

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn: Ole Tobias Olsen

Yngve Skar

Opprettelsen av Forvaltningssenter for radiologi i Helse Nord - En retrospektiv studie av beslutningsprosessen.

Dato: 23.06.2020

Totalt antall sider: 64

Forord

Denne oppgaven setter punktum for det toårige masterstudiet Master of Business Administration (MBA) i Helseledelse ved Nord Universitet. Vi har hatt to utviklende og morsomme studieår. Arbeidet med oppgaven har vært både utfordrende og lærerikt, og vi er begge svært fornøyd med samarbeidet vi har hatt underveis i skriveprosessen. Vi har motivert hverandre og dette har drevet arbeidet fremover.

Vi ønsker å takke vår arbeidsgiver Universitetssykehuset Nord Norge HF generelt, og våre ledere spesielt, for at de har lagt til rette for at vi kunne gjennomføre studiet. Vi vil takke våre informanter som stilte velvillig opp og fortalte om sine erfaringer. En stor takk til vår respektive kone, samboer og barn for å ha holdt fortet på hjemmebane under studietiden, og spesielt under arbeidet med masteroppgaven. Til slutt vil vi takke professor i samfunnsøkonomi Pål Andreas Pedersen for meget god veiledning underveis.

Narvik og Tromsø 20. juni 2020

Ole Tobias Olsen og Yngve Skar

Sammendrag

Det foretas mange små og store beslutninger i Helse Nord hver dag. Formålet med denne oppgaven har vært å studere beslutningsprosessen rundt opprettelsen av Forvaltningssenter for Radiologi, som etter vår forståelse har vært omstridt på grunn av organisasjonsmodellen som ble valgt.

Studien ble gjennomført som en casestudie hvor vi undersøkte tilgjengelige dokumenter og gjennomførte intervjuer for å belyse hva som hadde skjedd i perioden. Intervjuobjektene var alle sentrale aktører i Helse Nord, og som hadde vært delaktig i beslutningsprosessen. De innsamlede dokumentene strakte seg over en sjuårs periode. Intervjuene og dokumentene danner tilsammen grunnlaget for empirien vi benytter oss av. Det teoretiske og det empiriske grunnlaget bruker vi til å finne svar på problemstillingen i denne studien.

Studiens funn viser at Helse Nord RHF ikke har vært tydelig nok når det gjelder å avklare overordnede strategiske mål, og at det manglet en felles forståelse hos helseforetakene i forhold til hva som skulle opprettes. Dette har ført til vanskelige samarbeidsforhold og opplevelse av urettferdighet mellom de to største helseforetakene i Helse Nord. På den ene siden ble det fremhevet viktigheten av å ha det nye forvaltningssentret nært klinisk drift, mens den andre parten argumenterte for at det juridiske var viktig. Vi ser derfor at det bør utformes regler som regulerer hvordan uenigheter skal håndteres i fremtiden.

Abstract

Many decisions are made every day in Helse Nord. The purpose of this thesis has been to study the decision-making process regarding the creation of the Management Center for Radiology, which, to our understanding, has been disputed due to the organizational model chosen.

The study was conducted as a case study in which we examined available documents and conducted interviews to elucidate what had happened during the period. The interview subjects were all key players in Helse Nord, and had been involved in the decision-making process. The documents collected stretched over a seven-year period. The interviews and documents together form the basis of the empiricism we use. We use the theoretical and empirical basis to find answers to the problem in this study.

The study's findings show that Helse Nord RHF (Northern Norway Regional Health Authority) has not been clear enough when it comes to clarifying overall strategic goals, and that there was a lack of common understanding among the hospital trusts regarding what was to be established. This has led to difficult co-operation and experience of injustice between the two largest hospital trusts in Helse Nord. On the one hand, the importance of keeping the new management center close to clinical operations was emphasized, while the other part argued that legal issues was important. We find that rules should be drawn, that regulate how disputes should be handled in the future.

Innhold

Forord.....	i
Sammendrag	ii
Abstract	iii
Innhold	iv
Akronymer og definisjoner brukt i oppgaven	vi
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Oppgavens videre oppbygging	3
2.0 Saksgangen	4
2.1 Innledning.....	4
2.2 Beskrivelse av den formelle prosessen frem til beslutning.....	4
3.0 Teoretisk grunnlag.....	11
3.1 Innledning.....	11
3.2 Beslutninger.....	11
3.3 Rasjonalitet.....	14
3.4 Organisasjonsstruktur	16
3.5 Interorganisatoriske relasjoner og nettverk.....	19
3.6 Oppsummering.....	24
4.0 Metode	25
4.1 Innledning.....	25
4.2 Valg av metode.....	25
4.3 Datainnsamling.....	26
4.4 Dataanalyse	27
4.5 Metodekritikk	27
4.6 Etske betraktninger	28
5.0 Empiri fra intervjuene.....	29
5.1 Innledning.....	29
5.2 Beslutningsprosesser	29
5.3 Enighet, tillit, kommunikasjon og ryddighet	32
5.4 Rasjonalitet.....	38
5.5 Hva skulle etableres?.....	39
5.6 Økonomi	40

6.0 Analyse av beslutningsprosessen	42
6.1 Rasjonalitet og beslutninger.....	42
6.2 Delbeslutninger	44
6.3 Organisasjonsstruktur	45
6.4 Interorganisatoriske relasjoner og nettverk.....	49
7.0 Konklusjon	54
Kildeliste	56
Litteraturliste.....	57

Akronymer og definisjoner brukt i oppgaven

EPJ – Elektronisk pasientjournal

FSE – Forvaltningssenter for elektronisk pasientjournal

FSL – Forvaltningssenter for lab

FSR – Forvaltningssenter for radiologi

FIKS – Felles innføring kliniske system

FIN – Finnmarkssykehuset HF

Helse Nord RHF – Helse Nord Regionalt Helseforetak

HF – Helseforetak

HN IKT – Helse Nord IKT

HSYK – Helgelandssykehuset HF

IKT – informasjons- og kommunikasjonsteknologi.

NLSH – Nordlandssykehuset HF

UNN – Universitetssykehuset Nord Norge HF

Teknisk forvaltning – Teknisk drift og vedlikehold av infrastruktur og programvare.

Funksjonell forvaltning – Brukerstøtte, support og opplæring for sluttbrukere.

Konfigurering, justering og testing av programvare.

Merkantil forvaltning – Oppfølging og forvaltning av avtaler med systemleverandører, og rettigheter og plikter i forhold til disse.

1.0 Innledning

Med til sammen 35 års erfaring fra sykehus, og til sammen 13 år som ledere startet vi høsten 2018 på en MBA i helseledelse i regi av Nord Universitet. Studiet er finansiert av Helse Nord. Ledelsen for studiet anbefalte tidlig at vi skrev masteroppgaven i par. På bakgrunn av dette bestemte vi oss tidlig for å skrive sammen. Vi har noe ulik bakgrunn fra helsetjenesten. Erfaringen vår i UNN er primært fra røntgenmiljøet og akuttmiljøet, og dette gjorde det utfordrende å finne et felles interesseområde å skrive om. Som ledere er vi involvert i store og små beslutninger, og vi opplever det som en felles utfordring å være en del av det å ta beslutninger. Derfor trodde vi det kunne være nyttig og ha beslutningsprosesser som tema for vår masteroppgave.

Underveis denne våren har de ordinære arbeidsoppgavene våre ved UNN også inneholdt arbeid i forbindelse med Coronapandemi, som resten av helsevesenet. Dette har gjort det spesielt krevende å konsentrere seg om å gjennomføre oppgaven, samt å få gjort avtaler om nødvendig bistand til innsamling av dokumenter, og tilgang på tid hos informanter til å gjennomføre intervjuer. Oppgaven har imidlertid blitt gjennomført etter beste evne selv med de komplikasjoner som oppstod etter 12.mars 2020.

1.1 Bakgrunn for oppgaven

“men, det ble fort sånn at ... jeg bidro også til det. Til en type spisset diskusjon. Som sagt, jeg opplevde at det brant på dass. Det var viktig å få vedtak. Hver uke som gikk uten at dem tok et vedtak – mer stress ble det på oss på å få det klart.”

*“Så jeg oppfatter at det var derfor ting tok tid, fordi at det var uenighet på”
toppnivået.”*

Siden en av forfatterne ble leder for en nyetablert forvaltningsorganisasjon for funksjonell forvaltning for radiologi i Helse Nord i 2015, valgte vi i dette prosjektet å se nærmere på beslutningsprosessen som førte frem til etablering av avdelingen. Sitatet over er fra en av aktørene i denne beslutningsprosessen.

Det var vår oppfatning at noen foretak i Helse Nord aldri har akseptert den modellen for organisering som ble utfallet av beslutningsprosessen, fordi de mener å få for lite innflytelse i viktige faglige spørsmål som omhandler oppsett av kliniske systemer, og kontroll på egne data. Samtidig mener de at UNN får en for stor rolle som premissgiver for utforming av IKT systemene til de andre foretakene. Dette har samtidig ført til at noen av helseforetakene har uttrykt misnøye med det tjenestetilbudet de har fått. Vår antagelse er at dette kan ha sammenheng med beslutningsprosessen som førte frem til opprettelsen av Forvaltningssenter for radiologi, og derfor har vi bestemt oss for å studere denne prosessen.

1.2 Problemstilling

Vi ønsker i vår studie å se på beslutningsprosessen frem mot vedtak om opprettelse av Forvaltningssenter for radiologi, for å forstå hvorfor enkelte aktører ikke aksepterte modellen som ble valgt til tross for at de var involvert i beslutningen. På bakgrunn av dette har vi formulert følgende problemstilling:

Hvordan var beslutningsprosessen frem til opprettelsen av Forvaltningssenter for radiologi (FSR), og hva kan vi lære av denne?

Sykehusene består av komplekse organisatoriske strukturer. Helsevesenet er sterkt lovregulert, og dette både utfordrer og kompliserer beslutninger og beslutningsprosesser i blant annet spesialisthelsetjenesten. I Helse Nord foretas en rekke små og store beslutninger hver dag, og vi har valgt å se på Forvaltningssenter for radiologi sin opprinnelse. Helseforetakene (HF) er eid av et regionalt helseforetak (RHF), samtidig som helseforetakene er egne rettssubjekt. Dette kan komplisere forhold rundt beslutninger som går på tvers av foretakene. En studie av denne beslutningsprosessen trenger tilgang på informasjon om prosessen før opprettelsen av avdelingen høsten 2014. Dette krever innsyn i dokumenter, og tilgang til informasjon fra personer som var en del av beslutningsprosessen. Vi var nødt å gjøre et valg i forhold til hvem vi mente kunne hjelpe oss å svare på problemstillingen. Ved hjelp av tilgangen til dokumenter og intervjuer med nøkkelpersoner, kunne vi se på avgjørende faktorer som forklarer hvordan beslutningen ble som den ble. Vi kunne også se disse faktorene opp mot etablerte teorier for beslutninger, organisasjon og ledelse.

1.3 Oppgavens videre oppbygging

I kapittel to beskriver vi den historiske saksgangen frem mot RHF'ets bestilling til UNN om opprettelse av Forvaltningssenter for radiologi. Kapitlet tjener også som en presentasjon av de viktigste empiriske funn fra dokumentstudiet vi har gjort. I kapittel tre beskriver vi teori som vi mener er relevant for å belyse utfordringer og problemstillinger knyttet til beslutningsprosesser. Kapittel fire er metodekapitlet og her beskriver vi studiedesignet, datainnsamling, dataanalyse, metodekritikk og kommer med noen etiske betraktninger. Kapittel fem inneholder utdrag fra intervjuer med våre informanter. Dette mener vi er relevant for å belyse problemstillingen utover et teoretisk perspektiv og innsamlede dokumenter. Kapittel seks er vår analyse av empirien sett opp mot teori og problemstilling. I studiens siste kapittel beskriver vi våre funn og forslag til videre forskning.

2.0 Saksgangen

2.1 Innledning

For å ha et grunnlag å starte med samlet vi inn dokumentasjon fra flere kilder for å kunne studere den formelle prosessen forut for opprettelse av Forvaltningssenter for radiologi (FSR). Dette materialet besto av ulike dokumenter som belyser behovet for en felles regional forvaltning, hva denne bør inneholde samt forslag til hvordan den kan organiseres. Til slutt i kapitlet sier vi litt om hvilke dokumenter som til sammen utgjør bestillingen til UNN om å opprette et forvaltningssenter for radiologi.

2.2 Beskrivelse av den formelle prosessen frem til beslutning

Tidlig i 2009 ble det vedtatt at Helse Nord skulle anskaffe felles regionale systemer innenfor Elektronisk pasientjournal (EPJ), LAB og radiologi. Anskaffelsen ble gjennomført i løpet av 2010 og 2011, og tildelingen ble gjort i mai 2011. Høsten 2011 etablerte man programmet «Felles Innføring Kliniske Systemer» (FIKS)¹ som fikk som oppgave å implementere de nye kliniske IKT systemene.

Det første dokumentet vi har klart å få tak i som beskriver hvordan man så for seg at en forvaltningsmodell for IKT tjenester kan se ut er *Forvaltningsmodell for IKT-tjenester i Helse Nord*², som vi oppfatter er produsert av HN IKT en gang etter april 2013. Dokumentet beskriver en ny styringsmodell for IKT i Helse Nord som ble etablert i 2011. Videre sies det at målet med ny styringsmodell «var å rendyrke funksjonell, teknisk og merkantil forvaltning av IKT tjenestene, slik at kjernevirksomheten i helseforetakene er premissgiver for IKT utviklingen.»

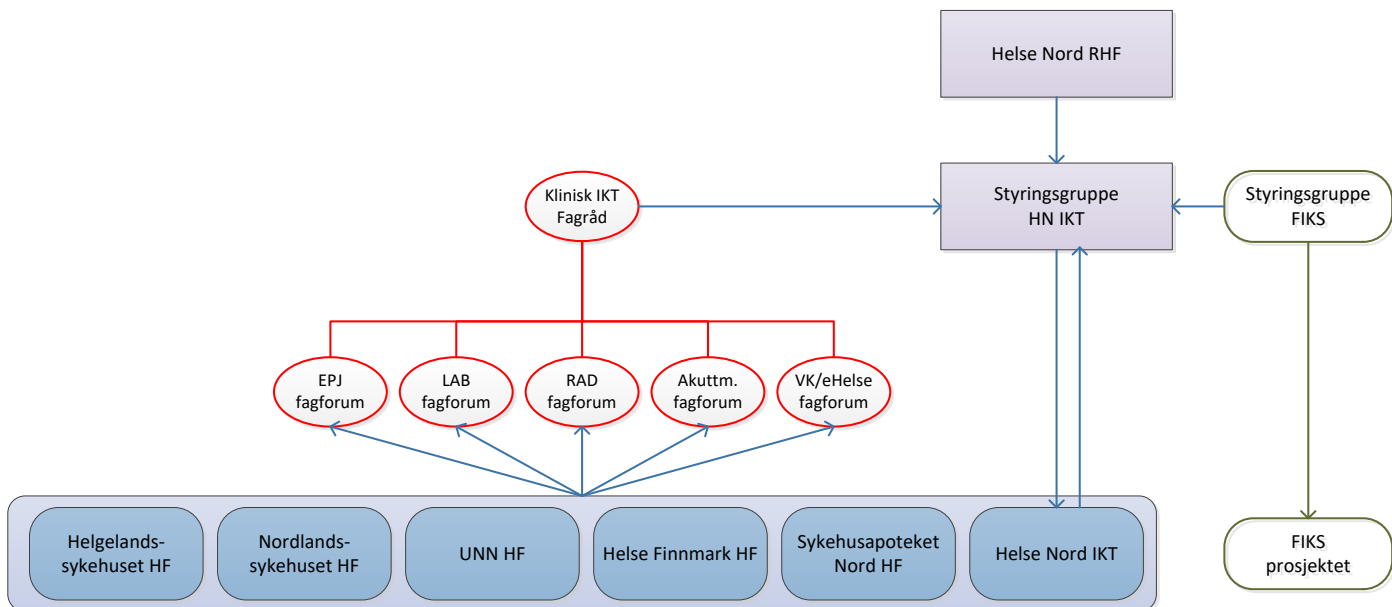
Dokumentet sier videre at HN IKT fikk i oppdrag fra Styringsgruppen for FIKS å lage et forslag til hvordan en fremtidig forvaltningsmodell skulle være. Ifølge dokumentet ble det i styringsgruppemøtet for HN IKT 10.04.2013, sak 6/13 presisert følgende:

¹ Programmet ble avsluttet i 2017.

² Dokumentet er v0 98 og vi må dermed anta at det ikke er det endelige dokumentet.

Funksjonell forvaltning skal gjøres regionalt i Helse Nord, og skal ivaretas av fagsiden. Ved utarbeidelse av forvaltningsplaner basert på forvaltningsmodellen skal det frammes forslag til Klinisk IKT Fagråd på hvor funksjonell forvaltning organisatorisk skal plasseres pr. tjeneste. Funksjonell forvaltning må ivareta regionale føringer fra FIKS. Sentrale aktører i dette vil være ressurser fra FIKS som i dag etablerer de regionale standardene. (2013, s. 3)

I beskrivelsen av styringsmodellen i *Forvaltningsmodell for IKT-tjenester i Helse Nord* på aktuelt tidspunkt står det at «Ansvaret for IKT i Helse Nord RHF er tillagt Eieravdelingen, og Eierdirektøren leder styringsgruppen for Helse Nord IKT» (s. 6). Styringsmodellen ble fremstilt på denne måten (Figur 1):



Figur – Styringsmodell for IKT i Helse Nord

Figur 1. Styringsmodell for IKT i Helse Nord. Illustrasjonen er hentet fra dokumentet *Forvaltningsmodell for IKT-tjenester i Helse Nord*

I denne oversikten er ikke selve forvaltningen tegnet inn, men de overordnede styringslinjene er på plass. Forvaltningen av IKT tjenester blir i dokumentet inndelt i tre ulike områder (figur 2):



Figur – Forvaltningsmodell, inndeling

Figur 2. Inndeling av forvaltningen. Illustrasjonen er hentet fra dokumentet *Forvaltningsmodell for IKT-tjenester i Helse Nord*

Helse Nord IKT gis en rolle som regional drifts- og forvaltningsansvarlig.

Dokumentet beskriver at Helse Nord IKT gjennom oppdragsdokumentet tillegges følgende rolle i forhold til teknisk drift og forvaltning: «HN IKT gis et helhetlig forvaltnings- og driftsansvar for de kliniske systemene og dette strømlinjeformes gjennom oppdragsdokument» (s. 7). Helse Nord IKT bes om å etablere likeartede prinsipper for drift og forvaltning av de store kliniske fellessystemene, samt de mindre avdelingsvise spesialsystemer. Det beskrives at helseforetakene må overføre ansvaret for forvaltning og drift av de kliniske systemer til HN IKT³.

Merkantil forvaltning beskrives å omfatte håndtering og oppfølging av rettigheter og plikter i inngåtte avtaler. Funksjonell forvaltning beskrives å omfatte:

... oppgaver knyttet til løpende funksjonalitet og bruk av et system - samt ivaretagelse av brukernes kunnskaper om bruk av systemet. I funksjonell forvaltning ligger også ansvaret for å påse at applikasjoner er korrekt satt opp og i henhold til gjeldende lovmessige krav, samt funksjonell brukerstøtte. (Forvaltningsmodell for IKT-tjenester i Helse Nord, s. 9)

³ Den funksjonelle forvaltningen ble til slutt plassert hos foretakene selv, hvor UNN fikk ansvar for å ivareta dette på vegne av alle foretakene.

Dokumentet tar videre opp at Helse Nord bør vurdere etablering av regionale fagsenter som skal fungere som foretakenes kontaktpunkt for intern kompetanse- og rutineforvaltning. Det beskrives videre at fagsentret på en strukturert måte må ivareta regionale oppgaver knyttet til innføring, bruk og videreutvikling av systemet. Det er listet opp en rekke oppgaver for å understreke dette:

- Prioritere og dokumentere endringsønsker og ønsker om ny funksjonalitet i systemet
- Koordinere innføring og opplæring i ny/endret funksjonalitet
- Etablere rutiner og opplæringsmaterieell i forhold til bruk av systemet
- Fokus på datakvalitet gjennom kvalitetssikring av registreringsrutiner
- Sikre at systemet er best mulig tilpasset sluttbrukers behov for IKT støtte
- Etablere, vedlikeholde og videreutvikle regionale standarder i eller rundt systemet.

Dersom fagsenter etableres for ivaretagelse av oppgaver innen funksjonell forvaltning, skal disse ledes og opereres som regional enhet. Dette for å sikre en lik og enhetlig tjeneste ovenfor alle foretak i regionen. Klinisk IKT fagråd fremmer anbefaling om organisatorisk plassering av fagsenter, der dette vurderes som hensiktsmessig for en tjeneste. (Forvaltningsmodell for IKT-tjenester i Helse Nord, s. 15)

Det ovenstående er en beskrivelse av funksjonell forvaltning slik vi kjenner det i dag, men i en tidlig fase av planleggingen. Det er i et annet dokument, *Regional forvaltningsmodell*, beskrevet noe som kalles for «Driftssenter Radiologisk IT». Dokumentet er ifølge dokumentinformasjonen (egenskaper) opprettet 18. februar 2013. Dokumentet er markert som et utkast og vi har ikke klart å få tak en endelig versjon. Driftssenteret som beskrives i dokumentet er likt det vi kjenner fra Forvaltningssenter radiologi i dag. Forskjellen ligger i antall medarbeidere og at sentret skal «forvaltes av foretakene i fellesskap» (s. 2) slik det står beskrevet. Dokumentet beskriver også modellen som et «nettverk» som må være etablert fra starten av første regionale RIS/PACS installasjon. FSR var operativ i februar 2015 når Helgelandssykehuset som første foretak startet opp med den regionale Sectra løsningen. Slik sett nærmer dette dokumentet seg det som ble vedtatt på et senere tidspunkt. Et møtereferat fra styringsgruppen i Helse Nord IKT datert 14. februar 2013, sak 06/13 sier at:

Forvaltningsmodell for IKT i Helse Nord

Presentasjon av status og plan for slutføring lagt fram. Forvaltningsmodell ferdigstilles til styringsgruppemøte 2, 10 april 2013.

For å kunne ha tilstrekkelig kapasitet i drift/forvaltning av Radiologi i Helse Nord til Helgelandssykehuset produksjonssettes ultimo 2013, så må også forvaltningsplan for Radiologi, Helse Nord besluttes i styringsgruppemøte 2.

Beslutning:

Styringsgruppen tar informasjonen til etterretning og tar opp forvaltningsmodell og forvaltningsplan, Radiologi til beslutning i SG-møte 2, 10. april 2013. (s.3)

Her vises det til oppstart av regional radiologiløsning i Helgelandssykehus ultimo 2013. På grunn av forsinkelser i innføringsprosjektet til FIKS ble det oppstart først i februar 2015.

22. januar 2014 ble det avholdt et uformelt møte (workshop) på Radisson Blu, Tromsø. Deltakere var aktører fra UNN og NLSH samt Helse Nord RHF. Referatet fra møtet er et vedlegg til en rapport⁴ skrevet av en arbeidsgruppe sammensatt av deltakere fra UNN og NLSH. Rapporten er stilet til Direktørene ved NLSH og UNN, med kopi til Eierdirektør, Helse Nord RHF. Det går frem av referatet⁵ i rapporten at bakgrunnen for møtet var:

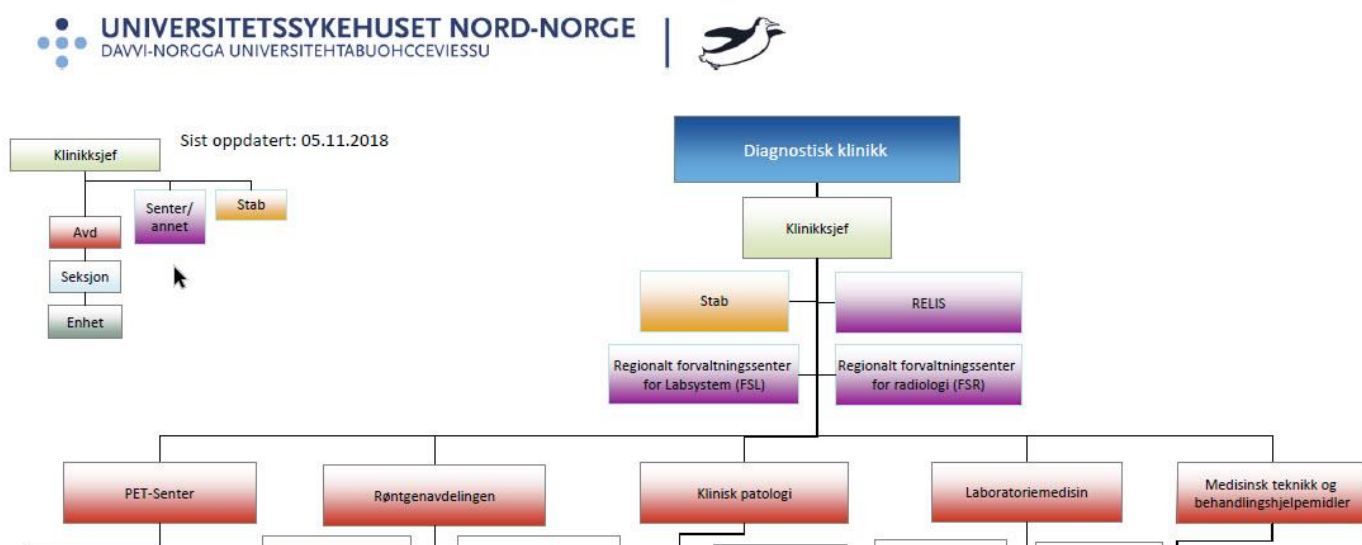
- Uenighet om foreslått forvaltningsmodell
- Bekymring: Usikkerhet om hvorvidt det er ensartet forståelse om hva felles regional løsning innebærer.
- Målsetting: Forstå hva de to største foretakene er uenige om.
- Regional forvaltningsmodell må være besluttet før idriftssettelse av leveransene fra FIKS-prosjektet. Først i rekken er Sectra: 01.06.14. (s. 1)

Videre står det under «Avslutning» i referatet at Eierdirektør i RHF'et skal sende bestilling til NLSH og UNN for å sette i gang arbeidet med en pilot innenfor radiologi. Det er vår forståelse at bestillingen som Eierdirektør ifølge oppsummeringen sendte til UNN og NLSH

⁴ Rapport fra arbeidsgruppe: Pilot funksjonell forvaltning av klinisk IKT system radiologi.

⁵ Vedlegg 2 i Rapport fra arbeidsgruppe: Møtereferat, 22/1-2014, fra Workshop – Forvaltning kliniske systemer Helse Nord.

for igangsettelse av arbeid med radiologipiloten, er den direkte årsaken til at en arbeidsgruppe utformet dokumentet *Forvaltning radiologi_Rapport_komplett-m-vedlegg*⁶. Dokumentet er datert 4. november 2014 og beskriver hvordan man tenker seg organiseringen av Forvaltningssenter for radiologi. Rapporten er stilet til Eierdirektør HN og Administrerende direktør ved UNN. Arbeidsgruppen var ledet av UNN og besto av medlemmer fra NLSH, Finnmarkssykehuset, Helgelandssykehuset, HN IKT, FIKS og UNN. Høsten 2014 fikk UNN oppdraget med å opprette Forvaltningssenter for radiologi (FSR). Oppdraget ble gitt til Diagnostisk klinikk som opprettet avdelingen. FSR sitt ansvarsområde ble som beskrevet i rapporten, funksjonell forvaltning, og HN IKT fikk ansvar for teknisk og merkantil forvaltning. Alle medarbeidere i FSR ble ansatt i UNN HF, men med arbeidssted fordelt mellom alle foretak med en medarbeider i henholdsvis Finnmarkssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF. Universitetssykehuset Nord Norge HF fikk fire stedlige medarbeidere og Nordlandssykehuset HF to medarbeidere.



Figur 3. Organisering av Forvaltningssenter for radiologi i UNN

Figur 3 viser at Regionalt forvaltningssenter for radiologi (FSR) er organisert i diagnostisk klinikk i UNN. FSR og andre avdelinger med regionale funksjoner er farget i lilla, og de resterende avdelinger i klinikken er farget rød. Den regionale styringslinjen som Forvaltningssenter for radiologi må forholde seg til utover organiseringen i UNN består av:

- Direktørmøtet (Direktørene for alle HF inkludert Helse Nord IKT)

⁶ Rapporten har ikke noen tittelforside og vi har derfor benyttet filnavnet i oppgaven.

- Øverste «beslutningsmyndighet» (Direktørmøtet beslutter ikke, de konkluderer og gir sin «tilslutning til», fordi øverste myndighet for et gitt foretak er foretakets direktør).
- Forvaltningsråd klinisk IKT (medlemmer fra alle foretakene i regionen)
 - Ikke et besluttende organ
 - Forankringspunkt og rådgivende for FSR
 - Forbereder saker til Direktørmøtet
- Systemforvaltningsforum radiologi (SFF rad)
 - Rådgivende organ for FSR
 - Forankringspunkt for FSR
 - Basert på konsensus mellom foretakene (representantene)

Styringslinja som er beskrevet over er i endring, men det er den organiseringen FSR har forholdt seg til frem til nå, og også vil forholde seg til frem til ny styringslinje er iverksatt. De dokumentene som etter vår forståelse tilsammen danner grunnlaget for opprettelsen av Forvaltningssenter for radiologi er «treenigheten»:

- 1) *Forvaltning radiologi_Rapport_komplett-m-vedlegg (datert 4. november 2014),*
- 2) *Oppsummering direktørmøte 13. november 2014 (sak 131-2014) og*
- 3) *Etablering av enhet for funksjonell forvaltning – radiologi⁷ (datert 20. november 2014).*

Vi ville forvente at en bestilling fra Helse Nord ved regionalt helseforetak til, i dette tilfellet Universitetssykehuset Nord Norge, ville være ett dokument som tydelig beskrev behovet og hva som bestilles. I stedet ser vi i studiet av dokumentene at for å forstå hva som bestilles, og at det faktisk bestilles, så må man lese tre dokumenter samtidig som man ser beskrevet over. Det tok noe tid å se denne sammenhengen da disse dokumentene ikke opptrer sammen. Man må også lese dem i riktig rekkefølge for å forstå at det har foregått en prosess i forkant av den faktiske bestillingen av oppdraget; *Etablering av enhet for funksjonell forvaltning – radiologi*. Dette avrunder den formelle beslutningsprosessen til opprettelse av Forvaltningssenter for radiologi. I neste kapittel skal vi presentere relevant teori for vår case.

⁷ Dette er den faktiske bestillingen fra Regionalt helseforetak til Universitetssykehuset Nord Norge om å etablere Forvaltningssenter for radiologi.

3.0 Teoretisk grunnlag

3.1 Innledning

For å kunne studere beslutningsprosesser er det viktig å vite hvilke teorier som finnes. Vi presenterer i dette kapitlet både begreper og modeller som er sentrale innenfor organisasjons- og ledelsesteori, og vi ser på hvordan de kan påvirke en beslutningsprosess. Sentrale teorier vi har identifisert dreier seg om beslutninger og rasjonalitet, organisasjonsstruktur og interorganisatoriske relasjoner. Dette prøver vi å sette i en sammenheng med vår problemstilling som omhandler en beslutningsprosess i Helse Nord.

3.2 Beslutninger

Siden vi har valgt å se på beslutningsprosessen som førte til opprettelsen av forvaltningssenter for radiologi er det naturlig at vi ser på hva teorien forteller oss om beslutninger og beslutningsprosesser. Jacobsen og Thorsvik (2019) definerer hva en beslutning er på følgende måte: “Det er vanlig å definere en beslutning som et valg mellom ulike alternativer, der valget innebærer en forpliktelse til handling” (s. 300). En beslutning kan sees på som det endelige utfallet av en prosess. I alle organisasjoner tas det små og store beslutninger hver dag.

Adva Rachel Dinur (2011) fremmer viktigheten av beslutninger i en eldre og nyere teoretisk sammenheng. Hun skriver:

Decision-making has long been considered as a central and essential building block in management (Mintzberg, 1973; Rausch and Washbush, 1998; to name a few). More recently decision-making is still considered the core activity of managers and the function that separates the responsibilities of managers from employees (s. 698).

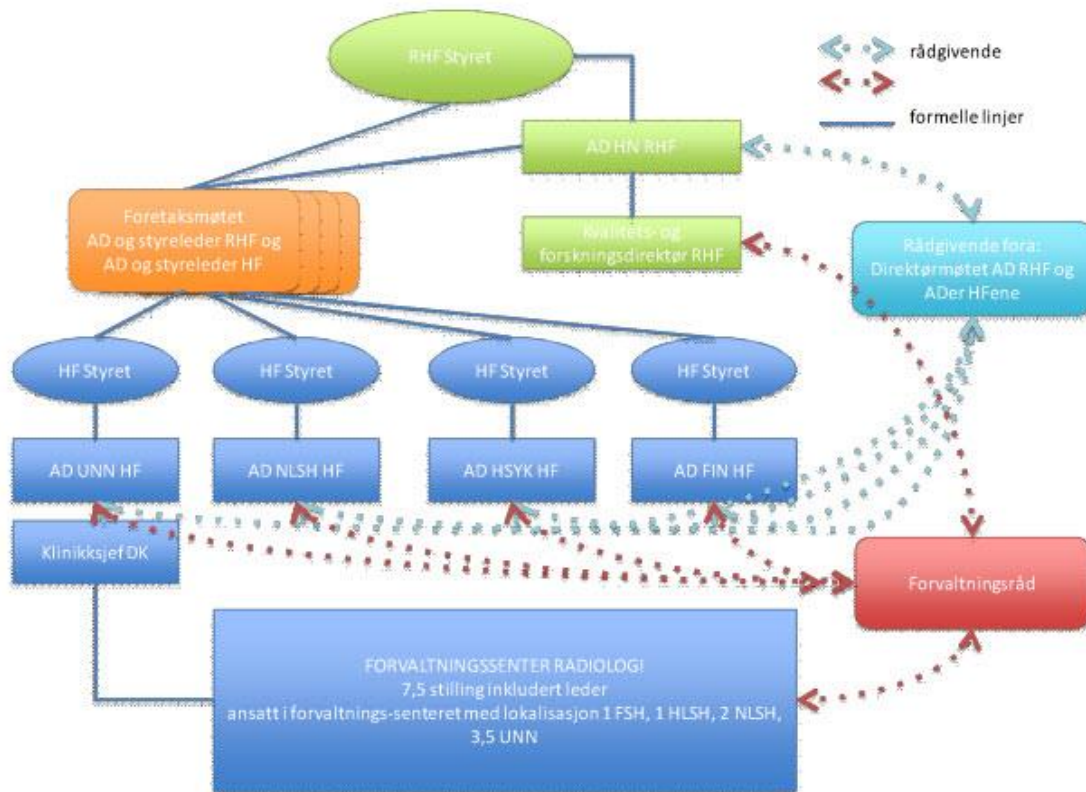
Sitatet over viser at ledere må ta viktige beslutninger på samme måte som ledelsen i Helse Nord måtte ta beslutningen om plassering av Forvaltningssenter for radiologi.

Jacobsen og Thorsvik (2019, s. 298) skriver at ved å studere beslutninger i en organisasjon kan hjelpe oss å forstå følgende forhold:

- Effektivitet
- Hvordan mål, strategier og strukturer utformes
- Organisasjonskultur
- Maktforhold
- Ledelse

Hvor *effektiv* en organisasjon er gjenspeiles i stor grad av hvilke beslutninger som er fattet. Hva som gjør at en organisasjon er i stand til å fatte bedre beslutninger enn en annen kommer an på hvor rasjonell organisasjonen er. Hvordan man skaffer seg informasjon, og hvordan man gjør seg nytte av den til å fatte den beste beslutningen for organisasjonen, hvis man står overfor alternativer, kommer an på beslutningstakerens rasjonalitet.

Mål, strategier og strukturer i en organisasjon er resultater av beslutninger som er fattet. Figur 4 under, viser hvordan den formelle strukturen for funksjonell forvaltning i Helse Nord ble besluttet å se ut. Nøkkelen til hvorfor en organisasjon ser ut som den gjør er et resultat av beslutninger.



Figur 4. Kildedokument: Forvaltning radiologi_Rapport_komplett-m-vedlegg

Beslutninger som fattes på alle nivå sender signaler til de ansatte i organisasjonen. Signaler blir fortolket og blir tillagt mening som igjen sterkt vil være med å prege *organisasjonskulturen*.

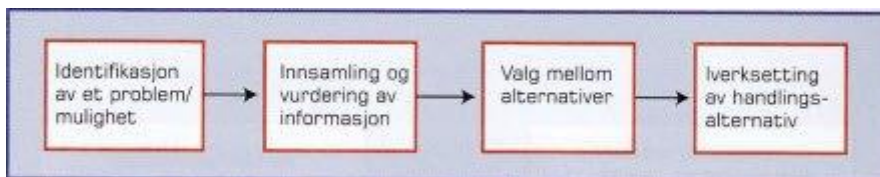
Maktforholdene i en organisasjon er et resultat av beslutninger. Hvordan arbeidsgrupper skal se ut, sammenslåing eller deling av avdelinger og fordeling av arbeidsoppgaver gir makt til noen og bortfall av makt til noen andre i en organisasjon. Nøkkelen til å forstå makt, er å studere beslutninger som tidligere er fattet.

Ledelse. Å fatte beslutninger er en leders kanskje viktigste oppgave. Ledere må velge hele tiden, hver dag, hvordan arbeidet skal organiseres og hvem som skal gjøre hva. Lederen må velge hvordan den skal fordele sin oppmerksomhet til ansatte. Hvordan lederen foretar sine valg vil i stor grad avgjøre om de blir sett på som gode eller dårlige ledere. Dårlige valg kan få store negative konsekvenser for en organisasjon, gode valg kan lede til suksess. Dette er ekstra viktig når opptil halvparten av alle beslutninger en leder tar viser seg å være feil (Jacobsen og Thorsvik, 2019 og Nutt, 2008).

I følge Jacobsen og Thorsvik (2019, s. 300) er det vanlig å definere en beslutning som valg mellom ulike alternativer. Teoretisk sett dreier beslutninger seg om å:

- a) identifisere noe som det må eller bør gjøres noe med,
- b) samle inn informasjon om hva man kan gjøre med problemet,
- c) ta stilling til informasjonen, det vil si finne ut hva som er best å gjøre,
- d) velge et handlingsalternativ
- e) for så å iverksette alternativet.

Videre definerer Jacobsen og Thorsvik (2019) en beslutningsprosess (figur 5) som «hele rekken av handlinger eller vurderinger som fører frem til vedtak (intensjoner) og iverksetting (handling) av en beslutning» (s. 300).



Figur 5. Beslutningsprosessen. Kilde: Jacobsen og Thorsvik, 2019, Hvordan organisasjoner fungerer.

I vår studie kommer vi også inn på handlinger og vurderinger som de ulike aktørene gjør i forbindelse med beslutningen om plassering av Forvaltningsenter for radiologi. Vi skal komme nærmere inn på hvordan rasjonalitet hos aktørene spiller inn på handlinger og vurderinger, og hvordan de kan påvirke en beslutningsprosess.

3.3 Rasjonalitet

Rasjonalitet er sentralt i beslutningsteorien. Jacobsen og Thorsvik (2019) skriver om rasjonalitet: “Det angir hvordan man ideelt sett bør fatte beslutninger når man står ovenfor et problem” (s. 301). Den ideelle framgangsmåten er som følger:

1. Situasjonen vurderes, og man analyserer hva som kjennetegner problemet, og hvilke utfordringer det representerer.
2. Ulike løsninger på problemet vektlegges.

3. Konsekvenser knyttet til de ulike løsningene vurderes.
4. Ulike konsekvenser sammenlignes, og vurderes opp mot hverandre.
5. Det alternativet som har de beste konsekvenser, velges. (s. 301)

Perfekt rasjonalitet (economic man)

Perfekt rasjonalitet er ideen om at mennesket som beslutningstaker kan handle perfekt rasjonelt. Det innebærer klare mål, full informasjon om alle mulige alternativer og konsekvenser, og rangering av alle alternativer. På bakgrunn av dette vil man velge det beste alternativet (Jacobsen og Thorsvik, 2019).

Begrenset rasjonalitet (administrative man)

Mennesket er begrenset rasjonelt. Ideen om perfekt rasjonalitet er mer et ideal å strekke seg etter. Ingen har full informasjon om alle mulige konsekvenser i en beslutningsprosess, og alt for ofte er ønsket om raske beslutninger en årsak til dårlige beslutninger. Når man roer seg ned og tenker langsomt vil beslutningstakeren handle mer rasjonelt. Som begrenset rasjonell beslutningstaker vil man gå for et alternativ som er godt nok. Dette støttes av Jacobsen og Thorsvik (2019) når de sier at “Beslutninger er fremdeles et resultat av valg mellom alternativer, men i stedet for å maksimere (velge det beste alternativet), velger man det første tilfredsstillende alternativet” (s. 304) (Figur 6).



Figur 6. Mennesket som begrenset rasjonell beslutningstaker. Kilde: Jacobsen og Thorsvik, 2019, Hvordan organisasjoner fungerer.

For å forstå hvordan begrenset rasjonalitet til aktørene henger sammen med hverandre må vi gå til organisasjonspsykologen Herbert Simon (1991) som forklarer samspillet på denne måten:

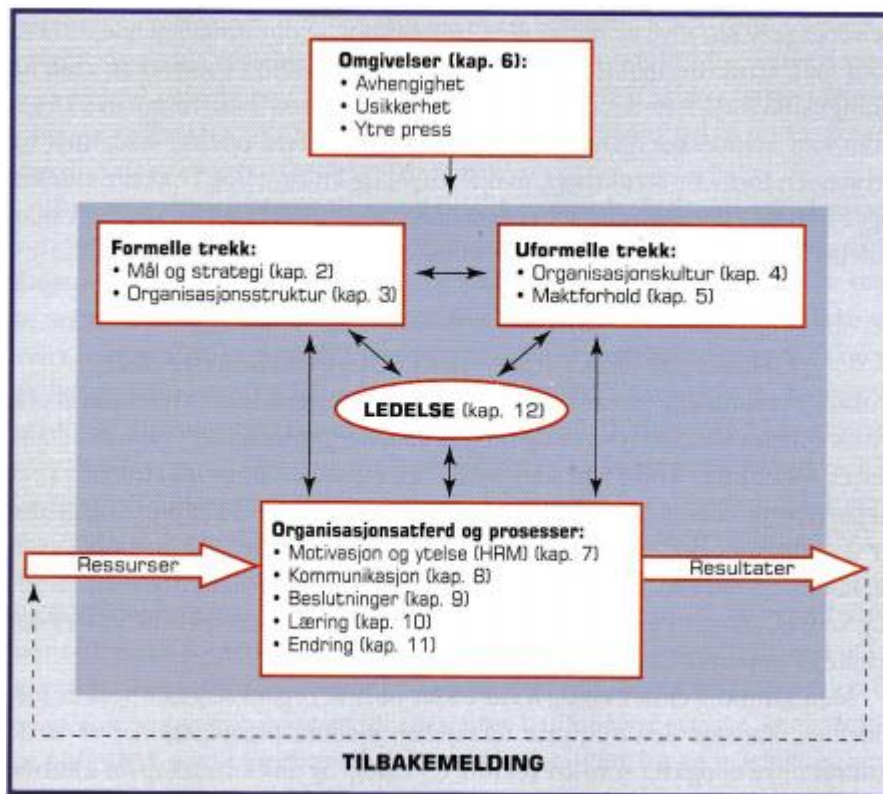
But what is stored in any one head in an organization may not be unrelated to what is stored in other heads; and the relation between those two (and other) stores may have a great bearing on how the organization operates. (s. 125)

Dette kan forstås som om at det er en kobling mellom aktørenes rasjonalitet og hvordan organisasjonen, som i vårt tilfelle er Helse Nord, fungerer og derfor vil vi i neste del se på hvordan organisasjonsstruktur også er med på å påvirke hvordan en organisasjon fungerer.

3.4 Organisasjonsstruktur

Hvorfor er det viktig for oss å se på organisasjonsstruktur? Forvaltningssenter radiologi som ble resultatet av den prosessen vi ser på i vår oppgave, ville bli en del av en organisasjonsstruktur. Både internt i UNN, men også i et større perspektiv i Helse Nord. FSR har i mange sammenhenger et nært samarbeid med HN IKT selv om de hører til en annen organisasjon. Begge organisasjoner er en del av den større strukturen vi kaller Helse Nord. Vi mener det er viktig å belyse hvordan formelle trekk som organisasjonsstruktur er med på å påvirke de uformelle trekkene som organisasjonskultur og maktforhold. I sin tur påvirker også organisasjonskulturen hvordan organisasjonsstrukturen fungerer ifølge den helhetlige modell (Figur 7), som er beskrevet i boken *Hvordan organisasjoner fungerer* av Jacobsen og Thorsvik (2019). Pilene mellom boksene viser at de ulike elementene påvirker organisasjonen. De fleste påvirker hverandre gjensidig som vi ser av dobbeltpilene. Modellen kan brukes som hjelp til å forstå hvordan organisasjoner fungerer og analysere disse. Den fungerer i så måte som en «verktøykasse» bestående av begreper, analytiske kategorier og modeller (2019, s. 14). Organisasjonsstruktur er bare ett av flere elementer i den helhetlige modellen som påvirker hvordan en organisasjon er sammensatt og fungerer. I sin egen beskrivelse av modellen sier forfatterne at den «setter sammen innsikter og kunnskaper fra mange ulike retninger og «skoler» i organisasjonsteorien» (2019, s. 23). Modellen er en forenkling av virkeligheten, men den kan være med å gi et bilde av hvordan det antas at ulike elementer i en organisasjon henger sammen⁸.

⁸ Forklaringen til figuren «helhetlig modell» er hentet fra en tidligere oppgave skrevet av en av forfatterne høsten 2019.



Figur 7. Helhetlig modell. Kilde: Jacobsen og Thorsvik, 2019, Hvordan organisasjoner fungerer.

Hva er organisasjonsstruktur? I sin bok sier Jacobsen og Thorsvik følgende om formell organisasjonsstruktur:

Den består av forventninger til hva en ansatt skal jobbe med (jobbeskrivelse), hvordan jobben skal utføres (regler, rutiner og prosedyrer), hvem man i hovedsak skal jobbe sammen med (hvilken enhet man er ansatt i), og hvem man må spørre om lov til å gjøre noe (hvem lederen er). (2019, s. 20)

Organisasjonsstruktur har også betydning i vårt tilfelle fordi oppgavene som skal ivaretas av et fremtidig forvaltningssenter vil bli påvirket av hvordan organisasjonen rundt avdelingen ser ut. Dersom det allerede finnes personell som ivaretar noe av de oppgaver avdelingen var ment å utføre vil enten de opprinnelige beholde disse oppgavene, eller så vil de miste dem til fordel for den nye avdelingen som opprettes. Ifølge Jacobsen og Thorsvik vil fordeling og koordinering av oppgaver, fordeling av beslutningsmyndighet og hvordan styringen skal foregå være nedtegnet i formelle og nedskrevne retningslinjer. Disse utgjør tilsammen den formelle organisasjonsstrukturen (2019, s. 70). Spesialisering er en viktig del av strukturen til en organisasjon. Det er hensiktsmessig at man fordeler oppgaver på flere medarbeidere slik at

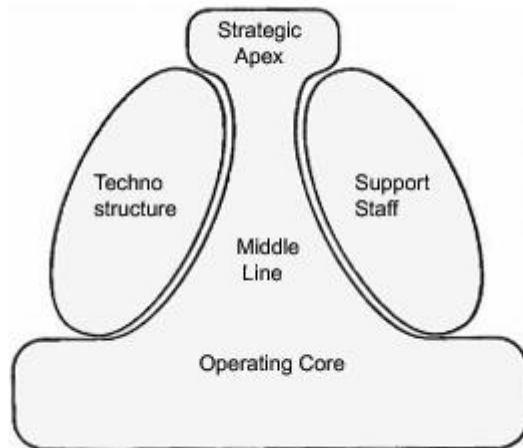
de får anledning å spesialisere seg innenfor et mindre felt. De som har sammenfallende og lignende oppgaver samles gjerne i grupper. De utgjør for eksempel en avdeling eller en seksjon. Vi er oppmerksom på at det finnes beskrivelser av andre typer strukturer innenfor organisasjonsteorien. Jacobsen og Thorsvik (2019, s. 80) skriver at linjeorganisasjonen som oftest deles i 3 nivåer:

- Operativ kjerne – de som arbeider nærmest der produksjonen foregår
- Mellomledelse – de som koordinerer arbeidet i den operative kjerne og sørger for at de har det de trenger av ressurser for å holde produksjonen gående.
- Toppledelsen- de som følger med på at organisasjonen når sine mål, legger strategier og beslutter eventuelle endringer.

Henry Mintzberg utarbeidet en modell hvor han i tillegg til de tre nivåene over også tok inn to nye elementer. Denne modellen beskrives av Jacobsen og Thorsvik (2019, s. 81) på følgende måte:

- Teknostruktur er stab og støttefunksjon som skal bistå linjeledelsen med planlegging, økonomi, kontrollfunksjoner og andre spesielle oppgaver, for eksempel juridisk rådgivning.
- Støttestruktur er funksjoner som ikke har direkte betydning for produksjonen men som er viktige i en organisasjon. Det kan være for eksempel teknisk avdeling, renhold, kantine/kjøkkentjeneste, medisinsk-teknisk avdeling (sykehus).

Figuren under (Figur 8) tilhører Henry Mintzberg fra boka *Power in and around organizations* (1983). Den viser linjeledelsen (hierarkiet) i en organisasjon (beskrevet over) samt de to nye elementene teknostruktur og støttestruktur.



Figur 8. Henry Mintzbergs organigram. Kilde: Mintzberg, 1983, Power in and around organizations

I en formell organisasjonsstruktur inngår hvordan arbeidsoppgaver skal fordeles, hvordan de skal koordineres, hvordan myndighet for beslutning skal fordeles og hvordan styring skal utøves. Dette er gjerne nedfelt i skrevne retningslinjer (Jacobsen, Thorsvik, 2019, s. 70) som også vil inngå som en del av Mintzberg sin modell hvor de ulike delene av figuren vil få sine oppgaver basert på retningslinjer som gjelder for organisasjonen. Jacobsen og Thorsvik oppsummerer i sin bok at «Hovedhensikten med organisasjonsstrukturen er å påvirke atferd i en spesiell retning» (s. 114).

Vi startet dette kapitlet med stille spørsmål om hvorfor organisasjonsstruktur er viktig for oss i denne studien. Teorien forteller oss at organisasjonsstruktur er med på å påvirke adferd, og vil dermed ha betydning for hvordan FSR ville fungere etter opprettelse. Siden beslutningstakerne i denne prosessen kom fra ulike organisasjoner i Helse Nord er det også viktig å se på relasjoner mellom disse, noe vi skal gjøre i neste del.

3.5 Interorganisatoriske relasjoner og nettverk

Det er nødvendig å se nærmere på interorganisatoriske relasjoner og nettverk, når vi skal vurdere hvordan prosessene har vært mellom de partene som skulle bli enig om en modell for funksjonell forvaltning av de radiologiske systemene. En vanlig måte å håndtere sammenfallende utfordringer er at mer eller mindre autonome enheter inngår i et samarbeid. En viktig årsak til slikt samarbeid er usikkerhet omkring ressurstilgang (Jacobsen, Thorsvik, 2019, s. 215). I vår kontekst fører behovet for en felles forvaltning til at sykehusforetakene i

helse nord med Regionalt helseforetak i spissen går sammen for å finne en felles løsning som kan fungere for alle. Når aktører skal samarbeide og bli enig om en strategi eller metode for hvordan noe skal utføres, kan kulturforskjeller føre til at det er vanskelig å få utviklet tilstrekkelig tillitsfulle relasjoner, og dermed kan samarbeidet hemmes (Jacobsen og Thorsvik, 2019, s. 215). Vi skal videre se på interorganisatoriske relasjoner. Vi ser på to av de som Jacobsen og Thorsvik (2019) nevner i sin bok, som er *partssamarbeid* og *nettverk*.

Den første interorganisatoriske relasjonen vi skal se på er partssamarbeid, som er beskrevet som et forpliktende samarbeid mellom 2-4 organisasjoner. Vi skiller her mellom *kontraktssamarbeid* og *partnerskap*. Kontraktssamarbeid kalles også konkurranseutsetting eller anbudskonkurranse. Her setter man ut til andre oppgaver man selv før har utført. Jacobsen og Thorsvik bruker i sin bok et eksempel med Telenor som setter ut tjenester til et selskap i India (2019, s. 216). I kontraktssamarbeidet er det en kjerneorganisasjon som avgjør hva den vil kjøpe fra andre. Det utføres en kravspesifikasjon og anbudet lyses ut. Det er ingen direkte kobling mellom kontraktssamarbeid og beslutningsprosessen vi har studert, men man kan si det ligner noe ved at oppgaver foretakene selv har utført tidligere (funksjonell forvaltning) nå skal samles ved et samarbeide innad i Helse Nord. Partnerskap til forskjell fra kontraktssamarbeid er et samarbeid mellom likeverdige partnere. En slik variant er «joint ventures» eller «capital ventures» som vi på norsk kan kalle et «avgrenset samarbeidsprosjekt». Begrepet innebærer at flere organisasjoner slår seg sammen for å kunne samle nok ressurser til å få gjennomført en oppgave som de ikke ville klart hver for seg (2019, s. 217). Partnerskapet som beskrives er nok nærmere den prosessen vi har studert ved at det er likeverdige partnere i Helse Nord som sammen skal komme fram til en felles løsning.

Den andre interorganisatoriske relasjonen er nettverk. Helse Nord ønsket å opprette en felles regional forvaltning, og alle de fire sykehusforetakene gikk sammen med RHF'et for å klare dette. En slik relasjon hvor flere enn to organisasjoner går sammen for å realisere et felles mål kalles ifølge Jacobsen og Thorsvik for et interorganisatorisk nettverk. Et par grunner for å gjøre dette kan være for å få:

- Tilgang på ressurser og stordriftsfordeler
- Tilgang på kunnskap

I forhold til kunnskap gjennom læring i organisasjoner kan dette skje på to måter i følge Herbert Simon (1991): “All learning takes place inside individual human heads; an organization learns in only two ways: (a) by the learning of its members, or (b) by ingesting new members who have knowledge the organization didn't previously have” (s. 125). Nettverk mellom organisasjoner gir muligheter til å skaffe seg tilgang på kunnskap den enkelte organisasjon ikke hadde tidligere.

Jacobsen og Thorsvik (2019) beskriver et nettverks form i to dimensjoner som:

Nettverkets tetthet - Dette omhandler både hyppighet på samhandlingen og innhold i samhandlingen. Er det som utveksles viktig for den enkelte organisasjon?

Avstand mellom deltakerne i nettverket - Fysisk avstand er den åpenbare geografiske avstanden, men avstand kan også bety ulik oppfatning av hverandre; oppfatning av hva de andre organisasjonene driver med, eller oppfatning om hvilket problem som faktisk skal løses og hva de andre bidrar med i samarbeidet (s. 219).

Nettverk har gjerne til felles at de mangler et klart autorativt senter. I følge Jacobsen og Thorsvik (2019) vil et nettverk som mangler et klart autorativt senter gjerne føre til at nettverkets funksjon blir avhengig av tilliten mellom partene. Dersom partene ikke enkelt kan kontrollere hva de andre gjør blir tillit viktig i forhold til at ingen utnytter situasjonen og lurer de andre. Dersom tilliten ikke er til stede kan det ende med at aktørene trekker seg ut av samarbeidet, og dermed kan hele nettverket rakne (s. 220).

Torodd Strand sier i sin bok *Ledelse, organisasjon og kultur* (2015) at grensene for hvor et nettverk går gjerne er mer uskarpe enn grensene for vanlige organisasjoner. De er ikke like stabile, og varer ikke like lenge som tradisjonelle organisasjonstyper. De ulike deltakerne sitter spredt og er løst tilknyttet nettverket. Vi kan relatere dette til Helse Nord hvor deltakerne i arbeidsgruppen som skulle komme med et forslag kom fra ulike foretak og satt geografisk spredt. Relasjonene og kontaktflatene mellom deltakerne i en slik gruppe settes gjerne foran medlemsorganisasjonene (i dette tilfellet foretakene) (s. 297). Torodd Strand (2015) forsøker også å definere nettverk som «organisert samarbeid mellom to eller flere aktører, der hver enkelt aktør har anledning til å melde seg ut uten å måtte få godkjenning fra et autoritetssentrum» (s. 298). Hva er så fordelene med nettverk? Strand hevder at aktørene i et nettverk kan høste fordeler ved å være med samtidig som de er med å sikre suksess som kommer alle til gode (2015, s. 299). Nettverk er mer fleksible i måten de jobber på enn en

tradisjonell organisasjon kan være. Strand (2015) kaller dem mer «støtabsorberende og tilpasningsdyktige» enn det en enkelt organisasjon ofte er fordi man gjør seg nytte av felles styrke (s. 300).

Strand hevder at man i litteraturen ikke er enige om begrepsbruken rundt nettverkstyper når nettverk beskrives og analyseres. Han presenterer i boken det han kaller teoretiske klassifiseringer av nettverkstyper:

- produksjonsnettverk – koblinger mellom gjensidige avhengige partnere som frembringer bestemte produkter eller løsninger
- servicenettsverk, som betjener mange kunder gjennom en database som kontinuerlig reagerer på input
- partnerskapsnettverk, som ivaretar bestemte felles behov og strategiske interesser
- interessefellesskap («communities»), som gir den enkelte deltaker nytteverdi uten at noen koordinerer aktiviteten. (2015, s. 304)

Den nettverkstypen vi mener best beskriver arbeidet som ble gjort i Helse Nord for å beslutte den nye funksjonelle forvaltningen er partnerskapsnettverk. Vi kommer tilbake til beskrivelsen av dette. Først må vi si noe om formaliseringen av nettverket som i vårt tilfelle består av Helse Nord RHF med de ulike foretakene. Nettverket må anses som et sosialt system og graden av sentralisering sier noe om posisjoner og mulighet for å bestemme. At nettverket er sentralisert betyr at det har et autorativt sentrum hvor en stabil part sørger for at nettverket opprettholdes selv om enkelte aktører forsvinner eller nye kommer inn. I en slik kontekst er gjerne alle enhetene koblet til den sentrale enheten, enten direkte eller gjennom et hierarki (Strand, 2015, s. 305).

Et partnerskapsnettverk er av Strand (2015) beskrevet som «et tett og formalisert samarbeid mellom tre eller flere organisasjoner som er relativt like i oppbygning og arbeider med relativt like oppgaver» (2015, s. 307). Slike aktører, med felles interesser, har ofte samarbeid gjennom felles prosjekter og system, og det er lite utskifting av deltakerne.

Siden beslutningsprosesser også handler om ledelse må vi si noe om ledelse i nettverk. Strand (2015) starter med å påpeke at det finnes lite forskning å støtte seg på i denne sammenhengen. Det er likevel noen forutsetninger man kan legge til grunn:

- Det er gjerne selvstendige aktører sammenlignet med faste organisasjoner fordi de gjerne er spesialister på sitt område. Dette er ofte ting ledelsen i nettverket ikke vet mye om.
- Ofte er ledelsen fordelt mellom flere likestilte aktører i nettverket.
- Dersom det finnes en sentral ledelse har denne gjerne funksjon som koordinator og kommunikasjonsenhet, mer enn en absolutt autoritet.
- Enhetene står fritt til å melde seg ut (F.eks. kunne et eller flere av foretakene avstått fra å delta i samarbeidet).
- Nettverket må aktivt hodes sammen/i gang for ikke å gå i oppløsning.
- Det må være tillit, felles identitet og kultur for å skape samhold som igjen holder de forskjellige enhetene sammen i nettverket (Strand, 2015, s. 312).

I et nettverk er det større behov for mekanismer som skaper tillit og kontakt enn mer konvensjonell styring. Man ønsker heller knutepunkter enn autoritet. Strand (2015) snakker om fire roller eller funksjoner som ledere kan inneha i nettverk. Disse er imaginatøren, kobleren, kontraktøren og controlleren.

Iminatøren ser muligheter og vil gjerne prøve ut nye og kanskje ikke helt vanlige konsepter. Han eller hun er gjerne kreativ og visjonær. De ser det andre ikke ser og evner å gjennomføre dette.

Kobleren er en som kan hjelpe til der det kan bli avstand og brudd. Vedkommende er god på å pleie kontakter og er gjerne verbalt flink samtidig som han eller hun er en flink «psykolog» som kjenner mennesketyper. Kobleren kan anses som et smøremiddel i nettverket.

Kontraktøren er gjerne opptatt av effektive samarbeid og er flink til å forhandle. Han er gjerne med å utforme avtaler mellom parter.

Controlleren er ofte den som holder orden. Et annet ord for controller er byråkrat eller administrator og vedkommende må arbeide systematisk og analytisk. En del av jobben kan være å måle resultater og fordele både kostnader og fortjeneste riktig. Avtaler og spesifikasjoner skal stemme overens med det som faktisk gjøres i nettverket (Strand, 2015, s. 313).

Oppgaven som skulle løses i Helse Nord, hvor man ønsket en felles funksjonell forvaltning til de nye regionale IKT systemene, er en oppgave som alle foretakene har. Helse Nord RHF som eier ønsker også at dette skal løses i fellesskap mellom foretakene, kanskje ut fra stordriftsfordeler, bedre kvalitet i tjenestene, ressurs hensyn og samdriftsfordeler. Oppgaven de skal løse i fellesskap må løses juridisk og uten å måtte etablere et nytt felles selskap. Samtidig ønsker alle å ha en «hånd på rattet» for å kunne nyttiggjøre seg tjenestene. De interessemotsetningene som finnes rundt hvor (organisatorisk) og hvordan forvaltningen skal skje skaper et behov for interorganisasjonell tenkning, og interorganisasjonell samarbeid. Beskrivelser av slike partnerskap har vi sett tidligere i dette kapitlet. Nettverksaktørene er i dette tilfellet sykehusforetakene, Regionalt helseforetak og Helse Nord IKT. Et slikt samarbeid krever tillit mellom partene, eventuelt kan det benyttes kontrakter av mer juridisk karakter.

3.6 Oppsummering

En beslutning er det endelige utfallet av en prosess, derfor er det viktig å studere hva som er innholdet i en slik prosess, og hva denne påvirkes av. Vi har i dette kapitlet sett på teori om beslutninger, rasjonalitet, organisasjonsstruktur samt interorganisasjonelle relasjoner og nettverk. Fellesnevneren for teorien er at den er med å påvirke beslutninger. Vi ønsker derfor å undersøke om dette også gjelder for vår case. Etter å ha studert teorien satt vi igjen med spørsmål som gjør at vi i analysekapitlet blant annet skal diskutere om aktørene var rasjonell, om de valgte den beste organisatoriske modellen og om hvordan samarbeidet var mellom aktørene. Med bakgrunn i vår case, problemstilling og den teorien vi nå har studert skal vi i neste kapittel presentere hvordan vi har lagt opp vårt studiedesign.

4.0 Metode

4.1 Innledning

I vår oppgave ser vi på en beslutningsprosess i Helse Nord. Vi studerer opprettelsen av Forvaltningssenter for radiologi (FSR). I dette kapitlet presenterer vi hvordan vi valgte å studere prosessen for å kunne svare på vår problemstilling. Vi redegjør for valg av metode, hvordan vi samlet inn data og hvordan disse ble analysert. I underkapitlet metodekritikk, drøfter vi feilkilder og mulige svakheter med studien. Helt til slutt kommer vi med etiske betraktninger rundt informasjonen vi fikk fra informantene.

4.2 Valg av metode

Temaet vårt i oppgaven er beslutningsprosesser i Helse Nord eksemplifisert gjennom beslutningsprosessen som førte til etablering av Forvaltningssenter for radiologi. Vi har i vår oppgave valgt å bruke en casestudie-design på oppgaven. “Ordet Case kommer fra latin *casus*, som betyr tilfelle. I den svenske litteraturen betegnes casestudier som *fallstudier*, noe som understreker betydningen av at det er ett eller noen få tilfeller som studeres inngående” (Johannessen mfl., 2016, s.80). En casestudie er passende når fokuset er å beskrive et fenomen som har skjedd eller for å forstå prosesser som enda ikke er studert (Choi, 2011, s.91). Vi studerer vår case retrospektivt. Fenomenet for denne studien er beslutningsprosessen frem til opprettelsen av Forvaltningssenter for radiologi. Casestudier er normalt den prefererte strategien når det stilles “hvordan” og “hvorfor” spørsmål. En tilnærming i form av en case studie betyr at flere empiriske kilder kombinert med forskjellig datainnsamling er anbefalt (Choi, 2011, s.91).

Vi hadde en oppfatning før vi startet, at beslutningsprosessen rundt opprettelsen av FSR var preget av uoverensstemmelser mellom foretakene i Helse Nord. Vi ønsket å studere beslutningsprosessen og se om det var noe vi kunne lære av den. Etter å ha samlet inn dokumentasjon fra beslutningsprosessen, samt lest teori om beslutningsprosesser, fant vi at det manglet en dimensjon. Vi trengte noen personlige betraktninger fra aktører som var delaktig i prosessen og valgte derfor å utvide studiet fra et rent dokumentstudium til en

casestudie som også inneholdt intervjuer som kilder. Vi har altså valgt å benytte en totrinns empirisk undersøkelse som grunnlag for vår studie. De viktigste empiriske funn fra dokumentstudiet og intervjuene presenteres i henholdsvis kapittel to og kapittel fem.

4.3 Datainnsamling

For å samle inn dokumenter startet vi med å sende e-post til de vi anså som nøkkelpersoner i beslutningsprosessen. Noen av disse hadde dokumenter å sende oss, og andre henviste videre til personer de mente kunne hjelpe oss. Vi samlet inn og gikk gjennom dokumenter fra perioden 2013 – 2019. Disse dokumentene ga også et historisk perspektiv før 2013. Dette var referater fra formelle og uformelle møter, e-poster, presentasjoner, uferdige og ferdige rapporter samt beslutningsnotater. Det viste seg å være en stor mengde data og innsamlingen tok derfor mye tid. Til sammen ble det samlet inn og gjennomgått 128 dokumenter. Av disse var omtrent en tredjedel relevant for perioden vi studerer frem til 2015.

Etter å ha lest dokumentasjonen vi hadde fått tak i, så vi at det kunne være flere aktuelle kandidater som kunne være gode informanter for oss. Vi diskuterte hvem av disse vi ønsket å forespørre om å være informanter. Etter en strategisk utvelgelse⁹ endte vi opp med fire toppledere på foretaks- og regionalt foretaksnivå, som vi av dokumentasjonen hadde identifisert som helt sentrale aktører i beslutningsprosessen. Vi brukte noe tid på å planlegge, og få avtalt tidspunkt for intervjuene. Disse ble gjennomført 24/4, 29/4, 4/5 og 12/5 2020 via videokonferanse, med forfatterne lokalisert i Tromsø og Narvik. Vi hadde hver vår opptaker som tok opp lyden via høyttaler. Vi hadde satt av en time til intervjuene, og faktisk tidsbruk varierte mellom 45 minutter til en time og 10 minutter.

Vi gjennomførte intervjuene med en åpen tilnærming, og brukte beslutningsprosessen for opprettelsen av Forvaltningssenter for radiologi som overbyggende tema. Dette ga rom for informantene til å fortelle fritt hvordan de husket beslutningsprosessen. Vi supplerte deretter med noen kjernesporsmål etter at informanten hadde fortalt sin historie og kommet med sine betraktninger, jfr. Choi (2011, s. 54). Disse spørsmålene var knyttet til teori vi hadde lest. Intervjuene ble transkribert fortløpende etter gjennomføringen av hvert enkelt intervju.

⁹ Utvalgsstrategier (Johannesen mfl., 2016)

4.4 Dataanalyse

Vi identifiserte viktige hendelser i beslutningsprosessen ved å kronologisk sortere dokumentene vi hadde samlet inn. Dette hjalp oss til å rekonstruere prosessen frem mot beslutningstidspunktet. Vi gikk gjennom alle intervjuene, først hver for oss, og deretter sammen. Intervjuene ble kryssjekk mot dokumentene vi hadde samlet inn, for å verifisere det vi allerede hadde identifisert som viktige hendelser. Dette var et tidkrevende arbeid. I sine respektive intervjuer ga informantene tilleggsinformasjon om forhold rundt prosessen som vi ikke kunne lese ut av dokumentene vi hadde samlet inn. Vi har forsøkt å sette alt dette sammen slik at våre data ble konsistent. Vi gjorde et valg om å la de vesentligste empiriske funn fra dokumentstudiet bli presentert i kapittel to, som omhandler saksgangen. I kapitlet som omhandler empiri fra intervjuene har vi forsøkt å belyse forhold rundt beslutningsprosessen i vår case, ved å bruke sitater fra intervjuene med informantene. De transkriberte intervjuene utgjorde et stort materiale, og vi måtte gjøre et valg i forhold til hva vi mente var de mest aktuelle opplysninger fra disse, sett i forhold til vår problemstilling om beslutningsprosessen. Vi har i kapittel seks tolket våre empiriske funn gjennom å benytte organisasjonsteori for å forsøke å forstå beslutningsprosessen, som førte frem til opprettelsen av Forvaltningssenter for radiologi.

4.5 Metodekritikk

Til denne studien gjennomførte vi 4 intervjuer med sentrale beslutningstakere, men i henhold til at vi utførte en casestudie burde vi hatt flere informanter (data), for å oppnå at vi fikk maksimert informasjonsgrunnlaget (Johannesen, mfl., 2016, s. 208). Dette anser vi som en metodisk svakhet for studien.

Beslutningsprosessen til opprettelsen av FSR har fortsatt etter 2014 for de andre fagområdene; henholdsvis Forvaltningssenter for Lab og EPJ. Informantene kom i sine respektive intervjuer inn på prosesser som også omhandlet de andre forvaltningssentrene som ble opprettet etter Forvaltningssenter for radiologi (altså etter 2014), som er tema i vår studie. Dette kan ha medført noe «forurensning» av våre data slik at vi har brukt dem på feil grunnlag.

Informantene sine oppfatninger er subjektive og tillegger det empiriske grunnlaget en personlig dimensjon til beslutningsprosessen vi studerer. Dette kan være utfordrende når vi analyserer og tolker våre data. Et annet poeng i denne sammenhengen er at informantene kan gi strategiske svar. Det vil si at informantene kan fremstille seg selv og sin egen rolle i beslutningsprosessen i et gunstig lys. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at når man studerer en beslutningsprosess retrospektivt spiller hukommelse også en rolle. Det er naturlig at informantene kan ha glemt detaljer mange år senere. Poengene med strategiske svar og hukommelse kan også sammenfalle med hverandre.

Som tidligere nevnt er noen av dokumentene vi har funnet ikke i endelige versjon. Som eksempel har vi *Forvaltningsmodell for IKT-tjenester i Helse Nord v.098*. Når vi kryssjekket dette med informantene viste det seg at det var den uferdige versjonen som ble brukt i beslutningsprosessen. Dokumentet fikk altså aldri en endelig godkjenning. For noen av dokumentene har det vært vanskelig å fastslå nøyaktig opprinnelsesdato. Vi mener likevel at dette ikke har hatt stor betydning for studien.

4.6 Ethiske betraktninger

Vi har i oppgaven benyttet informantenes utsagn slik at deres stemme kommer tydelig til uttrykk. Dette fortolker vi i empiri- og analysekapitlet, og det er mulig vi kan ha kommet i skade for å dra meninger i feil retning. Vi tror likevel at vi i sum har fått frem hovedbudskapet til hver enkelt informant. Vi presiserer at vår intensjon ikke har vært å fremstille noen ufordelaktig.

Vi har ikke personlig hatt noe ønske om å gi uttrykk for bestemte meninger eller holdninger til beslutningsprosessen som vi studerer. Som ansatte ved UNN HF kan vi ikke være sikre på at vi har evnet å være helt nøytral og nøkterne når vi analyserer dokumentene og intervjuene. Dette gjelder også fordi en av forfatterne er leder for FSR og har vært det siden oppstarten i 2015. Vi presiserer at aktuell forfatter ikke var en del av beslutningsprosessen forut for vedtak om etablering.

5.0 Empiri fra intervjuene

5.1 Innledning

I dette kapitlet presenterer vi de viktigste empiriske funnene fra intervjuene. På bakgrunn av våre funn i forbindelse med dokumentstudiet, samt teori vi har lest som omhandler beslutningsprosesser, valgte vi ut fire informanter som alle hadde en sentral rolle i prosessen som foregikk fram mot vedtak og etablering av Forvaltningssenter for radiologi. Vi ga først alle informantene mulighet til å fortelle fritt hvordan de husket prosessen fram mot etablering av sentret, og alle benyttet seg av denne muligheten. Deretter fulgte vi opp med spørsmål vi mente ville være relevante for vår problemstilling. Disse spørsmålene danner grunnlag for hvordan vi har tematisert utdragene fra intervjuene i dette kapitlet.

For å anonymisere våre informanter har vi gitt disse andre navn. Vi har kalt dem Andrine, Amalie, Astrid og Ada, og i fortsettelsen skal vi se nærmere på hva de hadde å si om beslutningsprosessen som førte frem til opprettelsen av Forvaltningssenter for radiologi.

5.2 Beslutningsprosesser

Beslutningsprosesser er en sentral del av vår oppgave og vi spurte informantene om det var noe spesielt med denne beslutningsprosessen kontra andre beslutningsprosesser de har vært med på.

“...hvis jeg kan kalle det for spenningsfeltet mellom UNN og Nordlandssykehuset, det preget jo veldig mange ting. Jeg vil ikke si at det var noe spesielt.” (Amalie)

Det var naturlig når Amalie fortalte om spenningsfeltet mellom UNN og Nordlandssykehuset at hun fikk spørsmål om hvilken rolle de to andre helseforetakene i Helse Nord stilte seg til beslutningsprosessen.

“Nei, de ruslet nå stille bak til et visst punkt. på Helgelandssykehuset var rasende over at dette tok så lang tid. Men det gjorde ikke noe forskjell. Etter hvert kom fra Finnmark og var også like irritert.”

Ada mente heller ikke dere var noe spesielt med denne prosessen. Det synes som at det var en oppfatning om interne uenigheter i Helse Nord.

“Slik som jeg ser det så er den jo typisk for alle prosesser i Helse Nord der Nordlandssykehuset er ... altså det som ligger i bunn er denne grunnleggende konflikten hvorvidt Helse Nord skal være en tomotors-modell, eller om det skal være en motor, nemlig...” (Ada)

Videre forklarer hun hvorfor prosessen allikevel ble sett på som spesiell:

“Det har vi sett i ganske mange saker. Men denne ... jeg tror nok at Nordlandssykehuset – toppledelsen i Nordlandssykehuset – oppfattet denne prosessen som spesielt viktig fordi det handlet om å bygge noen permanente strukturer. De valgene som du gjør i oppsettet av datasystemene er det ekstremt tidkrevende og vanskelig å få endret i ettertid. Dem setter på en måte standardene for hvordan det skal jobbes på en måte som det er veldig tungvint og vanskelig å få endret, og jeg tror det var grunnen til at de engasjerte seg så voldsomt i det.” (Ada)

Andrine sier det samme som de andre om spenningsforholdet mellom de to største foretakene i Helse Nord i beslutningsprosessen:

“Nei, for det ble sånn veldig tydelig hvor mye politikk det ble mellom Nordlandssykehuset og UNN. Det var tydelig.”

Videre sier hun hvordan dette utkrystalliserte seg om klimaet i beslutningsprosessen.

“men, det ble fort sånn at ... jeg bidro også til det. Til en type spisset diskusjon. Som sagt, jeg opplevde at det brant på dass. Det var viktig å få vedtak. Hver uke som gikk uten at dem tok et vedtak – mer stress ble det på oss på å få det klart.”

*“Så jeg oppfatter at det var derfor ting tok tid, fordi at det var uenighet på”
toppnivået.”*

“Det har vært såpass stor belastning underveis her, og vi har brukt så lang tid”

*“Alt det vi har gjort, og hvor personlig vondt det inni mellom har vært for
mange.”(Andrine)*

Det kom frem fra en av informantene at Helse Nord RHF i noen sammenhenger nærmest fungerte som megler mellom Universitetssykehuset Nord Norge HF og Nordlandssykehuset HF:

«Det var mange uformelle og sikkert også noen formelle møter der vi rett og slett satt og forhandlet med N.N., og med (...) ... til dels med N.N. som megler.» (Ada)

Ubehaget i beslutningsprosessen trekkes frem av Astrid som en av årsakene til at denne beslutningsprosessen var annerledes enn andre:

“Denne hadde med seg en type ubehag, det hadde den, som ikke hadde burde vært der. Så er det ikke sånn at jeg nødvendigvis har svarene på hvordan man skulle ordnet seg sånn at den ikke var der. Dette ble litt mer klossete, litt mer ... og så må jeg si at noe som ble veldig galt, det er mangel på å gå opp jussen.”

Et annet poeng Astrid bemerket som et viktig element i denne beslutningsprosesser er hvilke arenaer beslutningstakere møtes i.

“Det tenker jeg er en viktig del av prosessene. Det er de ikke-dokumenter delene for å si det sånn. Så må man jo tenke seg om, man kan ikke ... det som offentliggjøres av interesser, og offentliggjøres ... det er ikke sånn at man skal holde på å skjule, men det er sånn at du må skape det rommet hvor man på en måte utdyper litt, og forstår hverandres posisjon, og det kan nødvendigvis ikke skrives ned i en protokoll eller løses i et offisielt møte hvor du er 12 mann eller 12 damer som sitter rundt dette her og skolerer alt som blir sagt. Du må ha disse andre arenaene.” (Astrid)

På oppfølgingsspørsmål om hun mente det var for lite slike arenaer i beslutningsprosesser i Helse Nord, og denne spesifikt, var svaret:

“Det var kanskje litt liten skala, det var kanskje litt lite.”

I en beslutningsprosess må også beslutningstakerne ha visse fullmakter slik at avgjørelser kan tas. Det ble kommentert av en av våre informanter at de oppfattet fullmaktene ulikt.

«Vi opplevde også at jeg hadde en helt annen fullmakt inn i den ... N.N. og jeg hadde en helt annen fullmakt inn i de prosessene når vi skulle utarbeide de første dokumentene, versus det Nordlandssykehuset hadde, (...), så vi hadde avklaringsmøte hvor (...) og jeg deltok i for at vi skulle komme oss videre. På telefon.» (Andrine)

5.3 Enighet, tillit, kommunikasjon og ryddighet

(...), for dem var jo ikke enig på direktørnivå heller, (...) (Andrine)

Fra teorien ser vi at tillit blir pekt på som viktig i forhold til at ingen føler seg lurert eller ført bak lyset. Dersom tillit mangler risikerer man at aktører kan trekke seg fra et samarbeid. Vi har også vært opptatt av om man opplevde enighet mellom beslutningstakere i denne prosessen.

Andrine påpeker at hun og flere med henne var av den oppfatning at funksjonell forvaltning må ligge der den kliniske driften foregår. Hun påpeker at det i starten var forslag om at forvaltningen som helhet skulle legges til Helse Nord IKT.

«For meg ble det også en sånn prinsipiell diskusjon på at funksjonelle forvaltninger og avtaleforvaltninger er den strategisk viktigste delen vi faktisk gjør inn mot å få nyttiggjøre oss de kliniske IKT-systemene. Mens det som går på den tekniske forvaltningen og så videre, det hadde jeg aldri noe ... har jeg aldri hatt noe problem med at Helse Nord IKT eller lignende organisasjon skulle ta.» (Andrine)

Andrine sier flere modeller ble foreslått, og at Helse Nord IKT alltid hadde en rolle i disse:

«Vi foreslo flere modeller, rett og slett og hvor Helse Nord IKT alltid hadde en rolle, men at det var sykehusene som skulle drifte dem.»

På et tidspunkt virker det som Helse Nord IKT ble «skrevet ut» av prosessen og var ikke lenger aktuell for å ta ansvar for funksjonell forvaltning. Vi fikk følgende forklaringer på dette fra to av informantene:

«Ja, det var nok omtrent i den tiden da vi byttet direktør i HN IKT.» (Amalie)

«Der den nye direktøren hadde et ønske om å sørge for å få kontroll på drift, og at det der var et område som lå på siden av det som en IKT organisasjon skulle drive med.» (Amalie)

Og forklaring to:

«(...) hadde nok den tilnærmingen da han kom som direktør det er jeg ikke uenig på, men at det fortsatt var personer i Helse Nord IKT, i RHF'et og i spesielt Nordlandssykehuset, som mente at det skulle være i Helse Nord IKT, og kanskje noen i FIKS også. Men at han ... bakgrunnen for at det ble sånn som det ble, var fordi at foretakene var veldig tydelige på at dem ville ha det. Ikke fordi at Helse Nord IKT sa at dem ikke ville ha det.» (Andrine)

Behovet for å faktisk ha en forvaltningsorganisasjon skulle man tro var forankret i forkant av beslutningsprosessen. Det kan virke som det nødvendigvis ikke var tilfelle:

«Min forståelse er at Nordlandssykehuset var aldri enig i det, og derfor skulle vi ta en evaluering etter ett år. Men det var rett og slett for at vi måtte ha en driftsorganisasjon i gang. Men man gjorde et vedtak på det, men Nordlandssykehuset var aldri enig, egentlig.» (Andrine)

Vi måtte da spørre hvordan hun oppfattet at de ville ha forvaltningen.

«(...) mitt inntrykk, min forståelse var at man foretrakk Helse Nord IKT. Hvis dem ikke kunne ha det selv, måtte det være i Helse Nord IKT, fordi Helse Nord IKT ble definert som nøytral, mens UNN var ikke nøytral til Nordlandssykehuset.» (Andrine)

Uenigheten kan også synes å være av mer prinsipiell karakter. Amalie påpeker at:

«(...) det var ingen uenighet om at vi måtte ha en felles forvaltning. (...) Felles for radiologi på tvers av foretakene, det var det ikke noe stor diskusjon ... det var det ikke noe diskusjon om.»

Ada påpeker det hun kaller en rød tråd gjennom flere (andre) prosesser, nemlig en grunnleggende uenighet:

(...) altså en grunnleggende uenighet om en del overordnede strategiske spørsmål i Helse Nord. (...) Da er det jo som vanlig; skal vi samle ting i Tromsø eller skal det være todelt med ... med en ... med sidestilte nokså like funksjoner i Tromsø og Bodø? (...) Og så fikk vi den for fullt igjen i funksjonell forvaltning der det var spørsmål om det skulle være ett eller to steder.»

«... men sånn som jeg husker det, så ble vi relativt fort enig om at funksjonell forvaltning ... altså om å lage et skille mellom teknisk og merkantil forvaltning som Helse Nord IKT skulle ha ansvaret for, og funksjonell forvaltning som ble vurdert som en fagnær – et bindeledd mellom det teknisk merkantile og det medisinsk faglige, som det var naturlig å legge til et helseforetak.» (Ada)

Ada nevner videre en lovendring som førte til at sykehusene kunne tillate seg i sterkere grad å argumentere for egne meninger, også i forhold til plassering av funksjonell forvaltning:

«RHF'et sine muligheter for å instruere foretaksdirektørene ble svekket gjennom endringer i den nasjonale lovgivningen, og det bidro til å gi ryggdekning til de helseforetaksdirektørene som ville markere eget foretak sin posisjon i disse prosessene. Det bidro til å gjøre det enda vanskeligere.» (Ada)

Astrid er opptatt av at jussen vil være med å påvirke hvordan styringslinjen av forvaltningen må se ut. De kunne på grunn av lovendringen kommentert over, tillate seg å være tydelig på hvordan de ønsket at dette skulle organiseres.

“Hadde det (jussen, vår anm.) kommet opp tidlig, så hadde det hatt stor betydning for hvordan styringsstrukturen er. I stedet, så gjør hver sin egen tolkning og prøver å løse det på sitt vis, ikke sant.” (Astrid)

Informantene fikk også spørsmål om de syntes det var tillit mellom partene.

«I perioder, ja. (...) etablerte funksjonell forvaltning og kom i gang, så var det allerede veldig krevende.» (Andrine)

Litt lenger ut i intervjuet føyer hun til:

«(...) så opplevde jeg (...) veldig anstrengt tillit, spesielt fra Nordlandssykehuset. Til dels var det latterliggjøring, (...).»

På spørsmål om hvordan Andrine oppfattet kommunikasjonen mellom partene uavhengig av uenigheter svarte hun:

«Jeg tror ... Folk er jo, dette er toppledere. De sørger for å ha en god dialog. Men jeg synes ikke det var noen god dialog.» (Andrine)

Amalie fikk et sammensatt spørsmål hvor vi samtidig spurte både om hun opplevde tillit mellom partene (i denne sammenhengen UNN og NLSH), og om hun syntes det var god kommunikasjon mellom dem.

«Svaret på begge deler er nei.»

Hun utdyper:

«Det er derfor jeg sier, jeg har vel en fornemmelse ut av at det kanskje var bedre lengre inn i organisasjonen. Denne aksen mellom N.N. og N.N., den kunne vært mye bedre. Det hadde tjent hele prosjektet mye bedre.» (Amalie)

Amalie prøver også å forklare hvorfor hun tror det er slik:

«Jeg tror det handler litt om ... det handler om revir, det handler om institusjonsbygging og hvor skal arbeidsplassene ligge hen, hvem bestemmer. Det har ligget mellom linjene hele veien, og i ettertid kunne en sagt at det hadde vært bedre å sette ord på akkurat det.»

Astrid svarer på spørsmålet om kommunikasjon og tillit følgende:

«Ja, altså, tillit til personene, tillit til N.N. og N.N. i mitt tilfelle, var absolutt til stede. Men det handler om sånn der du er ærlig, du er skikkelig, du holder det du lover, altså sånn. Men det er ikke enstydig med at man har tillit til den vurderingen og de standpunktene du gjør.»

Vi spurte da om hun tenkte på en faglig uenighet.

«Ja. Fordi at det ... altså, du kan ha substansiell uenighet, og du kan ha forskjellige posisjoner hvor du ... vi satt i forskjellige posisjoner. Preferansene dine er ikke lik. På et menneskelig plan var det absolutt tillit. Når jeg ser at for mitt eget vedkommende, så kom det et tillitsbrudd i det N.N. i et møte i (...) med mange direktører rundt bordet, og sier «men vi har ombestemt oss». Alt det som hadde skjedd frem til da hadde en sånn «gentlemen's agreement» rundt.» (Astrid)

Astrid hadde også betraktninger rundt at endringer og nye løsninger ikke må få uforholdsmessige negative konsekvenser for enkelte aktører mer enn andre, og at en løsning kan fases inn over flere år i motsetning til veldig hurtig.

“Det går både på innflytelsesrettferd og det går til arbeidsplassrettferd. Sånn at du må heller legge, altså du må legge løsningen på kabalen som gir deg det svaret du vil over flere år, og ikke umiddelbart, for nettopp ikke å få åpenbare vinnere og tapere. Dette krever tillit som dere er inne på. Har man tillit til hverandre? Man må kunne forholde seg til hverandre.” (Astrid)

Når vi stilte Ada spørsmålet «*Var det manglende tillit blant beslutningstakerne her?*» så svarte hun ganske enkelt:

«Ja».

Hun forklarer:

«Jeg vil egentlig si det så enkelt som at det var ... Nordlandssykehuset hadde ikke tillit til verken UNN eller Helse Nord IKT.»

Som et siste poeng, for å forstå hvordan informantene hadde oppfattet beslutningsprosessen frem mot etablering av Forvaltningssenter for radiologi, spurte vi om de oppfattet prosessen som ryddig.

«Jeg oppfatter at vi var ryddig på det vi leverte fra oss, men jeg ... hva er uryddig og hva er ryddig når man er uenig? Det er jo en annen sak. Vi landet ... vi fikk et oppdrag ... jeg oppfatter at alle hadde hederlig hensikt og så videre, men jeg opplever det at man aldri hadde tenkt å etterleve den.» (Andrine)

«(...) Men jeg oppfatter at det var en prosess der ikke alle hadde samme mål. Og det er jo uryddig.» (Amalie)

«Ja. Den var vel for så vidt ryddig i den forstand at hvis dere også driver med dokumentstudier, (...) jeg tror dere vil se konturene av en omfattende og grundig, relativt langvarig prosess. (...) jeg oppfatter prosessen som ryddig, men jeg tror at jeg samtidig vil si at den var ... jeg tror jeg vil si at den var unødvendig.» (Ada)

Vi har i dokumentene identifisert at det var lange perioder hvor det ikke skjedde noe i prosessen. Om dette sier Ada:

«Jeg husker ikke ... jeg klarer ikke å huske de formelle og de uformelle møtene og samtalene fra hverandre her. Jeg vil gjette på at det som dere ser i de formelle dokumentene, det er lange perioder hvor det ikke skjer noe. I de periodene ble det kranglet på bakrommet, for å si det enkelt.»

5.4 Rasjonalitet

Da rasjonalitet står sentralt i beslutningsteorien ville vi høre med informantene om de oppfattet beslutningstakerne som rasjonelle.

“Ja, det vil jeg jo si, man var rasjonell, men aktørene hadde forskjellige overordnede strategiske mål. Når de overordnede strategiske målene ikke er tydelig prinsipielt avklart ovenfra, nemlig fra RHF’et, så blir den bakenforliggende overordnede målkonflikten pregende i alle detaljer i prosessen.” (Ada)

Andrine sier at valget var rasjonelt, men kommer igjen inn på spenningsforholdet mellom helseforetakene i beslutningsprosessen:

“Jeg oppfatter at man tok et rasjonelt valg, men man gjorde det med å ta det mellom fortennene altså, på en måte. Man eide det ikke. Alle foretakene eide det ikke, men man visste at man måtte ta et valg. Det kan godt hende at hvis man hadde hatt enda bedre tid, og enda mer sånn, at man kanskje hadde landet på noe annet, men jeg opplevde at det var en posisjoneringsdiskusjon.” (Andrine)

Astrid har en annen tilnærming til rasjonaliteten:

“Det blir etterpåklokskap. Det er klart at i etterpåklokskap så er det mulig å si at vi gikk ikke for det beste alternativet.”

5.5 Hva skulle etableres?

Forankring i egen organisasjon og en felles forståelse for hva man faktisk skal bli enig om er en forutsetning for en gode beslutningsprosesser. Vi spurte derfor informantene om nettopp dette. Ble de ulike modellene godt nok forankret i eget foretak, og hadde de ulike aktørene en felles forståelse for de begrepene og modellene man diskuterte?

Andrine svarte dette:

«Ehm, vi hadde møter med foretakene. Vi hadde vedtak fra direktørene på det, og vi hadde vedtak fra, og oppdraget fra Lars Vorland på det. Men sånn i sånn, hvis man ser i bakspeilet, så skulle vi nok ha brukt mye mer tid på klinikk sjef ... eller, Nordlandssykehuset hadde jo klinikk sjefen med, og UNN hadde med. Men at ... det er ikke sikkert at det var like godt forankret for eksempel hos direktørene i Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset.»

På spørsmål om hun opplevde en felles forståelse blant aktørene for hva som faktisk ble diskutert svarte Andrine:

«Overhodet ikke, nei.»

Og fortsetter:

«Fordi at, det er lett å tenke seg at vi skulle gjort det annerledes og det annerledes, og fått det forankret mer, men vi brukte jo de møtene ... som sagt, vi hadde høringsmøter ... etter hvert som vi tok et ansvar på å utvikle de modellene, så hadde vi høringsmøter, vi sendte ut dokumentasjon, vi gikk gjennom dem i detalj, vi tilbudte oss å komme ut til sykehusene og så videre. Men flere av disse organisasjonene hadde ingen erfaring med å ha funksjonell forvaltning, det var det primært UNN som hadde. Det er kanskje noe i den oversetterrollen som gikk bort. Det som er interessant er at vi hadde god søknad til stillingene, vi hadde gode kandidater, så folk skjønnte hva som skulle skje.» (Andrine)

Amalie svarte på punktet om hun opplevde en felles forståelse blant aktørene:

«Nei, (...) Hvis man ser på det i ettertid, så var det også sånn at det var ingen som eide problemet. (...) Det var liksom ... det var enkelt for både den ene og den andre og gå ut fra det rommet og ikke være enig om noen ting.»

Astrid hadde følgende å si om felles forståelse for begrepene og modellene man diskuterte:

«Nei, altså i ettertid så tror jeg ikke det var ordentlig forståelse. Men så er ikke jeg den rette til å skille rett og galt. Men, dette handler om hvem skal ha myndighet til å gjøre de faglige valgene. Det er essensen. Hvem skal ha rett til å gjøre de faglige valgene. Her kom vi litt sånn ... her hadde vi en felles ... de sterke partene her var definitivt UNN og Nordlandssykehuset, og vi hadde et felles lag. De faglige valgene må vi sikre ligger i helseforetakene.»

På spørsmålet om det var felles forståelse av begreper og modeller som man jobbet med svarte Ada:

«Nei, det tror jeg ikke, fordi vi som var toppledere i dette, hadde jo også begrenset erfaring med IKT-forvaltning. Så jeg tenker her var det en kompetansesvikt eller læringsprosess, etter som hva du ... etter som hvordan man ser det i fra topptribunen. Men noen ressurspersoner med svært god innsikt inn imellom. I og med at det oppstod konflikter som hele tiden ble spilt oppover, så tenker jeg at vi kom i en situasjon hvor jeg for eksempel ble dratt inn i alt for detaljerte spørsmål rundt disse tingene som burde vært løst av folk som egentlig kan dette bedre.»

5.6 Økonomi

Økonomi var ikke ett tema som var fremhevet i den skriftlige delen av dokumentasjonen og dermed ikke et eget tema i intervjuene. På slutten av intervjuene spurte vi informantene om de ønsket å komme med kommentarer som kunne belyse beslutningsprosessen, og som vi ikke hadde vært inne på i selve intervjuet. Vi fikk følgende utsagn fra Amalie:

“Nei altså, det her med økonomi og kostnader har jo selvfølgelig vært et tema det også. Det som ... det som overrasket meg litt underveis i det her, var når vi skulle ha opp denne forvaltningen på lab for eksempel. Da la jo UNN, i samarbeid med Nordlandssykehuset, på bordet en modell med etter mitt skjønn ganske mange årsverk, og det ble man fort enig om at «jo, det måtte det være». Jeg var litt overrasket over at man kunne bli såpass fort enig rundt de tingene, men så er det liksom denne prinsipielle ... altså, at ikke den ... man skulle forvente kanskje at det var kostnader rundt årsverk som var det største problemet, men jeg oppfattet ikke at det var det. Mer liksom formalitetene rundt hvem som bestemmer hva, så gikk man seg fast der.”

I intervjuet med Andrine kom hun selv inn på økonomien og beskrev at hun som en del av prosessen var bevisst på å holde kostnadene nede da hun var klar over at foretakene måtte omstille for å få finansiering til en felles forvaltning. Ifølge henne ble det brukt mye tid på å beskrive en realistisk ressursbruk gjennom å skissere de ulike modellene i prosessen.

Vi har forsøkt å belyse det vi mener er de viktigste funnene fra våre intervjuer med informantene, og som står i forhold til den teori vi har presentert. I neste kapittel vil vi drøfte om vi kan finne noen sammenhenger mellom det våre informanter forteller, den dokumentasjonen vi har, teorien vi har presentert og problemstillingen.

6.0 Analyse av beslutningsprosessen

6.1 Rasjonalitet og beslutninger

Ett spørsmål vi har stilt oss gjennom dette studiet av beslutningsprosessen er om den endte med det beste alternativet for organiseringen av en felles forvaltning. Siden vi ser på beslutningsprosessen som ledet frem til opprettelsen av Forvaltningssenter for radiologi, får vi ikke analysert hvordan den felles forvaltningen har fungert i Helse Nord. Vi har kun studert beslutningsprosessen før etablering av FSR, som var pilot for funksjonell forvaltning. Informantene har som tidligere nevnt kommet inn på deler av prosessen som berører tiden etter FSR ble opprettet. Flere av dem har vært en del av historien etter FSR sin oppstart, og kan derfor se i bakspeilet på den prosessen som FSR har vært en del av fra opprettelsen, og videre. Dette har vært med å legge grunnlaget for hvordan forvaltningen er i dag. Når man skal vurdere om beslutningsprosessen endte opp med det beste alternativet, må man varsomt vurdere informantenes utsagn ut fra hvordan de i dag vurderer denne beslutningsprosessen som ligger seks år tilbake i tid.

Rasjonalitet er en sentral del av beslutningsteorien. Teorien om rasjonalitet angir hvordan man ideelt sett bør fatte beslutninger når man står overfor et problem (Jacobsen og Thorsvik, 2019). I empirien finner vi at informantene også vurderer beslutningsprosessen ut fra det de har kunnskap om i dag, seks år senere. Det vi finner i dokumentene, og som bekreftes av informantene, er at det er konsensus i beslutningsprosessen om at man må ha en felles forvaltning. Vurdering av situasjonen og analysen av problemet, og hvilke utfordringer problemet representerer, er grunnpilaren i framgangsmåten når man skal fatte en beslutning (Jacobsen og Thorsvik, 2019). Vi ser at man er enige om en felles forvaltning, men det er noen ulike tilnærminger til hvilke utfordringer problemet representerer, og vektleggingen på løsningene. Utfordringen til problemet med forvaltningssentrets plassering i Helse Nord's organisasjonsstruktur, ser ut til å ligge i skjæringspunktet mellom de juridiske utfordringene og de klinisk fagnære utfordringene. Vi mener å finne to konkurrerende logikker som blir brukt av de to største foretakene for å plassere FSR inn i en styringsstruktur. Disse to konkurrerende logikkene med juss og fag ser vi følger hele beslutningsprosessen. På den ene siden har det vært fremhevet at fokuset på jussen har vært for dårlig, og at et større fokus på det juridiske kunne ført til å en annen styringsstruktur enn den som ble valgt. På den andre

siden argumenterte man med at en forvaltning måtte ligge nært det kliniske fagmiljøet. Et foretak argumenterte for at det juridiske måtte være med å avgjøre hvem som skal ha myndighet, og hvem skal ha rett til å ta faglige valg på vegne av de andre foretakene. Andre argumenterte for at det foretaket med det største og beste kliniske fagmiljøet, burde få forvaltningen lagt til sin organisasjon. Vi ser at det kommer en posisjoneringsdiskusjon ut av disse to konkurrerende logikkene. Når de overordnede strategiske målene ikke var tydelig og prinsipielt avklart fra toppnivået, ble flere deler av beslutningsprosessen preget av den underliggende posisjoneringskonflikten mellom UNN og NLSH. Endringen i nasjonal lovgivning underveis, ser også ut til å påvirke prosessen. Endringen førte til en svekkelse i forhold til det regionale helseforetakets mulighet for å instruere foretaksdirektørene. Dette ser ut til å ha bidratt til at den juridiske logikken kunne brukes for å fremme sitt syn på hvor forvaltningssenteret skulle ligge.

Det kan se ut som at Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset hadde mindre innflytelse i beslutningsprosessen. Det var stort sett UNN og Nordlandssykehuset som holdt diskusjonen i gang, med et relativt høyt konfliktnivå. Finnmarkssykehuset la seg på UNN sin linje mens Helgelandssykehuset var midt i mellom UNN og Nordlandssykehuset. HSYK var imidlertid opptatt av at forvaltningen skulle bli så ressurseffektiv som mulig, og støttet at den skulle sentraliseres. Frem til et visst punkt ser det ut som Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset var mer passiv i prosessen, men ble tydelig irriterte over at prosessen tok så lang tid, på grunn av at konflikten mellom UNN og NLSH aldri tok en ende. Det vi finner noe spesielt er at alle informantene så på posisjoneringskonflikten i denne beslutningsprosessen som noe helt normalt, og representativ for andre prosesser i Helse Nord. Hvis tonen i diskusjonen utelukkende handler om at funksjoner skal sentraliseres enten i Bodø eller Tromsø, vil det forsinke prosessene. Hvis UNN og NLSH holder et like høyt konfliktnivå i andre sammenhenger fordi de bruker lang tid på å bli enige, kan det være problematisk for utviklingen i helseregionen. En av informantene påpekte manglende avklaring fra Helse Nord RHF, om hvorvidt det er UNN eller NLSH som skal være den store motoren innad i det regionale helseforetaket. Denne innfallsvinkelen tror vi kan ha hatt betydning for at prosessen ble oppfattet som vanskelig av informantene.

En årsak til at beslutningsprosessen var vanskelig og tok lang tid, kan ha vært bekymring for å miste innflytelsen i viktige faglige valg. Å miste innflytelse i viktige faglige spørsmål vil svekke makten til den som taper innflytelse. Maktforholdene i en organisasjon er et resultat av

beslutninger (Jacobsen og Thorsvik, 2019). En av informantene beskrev denne bekymringen og var redd for at foretaket skulle miste innflytelse på faglige spørsmål, dersom den funksjonelle forvaltningen ble lagt til annet foretak. Makten og autonomien til foretaksdirektøren vil bli svekket. Dette ser ut til å ha vært et problem, og da kanskje mest for Nordlandssykehuset.

Følger man trinnene i en beslutningsprosess og vurderer rasjonaliteten til beslutningstakerne, kom denne prosessen skjævt ut fra start. Aktørene var rasjonell ut fra egen logikk, og dermed var ikke alle enige i valget som ble tatt. Dette finner vi igjen i teorien som sier at beslutningstakere er begrenset rasjonell.

6.2 Delbeslutninger

En beslutningsprosess består også av delbeslutninger, og i vår case ble det også gjort noen beslutninger underveis. For eksempel var det flere modeller for felles funksjonell forvaltning som lå på bordet, og modellen med lokale forvaltere i hvert foretak ble på et tidspunkt tatt ut prosessen. Valg mellom alternativer og eliminasjon er i tråd med Jacobsen og Thorsvik (2019) modell for beslutningsprosess (figur 5).

På et tidspunkt ble HN IKT skrevet ut av prosessen som aktuell for å ha ansvar for funksjonell forvaltning. Dokumentasjonen gir ingen forklaring på hvorfor dette skjedde, og forklaringene til informantene var litt ulike på dette punktet. Helse Nord IKT ble av både Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord Norge sett på som en nøytral part. Vi tolker våre data slik at det var enighet mellom aktørene om at forvaltningen måtte ligge nært det kliniske miljøet. Likevel kan det se ut som at Nordlandssykehuset heller ville at forvaltningen skulle ligge hos Helse Nord IKT for å unngå at det havnet hos UNN, men slik ble det ikke.

Etter vår forståelse var ikke økonomi et stort diskusjonspunkt i denne saken. Noen av aktørene var likevel opptatt av å holde kostnadene nede fordi foretakene måtte omstille for disse på et senere tidspunkt. Det var i hovedsak størst uenighet rundt det prinsipielle, ikke økonomien. Dette kommer frem i våre intervjuer. Selv om et av sitatene vi har benyttet henviser til en annen prosess en vår case, har vi likevel benyttet sitatet fordi vi mener det

underbygger det vi ser i vår studie. Nemlig at økonomi ikke var et avgjørende tema. I beslutningsprosessen fikk aktørene altså fattet noen delbeslutninger, og med dette valgt bort noen alternativer underveis.

6.3 Organisasjonsstruktur

Kan beslutningsprosessen ha blitt påvirket av organisasjonsstrukturen i Helse Nord som helhet? Kan den ha blitt påvirket av at aktørene mente at plassering av det nye forvaltningssentret ville påvirke hvordan sentret ville fungere? Altså at tjenestene til forvaltningssentret ville kunne oppleves ulikt for brukerne? De ulike alternativene for organisering kan ha hatt betydning for hvordan de ulike aktørene har tenkt i ulike stadier i prosessen, selv om vi oppfatter at de forskjellige alternativene var aktuelle relativt tidlig i forløpet. Organisasjonsstrukturen som et forvaltningssenter vil være en del av kan påvirke hvordan tjenester ytes. I teorikapitlet presenterte vi hva en formell organisasjonsstruktur gjør med forventninger i forhold til hva som skal gjøres, hvordan det utføres (jobben), og hvem lederen er. Det er sannsynlig at beslutningstakere vil være skeptisk til et senter som legges direkte under «kommando» til ett sykehusforetak. De ansatte vil svare til styringslinja i det foretaket, og andre brukere vil kunne føle at deres innflytelse på prioriteringer og avgjørelser blir borte, eller i hvert fall sterkt svekket. Alle sykehusforetakene er relativt autonome, og det er lett å forstå skepsisen til de som skulle bruke en slik tjeneste, og ikke var del av samme organisasjon. Likevel må vi huske på at Helse Nord totalt sett er «én organisasjon», og en enhet som skal drive funksjonell forvaltning burde dermed kunne være organisert hvor som helst. I følge våre informanter var det var likevel enighet om at man ønsket tjenesten nært opp mot det kliniske og faglige, altså organisert i et av foretakene. I praksis ville dette bety NLSH eller UNN som de to største, og med allerede fungerende forvaltning fra tidligere. Til tross for denne enigheten om struktur var man ikke enig om hvor det var best og mest riktig å legge forvaltningen. Det var krefter som ønsket å ha denne til Tromsø fordi man allerede hadde et godt etablert miljø ved sykehuset som drev med forvaltning av daværende IKT systemer på røntgen. En av informantene tok opp spørsmålet om juss. Hun mente at hadde man gått opp jussen på et tidligere stadium, så kunne det fått betydning for hvordan styringsstrukturen for forvaltningen til slutt ble seende ut. Siden styringsstrukturen da kunne vært annerledes er det kanskje mulig at prosessen ville blitt oppfattet som bedre av deltakerne, da viktige faktorer som for eksempel juss var mer avklart på forhånd? I oppsummeringen i det tidligere nevnte

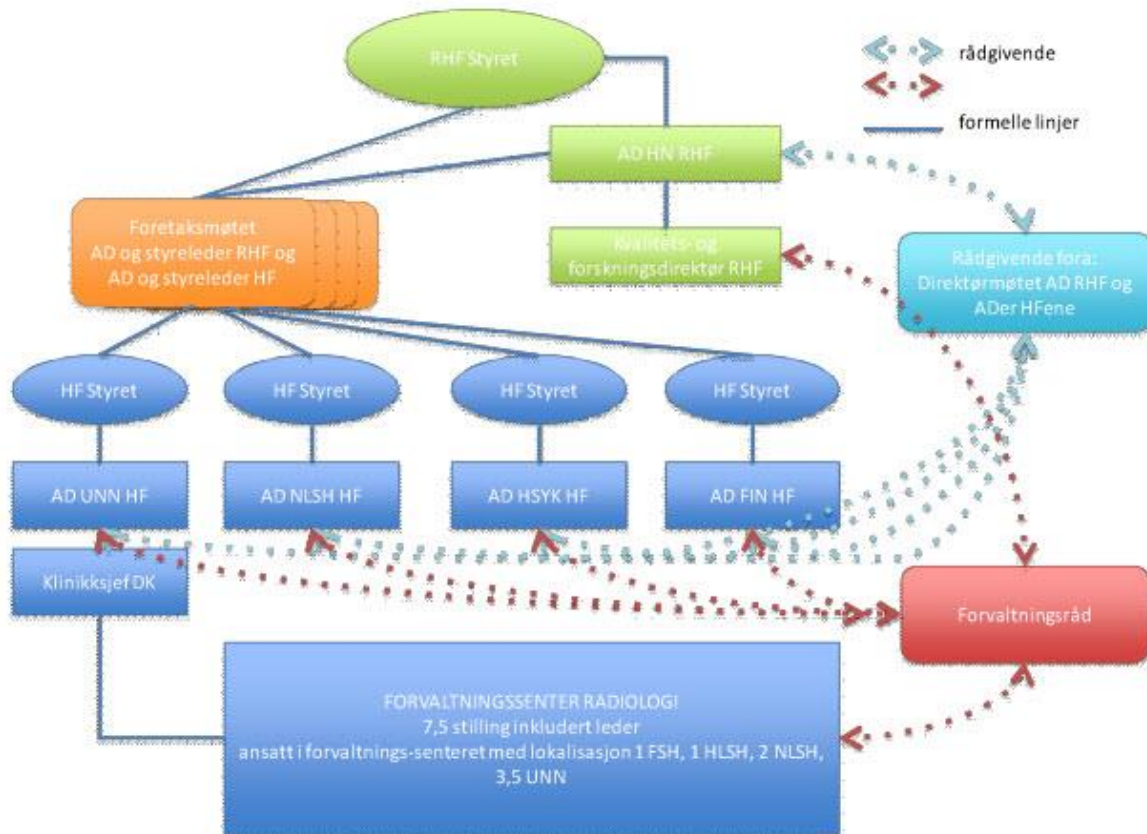
referatet fra møtet (workshop) på Radisson Blu, Tromsø, ser vi i oppsummeringens punkt 9 følgende tekst: «Den regionale modellen har 3 dimensjoner; faglig+juridisk+økonomisk. Vi forsøker å konkretisere de juridiske og økonomiske implikasjoner parallelt med den faglige modellen. Fremdriften for den faglige modellen er det viktigste» (Pilot funksjonell forvaltning av klinisk IKT system radiologi, 2014, s. 21). Det er interessant å se at det juridiske og økonomiske har vært tema på dette møtet når en av våre informanter tydelig mener det i retrospekt ikke har vært nok fokus på blant annet jussen. Dette kan tyde på at emnene ikke var nok vektlagt etter at man skrev denne oppsummeringen.

Organisasjonsstrukturen påvirker gjensidig organisasjonskultur og maktforhold¹⁰ (Jacobsen og Thorsvik, 2019) ifølge den helhetlige modell (Figur 7). Det er mulig beslutningstakerne ville tenkt annerledes om organiseringen av et forvaltningssenter for radiologi dersom juridiske forhold hadde lagt andre premisser for styringsstrukturen i forkant av prosessen. Den helhetlige modell forteller oss også at organisasjonsstruktur påvirker og påvirkes av beslutninger, og også påvirker og påvirkes av ledelse. Dersom beslutningen hadde vært gjort på et annet juridisk grunnlag ville kanskje aktørene oppfattet prosessen som mer behagelig på flere måter. Selv om den enkelte kanskje var uenig på sak ville det kanskje vært enklere å akseptere når man visste at det juridisk var avklart. Det er grunn til å tro at beslutningsprosessen ble påvirket av hvordan aktørene i prosessen, både de som gjorde forarbeidet og beslutningstakerne, trodde den nye organisasjonen (FSR) ville komme til å fungere innenfor sin styringslinje.

I et av dokumentene vi har fått tilgang til, *Pilot funksjonell forvaltning av klinisk IKT system radiologi*, nevnes det i vedlegg 2 at medarbeiderne i den operative funksjonelle forvaltningen skal være ansatt lokalt og rapportere i linja i egen organisasjon. Det sies videre at det er behov for en nettverks eller matriseorganisasjon der forvalterne samles om funksjonell forvaltning av de ulike kliniske systemene. Jacobsen og Thorsvik beskriver at i en matriseorganisasjon vil en ansatt ha to likestilte ledere. Det er ikke klare hierarkiske linjer i en slik organisasjon (2019, s. 77). I vår kontekst ville det bety at en medarbeider var ansatt i et foretak for å jobbe med funksjonell forvaltning av radiologisystemene. Samtidig ville det vært etablert en regional forvaltningsorganisasjon som var plassert i et annet foretak, og var ment å koordinere

¹⁰ Organisasjonskultur og maktforhold er ikke en del av vår oppgave, men det er viktige elementer for å forstå hvordan organisasjoner fungerer.

forvaltningen av den regionale løsningen. Alle som jobber med forvaltning i sine respektive foretak ville da både rapportere til leder i eget foretak, og til leder i foretaket hvor den regionale forvaltningsorganisasjonen er plassert. Det er sannsynlig at den ansatte ville komme i en interessekonflikt. Det endelige resultatet i Helse Nord ble ikke en matriseorganisasjon. Alle medarbeiderne ble ansatt i samme foretak, men med faktisk arbeidssted ved ulike sykehus i regionen. Jacobsen og Thorsvik beskriver at en typisk ulempe rundt matrisestrukturen er at det skapes krysspress og lojalitetsproblemer som fører til forvirring og frustrasjon hos medarbeidere (2019, s. 79). De viser videre til at det finnes forskning som tyder på at matrisestrukturer er vanskelig å få til å fungere på en god måte. Årsaken til dette er kompleksiteten i en matrisestruktur hvor det er mange kryssende linjer og lojaliteter som kan føre til misforståelser, uklarheter og konflikt. På det grunnlaget har det vært hevdet at man bør unngå matrisestrukturer om man ikke absolutt trenger dem (2019, s. 80). Ideen om lokalt ansatte forvaltere ble så vidt vi forstår skrinlagt på et tidspunkt, og årsaken til dette er ikke kjent for oss. Det kan være at mange nok av aktørene i beslutningsprosessen vi har studert forsto at det kunne bli vanskelig å få en tydelig nok organisasjonsstruktur for de som skulle jobbe i sentret. Figur 4 som vi tidligere har presentert i teorikapitlet beskriver de formelle linjer (styringslinjer) og rådgivende linjer i forvaltningsorganisasjonen i Helse Nord innenfor radiologi. I denne sammenhengen er den kun ment å illustrere kompleksiteten i organisasjonen.



Figur 4. Kildedokument: Forvaltning radiologi_Rapport_komplett-m-vedlegg

I en organisasjon som FSR, hvor jobben man utfører er med på å påvirke hvordan sluttbrukerne opplever sitt «arbeidsverktøy» (IKT-løsning), må det være en fordel å ha en formell styringslinje å forholde seg til. Det er mange som vil mene noe om forvaltningen, og påvirkningspunktene er mange for de som jobber i organisasjonen og dermed bør styringslinjen være enkel å forholde seg til. Vi velger å tro at beslutningstakerne i vår case på et tidspunkt forsto dette forholdet, og dermed la bort forslaget om en matriseorganisering.

En av våre informanter er opptatt av at Nordlandssykehuset oppfattet prosessen som spesielt viktig fordi det man skulle bygge permanente strukturer, og at det ville være svært arbeidskrevende og vanskelig å få endret på det i ettertid. Dermed ser vi at organisasjonsstrukturen som Forvaltningssenter for radiologi ville bli en del av var viktig for de som deltok i beslutningsprosessen. Dette peker igjen på at det er viktig å ha en felles forståelse for hva som blir sluttresultatet av den beslutningen man skal gjøre. Er det sannsynlig at alle som var involvert i beslutningsprosessen hadde en ide om hvordan organisasjonsstrukturen rundt FSR ville påvirke hvordan jobben kom til å bli utført, og

mandatet ivaretatt? Flere av informantene mener det ikke var en felles forståelse for modellene og begrepene. Da kan man anta at deres oppfatning ville være ulik, om hvordan den fremtidige organisasjonen ville utføre sin jobb. Det ville igjen føre til uenigheter og mulige forsinkelser i fremdriften. Vi kan også anta at hvor aktørene er organisert innad i Helse Nord har betydning for hvordan prosessen rundt beslutninger blir, inkludert vår case. Aktørene i en beslutningsprosess som denne vil påvirkes av sin historikk og hvor de har sine faglige forankringer, samt det miljøet de er en del av til daglig. De er ofte valgt ut til å være en del av en beslutningsprosess basert på den myndighet (stilling) vedkommende har.

Vi har tidligere nevnt Mintzberg sitt organigram med begrepene støttestruktur og teknostruktur. Det er vanskelig å plassere FSR inn i en av disse båsene da forvaltningen står med en fot i hver av disse. Uansett er hovedhensikten med organisasjonsstruktur å påvirke adferd i en spesiell retning ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019). Det er sannsynlig at de som var med på beslutningsprosessen vi studerer har hatt en idé og et ønske, om å kunne styre adferden og handlingsmønstret til forvaltningssentret, via den styringslinjen og organiseringen som til slutt ble vedtatt. Vi må anta at det har vært viktig for de ulike aktørene at den fremtidige forvaltningen ble organisert slik at man fikk best mulig tjenester tilbake til sykehusene, og dermed kunne påvirke adferden til FSR i en spesiell retning.

Vi skal til slutt i dette kapitlet se på hvordan aktørene i beslutningsprosessen vi studerer fungerte sammen, med utgangspunkt i det vi tidligere har beskrevet om interorganisatoriske relasjoner og nettverk, samt uttalelser fra våre informanter.

6.4 Interorganisatoriske relasjoner og nettverk

Om man legger til grunn at aktørene som var med i prosessen med å beslutte opprettelsen av funksjonell forvaltning for radiologi var en del av et nettverk, må vi se på hvordan dette passer med teorien på området. Som vi har beskrevet tidligere består et nettverk gjerne av selvstendige aktører som er spesialister på sine områder. Dette stemmer med erfaringen fra Helse Nord, da flere av deltakerne i arbeidsgruppene var fagpersoner som visste mer om detaljene i det arbeidet som forvaltningssentret skulle utføre, enn lederne som skulle beslutte den nye organisasjonen. Dette underbygges av våre informanter som også påpeker at den felles forståelsen for hva som skulle etableres ikke alltid var tilstede.

Ledelsen i nettverket er beskrevet å være fordelt mellom flere likestilte aktører. Dette stemmer også bra med situasjonen i Helse Nord da det er direktørnivået som skal gjøre den endelige beslutningen. I den grad man hadde en sentral ledelse i prosessen vi studerer, så var det RHF'et i kraft av sin funksjon som bestiller av oppdraget. Denne funksjonen tolker vi til være en koordinator og kommunikasjonskilde, og ikke en absolutt autoritet. Dette stemmer også med Strand sin fremstilling av nettverk. Vi har også tidligere beskrevet at enhetene i et nettverk står fritt til å melde seg ut. Man kan tenke seg at de ulike aktørene kunne gjøre nettopp det, dersom de ikke følte at prosessen gikk fremover slik de ønsket. Det ville nok likevel vært uklokt å melde seg ut da de ville risikere at prosessen fortsatte og sluttresultatet ikke ble slik de ønsket. Det ble nok mer viktig for dem å delta for å ha mulighet til å påvirke. Å melde seg ut kan også ses på som ansvarsfraskrivelse, noe vi tidligere har sett en av informantene kommentere.

Vi har tidligere beskrevet at nettverket må aktivt holdes sammen for ikke å gå i oppløsning. Det er noen som må ta jobben med å holde nettverket i gang når flere «snur ryggen til», og ikke tar ansvar for å holde prosessen i gang. Det behøves tillit, felles identitet og kultur for å skape samhold som skal holde enhetene sammen i nettverket. Det kan synes som mye av dette manglet i deler av denne beslutningsprosessen. Det kan synes som at prosessen har båret preg av uenigheter og utsettelse, fordi det enkelte foretak var redd for å miste innflytelse på prosesser som omhandlet de systemene som den funksjonelle forvaltningen skulle jobbe med. Uenigheten synes å være større dess nærmere toppen man kom. Dette beskriver også en av informantene våre ved å trekke inn at det var uenighet også på direktørnivå i denne beslutningsprosessen.

En forklaring kan være at forståelsen ikke var god nok for hva som skulle etableres, og hvilken betydning det ville få i forhold til hvor forvaltningssentret ble plassert organisatorisk. Vi mener å se av dokumentene vi har fått tak i at det ikke var lik forståelse hos alle aktørene. Det ble avholdt et eget uformelt møte for å avklare hva de to største foretakene var uenig om, og på hvilke punkter man hadde ulik forståelse. Manglende felles forståelse for begreper og modeller ser ut til å ha preget beslutningsprosessen. Uten god nok felles forståelse for hva som skulle etableres var det heller ikke lett å bli enig om en felles løsning for forvaltningen.

De mekanismene som i et nettverk normalt skal skape tillit og kontakt mellom aktørene, tror vi var tilstede i noen grad i denne prosessen. Det ser vi blant annet på uttalelser fra våre informanter. De aktuelle mekanismene skulle vært ivaretatt i form av de rollene vi tidligere har beskrevet, og som omfatter en imaginatør, en kobler og en kontraktør. Vi ser i våre intervjuer at i alle fall kobleren (som vi også kan se på som en megler) var tilstede. Om denne og andre roller hadde tilstrekkelig gjennomslagskraft er det vanskelig for oss å si noe sikkert om. Samtidig er det ikke sikkert definisjonen av tillit er den samme hos alle aktørene, og om de skiller mellom tillit på personnivå og organisasjonsnivå. Vi fant uttalelser i intervjuene som kunne tyde på begge deler. Det er nærliggende å tro at beslutningsprosessen som vi studerer i vår oppgave ville påvirkes av at man så ulikt på tillit; hvor noen definerte det som manglende tillit mellom organisasjoner, og noen definerte det som manglende tillit mellom personer. Man burde forvente at beslutningstakere på dette nivået hadde et avklart forhold til uenigheter hvor man kan skille mellom sak og person, selv om man er dypt uenig faglig og juridisk. Det er grunn til å tro at de rollene som Strand (2015) snakker om hvor vi har en imaginatør, en kobler og en kontraktør kunne bidratt til å holde nettverket sammen. I vårt tilfelle mener vi å se at dersom Helse Nord RHF hadde inntatt rollen som kontraktør, kunne det bidratt til å «smøre» uenighetene i nettverket. Dette kunne vært oppnådd ved å utforme regler eller kontrakter som regulerte uenigheter.

Vi har tidligere så vidt vært innom begrepet partssamarbeid som deles inn i kontraktssamarbeid og partnerskap. For kontraktssamarbeid er det vanskelig å trekke en parallell til Helse Nord sitt behov for å opprette en regional funksjonell forvaltning, da man ikke satte ut jobben. I stedet valgte man å opprette organisasjonen internt i Helse Nord i et samarbeid mellom helseforetakene. Det er enklere å trekke en linje til den andre formen for partssamarbeid, nemlig partnerskap. Partnerskap ligner på det man gjorde i Helse Nord, hvor flere av foretakene sammen med RHF'et skulle benytte felles ressurser til å planlegge og etablere funksjonell forvaltning for radiologi, og seinere lab og EPJ. Her fikk man utnyttet en personellmessig ressurs best mulig ved at forholdsvis få mennesker kan dekke et større område (Helse Nord) fordi man opererer med de samme systemene i hele regionen. På dette området må beslutningsprosessen sies å ha fungert bra siden man tydeligvis var enig om dette behovet. Uenighetene oppsto når dette skulle organiseres.

Vi har i teorikapitlet vært inne på at fordeler med interorganisatoriske nettverk kan være tilgang på ressurser og stordriftsfordeler, samt tilgang på kunnskap (Jacobsen og Thorsvik, 2019). Vi velger å tolke teorien om tilgang på ressurser og stordriftsfordeler i en kontekst hvor Helse Nord totalt sett får tilgang på personale som hvert enkelt foretak kunne hatt problemer med å skaffe. Det både var, og er få personer i Helse Nord med den aktuelle kompetansen, og det tar tid å bygge opp denne. Når hele regionen kan ansette og benytte de samme ressursene sammen gjør dette det både enklere og kanskje også billigere for alle. Videre tolker vi at tilgang på kunnskap først og fremst handler om at samarbeidet kan være rettet mot å spre informasjon. Og i vår kontekst betyr det å først og fremst å dele erfaringer. De ulike foretakene hadde forskjellig bakgrunn og erfaring hva angikk forvaltning av kliniske IKT systemer generelt, og radiologi spesielt. Et slikt nettverk kalles gjerne et kunnskapsnettverk eller læringsnettverk (Jacobsen og Thorsvik, 2019). Representantene fra de ulike foretakene i Helse Nord utveksler kunnskap, i dette tilfellet om forvaltningen og hva den bør inneholde. Et slikt poeng er i tråd med det (Simon, 1991) mener om læring i en organisasjon.

Vi opplever at litteraturen nyanserer nettverk noe. Vi ser for eksempel at Jacobsen og Thorsvik (2019) hevder at nettverk gjerne mangler et klart autorativt senter, og uenigheter mellom deltakerne i samarbeidet må ofte løses gjennom samtaler og forhandlinger. Dette mener vi også å ha erfart i arbeidet med vår studie hvor det ikke har vært noen klar lederfunksjon. Uenigheter har blitt løst gjennom forhandlinger og mekling, noe som underbygges i våre intervjuer med informantene. Torodd Strand (2015) nyanserer sentralisering av nettverk i større grad. Han påpeker at et sentralisert nettverk med et autorativt sentrum, har en stabil part som sørger for å opprettholde nettverket. Dette skjer selv om noen aktører forsvinner eller nye kommer inn. I den konteksten vi studerer anser vi i denne sammenhengen at RHF'et er den sentrale enheten eller moderorganisasjonen, og foretakene utgjør resten av nettverket. Selv om enkelte av aktørene skulle falle fra eller på noe vis melde seg ut, skulle da RHF'et enten dra disse med igjen eller sørge for at arbeidet fortsetter på noe vis. Det blir kanskje en litt kunstig antakelse at et eller flere foretak skulle melde seg ut, men rent teoretisk kunne noen avstått fra å delta i samarbeidet. Våre data gir grunn til å tro at rollen som autorativt senter ikke var tydelig nok fra RHF'ets side. Det som holder nettverket sammen er felles interesse for å få etablert en regional funksjonell forvaltning. Vi har tidligere i oppgaven nevnt at man kan se på Helse Nord som et partnerskapsnettverk når vi studerer beslutningsprosesser. Dette mener vi godt beskriver

situasjonen i Helse Nord når man skulle lande en felles funksjonell forvaltning. Joint venture som vi har vært innom tidligere i oppgaven, innebærer at flere selvstendige organisasjoner går sammen for å realisere et prosjekt. Det var nettopp det foretakene i Helse Nord gjorde når de skulle etablere funksjonell forvaltning for radiologi. Dette hadde vist seg nødvendig fordi man hadde anskaffet felles regionale radiologiløsninger.

Hvordan skulle man bli enig om en felles regional forvaltning når forholdet mellom aktørene til tider var ganske vanskelig? Tilliten mellom aktørene i nettverket ble ikke bedre av at man drar inn begreper som rettferdighet. Rettferdighet i form av innflytelse og rettferdighet i form av arbeidsplasser. Vi velger å tolke det som at foretaket som fikk ansvaret for å etablere FSR ville få større innflytelse på prosesser i sentret enn de andre foretakene, og i tillegg flere arbeidsplasser (stillinger). Vår informant Astrid påpeker at en løsning gjerne må fases inn over flere år for å unngå å få for tydelige vinnere og tapere. Vi tolker at dette utsagnet gir uttrykk for en modell hvor de ulike funksjonelle forvaltninger «eies» av hvert sitt foretak. For å kunne oppnå dette trengs det tillit mellom aktørene.

Vi skal i siste kapittel gjøre rede for de funn vi mener å kunne trekke ut av arbeidet med denne studien.

7.0 Konklusjon

Vi har i denne studien sett på beslutningsprosessen i Helse Nord som førte frem til vedtak om opprettelsen av Forvaltningssenter for radiologi høsten 2014. For å finne svar på problemstillingen «Hvordan var beslutningsprosessen frem til opprettelsen av Forvaltningssenter for radiologi (FSR), og hva kan vi lære av denne?» studerte vi dokumenter fra prosessen og intervjuet flere deltakere for å finne ut hvordan de hadde opplevd denne. For å belyse hvordan beslutningsprosessen var, blir de personlige synspunktene og betraktningene også viktig. Vi lærte gjennom dette at det er flere dimensjoner i en slik prosess, ikke bare det skriftlig formelle. En beslutningsprosess bør derfor studeres med ulike tilnærminger.

Vi finner elementer av noen underliggende problemer i denne beslutningsprosessen, som peker tilbake på at Helse Nord ikke tydelig nok avklarer overordnede strategiske mål, om hvem som skal være ansvarlig for å tilby ulike tjenester. Studien viser også at det ikke ble sørget for en god nok felles forståelse for hva man skulle etablere. Denne manglende felles forståelsen av oppdraget, burde det regionale helseforetaket som eier og bestiller ha gjort mer for å klargjøre. Dette førte til at tilliten mellom aktørene i prosessen ikke var tilstrekkelig tilstede, og videre til vanskelige samarbeidsforhold og forsinkelser. Disse forsinkelsene førte til frustrasjoner. Utarbeidelse av forslag til vedtak i saken drar ut i tid fordi man ikke evner å snakke sammen på en god måte. Prosessen bar preg av å være både sår og opprivende. Vi mener å se at oppfattelsen av rettferdighet og likhet mellom foretakene, spesielt Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord Norge HF har stått i fokus, og at fordelingen av funksjoner mellom dem er viktig. Dette er fordi innflytelse fra eget fagmiljø og kontroll på egne data er avgjørende for oppfattelsen av rettferdighet og likhet. Vi finner derfor at foretakene som egne rettssubjekt kan komplisere arbeidet med å utvikle regionale funksjoner på tvers, dersom det ikke gjøres tilstrekkelige juridiske avklaringer før man setter i gang prosesser. Vi ser at juss og fag er konkurrerende elementer i beslutningsprosessen vi har studert. Det var sterke motsetninger der fag og juss møttes i denne prosessen. UNN ville ha forvaltningen organisert hos seg basert på et faglig grunnlag, og NLSH argumenterte på et juridisk grunnlag for at UNN ikke skulle ha forvaltningssentret.

Vår problemstilling er todelt og i siste del spør vi hva vi kan lære av beslutningsprosessen vi nå har studert. Et av læringspunktene er at Helse Nord sin rolle som eier av prosesser må vurderes og avklares tidlig, og partenes forventninger til Helse Nord bør stadfestes og etterfølges. Et annet viktig punkt i denne sammenhengen er betydningen av en tidlig enighet i, og mellom organisasjonene som i felleskap skal beslutte noe. For å oppnå dette er det viktig at man i Helse Nord har avklart overordnede strategiske mål i forkant av et slikt samarbeid. Det å avklare forventninger om gevinster og kostnader for hver av organisasjonene som inngår i en beslutningsprosess, er særdeles viktig for at alle involverte parter skal ha felles forståelse for hva som skal oppnås. På et overordnet nivå må legitimiteten til foreslåtte løsninger i en prosess klargjøres, både ut fra juridiske hensyn og faglige utviklingsmål. Det bør uformes regler for hvordan en kan håndtere eventuelle framtidige uenigheter og konflikter mellom partene som inngår i den omforente løsningen. Dette kan for eksempel løses gjennom kontrakter. Vi anser at beslutningsprosesser i sin alminnelighet kan være utfordrende og vanskelig. Vi mener vår studie kan tjene som eksempel for hvordan andre beslutningsprosesser utenom Helse Nord fungerer. Vi antar at vi ville finne sammenfallende elementer om vi hadde gjort en studie av andre virksomheter enn Helse Nord med sine komplekse strukturer.

Som et forslag til videre forskning vil det være mulig å studere andre beslutningsprosesser som Helse Nord og foretakene har vært gjennom, for å se om det er sammenfallende læringspunkter med vår studie. Dette kan gjøres enten ved dokumentstudier kombinert med intervjuer som i vårt tilfelle, eller gjennom spørreundersøkelser hvor brukere av tjenestene, samt de som yter disse får uttale seg. Dette vil kunne belyse forhold som kvalitet og tilgjengelighet, som direkte kan knyttes mot pasientnære forhold. I 2018 ble det vedtatt en omorganiseringsprosess av den funksjonelle regionale forvaltningen bestående av Forvaltningssentre for FSR, EPJ og Lab. Videre forskning vil kunne avdekke om dette kan skyldes funn i vår studie, og vil muligens forklare hvordan utfordringer med regionale forvaltningsløsninger kan prege en 7 års periode.

Kildeliste

Etablering av enhet for funksjonell forvaltning – radiologi (datert 20. november 2014)

Forvaltning radiologi_Rapport_komplett-m-vedlegg (datert 4. november 2014)

Forvaltningsmodell for IKT-tjenester i Helse Nord (2013)

Oppsummering direktørmøte 13. november 2014 (sak 131-2014)

Pilot funksjonell forvaltning av klinisk IKT system radiologi (2014)

Regional forvaltningsmodell (2013)

Styringsgruppemøte 1 – 2013 – Helse Nord IKT (Møtereferat) (2013)

Litteraturliste

Choi, S. (2011) *Radical change attempt in healthcare- competing logics in hospital mergers*. Stockholm, Volante publishing

Dinur, A. (2011) *Common and un-common sense in managerial decision making under task uncertainty*. Management Decision Vol. 49 No. 5

Jacobsen, D., Thorsvik, J. (2019) *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen, Fagbokforlaget.

Johannessen, A., Christoffersen, L., Tufte, P.A (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5.utgave. Oslo, Abstrakt forlag AS

Mintzberg, H. (1983) *Power in and around organizations*. New Jersey, USA, Prentice Hall

Nutt, P.C (2008) *Investigating the success of decision making processes*. Journal of Management Studies 45:2 March

Simon, H. (1991) *Bounded Rationality and Organizational Learning*. Organization Science, Vol. 2, No. 1, Special Issue: Organizational Learning: Papers in Honor of (and by) James G. March

Strand, T. (2015) *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen, Fagbokforlaget.