sjukehusleiinga skulle kunne ta avgjersler undervegs, var dei avhengige av råd og føringar frå dei som i normalsituasjon har ansvar for dei ulike områda. Det var av den grunn ulike input ifrå enkelte.

*«For å få dei prosessane til å gå, så er man avhengig av at ting er godt førebudd i forkant, slik at du har moglegheit til å ta avgjersler. Kanskje sjukehusleiinga var litt sein i forhold til det plankomiteen ynskja, men er det noko som har fungert godt, så er det samarbeidet mellom smittevern og sjukehusleiinga på å koordinera tiltak som å ivareta dei ulike områda som skal vera involvert. Smittevern har ei sentral rolle og funksjon, så me føler oss alltid trygg på at det som vart anbefalt lokalt, var det me skulle forholde oss til, også ifrå regionen» Informant 4.*

Informantane tykkjer deltakarane samarbeida godt, og at alle saman har bidratt til å understøtta dei prosessane som allereie har vore lagt på sjukehuset. I tillegg meiner informantane at det har vore nødvendig å samarbeida på tvers av, og imellom dei ulike deltakarane og avdelingane.

*«Eg synest me har jobba veldig godt saman, og var veldig samkøyrt deltakarar. Me hadde daglege og hyppige møter der me delte informasjon. Tok ein fot i bakken heile tida som gjorde at me var eigentleg veldig godt opplyst» Informant 1.*

Informant 5 seier seg einig og fortel at det var ingen som krisemaksimerte.



*«Me var veldig nøkterne på dei utfordringane me hadde, og me samarbeida veldig godt i ein situasjon som var utruleg krevjande. Eg huske me hadde over 800 tilsette i karantene, eller ute av drift på den verste perioden i første fase. Og eg syns at det heilt førebiletleg samarbeid mellom strategisk leiing, HR, fagdirektør, driftsutval og beredskapsleiinga. Det fungerte utruleg bra».*

### **5.1.1 Oppsummering deltakarar**

Oppsummert kan det synast til at det er eit breitt omfang av deltaking under koronapandemien. Deltakarane var aktørar med ulike fagkompetanse. Smittevern følgde med på viruset i startfasen og fekk sjukehusleiinga til å overta styringa av arbeidet. Deretter vart oppfølging, koordinering og nødvendige avgjersler overført til ei arbeidsgruppa som var leia av fagdirektør, saman med deltakarar ifrå smittevern, HR, innkjøp, taktisk leiing og kommunikasjon. Hovudoppgåva til driftsutvalet var å planlegga korleis sjukehuset kunne eskalera drifta opp og ned, alt ettersom korleis smitta endra seg. Beredskapsleiinga vart aktivert 12.mars 2020, og vart her eit avgjerdsorgan saman med strategisk leiing. Samla sett kan involveringa av deltakarane synast til det strukturerte planverket.

## **5.2 Problem**

For å kunne forstå koronasituasjonen ved Akershus Universitetssjukehus er det relevant å sjå på kva ulike problem og utfordringar som oppstod. Problema kan vera store eller små, og eg har av den grunn valt å presentera problema opp i ulike underkategoriar *Personell og pasientbehandling, Informasjon og Limbodrift*.

### **5.2.1 Personellplanlegging og pasientbehandling**

Denne underkategorien omhandlar refleksjon og meiningar kring utfordringar ved bemanning på sjukehuset. Beredskap for pandemi forutsett ein prosess for personalplanlegging. Ein pandemi krev auka bemanning ved spesialiserte avdelingar og med eit personell som har spesialkompetanse, i tillegg til bemanning for normaldrifta av sjukehuset. Parallelt med dette måtte Ahus pårekna ei auke i sjukefråvær blant personalet sitt. Under covid-19-pandemien er

det forventet eit behov om gradvis auke av behandlingsskapasitet og pasienttilstrøyming over fleire veker eller månadar, kor det til slutt vil nå ein topp. Informantane hadde mange refleksjonar og vurderingar på kvifor dette var ei krevjande utfordring.

*«Ved vårhalvåret visste me at me hadde ein god del sentrale strukturar på plass, men det går ikkje ann å vera førebudd på alt som skal koma. Me hadde på mange måtar ein struktur på plass som me kunne nytta i starten i forhold til plankomiteen og dei prosedyrane me allereie hadde. Det me arbeida med der var utruleg viktig for å førebu heile verksemda» Informant 3.*

Både i akuttmottaket, sengeområda, overvaking, lab og analyse var det vanskeleg å forberede og å vere førebu ved bemanningsida. Allereie 09.mars 2020 fekk Ahus eit smittetilfelle ved nyfødttintensiv avdelinga som satt utfordringane på spissen. Den tilsette hadde vore på ferie i Østerrike og hadde vore på dagvakt søndag 08.mars 2020. Medarbeidaren hadde på førehand tatt kontakt med avdelinga og spurt om vakta skulle gjennomførast som planlagt.

Tilbakemeldinga var ja, då leiinga handla ut ifrå da tidas retningslinjer (Ahus, 2020).

*«Det var då me gjekk i gul beredskap første gong, fordi då måtte heile avdelinga meir eller mindre stengast for nye pasientar. Me måtte omdirigera fødselar, og det var seksti foreldre og barn som vart berørt av denne situasjonen» Informant 6.*

Totalt seksten tilsette var på same vakt, og som måtte gå heim i karantene. Informant 6 skildre hendinga som ein kickstart for sjukehuset som medførte at andre hendingar rundt denne situasjonen måtte bli handtert veldig raskt. Til dømes vart teststasjonen eit behov å få plass og diagnosestasjon for å testa eigne tilsette. Rett etter smitta ved nyfødttintensiv oppstod det også nye smittetilfeller som var av ukjent sporing. Det medførte at mange tilsette vart berørt av den hendinga.

*«Det var ei veldig stor mengde tilsette i karantene like etter vinterferieperioden. Det var jo det som eigentleg fekk fokuset over på å lage gode modellar for korleis me skulle handtere bemanningssida her, som har vore blant ein av dei mest krevjande» Informant 3.*

Mange av informantane reflekterer rundt karanteneproblematikken som var den første driftsmessige konsekvensen etter vinterferien i 2020. Nesten 10% av dei tilsette ved sjukehuset var i karantene samtidig. Parallelt med karanteneproblematikken gjorde Ahus ein del grep i forhold til areal og ombygging i akuttmottaket og intensivavdelinga for å kunne handtera pasientmengda som var forventet å koma. Helseføretaka skal ifølgje Regional beredskapsplan mot pandemisk influensa ha tilfredsstillande lokalar og sengeplassar for

mottak, i tillegg til planar for korleis areala kan nyttast for å auka kapasiteten (Helse Sør – Øst, s.5).

*«Dei prognosane som me fekk ifrå FHI på korleis me låg ann i utviklinga rundt 12.mars, var vanskeleg. Plutselig fekk me ein ganske rask tilstrøyming av covid-19-pasientar, og kor prognosen var at det berre skulle bli fleire. Me var framleis tidleg i fasen, og me såg at me låg langt framfor den prognosen på Ahus. Dermed hadde me det ganske travelt med å få oppretta tilstrekkeleg nok områder både på somatiske senger og intensiv kapasitet. Me har testa ut og har funne ein god måte etterkvart, men ein måtte gjer spesielle tiltak heilt i starten som krev mykje mot ifrå sjukehusleiinga å gå i gong med så inngripande ting» Informant 4.*

Informant 3 støtter opp mot det informant 4 uttalar:

*«I denne perioden er det også nokon sånne grenser som eg tenker me skal vera veldig glad me ikkje var nøydt til å prøva. Som til dømes at me ikkje var nøydt til å ta i bruk dagkirurgien og ta heilt andre areal i bruk til overvaking. Det var krevjande nok å ha tre gonger så mange overvakingspasientar som me pleier å ha. Men det å ta i bruk heilt opp til det me hadde planlagt for som var dryge seksti. Det trur eg hadde avslørt nokon sårbarheita i planane våre».*

Ahus vart raskt prega av ei stor mengde pasientar, og fekk nærare ti pasientar som hamna på intensiv når sjukehuset var det mest belasta i heile Noreg.

*«Dei som kom i den fyrste pulje av pasientar viste seg å vera ganske unge pasientar i motsetning til det me hadde av rapportar ifrå Italia, kor dei viste til at det var dei eldre som var dårlege og døydde. Desse pasientane som me fekk i den fyrste runden var mellom tretti til femti år. Det skapte ei uro blant dei tilsette» Informant 5.*

Kombinert med at Ahus ikkje hadde smittevernustyr i stor nok grad den første runden, skapte mykje redsel og bekymring hos dei tilsette. Sikkerheita for dei tilsette var særleg viktig og eit prioritert område. Økonomiavdelinga hadde møter kvar veka med beredskapsleiinga for å diskutera knappheita av smittevernustyr som eksisterte ved Ahus.

*«Me var i starten på eit kritisk nivå. Det oppstod eit nytt omgrep, og det var neveomgrepet. Du fekk ein neve munnbind eller ein neve med hetter fordi me ikkje kunne gi ut heile pakkar. Me starta også å sjå på gjenbruk i samarbeid med smittevern. Til dømes kor mange gonger kan du sprite eit visir og bruka det på nytt igjen, og kor lenge ein kan nytta same smittevernfrakk etc. Men det var ganske tøft for dei tilsette ved økonomiavdelinga då dei ikkje*

*har ein medisinsk bakgrunn og skal forsvare utleveringa eller manglande utlevering»*

*Informant 7.*

Informantane viser til at det var ei stor uro hos dei tilsette som arbeida med pasientar.

Etterkvart fekk økonomiavdelinga inn mange varer som dei ikkje var kjent med. Vernetenesta og tillitsvalt var veldig på i forhold til at det ikkje var riktig merke og stilte spørsmålsteikn på kva varer dette her var.

*«Smittevern og bruken av det enda opp i ei arbeidstilsynssak i haust. Så me har brukt mykje tid på å koma ut med informasjon i forhold til det utstyret me har hatt. I tillegg har det vore god dialog med smittevern i forhold til denne type produkt. Mykje av utstyret kom ifrå Kina og det var testa av FFI, som er forsvarrets forskingsinstitutt, i tillegg vart det gjort testa i det nasjonale lageret som vart oppretta. Men det har vore mykje usikkerheit om smittevernutstyr til den dag i dag, og me kan framleis oppleve å få varer som er litt ukjente» Informant 7.*

Korleis ein skulle handtere pasientar ved sjukehuset, transport inn til sjukehuset, manglande smittevernutstyr, frykt blant dei tilsette, i tillegg til å arbeida med strukturen dersom sjukehuset skulle hamne opp i ein situasjon med tjue til sytti dårlege pasientar, meiner informant 5 var ei påtakeleg utfordring.

### **5.2.2 Informasjon**

Fleire av informantane i begge gruppene understreka betydninga av å ha fokus på kommunikasjon og informasjon ut til sjukehuset. Ved utfordrande tider kor det omhandlar planlegging i ei krevjande drift av sjukehuset, er det avgjerande at dei tilsette snakkar godt med kvarandre. Både i leiarlinja, medarbeidarane, samarbeidande eininga, tillitsvalt og vernetenesta.

19.mars 2020 går den fyrste leiarinformasjonen ut i frå helseføretaket og administrerande direktør. Den første informasjonen omhandla leing i ei krevjande tid, testing av personell, rekruttering og personellplanlegging, og tiltak som måtte til for å sikra god informasjonsflyt.

Det oppstod raskt eit informasjonsbehov for å opplyse om kva som kunne komme.

Informantane understreka viktigheita over å gi ein god informasjon ut til alle leiarane og tilsette, slik at det oppstod ein aksept på kvifor det var nødvendig med desse endringane på eit anna sted enn dei normalt arbeida. God informasjon og dialog ville gjera dei tilsette meir

trygg i denne situasjonen. Intranettsida til Ahus vart fortløpande oppdatert med informasjon som var viktig å følge med på. Til dømes karantenebestemmingar for tilsette, omlegging av drift, situasjonen kring smittevernustyr og handtering av pasientar med mistenkt eller påvist koronasmitte. I tillegg vart det etablert ein eigen informasjonsknapp på intranettet med all nødvendig informasjon knytt til korona.

Korleis leiarane skulle få kjapp og nøyaktig informasjon om det dei faktisk hadde behov for, førte til at HR ganske tidleg oppretta dagleg leiarinformasjon via mail, der tillitsvalte, smittevern og andre sentrale aktørar stod på kopi. Den daglege informasjonen vart tilpassa, og deltakarane nytta mykje krefter på å få ut informasjonen. Likevel vart det omtalt som ei utfordring for deltakarane ved sjukehuset om å få ut budskapet og informasjonen tilsette ved sjukehuset hadde behov for. Informasjonen kom gjerne litt seint ut, då deltakarane måtte vente med å sende ut informasjon til etter at dei ulike pressemeldingane ifrå regjeringa hadde vore på fjernsynet. Informant 1 fortel at HR fekk mykje av utfordringane frå starten av mars og heilt fram i mot mai. Vedkommande fortel at det var massivt av problemstillingar som vart handtert, før det deretter førte til endringar av tiltaka som kom ifrå regjeringa sine vedtak.

*«Det var krevjande i starten, og har eigentleg vore krevjande i den lange fasen me har vert i. Frå då fram til no» Informant 4.*

Fleire av informantane tek opp at dei synest det har vore problematisk med retningslinjene som kjem ifrå regjeringa. Då spesielt med tanke på den korte varslinga og det enorme arbeidet tiltaka medførte. Spesielt med bakgrunn i at retningslinjene la grunnlag for ein intens etterspørsel etter informasjon ifrå avdelingane.

*«Når regjeringa plutselig på ein søndagskveld seier på dagsrevyen at me har bestemt at alle som har vore i utlandet ikkje skal gå på jobb i morgon. Då ringer det ganske heftig i telefonen både hos HR og smittevern måndagsmorgon. Plutselig har ein to timars varsel på det, kor me kunne ha utarbeida ein strategi og blitt einige oss imellom over kva me faktisk skal sei. Kven skal komme på jobb, kven skal vera heima. I staden for å møte den sinnsjuka etterspørselen etter informasjon som kjem. Det er kanskje nokon høner å plukke med sentrale aktørar»*  
*Informant 6.*

Informasjonsbehovet er noko dei er nøydt til å endre i planverket til neste gong, meiner nokre av informantane, og at det då er nødvendig å vektlegga informasjonsstrukturen både ut til leiarane og dei tilsette. Informant 3 legg til at mykje av utfordringane som har ført til store

diskusjonar og usikkerheit blant leiarane og generelt organisasjonen, er på bakgrunn av den totale mangelen på forvarsling av nasjonale tiltak.

*«Det var løpande og daglege endringar nasjonalt i forhold til vedtak. Altså vilkår for arbeidstakarane i forhold til sjukemelding, karantenebestemming etc. Eg såg ein plass at fram til hausten var det endra syttitre gonger av den type retningslinjer. Me var bindeleddet nasjonalt og regionalt på alt det som går på tilsettingsida, bemanningssida og daglege leiarmøte med Helse Sør-Øst etc. Ein er bindeleddet mellom det som skjer på heile det området og det som skjer på strategisk leiing sida, og dei avklaringane som var viktig inn mot beredskapsleiinga. Så det var ganske massivt sett av oppgåver som skulle handterast og som kom veldig fort» Informant 1.*

Med så mange endringar, førte det til at arbeidsstrukturen ikkje kjende handfast ut. Ei avgjersle som vart tatt på morgonen, vart raskt endra same dag då sentrale myndigheiter endra vilkåra for avgjersler som informantane allereie hadde gjort. Det førte til at informasjonen ut til organisasjonen med nesten 9000 tilsette var svært utfordrande.

*«Me slo oss sjølv på munnen då med jamne mellomrom. Det me tok for fem minutt sidan gjeld ikkje lengre då me har fått nye retningslinjer. Det var jo som å skyte på bevegeleg mål heile tida» Informant 5.*

To av informantane starta å diskutera eit smittetilfelle som oppstod ved Nordre Follo i midten av januar 2021. Smitta som vart påvist ved avdelinga som Ahus drifter ved Ski sjukehus, var ein variant av koronaviruset som først var funne i Storbritannia. Også kalla det mutante virus. Informant 6 fortel at leiarane og fagpersonane fekk vite dette samtidig via nettaviser, og at tilsette ved sjukehuset ikkje fekk denne informasjonen ifrå Ahus før alle visste om det. Det medførte at ingen hadde koordinert seg og det oppstod mange spørsmål kring kva kom til å skje no.

*«Grensestenginga til dømes, kor det plutseleg var spørsmål om kjem alle våre dagarbeidarar ifrå Sverige, eller kjem dei ikkje? Kjem helgearbeidarane? Det var mange slike dømer der det kunne vore informert om rammevilkår, og framstått meir koordinert planmessig. Det kunne vore mykje betre dersom ein enten klarte å sei ifrå i forkant eller i all høve klart å ikkje legga slike nyheitssaker til søndagskveld. Det er heilt umogleg å førebu seg før våre tilsette skulle på jobb då» Informant 3.*

Dei er einige om at det har betra seg etterkvart når dei har forstått at når ein gjer endringar, så kan ein sjå litt lengre fram for å få koordinert seg og blitt einige om korleis dei skal møte det. Men dei tykkjer framleis at det er utfordrande med dei korte varslingane som kjem ifrå regjeringa.

### 5.2.3 Limbodrift

Frå mars til april vart det gjort ei rekke endringar i den ordinære drifta ved sjukehuset på bakgrunn av ei raskt aukande pasienttilstrøyming av koronasmitta pasientar. I denne perioden var prognosane ifrå myndigheitene at toppen av pandemien truleg ville koma i midten av mai. Men etter påsken var det ein reduksjon i pågang av koronapasientar.

Eit gjennomgåande tema i intervjuet var fasen der covid-19-bølga roa seg, og som informantane referer til som ei *limbodrift*. Helseministeren ynskja at spesialisthelsetenesta skulle ta opp igjen den ordinære drifta ved helseføretaka for å ivareta dei ventande pasientane, i tillegg til å parallelt arbeida med vidareføring av beredskap for koronasituasjonen. Denne type drift vart internt på Ahus omtalt som «Limbodrift». Limbodrift bestod av å sikre beredskap tilknytt koronasituasjonen, ta opp elektiv verksemd, og å redusera etterslep og ventetid. Limbodrift vart vidare diskutert som eit problematisk og utfordrande område. Overgangen ifrå gul til grøn beredskap, som då også medførte limbodrift, oppstod ved Ahus torsdag 16.april 2020.

Trass eit godt samarbeid i leiinga, viser fleire av informantane til misnøye i si eiga avdeling når pandemien starta ei nedtrapping. Driftsutvalet hadde omdisponert ein del personell som hadde behov for å gå tilbake til sin ordinære arbeidsplass, slik at dei kunne ta opp igjen den elektive drifta.

*«Når me kom over påske og me såg at bølga byrja å avta og det nærma seg ein overgang til normal drift igjen, då byrja det å gnisse litt. Me måtte reversere ein del av det me gjorde i heten og då tenkte me at den bølga kom til å komme i veke 21, for deretter å gå tilbake til det meir normale. Når me då måtte byrja å tenka på at me skulle drive ei limbodrift, så måtte me på ein måte gå igjennom alt me hadde gjort av planar og å sjå på kva løysningar me hadde som var det beste for sjukehuset der og då. Det er ganske krevjande når det er så mykje personell involvert ifrå ulike avdelingar og divisjonar» Informant 2.*

HR hadde mange arbeidsoppgåver som var sentrert rundt bemanning, bemanningsløysingar og arbeidsgivarpolitiske saker som medførte at nokre delar av HR området nesten vart satt i ro.

*«HR fekk nokre slagsider som vart delt litt i HR leiinga. Det var veldig mykje av dette som vart intenst. Det førte til ei skeiv arbeidsbelastning og arbeidsdeling. Det var vanskeleg å få dei som hadde frigjort ressursar å få dei inn til der stormen verkeleg stod på. På grunn av lite kompetanse eller på grunn av at ting gjekk så fort. Så det følte som ein litt slitasje, og eg veit ikkje om eg skal sei gnissingar. Men det var nokon slitsame periodar inn mot sommaren. Leiargruppa vart ganske så todelt innover i HR. På eit tidspunkt var frustrasjonen og arbeidspresset så stort, kor frustrasjonen var i begge leirane. Ein viste mindre forståing ovanfor kvarandre» Informant 1.*

Nokre av informantane tok opp perioden mot sommaren, der det oppstod gnissingar rundt dei tilsette som arbeida pasientretta. Dei tilsette hadde kjent ekstra mykje på pandemien og gitt mykje av seg sjølv i det arbeidspresset som oppstod.

*«Eg trur me vart redda av gongongen inn mot sommaren. Me tok for lett på potensialet dersom me skulle få dei prognosane som vart gitt i frå nasjonalt nivå. Det å konkludera med at me må ha ein beredskap på to ekstra plasser på intensivavdelinga, at ein vel HR messig å gjer det og konkludere med beordring. Det er frå min ståstad ikkje god nok beredskap» Informant 5.*

Informant 5 fortel vidare at det oppstod misnøye blant dei tilsette i denne perioden. Dei tilsettgruppene som låg inne i planane som omhandla omfordelingsstrukturen, sa dei ikkje kom til å bli med på planen, at dei kjem til å slutte og nekte å utføra dei planane som det var lagt opp til.

*«Eg trur at noko av det kom av at ein ikkje følte seg sett i den settinga kor man var fordelt i fyrste runde. Dei tilsette bretta opp armene og var med på å flytta frå til dømes dagkirurgien til intensiv. Her vart ein erfaren sjukepleiar som har vert tilsett på sjukehuset i fleire år, tildelt oppgåver som ein søppeltømmer og kosta i hjørna. Dette utan vesentleg kompensasjon for ein fullstendig endra arbeidssituasjon med både kveld og netter som du i utgangspunktet ikkje har» Informant 5.*



Informant 1 seier seg einig i skildringa, men meiner også at det var ulik tenking av virkemiddelbruket.

*«Det er ein diskusjon man har heile tida. Det er jo noko med å på ein måte ta ned bruket av ekstraordinære ordningar og spesielle vilkår som Ahus har hatt mykje av. Det er ein utbreidd kultur for det. Mykje av fagmiljøa ute meiner jo at man skal legge til rette, og ha litt større rausheit. Det kan man jo absolutt ha skjøn for, men i denne covid-situasjonen, den underliggande ueinigheita kor me er slitne, så blir ein slik situasjon satt på spissen. Følelsane rundt den ueinigheita blir mykje sterkare og meir synleg då. Sett i ettertid så er det lett å forstå at det førte til mykje misnøye» Informant 1.*

Informant 5 meiner planen som vart utarbeida såg bra ut på papiret som omhandla omfordelingsstrukturen, men den hadde ikkje kome til å fungera i dag. Vidare fortel informant 5 at dei ynskja ei kompensasjonsordning som høyrde litt raus ut for dei tilsette inn mot sommaren, men enda med at dersom Ahus kom opp i ein ny situasjonen mot sommaren så ville dei tilsette heller bli beordra. Dette vart tatt veldig dårleg imot av personalgruppa ute.

*«Eg forstår at det er mange avgjersler ein skal gjer i forhold til regelverk, og struktur, og ikkje lage presedens for spesielle ordningar etc. Men i ein pandemisituasjon kor me ikkje klare å sjå korleis dette utviklar seg vidare, så trur eg me enda opp med ei løysing som ville gitt oss ein veldig dårleg situasjon i runde to dersom den hadde komen i løpet av sommaren. Då ville ikkje den velvilja som me såg blant alle personalgruppene i første runde, den ville ikkje ha vore der i neste» Informant 5.*

Eit siste eksempel som vart nemnt, var diskusjonane som omstridde HR området med tema om lønn og vilkår. Ved sjukehuset er det eit arbeidsgivarpolitisk utval som arbeider med akkurat dette feltet, og det oppstod eit behov rundt ordningane sjukehuset trengte for å sikra seg nok personell. Dette førte til ein diskusjon mellom strategisk leiing og beredskapsleiinga. Beredskapslinja nytta mandatet til å påberope sin rett til å fordela ressursar i ein anna kontekst. Beredskapslinja engasjerte seg i lønn, vilkår til dei tilsette, personalrettigheita og korleis turnusplanen skulle setjast opp. Diskusjonen omhandla også disponering av ferie og tilbaketrekking av ferie som HR ved Ahus tek seg av ut ifrå delvise nasjonale føringar.

Informant 1 meiner det er full forståing for at beredskapsleiinga ynskja å sikra seg, men at det ikkje var ei oversikt over situasjonen, i tillegg byrja dei å bli ganske slitne. Strategisk leiing ynskja av den grunn å ta i bruk verkemiddelsettet som dei hadde, og sikra det medan dei kunne. Både i dei regionale diskusjonsmøta som HR deltok i, og dei nasjonale, og i

sjukehusleinga var det eit ynskje om å halde tilbake og ikkje bruka opp alle verkemidlane med ein gong. Men heller kome tilbake til denne diskusjonen dersom krisa viste seg å vera stor.

*«Undervegs når me tok desse avgjerslene og stod i diskusjonane, så enda me sikkert ikkje opp med å heva oss opp i helikopterperspektiv for å sjå det store bilete, eller for på ein måte forstå bakteppe for dei reaksjonane som kom ut i dei enkelte miljøa. Me hadde sikkert kunne førebygd ein del av dei diskusjonane, men er ikkje sikkert man hadde komen fram til andre løysningar. Man kunne både ha kommunisert og diskutert det litt annleis dersom man hadde sett det store bilete og lagt til grunn for kva det er som skjer no når me står i ein slik pressa og konkret situasjon. Folk er veldig slitne og opplever at dei er veldig utfordra i kvardagen»*

*Informant 1.*

Under samtalen er dei einige om at beredskap og linje fungerer veldig bra i situasjonar som oppstår brått og er kortvarig. Informant 1 viser til at når det står hundre pasientar ved trappa så fungere beredskapsleinga. Dette er med bakgrunn i at ordinær leing er litt treige, medan beredskapsleinga er på med ein gong. Pandemien er i prinsippet ein ordinær driftssituasjon, men omfanget og varigheita er så stor at sjukehuset må trykke på ein beredskapsknapp. Under denne pandemien som viser seg å vera ei hending som varer veldig lenge, kor sjukehuset går over i ein slags ordinær fase samtidig som det står i beredskap, er ein sjeldan unntakssituasjon. Den eine informanten viser til Gjerdrum raset som oppstod i jula 2020 og fortel at beredskapen fungerte heilt perfekt ved sjukehuset i den situasjonen.

*«Det var ingen diskusjonar av korleis man skulle løysa dette og det er ein operativ leing i beredskap. Som då, er beredskapsleiarane og den primære beredskapsteamet som organisere det heile. Så tar den strategiske leinga seg av media og det som førgår i det store bilete. Men det beredskap vart prøvd på under covid-situasjonen, var akkurat det at det varte i fleire månadar og varer framleis. Beredskap ender då opp med veldig mange av dei avgjersler som skal tas i ein beredskapssituasjon i å for sei er strategiske avgjersler. Sjukehuset er i ein beredskapssituasjon med ein parallell leing som då har nokon avvikande meiningar om kor trygge me skal vera på at me handtere ein kommande situasjon, som kan vera mykje større enn det ser ut som i augneblikket me er i akkurat no» Informant 5.*

Det var veldig få pasientar på slutten, og stormen stilna litt av. Det oppstod då ulike vurderingar av kva som var viktig i det vidare løp. I den perioden kor det starta å likna ein normalsituasjon, oppstod det fleire meiningar som gjekk imot kvarandre i forhold til kva

fokus deltakarane skulle ha. Dei viser til at det å vera i ein beredskapssituasjon, i tillegg til å balansera seg inn mot ein normalsituasjon, vart veldig utfordrande ifrå beredskapen sin ståstad. Informant 5 fortel at linjeorganisasjonen tok meir over og overprøvde beredskapen som medførte at beredskapsomgrepet og strukturen byrja å bli hult ut. Av den grunn meiner vedkommande at det var viktig for dei som sjukehus å gå ut av beredskap og inn i ordinær linjeleiing igjen for å ikkje uthula omgrepet noko meir ytterlegare.

*«Me var det einaste sjukehuset som i fellesskap vart einige om å gå ut av beredskap når me kom over i ein normalsituasjon. Nesten alle dei andre sjukehusa i Noreg har stått i ein beredskapssituasjon på papiret heile vegen. Eg kjente på at beredskapsleiinga eigentleg ikkje hadde dei myndigheitene som dei skal ha i forhold til planverket, som er veldig forståeleg i og med at situasjonen varte så lenge. Men eg var veldig opptatt av at dei gnissingane me fekk kom av at beredskapsleiinga måtte gjer avgjersler som dei vanlegvis ikkje gjer» Informant 5.*

Det kan synast til at det oppstår to parallelle leiarlinjer i den mellomssituasjonen, der mandantane til ordinær leiing og beredskapsleiinga blir relativ lik.

*«Det er veldig banalt å leia og organisera arbeidet, i tillegg sikre at man har tilstrekkeleg ressursar til å handtere dei daglege situasjonane. Ein del av dei tinga som vart diskutert var inn mot ferie, feriehandtering og verkemiddelbruk som var også separate møter. Vanlegvis i dei fleste saker handtere man i strategisk leiing, også er me ferdig med det. Men inn mot sommaren når desse temaene oppstod, så hadde me først møte i strategisk leiing og beredskapsleiinga, deretter hadde me ein del bimaterial i arbeidet kor me diskuterte, før me tok ein konklusjon i neste møte med strategisk leiing. Eg synest temaene vart belyst skikkeleg og det var ganske så grundig drøfta. Me var litt ueinige i vegval til slutt. Men eg syns det var utfoldande diskusjonar, sjølv med dei tinga som var problematiske, og at me nytta mykje tid på å diskutera det» Informant 1.*

Det er ein klar einigheit mellom informantane at det var særleg viktig å ha ei beredskapsleiing i dei hektiske tidene som var frå midten av mars då det strøyma inn med pasientar på sjukehuset, og fram til påsken.

*«Det var heilt avgjerande at me hadde beredskap som hadde ein framskott koordineringsrolla i den daglege drifta. Det har vore veldig viktig for at sjukehuset skulle klara å handtera den tilstrøyminga me hadde. Beredskapsleiinga i fellesskap var veldig tydelege på at når me kom ut i mai månad, kor tal av pasientar gjekk kraftig ned, og me hadde eit etablert planverk som gjorde at me kunne leggja om drifta igjen dersom det skulle vore nødvendig. Så var det full*

*einigheit om at Ahus, som framleis då var blant dei to sjukehusa som hadde flest innlagte pasientar med smitte, skulle gå ut av beredskap. Det har vore ein viktig ressurs og viktig struktur som me hadde på plass, og som har vist seg å vore nyttig i denne prosessen sjølv om beredskap var planlagt for å handtera ei hending på tre dagar og ikkje på tre månadar»*

*Informant 3.*

Nokon av informantane reflektere rundt dette og snakkar om at ved evalueringa vil nok deltakarane sjå at noko kunne bli gjort annleis, spesielt med belastninga av arbeidet.

*«Eg har tenkt på det sjølv, at det er nokon i driftsutvalet som har arbeida kjempe mykje, også for min eiga del som ikkje klarte å delegera så mykje ut sjølv. For det satt i hovudet, og me sprang med bølga i ryggen. Så det var vanskeleg å delegera ut oppgåver. Så eg har tenkt over dette. Kva er egentleg løysinga for å kanskje få med fleire på laget og jamna ut belastninga*

*meir» Informant 2.*

#### **5.2.4 Oppsummering av problem**

Oppsummert synes det til at det har vore mange ulike utfordringar knytt til koronapandemien. For at eit sjukehus skal driftast på ein forsvarleg måte må det vera nok personell til å handtera den massive pasientgruppa som kom på kort tid. Bemanning og personell viste seg konstant å vera ei utfordring, då både ved at eigne tilsette vart satt i karantene, i tillegg til at det var manko på smittevernustyr for å ivareta sikkerheita til personalet. Informasjonen ut til organisasjonen har også vist seg å vera ei utfordring. Problematikken har vore kring raske endringar av retningslinjer som kom ifrå regjeringa, der sjukehuset fekk ei kort frist på å ta tak i dei nye retningslinjene og informera ut. Ut mot sommaren gjekk sjukehuset over til grøn beredskap, i tillegg til at dei stod i ein beredskapssituasjon. Situasjonen førte til nye endringar og dei tilsette ved sjukehuset var slitne av situasjonen. Dette førte til frustrasjon i dei enkelte avdelingane, og det oppstod ein diskusjon om verkemiddelbruken ved Ahus.

#### **5.3 Løysning**

I dette tredje underkapittelet ynskjer eg å sjå på korleis deltakarane utarbeida ulike løysingar for å redusera avstanden mellom korleis situasjonen var, og korleis den burde vore. Eg ynskjer også å gå innom planane til sjukehuset for å høyra om dei vart nytta fortløpande. Eg

starta å spørje om dei nasjonale, regionale og interne beredskapsplanane mot pandemisk influensa vart nytta for å utarbeida løysningar. Alle i fokusgruppe nummer ein nikka.

*«Planane skildre veldig detaljert kva som er mi rolla i ei slik setting, og eg har prøvd å følge det så godt eg kan. I planverket frå RHF (Regionalt Helseføretak) så skal administrerande direktør på ein måte sei til meg at eg skal starta å arbeida. Men slik fungerer det jo ikkje. Sånn planverket er lagt opp til der, er ikkje slik det var i realiteten» Informant 6.*

Informantane var klar over at ein del planar ikkje var like detaljerte som det ville vore behov for dersom det kom smitte i Noreg. Informant 6 fortel at mykje av revisjon og detaljplanlegging vart iverksett tidlegare i forbindelse med svineinfluensa, og andre antydingar til moglege pandemiar.

Informant 6 viser til at det er fagmiljøa som fangar opp at det oppstår ei smitte, og kunne ynskja at både regional leiing og sjukehusleiinga hadde vore enda betre kjent med planverket. Det kunne gjort det lettare å kommunisera og å få på banen den støtta ein treng i ein slik situasjon.

*«Så fort man forstod alvoret så opplevde eg at støtta var veldig god. Det tok litt tid i starten på å få mobilisert, men det er veldig fint å ha ein slik plan å visa til då det står at no skal me gjer det sånn. I tillegg er det ei veldig fin støtte å ha ein ganske så detaljert skildring av kva som blir forventet av mi rolle i ein slik situasjon. Veldig viktig at man kjenner til det»  
Informant 6.*

Nasjonal, regional og intern beredskapsplan var viktig drivar inn i det vidare planarbeidet. Planane vart i stor grad lagt over til driftsutvalet som lanserte vidare inn til behandling til leiargruppa. Fleire av informantane nemner at det var mykje nasjonale føringar for korleis dette skulle handterast og kva sjukehuset måtte forholde seg til, og endre strategi på bakgrunn av det.

*«Det var på mange måtar gjort ein del scenario frå folkehelseinstituttet i midten av mars som la grunnlag for vidare planlegging på det stadiet. Så sånn sett så har det vore ei viss koordinering i forhold til kva som forventast at me skal planlegga for. Eigentleg frå nasjonalt nivå» Informant 3.*

I starten arbeida deltakarane mykje med å førebu seg på pandemien. For tilsette med risikosituasjonar i heimen med eigen familie, eventuelt hadde andre årsaker for å vera mest

mogleg isolert, vart det etablert eit overnattingstilbod i samarbeid med hotell Triaden i Lørenskog kommune.

I begge gruppene vart det reflektert rundt problematikken som omhandla Ahus sitt raske behov for ekstra personell då fleire smitta pasientar og sjuke tilsette auka i antall. HR fekk eit aukande arbeidspress under første fase av koronapandemien. Ved 600 tilsette i karantene den 27.mars 2020 starta HR raskt med masserekuttering for å få inn helsepersonell. Hundre jobbintervju vart gjort på fire dagar, og tretti nye vart tilsett på berre nokre få dagar (Ahus, 2020). Det vart utarbeida raskare flyt ved tilsettinga, både ved e-læringskurs, ID-kort og planar for opplæring av nytt personell. Omdisponering og rokkering av personale vart gjort både ute på avdelingane, og innover i HR. Intern tilsette ifrå ulike avdelingar kor aktiviteten gjekk ned, til dømes ortopedi og dagkirurgi, vart flytta til intensiv og akuttmottak (Ahus, 2020). I HR – avdelinga vart eigne ressursar flytta til andre HR avdelingar for å rekruttera raskare, og personalet fekk nye oppgåver enn dei har til vanleg i normaldrift.

*«Når bølga kom i mars/april skulle driftsutvalet mobilisere og bygga opp covid eininga, i tillegg til å omdisponera personell ifrå ein torsdag til ein søndag. Me hadde til dømes omdisponert 250 tilsette. I den fasen så var jo sjukehuset, generelt alle, med på alt me føreslo som kom fram som løysningar. Det vart på ein måte godtatt. Det var det beste me fekk til der og då i den pressa situasjonen me var i. Så eg tenker at det å mobilisere i kriser innanfor sjukehuset, det fungerer» Informant 2.*

Eit anna poeng som vart uttrykt var uroa hos dei tilsette som også måtte takast tak i. Informantane påpeikte at det var eit behov for å følge opp det psykososiale arbeidsmiljøet, belastningane, symptoma, og generelt følge opp alle på individnivå. Dette var ei oppgåve som bedriftshelsetenesta fekk tildelt, og smittevern hadde ei særskilt rolle med tilsette som var blitt smitta av viruset. Smittevern følgde då opp alle som var smitta, i tillegg kartla dei om smitta var skjedd på jobb eller i privaten.

*«Me arbeida tett saman med smittevern i den første runden. Ein av dei viktigaste tinga me måtte få til, var å lage eit sentralisert lager av det me hadde av smittevernutstyr på huset. Smittevern gjekk då rundt i sjukehuset og plukka alt inn som dei fant av smittevernutstyr. Og så etablerte me etterkvart eit sentralt lager som vart styrt på kveld og natt av lungeavdelinga. Det var nokre medarbeidarar som fekk opplæring til å gi ut smittevernutstyr etter veldig strikte reglar til dei som spurde om det. Det var ikkje reint få som heile tida meinte dei trengte*

*smittevernustyr, men som då måtte igjennom ein ganske så rigid struktur for å få det»*

*Informant 5.*

Då påsken nærma seg og pasienttalet byrja å gå ned, så endra arbeide seg til å få opp aktiviteten for å sikra dei pasientane som ikkje hadde fått behandling i den hektiske perioden. Informantane påpeikte at fokuset på pasientane som trengde behandling har vore det viktigaste, i tillegg til dei tilsette sitt behov for koordinering.

*«Løysingane vart eigentleg utarbeida av fagmiljøa. Ifrå akuttmottaket, intensiv og medisinske sengepostar som tenkte ut løysningane, og så var det driftsutvalet si oppgåve å koordinera løysingane og sjå på kva det betyr totalt sett for sjukehuset. Det vart også utarbeida ein struktur som skulle sikre at me klarte å handtera eventuelt ei ny bølga» Informant 2.*

Informant 6 fortel at dei er glad for at dei hadde ei drift der dei klarte å oppretthalde fullverdig kvalitet på alle intensivbehandlingane som vart gitt, men også at sjukehuset nærma seg kanskje ei grensa kor dei ikkje hadde hatt moglegheit til å gjer det same.

### **5.3.1 Oppsummering løysning**

Det kan synast til ei struktur over arbeidsoppgåvene og problemstillingane som kom fram, der deltakarane viser til eit godt samarbeid med fagmiljøa for å utarbeida løysingar.

Beredskapsplanane har vore ein viktig drivar inn i planarbeidet, og nasjonale føringar har påverka korleis situasjonar burde bli handtert, og kva sjukehuset måtte forholde seg til i ulike situasjonar. Ahus løyste mykje av bemanningssituasjonen med masserekruttering og rokking av personalet. Oppsummert kan det synast til at deltakarane har observert dei fleste løysingane i frå eit organisasjonsperspektiv og heilt ned til individuelt perspektiv. Det vart tatt omsyn til tilsette som har kome i karantene og tilsette som har arbeida kontinuerleg med pasientar.

### **5.4 Avgjerdsmoglegheit**

Sjukehuset har som vist, mange ulike situasjonar kor det må føretakast avgjersler.

Informantane diskuterte dei tilsette sitt engasjement som eit viktig moment under avgjerdsprosessen. Eg vil no sjå på korleis sjukehus trefte dei ulike avgjerda.

Opplevinga kring sjølve avgjerdsprosessen blir opplevd som veldig ryddig, meiner informantane. Dei viser til at det har vore god samhandling og tydelegheit over kven som skal ta avgjersler. Deltakarane som har tatt avgjersler har gjort det ut ifrå råd med tilsette som har den rette kompetansen, og alle har lytta til kvarandre. Informant 6 meiner at der det har vore litt krøll, har vore når RHF har kome med saker som ikkje har vert godt forankra med smittevernmiljøet regionalt som har ført til at avdelinga ikkje heilt forstår kva som skjer, eller kvifor avgjersler blir tatt.

*«Eg trur at det er nokon gonger kor den praktiske kvardagen og korleis me skal handtere det hos oss, har møtt dei politiske føringane. Eller behovet for å visa handlingskraft regionalt og nasjonalt, har vore litt krevjande. Men så har det på den andre sida også vore slik at spesialisthelsetenesta har fått veldig frie tøyalar når det gjeld ressursar, som har vore ein veldig viktig premis for alle oss som har tatt avgjersler på ulikt nivå» Informant 3.*

Økonomien til sjukehuset har ikkje hatt særleg stor grad av påverknad ved ulike avgjersler. Deltakarane har i stor grad oppretthaldt nøkternheit, men viser til at det har ikkje betydd at dei har tatt avgjersler som har vore unødvendige ekspansive i etterkant. Det har vore diskutert tiltak som har kosta litt, som til dømes ombygging som har vore særdeles viktig for pasientar som skal på og av respiratorar. Informantane viser til at det har vore veldig gode og faglege diskusjonar før det har blitt tatt ei avgjersle, på tross av dårleg tid.

*«Den viktigaste føringa ifrå nasjonalt hold, har vert at me skal konsentrera oss om god drift og pasientbehandling. Som har gjort at me ikkje har trengt å bekymra oss for økonomidelen» Informant 3.*

I starten var det god og høg grad av avgjerslekraft. Kven som tok avgjersler utvikla seg i forhold til kva behovet ved sjukehuset var. Det meste som skjedde i mars månad var det beredskapsleiinga som tok avgjersler på. Avgjersler blei også tatt av foretaksnivået under ein beredskapssituasjon. Informantane viser til strukturen ved sjukehuset der det er sjukehusleiinga som tek avgjersler undervegs, med råd og føringar frå ulike rådgivande funksjonar.

*«Eg føler meg veldig heldig med at me samarbeider så godt. At me sitter så nært og kjenner kvarandre ifrå før. Ser jo at det ikkje fungerer like godt på alle dei andre føretaka rundt om kring. Arbeidet for både leiarar, smittevern eller fagsøyla blir vanskelegare fordi dei ikkje kjenner kvarandre godt nok. Eller ikkje samarbeider tett nok, då trekker det ikkje i same*



*retning. Så me er veldig heldige som har fått det til å fungera så bra. Eller, me er ikkje heldige, me er flinke som har fått det til» Informant 6.*

Samarbeid er det som har prega heile Akerhus Universitetssjukehus meiner informantane. Dei meiner det har vore stor grad av solidaritet, velvilje og respekt for kvarandre sine behov.

*«Folk er pragmatiske og ser heilheita og ikkje berre sin eiga litle kvite» Informant 6.*

Informant 3 fortel at det har vore veldig krevjande tider, og at det ikkje er tvil om at det har oppstått oppheta diskusjonar, men at det ikkje har vore nokon særleg varige interessekonfliktar som har blitt værande der.

*«Det har på ein måte vore diskutert, og i ytterste konsekvens så har administrerande direktør ved sjukehuset tatt ei avgjersle som har blitt respektert. Deretter arbeider ein vidare med å få til ei best mogleg løysing» Informant 3.*

Fleire av informantane fortel at dei har opplevd at avdelingane har blitt meir avgjersledyktige.

*«Internt i HR så sa leiargruppa ja til å vera med i eit forskingsprosjekt ganske raskt, som omhandla leiargrupper i kriser. Forskinga gjekk ut på å studera ulike leiargrupper og korleis dei endrar seg undervegs i ei slik krise. HR hadde ein del observasjonsskjema som vart fylt ut veka for veka, som seinare tid er oppsummert. Der vart det konstatert at i første fase av pandemien, kring mars og april, så fungerte ting veldig bra. Det var kjappe avgjersler, konkrete løysingar og det var veldig stor handlekraft. Eg trur aldri HR har hatt så stor handlingskraft og gjennomslagskraft ved sjukehuset som HR hadde i dei første månadane og utover våren. Veldig korte prosessar og lite diskusjonar. Som ein opplever ganske ofte»  
Informant 1.*

Fleire av informantane er einige i den relative raske avgjersprosessen.

*«I starten av bølga så var det god støtte, og man følte man var einige i dei foraene me var inne i. Eg har snakka med andre helseføretak, og eg føler at Ahus stod ganske støtt. Sånn samla sett av leiinga, beredskapsleiinga og sjukehusleiinga. Smittevern og alle stod for ei løysing eller ei avgjersle» Informant 7.*

### **5.4.1 Oppsummering avgjerdsmoglegheit**

Det kan synast til at ved nokre områder har ein sterk påverknad når det gjelder å ta avgjersler, medan andre områder har ei større rolle som rådgivande organ enn ei avgjerande. Deltakarane har involvert fagpersonar med rett kompetanse for å ta avgjersler, og dei tilsette sitt engasjement har vore eit viktig moment under avgjerdsprosessen. Informantane viser til god samhandling, tett samarbeid og ei tydelegheit over kven som tek avgjersler.

## **6. Diskusjon: Hierarki, forhandling og anarki**

I dette kapittelet vil eg aktivere dei tre hovudperspektiva i studien og analysere avgjerdsprosessen.

### **6.1 Den rasjonelle modell**

Frå eit rasjonelt avgjerdsteoretisk perspektiv vil den formelle organisasjonsstrukturen virke styrande både for prosessforløpet og utfallet ved arbeidet under covid-19-pandemien.

Organisasjonsstrukturen er i følge Egeberg (1981) si framlegging av straumperspektivet ei forventet kontroll over kva strøyma som får åtgang til kva avgjerdsarenaer, i tillegg til kva tid, og korleis dei ulike straumane blir involvert, kopla og definert. Vidare seier straumperspektivet noko om merksam som blir gitt kvar enkelt deltakar, problem og løysingsalternativ. I det rasjonelle avgjerdsperspektivet er det einigheit om kva prosedyrar og verkemidlar som er best egna til å oppnå organisasjonen si målsetting (Enderud. 1976, s.31).

For å finne ut om avgjerdsprosessen under koronapandemien har vore basert på det rasjonelle perspektivet, vil eg undersøke om det har vore ein formell struktur til stede. I tillegg vil eg undersøke om rutinar, prosedyrar og formelle handlingar er følgt. Eg ynskjer også å sjå på om dette har lagt føringar for kva deltakarar som har vore med, problem som er oppstått og løysningsalternativ som har blitt utarbeida. Deretter ynskjer eg å sjå på om aktiviseringa av deltakarane, problem og løysingar har ein samheng med avgjerdsmoglegheitene, og om dette kan bli forstått med organisasjonen sitt overordna mål.

I teorikapittelet utarbeida eg nokre forventningar knytt til den rasjonelle avgjerdsperspektivet. Eg forventar at avgjerdsprosessen blir prega av kontroll frå sjukehusleiinga, eventuelt ei

sentral leiing, og som vidare delegerer ut oppgåver. Deltakarane er gjerne avgrensa på bakgrunn av deira formelle posisjon og kompetanse. Eg forventar at det er mange problem som oppstår under ein pandemisk situasjon, men at det eksisterer prosedyrar og rutinar som blir godt nytta for å utarbeida løysingar.

Formelt kom initiativet heilt klart frå fagleg hald som fekk igongsett sjukehusleiinga, der dei saman starta eit utredningsarbeid for pandemien som stod føre dei. Utredningsarbeidet medførte ei aktivisering av ei rekke faglege aktørar med kunnskap om sine fagfelt, stilling, eller rolla internt ved sjukehuset. Informasjonsinnhenting og koordinering av fagkunnskap vart gjennomført etter føringane som følger organisasjonsstrukturen. Det å kopla deltakrar på prosessen i form av si rolla i ein organisasjon, blir skildra i det rasjonelle perspektivet, der deltaking i avgjerdsprosessen er eit resultat av organisasjonsstrukturen og deltakingsrettigheitar (Egeberg, 1981). Moglegheiter til å påverka prosessen blir av den grunn styrt av den tilsette si rolle, som igjen medfører og legg grunnlag til deltakingsrettigheitar i avgjerdsprosessen.

Sjukehusleiinga stod sentralt ved avgjersler, og nokon aktørar som i normalsituasjon har ansvar for dei ulike områda, hadde ei rådgivande funksjon opp mot sjukehusleiinga. Dette samarbeidet medførte at sjukehusleiinga kunne ta gode avgjersler. Den sterke strukturkontrollen og prosedyrestyringa fører til rask gonge i prosessen, som gir avgjerdsgrunnlaget ei høg grad av legitimering og fagleg kvalitet.

Avgjerslene som blir føretatt av sjukehusleiinga, får tydeleg input gjennom faglege aktørar. I tillegg blir dei politiske avgjerslene førande for aktørane som utarbeida løysingar ved vurdering av ulike problemstillingar. I Egeberg (1981) si forventningar om ein sterk organisasjonskontroll over avgjerdsstraumen, kan det synast til at sjukehusleiinga hadde ein sterk og innverkande posisjon ovanfor deltakarane. Dette kjem til syne frå informantane som hadde eit behov for at sjukehusleiinga tok over styringa. Det var eit godt samarbeid mellom smittevern og sjukehusleiinga ved å koordinera tiltak for å ivareta ulike områder.

Informasjonen gjekk deretter vidare opp til fagdirektørsøyla, som tok det med seg vidare opp til Helse Sør-Øst.

Ein organisasjon blir oppfatta som ein samla avgjerdstakar i det rasjonelle perspektiv. Det er forventa at organisasjonsmedlemmane har dei same verkelegheitsoppfatningane og same verdigrunnlag. I tillegg skal det eksistera ein einigheit blant deltakarane om kva prosedyrar og verkemiddel som er egna til å oppnå organisasjonens overordna mål (Enderud. 1976, s.31).

Gjennom det utarbeida planverket for pandemisk influensa, viser det til at regionalt helseføretak og administrerande direktør skal fortelja smittevern kva dei skal starta å arbeida med. Informantane meiner at det ikkje er slik i realiteten, då det er fagmiljøet som fangar opp at det er noko som skjer. Det var også ei oppleving av at sjukehusleiinga ikkje var så godt kjent med det planverket, som medførte at kommunikasjonen og støtta ikkje var så enkel som smittevernavdelinga hadde behov for. Men informantane viser til at planverket var ei fin støtte og som gav føringar av både ansvar, oppgåver og faglege krav til deltakaraktiviseringa ved ulike situasjonar. Planarbeidet vart i stor grad lagt til driftsutvalet som lanserte dette vidare inn til behandling hos leiargruppa. Folkehelseinstituttet la også inn ein del scenarioa som la grunnlag for vidare planlegging av arbeidet. Informantane meiner det la ei viss koordinering i planarbeidet ifrå nasjonalt nivå i forhold til kva det var forventa at sjukehuset la planer for.

Mellomfasen under pandemien var prega av ei brei deltaking, som kan synast til dei ulike fasane som sjukehuset stod ovanfor. For å sikra ein sterk organisasjonsstruktur som skal ha kontroll over dei fire straumane, skal eigentleg deltakartalet vere lågare. Det kan argumenterast for at det store talet av aktiverte deltakarar har ei rasjonell grunngeving, då deltakarane vart aktivert på bakgrunn av deira faglege kompetanse. Simon (1955-1956) (i March. 1988, s.270) meiner ingen mennesker kan handla perfekt rasjonelt, då det alltid vil vere mangel på full informasjon av ulike alternativ til løysingar, og konsekvensane kring det (Jacobsen og Thorsvik. 2013, s.312). Simon viser til omgrepet avgrensa rasjonalitet, som omhandlar at avgjersler ikkje treng å vera perfekte val eller løysningar (March. 1988, s.271). Å leggja til rette for informasjonsflyt og diskusjon på tvers av divisjonane, kan det synast til eit forsøk på å oppnå høgare rasjonalitet, enn til dømes ved at sjukehusleiinga åleine skulle ta alle avgjersler utan å få innspel ifrå tilsette med rett kompetanse. Jacobsen og Thorsvik (2013, s.312) meiner også at rikeleg involvering av faglege aktørar så kan det oppnå moglege vurderingar av alternative løysingar og konsekvensar kring det ved skiftande mål.

Vidare gjekk sjukehuset over i ein annan type struktur der sjukehuset skilje mellom avgjerds møter som bestod i sjukehusleiinga og driftsutvalet. Her førebudde dei eit grunnlag med ulike forslag, der desse forslaga vart diskutert og vedtatt avgjersler av sjukehusleiinga. Dette skapte eit grunnlag for ein sterk avgjerdsstruktur som tydeleg regulerer deltakarstrøymen til avgjerdsarenaene. Dette styrker også tilgangsstrukturen, då det er eit avgrensa og nøye utval av deltakarar som får åtgang til avgjerds moglegheitene.

Eit avgrensa utval av deltakarar skaper ein moglegheit for å kopla sine problem og løysningsalternativ til avgjerdsarenaene. For sjukehusleiinga gir dette eit grunnlag for å ha oversikt over problem og løysningstraumane, då dei kan avgrensa traumane gjennom sin formelle posisjon i organisasjonsstrukturen. Dette stemmer overeins med Egeberg (1981) straumperspektiv der han meiner tilgangsstrukturen legg føring for kva problem og løysingar som får åtgang til avgjerds moglegheiter, og som er rimeleg å bli forstått i samanheng med organisasjonens overordna mål og verdiar.

Det rasjonelle perspektiv peiker på viktigheita av klare, stabile mål og løysingsforslag for å ta ei avgjerd (Enderud. 1976, s.30). Gjennom tidsperioden som det blir synt til i resultatbiten, står måla fram som stadig i endring. Det er grunnlag for å hevda at viktige rasjonalitetsføresetnadar eksisterte i prosessen. Både ved utval av deltakarar, arbeidet kring utreiinga av informasjonsinnhenting og avgjerdsgrunnlag. Måla kan konkluderast som relativt klare mål, men også relativt ustabile. Årsak og grunngeving for endringane og ustabilheita kan synast opp mot regjeringa sine konstante tiltak mot pandemien. Dette medførte at deltakarane ikkje var i stand til å ta handfaste avgjersler ved ulike problemsituasjonar.

Det blir vist til at nasjonale myndigheiter også har vore ein sentral aktør, som har vore ein viktig bidragsytar gjennom heile prosessen, og som har lagt grunnlag for at sjukehuset måtte ta initiativ til ulike problemstillingar som dukka opp undervegs. Informantane synte til at dei tok ulike avgjersler som stadig vart endra med bakgrunn i regjeringa sine retningslinjer. Det medførte at dei måtte ta opp problemstillingar på nytt, men informantane viser til at dei fann relativt fort ein arbeidsstruktur for korleis dei skulle møte desse utfordringane som kom på kort varsel. Informant 3 meiner det har vore ein krevjande prosess i form av at det dukka opp veldig mange saker på kort varsel som måtte handterast. Men samtidig vart løysingane prega delvis av saker dei var førebudde på, via etablerte strukturar, eventuelt påbygging av eit allereie eksisterande grunnlag av prosedyrar. *«Dei prosedyrane me har og den strukturen som har vore på plass vart nytta i staden for å panisk laga noko nytt. Det har vore ei god samarbeidsånd til å finna praktiske løysningar heile vegen» Informant 3.* Det kan synast til at retningslinjene var styrande og kan leggest til grunn for at ulike problem og løysningsalternativ fekk åtgang til prosessen, her også for defineringsprosessen.

I det rasjonelle perspektivet skal avgjerdstakarane vere einige om kva som er problemet og det er ei felles forståing på kva målet er (Enderud. 1976, s.31). At ein er einig i mål, betyr ikkje at ein nødvendigvis blir einige om dei ulike handlingsalternativa for å nå måla. Det er

ikkje identifisert diskusjonar kvar det blir stilt spørsmålsteikn ifrå dei ulike aktørane, og informantane viser til at det ikkje har vore ei oppleving av store interessemotsetningar. Informantane følte dei vart høyrd i alle forslag dei kom med av løysingar, og at fleire av forslaga vart godtatt. Deltakarane stilte seg også bak dei løysingane som vart avgjort. Løysingsforslaget baserer seg på eit brei og systematisk informasjonsinnhenting, som gir det rasjonelle avgjerdsperspektivet forklaringskraft (Enderud. 1976, s.30).

Informantane meiner det var nokre tilsette ved sjukehuset som følte på at visse nødvendige tiltak har gått på kostnad av deira fagområde, men at det heile tida har vore ein prioritering i forhold til kva pasientar som skal få behandling, også under ein pandemi. Av den grunn blir det vist til ei meir fagleg prioritering, enn det går på motsetningane mellom partane i arbeidet under prosessen. I ei slik krevjande tid har det oppstått oppheta diskusjonar, men ingen diskusjonar som har vore store eller varige. Informantane viser til at det har vore diskutert ulike problemsituasjonar, der det i ytste konsekvens har medført at administrerande direktør tok ei avgjerd og som vidare vart respektert av dei tilsette. Basert på dette kan det argumenterast for at det på eit overordna nivå er klar einigheit på tvers av deltakarane om at målet er å oppretthalde ei forsvarleg drift av sjukehuset, der pasientane er i fokus, og som er innrettande og strategisk. Dette er i tråd med Enderud (1976, s. 30) sin samanheng mellom måldefinisjon og val, som basere seg på kommande føresetnadar for å fungera best tenkeleg.

Samarbeid er det som har prega heile Ahus organisasjonen. Informantane meiner det har eksistert stor grad av solidaritet og respekt for kvarandre sine behov, der dei tilsette er pragmatiske og ser heilheita av situasjonen. Det vart gjort spesielle, inngripande tiltak heilt i starten som kravde mykje mot frå sjukehusleiinga. Alle informantane skryter over samarbeidet rundt prosessen, og kor fantastisk det var å oppleve. Informantane følte ikkje at sjukehuset var sårbare, men at dei heller kjente seg godt rusta. Det var heilt umogleg å vere totalt førebudd på ein slik situasjon og alt som kom opp, men av dei situasjonane som oppstod så vart det tatt raskt tak i. Fleire av informantane skryter over smittevern som var førebudd og fekk rista liv i sjukehusleiinga. Ahus var det sjukehuset som hadde høgast press i starten, og kanskje det sjukehuset som hadde mest press totalt sett med smitta pasientar. Det er ein klar einigheit mellom informantane om at det vart oppretthaldt ein ro, forutsigbarheit, og drift med andre type pasientbehandlingar i denne perioden.

### **6.1.1 Oppsummering av den rasjonelle modell**

Ut ifrå eit rasjonelt avgjerdsperspektiv forventa eg at pandemien vart prega av kontroll ifrå sjukehusleiinga, og diverse tiltak som kom ifrå nasjonalt hold. Eg antok at deltakarane vart avgrensa på bakgrunn av deira formelle posisjon og fagkompetanse, i tillegg til at det ville vera ei einigheit av problem som kom opp og at løysingane vart høyrd.

I frå eit rasjonelt perspektiv hadde sjukehusleiinga ein sterk posisjon ovanfor deltakarane. Informasjonsflyten og diskusjonane på tvers av divisjonane styrker rasjonaliteten. Det viser til ei rikeleg involvering av faglege aktørar som styrker avgjerdsstrukturen, og som igjen regulerer deltakarstraumen til avgjerdsarenaen. Måla var i stadig endring på bakgrunn av regjeringa sine tiltak mot pandemien, men det var full einigheit om at det overordna målet var å oppretthalde ei forsvarleg drift av sjukehuset. Det kan argumenterast for at prosessen i stor grad er styrt rasjonelt. Det med bakgrunn til problemdefineringa og ei omfattande informasjonsinnhenting for å skape eit grunnlag for avgjerdsplanane som måtte bli tatt. Prosessen har også vore intuitiv i den forstand at Ahus hadde eit planverk og føringar på kva som er viktig under ein pandemi, slik at deltakarane følgde dei retningane planane la opp til.

### **6.2 Den politiske forhandlingsmodell**

Sentralt i dei politiske forhandlingsperspektiva har avgjerdstakarane ofte motstridande interesser, og det blir dermed vanskeleg å bli einige om mål og best eigna alternativ. Av den grunn oppstår det forhandlingar om både mål og verkemidlar (Jacobsen og Thorsvik. 2013, s.332).

Ut ifrå dei politiske forhandlingsperspektiva forventa eg at avgjerdsprosessen under covid-19-pandemien vart prega av ulike aktørar som gjerne er delt inn i grupper. Under avgjerdsprosessen er det fleire deltakarar med ulike interesser og mål som dei ynskjer å føra fram, og som medfører ei forventning om at det vil eksistera mange meiningar om korleis prosessen bør gjerast. For å finna ut om avgjerdsprosessen under koronapandemien har vore prega av forhandlingsperspektiva, vil eg prøve å identifisera tydelege ueinigheita blant deltakarane. I tillegg vil eg prøve å identifisera moglege forhandlingar og drakampar mellom dei ulike aktørane.

Pandemien skapte ei involvering av mange deltakarar ved statusmøta om koronasituasjonen som sjukehusleiinga arrangerte. Dette var for å oppnå eit godt fagleg avgjerdsgrunnlag ved at fleire faglege ressurspersonar vart engasjert i løpet av prosessen for å innhenta deira erfaringar. Deltakarane vart involvert ved utlevering av kvart sitt ansvarsområde og oppgåver. Deltakarane var ikkje alltid faste eller til stades ved kvart møte med sjukehusleiinga, men det er ein viktig indikator på at sjukehusleiinga såg på dette som ein viktig faktor for å innhenta perspektiv ifrå einingar på tvers av sjukehuset. Både ved vurdering av ulike problem og behov som oppstod. Ved å sjå på aktiviseringa av fagressursar som ein del av avgjerdsprosessen kan det bære preg av ein taktisk forhandlande strategi for å styrka forståinga over avgjerslene som vart tatt. Ved å inkludera fagressursar frå dei ulike avdelingane, kan det auka moglegheitene til å vinna over eventuell motstand blant avdelingane, då det har vore ein representant inkludert ved eit oppstått behov.

Sakene som vart tatt opp i møta med sjukehusleiinga var på førehand førebudd av enten deltakarane eller rådgivande funksjonar. Alle aktiverte aktørar kan synast til parter som kunne bli berørt av avgjerslene som vart tatt av sjukehusleiinga, og som kunne ha stor betydning for kvart enkelt tilsett. Ei slik aktivisering kan sjåast ut ifrå eit rasjonelt perspektiv, men også igjennom eit politisk forhandlingsperspektiv då utveljinga kan grunngjevast i deltakaranes faglege kompetanse og gruppetilhøyrse. Avgjerdsstrukturen er bestemmende i aktiviseringsprosessen, der deltakarane tildelast rettigheita i forbindelse med ein gitt avgjerds moglegheit (Egeberg, 1981).

Tatt i betraktning for aktivisering av mange deltakarar i tilknytning til utredning av sjølve avgjerdsprosessen, har sjukehusleiinga hatt ein sterk kontroll over straumane og medverka til eit forholdsvis balansert forlaup og utfall. Empiriinnsamlinga og gjennomgangen av det, har ikkje identifisert konflikhtar eller ueinigheita rundt avgjerdsprosessen, men einigheita om eit overordna mål betyr ikkje einigheit over kvar situasjon som oppstår mot målet.

Fleire av informantane er inne på fasa der sjukehuset går ifrå gul beredskap til grøn, den såkalla limbodriften. Det var ei oppleving av at det oppstod to parallelle leiarlinjer, der mandantane til ordinær leiing og beredskapsleiinga vart relativ lik. Gruppene hadde eit litt ulikt ståstad i forhold til nokre problemområder, der det oppstod tydelege fraksjonar i den eine gruppa og det oppstod ein forhandlande diskusjon på korleis dette skulle løysast. Dette viser til forhandlingsperspektivet der Enderud (1976, s.76) viser til at ei føresetnad for dei



politisk forhandlande avgjerdsperspektiva, som er eit overskodedeleg tal av avgjerdstakarar som deltar, og som blir inndelt i grupper eller organisert i tydelege fraksjonar.

Informantane viser til at det er ein diskusjon som stadig blir tatt opp når det gjelder virkemiddelbruket ved Ahus. Den eine gruppa ynskjer å leggja til rette ved bruk av vilkår og høgare rausheit, medan hos den andre gruppa er det eit ynskje om å få ned bruken av ekstraordinære ordningar. Problemstillinga er ifølgje informantane ueinigheit kring bruken av verkemidlane ved Ahus, og diskusjonen har forsøkt å finna kva løysning som er best eigna for dei tilsette ut ifrå regelverk, struktur og å ikkje lage presedens for spesielle ordningar. Dette kan argumenterast som eit forhandlingsteoretisk perspektiv, då det opna opp ein moglegheit for beredskapsleiinga å fremma sine interesser under prosessen. Det eksisterer ein underliggande ueinigheit, der det er eit delt syn på kva som er rett strategi for sjukehuset ved handtering av ein eventuell ny smittebølge ut mot sommaren. Enderud (1976, s.77) viser til at partane forhandlar i målkompromissmodellen, då det er utfordrande å inngå eit kompromiss med bakgrunn i at kompromisset blir prega av deltakarane si makt (Enderud. 1976, s.79). I tillegg viser dei politiske forhandlingsperspektiva til at individ og grupper vil jobba for at deira interesser skal få gjennomslag (Jacobsen og Thorsvik. 2013, s.332). I og med at det skapte ein diskusjon mellom nokre deltakarar, kan det synast til klare frontar og koalisjonar mellom deltakarane som prøvde å påverka prosessen og utfallet av den. Med den grunn kan det synast til det Enderud (1976, s.25) meiner er eit grunnlag til forhandlingar mellom partane.

Sjukehusleiinga valde å gå for den ordinære leiinga sitt ynskje, framfor det beredskapsleiinga meinte ville vera det beste strategiske alternative for å ta omsyn til dei tilsette med ein kompensasjonsordning. Informant 1 uttaler at det ikkje var sikkert at dei hadde kome fram til ei anna løysing. Forklart via dei politiske forhandlingsperspektiva kunne det her ha danna seg ei interessekonflikt mellom den ordinære leiinga og beredskapsleiinga. Det blir synt til at det var gode og utfoldande diskusjonar, der problemstillinga vart belyst og som informantane nytta mykje tid på. Men utfallet var ueinigheit til slutt.

Ei anna problemstilling ved limbodriften var ifølgje informant 5 ei oppleving av at linjeorganisasjonen tok meir over avgjerslene der beredskapsomgrepet byrja å bli hult ut, og det oppstod ulike vurderingar av kva som var viktig mellom deltakarane. Det oppstod eit problem med at det var fleire meiningar som gjekk imot kvarandre i forhold til kva fokus deltakarane skulle ha. Dette vart opplevd som utfordrande då beredskapsleiinga ikkje hadde

den myndigheita som dei skulle ha i forhold til planverket. Enderud (1976, s.92) meiner prosessane fram til løysingskompromisset innebere ofte konflikhtar og preg av ein drakamp mellom deltakarane som ynskjer å ytre sine meiningar, og i nokre tilfelle vil partane med den største makta kunne få gjennomslag og gå ut av avgjerdsprosessen som vinnande koalisjon (Enderud. 1976, s.92).

### **6.2.1 Oppsummering av den politiske forhandlingsmodell**

Oppsummert kan det synast til at avgjerdsstrukturen er bestemmande i aktiviseringsprosessen, der deltakarane tildelast rettigheita med ein gitt avgjerds moglegheit. Det opna seg også ein moglegheit for deltakarane å fremma sine interesser, der det blir vist til at det oppstod ei form av forhandling i det strategiske arbeidet for sjukehuset ut mot sommaren. Problem og løysing vart her motstridande mellom dei to oppståtte parallelle leiingane. Det kan også synast til at det var utfordrande å inngå eit kompromiss då kompromisset vart prega av deltakaranes makt. Informantane var usikre på korleis sjukdomsløpet ville utvikla seg og kva problem som kunne oppstå rundt neste sving. Tross alt klarte Ahus å halde ein heil stab av folk ved sjukehuset lojale til dei avgjerdsprosene som vart gjort av leiinga og beredskap, sjølv om det var ueinigheit.

### **6.3 Garbage can-modellen**

Dei to andre avgjerdsperspektiva tek utgangspunkt i at den overordna organisasjonen har ulik grad av strukturell kontroll over dei fire straumane. Sentralt i garbage can-perspektivet er det ikkje like forutsigbart å sei kva eller korleis utfallet vil bli. Det med bakgrunn i at perspektivet er avhengig av korleis dei fire straumane av problem, løysning, deltakarar og avgjerds moglegheiter er satt saman (Enderud. 1976, s.114).

For å undersøka om avgjerdsprosessen under covid-19-pandemien ved Akershus Universitetssjukehus har perspektiv frå garbage can-modellen, vil eg forsøka å identifisera dei karakteristiske punkta i prosessen som har bidratt til ein meir uoversiktleg prosess, og som ikkje kan forklarast av eit rasjonelt eller forhandlingsteoretisk perspektiv.

I denne studien forventar eg at pandemien var oppfatta som ei uføreseieleg situasjon som medførte ein uoversiktleg prosess prega av tilfeldigeheit. Eg forventar vidare at prosessen

bærer eit preg av ein kontinuerleg straum av deltidsdeltakarar, der det føreligger hyppige endringar i straumsamankoplinga då problem og løysningar endrar seg kontinuerleg.

I første fase av den pågåande avgjerdsprosessen under koronapandemien, var det smittevernavdelinga som aktiverte sjukehuset og lyste fram problemstillinga. I avdelinga var det avsett mykje ressursar enn dei til vanleg disponerte, og deltakarane ved smittevernavdelinga aktiverte seg sjølv på bakgrunn av deira faglege kompetanse. Startfasen vart driven av plankomiteen i smittevern som til slutt klarte å få sjukehusleinga inn på banen. Det var ei brei og variert deltaking under første fase av både smittevern, diverse fagmiljø, beredskapsleiarar, i tillegg til tillitsvalt og vernetenesta, for å koordinera avgjersler og innhenta informasjon. Når det eksisterer ei stor mengde avgjerdstakarar og fleire deltidsdeltakarar, meiner Enderud (1976, s.101-102) at det kan medføre at overblikket og avgrensinga av avgjerdssituasjonen kan bli problematisk då deltakarane har varierende engasjement i løpet av prosessen.

Problema i startfasen var så massive at det var nødvendig å få ulike input ifrå fleire faglege hold. Informantane påpeikte at det tok tid å få full oversikt over omfanget av arbeidet i den første fasen. Dei opplevde situasjonen som uklar då arbeidets karakter var uoversiktleg. Ut ifrå kva behov som oppstod, vart ulike deltakarar med under prosessen. Dette kan gjer det vanskeleg å identifisera kven som har vore med i løpet av prosessen. Dette kan synast til det Enderud (1976, s.100) skildrar som ein open struktur, som medfører at avgjerdstakarane si grunnmur for styring og kontroll over avgjerdsprosessen og korleis utfallet ender, blir svekka.

Informant 5 fortel at beredskapsleinga innhenta dei utfordringane som dei tilsette i dei ulike avdelingane møtte på under pandemistarten. Dette kan visast til garbage can-perspektivet ved at ulike valmoglegheiter av problem og løysningar blir dumpa av deltakarane i ei søppelbøtte, gjerne med eit preg av tilfeldighet. I tillegg kan det visast til eit opent rom for å presentera ulike problem og løysingar, då dette behovet kjem via beredskapsleinga og inn til sjukehusleinga.

Startfasen var prega av svak kontroll over situasjonen og ei stor mengde utfordringar. Både faglege problemstillingar og koordinering av det praktiske planleggingsarbeidet ved den kliniske drifta. Strukturen av deltakarar var planmessig på plass før pandemien ramma sjukehuset, men informantane meiner det ikkje var mogleg å vera førebudd på alt som kunne komma av situasjonar eller kva som kom til å skje.

Det var fleire prosessar som oppstod parallelt, og det er vanskeleg å sei kor samkøyrde

prosessane var. Den tidlege smitta ved nyfødttintensiv medførte at andre hendingar måtte bli handtert raskt. Til dømes personell planlegging og karantene reglar, parallelt med ombygging og mangel av smittevernustyr. Enderud (1976, s.114) meiner det må eksistera ei viss mengde energifordeling mellom deltakarane i organisasjonen og ei viss mengde tidsbruk i prosessen. Dersom dette ikkje eksisterer kan utfallet bli ein kø av problem.

Her kan det synast til eit litt annleis bilete av startfasen, då det kan sjå ut til at sjukehuset hadde ein litt uoversiktleg prosess. Uoversiktlege prosessar blir skildra i garbage can-perspektivet, der dei fire straumane flyt saman meir eller mindre tilfeldig (March, 1988, s.13). På den eine sida eksisterer det eit planverk og struktur for korleis Ahus skal gå fram, og på den andre sida kom det stadig opp ulike saker som sjukehuset ikkje hadde klart for seg korleis dette skulle takast tak i. Sjukehuset har ikkje vore igjennom ein slik pandemi tidlegare, og av den grunn fortel informantane at det ikkje var mogleg å vera førebudd på alt som kunne skje.

Startfasen var prega av avgrensa tid til å analysere problemstillingane som dukka opp, eller utarbeida løysningar som deltakarane er vane med. Sjølv om måla under pandemien er openbert klar for informantane, kan forholdet mellom mål og midlar i liten grad vera uklar. Det kan sjåast i lys av garbage can-perspektivet, der det er vanskeleg å forutsjå kva veg dei ulike straumane kjem til å ta, og vil av den grunn vera vanskeleg å sei kva utfallet vil bli (Egeberg, 1981). To av informantane uttalar at dei sjølv meiner starten og prosessen i seg sjølv har hatt eit anarkistisk utgangspunkt. Dette med bakgrunn i at prosessen har vore uoversiktleg, og dei var usikre på kva som kom rundt neste sving. *«I og med at me kom i den situasjonen så raskt med manko på varer, så blei dei jo litt sånn anarkistisk på korleis me skulle få tak i varer og korleis me skulle få fordelt det» Informant 7.*

Eit anna kjenneteikn ved garbage can er at avgjerdsprosessen er prega av nye problem og løysningsalternativ som er i stadig endring, og blir prega av mange deltakarar og deira engasjement. Problemstillingane har under koronapandemien vore varierende og stadig i endring. Løysingane har blitt utfordra då problema har endra seg, og løysingane som har blitt utarbeida for å vera førebudd fram i tid har også blitt reversert. *«Når bølga kom så var det å jobba på ein litt sånn kva skjer, og korleis kan me komma oss vidare? Me hadde sjølvsagt erfaring med oss, og hadde på ein måte eit rammeverk frå før av ved sjukehuset som me på ein måte bygde vidare på. Men så har det kanskje gått meir over til å revurdere dei planverka og alt me har gjort. Så har man på ein måte ta ein litt anna prosess og tenka litt nytt» Informant 2.*

Av den grunn er det sentralt å stilla spørsmålsteikn på om anbefalingane frå fagfolka og summen av deltakarane er eit resultat av informasjonsinnhentinga og utredninga for å løysa dei ulike problemstillingane, eller om løysingane er valt som ei løysning av eit problem som enda ikkje er formulert. Ein kan dermed tolka den første fasen som ei brytning mellom avgjerdsmodellane. Sjølvve initiativet kan synast til det rasjonelle perspektivet for å få problemstillinga opp og fram på dagsorden, men dei rasjonelle perspektiva skaper ikkje ei forklaring på vidare innleiingsvis. Her gir garbage can-perspektivet eit betre bilete av situasjonen, der deltakarane ikkje hadde ei oversikt over korleis prosessen ville utfolda seg. Informantane viste til at det var store endringar i avgjersler som vart tatt på bakgrunn av at sentrale myndigheiter endra vilkåra med kort varsel for avgjersler som allereie var blitt gjort ved Ahus. Med bakgrunn i dette er det liten tvil om at tiltaka ifrå regjeringa har bidratt til å komplisera avgjerdsituasjonen, og etter Egeberg (1981) straumperspektiv vil svekka organisasjonsstrukturen sin kontroll over straumane. Dette skaper også ein assosiasjon om at prosessforløpet og utfallet i avgjerdsprosessen kan sjåast i lys av perspektiva i garbage can.

Ved overgangen til limbodrift oppstod det ein diskusjon som omhandla kompensasjonsordningar for tilsette som hadde bretta opp armane og arbeida hardt under første fase av pandemien. Ved framlegging av strategisk plan for framtida engasjerte beredskapslinja seg i lønn og vilkår til dei tilsette. Informant 5 meiner denne løysinga ville gitt sjukehuset ein dårleg situasjon i runde to dersom ei ny koronabølge hadde kome i løpet av sommaren. Informant 1 referer til at situasjonen ikkje vart heva opp i eit helikopter perspektiv for å sjå det store bilete, eller for å få ein full forståing av dei reaksjonane som kom ut i dei enkelte miljøa. Det var eit ynskje at ein ikkje nytta alle verkemidlane med ein gong, og at dette var noko dei kunne gå tilbake til å diskutera i seinare tid. Det kan synast til at leiinga låste seg til eit løysningsalternativ når det gjaldt verkemiddelbruken ved Ahus. Dette kan forklarast via garbage can-perspektivet, då leiinga fortel sjølv at dei ikkje såg det store bilete, og av den grunn ikkje såg andre moglege løysingar eller alternativ.

Vidare fortel Informant 1 at det kunne ha vore ein betre diskusjon og kommunikasjon dersom dei ikkje stod i ein slik pressa og konkret situasjon. Det kan synast til at det ikkje var rom for å nytta god tid på å utarbeide ulike løysingsforslag, og at utfallet kan ifølgje garbage can sjåast på som ein flight og oversight løysningsresultat (Enderud. 1976, s.116). Flight resultatet kan synast med at problemet krev meir energi og tidsbruk enn det som eksistera av rådigheit. Oversight kan forklarast ved at denne situasjonen oppstod når koronabølga peikte nedover, og det ikkje var så mange eller store problem å ta tak i for leiinga som det var i første fase.

Forklart ved garbage can-perspektivet tok no problema under koronasituasjonen ei ny vending. Fokuset blei no på lønn, arbeidstid og dei generelle vilkåra for dei tilsette. Men dette er ikkje eit konkret problem som augeblikkeleg kan linkast opp mot koronasituasjonen, med bakgrunn til at dette er ein diskusjon som HR stadig er i.

### **6.3.1 Oppsummering av garbage can-modellen**

Med bakgrunn i forventingar av funn av garbage can-perspektivet kan det synast til at sjølve situasjonen vart oppfatta som ein uoversiktleg og anarkistisk situasjon. Sjølve avgjerdsfasen var styrt av ei leiing, men det kan synast til at det eksisterte deltidsdeltakarar som varierte ut ifrå kva behov sjukehuset hadde. Deltidsdeltakarane satt med relevant kompetanse og fagfelt for å få fram løysingsalternativ, og å hjelpa fram til ei avgjersle. Avgjerdsfasen bærer også preg av det som kan relaterast til eit organisert anarki, men dei typiske kjenneteikna på organisert anarki er ikkje til stades.

I første fase oppstod det mange parallelle problem som medførte ein kø av problem på bakgrunn av ein relativ kort handteringstid. Problema kravde meir energi og tid enn det som eksisterte av rådigheit. Eg forventa at det ikkje var rom for å nytta god tid på å utarbeida ulike løysningsforslag, og at deltakarane tok avgjersler utan at sakane gjekk igjennom mange rundar. Informantane viser til at innspel av løysningsforslag frå deltakarane vart høyrd og diskutert, men det blir ikkje nemnt noko om kva som kunne bli tatt med eller ikkje av løysningsforslag. Informantane meiner sjølv at avgjersler blei tatt raskt, og av den grunn kan det bli satt spørsmålsteikn om det har medført at mange løysningsforslag ikkje har blitt inkludert eller vurdert, og at det beste løysningsforslaget er blitt anerkjent som det beste utfallet under ein pressa situasjon. Ahus hadde ein klar struktur og planverk, men det oppstod stadig ulike saker som sjukehuset ikkje hadde eit planverk for korleis det skulle handterast. Prosessen kan då sjåast på som uoversiktleg situasjon der dei fire straumane flyt saman tilfeldig. Det blir ikkje gjort funn av at deltakarane er autonome i den forstand at dei inkludere seg sjølv i prosessen når dei sjølv ynskjer det, men heller ein operativ prosess der det er litt vanskeleg å identifisera kven som har deltatt av deltakarar utanfor sjølve leiinga.

## 7. Konklusjon og avslutning

Hensikta med denne studien har vert å avdekka problemstillinga:

*«Kva karakteriserte Akershus Universitetssjukehus HF sin avgjerdsprosess under covid-19-pandemien?».*

For å gje svar på problemstillinga har eg via intervju innhenta empiri som gjer det mogleg å sjå avgjerdsprosessen i lys av eit rasjonelt perspektiv, forhandlande perspektiv og eit anarkistisk perspektiv. Eg vil i dette kapittelet syna til karaktertrekka ved problemstillinga, i tillegg vil eg reflektera over studiens teoretiske rammeverk og avslutte med mine tankar til vidare forskning.

Som det kjem fram i kapittel 5 om funn, var den første fasen i den pågåande avgjerdsprosessen under covid-19-pandemien belasta av mange arbeidsoppgåver som kom uføresett. Her viser det også til at problem og løysingar var stadig i endring undervegs i prosessen. Den første fasen av pandemien kan av den grunn sjåast i lys av perspektiva i garbage can, der straumane vart berørt av tilfeldigheita. Regjeringa sin seine informasjon om tiltak mot pandemien kan synast til å vera ein av hovudgrunnane til at straumane oppstod tilfeldig. Som det blir vist til i empirien, medførte restriksjonane frå regjeringa mange problemstillingar som Ahus måtte handtera raskt. Restriksjonane prega sterkt avgjerdsprosessen til Ahus då sjukehuset er avhengig av god planlegging og struktur for å vedlikehalde ei forsvarleg drift av både pasientar og bemanning.

Situasjonen i seg sjølv har bært eit preg av anarki, men sjølve garbage can-perspektivet har ikkje ein sterk innverknad eller høg forklaringskraft på avgjerdsprosessen til Ahus. Dei typiske perspektiva i garbage can-modellen er ikkje så synleg i studien. Til dømes er ikkje målsettinga uklar, det eksisterer ikkje ein open struktur, og eg finn ikkje noko informasjon om at deltakarane var fullstendig autonome i avgjerdsprosessen. Grunnmuren for å handtera ein pandemi var allereie oppretta og planverket vart godt nytta. For å ta hand om ulike problemstillingar bygde deltakarane vidare på planverket, i staden for å finna opp noko på nytt.

I diskusjonskapittelet av dei tre teoretiske perspektiva er det tydeleg at avgjerdsprosessen er dominert av det rasjonelle avgjerdsperspektiva. Forventningane i frå hypotese 1 er relativ lik utfallet av studien, og karaktertrekka av dei rasjonelle perspektiva var lett gjenfinnbart i avgjerdsprosessen. Til dømes var det ei klar oppfatning mellom informantane om kva som var hovudprioriteten og mål under prosessen. Dette viser at det er ein tydeleg

organisasjonsstruktur til stades, og løysingane blir styrt av konsekvensar. Heile vegen var det fokus på pasientane, og sjukehuset breitta opp armene for å gi ein sterk innsats mot pandemien. Funna viser også til at det eksisterer tydelege samanheng mellom mål og val som baserer seg på å fungera best tenkeleg. Dette er ikkje heilt uføresett då eit sjukehus har eit oppbygd hierarkisk struktur, der det eksisterer ei klar fordeling av makt og fagleg arbeidsfordeling i organisasjonen under ei krise. I ei rasjonell tilnærming er det også viktig at organisasjonen er bevisst på kva prosedyrar som kan styra verksemda på ein slik måte som kan bidra til måloppnåingar. Noko funna i studien viser til.

Aktiviseringa av fagkompetente aktørar styrker det rasjonelle perspektivet, det med bakgrunn i at sjukehusleiinga innhenta all nødvendig informasjon for å ta avgjersler. På den andre sida viser studien til at det opna ein moglegheit for deltakarane å fremma sine interesser undervegs i prosessen. I dei politiske forhandlingsperspektiva viser det til at deltakarane fekk tildelt rettigheita i forbindelse med ein gitt avgjerds moglegheit. Det oppstod då ei form for forhandling som kan sjåast i lys av den politiske forhandlingsperspektivet, der deltakarane utfordra eksisterande framtidsstrategi ved å bringa fram overordna argument mot strategiplanen. Eg har tidlegare referert til at det oppstod to parallelle leiingar under avgjerdsprosessen der diskusjonen omhandla ulike vilkår for dei tilsette. Ein slik diskusjon er eit område stabfunksjonen stadig er i, og det kan synast til ein diskusjon som lika gjerne kunne kome på bordet utan ein pandemisk situasjon.

Dei politiske forhandlingsperspektiva er relativ lik dei rasjonelle perspektiv, men utfallet av empirien viser til at dei typiske trekka ved det politiske forhandlingsperspektivet ikkje har dei førande karaktertrekka over avgjerdsprosessen. Dei typiske trekka i den politiske forhandlingsperspektivet viser ikkje til at avgjersler blir tatt igjennom forhandlingar, i tillegg viser det heller ikkje til at deltakarane stadig trekker fram sine egne interesser, eller at måla blir utfordra. Sjølv med bakgrunn i at Ahus er ein organisasjon som er strukturelt differensiert, med mange ulike nivå, einingar og avdelingar, så viser funna i studien til at deltakarane har ei felles forståing for kva som skal prioriterast og kva problem som skal gå føre.

I undersøkinga kjem det fram at det er kjenneteikn av ulike perspektiv i frå alle dei tre avgjerdsmodellane i avgjerdsprosessen. Som eg viste til i første avsnitt, er den første fasen prega av tilfeldigheit. Eit meiningsfullt moment som kjem fram er regjeringa sin seine beskjed av ulike retningslinjer mot pandemien, som gjorde situasjonen openbert problematisk for Ahus. Helseføretaka er utan tvil eit av samfunnets viktigaste institusjon under ein



pandemi, og det er forventet at Noregs styrande organ kunne føretatt ein tydlegare, og ikkje minst tidlegare kommunikasjon retta mot helseføretaka. På den måten kunne sjukehusa hatt ein moglegheit til å førebu seg strategisk imot dei nye restriksjonane som ramma helseføretaka. Eit sjukehus er kontinuerleg i drift og har openbert behov for rask informasjon under slike omstende for å vedlikehalde ei forsvarleg drift av svært mange og alvorleg sjuke pasientar.

Ahus vart satt i ein ny type beredskapssituasjon som har vart lenge og varer enda. Første fase viser til ein anarkistisk defineringsfase, men desse strukturane blir raskt stramma inn og aktivert. Utredninga aktiverte faglege aktørar, og sjølve prosessen viser til eit sterkt samarbeid med ei samansveisa gruppe av ulike fagleg kompetanse for å utarbeida løysingar. Eit openbert funn er at pandemien var ein kaotisk situasjon, men også ein kontrollert prosess. Sjukehuset var grunnleggande førebudd på ein pandemi der det eksisterte koordinering mellom arbeidsoppgåvene, fordeling av autoritet, og system for styring og kontroll av arbeidet som vart utført under pandemien ved Ahus. Når det oppstod uføresette hendingar som det ikkje eksisterte reglar og rutinar for, er inntrykket at sjukehusleiinga lytta til fagfolk for å ta ei avgjersle, og at det var ei god samarbeidsånd for å finna praktiske løysingar heile vegen.

Eit anna viktig funn eg ynskjer å trekka fram, som ikkje blir repetert så mykje om i studien, er omtanken informantane hadde til sine tilsette som arbeida pasientretta og generelt ved heile sjukehuset. Det vart tidleg i prosessen oppretta eit system for å følgje opp det psykososiale arbeidsmiljøet på eit individnivå, i tillegg til ein informasjonskanal som vart dagleg oppdatert. Dette funnet viser at Ahus ikkje berre fokuserte på dei overordna problemstillingane i ein kaotisk situasjon, men også hadde fokus på arbeidsmiljøet ved eit HMS perspektiv under pandemien då dei tok tak i uroa til dei tilsette.

Det er ikkje mogleg for eit sjukehus å vera totalt førebudd på ein uføresett beredskapssituasjon. Trass i problemstillingar som oppstod som ikkje burde vore til stede ved eit sjukehus, då særskilt manglande bemanning og verneutstyr, viser studien til rask handlingskraft og delegering av arbeidsoppgåver for å løyse situasjonen. Eg opplev også høg tillit mellom informantane. Denne tillita kan synast til ei oppleving av medverknad og god informasjonsstruktur når sjukehusleiinga har måtte føretatt avgjersler.

Igjennom medverknad og informasjon i mellom deltakarane har det skapt grunnlag for ein føreseieleg drift, ro og respekt for kvarandre i ein kritisk og langvarande situasjon. Dette er eit

viktig funn då det viser til omstillingsevne, effektivitet og produktivitet som er ein grunnmur for eit sjukehus både ved normaldrift og under ein beredskapssituasjon.

## **7.1 Tiltak mot ein ny pandemisk situasjon**

I frå starten til slutten av studiet har det vore ein samanheng ved problemstillingane. Oppgåva starta med syning til uroa for mangel av kompetent kapasitet, smittevernutstyr og intensivsengeplassar, som har også vist seg å bli ein realitet. Av den grunn er det sentralt å reflektere over kva tiltak sjukehuset kan ta med seg til ein eventuell ny pandemisk situasjon.

Beredskapslagra, spesielt smittevernutstyr, var magert. Det har heile vegen vore nok smittevernutstyr, men tilgangen har vore utilstrekkeleg. Helseføretaka kan til dømes utarbeida eit eiga beredskapslager slik at utstyr konstant er tilgjengeleg som ei nødløysing dersom behovet oppstår. Det kan også til dømes utarbeidast egne sentrale planar og strategiar for korleis intensivkapasiteten raskt kan styrkast under ei krise. Både ved personell og areal. For å få ei oversikt over kva areal som er tilgjengeleg for å samla pasientar til eit større pandemiareal, kan sjukehuset sjå over kva områder som ikkje blir nytta til pasientrom under ein normaldrift. Deretter bør det utarbeidast ei oversikt over elektrisiteten, oksygentilførsel og slusar til rommet, slik at arealet er klar til bruk. For å styrka bemanninga under ein pandemisituasjon kan det til dømes skolere opp ei viss gruppe personell for å utvida kunnskapen deira av behandling av kritisk sjuke pasientar. Treninga kan til dømes innførast som eit obligatorisk kurs, eventuelt kan sjukehuset innføra ei regelmessig trening av pandemihandtering. Slike tiltak vil vera ei forsterking for sjukehuset.

## **7.2 Refleksjon av teoretisk rammeverk**

I følgje Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016, s.36) føreset intersubjektivitet ein einigheit eller samforståing mellom forskarar. For å styrka intersubjektiviteten vil eg syna til teoretiske perspektiv som har gitt mening for studiet.

Det eksisterer mange ulike avgjerdsteoriar. Eg valde å fordjupa denne studien ved å nytta straumperspektivet som ein analysemodell for å forstå avgjerdprosessen ved Akershus Universitetssjukehus. Straumperspektivet har fungert veldig godt som ein analysemodell i denne studien. Eg er veldig glad for at eg har brukt denne teorien, då det har egna seg til å få

fram alt av pandemi handteringa. Det er andre teoriar innanfor organisasjonspsykologi eller teoriar knytt til organisasjonssynspunkt, som ville forklart mykje mindre av Ahus si handtering av pandemien. Det har også vore veldig nyttig å sjå på perspektiva ifrå ein rasjonell avgjerdsprosess, den politisk forhandlande avgjerdsprosess og garbage can. Denne eldre teorien har skapt ei fordjuping og grundigheit for å få fram alle aspekta av empirien. Avgjerdsmodellane inneheld så mange og ulike perspektiv som gjorde det mogleg å finna særskilte karaktertrekk ved avgjerdsprosessen til Ahus. Dette utgangspunktet tilfredsstilte tråden til studiens problemstilling.

Johannessen, Tufte og Christoffersen (2016, s.44) meiner eit teoretisk perspektiv er noko lausare enn ein teori, og kan sjåast på som ein betraktningmåte eller ein synsvinkel. Straumperspektivet har vore nytta som eit analytisk verktøy og perspektiva i dei tre ulike avgjerdsmodellane har openbert gitt meg som forskar innsyn til ulike aspekt ved prosessen som elles ikkje ville vore belyst i analysen.

Den teoretiske ramma og den innsamla empirien har ein logisk samanheng som styrkar studiens kvalitet. Mi forforståing var at situasjonen vart berørt av kaos med enorme mengder av problemstillingar som måtte handterast. Media framstilte Noreg som uførebudd, noko som også gjaldt helseføretaka. Med hjelp av det teoretiske rammeverket har studien gitt meg som forskar eit nytt syn på prosessen, og skapt lærdom om både Ahus og korleis pandemien vart handtert. Til dømes viser studien til korleis avgjerdsprosessen vart påverka av omgivnadane, korleis organisasjonsstrukturen er under ein avgjerdsprosess, og til organisasjonskulturen og maktforholdet ved Ahus. Avgjersler er viktige symbol innanfor ein organisasjon, og korleis avgjersler blir mottatt av dei tilsette som tolkar avgjerslene, seier noko om organisasjonskulturen. Ved Ahus eksisterte det inkludering og informasjonsinnhenting før sjukehusleiinga tok ei avgjersle. Empirien viser til at det oppstod diskusjonar til tider, men når ei avgjersle vart tatt, så vart dette respektert. Dette kan bli linka opp mot organisasjonskulturen der det eksisterer medverknad, tillit og respekt for avgjerdsprosessen sitt utfall.

### **7.3 Vidare forskning**

Det er mykje å forske vidare på innanfor Ahus som er eit av Noregs største universitetssjukehus og koronapandemien. Denne oppgåva har ikkje føretatt seg prosessen vidare etter desember 2020, og me er framleis under ein pandemi der viruset har breidd seg til

fleire ulike mutasjonar. Media viser til den dag i dag at regjeringa ikkje var godt nok førebudd på pandemien. Helseføretaka slit framleis med å skaffe nok bemanning, då spesielt intensivsjukepleierar.

Til vidare forskning hadde det vore spennande å sjå på korleis prosessen har utvikla seg og kva nye problemstillingar som har oppstått. Det ville også vore interessant å utvida studiet for å fanga meir variasjon ifrå andre avdelingar ved Ahus. Til dømes å høyra kva avdelingane som arbeida pasientretta tenker om avgjerdsprosessen, og generelt den endringsprosessen avdelingane måtte igjennom. Ikkje minst ville det vore interessant å samanlikna denne studien med andre helseføretak i Noreg, som til dømes Oslo Universitetssjukehus.

## Litteraturliste

Ahus (09.03.2020) *Avdeling nyfødt intensiv på Ahus er berørt av koronaviruset*. Tilgjengeleg frå: <<https://www.ahus.no/nyheter/avdeling-nyfodt-intensiv-pa-ahus-er-berort-av-koronaviruset>> [Lest: 30.03.2021]

Ahus (24.03.2020) *Har til nå hatt elleve koronapasienter på respirator*. Tilgjengeleg frå : <<https://www.ahus.no/nyheter/har-til-na-hatt-elleve-koronapasienter-pa-respirator>> [Lest: 02.11.2020]

Ahus (11.05.2020) *Om oss*. Tilgjengeleg frå: <<https://www.ahus.no/om-oss>> [Lest: 03.11.2020]

Ahus (27.03.2020) *Rekordrekruttering til Ahus*. Tilgjengeleg frå: <<https://www.ahus.no/nyheter/rekordrekruttering-til-ahus>> [Lest: 03.11.2020]

Ahus (29.03.2019) *Årsberetning for 2018 Akershus Universitetssykehus HF*. Tilgjengeleg frå: <<https://www.ahus.no/Documents/Om-oss/%C3%85rsrapport/%C3%85rsberetning%202018.pdf>> [Lest: 03.11.2020]

Adressa (30.03.2020) *Intensivkapasiteten på Ahus er nesten sprengt*. Tilgjengeleg frå: <<https://www.adressa.no/nyheter/innenriks/2020/03/30/Intensivkapasiteten-p%C3%A5-Ahus-er-nesten-sprengt-21477259.ece>> [Lest: 02.11.2020]

Brunsson, K. og Brunsson, N. (2015). *Beslutninger*. Cappelen Damm AS

Cohen, D.M. , March, G.J. , & Olsen, P.J. (1972). *A Garbage Can Model of Organizational Choice*. Tilgjengelig fra: <<https://www-jstor-org.ezproxy.nord.no/stable/pdf/2392088.pdf?refreqid=excelsior%3Acb6a6ddb70abcfa3fc4f33702d1bb57f>> [Lest: 05.11.2020]

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

DSB (2019). *Analyse av krisescenario*. Tilgjengeleg frå:

<[https://www.dsb.no/globalassets/dokumenter/rapporter/p1808779\\_aks\\_2018.cleaned.pdf](https://www.dsb.no/globalassets/dokumenter/rapporter/p1808779_aks_2018.cleaned.pdf)>  
[Lest: 20.02.2021]

Egeberg, M. (1981) *Stat og organisasjoner -Flertallstyre, partsstyre og byråkrati i norsk politikk*. Tilgjengeleg frå: <[https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2007070901009?page=13](https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2007070901009?page=13)> [Lest 04.11.2020]

Enderud, H. (1976). *Beslutninger i organisationer – i adfærdsteoretisk perspektiv*. Danmark: Fremad.

FHI (13.04.2011) *Hva er en pandemi?* Tilgjengeleg frå:  
<<https://www.fhi.no/sv/influensa/influensapandemier/hva-er-en-pandemi/>> [Lest: 23.10.2020]

FHI (2014) *Samfunnsoppdrag og tildelingsbrev*. Tilgjengeleg frå:  
<<https://www.fhi.no/om/fhi/org-visjon/>> [Lest: 03.03.2021]

FHI (2020) *Risikovurdering av og respons på 2019- nCov-infeksjon i Norge*. Tilgjengeleg frå:  
<<https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/risikovurdering-av-og-respons-pa-2019-ncov-infeksjon-i-norge-28.01.2020.pdf>> [Lest: 02.11.2020]

Hagen, A., Jor, L.B og Lien, S.M (12.03.2020) *Dette er tiltakene som vil forandre din hverdag*. Tilgjengelig fra: <<https://www.dagbladet.no/nyheter/dette-er-tiltakene-som-vil-forandre-din-hverdag/72241081>> [Lest: 11.04.2021]

Helsedirektoratet (2019). *Ansvar og oppgaver helseberedskapen i Norge*. Tilgjengeleg frå:  
<<https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/ansvar-og-oppgaver-helseberedskapen-i-norge>> [Lest: 03.03.2021]

Helsenorge (08.02.2020). *Koronavirus – fakta, råd og tiltak*. Tilgjengeleg frå:  
<<https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1>> [Lest: 16.10.2020]

Helse Sør-Øst (03.02.2020). *Regional beredskapsplan for pandemi og alvorlig smittsom sykdom*. Tilgjengeleg frå: <<https://www.helse->

[sorost.no/Documents/Helsefaglig/Beredskap/Dokumenter/Pandemiplan-HS%C3%98-godkjent-030220%20\(002\).pdf](https://www.sorost.no/Documents/Helsefaglig/Beredskap/Dokumenter/Pandemiplan-HS%C3%98-godkjent-030220%20(002).pdf) > [Lest: 03.11.2020]

Hjerpbygg, S. (06.04.2020). *Sykehus skal ikke leke butikk!* Tilgjengelig fra: <https://www.manifesttidsskrift.no/sykehus-skal-ikke-leke-butikk/> > [Lest 02.11.2020]

Ingvaldsen, T. (26.02.2020) *Ullevål sykehus rasjonerer Korona-utstyr.* Tilgjengelig fra: <https://www.dn.no/helse/ulleval-sykehus/koronaviruset/ulleval-sykehus-rasjonerer-korona-utstyr/2-1-762961> > [Lest 02.11.2020]

Jacobsen, I.D. (2016). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : Innføring i samfunnsvitenskapelig metode.* 3. Utg. Oslo : Cappelen Damm AS

Jacobsen, I.D. og Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer.* 4. Utg. Bergen : Fagbokforlaget.

Johannessen, A. Tufte, P.A og Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon i samfunnsvitenskapelig metode.* 5. Utg. Oslo : Abstrakt forlag

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju.* 2. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kåresen, R. Gisvold, E.S. og Heier, E.H. (06.05.2020). *Beredskap og sykehusbygging: Hva bør vi lære av covid-19?* Tilgjengelig fra: < <https://tidsskriftet.no/2020/05/kronikk/beredskap-og-sykehusbygging-hva-bor-vi-laere-av-covid-19> > [Lest: 17.10.2020]

March, G.J (1988) *Decisions and organizations.* Basil Blackwell.

OECD (2019) *Health at a Glance 2019. OECD INDICATORS.* Tilgjengeleg frå: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1622281704&id=id&accname=guest&checksum=57923D739B0CCC84F47B74A306FC0361> > [Lest: 03.03.2021]

Olsen, J.P. (1978). Politisk organisering: Organisasjonsteoretiske synspunkt på folkestyre og politisk ulikhet. Universitetsforlaget: Bergen, Oslo, Tromsø.

Regjeringen (23.10.2014) *Nasjonalt beredskapsplan pandemisk influensa*. Tilgjengeleg frå : [https://www.regjeringen.no/contentassets/c0e6b65e5edb4740bbdb89d67d4e9ad2/nasjonalt\\_beredskapsplan\\_pandemisk\\_influensa\\_231014.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/c0e6b65e5edb4740bbdb89d67d4e9ad2/nasjonalt_beredskapsplan_pandemisk_influensa_231014.pdf) > [Lest: 03.11.2020]

Regjeringen (30.01.2020) *Koronaviruset og norske myndigheters arbeid*. Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/koronaviruset-og-norske-myndigheters-arbeid/id2688304/> > [Lest: 04.04.2021]

Regjeringen (10.03.2020) *Redegjørelse om norske tiltak for å møte koronavirusutbruddet*. Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/redegjorelse-om-norske-tiltak-for-a-mote-koronavirusutbruddet/id2693018/> > [Lest: 03.11.2020]

Rhodes, A. Flaatten, H. Ferdinande, P. Guidet, B. Metnitz, G.P. & Moreno, P.R. (10.07.2012) *The variability of critical care bed numbers in Europe*. Tilgjengeleg frå: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-012-2627-8> > [Lest: 02.11.2020]

Thagaard, T. (2018). Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder. 5.Utg. Bergen : Fagbokforlaget.

TV2 (06.03.2020). *Pressekonferanse om koronaviruset*. Tilgjengeleg frå: <https://www.tv2.no/v/1547770/> > [Lest 02.11.2020]

Zondag, M. og Solvang, M. (26.01.2020). *FHI om virusutbruddet i Kina: - Vi er beredt, om det skulle komme til Norge*. Tilgjengelig fra: < [https://www.nrk.no/norge/fhi-om-virusutbruddet-i-kina - -vi-er-beredt -om-det-skulle-komme-til-norge-1.14877425](https://www.nrk.no/norge/fhi-om-virusutbruddet-i-kina--vi-er-beredt-om-det-skulle-komme-til-norge-1.14877425) > [Lest 02.11.2020]



## Vedlegg 1 – Intervjuguide

### **Intervjuguide:**

#### **Fase 1: Opningsfase og informasjon**

- Introdusera meg sjølv
- Sei litt om bakgrunn og formål med studien.
- Forklara hensikta med fokusgruppe intervjuet, teieplikta og anonymitet.
- Informera om lydopptak av gruppesamtalen.

#### **Fase 2: Overgang**

- Kven er til stede?
- Kva var dine hovudoppgåver under Covid-19?

#### **Fase 3: Hovudfase**

##### **Avgjerdsprosessen**

1. Kva var den utløysande faktoren for å diskutera viruset, Covid-19?
2. Korleis førebudde Ahus seg på ein pandemi?
3. Korleis var prosessen formelt organisert?
  - Overordna føringar?
4. Kva blei tatt opp som hovudpunktane i møtene som omhandla Covid-19?
5. Korleis vart nasjonal, regional og intern beredskapsplan mot pandemi nytta ved sjukehuset?
  - Har pandemiplanane påverka avgjerslene?
    - Dersom ja: korleis og kva?

##### **Deltakarar**

1. Kven deltok i avgjerdsprosessen?
2. Korleis vart deltakrane valt ut?
  - a) Kvalifikasjonar/ kompetanse / stilling

- b) Tilfeldig utval internt i organisasjonen
3. Var det like deltakarar med i kvar fase?
    - Eventuelt kvifor ikkje?
  4. Var deltakarane stabile over lengre tid? Eller var det fleire deltakarar som vart skifta ut etter kvart?
    - Eventuelt kvifor?
  5. Korleis vart krisestab inkludert i pandemien?
  6. Oppstod det tydelege interesse motsetningar i prosessen?
    - Dersom ja: Kva motsetningar oppstod?

## **Problem**

1. Kva utfordringar oppstod ved Ahus i startfasen av pandemien?
2. Korleis vart dei ulike utfordringane diskutert opp mot kvarandre?
3. Var Ahus i ein sårbar situasjon ved pandemistarten?
  - Dersom ja: På kva måte?
  - Medisinsk utstyr / personell / karantene / smittevern/ respirator etc. eit problem?
4. Forandra problema seg undervegs i prosessen?
  - Eventuelt kva og korleis?
5. Eksisterte det ulike oppfatningar av utfordringane blant deltakarane?
  - Dersom ja: korleis påverka det prosessen?
    - Vart det ein meir utfordrande prosess?
6. Oppstod det utfordringar med å ha ein beredskapsleiing over ein så lang periode?
  - Eventuelt kvifor?

## **Løysningar**

1. Kva alternativ til løysningar vart presentert i løpet av prosessen?
2. Vart alle alternativa til løysningane vekta og vurdert på lik måte?
3. Eksisterte det ulike oppfatningar blant deltakarane om korleis problema burde løysast?
4. Korleis samarbeida deltakarane saman for å finna ulike løysningar?
5. Kva moment prega løysingane?
  - Fagområde

- Kjensler
- Sjukehuset sitt besta
- Økonomi

### **Avgjerdsmoglegheit**

1. Var diskusjonar og avgjersler avgrensa til dei formelle arenaene?
  - Dersom nei: Kvar blei det føretatt?
    - Døme tilfeldige møter
2. Endra avgjerdsmoglegheita seg når Ahus opererte med pandemisituasjon og normal drift?
3. Er det nokon situasjonar/ utfall dykk ville gjort annleis dersom dette skjer på nytt?
  - Korleis og kvifor?
4. Korleis opplevde dykk avgjerdsprosessen under Covid-19? Grei gjerne ut.
5. Kva syns du skildrar denne prosessen mest ut ifrå desse tre setningane?
  - Intuitiv prosess kor problema er innlysande og løysningane blir vurdert fram til man sitter med det besta alternativet for løysing.
  - Forhandlande prosess kor det oppstår meking mellom deltakarane i bakgrunn av problem og løysningsforslag.
  - Anarkistisk prosess kor problema oppstår tilfeldig og er til tider uoversiktleg og løysningane er stadig i endring.

### **Fase 4: Oppsummering**

1. Oppsummera sentrale punkt i samtalen
2. Oppklara uklarheit
3. Er det noko dykk vil leggja til som kan ver viktig?

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### ”Førebudd på ei krise? Ein avgjerdsteoretisk studie av Akershus Universitetssjukehus HF under ein pandemi.”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hva som karakteriserte Akershus Universitetssykehus HF sin beslutningsfase under Covid-19-pandemien. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Formålet med dette prosjektet er å belyse og analysere hva som karakteriserte Akershus Universitetssykehus HF sin beslutningsfase under Covid-19-pandemien. Under en pandemi med mange utfordringer som blir knytt til å opprettholde et forsvarlig og kontinuerlig helsetilbud, er det sentralt å se på hvordan beslutninger går føre for seg. Prosjektet tar utgangspunkt i det beslutningsteoretiske strømperspektivet, og har hensikt å besvare hvordan fire ulike strømmer (*problemer, løsninger, deltakerer og beslutningsarenaer*) ble koblet sammen underveis i prosessen. Dette vil bidra til å skape et grunnlag for å se på om prosessen bærer preg av å være en styrt beslutningsprosess, forhandlende prosess eller en mer tilfeldig beslutningsprosess. Prosjektet vil ta utgangspunkt i fokusgruppeintervju med sentrale beslutningsdeltakere for å skape en åpen dialog om hvordan prosessen gjekk for seg. Hensikten med masteroppgaven er å få ett innblikk i hvordan Akershus Universitetssykehus håndterte en ellers uvanlig beredskapssituasjon, samt å skape en forståelse av beslutningsprosessen på en presis måte. Jeg ønsker å undersøke viktige system innenfor et så stort sykehus, samt å undersøke moment til læring ut ifra hvordan prosessen har foregått. Casen vil bli begrunnet utenfra, men være teoretisk basert.

Problemstillingen er som følgende:

*«Hva karakteriserte Akershus Universitetssykehus HF sin beslutningsprosess under Covid-19-pandemien?»*

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Nord Universitet er ansvarlig for prosjektet. Herunder:

Silje Vedøy Henriksrud, masterstudent ved Nord Universitet,

samt min veileder i masteroppgaveprosjektet som er førsteamanuensis Per Harald Rødvei.

## **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Utvalget er kriteriebasert med informanter som har vært aktiv deltakende i hele eller deler av beslutningsprosessen.

Etter å ha henvist meg til sentrale personer i organisasjonen som har god kjennskap til prosessen, fikk jeg opplyst hvilke deltakere som er relevante og aktuelle til forskningsprosjektet. Dette er bakgrunnen til at du får spørsmål om å delta i dette intervjuet. Din kunnskap og innflytelse er nyttig for å finne svar på problemstillingen i denne masteroppgaven.

## **Hva innebærer det for deg å delta?**

Å delta i prosjektet innebærer deltakelse i et fokusgruppeintervju hvor flere ansatte ved Akershus Universitetssykehus sitter sammen og diskuterer erfaringer rundt beslutningsprosessen ved Ahus under Covid-19-pandemien. Fokusgruppeintervjuet vil foregå i en gruppe med 5-7 deltakere. Anslått varighet på intervjuet vil være omtrent på 60 minutter. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet som vil anonymiseres, transkriberes og slettet etter at prosjektet er ferdig. Jeg vil også ta notater underveis med punkter og mulige oppfølgings spørsmål. Selve intervjuet vil foregå digitalt, og intervju spørsmålene vil omhandle hvordan Ahus forberedte seg på pandemien, hvilke problem som oppstod, løsninger og beslutningsdeltakerne.

## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn eller andre gjenkjennbare opplysninger. Det er kun undertegnede og min veileder ved Nord Universitet som vil få tilgang og kjennskap til dine opplysninger.

Når lydfilen er transkribert vil lydfilen umiddelbart bli slettet og tekstfilen vil erstatte disse filene. Filene vil bli navngitt etter et nummersystem, og ikke ditt navn eller organisatorisk tilhørighet. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes direkte i publikasjonen, men det kan hende jeg må nytte hvilken organisasjon informantene representerer. Dette vil være en informasjon som kommer til å være så generell som mulig for å sikre at informantene ikke identifiseres.

## **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i slutten av juni 2021. Lydopptakene fra intervjuet vil bli slettet etter transkribering er utført, og eventuelle notater vil bli makulert. Alt som blir sagt i intervjuet vil bli anonymisert.

Etter at prosjektet er avsluttet vil anonymiserte transkriberinger av intervjuene bli slettet, eventuelt makulert. Dette gjelder også dersom en kandidat ønsker å trekke seg.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord Universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Nord Universitet ved Silje Vedøy Henriksrud (student), tlf: 48 21 38 38, Mailadresse: [silje.vh@hotmail.com](mailto:silje.vh@hotmail.com) eller Per Harald Rødvei (veileder), [per.h.rodvei@nord.no](mailto:per.h.rodvei@nord.no) , tlf.: 75 51 73 43
- Vårt personvernombud ved Nord Universitet: Toril Irene Kringen, [toril.i.kringen@nord.no](mailto:toril.i.kringen@nord.no) , tlf.: 74 02 27 50

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på tlf.: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Per Harald Rødvei  
(Førsteamanuensis/ veileder)

Silje Vedøy Henriksrud  
Masterstudent

---

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Førebudd på ei krise? Ein avgjerdsteoretisk studie av Akershus Universitetssjukehus HF under ein pandemi*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, juni 2021

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)