

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn: May Sissel Hansen  
Erik Fagerli

---

## Fra konkurranse til samarbeid

En kvalitativ studie om innføringen av klinisk gjennomgående organisering i Helgelandssykehuset

---

Dato: 22.06.22

Totalt antall sider: 77



**NORD**  
universitet

[www.nord.no](http://www.nord.no)

## Forord

Vår masteroppgave markerer avslutningen på to interessante og hektiske år som mastergradsstudenter ved Nord Universitet. Tiden som deltidsstudent har til tider vært krevende, men mest av alt meget lærerik. Pandemien til tross, vi fikk oppleve å være en del av et inspirerende kull med studenter. De faglige diskusjonene og friske debattene, sammen med de sosiale sammenkomstene, har bidratt til å gjøre dette til en tid vi kommer til å se tilbake på med stor takknemlighet. Tusen takk til alle våre medstudenter, dere har vært fantastiske. Studiet har utstyrt oss med mange nye verktøy og perspektiver som har gitt oss stor motivasjon til å fortsette å jobbe som ledere i helsevesenet.

Vi vil også rette en stor takk til henholdsvis Universitetssykehuset Nord Norge og Helgelandssykehuset som ga oss muligheten til å delta på studiet. Vi håper å kunne gi litt tilbake av kunnskapen vi har fått. Videre vil vi takke våre informanter som tok seg tid i en travel hverdag til å dele sine erfaringer med oss.

Takk til Sverre Grepperud som har veiledet oss med stø hånd gjennom hele prosessen til en ferdig oppgave. Det er også på sin plass å takke Pål Andreas Pedersen og Anita Eide for å ha loset oss gjennom studiet både via digitale forelesninger og fysiske studiesamlinger. Til slutt en ekstra stor takk til våre familier som har vist stor tålmodighet med oss gjennom disse to årene.

Tromsø/Mo i Rana 20.06.22

May Sissel Hansen og Erik Fagerli

## Sammendrag

Sensommeren 2021 innførte Helgelandssykehuset klinisk gjennomgående organisering (KGO) i somatikken. En helt ny organisasjonsstruktur skal bryte ned en årelang rivalisering internt i Helgelandssykehuset og legge til rette for samarbeid og samhandling for å sikre Helgelands befolkning landets beste lokalsykehus. Den nye organisasjonsstrukturen åpner for flere nye muligheter, men er langt fra noen garanti for at samarbeidet vil blomstre. Formålet med denne oppgaven er å studere hvordan en slik omorganisering har påvirket organisasjonen sett fra klinikkjefenes perspektiv.

Vi har studert teori som beskriver hvordan sentrale prosesser i organisasjoner av en viss størrelse foregår, samt hvordan det antas at de ulike elementene som organisasjoner består av, henger sammen, og deres betydning for at organisasjonene lykkes i å nå sine mål. Hensikten har vært å etablere et analytisk rammeverk for å tolke og drøfte betydningen av klinikkjefens erfaringer med omorganiseringen så langt. En god måte å studere erfaringer på, er gjennom kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming, og vi har valgt semistrukturerte intervju for å samle data til vår studie og finne svar på vår problemstilling.

Våre funn indikerer at mulighetene og de store gevinstrealiseringene ved KGO ligger litt lengre frem i tid. Videre opplever klinikkjefene den uferdige klinikkstrukturen i KGO som en utfordring fordi det er store forskjeller på lederlinjene og støttefunksjoner i klinikkene og organisasjonen preges av konstitueringer. Tillitsvalgtsapparatet er heller ikke tilpasset den nye organiseringen. Et annet sentralt funn er at klinikkjefen finner de store kulturforskjellene utfordrende og Covid-19-pandemien har bidratt til å vanskeliggjøre jobben med å utforme en mer ensartet kultur. Den siste sentrale utfordringen er hvordan klinikkjefene opplever at omgivelsene på Helgeland er med på å opprettholde konkurransen mellom enhetene og vanskeliggjør prosessene som skal fremme samarbeid mellom miljøene. Vi finner også at klinikkjefene så langt i prosessen ikke har tydelig uttalt strategi for hvordan de skal lykkes med de overordnede resultatkravene for KGO.

## Abstract

In the late summer of 2021, Helgeland Hospital introduced clinical organization in somatics. A completely new organizational structure intends to break down an internally years-long rivalry in Helgeland Hospital and facilitate cooperation and collaboration to ensure Helgeland's population the country's best local hospital. The new organizational structure enables several new opportunities, but it is far from a guarantee that the collaboration will flourish. The purpose of this thesis is to study how such a reorganization has affected Helgeland Hospital from the perspective of the clinic managers.

We have studied theory that describes how central processes in organizations of a certain size take place, as well as how it is assumed that the various elements that organizations consist of are connected, and their significance for the organizations to succeed in achieving their goals. The purpose has been to establish an analytical framework to interpret and discuss the significance of the clinic manager's experiences with the reorganization so far. An appropriate way to study experiences is through a qualitative method with a phenomenological approach, and we have chosen semi-structured interviews to collect data for our study and find answers to our problem.

Our findings indicate that the opportunities and the major realization of gains for the new clinical structure are a little further ahead. Furthermore, the clinic managers experience the unfinished clinic structure in KGO as a challenge because there are large differences in the management lines in the clinics and the organization is characterized by constitutions. The internal organization of the representatives of the unions are not adapted to the new organization of the clinics. Another key finding is that the head managers of the clinics find the major cultural differences challenging and the Covid-19 pandemic has prevented the work on constructing a uniform culture. The last central challenge is how the clinic managers experience that the surroundings in Helgeland maintain the competition between the units and complicates the processes to promote collaboration. We also found that the clinic managers so far in the process not have stated clear strategies for how to succeed with the overall performance requirements for the clinical organization.

# Innholdsfortegnelse

|  |     |
|--|-----|
| Forord .....   | i   |
| Sammendrag.....  | ii  |
| Abstract .....   | iii |
| Innholdsfortegnelse .....                                      | iv  |
| Figurer .....  | vi  |
| Tabeller.....  | vi  |
| Akronymer brukt i oppgaven .....                               | vi  |
| 1.0 Innledning.....  | 1   |
| 1.1 Problemstilling .....                                      | 2   |
| 1.2 Oppgavens oppbygging.....                                  | 2   |
| 1.3 Begrepsavklaringer.....                                    | 3   |
| 2.0 Bakgrunn .....   | 4   |
| 2.1 Historikk.....   | 4   |
| 2.2 Konkurransen .....   | 5   |
| 2.3 Innføring av klinisk gjennomgående organisering, KGO ..... | 6   |
| 3.0 Analytisk rammeverk .....                                  | 11  |
| 3.1 Mål og strategi.....                                       | 13  |
| 3.2 Organisasjonsstruktur.....                                 | 14  |
| 3.3 Organisasjonskultur.....                                   | 14  |
| 3.4 Maktforhold.....   | 17  |
| 3.5 Omgivelser .....   | 18  |
| 3.6 Organisasjonsatferd og prosesser .....                     | 19  |
| 3.6.1 Motivasjon.....  | 19  |
| 3.6.2 Kommunikasjon .....                                      | 19  |
| 3.6.3 Endring .....  | 20  |
| 3.7 Ledelse .....  | 22  |
| 3.7.1 Hva er ledelse? .....                                    | 22  |
| 3.7.2 Ledelse i ekspertorganisasjoner .....                    | 22  |
| 3.7.3 Velfungerende lederteam .....                            | 23  |

|   |    |
|---|----|
| 4.0 Metode.....   | 24 |
| 4.1 Valg av metode og forskningsdesign .....  | 24 |
| 4.1.1 Validitet og reliabilitet .....   | 26 |
| 4.1.2 Etske betraktninger.....  | 27 |
| 4.2 Metodekritisk refleksjon .....  | 27 |
| 5.0 Empiri.....   | 29 |
| 5.1 Informantenes bakgrunn.....   | 29 |
| 5.2 Mål og strategi.....  | 29 |
| 5.3 Organisasjonsstruktur.....  | 33 |
| 5.4 Maktforhold.....  | 39 |
| 5.5 Organisasjonskultur.....  | 43 |
| 5.6 Omgivelser .....  | 45 |
| 5.7 Organisasjonsatferd og prosesser .....  | 47 |
| 5.7.1 Motivasjon.....   | 47 |
| 5.7.2 Kommunikasjon .....   | 48 |
| 6.0 Diskusjon.....  | 49 |
| 6.1 Mulighetene som ligger i KGO vil hovedsakelig kunne realiseres på lengre sikt. .... | 50 |
| 6.2 Tre sentrale utfordringer som vanskeliggjør innføringen av KGO .....                | 51 |
| 6.2.1 Uferdig klinikkstruktur.....  | 51 |
| 6.2.2 Ulike organisasjonskulturer.....  | 53 |
| 6.2.3 Støy fra omgivelser .....   | 56 |
| 6.3 Mangel på en tydelig uttalt strategi .....  | 58 |
| 6.4 Vurderinger rundt egen metode.....  | 62 |
| 7.0 Konklusjon .....  | 63 |
| Referanser.....   | 65 |
| Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD .....  | 67 |
| Vedlegg 2: Søknad og godkjenning fra HSYK.....  | 69 |

## Figurer

|  |    |
|--|----|
| Figur 2-1 Organisasjonskart etter innføringen av KGO.....                          | 9  |
| Figur 2-2 Organisasjonskart for medisinsk klinikk.....                             | 9  |
| Figur 2-3 Organisasjonskart for kirurgisk klinikk.....                             | 9  |
| Figur 2-4 Organisasjonskart for akuttmedisinsk klinikk.....                        | 10 |
| Figur 2-5 Organisasjonskart for klinikk for diagnostikk og medisinsk service ..... | 10 |
| Figur 3-1 Helhetlig modell (Jacobsen & Thorsvik, 2019) .....                       | 12 |
| Figur 3-2 Organisasjonsmodell (Mintzberg, 1989).....                               | 23 |
| Figur 6-1 Artikkel fra Rana Blad 07.04.22 .....                                    | 57 |

## Tabeller

|  |    |
|--|----|
| Tabell 4-1 Oversikt over informanter ..... | 25 |
|--|----|

## Akronymer brukt i oppgaven

AD - Administrerende direktør  
KGO - Klinisk gjennomgående organisering  
HF – Helseforetak  
HN - Helse Nord  
HR-Human Resources  
HSYK - Helgelandssykehuset  
RHF - Regionalt helseforetak

## 1.0 Innledning

4. September 2021 publiserte Helgelandssykehuset (HSYK) en kronikk fra administrerende direktør (AD) Hulda Gunnlaugsdottir:

“Til tross for at Helgelandssykehuset har vært et foretak siden 2002 har den geografiske inndelingen i enheter vært til **hinder** for utviklingen av en felles organisasjonskultur og helhetstenkning når det gjelder utnyttelse av ressurser på tvers. Den interne konkurransen har motvirket faglig utvikling og samspill. Dette har kommet til syne i krevende saker, med faglig uenighet på tvers av enhetene. Noe som også har påvirket arbeidsmiljøet og opplevelsen av å være én felles arbeidsplass. Organisasjonsstruktur, organisasjonskultur og arbeidsmiljø henger tett sammen.

I Foretaksmøtet i Helse Nord RHF 27. januar 2020, sak 3, gir helse- og omsorgsministeren oppdrag til Helse Nord. Oppdraget blir videreført til Helgelandssykehuset i foretaksmøte 5.2.20. Vedtaket poengterer i pkt. 5:

*«Styret forutsetter at Helgelandssykehuset HF skal drives som ett sykehus på tvers av geografiske lokalisasjoner. Befolkningen skal møte en kunnskapsbasert praksis, og det skal være en lik tilnærming til arbeidet med kvalitet»*

(Gunnlaugsdottir, 2021)

Administrerende direktør ved Helgelandssykehuset sier videre i samme kronikk at for å løse oppdraget fra Helse- og omsorgsministeren med ett sykehus på to lokasjoner, innenfor de økonomiske rammene fra Helse Nord, er det behov for en ny organisasjonsmodell. Hun har derfor tatt initiativ til et arbeide med en ny organisasjonsstruktur som ikke skal være basert på Helgelandssykehusets geografiske inndeling, men som er faglig fundert. Den nye organisasjonsmodellen, klinisk gjennomgående organisering (KGO), skal også kunne fungere når Nye Helgelandssykehuset er realisert.



## 1.1 Problemstilling

Omorganiseringen beskrevet over, startet høsten 2021 og er enda i en tidlig fase og er relativt omfattende i en norsk sammenheng. Dette betyr at man har en unik mulighet til å studere den første fasen av denne prosessen. I vår studie ønsker vi å se nærmere på hvordan organisasjonen og nærmere bestemt de somatiske avdelingene, reagerer på innføring av klinisk gjennomgående organisering (KGO), gjennom perspektivet til de nyansatte klinikksjefene. Oppdraget de har fått er krevende og omdiskutert<sup>1</sup>, men det legger også til rette for flere nye muligheter. Vi ønsker å belyse hvilken kontekst klinikksjefene for de somatiske klinikkene befinner seg i og deres foreløpige erfaringer med innføringen, og vi ønsker å studere dette fra et topplederperspektiv<sup>2</sup>. For å få belyst tema har vi formulert følgende problemstilling:

***Klinisk gjennomgående organisering ved Helgelandssykehuset – Lederes erfaringer med prosessen så langt.***

For å besvare problemstillingen har vi utarbeidet følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvilke muligheter og utfordringer opplever klinikksjefene med klinisk gjennomgående organisering?***
- 2) Hvilke strategier har klinikksjefene valgt for å realisere målene med klinisk gjennomgående organisering?***

For å besvare forskningsspørsmålene i vår studie ønsker vi å intervju de fire nye klinikksjefene ved Helgelandssykehuset.

## 1.2 Oppgavens oppbygging

I kapittel 2 starter vi med å presentere noe av historikken til Helgelandssykehuset og bakgrunnen for innføringen av klinisk gjennomgående organisering. I kapittel 3 presenterer vi teori som skal gi et perspektiv på hvilke prosesser som er viktige for at organisasjoner skal prestere og hvilke faktorer som kan påvirke prosessene. I kapittel 4 beskrives vår forskningsmetode for innhenting av empiri og hvordan vi har analysert våre data. Vi diskuterer

---

<sup>1</sup> jf. styresak 08/2021 Helgelandssykehuset HF

<sup>2</sup>

Klinikksjefene inngår i toppledelsen ved HSYK

også oppgavens validitet og reliabilitet. Empirien beskrives i kapittel 5 og vi presenterer den i lys av vårt analytiske rammeverk som vi etablerte i kapittel 3. Dette gjør at rekkefølge og overskriftene i all hovedsak vil være gjenkjennbare gjennom kapittelet. I kapittel 6 presenteres våre hovedfunn og vi diskuterer disse med utgangspunkt i problemstillingen og det analytiske rammeverket. Til slutt konkluderer vi i kapittel 7 og forsøker her å komme med innspill som kan forbedre den prosessen vi analyserer og eventuelt andre lignende prosesser.

### 1.3 Begrepsavklaringer

*Avdelingsleder* er i Helgelandssykehuset det laveste ledernivået. Disse lederne har personalansvar, budsjettansvar og er faglig ansvarlig. *Avdelingene* de leder varierer mye i størrelse, men består vanligvis av mellom 10 og 40 ansatte. *Avdelingene* betegnes ofte som enheter i andre helseforetak (utenfor HSYK). Tidligere var alle somatiske avdelinger underlagt enten medisinsk eller kirurgisk område på hvert sykehus. Hvert av *områdene* ble ledet av en *områdesjef* som var ledernivået over avdelingsleder. *Områdesjefens* ledergruppe besto av 4-8 avdelingsledere. I den nye den klinikkstrukturen eksisterer fortsatt begrepet *områdesjef* og er fortsatt nivået over *avdelingsleder*. *Områdesjef* betegnes ofte som avdelingsledere i andre helseforetak. *Enhetsdirektør* var øverste leder på hvert av de tre sykehusene på Helgeland og var ledernivået over *områdesjef*. *Enhetsdirektørens* ledergruppe var de to somatiske *områdesjefene* og økonomirådgiver. Øverste leder på Helgelandssykehuset er *administrerende direktør (AD)*. *Enhetsdirektørene* satt i ledergruppen til *administrerende direktør* (foretaksledelsen) og representerte der ledernivået under AD. *Toppledelse* ved Helgelandssykehuset inkluderer i dag klinikkjefene og administrerende direktør. *Mellomledernivået* rapporterer til toppledelsen og er representert med *områdesjefer* i denne nye organisasjonsmodellen. Med *ekspertorganisasjon* referer vi til sykehus som kunnskapsorganisasjoner hvor den operative kjernen består av høyt kompetente personer med profesjonsutdanning.

Fra 01.07.22 endrer HSYK som ledd i KGO, begrepene som brukes om de ulike ledernivåene. Hensikten er å tilpasse seg begrepene som brukes i øvrige foretak i Helse Nord. Avdelingsledere blir da enhetsledere og *områdesjefer* blir til avdelingsledere. Endringene skjer etter vårt arbeide er ferdigstilt og i oppgaven brukes derfor de begreper som er omtalt i avsnittet over.

## 2.0 Bakgrunn

Siden vi ønsker å fokusere på opplevelsene til klinikkjefene mener vi det er viktig å belyse den historiske og samfunnsmessige konteksten de befinner seg i. I dette kapitlet vil vi derfor beskrive historikken som leder frem til innføringen av klinisk gjennomgående organisering (KGO), herunder hvilke føringer helse- og omsorgsdepartementet legger for organisasjonsstruktur i helseforetak. Vi vil også forsøke å beskrive hva administrerende direktør referer til som konkurranse. Videre vil kort redegjøre for de ulike fasene av KGO og status i innføringsprosessen.

### 2.1 Historikk

Fram til slutten av 80-tallet kunne de tre sykehusene på Helgeland drive sin virksomhet helt uavhengig av hverandre. De hadde egne budsjetter det var ingen formelle krav til samarbeid. Men i takt med samfunnets utvikling kom de første signalene på at det å drive tre små sykehus med de demografiske utfordringene man har på Helgeland, ikke lengre var økonomisk lønnsomt. Sykehusene konkurrerte om de samme ressursene, både personell, medisinsk teknisk utstyr og driftsmidler. I 1987 utaler kommunestyret i Brønnøy kommune at det vil være fornuftig for Helgeland å sørge for at man i fremtiden har et velutrustet sykehus i stedet for tre små. En uttalelse som på mange måter markerer starten på sykehusstriden på Helgeland. En strid som fortsatt pågår den dag i dag. Ved inngangen av 2002 ble foretaksreformen innført i Norge. De tre sykehusene på Helgeland fikk en felles foretaksledelse, men videreførte en struktur hvor sykehusene i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen fortsatte med stedlige enhetsdirektører. Helgelandssykehuset valgte altså å opprettholde organisasjonsstruktur basert på geografi. Dette til tross for at Helse Nord i sitt saksfremlegg til ny foretaksstruktur september 2001, påpeker betydelige samarbeidsproblemer mellom sykehusene og at utfordringene er av et slikt omfang at det bør iverksettes egne tiltak for å bedre samarbeidet mellom enhetene (HN RHF, 2001). På hver av de tre enhetene i helseforetaket var enhetsdirektør ansvarlig for de lokale fagområdene og den faglige utviklingen av disse. Hver enhet hadde også egne budsjetter som de var ansvarlige for. Igjen viste denne organisasjonsformen seg å ikke fremme samarbeid mellom enhetene og rivaliseringen tilspisset seg ytterligere. 27.10.20 besluttet helseministeren at Helgelandssykehuset i fremtiden skulle bestå av to somatiske enheter. Sykehuset i Mosjøen skal legges ned, Mo i Rana og Sandnessjøen skal ha likeverdige tilbud, men Sandnessjøen skal være hovedsykehus med det bredeste tjenestetilbudet. Vedtaket førte til ytterligere tilspising av samarbeidsproblemene, og samarbeidsklimaet mellom enhetene nådde et nytt bunnpunkt.

I foretaksmøtet mellom helseministeren og Helse Nord RHF presiseres følgende:

«Foretaksmøtet viste til at hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid og faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette. Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde følgende anmodningsvedtak:” *Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus.*” Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv 1-2/ 2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner» (Helsenord RHF, 04. mai 2016).

Administrerende direktør ved Helgelandssykehuset, Hulda Gunnlaugsdottir, hevder i sin kronikk 04.09.2021 at organisasjonsstrukturen har vært til direkte hinder for samarbeid mellom enhetene.

## ***2.2 Konkurransen***

Foretaksreformen i 2002 sørget for at Helgelandssykehuset fikk et felles styre, felles foretaksledelse, felles stab og støttefunksjoner, men de tre enhetene fortsatte i prinsippet å eksistere som separate sykehus. Fagmiljøene hadde svært liten kontakt selv om det er snakk om geografisk korte avstander. En årelang sykehusstrid preger organisasjonen, sykehusene og omgivelsene. Dette har ført til spenninger mellom ansatte, men også mellom vertskommuner, og de forskjellige kommuner i nedslagsfeltet. Kort sagt har dette påvirket hele befolkningen på Helgeland. Nå skal altså de ansatte på de tre enhetene samarbeide i helt nye strukturer. Hver geografisk enhet har ikke lenger en felles sjef. I stedet må hvert sykehus nå forholde seg til flere klinikkjefer. Hver klinikk skal bidra til at befolkningen på Helgeland får samme tilgang på spesialisthelsetjenesten uavhengig av bostedskommune. Fagmiljø skal ikke lenger konkurrere

om å være best, men skal nå jobbe side om side. Tidligere har man kjempet om de samme økonomiske ressursene, om å dokumentere den høyeste aktiviteten og kunne vise til de beste kvalitetsindikatorer. Den høye aktiviteten fører til økt behov for ressurser både i form av utstyr og ikke minst personell. Dette gir i sin tur en ny utfordring, nemlig rekruttering av leger. Dette er en utfordring Helgelandssykehuset ikke er alene om (Bjørke , et al., 2021). Helgelandssykehuset har stadig flere ubesatte legestillinger. Rekrutteringsutfordringene fører til at enhetene blir tvunget til å leie inn spesialistvikarer for å holde forsvarlige ventetider. Spesialistvikarer er svært kostbare, og erfaring viser at denne vikarbruken etterlater en god del oppfølgingsarbeid til de faste legene. Når man i tillegg ser at denne høye aktiviteten ikke medfører like høye økninger i inntektene, så blir utfordringene enda mer betydelige. Den innsatsstyrte finansieringsmodellen for spesialisthelsetjenesten (ISF) har som konsekvens at konsultasjoner, undersøkelser og behandlinger ikke fullt ut kompenseres. Denne praksisen med høy produksjon vil derfor være en av utfordringene som sykehuset og klinikkene må ta tak i.

Det økonomiske insentivet til å endre praksisen er åpenbar, spesielt for toppledelsen som mottar stadig større overskuddskrav fra Helse Nord og som må vise at foretaket har økonomisk ryggrad til å kunne bygge et nytt hovedsykehus. Hovedsykehuset er besluttet lokalisert i området rundt Sandnessjøen. For de ansatte ved sykehuset i Mosjøen (et sykehus det for øvrig er besluttet å legge ned) og for de ansatte ved sykehuset i Rana (som sliter med for liten plass i eksisterende sykehusbygg) så er ikke endret praksis nødvendigvis forlokkende. Det å motivere klinikere til å gå i gang med å endre praksis for at det skal bygges et nytt sykehus ved en annen lokasjon er ingen lett oppgave. Likevel er kravet fra administrerende direktør til de nye somatiske klinikkjefene krystallklart. De nye klinikkene skal samarbeide om å redusere sykehusforbruket og sørge for at Helgelands befolkning får lik tilgang på helsetjenester. Visjonen til administrerende direktør er at Helgelandssykehuset skal bli Norges beste lokalsykehus (Helgelandssykehuset HF, 2020). Dette skal skje innenfor det som oppleves som stadig trangere økonomiske rammer.

### *2.3 Innføring av klinisk gjennomgående organisering, KGO*

Høsten 2020 ble det nedsatt en intern arbeidsgruppe som skulle utarbeide forslag til ny organisasjonsstruktur i HSYK. Arbeidsgruppen var bredt sammensatt og både vernetjeneste og tillitsvalgte var representert. Styret i HSYK ble 10.12.21 orientert om arbeidet og det ble presentert en fremdriftsplan hvor rammene for strukturen skulle gjelde fra 01.02.21.

Klinikksjefene skulle være på plass en måned senere 01.03.21. På grunn av koronapandemien ble imidlertid implementeringen utsatt til høsten -21. Innføringen av KGO betyr en radikal endring av organisasjonsstrukturen i Helgelandssykehuset og tar sikte på å få tidligere konkurrenter til å jobbe sammen under en helt ny type ledelse, nemlig klinikkledelsen.

Ved å etablere en ny ledelses- og organisasjonsstruktur i Helgelandssykehuset er formålet at foretaket skal sikre befolkningen i hele opptaksområdet en spesialisthelsetjeneste med god kvalitet, rett kompetanse og rett kapasitet.<sup>3</sup> I vedlegg til styresak 08/2021 for Helgelandssykehuset (Helgelandssykehuset HF, 2021) beskrives resultatmålene for klinisk gjennomgående organisering som følger:

#### “Resultatmål

- Den nye organisasjonsmodellen skal være robust og funksjonell, og samtidig synliggjøre foretaket som ett virksomhetsområde.
- Organisasjonsmodellen skal tydeliggjøre at pasientsikkerhet og kvalitet er førende for arbeidet.
- Pasientforløpene både internt, og i forhold til eksterne aktører, skal være gode og sammenhengende.
- Organisasjonsmodellen skal fremme et godt arbeidsmiljø.
- Vi skal oppnå økonomisk handlingsrom gjennom optimal ressursutnyttelse.
- Toppledelsen skal ha god forankring i den kliniske virksomheten.”

I samme vedlegg til styresak 8/2021 for Helgelandssykehuset står det beskrevet sentrale punkt for å nå målene med ny organisering. Vedrørende ledelse er ønsket å:

*«skape en åpnere og mer inkluderende organisasjon gjennom en å videreutvikle organisasjonskulturen basert på verdiene kvalitet, trygghet, respekt. I tillegg vil lagspill innarbeides som en verdi. Lederne vil her være viktige kulturbærere og rollemodeller.»*

(Helgelandssykehuset HF, 2021)

Det står videre at «de nasjonale lederkravene<sup>4</sup> for ledere i spesialisthelsetjenesten skal forankres og vil være styrende for ledere på alle nivåer. Disse kravene er: Ansvarlig, handlekraftig,

---

<sup>3</sup> Jf. styresak i HSYK 08/2021

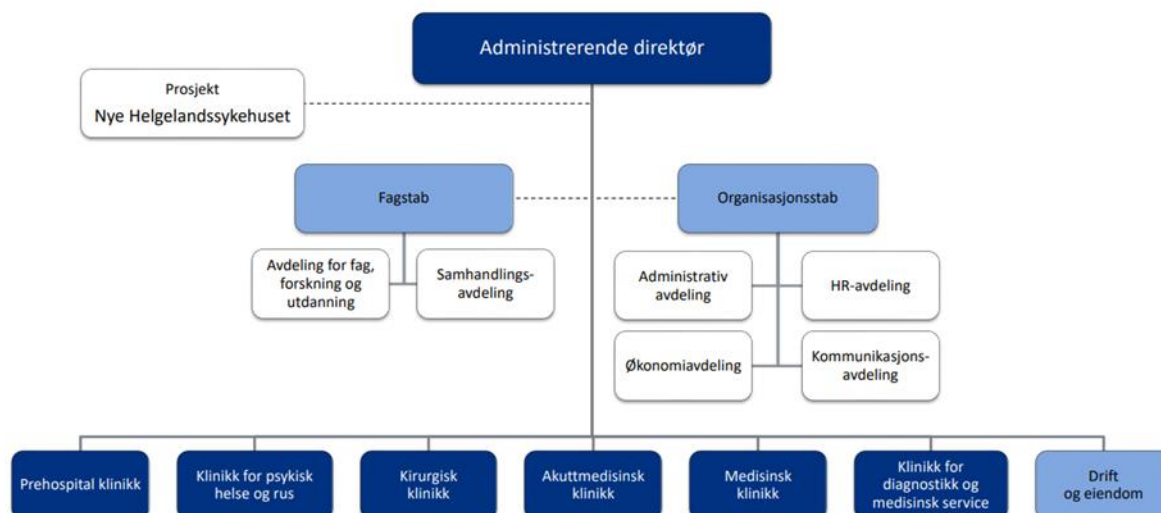
<sup>4</sup><https://docplayer.me/38658148-Nasjonal-plattform-for-ledelse-i-helseforetakene.html>

endringsvillig, kommuniserende, inspirerende og helhetstenkende». I samme dokument fra styresak 08/2021, er det fra Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 fremmet følgende tekst:

*«Lederne gjennomfører endringene som må til – i godt samarbeid med de ansatte. Store utfordringer krever store endringer – som må ledes. Ledere kjenner sitt ansvar for å nå målene og har støtte og handlingsrom for å ta dette ansvaret».*

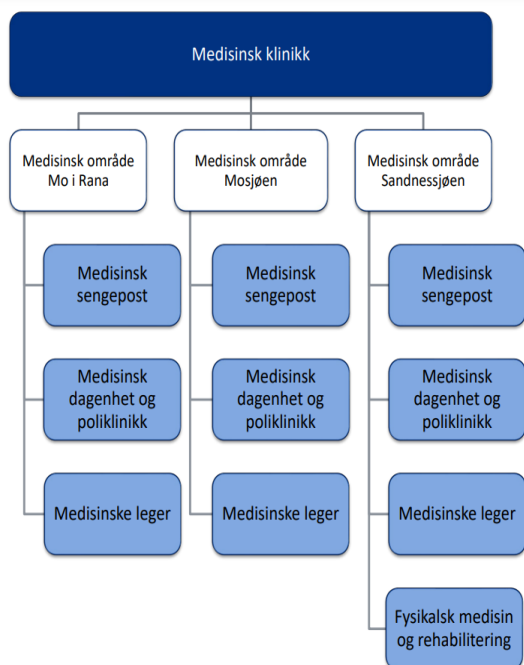
(Helgelandssykehuset HF, 2021)

23. august 2021 innførte altså Helgelandssykehuset Helseforetak (HSYK HF) ny organisasjonsstruktur i somatikken, en såkalt Klinisk Gjennomgående Organisering (KGO). De tre somatiske sykehusene på Helgeland var dermed over i en helt ny organisatorisk hverdag. Fra nå skal man organiseres i faglinjer (fig.2.1). De tre sykehusdirektørene erstattes av fire klinikkssjefer. De fire nye somatiske klinikkene markerer et paradigmeskifte i sykehusstrukturen på Helgeland. Innføringen av KGO ble møtt med stor skepsis blant mange av de ansatte og tillitsvalgte. Kritikken kom fra en del av fagmiljøene som var uenige i den strukturen som ble foreslått. Det var også et sterkt ønske om å beholde stedlig toppledelse med en videreføring av geografiske enheter, og heller organisere et nettverk av fagrådgivere og faggrupper på tvers av lokasjonene. Dette fikk man ikke gjennomslag for. I tillegg kom det kritikk for at prosessen gikk for raskt frem og at man valgte å starte før man hadde ansatt klinikkssjefene. Dette løste man ved å konstituere klinikkssjefer midlertidig. Foruten klinikkssjefene var heller ikke den øvrige organisasjonsstrukturen ferdig skissert. Den skal avklares nærmere i det som kalles «trinn 2». Trinn 2 tar blant annet sikte på å definere ledernivåene under klinikkssjefene. Også her er det debatter om mellomledere skal organiseres på fag eller lokasjoner. Det skal også tas stilling til en del andre strukturelle endringer i faglinjene, samt organiseringen av noen av støttefunksjonene. Trinn to skulle etter planen iverksettes 01.01.22. Bakgrunnen for denne omorganiseringen er altså vedtaket om ny sykehusstruktur på Helgeland, hvor tre sykehus skal slås sammen til ett sykehus fordelt på to lokasjoner. Selv om realiseringen av den nye sykehusstrukturen ligger noe frem i tid, så er organisasjonen overmoden for radikale strukturelle endringer. Historien til de tre sykehusene er preget av intern uro, fagmiljø som har kjempet mot hverandre snarere enn å samarbeide, samt politiske dragkamper. Mye av denne støyen har vært grundig dekket av lokale medier.

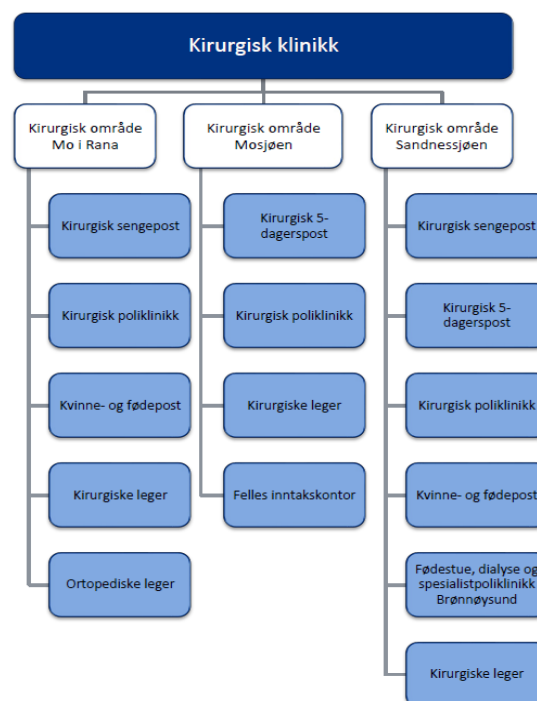


Figur 2-1 Organisasjonskart etter innføringen av KGO

Den nye organisasjonsstrukturen til Helgelandssykehuset er bl.a. nedtegnet i organisasjonskartet for klinikkene (figur 2.2-2.5) (Helgelandssykehuset HF, 2022)



Figur 2-2 Organisasjonskart for medisinsk klinikk

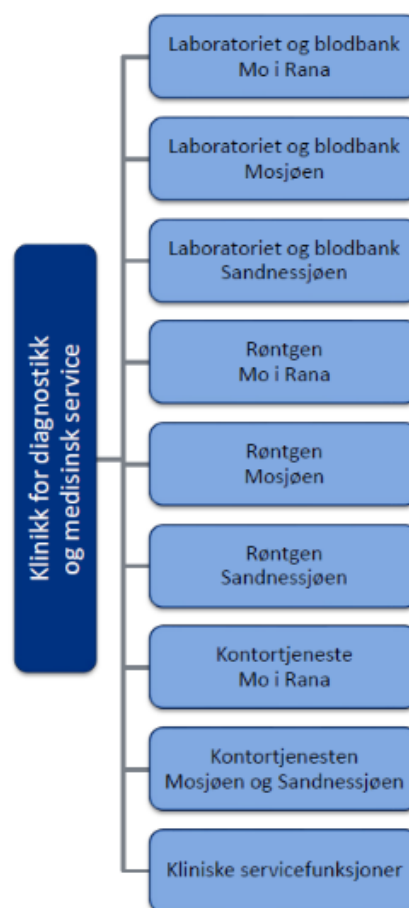


Figur 2-3 Organisasjonskart for kirurgisk klinikk





Figur 2-4 Organisasjonskart for akuttmedisinsk klinikk



Figur 2-5 Organisasjonskart for klinikk for diagnostikk og medisinsk service

Prosessen med innføringen av KGO har ikke gått på skinner, men 23.08.21 var det offisiell innføring. De tre enhetsdirektørene ble da erstattet av fire klinikkssjefer. I hovedsak innebar denne endringen kun at organisasjonen erstattet toppledelsen i somatikken. Likevel ble konsekvensen for to av klinikkene at mellomledernivået forsvant. Videre medførte implementeringen at flere ledere «byttet plass» i organisasjonen og for å dekke flere av stillingene ble det benyttet konstitueringer. Iverksettelsen av trinn 2 er utsatt til 01.01.23 på grunn av en rekke konkurrerende og høyere prioriterte utfordringer ved Helgelandssykehuset.

Helgelandssykehuset er som tidligere nevnt ikke det første helseforetaket i Norge som har valgt klinisk organisering. I 2008 gjennomførte Universitetssykehuset Nord-Norge en større omorganisering som har flere likhetstrekk med KGO. Lokalsykehusene i Harstad og Narvik ble en del av UNN og organisasjonen ble med dette spredd over et geografisk stort område. I 2012 kom LUO<sup>5</sup> - rapporten som er en evaluering av denne omorganiseringen. Funnene i rapporten

<sup>5</sup> Langsiktig utviklings- og omstillingsprosjekt

er interessante å nevne som bakgrunn med tanke på overførbarheten til KGO og HSYK. I korthet slår rapporten fast at man ikke kan finne at omorganiseringen hadde den ønskede måloppnåelsen på de fleste områder, bortsett fra for økonomien ved UNN (driftsunderskudd ble snudd til overskudd). Rapporten konkluderer med at målene for omorganiseringen må sees på som langsiktige og anbefaler at den nye strukturen opprettholdes med styrket fokus på utvikling av strukturen, styring/ledelse og arbeidsmiljø (Oxford Research, VINN og Bedriftskompetanse, 2012).

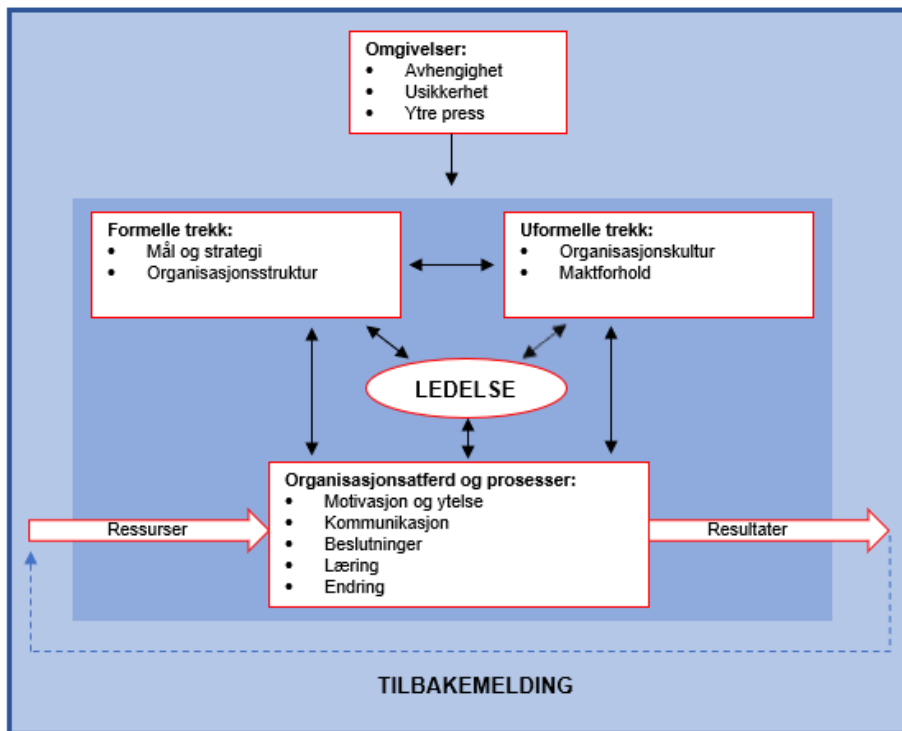
### 3.0 Analytisk rammeverk

Det analytiske rammeverket som her presenteres er ment å representere et grunnlag for å belyse vår problemstilling samt bidra til tolkning og diskusjon av funnene i vår studie.

“En organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål” (Etzioni, 1982 i Jacobsen og Thorsvik, 2019, s.16).

For å løse spesifikke oppgaver må mennesker samhandle med hverandre og slik skapes det relasjoner mellom menneskene i en organisasjon. Organisasjonen består av gjensidig avhengige elementer og er videre utformet på en spesiell måte for mest mulig effektivt å kunne løse oppgavene med best mulig kvalitet.

I teorien har vi valgt å ta utgangspunkt i Jacobsen og Thorsviks (2019) helhetlige modell (se figur 3.1 for en grafisk illustrasjon av denne modellen) som basis for de organisasjonsteoretiske perspektiver som vi vil vektlegge i oppgaven. Hensikten med å bruke modellen er som forfatterne selv sier, at man enklere skal forstå «hvordan det antas at de ulike elementene som organisasjoner består av, henger sammen» (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 23).



Figur 3-1 Helhetlig modell (Jacobsen & Thorsvik, 2019)

Jacobsen og Thorsvik (2019) tar utgangspunkt i at organisasjoner er produksjonssystemer der man er avhengig av ressurser fra omgivelsene for å produsere et produkt som gir en verdiskapning og som omgivelsene etterspør. Menneskers atferd er ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) sentral i denne konteksten, og atferden tilpasses situasjonen den finner sted i. For å forstå atferden i organisasjoner må man videre forstå hva slags kontekst organisasjoner befinner seg i og hvordan denne organisasjonskonteksten virker inn på atferden. Jacobsen og Thorsvik (2019) deler organisatorisk kontekst inn i to hovedelementer: *formelle trekk* og *uformelle trekk*. Begge disse trekkene har betydning for *organisasjonsatferd* og *prosesser*. Sentralt i modellen står *ledelse* som et eget element i den organisatoriske konteksten. Ledelse påvirker atferden i organisasjonen både direkte og indirekte. Direkte påvirkning av organisasjonsatferden og prosessene skjer gjennom samtaler med mennesker, ordrer og lignende. Ledelse påvirker organisasjonsatferd og prosesser også indirekte via de formelle og uformelle trekkene i organisasjonen. De formelle trekkene i modellen er *mål*, *strategi* og *organisasjonsstruktur*, mens de uformelle trekkene representeres ved *organisasjonskultur* og *maktforhold*. Det følger av pilene i figur 3-1 at virkningene som løper mellom organisasjonsatferd, ledelse og formelle og uformelle trekk kan påvirke hverandre gjensidig. Man må også se organisasjoner i en større sammenheng da alle organisasjoner inngår i et samspill med sine *omgivelser* (Jacobsen og

Thorsvik, 2019). I de følgende underkapitlene presenteres de ulike elementene i den helhetlige modellen.

### *3.1 Mål og strategi*

Et av de formelle trekkene i den helhetlige modellen er mål og strategi. «En organisasjons mål er en ønsket tilstand som organisasjonen forsøker å virkeliggjøre» (Etzioni, 1978). Mål kan ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) ha ulikt tidsperspektiv og ulike konkretiseringer, samt ulik grad av realisme. Mål kan videre tolkes forskjellig av ulike personer og grupper av ansatte i en organisasjon, noe som igjen kan føre til målkonflikter. Grupper i organisasjonen kan også arbeide for å realisere mål som ikke er i tråd med organisasjonens. Dette kaller Jacobsen og Thorsvik (2019) målforskyvning.

Når målene er satt må man utarbeide strategier som sier noe om hva man skal gjøre for å nå målene og hvordan og når man skal gjøre det (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Det finnes ulike definisjoner på strategi og man kan tilnærme seg begrepet gjennom ulike perspektiv. En forståelse av strategi kan være at den uttrykker hvilke prioriteringer man legger til grunn for utviklingen både på kort og lengre sikt. I følge Hope (2017) handler strategi om «hvilken vei vi velger å følge for å nå våre mål» (Hope, 2017, s. 34). Strategisk ledelse og ledelse av iverksettingen omhandler alt man gjør for å sikre at organisasjonen samlet sett tar den optimale veien for å nå organisasjonens mål (Hope, 2017). Dette gjelder for eksempel hvilken form for ledelse som utøves, hvilke incentiver som benyttes, hvilke kontrollsystemer og rapporteringsregimer som anvendes, hvordan man utnytter ressursene osv.

Strategi i offentlig sektor må ta høyde for at man skal oppnå størst mulig nytte for det offentlige, for de midlene det offentlige har til rådighet, og man må i større grad enn i private organisasjoner forholde seg til ulike og kanskje motstridende hensyn når man skal utforme mål og strategi (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Mål og strategi kan ha en styrende funksjon ved at de gir retning og samordner og begrenser aktørenes atferd. Manglende målsetting og strategi i en organisasjon kan videre gi seg utslag i form av manglende motivasjon hos de ansatte, da målene er retningsgivende og sier noe om hvorfor man utfører arbeidet, samt at strategien gir en beskrivelse av hvordan man skal gå frem.

Som tidligere nevnt inngår organisasjoner i en større kontekst og de er avhengige av støtte fra sine omgivelser. Både Etzioni (1978) og Jacobsen og Thorsvik (2019) påpeker at omgivelsenes

oppfattelse av mål og strategi er av stor betydning for organisasjonenes legitimitet og bidrar til å rettferdiggjøre organisasjonens virksomhet.

Jacobsen og Thorsvik (2019) sier at «effektivitet er knyttet til i hvor høy grad en organisasjon når sine mål». For den som studerer organisasjoner vil det kunne være en målestokk for å finne ut hvor godt organisasjonen fungerer. I vår studie er det viktig å ha kjennskap til målene for KGO og i hvilken grad klinikksjefene oppfatter disse som tydelige, da det vil ha betydning for de strategier de velger og hvilke muligheter og utfordringer de ser med den nye organiseringen.

### *3.2 Organisasjonsstruktur*

Den formelle organisasjonsstrukturen viser til fordeling av arbeidsoppgaver og koordinering av aktiviteter, fordeling av beslutningsmyndighet og systemer for styring og kontroll vedtatt i et formelt beslutningsforum og vanligvis skriftlig nedfelt. Hensikten med organisasjonsstrukturen er å påvirke atferd i en spesiell retning (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Organisasjonen er bevisst konstruert for å realisere bestemte mål og i dette ligger en rasjonalitet. Organisasjonsstrukturelle kontekster skaper en tilbøyelighet for at «noe» vil skje, men samsvaret mellom den formelle strukturen og det som faktisk skjer i en organisasjon kan variere.

De formelle elementene skaper rammene for organisasjonen, og innenfor disse rammene vil de uformelle trekkene i en organisasjon; organisasjonskulturen og maktforholdene, påvirke organisasjonens atferd (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Organisasjonsstrukturen definerer hvem som møter hvem slik at organisasjonskultur kan skapes, men Jacobsen og Thorsvik (2019) påpeker at de uformelle elementene både kan styrke og svekke effekten som mål, strategi og organisasjonsstruktur har på ansattes atferd.

Et teoretisk rammeverk som fokuserer på organisasjonsstruktur er viktig i vår studie da innføringen av KGO betyr en etablering av ny ledelses- og organisasjonsstruktur og hvor den geografiske strukturen får redusert sin betydning.

### *3.3 Organisasjonskultur*

I følge modellen til Jacobsen og Thorsvik er organisasjonskultur et av de uformelle trekkene.

«Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene» (Schein, 1985, s.9 i Jacobsen og Thorsvik, 2019, s.124).

Jacobsen og Thorsvik (2019, s.124) omtaler flere forhold ved Scheins sin definisjon. Kultur oppstår ikke på individnivå, men knyttes til en «gruppe som deler et sett av grunnleggende antakelser», og videre at «kultur er basert på læring». Den «utvikles etter hvert som man lærer å mestre problemer med ekstern tilpasning til omgivelsene» og å «mestre problemer med intern integrasjon» f.eks. kommunikasjon og samarbeid i organisasjonen. Et annet poeng som forfatterne trekker fram ved Schein, er at kultur har med følelser å gjøre. Følelsene påvirker hvordan vi tenker omkring det vi opplever og hvordan vi danner oss meninger om miljøet i organisasjonen.

Følgende nivåer brukes ofte for å beskrive hva en kultur består av (Schein, 1985):

- Grunnleggende antagelser
- Verdier og normer
- Artefakter

Grunnleggende antagelser kan beskrives som oppfatninger og meninger i organisasjonen som tas for gitt. Dette er etablerte sannheter innad i en gruppe, som er så selvfølgelige at de ikke er diskutabile og av den grunn kan være vanskelig å endre (Ingstad, 2019).

Verdier beskriver det som er unikt og særegent ved organisasjonen og sier noe om hva som er ønskelig og godt og som man er opptatt av å fremme og ivareta (Jacobsen & Thorsvik, 2019 og Ingstad, 2019).

Normer handler om hva som er passende å gjøre i ulike sosiale sammenhenger, altså regler for atferd. Normene spiller en viktig rolle i samhandling mellom mennesker, og avvikere som ikke følger normene, kan bli utsatt for straff som blikk, kommentarer, advarsler eller oppsigelse (Ingstad, 2019).

Artefakter er uttrykk for kultur som kan observeres i form av fysiske gjenstander, språk, kommunikasjon og atferd. Det er symboler som formidler informasjon om hva som kjennetegner organisasjonen (Ingstad, 2019). Jacobsen og Thorsvik (2019, s.130) poengterer at «selv om artefakter er enkle å observere, betyr det ikke at de er enkle å forstå». Artefakter kan tolkes forskjellig av ulike personer. Forfatterne sier videre, ved å henvise til Schnackenberg et al. (2019), at i situasjoner med usikkerhet omkring organisasjonen kan artefaktens symbolske effekt være viktig for de ansatte fordi de formidler mening om hva noe betyr og hvordan det skal tolkes og at ledere må være oppmerksomme på dette.

Ifølge Ingstad (2019) påvirker både grunnleggende antagelser, verdier, normer og artefakter hvordan medlemmene i en organisasjon tenker og handler. Det virker som et slags «sosialt lim», hvor det enkelte medlemmet blir sosialisert inn i en bestemt måte å tenke og handle på, og denne måten å tenke på blir igjen lært bort til nye medarbeidere.

Organisasjoner kan ha en felles homogen kultur, men ofte vil det eksistere flere kulturer samtidig i en organisasjon. Årsaken til at det etableres subkulturer kan være ulikheter eller konflikter i organisasjonen (Ingstad, 2019). I en ekspertorganisasjon som et sykehus vil det for eksempel kunne utvikles profesjonskultur på bakgrunn av at medlemmer med samme eller lignende utdanning arbeider sammen om oppgaveløsning. Ingstad (2019) viser videre til at det kan oppstå forskjellige subkulturer pga. ulikheter eller konflikter mellom fagideologier eller geografiske enheter. Kirkhaug (2018) påpeker at om subkulturer er av det gode eller onde, bl.a. avhenger av omfanget av slike subkulturer, innholdet og styrken på dem. «[...] En subkultur kan være funksjonell for en enhet, men skadelig for organisasjonen som helhet hvis den blokkerer for samarbeid, samhold og koordinering mellom enhetene» (Kirkhaug, 2018, s. 140).

Kultur utvikles som vi tidligere har vært inne på gjennom samhandling. Samhandlingen er sterkest innenfor formelle organisasjonsenheter og slik sett blir organisasjonsstrukturen av stor betydning for utvikling av subkulturer. Siden innføringen av klinisk gjennomgående organiseringen er en stor endring i strukturen, vil det i vår studie være det interessant å se nærmere på dette med organisasjonsstrukturens betydning for kultur og organisasjonsatferd i Helgelandssykehuset, og hvilke muligheter og utfordringer lederne opplever i denne sammenhengen.

### 3.4 Maktforhold

Den kjente og betydningsfulle amerikanske statsviteren Robert A. Dahl (1915-2014) definerte makt som følger: «*A har makt over B i den grad A får B til å gjøre noe han/hun ellers ikke ville gjort.* Makt er dermed at A kan påvirke hva B gjør, men også at A kan hindre B i å gjøre bestemte ting» (Engelstad & Thorsen, 2022).

I organisasjonsteorien finnes det mye litteratur om ulike former for makt. Det brukes ulike begreper og vi vil i det følgende komme inn på flere av disse.

Institusjonell makt er uttrykk for den styringskraften ledere har ut fra formell plassering, tittel, lover, regler og rutiner i organisasjonen. Kontroll over virkemiddel som mål, visjoner og rammebetingelser regnes som viktige kilder til makt (Kirkhaug, 2018). Dette finner vi igjen også i Jacobsen og Thorsvik (2019), som uttrykker at formelle posisjoner og verv gir det vi kan kalle for formell makt. Noe som igjen gir mulighet til å delta i beslutninger og kontroll over de belønnings- og straffemidler som organisasjoner benytter i styringssystemet. Vi snakker her om en hierarkisk form for makt.

Som vi allerede har vært inne på i de tidligere kapitlene vil struktur og kultur ha en gjensidig påvirkning på hverandre, og følgelig ha effekt på både prosesser og atferd i organisasjonen. Organisasjonskultur og makt har det til felles at det dreier seg om mellommenneskelige relasjoner. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) består organisasjonskulturen av normer for akseptabel atferd, men disse er av mer uformell art. De refererer videre til Etzioni og fremhever at «den eller de som har makt til å forme organisasjonskulturen, vil kunne utøve en betydelig *sosial og normativ makt.*» (Etzioni, 1982 i Jacobsen og Thorsvik, 2019, s.161). Normativ makt er avhengig av relasjonell tillit (Kirkhaug, 2018) og baserer seg på tilhørighet og menneskers behov for å identifisere seg med andre (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Ledere er også avhengig av normativ makt for å kunne utføre jobben sin. Jacobsen og Thorsvik (2019) snakker om makt og konflikt som en integrert del av alle organisasjoner fordi mennesker har ulike arbeidsoppgaver, ulikt ansvar og tilhører ulike subkulturer med ulike interesser. I alle organisasjoner, og kanskje spesielt i profesjonsorganisasjoner som sykehus, så vil det alltid være en kamp mellom grupper om fordeling av ressurser og oppmerksomhet (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Ole Hope (2017) beskriver dette som profesjonsmakt. Sammen med makten som knytter seg til bekjentskap (relasjonsmakt) og makt som kommer av besittelse av en



kunnskap eller tilgang til en ettertraktet ressurs (kunnskapsmakt) danner disse tre maktbegrepene det som Hope beskriver som illegitim makt. Den illegitime makten kan utfordre den legitime<sup>6</sup> makten og skape interne maktkamper, som foregår utenfor den hierarkiske maktstrukturen. Makt som utøves utenfor de legitime maktstrukturene kan diskuteres som uformell ledelse (Hope, 2017). Ved å bruke og kontrollere symboler og artefakter vil man kunne oppnå en spesiell posisjon i organisasjonen og fremstå som uformelle ledere (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Verdier og normativ makt er tett koplet både som betingelser for og effekter av hverandre. For å være effektive maktmidler, må imidlertid verdiene være tilpasset og operasjonalisert i forhold til organisasjonens og de ansattes behov, og de må kommuniseres og vedlikeholdes (jf. Kirkhaug, 2018).

Jacobsen og Thorsvik (2019) sier at de viktigste årsakene til at man bør studere makt i organisasjoner er for å forstå betydningen knyttet til ressursfordeling, samarbeid og konflikt, samt arbeidsmiljø. Ut fra problemstillingen i vår studie er det naturlig at begrepet makt ses opp mot de funn vi gjør.

### *3.5 Omgivelser*

Organisasjoner møter en rekke krav også fra interessenter utenfor organisasjonen. Alle forhold utenfor en organisasjon som kan ha en mulig effekt på legitimitet og effektivitet defineres av Jacobsen og Thorsvik (2019) som omgivelser. Dette omfatter både enkeltmennesker, grupper, andre organisasjoner og samfunnsmessige forhold som økonomisk utvikling, lokale kulturelle særegenheter, nasjonal politikk og internasjonale trender (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Omgivelser kan videre klassifiseres inn i tekniske og institusjonelle omgivelser (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Tekniske omgivelser er forhold utenfor organisasjonen som direkte påvirker hvordan organisasjonen løser oppgavene og som har betydning for effektivitet og produktiviteten (f.eks. leverandører og medisinsk teknologi)<sup>7</sup>. De institusjonelle omgivelsene viser til verdier, normer og forventninger i omgivelsene og påvirker organisasjonens legitimitet. Som en del av forklaringsgrunnlaget for en organisasjons atferd er det viktig å se på faktorer som usikkerhet knyttet til omgivelsene, eksternt press og avhengighet til eksterne aktører (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

---

<sup>6</sup> Makt som er forankret i organisasjonsstrukturen (Hope, 2017)

<sup>7</sup> Dette vil ikke bli omtalt i vår oppgave.

## 3.6 Organisasjonsatferd og prosesser

Jacobsen og Thorsviks helhetlige modell tar utgangspunkt i at organisasjonsatferd til dels er forskjellig fra atferd i andre sammenhenger. Atferd avhenger av konteksten man befinner seg i. Forfatterne beskriver videre fire atferdsprosesser som de mener er sentrale i organisasjonsforskningen: motivasjon og ytelse, kommunikasjon, beslutninger og læring og innovasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Vi vil her trekke fram motivasjon og kommunikasjon da vi basert på bakgrunnen for vår studie anser dette som noen av de viktigste elementene for lederne ved innføringen av KGO. Vi vil videre omtale endringsprosesser, forutsetninger for vellykket endring og motstand mot endring, i et eget underkapittel.

### 3.6.1 Motivasjon

Ansattes kompetanse, hvordan de utnytter den og deler den med hverandre er en viktig faktor for organisasjoners suksess og organisasjoner er avhengig av motiverte ansatte for å lykkes. Organisasjonsmessige faktorer som motiverer er for eksempel tittel og posisjon, lønn, arbeidstidsbestemmelser, arbeidsforhold, mulighet for tilhørighet til gruppe, at arbeidet anerkjennes og at man får utfordrende arbeidsoppgaver. Det er videre vanlig å dele inn i ytre og indre motivasjon. Når man motiveres av det som ligger utenfor selve arbeidsoppgaven, f.eks. lønn for utførelsen, kalles det ytre motivasjon. I vår studie er det mer aktuelt å se nærmere på indre motivasjon, altså når motivasjonen ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) er knyttet til selve arbeidsoppgaven og at denne engasjerer og gir mening. Mennesker sin motivasjon kan også være altruistisk, det vil si at man motiveres av uselviske handlinger som vil forbedre situasjonen for andre. Studier viser at ansatte i offentlige organisasjoner i stor grad motiveres av å hjelpe mennesker eller ved å bidra til en positiv samfunnsutvikling (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

### 3.6.2 Kommunikasjon

Organisering dreier seg ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) hovedsakelig om kollektiv handling. Samhandling fordrer at aktørene ser en felles mening i å samarbeide gjennom f.eks. felles mål og motivasjon. Kommunikasjon er grunnleggende for all samhandling, og «organisasjoner formes og utvikles gjennom kommunikasjon» (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 268). Kommunikasjon er nødvendig for koordinering av arbeidsoppgaver og funksjoner, samtidig som kommunikasjonsmønstre i organisasjonen påvirkes av den formelle strukturen. I organisasjoner fattes det til enhver tid en rekke beslutninger. Kvaliteten på beslutningene er

avhengig av informasjonsgrunnlaget. Informasjonen må formidles til den som skal ta beslutninger, og informasjonene må være tilgjengelig ved behov. Kommunikasjon er også en forutsetning for læring og kunnskapsdeling. I tillegg er den sentral for trivsel og arbeidsmiljø og for organisasjonens legitimitet.

Kommunikasjon er en kompleks prosess. Jacobsen og Thorsvik (2019) peker på tre faktorer som er viktige når informasjon skal formidles. Ved kommunikasjon i organisasjoner må man for det første være oppmerksom på at medlemmene i organisasjonen deltar i kommunikasjonen gjennom meningsdannelse omkring informasjonen som formidles. For det andre vil informasjon oppfattes ulikt. Dette fordi konteksten som man inngår i har betydning for hvordan man tolker informasjonen. Både menneskers mentale modeller, organisasjonsstrukturelle og kulturelle forhold og hvilke kanaler som benyttes i kommunikasjonen har betydning for effekten (Johannessen & Olsen, 2017; Jacobsen & Thorsvik, 2019). Den tredje faktoren er at man i kommunikasjonsprosessen overfører informasjon fra sender til mottaker, men man overfører ikke bare informasjon, men også ideer, holdninger og følelser. Kommunikasjon er ikke bare verbal. Ifølge Johannessen og Olsen (2017) er det to hovedtyper av kanaler i en kommunikasjon, den visuelle (kroppsspråk) og den auditive (stemmen og ordene). De påpeker videre at virkningen av kommunikasjonen i størst grad er bestemt av kroppsspråket, deretter stemmebruken, og at ordene har mindre betydning. Dette kan gi utfordringer i digital kommunikasjon. Ved bruk av digitale informasjonskanaler går man i større grad glipp av ansiktsuttrykk og kroppsspråk, noe som igjen gir økte sjanser for feiltolkninger og misforståelser.

### 3.6.3 Endring

Jacobsen og Thorsvik (2019) viser til at det i løpet av de siste årene er gjennomført svært omfattende forskning på hva som kjennetegner vellykkede endringsprosesser. Jacobsen (2018); Stouten et al, (2018) referert til i Jacobsen og Thorvik (2019), presenterer en rekke forutsetninger som kjennetegner en vellykket endring:

1. Det er etablert en felles forankring og forståelse for at endring må til.
2. Det må være kapasiteter nok i organisasjonen for å gjennomføre prosessen.
3. Tiltakene som iverksettes bør være forskningsbasert på den måten at de har vist en positiv effekt i andre endringsprosesser.

4. Det bør utvikles en realistisk og salgbar visjon for hva man ønsker å oppnå, samt en strategi for hvordan endringsprosessen skal gjennomføres.
5. Alle som vil bli berørt må lyttes slik at de opplever en viss grad av rettferdighet.
6. Strukturer som kan tenkes å hindre endring bør endres i forkant.
7. Det må være åpenhet for å prøve å feile slik at tiltak kan testes ut før man bestemmer seg for om dette er veien å gå.
8. Tett oppfølging og belønninger underveis.
9. Tiltakene som har effekt må konsolideres inn slik at det blir en del av strukturene og prosessene i organisasjonen.

En forståelse av forutsetningene kan være at dette er faktorer som lederne må ta høyde for, for å lykkes med endring. Disse punktene omfatter flere dimensjoner som kan danne grunnlag for strategier. Vellykkede endringer er tilpasset den konteksten hvor de finner sted, og det finnes derfor ikke nødvendigvis en fasit på hvordan endringer bør gjennomføres. Det vil si at det kreves andre faktorer for å lykkes med endring i en stor kompleks organisasjon som et sykehus kontra i mindre bedrifter (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Endringer i organisasjoner møtes ofte med motstand. Dette kan være en rasjonell reaksjon da denne motstanden kan ha utgangspunkt i at man forsvarer noe som er kjent, godt og riktig (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Det ligger altså en positiv intensjon bak. Det kan være flere årsaker til at motstand mot endring oppstår. Jacobsen og Thorsvik (2019) nevner blant annet frykt for det ukjente, at maktforhold endres slik at man reduserer eller mister muligheten for innflytelse og at man opplever endringsprosessen som for arbeids- og ressurskrevende. En organisasjonsendring vil også kunne føre til at sosiale bånd og psykologiske kontrakter<sup>8</sup> brytes. Motstanden mot endring kan være bra for en organisasjon da det gir rom for diskusjon og innspill som kan forbedre endringsprosessen. Motstanden blir derimot destruktiv i de tilfeller hvor man kjemper for egne interesser i stedet for å se helheten og organisasjonens beste, og slik motstand må håndteres for at endringsprosessen skal bli vellykket (Jacobsen & Thorsvik, 2019). For å gjennomføre endringer bør man finne en strategi som reduserer motstanden slik at man får gjennomslag for det man ønsker å få utført.

---

<sup>8</sup> En psykologisk kontrakt innebærer at det til enhver tid finnes et sett av uskrevne forventninger mellom hvert medlem av en organisasjon og de forskjellige lederne og andre i denne organisasjonen. (Schein, 1980, i Jacobsen og Thorsvik, 2019, s.379).

### 3.7 Ledelse

Ledelse står sentralt i Jacobsen og Thorsviks (2019) helhetlige modell. Vi starter med å diskutere hva ledelse er og vi vil deretter utrede ledelse i ekspertorganisasjoner og i velfungerende lederteam.

#### 3.7.1 Hva er ledelse?

«Ledelse er en prosess der en organisert gruppe blir påvirket i retning av å nå sine mål».

Denne definisjonen på ledelse finner vi i Ingstad (2019, s.15) sitt arbeid med Hughes, Ginnet & Curpy (1999).

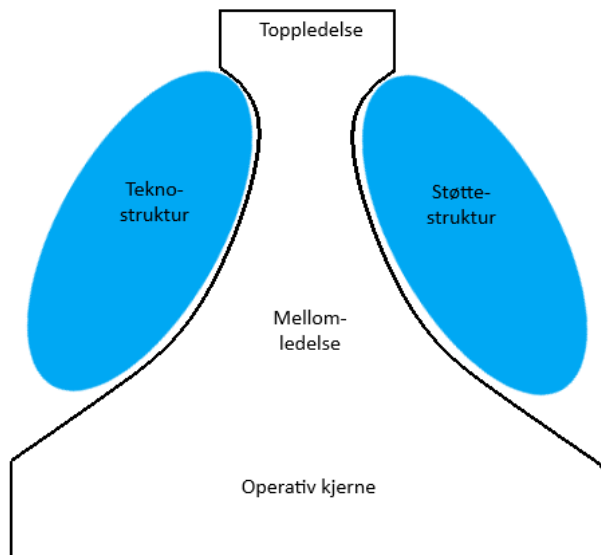
Ledelse kan ses i nær sammenheng med makt. Ifølge Kirkhaug (2018) trenger ledere tilgang til makt for å ta nødvendige beslutninger og overvinne uformelle maktstrukturer, og både Ingstad (2019) og Jacobsen og Thorsvik (2019) hevder at medarbeiderne må oppleve at leder har legitimitet, et ønske om å gjøre dem vel, noe som igjen bygger på tillitt, trygghet og aksept. I ledelse må det være en balanse mellom makt og tillit. Ledermakt kan misbrukes og i noen sammenhenger kan det ha negativ innvirkning i organisatoriske prosesser og på tillitsforhold.

Det er flere grunner til å studere ledelse (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Ledere har en sentral rolle i endringsprosesser, og utøvelse av ledelse vil i svært mange sammenhenger være avgjørende for hvor godt organisasjoner lykkes i slike prosesser. Ledere er viktige aktører for å nå mål og utarbeide strategier i organisasjonene, og ledere og det de gjør har stor betydning for motivasjon av ansatte i deres arbeid. Ledere har som vi også tidligere har vært inne på, gjennom sin synlighet i rollen store muligheter til å utøve symbolsk makt og slik utvikle kulturen i en ønsket retning. Hope (2017) fremhever mellomlederen som en viktig kulturbygger i organisasjonen. I kraft av sin rolle vil mellomlederen kunne påvirke kulturen ved å gå foran å vise vei (Hope, 2017). Gjennom hva ledere sier og gjør og de oppfatningene som omgivelsene har av dette, er lederne også svært viktig for legitimiteten til organisasjonen.

#### 3.7.2 Ledelse i ekspertorganisasjoner

Nyland og Pettersen (2018) omtaler sykehusene som kunnskapsorganisasjoner hvor helsetjenestene skapes av høyt utdannede profesjoner. Klinikken, den medisinske delen, i sykehusene er samtidig avhengig av tekniske tjenester (som utstyr, IKT, renhold,

avfallshåndtering) og administrative støttedfunksjoner (økonomi, personal, HR etc.). Det finnes modeller for å forklare slike organisasjoner, og en av de mest kjente er Henry Mintzbergs (Mintzberg, 1989) (fig. 3-2).



Figur 3-2 Organisasjonsmodell (Mintzberg, 1989)

Organisasjonsformen kjennetegnes av høy grad av profesjonalisering, profesjonene har høy grad av selvstyre i den kliniske virksomheten (Nyland & Pettersen, 2018; Jacobsen & Thorsvik, 2019) og ansatte i den operative kjernen har beslutningsmyndighet i faglige spørsmål (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Høy grad av spesialisering gjør at det ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) fort kan oppstå konflikter og rivalisering mellom ulike faggrupper, noe som igjen gir samarbeids- og styringsutfordringer. De strategiske beslutningene må tas i dialog med lederne i den operative kjernen, og toppleidelsen får en mer observerende rolle (Ingstad, 2019).

### 3.7.3 Velfungerende lederteam

I større organisasjoner er ikke lederen alene om å utøve alle lederfunksjoner, man vil ha et lederteam. Sammensetningen og utviklingen av relasjoner og ferdigheter i lederteamet har stor betydning for den strategiske ledelsen (Jacobsen & Thorsvik, 2019). For at ledergrupper skal lykkes å nå sine mål peker Bang og Midelfart (2021) på syv viktige prosesser som forskning viser er av stor betydning. To av prosessene omhandler hvordan ledermøtene gjennomføres

hvor klare mål og tydelig kommunikasjon er hovedtrekk. De resterende fem omhandler samspillet mellom medlemmene. De sentrale elementene det fokuseres på her er hvordan ledergruppen kontinuerlig utvikler seg gjennom å spille på hverandre og omgivelsene ved hjelp av god og strukturert ledelse. I tillegg bør lederne i gruppen ikke ha skjulte agenda eller politiske motiver. For at disse prosessene skal kunne fungere optimalt er det viktig at det etableres gode mellommenneskelige relasjoner i gruppen, og at det mellom lederne i gruppen utvikles det forfatterne omtaler som psykologisk trygghet (Bang & Midelfart, 2021).

Da vi i vår studie etterspør leders opplevelser av innføringen av klinisk gjennomgående organisering gjennom perspektivet til de nyansatte klinikkjefene, er ledelse en naturlig del av det teoretiske rammeverket.

## 4.0 Metode

Dette kapittelet beskriver vitenskapsteoretisk perspektiv, valg av metode og forskningsdesign. “Å bruke en metode, av det greske *methodos*, betyr å følge en bestemt vei mot et mål” (Johannessen, et al., 2020, s. 21). Samfunnsvitenskapelig metode har til hensikt å skaffe kunnskap om folks virkelighet, gjennom at man studerer mennesker og deres oppfatning av seg selv og andre, og hvordan mennesker kommuniserer og tolker. Informasjonen om den sosiale virkeligheten skal videre analyseres og tolkes for å finne ut hva den forteller om samfunnsmessige forhold og prosesser (Johannessen, et al., 2020).

### 4.1 Valg av metode og forskningsdesign

I samfunnsvitenskapelig metode kan man skille mellom kvantitative og kvalitative undersøkelser. I kvantitative metoder teller man opp fenomener, mens kvalitative metoder er mer hensiktsmessig hvis man ønsker å forstå hvorfor mennesker tenker og handler som de gjør (Johannessen, et al., 2020). I vår oppgave har vi, gitt vår problemstilling, valgt en kvalitativ metode fordi vi ønsker å få en dypere forståelse av og utfyllende informasjon om fenomenet vi studerer. Vi har videre valgt et fenomenologisk forskningsdesign fordi vi i oppgaven ønsker å få fram ledernes subjektive opplevelser av situasjonen. En fenomenologisk tilnærming betyr ifølge Johannessen et al. (2020) å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer med og forståelse av et fenomen.

Da vi har begrenset vårt tema til å omhandle KGO innenfor somatikken og klinikksjefene sine opplevelser og perspektiver, så er det naturlig nok et begrenset antall enkeltpersoner som faktisk har erfaringer med fenomenet som vi ønsker å studere og som dermed kan defineres som relevante kilder til informasjon. «Det er imidlertid mer vanlig at fenomenologiske studier bygger på erfaringene til et mindre antall informanter, og alt mellom tre og femten informanter i en gruppestudie kan anses som akseptabelt» (Johannessen, et al., 2020, s. 172).

På bakgrunn av problemstillingen og et ønske om fyldige og detaljerte beskrivelser, valgte vi å gjennomføre fire semistrukturerte intervjuer med strategisk utvalgte informanter fra klinikkledersjiktet. Semistrukturerte intervju har en overordnet intervjuguide, men åpner for at man kan variere spørsmål og rekkefølge (Johannessen, et al. 2020). På denne måten tilrettela vi for at informantene selv skulle fremme det de var mest opptatt av først og relatere svarene til sin egen situasjon.

Intervjuene ble gjennomført i løpet av en to ukers periode. Hvert intervju hadde en varighet på ca. én time (fig. 4.1). I oppgaven er informantene anonymisert og betegnes med bokstavene fra A til D.

*Tabell 4-1 Oversikt over informanter*

| Informant:  | Uke:      | Varighet:   | Intervjuform: |
|-------------|-----------|-------------|---------------|
| Informant A | Uke 13-14 | 63 minutter | Teams         |
| Informant B | Uke 13-14 | 55 minutter | Teams         |
| Informant C | Uke 13-14 | 64 minutter | Teams         |
| Informant D | Uke 13-14 | 65 minutter | Teams         |

Analysegrunnlaget i vår studie er transkriberte intervjuer. Vi leste først gjennom intervjuene flere ganger for å danne oss et helhetsinntrykk og for å identifisere de relevante temaene. Deretter kategoriserte vi teksten i forhold til vår valgte problemstilling, såkalt koding ifølge Johannessen et al. (2020). Dette var en dynamisk prosess. Vår forståelse av materialet endret seg underveis i prosessen og vi ble derfor i noen tilfeller nødt til å rekode teksten. I tråd med det fenomenologiske forskningsdesignet beskrevet i Johannessen et al (2020) gikk vi så over til fasen med kondensering hvor vi abstraherte meningsinnholdet i kodene, før vi sammenfattet og beskrev fenomenet vi studerte og analyserte dette i lys av teoretiske perspektiver.



### 4.1.1 Validitet og reliabilitet

I forskning er et viktig spørsmål hvor godt dataene representerer fenomenet man studerer. Dette referer Johannessen et al. (2020) til som validitet eller gyldighet. Man må stille seg spørsmålet om dataene man samler inn er relevante, eller om det er deler av problemstillingen som ikke blir belyst i intervjuet (Dalland, 2020). For å tilstrebe dette kvalitetskravet har vi i vår studie brukt mye tid på utforming av intervjuguide for å sikre at den omhandler det vi ønsker å undersøke. Etter utarbeidelsen av intervjuguide, gjennomførte vi også et pilotintervju og på bakgrunn av tilbakemeldingene vi fikk her, gjorde vi noen justeringer for bedre å sikre at dataene vi skulle samle ble relevante.

Pålitelighet eller reliabilitet omhandler hvilke data som brukes, hvordan de samles inn og hvordan de bearbeides (Johannessen, et al., 2020). Informantene er gitt tilbud om å lese gjennom transkriptet fra eget intervju, men det var ingen som benyttet seg av denne muligheten. I empiriframstillingen har vi videre brukt en del direkte sitater for å få fram nyanser og mangfold. Noen av sitatene er av litt lengre karakter for å forsøke å sikre at de ikke tas ut av sin kontekst. Informantene har samtykket til bruk av sitater.

I kvalitativ forskning er det vanskelig, om ikke umulig, å validere funn ut fra en anerkjent standard på samme måte som ved kvantitativ forskning. De funnene man gjør i kvantitativ forskning kan testes opp mot tidligere validerte og anerkjente verdier. Når kvalitative funn skal presenteres må man derfor bygge opp validiteten ved at leseren kan følge resonnementet til forskeren og selv ta stilling til om dataene som presenteres har nødvendig troverdighet og dermed kan aksepteres. Forskeren må bygge en kommunikativ validitet for sine funn. Det stilles derfor større krav til forfatterens faglitterære evner enn ved kvantitative studier. Dette innebærer også at forfatteren må ta hensyn til hvem leseren er (Malterud, 2018).

Hensikten med forskningsprosesser er å bringe frem anvendelig kunnskap. Forskere ønsker at andre skal kunne benytte seg av det materialet som er produsert og at det har relevans for andre (Malterud, 2018). Johannessen et al. (2020) refererer til dette som ekstern validitet. Innføringen av KGO er en stor endring av satte strukturer i Helgelandssykehuset. Dette gir oss en unik mulighet til å kunne studere hvordan ledere som er satt til å gjennomføre endringen, tenker om denne prosessen. Ved å studere deres opplevelser og erfaringer så langt i prosessen, og ved å gi fylldige beskrivelser av fenomenet, så ønsker vi å kunne identifisere de muligheter og

utfordringer som klinikkjefene ser. Kanskje kan noen av de funnene vi gjør også kunne få en betydning i de neste fasene av den klinisk gjennomgående organisering i Helgelandssykehuset. Forhåpentligvis vil våre funn også kunne brukes av andre organisasjoner som skal gjennomføre lignende omorganiseringer.

#### 4.1.2 Ethiske betraktninger

«Forskningsetikk omfatter etiske aspekter ved forskerrollen og utøvelsen av forskningsarbeidet» (Kunnskapsdepartementet, 2015-2016), og i henhold til Forskningsetikkloven (Lovdata, 01.05.2017), skal forskere opptre i tråd med anerkjente forskningsetiske normer. Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har utarbeidet forskningsetiske retningslinjer som kan veilede oss i arbeidet<sup>9</sup>. I vår studie har vi hensyntatt informantenes rett til selvbestemmelse ved at de har mottatt skriftlig invitasjon til deltagelse og samtykket har vært informert og frivillig. Informantene har også hatt anledning til å trekke seg på uansett tidspunkt uten begrunnelse og uten at det på noen måte skal føre til noen negative konsekvenser. Dokumentasjon av samtykket er ivaretatt gjennom en skriftlig samtykkeerklæring. Informantene er anonymisert og de innsamlede dataene er behandlet konfidensielt. Da vi i studien fortolker empiri, ønsker vi å presisere at vi ikke har hatt noen personlige ønsker om å gi uttrykk for bestemte meninger eller holdninger, heller ingen intensjoner om å fremstille noen ufordelaktig, og vi har med tanke på eget ståsted forsøkt å gjøre fortløpende avveininger underveis i arbeidet. Det ble i tråd med personvernregelverk og forut for intervjuene søkt Norsk senter for forskningsdata (NSD) for lovlig behandling av personopplysninger i vårt prosjekt. Godkjenning fra NSD forelå 18.03.2022 (vedlegg 1) Vi har videre søkt og fått godkjenning av administrerende direktør ved Helgelandssykehuset for gjennomføring av forskningsprosjektet (vedlegg 2).

#### 4.2 Metodekritisk refleksjon

For å sikre objektiviteten i studien, og for å få mest mulig innsikt i fenomenene vi studerer, har vi i tråd med Johannessen et al. (2020) forsøkt å være selvkritiske i gjennomføringen av studien, herunder oppmerksomme på eget ståsted og vår forforståelse, og i fortolkningen forsøkt å være nøytrale og åpne for den informasjonen som ligger i dataene vi har samlet inn.

---

<sup>9</sup> <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>

Forskere skal være objektive og ikke la seg påvirke av utenom- vitenskapelige forhold. Ved kvalitative metoder er forsker deltagende og studerer fenomenet “innenfra” (Dalland, 2020). Vi som forskere har forutinntatte holdninger og meninger. Disse forutsetninger bringer vi med oss inn i analysen og de påvirker hvordan vi forstår fenomenet (Johannessen et al., 2020). Det at en av forfatterne har sitt arbeidssted i det aktuelle foretaket, gir en nærhet til situasjonen som kan påvirke objektiviteten vi tilstreber. Det er en fare for at egne erfaringer kan farge måten informasjonen både blir fremstilt og tolket på, og det er følgelig viktig å være oppmerksom på mulig forutinntatthet og den betydningen dette kan ha på analysen og hvilke funn som presenteres. Vi har i arbeidet forsøkt å være ekstra oppmerksomme på eget ståsted for å skape en analytisk distanse. Den andre forfatteren har ingen direkte tilknytning til HSYK og jobber heller ikke i somatikken, noe som kan være med å «balansere situasjonen».

Forskere må ha en aktiv holdning til hva man kan forvente av funn og forsøke å finne argumenter som taler imot egen forestilling. Dette gjøres ved å bruke tid på å stoppe opp å stille kritiske spørsmål til det vi mener å finne, såkalt refleksivitet (Malterud, 2018). Vi som forfattere har bakgrunn fra ulike helseforetak og ulike profesjoner. Dette mener vi har vært en styrke for å ivareta refleksiviteten og er noe som vi bevisst har benyttet oss av. Det har gitt oss en bedre mulighet til å se både empiri og diskusjon fra ulike perspektiv.

Kvalitative metoder som intervju, påvirkes også av forskernes personlighet og f.eks. evnen til å oppnå kontakt med intervjuobjektet (Dalland, 2020). Forskeren som person, kan påvirke arbeidet og dette har vi forsøkt å være bevisst i intervjusituasjonen. Det at en av oss har en tilknytning til HSYK og kjennskap til informantene kan ha influert på svarene vi fikk. I de tilfeller hvor en av forfatterne har hatt en nærmere relasjon til en av informantene, trådte vedkommende til side i intervjusituasjonen og var hovedsakelig tilhører. Vi vurderte videre om bare en av forfatterne skulle gjennomføre intervjuene, men dette gikk vi bort fra da vi mente at deltagelse i intervjusituasjonen ville sikre at begge hadde samme kjennskap til datagrunnlaget og samme utgangspunkt for det videre arbeidet med analysen. Det å ha kjennskap til konteksten informantene befinner seg i, kan også bidra til økt forståelse og slik styrke troverdigheten i studien.

## 5.0 Empiri

I dette kapitlet ønsker vi å beskrive de erfaringene som klinikkjefene har med innføringen av KGO så langt. Vi har valgt å fremstille empirien med utgangspunkt i Jacobsen og Thorsviks (2019) helhetlige og overordnede modell (fig. 3-1). Ved systematisk å presentere de opplysningene vi fikk under intervjuene vil vi forsøke å danne et empirisk grunnlag for å besvare vår problemstilling.

Først i kapitlet vil vi presentere de *formelle trekkene* som klinikkjefen beskriver: *Mål og strategi*, og *organisasjonsstruktur*. Deretter en presentasjon av de *uformelle trekkene* i organisasjonen: *organisasjonskultur* og *maktforhold*. Vi fortsetter med å belyse klinikkjefenes opplevelse av *omgivelsene* som omgir Helgelandssykehuset, før vi tilslutt presenterer *organisasjonsatferd* og *prosesser*. Herunder vil vi presentere *motivasjon* og *kommunikasjon*. Vi kommer ikke til å beskrive beslutnings-, lærings- eller endringsprosesser spesielt, da disse prosessene delvis blir belyst i den øvrige presentasjonen.

### 5.1 Informantenes bakgrunn

Alle informantene har helsefaglig bakgrunn og har jobbet med helse det meste av sine yrkesaktive liv. Alle har formell lederutdanning. Utdanningene varierer fra master i ledelse, gjennomført nasjonalt topplederprogram, personell- og kompetanseutvikling, ledelse for offentlig ansatte og en av informantene har sin lederutdannelse fra forsvaret. De har vært ledere mellom 10 og 16 år. To av informantene har erfaring som ledere utenfor HSYK. En av informantene har fungert som enhetsdirektør ved to av sykehusene årene rett før innføringen av KGO. Vi har ønsket å kartlegge hvilken kunnskap og hvilke erfaringer informantene har og hvordan de i så fall bruker dette i sin rolle som klinikkjef. To av informantene oppgir å ha kjennskap til lignende prosesser, altså hvor klinikkorganisering er blitt implementert i sykehus. De nevner blant annet innføringen av klinikkorganisering ved Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN). Kort oppsummert så har informanter en relativt lang erfaring som ledere og flere av informantene har altså kjennskap til lignende omorganiseringer.

### 5.2 Mål og strategi

De nye klinikkjefene skal samle fagmiljø fra tre enheter som tidligere har opptrådd mer som konkurrenter og sørge for at de ansatte i klinikkene fremover jobber etter de samme mål. Det

er derfor av stor interesse å se nærmere på hvordan klinikksjefene forstår oppdraget de er gitt. Med oppdrag forstår vi i all hovedsak målsetningene med KGO, basert på oppdrag gitt fra helse- og omsorgsministeren til Helse Nord og videreført til Helgelandssykehuset i foretaksmøte 05.02.20. Vi vil derfor forsøke å beskrive hvordan klinikksjefene tolker det oppdraget de er gitt og om det gjenspeiler seg i deres målsettinger. Videre ønsker vi å kartlegge hvilke strategier klinikksjefene anvender eller ønsker å anvende for å nå målene de skal oppfylle.

Vi starter med å belyse oppdraget som klinikksjefene er gitt i den klinisk gjennomgående organiseringen. Alle informantene gir uttrykk for at oppdraget de har fått, er tydelig:

*«Altså oppdraget er jo ganske tydelig, og det er at vi skal være ett sykehus! På flere lokalisasjoner!»*

-Informant B

Likevel får vi i løpet av intervjuene inntrykk av at oppdraget muligens er noe mer åpent for klinikksjefenes egne tolkninger og vårt inntrykk blir forsterket når informant C svarer følgende på om hen oppfatter oppdraget som tydelig:

*«Ja, både ja ... det spørs på hvordan nivå man tenker, men på overordnet nivå så tror jeg det er ganske tydelig og greit»*

En av informantene beskriver oppdraget klinikksjefene har fått på følgende måte:

*«Du sitter jo med et overordnet ansvar. Så oppdraget er greit nok for meg. Jeg vet at jeg har personalansvaret, ansvar for kvalitet, pasientsikkerhet, ansvar for økonomi, ansvar for fag og utvikling, kompetanse»*

Informantene beskriver oppdraget de har fått noe forskjellig. Enkelte trekker frem at oppdraget de har fått er en helt ny måte å lede på, mens en av informantene sammenligner oppdraget med jobben som de gamle enhetsdirektørene hadde.

Til tross for at informantene beskriver oppdraget de har fått noe ulikt, så beskriver de fleste informantene likevel at intensjonen bak KGO er klar. Slik det fremstår har informantene én tydelig og sammenfallende målsetning for sine klinikker:

*«Det viktigste handler jo om faget. Vi er nødt til å gjøre ting på samme måte. Pasientbehandlinger må være lik uavhengig av hvor du får behandlingen. Vi skal ha like ventetider, vi skal ha like prosedyrer, vi skal ha standardiserte forløp og så videre. Det er jo hovedmålsetningen. Du kan ikke bo og være pasient på Helgeland og oppleve at det er tre forskjellige ventetider innenfor samme prosedyre»*

- Informant B

Vi finner at informantene er enige om at et likt helsetilbud for hele Helgelands befolkning er en av hovedmålsetningene bak KGO.

For å oppnå dette målet er de også tydelige på at de vil bruke faget som en plattform for å bygge samarbeid:

*«Jeg tenker motivasjon ligger vel forhåpentligvis i hovedsak på faget og pasientbehandling. Det håper jeg i hvert fall. Jeg håper at det skal gi et ... At de skal kunne tenke at det gir et bedre grunnlag for å gi pasientene på Helgeland et bedre tilbud»*

- Informant B

Alle klinikksjefene mener at de ansatte bør kunne enes om faglige spørsmål. De ønsker derfor å bruke faget til å få miljøene til å snakke sammen. Klinikksjefene har etablert nye møtearena hvor lederne møtes på tvers av enhetene og hvor man har fokus på faglig samarbeid. En av informantene forteller følgende:

*«I fra det øyeblikket vi etablerte vår ledergruppe med områdesjefer fra alle lokalisasjonene, så har vi samarbeidet. Vi har gjort veldig mye bra og vi er veldig enige om mye. Så har vi jo disse begrensningene, for det ligger noen begrensninger der. Det er sånn at vi kan gå to skritt fram, men så er vi tre skritt tilbake neste dag, for da har det kommet opp noe i forhold til lokalisering, i forhold til funksjonsfordeling i forhold til ... Ja uenigheter rundt de tingene. Det er jo det man er uenig om. Man er ikke uenige om faget.»*

Utsagnet beskriver hvordan historikken med langvarig sykehuskrig påvirker kommunikasjonen i ledergruppen. Så lenge man diskuterer fag er det mulig å bringe diskusjonene fremover, men informantene opplever at diskusjonene lett spores av og dreies over til mer konfliktfylte tema

som hvor fag eller ressurser skal lokaliseres. Styring av kommunikasjonsprosessene blir derfor en viktig oppgave for klinikksjefene. I den forbindelse problematiserer en informant følgende:

*«Så jeg tror kanskje det der med tilstedeværelsen og det å følge opp lederen tettere er det som er viktig her. Skal vi få styrt lederne i en ønsket retning, så er det jo også viktig med tilstedeværelse av leder for å minne på, holde i prosjektet på et vis, å sørge for at vi går i den ønskede retningen. Så der skulle vi nok vært enda mer til stede, men det er, det lar seg jo ikke gjøre sånn som det er nå.»*

Informanten beskriver hvordan det er vanskelig å følge opp de ansatte på en optimal måte når klinikksjefen må pendle mellom flere ulike lokasjoner og ikke får mulighet til å følge prosessene slik man selv skulle ønsket. Informanten kommer også fra en klinikk uten mellomledernivå. Denne problematikken vil vi beskrive nærmere under delkapittel 5.3 som vedrører organisasjonsstruktur.

Ingen av våre informanter oppgir noen økonomiske målsettinger som en del av oppdraget. Men flere er inne på at det på sikt trolig vil være økonomiske gevinster dersom man klarer å utnytte ressursene bedre på tvers av de geografiske enhetene. På kort sikt mener de alle sammen at innføring av KGO mest sannsynlig vil innebære økte utgifter. Informant C bekrefter dette på følgende måte:

*«Ja i en startfase. For all omstillingen medfører litt uro og vi må trække oss på plass igjen, sånn at det blir kostnader som er umulig å beregne. Folk må jo skjønne hva vi skal oppnå i hele organisasjonen, og det er ikke bare å sende en e-post. Det krever jo litt tålmodighet. Men det krever jo også at lederlinjen følger opp det de har sagt»*

Informanten beskriver her hvordan endringsprosesser kan bety økte utgifter i en tidlig fase frem til de nye strukturene får etablert seg bedre i organisasjonen. En annen økonomisk utfordring som dukket opp under arbeidet med det første felles budsjettet for klinikkene, blir problematisert av en informant på følgende måte:

*«Jeg tror alle klinikkene har opplevd at det plutselig dukket opp en hel masse stillinger som har vært tatt ut av budsjettet, kanskje et eller to eller tre år tidligere, men som nå, etter man gikk i ny organisering dukket opp igjen. Så ledere er jo*

*kreative og vil utnytte potensialet. Det er utfordrende. Jeg synes det. Og det har vært en veldig utfordrende høst i forhold til økonomi og budsjettene som tidligere var enhetsvis som skal gjøres på tvers av lokalisasjoner, og det har ikke vært enkelt, med fellesmidler hvordan de skulle ligge i forhold til klinikkene. Når vi ser på kostnadsbildet fra tidligere og det man har fått i budsjett, så er det jo ikke helt samsvar. Vi opplever nok at vi ikke har tilstrekkelig i forhold til det behovet vi har»*

Informanten beskriver utfordringene i budsjettprosessen hvor økonomi fra tre konkurrerende enheter nå skal slås sammen. Det informanten beskriver når det snakkes om at stillinger dukker opp, er altså stillinger som er kuttet ved tidligere budsjettprosesser for å få budsjettene til å gå i balanse, men som avdelingsledere nå krever å få tilbake.

Før oppsummeringen vil vi avslutte med følgende sitat fra en av informantene som indikerer at det strategiske arbeidet oppleves som utfordrende for klinikkjefene:

*«Altså oppdraget er at vi skal gi spesialisthelsetjeneste til hele befolkningen på Helgeland. Jeg tenker at man må faktisk komme dit at man aksepterer at ikke alt går sånn som en selv vil. Men jeg vil ha med alle jeg likevel. Men, det er veldig lett å si det. Jeg vet jo at vi ikke er der ennå. Vi ha diskutert det mye i sykehusledelsen om hvordan vi angriper disse utfordringene. Men det er ... Ja, det er vanskelig. Det er vanskelig. Såpass ærlige må vi vel bare være.»*

Oppsummert finner vi følgende:

- Klinikksjefene synes å ha noe ulik tolkning av oppdraget
- Klinikksjefene har tydelige faglige mål for klinikkene, men uttrykker seg mindre tydelig om strategi
- Informantene påpeker at arbeidet med å nå målsetningen med KGO vil bli utfordrende og kreve tett oppfølging fra ledere

### **5.3 Organisasjonsstruktur**

Innføringen av KGO må kunne betraktes som en radikal endring av organisasjonsstrukturen i Helgelandssykehuset. Administrerende direktør har tatt til orde for at denne endringen av lederstrukturen er en nødvendighet for at de tre sykehusene skal kunne fungere sammen som



en enhet. Likevel er ikke innføringen av KGO ensbetydende med at samspillet mellom enhetene nå vil fungere bedre. Vi ønsker derfor å belyse på hvilken måte klinikksjefene opplever at selve endringen i organisasjonsstrukturen vil påvirke deres handlingsrom.

KGO ble iverksatt før klinikksjefene var fast ansatte. Tre av klinikksjefene var konstituert i samme stilling i klinikken som de nå leder, i det meste av tiden fra KGO ble implementert den 23.08.21 til den faste ansettelsen av klinikksjefene ble gjennomført den 22.11.21. Flere av klinikksjefene som var konstituert opplevde at det var utfordringer knyttet til å skulle etablere grunnlaget for nye klinikker, siden deres beslutninger kunne påvirke handlingsrommet til en eventuell ny klinikksjef.. En av informantene forteller:

*«Men vi var jo redd for å skulle ta noen beslutninger som kunne gjøre at den klinikksjefen som kom inn var bundet til noe som den kanskje var uenig i»*

Videre fant vi at klinikksjefene har ulike oppfatninger om hvorvidt man burde ventet med implementeringen til klinikklederne var fast ansatt eller ikke. En av informantene sier følgende:

*«Altså, når du likevel skulle vente så lenge, så hadde de jo hatt god tid til å lyse ut stillingen og fått inn noen som visste at de skulle være der. For vi visste ikke om vi skulle være der og det er litt begrenset hvor langt du vil gå i å etablere nye praksiser og nye rutiner, og så skal du kanskje erstattes av andre om tre måneder. Den var litt vanskelig synes jeg.»*

En annen av informantene uttrykker derimot at det kan ha hatt sine fordeler med å komme i gang raskt med implementeringen:

*«Samtidig så var oppdraget vårt når vi gikk inn i KGO 'en, å rede grunnen for de klinikksjefene som skulle komme inn. Så sånn sett kunne det jo også være strategisk lurt at man banet litt vei for de som skulle komme inn og være klinikksjef. [...] Det var jo mye i begynnelsen, men kanskje spesielt med budsjett og økonomi, og mye som skulle gå seg til».*

Samtlige informanter gir uttrykk for at KGO åpner opp for helt nye muligheter:

*«Det er jo uante muligheter for å kunne utnytte ressurser på tvers, sende folk imellom, hente fram det beste i fra alle avdelingene og implementere i de andre avdelingene. Men vi driver jo fortsatt en liten tautrekking om funksjoner. Og man faller ut av klinikkstrukturen når det handler om det. Helt ærlig.»*

- Informant B

Som informanten forklarer så legger den nye organiseringen til rette for nye muligheter, men hen legger også til at selve omorganiseringen alene ikke er nok for å etablere et godt samarbeid.

Alle informantene påpeker utfordringen med at de nye klinikkene ikke har lik struktur på lederlinjen og at dette igjen påvirker hvilke arenaer de kan skape. Informantene forklarer hvordan to av klinikkene mangler mellomledernivå, mens to av klinikkene har en områdesjef på hver av de tre enhetene. Disse områdesjefene fungerer dermed som øverste stedlige leder for de ansatte i disse områdene. Klinikksjefen i disse klinikkene har dermed kun tre områdesjefer i sin ledergruppe (fig. 2-2 og 2-3). De to klinikksjefene som ikke har områdesjefer, har større ledergrupper som kun består av leder på nederste nivå. Størrelsen på disse ledergruppene er derfor noe større med henholdsvis 7 og 9 avdelingsledere (fig.2-4 og 2-5). Mellomledernivået drifter og koordinerer fagmiljøene ute på enhetene og dette gir de berørte klinikksjefene mer rom for å jobbe strategisk. Klinikksjefene som ikke har mellomledere, virker å arbeide mye mer operativt. En informant problematiserer dette på følgende måte:

*«Jeg håper jo at jeg skal få litt flere å spille på. Om det skal være type områdesjef, ass. klinikksjef eller hva det skal være, for det er litt ... Det er komplisert og skal dra det lasset alene. Det må jeg bare ærlig innrømme»*

Også informantene som kommer fra klinikkene med mellomledernivå argumenterer for at mellomlederrollen er nødvendig. Måten de fremlegger argumentene gir et klart bilde av at det forventes at det vil bli opprettet mellomledernivå i alle de somatiske klinikkene. Det virker derimot å være mindre enighet om hvorvidt mellomledernivået skal være stedlig eller organisert etter fag. En av informantene uttrykker følgende:

*«Ja det er et godt spørsmål, og vi har jo diskutert det mye internt i vår ledergruppe og. Hva er den beste løsningen? For når man ser på områdesjef- nivået, er det fornuftig å*

*beholde det stedlig eller skal man tenke fag der og? Og egentlig så er alle enige om at vi burde tenkt fag der og, for å få best mulig pasientbehandling. Men jeg tror man er litt redd for å slippe opp det stedlige, fordi situasjonen er sånn som den er i Helgelandssykehuset. Og vi er ikke kommet helt dit enda, tror de da. Så egentlig vil de det. Og sånt helt nøytralt sett på det, så burde vi ha gjort det, men organisasjonen er kanskje ikke helt klar for det»*

Denne informanten fremstår som tydelig på at det beste ville være et mellomledernivå som er organisert etter faget og ikke stedlig tilstedeværelse. Men informanten problematiserer at organisasjonen kanskje ikke er moden for dette. En annen av informantene som kommer fra en klinikk med mellomledernivå argumenterer på en annen måte:

*«Jo nærmere du kommer daglig drift, jo større blir behovet for at leder er tilstede. Altså nærmeste leder er jo alltid viktigst. Akutt fravær og sånne praktiske ting det må ha en stedlig ledelse. Og så mener jo jeg at der du har en avhengighet til andre, altså mellom avdelinger, så krever det også en form for tilstedeværelse. Det er vanskelig løse det hele tiden på avstand. Jeg vet ikke om jeg ble utydelige. Jeg mener at slik som vi har det i dag er ganske bra med områdesjefer som har et lokalt ansvar»*

Utsagnene over antyder at alle informantene er av den oppfatning at strukturen i KGO ikke er endelig bestemt og at det er forskjellige synspunkter på hvordan strukturen bør se ut i fremtiden.

Flere av informantene problematiserer at lederlinjene preges av konstitueringer og ubesatte stillinger. Alle disse organisasjonsstrukturelle utfordringene mener informantene må komme på plass for at klinikkene skal kunne jobbe effektivt mot sine mål.

*«Altså lederlinjen må på plass. Den må være fast, forutsigbar. Vi må ha en struktur i arbeidet. Vi må organisere arbeidet sånn at vi kan sikre informasjon, dialog, styring og internkontroll. Det er jo den fasen vi egentlig fortsatt er i. For jeg tror mange klinikker ikke har kommet på plass med fast struktur ennå. Det er i alle fall en sånn hovedsak i hva må på plass først [...] Så det har egentlig vært nummer én, få verktøyet på plass som skal sikre og sørge for at ting skjer»*

- Informant C

Informanten tegner et bilde av en noe uferdig organisasjonsstruktur som følge av alle konstitueringer og flytting av nøkkelpersonell. En annen informant kommer med følgende betraktning om den uferdige strukturen:

*«Forarbeidet er mesteparten av jobben på mange måter. Sånn at når de ansatte møter den nye hverdagen, så vet de hvor de skal gå. De vet hva de skal gjøre, de vet hvem som skal være deres leder, altså det skal være oversiktlig og tydelig, og jeg mener at på mange områder så mangler det.»*

Som et ledd i KGO er det besluttet at hver av de nye klinikkene skal ha sentrale støttefunksjoner disponible for klinikkjefene og deres ledergrupper, også for å kunne bistå med rådgivning på enkelte områder. Disse støttefunksjonene består av kvalitetsrådgiver, økonomirådgiver og sekretær. Under intervjuene fremkommer det at flere av disse ressursene av ulike årsaker ikke er tilgjengelige eller tilgjengelige i mindre grad for flere av klinikkjefene. Flere av informantene påpeker at dette er krevende da det medfører merarbeid for de klinikkjefene dette gjelder. En av informantene som kommer fra klinikk uten mellomledernivået og som av ulike årsaker også opplever å ha begrenset tilgang på ressurser fra HR beskriver opplevelsen på følgende måte:

*«Når det gjelder det med sekretærressurs, så er det jo slik at jeg er i enormt mange møter. Det blir masse referat, masse sånn små oppgaver, som gjør at jeg som klinikkjef egentlig får en form for «overload». Når man inkluderer alle de oppgavene som ligger på en klinikkjef, som ligger på en områdesjef, en avdelingsleder og en sekretærressurs... Og jeg har til dels en del av de oppgavene som ligger på avdelingsledernivå. Jeg har alt i GAT<sup>10</sup> og Dompap<sup>11</sup>. Jeg har liksom absolutt hele porteføljen. Så jeg ser jo det at det å jobbe som klinikkjef, det har vært helt ekstremt krevende. Jeg har lang erfaring som leder og har god kapasitet og liker å jobbe mye. Men jeg synes det er mye brannslukking. Jeg synes det blir for lite og jeg synes det blir for dårlig kvalitet, rett og slett»*

---

<sup>10</sup> Personaladministrativt system

<sup>11</sup> Kvalitetsstyringssystem

Den uferdige organisasjonsstrukturen virker å gi klinikksjefene ulike forutsetninger for å lede sine klinikker, og uklarheter rundt fremtidig struktur samt mange konstitueringer, påvirker klinikksjefenes mulighet til å få etablert velfungerende ledergrupper.

Til tross for disse ulikhetene så har alle de fire klinikksjefene etablert faste ledermøter på tvers av enhetene. På grunn av ulikheter i organisasjonsstrukturen er de litt forskjellig sammensatt og organisert. I klinikkene med mellomledere består ledergruppen av klinikksjef og områdesjefer, men ofte deltar også sekretær, økonomirådgiver og kvalitetsrådgiver på disse møtene. I disse klinikkene ser vi at klinikksjefene også har etablert utvidede ledermøter med alle avdelingslederne fra klinikken. Disse avholdes ikke like hyppig. En informant forteller:

*«Altså vi har vår ledergruppe. Så har vi utvidet ledergruppe med alle avdelingsledere, og vi har møter jevnlig og det er bare positivt. De ønsker virkelig å bruke hverandre, og de utveksler masse erfaringer. De avtaler besøk hos hverandre, og det er fantastisk bra.»*

Informanten beskriver møtene som et viktig og positivt bidrag til økt samarbeid. Disse nyetablerte møtene danner en ny arena hvor intensjonen er å legge til rette for bedre samhandling og muligheter for å bygge tillit mellom fagfolkene på de forskjellige lokasjonene. I klinikkene uten områdesjefer ser vi naturlig nok en litt annen sammensetning av møtene, men i hovedsak samme struktur.

*«Fordi at jeg har jo nå (n) fagområder i klinikken, og jeg arrangerer månedlig utvidet ledermøte med alle. Men så kjører jeg jo også ledermøter med de enkelte fagområder, og det var de ikke vant til. Nå har jeg ledermøter med alle avdelingene fra samme fagområde. De var jo vant til å være i en ledergruppe på sin geografiske lokasjon.»*

Informanten forklarer her hvordan ledermøtene er delt opp i mindre grupper på tvers av lokasjoner noe som fører til en hyppig møtefrekvens og flere møter, samtidig som klinikken har etablert månedlige utvidede ledermøter med alle avdelingslederne.

Oppsummert i dette kapitlet finner vi:

- Klinikksjefene opplever organisasjonsstrukturen i KGO som uferdig

- Klinikksjefene virker å ha ulik oppfatning av betydningen av fasen med konstituerte klinikksjefer
- Klinikkledele uten mellomledernivå opplever større arbeidsbelastning og må delta mer på et operativt nivå
- Alle klinikkledele har etablert flere nye arenaer hvor kommunikasjon og samhandling nå foregår på tvers av lokasjoner

## 5.4 Maktforhold

For å få en klarere forståelse av den organisatoriske konteksten klinikksjefene opererer i må vi også belyse de uformelle trekkene som inngår i de nye klinikkene. Siden ingen av informantene har vært leder på samtlige tre sykehus tidligere, er det god grunn til å anta at de helt fra starten av ikke hadde inngående kjennskap til de forskjellige organisasjonskulturene og de maktstrukturer som eksisterer i de tre forskjellige enhetene. De uformelle trekkene kan påvirke organisasjonen like mye som de formelle og det er derfor svært nyttig å vite noe om disse. Maktforhold i en organisasjon utgjør et av disse uformelle trekkene (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Når organisasjonsstrukturen er blitt så radikalt endret påvirker dette selvfølgelig maktforholdet i organisasjonen og da spesielt i de klinikkene hvor endringene implementeres. Helgelandssykehuset går som beskrevet fra å ha en lederstruktur hvor enhetsdirektør har det totale ansvaret for hele det lokale sykehuset og dermed også det øverste ansvaret for alle de ansatte ved enhetene, til klinikkledele som har ansatte på alle tre enhetene. Den formelle makten er flyttet fra geografi til fag. Vi ønsker å se nærmere på hvordan klinikksjefene opplever dette maktskiftet. En av informantene beskriver en konsekvens av skiftet i maktbalansen på følgende måte:

*«La oss si at det går imot noen på en enhet eller lokalisasjon, så har man kanskje tidligere tenkt at; Ok man hadde en øverste leder av lokalisasjon som stod støttende når man var uenige. Og støtter alle de ansatte i at de var uenige, og hadde full forståelse. Mens nå har du ... Den der rollen har du ikke lenger! Og det ble faktisk sagt i forrige uke knyttet til lokal sak: «Ja, men hvem er det som skal ivareta oss! Som er så uenige i den avgjørelsen og som ikke får det som vi vil?» Altså tidligere hadde man*

*enhetsdirektør som sto veldig støtt sammen med de ansatte og frontet kun deres syn. Men det ... Vi har ikke det lenger.»*

- Informant B

Dette utsagnet illustrer at de somatiske klinikkene i Helgelandssykehuset har fått endret maktstrukturen på en slik måte at den også sannsynlig vil påvirke organisasjonskulturen. Organisasjonskulturen skal vi komme grundigere tilbake til senere, men først vil vi belyse hvordan klinikkjefene opplever maktforholdene i egen lederlinje. Informant C problematiserer følgende:

*«Og igjen - hvis jeg skal lykkes. Jeg må ha folk rundt meg som jeg stoler på og som jeg kan delegerer ansvar til.»*

Informanten uttrykker tydelig hvordan klinikkjefene er avhengig av tillit i organisasjonen. En annen av våre informanter beskriver hvordan den formelle maktstrukturen bør ivareta klinikkledernes behov for tillit:

*«Jeg har nok ikke vært så tydelig på det, men hvis man ikke er innstilt på å jobbe for vedtaket, så bør man vurdere om at man skal være leder i Helgelandssykehuset. Faktisk! Fordi at det er så viktig at lederen er pådrivere i arbeidet»*

Det fremstår som om informanten er opptatt av at den formelle maktstrukturen er avhengig av at ledernivået under forholder seg lojalt.

Som tidligere beskrevet så er ikke alle ledernivåene på plass og KGO prosessen preges enda av uavklarte ledersjikt, konstitueringer og flere nye ledere. Dette kan være utfordrende spesielt for ansatte som for første gang skal ut i en lederrolle.

*«Og det kan være vanskelig for nye ledere, folk som ikke har vært ledere før, som ikke, holdt på å si, ikke har noe sterkt forhold til hva som er lederansvaret. Da kan de fort komme i en skvis mellom egne ansatte og sjefen sin. Også er det ofte lettere å stille seg i flokken. Og da tenker jeg da er det viktig å få dem opp, altså. Styrke lederlinjen, gi dem ansvar, men så må man stå sammen med dem når det begynner å blåse»*

- Informant C

Informanten trekker frem utfordringer i maktstrukturen som følger i kjølvannet av KGO, hvor organisasjonen er inne i en fase med flere nye ledere i en ny og «fremmed» lederlinje.

Fagforeningene og de tillitsvalgte utgjør en annen viktig maktfaktor i norske organisasjoner og den skandinaviske modellen har bidratt til et arbeidsliv preget av samarbeid mellom partene med lite uro i trygge og stabile rammer (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

De fire informantene trekker også frem betydningen av et godt samarbeid med fagforeningene og de tillitsvalgte, men problematiserer samtidig at det er tydelige utfordringer i samarbeidet med tillitsvalgte etter innføringen av KGO.

*«Ja, det er jo en liten mismatch i den måten tillitsvalgte har organisert seg i forhold hvordan HSYK har organisert seg»*

- Informant C

Tillitsvalgsapparatet er fortsatt organisert etter den gamle lederstrukturen til HSYK. Dette innebærer at flere forbund har tre stedlige hovedtillitsvalgte og en foretakstillitsvalgt. For å sikre at alle stemmer blir hørt i møte med klinikkjefene møter derfor både hovedtillitsvalgte fra alle enheter i tillegg til foretakstillitsvalgt fra hvert forbund. I enkelte drøftingsmøter kan det derfor være nærmere 20 tillitsvalgte. Selv om fire kan komme fra samme forbund, kan de fort ta med seg fire forskjellige meninger inn i møtene.

*«Det er et kaos ... Foretakstillitsvalgte tror jeg sitter med akkurat samme utfordringer som vi klinikkjefer. Vi har jo tre stedlige hovedtillitsvalgte som har ulike meninger om saker. Hva skal man da fronte? Så det er en, det er en øvelse ja. Det skal være sikkert.»*

- Informant B

Beskrivelsen av svært krevende drøftingsmøter med mange tillitsvalgte med like mange interesser beskrives av samtlige av informantene.

Det er også vanskelig for klinikkjefene og finne riktig nivå i tillitsvalgsapparatet hvor drøftingene skal foregå. En av informantene forteller om en prosess med drøfting av kompetanseplan hvor foretakstillitsvalgte var med på å drøfte 4-5 kompetanseplaner på



klinikknivå, før samme foretakstillitsvalgte skulle drøfte de samme kompetanseplanene på foretaksnivå.

*«Nå har vi prøvd oss å få det til. Vi har hatt to dialogmøter i klinikken siden jul for å sikre dialogen med de tillitsvalgte. Men jeg tenker at der har vi en vei å gå, altså for at det blir .... Hva skal informeres om i fra klinikken? Hva skal informeres om på foretaksnivå? Hvordan skal tillitsvalgte være involvert i forhold til avdelingen? Når vi skulle drøfte kompetanseplanen så ville de ikke drøftet på foretaksnivå, men på klinikk nivå. Men når vi skal drøfte på klinikk nivå så er de fortsatt foretakstillitsvalgte. [...] Også skal det jo sies at selv om jeg har erfaring fra ulike ledernivåer, så er det for meg helt nytt.»*

- Informant A

Som vi har vært inne på tidligere så har det vært en stor endring i den formelle maktstrukturen. Alle mellommenneskelige relasjoner er påvirket av maktforholdet mellom individer. Dette gjelder selvfølgelig også mellom de ansatte på en arbeidsplass. Det er derfor trolig at de uformelle maktstrukturene også har endret seg eller kanskje blitt forsterket. Spesielt når vi ser at organisasjonsstrukturen ikke er helt på plass, eller fortsatt preget av usikkerhet vedrørende hvordan den blir til slutt. Alle informantene er tydelig oppmerksom på de uformelle maktstrukturene som finnes i organisasjonen.

*«Vi har uformelle ledere, og jeg har vært helt tydelig på at – skal vi lykkes med dette, så må faktisk også ledere på nederste nivå opptre som ledere. Men at vi har uformelle ledere? Ja, det har vi!»*

- Informant B

Sitatet slår fast at informanten er godt kjent med den uformelle maktstrukturen. Når informanten er så tydelig på at det er uformelle ledere og i neste setning understreker betydningen av en tydelig lederadferd så indikerer dette et bilde av uformelle ledere som bevisst motarbeider KGO. En annen av informantene er ikke like tydelig i sin beskrivelse av det uformelle lederskapet.

*«Nå har ikke vi gjort en kartlegging av uformelle ledere i min klinikk, men jeg vet jo at det er en debatt i hele HSYK. Dette med nye HSYK, lokalisering og de debattene rundt*

*det som antagelig kan være grobunn for det, men det jeg også tenker er - når vi har uformell ledelse, så har vi kanskje ikke sterk nok og tydelig nok ordinær ledelse.»*

- Informant C

Dette antyder at ikke alle klinikkene nødvendigvis er like mye påvirket av uformelle ledere, men også denne informanten er inne på at alle ledernivå må være tydelig i sitt lederskap for å forsterke de formelle maktstrukturene.

Oppsummert finner vi at klinikkjefene opplever:

- De er avhengig av tillit og lojalitet for at den nye organisasjonsstrukturen skal kunne fungere
- Uformell makt i klinikkene, og at både fortsatt uavklart organisasjonsstruktur med flere nye ledere og en organisering av tillitsvalgte som ikke er i tråd med om KGO-strukturen, utfordrer maktforholdene i klinikkene

## *5.5 Organisasjonskultur*

Et annet viktig uformelt trekk er den interne kulturen i en organisasjon. Siden en kultur sannsynligvis har en sterk innvirkning på organisasjonsstrukturen, så er det svært interessant å belyse kulturen i de nye klinikkene. Vi ønsker derfor å studere hvordan klinikkjefene opplever at kultur spiller inn i deres klinikker og ikke minst om det er kulturforskjeller mellom de tre enhetene som nå skal fusjoneres. Informant A fastslår tydelig at det er kulturelle forskjeller som klinikkjefene nå må forholde seg til:

*«Det er det jo, og det er klart at vi er jo fra tre forskjellige lokalisasjoner som har vært i en konkurransepreget situasjon i mange, mange år. Det er veldig ulikt hvordan man håndterer motstand, eller uønskede beslutninger, eller hva jeg skal si ... Hvordan man håndterer det. Så vi alle er vel preget av de lokalisasjonene vi har jobbet. Man er preget av sitt lokalmiljø. For man er jo en person ikke bare på jobb, men også i privatlivet Og man omgås folk i mange ulike lag utenfor jobb, og sånn sett også er påvirket av det»*

Informanten beskriver forskjellige kulturer som nå skal forenes i de nye klinikkene. Hvor stor disse kulturelle forskjellene er, beskrives på følgende måte:

*«Vi har tre forskjellige kulturer. Vi har tre forskjellige måter å gjøre ting på. Vi er så forskjellige i det meste vi gjør. Man skulle ikke tro at det var mulig, men det er vi. Så ja, det er nå egentlig det store overordnede oppdraget: Å opptre som et sykehus! En klinikk!»*

- Informant B

Informantene beskriver altså alle store kulturelle forskjeller som nå skal forenes i nye klinikker. I oppdraget ligger det en forventning til at klinikksjefene skal få klinikkene til å fremstå som en samlet enhet, og informantene mener at etablering av en felles kultur er viktig for å kunne lykkes med dette.

*«Man skal kanskje ikke fokusere så mye på forskjellige kultur, men det å legge en plattform for å skape en felles kultur. Det er jo det som blir viktig. Hvordan er det vi ønsker å ha det? Hvordan er det vi ønsker å bli ... fremstå som Helgelandssykehuset uavhengig av hvor man kommer ifra? Men det er nok ... Det er nok litt utfordrende, ja.»*

- Informant A

De store kulturforskjellene virker å være en av hovedutfordringen hos alle de fire informantene. Informantene beskriver kulturer som bærer preg av langvarige konflikter. I en rapport fra Statens helsetilsyn, angående avvik i kreftkirurgien, påpekte tilsynet at kulturen var så preget av den interne konflikten at man ved en enhet unnlot å melde avvik (Helsetilsynet, 2020). Selv om rapporten fra tilsynet indikerer at det er iverksatt bøtende tiltak, så kan det ut fra informantene tyde på at det fortsatt er utfordringer i kulturen som gjør at man ikke kommuniserer helt åpent.

*«... Jeg merker jo at det er noen som har litt sånn angst for samarbeidet. For de er redd for at de skal bli utnyttet eller lurt. For det er den her kampen, ikke sant, om å holde på sine system og sine ressurser og sånt»*

- Informant D

Klinikksjefene virker å være kjent med de lokale forhold og de ulike organisasjonskulturene som eksisterer i fagmiljøene og enhetene, og man ser samtidig at samarbeidet preges av dette.

*«Du kan si det sånn at ja, vi møtes hver uke vi. Vi prøver i hvert fall å etablere et sånt fellesskap i ledergruppen, men det vi ser det er jo at det er jo veldig skjørt. Det er utrolig lite som skal til før at du får et skår i det her, fordi at det er ikke en sånn grunnleggende tillit i bunnen, i utgangspunktet mellom de som sitter i ledergruppen, fordi at man har den historikken med seg. Man kommer i fra de tidligere konkurrentene»*

- Informant A

Informantene opplever at det har vært krevende å jobbe med kultur i tiden siden KGO ble innført. Pandemien gjorde det svært vanskelig for de nye ledergruppene å møtes fysisk og dette beskrives av informantene som et hinder for at de har kunnet jobbe med kulturen i organisasjonen på en god måte.

En av informantene forteller hvordan arbeidsmengden har bidratt til å vanskeliggjøre dette arbeidet. Informanten opplever hele tiden å få andre oppgaver som må prioriteres foran arbeidet med kultur.

Oppsummert beskriver informantene:

- Store kulturelle forskjeller i de nye klinikkene
- Stort ønske om å etablere plattform for felles kultur og dreie fokus fra konkurranse til samarbeid
- Skjørt samarbeidsklima internt i klinikkene
- Pandemien har vanskeliggjort arbeidet med kultur

## 5.6 Omgivelser

Nye Helgelandssykehuset (Nye HSYK) er som tidligere nevnt et prosjekt hvor administrerende direktør i Helgelandssykehuset er leder og som dermed ikke kan defineres å være en av omgivelsene til organisasjonen. Likevel velger vi å presentere utsagn om hvordan dette innvirker på KGO i dette kapitlet. Dette har sin bakgrunn i at prosjektet Nye HSYK påvirkes direkte av aktører i organisasjonens nære omgivelser og av nasjonale forhold. Lokalbefolkning, lokalpolitikere og stortingspolitikere, Helse Nord og Helse- og omsorgsdepartementet er alle aktører som ønsker å påvirke prosessen.

En av informantene beskriver hvordan Nye HSYK er med å påvirke også handlingsrommet til klinikksjefene:

*«Vedtaket om Nye HSYK gir meg en retning, men jeg har ikke noe handlingsrom der enda. Fordi at det er en tidslinje på når ting skal skje. Men jeg føler ikke at jeg sitter og kjenner på at det er begrensninger fordi at jeg vet hvor vi skal. Det er bare et spørsmål om når skal ting skje. Og da er det jo mere utålmodighet eller jeg ser muligheter vi kunne ha utnyttet nå, men så passer det ikke. Det må være koordinert med andre prosjekter.»*

Offentlige debatter rundt lokalsykehusene engasjerer både politikere og innbyggerne i lokalsamfunnene. Spørsmål om lokalisering og akutt- og fødeberedskap er tema som berører og engasjerer. Som tidligere beskrevet så har Helgelandssykehuset stått i en lokaliseringsdebatt som har pågått nesten uavbrutt siden 1987. Vi mener derfor det er av interesse å undersøke om klinikkjefene opplever at denne «støyen» påvirker implementeringen av KGO.

Samtlige av informantene er tydelig på at debattene i lokalaviser og sosiale media er med på å prege klimaet for samarbeid mellom sykehusene. De mener media bidrar sterkt til å opprettholde et polarisert fiendebilde noe som vanskeliggjør klinikkjefenes arbeid med å bygge opp tillit i organisasjonen.

*«Det skrives utrolig mye stygt. Ja, og man settes opp mot hverandre, fagfolket, og det er ikke greit.»*

- Informant B

Selv om det nødvendigvis ikke påvirker alle like mye til enhver tid, så problematiserer informantene at det finnes flere enkeltsaker som allmenheten har sterke synspunkter på derfor blir politikk en del av klinikkens beslutningsprosesser.

*«Tarmkreftkirurgien er jo et eksempel, det er lov å si også her for det står jo i avisen, som mange opplever at det er en politisk debatt rundt som gjør at vi ikke kommer i gang. [...] det er et eksempel på hvordan man kan bli påvirket»*

- Informant C

Viktige aktører som utgjør en del av omgivelsene til Helgelandssykehuset, er befolkningen og pasientene. Det er derfor betenkelig når enkelte av informantene problematiserer hvordan den lokale pressen er med på å bryte ned befolkningens tillit til sykehuset.

*«Jeg tenker som pasient på Helgeland så ville jeg følt det, altså hvis jeg ikke har hatt kjennskap til sykehuset, veldig utrygt å være pasient i Helgelandssykehuset for tiden»*

- Informant B

Oppsummert finner vi:

- Klinikksjefene mener støy fra omgivelsene påvirker samarbeidet internt i organisasjonen negativt og påvirker handlingsrommet til klinikksjefene
- Klinikksjefene mener støy fra omgivelsene påvirker omdømmet til foretaket

## **5.7 Organisasjonsatferd og prosesser**

I dette kapitlet er vi interessert i hvorvidt og eventuelt hvordan atferden til medarbeiderne i klinikken er med på å påvirke hvordan KGO blir implementert. Videre hvorvidt atferden er med på å påvirke forankringen av den nye organisasjonsstrukturen ute i klinikkene.

### **5.7.1 Motivasjon**

Hvis de ansatte i klinikkene ikke bidrar til å endre de gamle strukturene så vil kanskje ikke klinikksjefene lykkes med å etablere et likt helsetilbud til hele Helgelands befolkning. Det er derfor av interesse for oss å finne ut hvilket inntrykk klinikksjefene har av de ansattes motivasjon for å bidra positivt i prosessen. Det er interessant at informantene oppfatter de ansattes motivasjon veldig ulikt. Informant A oppfatter de ansattes motivasjon som «ikke veldig stor». Informant A forklarer dette med at en god del ansatte ikke er enige med vedtaket om KGO. Informant B beskriver de ansattes motivasjon som mere vekslende:

*«Og når vi får til noe bra, så opplever jeg at: «KGO gir oss kjempemange muligheter!» og «Det her er bra! Det her har vi aldri fått til før!». Når det er noe som butter litt imot så er det veldig lett å si at «Nei! Den her KGO' en er ikke bra»*

- Informant B

Informant D oppfatter at motivasjonen for å lykkes med KGO er grei og mener de fleste forholder seg til oppdraget uten større betenkeligheter. Selv om ikke alle informantene opplever samme grad av motivasjon hos de ansatte så er de som tidligere nevnt enig om hvordan de ansatte motiveres. Det handler om å la de ansatte få jobbe med fag.

*«Ja, det fagfolk vil jobbe med det er fag. Og det arbeidstagere i Norge i dag vil, det er å utvikle seg og bli noe annet eller spesialisere seg mer»*

- Informant C

### 5.7.2 Kommunikasjon

For at organisasjoner skal kunne utvikle seg er kommunikasjonen viktig. Man må kommunisere med hverandre for å nå mål (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Vi ønsker derfor å se nærmere på hvordan klinikkjefene opplever at kommunikasjonen i den nye organisasjonen fungerer. KGO har som tidligere beskrevet gjort det mulig for klinikkjefene å etablere nye møtearenaer på tvers av geografiske enheter hvor hensikten er å bli kjent, bygge tillit, og skape en felles situasjonsforståelse og kultur. Møtene har frem til i dag stort sett foregått på digitale plattformer. Innledningsvis skyldtes dette smittevernsrestriksjonene som har vært til stede mer eller mindre helt siden KGO ble innført. Alle informantene problematiserer det faktum at det har vært begrensede muligheter til å møtes fysisk. Det å skape nye relasjoner og bygge tillit over digitale plattformer beskrives som krevende:

*«Men hvis man skal få til noe felles, så tror jeg det er viktig å få eierskapet til denne oppgaven som vi er nødt til å løse i lag. Og da er det altså så banalt som at de man blir kjent med, og de man har tillit til, de samarbeider man bedre med. Men den fysiske treffplassen tror jeg også er viktig. Og uansett hvor mye Teams vi har, så er det de fysiske møtene og den dialogen du ikke kan ha digitalt som ofte kan være like viktig, altså kroppsspråk [...]Men den tilliten som man ofte trenger det tror jeg krever litt mer «nærkontakt».»*

- Informant C

Mye av kommunikasjonen i lederlinjen foregår i klinikkledermøtene. Informantene beskriver hvordan forskjellen på organiseringen av lederlinjene i klinikkene trolig påvirker kommunikasjonen. I klinikkene med mellomleder går informasjonen gjennom områdesjefene, og størrelsene på disse lederteamene er ikke så store, tre til fire medlemmer. En av informantene problematiserer at det i klinikkene uten områdesjefer ikke er noen som «kondenserer» informasjonen tilbake til klinikkjef og at dette prolongerer og vanskeliggjør beslutningsprosessene. I klinikkene uten mellomledere er det flere medlemmer i teamene. Informantene som tilhører disse klinikkene mener samtidig at det kommunikasjonsmessig er en

fordel å snakke rett til avdelingslederne. På den måten har de bedre kontroll på kommunikasjonen. En av informantene uttrykker følgende:

*«Du går ikke via en kanal før den går ut. Jeg vet hvilken informasjon jeg har formidlet til avdelingslederne, og det er jo veldig greit for meg da. Men samtidig, har de ikke fått det med seg så vet jeg jo hvem jeg kan skylde på. Det er jo kun meg selv. Så jeg kan ikke skylde på andre på det i hvert fall.»*

Oppsummert finner vi:

- Klinikksjefene beskriver ansattes motivasjon som svært varierende
- Klinikksjefene opplever at uferdig organisasjonsstruktur gir ulike kommunikasjonslinjer i klinikkene

## 6.0 Diskusjon

I dette kapitlet presenteres hovedfunnene i vår studie som videre diskuteres med utgangspunkt i problemstillingen og det analytiske rammeverket presentert i kapittel 3. Avslutningsvis i kapitlet vil vi kort redegjøre for status i KGO-prosessen, samt komme med noen betraktninger rundt forutsetningene for å lykkes med KGO.

### Hovedfunn i vår studie:

Funn 1: Mulighetene som ligger i klinisk gjennomgående organisering vil hovedsakelig kunne realiseres på lengre sikt.

Funn 2: Tre sentrale utfordringer vanskeliggjør innføringen av klinisk gjennomgående organisering. Klinikksjefene opplever at *uferdig klinikkstruktur*, eksistens av *ulike organisasjonskulturer* og *støy fra omgivelsene* påvirker deres muligheter til å lykkes.

Funn 3: Mangel på en tydelig uttalt strategi



## *6.1 Mulighetene som ligger i KGO vil hovedsakelig kunne realiseres på lengre sikt.*

Klinikkjefene er tydelig på at klinikkstrukturen gir flere nye muligheter for somatikken. Informantene uttrykker at klinikkstrukturen har åpnet for nye faglige arenaer mellom sykehusene som den tidligere organisasjonsstrukturen ikke la til rette for. Her er et mulighetsrom for å skape større forståelse og bygge tillit mellom de tidligere konkurrerende enhetene. Sammenslåingen av flere avdelinger fra de tre lokasjonene og organisering av disse under en og samme leder, gjør det mulig å koordinere fagkompetanse til å drive felles utvikling av fag og tjenestetilbud.

Klinikkjefene uttaler videre at koordinering og riktig disponering av ressurser trolig vil gi en bedre ressursutnyttelse og økt effektivitet, noe som igjen vil kunne gi økonomisk gevinst. Hensikten er å kunne levere robuste og like helsetjenester til hele Helgelands befolkning. Empirien viser imidlertid at det er få gevinster foreløpig. De muligheter som klinisk gjennomgående organisering forventes å gi, ligger nok litt lengre frem i tid.

Erfaringer fra lignende prosesser viser at slike store omorganiseringer tar tid. LUO-evalueringen som ble gjennomført fire år etter omorganiseringen i UNN, viste at det var få av resultatmålene som var realisert i løpet av denne perioden (Oxford Research, VINN og Bedriftskompetanse, 2012)

At innfrielse av målene og mulighetene for KGO, ligger litt fram i tid og at man foreløpig har et klarere bilde av utfordringene, er ikke et overraskende funn, og det er også i tråd med de antagelser vi hadde før vi startet studien. Den nye organisasjonsmodellen har kun eksistert i kort tid. Den naturlige prosessen med endringsmotstand i organisasjoner, og det at der er noen sentrale utfordringer med bakgrunn i HSYK sin historie, taler for at det vil ta tid før man kan høste større gevinster av KGO. Store kulturelle forskjeller og tandre samarbeidsforhold gjør det vanskelig for lederne å gå for raskt frem. Forsering av disse prosessene kan gi næring til tidligere konfliktfylte saker og redusere sjansene for å realisere resultatmålene. Det må tas høyde for endringsmotstanden og man må legge til rette for god kommunikasjon, medvirkning og involvering. Jacobsen og Thorsvik (2019) påpeker at destruktiv motstand må håndteres for at endringsprosesser skal lykkes, og at det kan være hensiktsmessig å kartlegge årsakene til motstanden for å finne ut hvordan man kan påvirke situasjonen eller de ansatte. Som påpekt i

empirien, har i tillegg pandemien trolig vært til hinder for realisering av muligheter også på kort sikt. Smitteverntiltak vanskeliggjorde fysiske møter. I tillegg har pandemiberedskapen til tider lagt beslag på betydelige ressurser og flyttet fokus vekk fra planlagt arbeid og gjennomføring av tiltak.

## 6.2 Tre sentrale utfordringer som vanskeliggjør innføringen av KGO

Klinikksjefene er tydelig på at det er flere utfordringer med KGO som gjør seg gjeldene på det nåværende tidspunktet, og vi har identifisert følgende sentrale utfordringer for gjennomføringen av klinisk gjennomgående organisering på bakgrunn av informantenes uttalelser:

- 1) Uferdig klinikkstruktur
- 2) Ulike organisasjonskulturer
- 3) Støy fra omgivelsene

Disse tre faktorene kan vi knytte til den helhetlige modellen (figur 3-1). Den uferdige klinikkstrukturen peker tilbake på de *formelle trekkene*, de ulike organisasjonskulturene peker tilbake på de *uformelle trekkene* og støy fra omgivelsene er forhold som påvirker organisasjonen utenfra.

### 6.2.1 Uferdig klinikkstruktur

Informantene opplever at den uferdige klinikkstrukturen er en utfordring i arbeidet med KGO. Empirien viser at mellomledere og mellomledernivå ikke er på plass og at det heller ikke er helt avklart om det skal være stedlige eller faglig organiserte mellomledere. Som vi har vært inne på tidligere, i kapittel 3, er organisasjonsstrukturen i stor grad bestemmende for hvilke samhandlingsmønstre som dannes mellom organisasjonsmedlemmene, og den formelle strukturen påvirker også i stor grad kommunikasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Mellomledere nær klinikken har stor betydning i ekspertorganisasjoner fordi profesjonene i stor grad er premissleverandører og strategiske beslutninger må tas i dialog med lederne av den profesjonelle delen av organisasjonen (Nyland & Pettersen, 2018). Dette fastslår også en av informantene i beskrivelsen av at mangel på områdesjef gjør at man ikke har noen som samler og oversetter informasjonen mellom strategisk og operativt nivå. Til tross for dette mente informantene som tilhørte klinikkene uten områdesjef, at det i startfasen var en fordel å snakke rett til avdelingslederne. På den måten har de bedre kontroll på kommunikasjonen og at

informasjonen, altså budskapet, blir formidlet uten å være «oversatt». Empirien viser at i de klinikkene hvor områdesjefer mangler, opplever klinikkjefene en stor arbeidsbelastning samt å måtte bidra mer på operativt nivå i organisasjonen, noe som igjen begrenser mulighetene for å prioritere arbeid med strategi. Vi mener den uferdige organisasjonsstrukturen vanskeliggjør klinikkjefenes muligheter til å både planlegge og iverksette sine strategier. Dette kan være én forklarende årsak til våre funn om manglende strategi.

Man kan også tolke den utstrakte bruken av konstitueringer som et tegn på uferdig organisasjonsstruktur. Klinikkkorganiseringsen ble implementert før ledernivåene og faste ansettelse var på plass. Informantene har ulik oppfatning av betydningen av fasen med konstituerte klinikkjefer, men ut fra et teoretisk perspektiv kan man nok hevde at dette kan ha påvirket handlingsrommet til klinikkjefene. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) vil utforming av organisasjonsstruktur ha stor betydning for hvem sine synspunkter og interesser som skal være dominerende, hva som settes på «dagsorden» og hvilke aktører som blir involvert i beslutninger. Man kan for eksempel tenke seg at høy grad av midlertidighet gjør samarbeidet i ledergrupper vanskeligere, da god samhandling er avhengig av at medlemmene har tillit til hverandre. Ervervelse av tillit og psykologisk trygghet i en ny gruppe kan ta tid, og midlertidige ansettelse kan gjøre at det tar lengre tid å etablere dette grunnlaget, noe som igjen vil kunne påvirke og gi dårligere progresjon i arbeidet med å nå målene for KGO.

Det kom også fram i intervjuene at strukturen for tillitsvalgsapparatet ikke er endret etter klinikkkorganiseringsen. Informantene problematiserer at de tillitsvalgte fortsatt representerer de geografiske enhetene og foretakstillitsvalgt har utfordringer med å få etablert en omforent agenda. Endringer i organisasjonsstruktur gir endringer i de hierarkiske maktforholdene. En organisering av tillitsvalgsapparatet som ikke er i samsvar med klinikkkorganiseringsen, skaper utfordringer og kan påvirke prosesser og maktforhold.

Det er videre grunn til å anta at en uferdig organisasjonsstruktur gir større handlingsrom for uformelle ledere og muligheter for grupperinger til å fremme særinteresser. Ifølge Ingstad (2019) kan dette med uformell ledelse utvikle seg dersom kontrollspennet blir stort eller hvis de ansatte opplever å være uten leder. Som leder er det viktig å være oppmerksom på at slik uformell ledelse kan oppstå eller utvikle seg og føre til at avgjørelser tas av andre enn de som har det formelle ansvaret. Noen av informantene trekker videre fram at man ikke har tradisjon for å korrigere atferd. Som vi har vært inne på tidligere, spiller normene en viktig rolle i

samhandling mellom mennesker. Dersom avvikere som ikke følger normene ikke korrigeres, vil reglene for atferd og atferden etter hvert endres, noe som igjen ville kunne påvirke maktforholdene.

## 6.2.2 Ulike organisasjonskulturer

Informantene beskriver store kulturelle forskjeller mellom de ulike geografiske enhetene. Fragmenterte kulturer i organisasjoner kan ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) gjøre organisasjonen mindre effektiv. «I organisasjoner med sterke kulturer er samholdet sterkere, arbeidsstokken mer stabil, de ansatte sterkere motivert, samarbeid går lettere, og det brukes mindre ressurser på styring og overvåking» (Jacobsen og Thorsvik, 2019, s.122).

Empirien viser at det er ønskelig å skape en felles kultur på tvers av de geografiske enhetene i klinikken, men informantene refererer til skjøre samarbeid og at medlemmer selv i lederteam fortsatt kjemper for sine ressurser og systemer. Vår forståelse er at den sterkt konkurransepregede situasjonen utfordrer beslutningsprosesser gjennom at det er en tendens til at man fronter personlige mål og særinteresser knyttet til egen geografisk enhet. Det vil være naturlig at det eksisterer ulike subkulturer i ekspertorganisasjoner som sykehus. I organisasjonslitteraturen finnes flere eksempler på at ulike kulturer kan eksistere side om side uten at det behøver å skape konflikt, dette gjelder for eksempel når enheter fungerer relativt uavhengig av hverandre (Jacobsen & Thorsvik, 2019). I klinikkstrukturen skal det imidlertid etableres en sameksistens på tvers av enhetene og det er nødvendig med en felles agenda. Konkurranseskultur må dreies til samarbeid. De forskjellige kulturene ved de tre sykehusene vil da bli subkulturer under en ny felles kultur. Vil fire klinikkjefer greie å etablere en ny kultur, eller vil det gå fra tre forskjellige til fire?

En av informantene uttrykte at det bør være rom for ulike meninger og takhøyde i lederteamet slik at man finner de beste løsningene og lærer av hverandre. En negativ effekt av homogen kultur, som poengteres i Jacobsen og Thorsvik (2019), er at det i kulturer som er for ensartede, hvor alle ser virkeligheten på samme måte, er lite nytenkning og rom for alternative løsninger. For at ledergruppene skal kunne utnytte disse ulikhetene er de imidlertid avhengig av å utvikle psykologisk trygghet i teamet.

Som tidligere nevnt, refererer Jacobsen og Thorsvik (2019) til makt og konflikt som naturlige deler av alle organisasjoner. De påpeker videre at det også kan være positive konsekvenser av

konflikt, såkalte funksjonelle konflikter, da mennesker som møter motstand på mål de har satt seg, tvinges til å utvikle evner og de anlegg som er nødvendig for å fjerne motstanden. Spesielt nyere forskning viser til at konflikt kan ha innovative effekter for en organisasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Vår tolkning basert på historien til Helgelandssykehuset og det vedvarende intense spenningsklimaet, er imidlertid at konfliktnivået ved foretaket ikke er av en slik karakter at det kan betegnes som en funksjonell konflikt. Konfliktnivået har en negativ effekt på miljøet i Helgelandssykehuset, og det påvirker også befolkningen på Helgeland.

Store kulturforskjeller i tillegg til en uferdig organisasjonsstruktur, gir rom for uformelle ledere og at grupperinger med vikarierende målsetninger og strategier får større spillerom. Dette kan igjen føre til at den institusjonelle makten får mindre betydning, og denne utjevningen av maktfordeling kan forlenge konflikten ved foretaket. Vi finner støtte for dette hos Jacobsen og Thorsvik (2019): «[...] Maktforholdene i en organisasjon ser ut til å ha stor betydning for i hvor stor grad konflikter får utvikle seg og bli mer intense» (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 172).

Jo likere maktfordelingen i organisasjonen er, desto mer intense tenderer konfliktene til å bli. Dette skyldes at i «organisasjoner med lik maktfordeling er det ingen som har muligheten til å «skjære igjennom» og bestemme» (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 173) Dette kan muligens være en forklarende årsak på utsagnet fra en av informantene om at sykehuset ikke har «kultur» for å korrigere atferd.

Hva kan man gjøre for å bygge en felles kultur? Alle informantene fremhevet at det kan være gunstig å starte med det faglige samarbeidet fordi dette er et område man ser for seg man kan enes om. Dette er i tråd med Jacobsen og Thorsvik (2019) hvor man snakker om at nye måter å tenke på, institusjonaliseres ved å bygge kultur omkring de endringene som er gjennomført, og slik skaper man avstand til tidligere praksis som hemmer realiseringen av visjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

For å bygge en felles kultur må man enes om verdier og som vi har vært inne på tidligere, må verdiene være tilpasset organisasjonsmedlemmenes behov. Det underbygger satsningen på den faglige arenaen da kvalitet og pasientsikkerhet er viktig for alle ansatte. Fra teorien vet vi at ansatte i offentlige organisasjoner også ofte drives av altruisme. Denne typen drivkraft er det grunn til å tro vil påvirke ytelsen og motivasjonen i organisasjonen uavhengig av omorganiseringprosessen som gjennomføres. Det vil altså finnes en viss motivasjon for faglig samarbeid uavhengig av konteksten grunnet altruisme, som klinikksjefene kan støtte seg på.

Det at man drives av altruisme er imidlertid ikke det samme som at man jobber i samme retning. Altruisme kan her bety det beste for pasienten, men er det nærhet eller kvalitet som da skal prioriteres?

Ved mangel på felles verdier og normer trekker man i ulike retninger. Dette finner vi igjen i organisasjonsteorien om profesjonskultur. Hvis organisasjonens normer og verdier kommer i konflikt med faglige normer, verdier og standarder, tenderer de profesjonelle til å være mer lojal mot egen profesjonskultur enn mot organisasjonens formelle kultur (Jacobsen & Thorsvik, 2019). LUO-rapporten poengterte at ledere er sentrale rollemodeller og kulturbærere (Oxford Research, VINN og Bedriftskompetanse, 2012). Denne betraktningen må tas med som en viktig komponent i lederskapet. Ledere kan gjennom sin atferd signalisere hvilke verdier og normer som er ønskelig i organisasjonen. En av informantene poengterer at å praktisere autentisk lederskap er viktig når man skal tilnærme seg kunnskapsrike og komplekse organisasjoner. I dette ligger å være åpen, visjonær og utvise tillit til sine medarbeidere, samt fastholde et klart sett med positive verdier (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Informanten uttrykker at man må være ærlig med sine medarbeidere, samt fleksibel og utholdende for å bygge relasjonell tillit. Organisasjonens verdier må kommuniseres for å oppnå en felles kultur. En god kommunikasjonsstrategi og tett oppfølging vil derfor være viktige for å oppnå forandring. På spørsmål om kommunikasjonsstrategi i klinikken, var det ingen av informantene som kunne vise til dette i egen klinikk.

Empirien viser at arbeidet med å skape en felles kultur i klinikkene er krevende. En av årsakene som trekkes fram som begrunnelse for dette er Covid-19-pandemien. Denne ga tydelige begrensninger for å møtes fysisk og resulterte i at de fleste møtene i innføringsfasen måtte foregå digitalt. En annen årsak er at de ansatte i klinikken til daglig jobber på ulike lokalisasjoner og klinikksjef kan ikke være fysisk tilstede på flere steder samtidig. Våre funn tyder på at samarbeid over digitale plattformer gjør det vanskeligere å bli kjent og etablere relasjoner til medarbeidere. Geografisk avstand har altså betydning for kulturbyggingen. I Jacobsen og Thorsvik (2019) påpekes det at en av de største utfordringene som *virtuelle grupper*<sup>12</sup> står overfor, er mangel på tillit, og at mye tyder på at slike grupper i mindre grad klarer å danne en felles kultur, med felles verdier og normer, som igjen er viktig for å utvikle

---

<sup>12</sup> Virtuelle grupper er mennesker som skal samarbeide om å løse oppgaver, men som ikke befinner seg på samme sted

tillit. Tillit gir grunnlag for læring og samarbeid, og mangel på dette kan bli en trussel for effektiviteten til organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

En av informantene uttrykker mangel på tid til å jobbe med kulturen i organisasjonen på grunn av at den generelle arbeidsmengden er stor og at andre oppgaver må prioriteres. Det at støttefunksjoner og mellomledernivå ikke er på plass i alle deler av organisasjonen, kan nok i denne sammenhengen, bidra til at klinikkjefene uttrykker manglende mulighet til å jobbe med kulturbygging og motivasjon i organisasjonen. I teorien som tidligere er presentert, anses også mellomledere å ha en viktig rolle i kulturbyggingen (Hope, 2017).

### 6.2.3 Støy fra omgivelser

I empirien finner vi at støy fra omgivelsene påvirker både samarbeidet internt i organisasjonen og handlingsrommet til klinikkjefene. Informantene beskriver hvordan spesielt lokalmedia bidrar til opprettholdelse av konfliktnivået i organisasjonen gjennom å ha en mer eller mindre konstant negativ vinkling i publikasjoner som omhandler Helgelandssykehuset. Enkelte opplever at media bygger nyhetssaker ved å sette fagfolk opp mot hverandre. Offentlig debatt er viktig og pressefriheten skal ivareta at samfunnet stiller kritiske spørsmål til hvordan alle typer organisasjoner opererer, herunder selvfølgelig også lokalsykehus. Utfordringen er når lokalpresse har en tydelig lokalpolitisk agenda og mer eller mindre bevisst konstruerer faglige argumenter for å understøtte politiske motiver. Selv om klinikkjefene selv mener ikke å la seg påvirke av dette, er det en bekymring for at organisasjonen blir påvirket slik at prosesser derfor enten drar ut i tid eller ikke lar seg gjennomføre. En av informantene problematiserer hvordan dette ikke bare påvirker organisasjonen internt, men også gir et dårlig omdømme og svekker befolkningens tillit til Helgelandssykehuset.

Det fremkommer også i empirien at flere av de ansatte er politisk engasjerte og det vil være naivt å tro at ingen av disse bevisst bruker media til å fremme egen politisk agenda. Disse ansatte kan da brukes som et faglig alibi for et lokalpolitisk poeng.

I et intervju, i Rana Blad, med avtroppende administrerende direktør i HSYK, Hulda Gunnlaugsdottir, gjengir avisen følgende svar på hva hun har *opplevd som tøffest de siste årene i Helgelandssykehuset, når det har stormet som verst*: «– Det er når lekmenn begynner å uttale seg som fagfolk og helgelendingene begynner å tro på det. Det er like krevende når fagfolk begynner å opptre som politikere. Da mister man fokus på hva oppgava vår egentlig er, og det gir ikke gode spesialisthelsetjenester» (figur 6-1).

NYHETER NYE HELGELANDSSYKEHUSET HELGELANDSSYKEHUSET HELSE NORD RHIF HELGELAND

## **- Det mest krevende har vært når lekmenn begynner å uttale seg som fagfolk eller fagfolk begynner å opptre som politikere - og helgelendingene begynner å tro på det**



Administrerende direktør Hulda Gunnlaugsdottir forlater Helgelandssykehuset etter fire år ved roret. Foto: Øyvind Bratt

Av Toril S. Alfsvåg

Publisert: 07.04.22 06:29

Del

Hulda Gunnlaugsdottir er like klar på hva hun vil savne: – Det er Helgeland og helgelendingene. Det er vær, vind, hav og fjell, sier hun men inntil da: – Hvis noen tviler, så er fortsatt Hulda Gunnlaugsdottir administrerende direktør ved Helgelandssykehuset de neste tre månedene.

Figur 6-1 Artikkel fra Rana Blad 07.04.22

Hun problematiserer også hva dette gjør med både omdømme og kvaliteten i helsetjenestene. Støy fra omgivelser påvirker befolkningens tillit til Helgelandssykehuset og kan gjøre det vanskeligere for klinikksefene å realisere målene med KGO.

I den helhetlige modellen (fig. 3-1) (Jacobsen & Thorsvik, 2019) følger det at omgivelsene påvirker organisasjonen (se pilen som indikerer kausalitet), men ikke at omgivelsene påvirkes av organisasjonen. Dette mener vi kan være en svakhet med modellen. Ut fra klinikksefenes



opplevelse som støttes av administrerende direktør, ser vi at utsagn fra fagfolk som jobber i Helgelandssykehuset kan skade omdømme og befolkningen kan miste tilliten. Dette kan resultere i at pasienter søker seg til andre sykehus for å få utført helsehjelp.

Jacobsen og Thorsvik (2019) uttaler at organisasjonskulturen gjenspeiler omgivelsene. Menneskene sosialiseres gjennom hele livet og de grunnleggende antagelser, verdier og normer utvikles gjennom denne sosialiseringprosessen. Når vi ansettes i en organisasjon tar vi med oss dette inn i organisasjonen. De ansatte ved Helgelandssykehuset lever i de ulike lokalsamfunnene og påvirkes av det som karakteriserer omgivelsene her. I empirien finner vi at den samfunnskulturelle konteksten tas med inn i arbeidssituasjonen og vanskeliggjør kulturbyggingen fordi det bidrar til å opprettholde gamle, etablerte sannheter og dermed også konfliktnivået. Dette finner vi igjen også i annen teori. Organisasjonskulturen eksisterer ikke isolert fra omgivelsene. Menneskene i organisasjonen påvirkes av lokale, regionale og nasjonale forhold (Ingstad, 2019).

De endrede maktforholdene etter omorganiseringen sett i sammenheng med at strukturene ikke er ordentlig på plass, kan tenkes å skape et «maktvakuum». I følge Jacobsen og Thorsvik (2019) kan maktfordelingen internt i organisasjonen ha knytninger til hvilke eksterne allianser en gruppe klarer å utvikle. Aktører utenfor organisasjonen kan gripe inn i interne konflikter ved å gi støtte eller yte motstand (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Det kan tolkes som en form for lobbyisme fra omgivelsene.

### ***6.3 Mangel på en tydelig uttalt strategi***

I løpet av våre samtaler med informantene, finner vi ikke at de presenterer noen konkrete planer for strategiarbeidet i klinikken. Dette kan tolkes som en mangel på tydelige uttalte strategier, noe som er overraskende da strategi er et lederansvar. Det er også grunn til å anta at en slik omfattende omorganisering ved Helgelandssykehuset som KGO, gir økt behov for koordinering av arbeidsoppgaver og aktiviteter for å operasjonalisere målsetningene. Et fravær av strategi vil videre, kanskje spesielt i sammenheng med uferdig klinikkstruktur og utfordringene med store kulturforskjeller, skape økt handlingsrom for uformelt lederskap. Som vi tidligere har belyst, er det også flere forhold med situasjonen på Helgeland, som gjør at behovet for en strategi kanskje er spesielt viktig. Vi tenker her på utfordrende samarbeidsklima og støy fra omgivelsene.

Klinikksjefene må forholde seg til overordnede føringer i nasjonale helse- og sykehusplaner, krav fra foretaksmøtene, regionale prioriteringer og strategier på foretaksnivå. Vi mener likevel det ville være naturlig å identifisere strategier også på klinikknivå. I rundskriv fra HOD om lederansvar i sykehus, poengteres det at på «hver organisatorisk enhet i sykehuset skal det være én leder som har det overordnede og helhetlige ansvaret for virksomheten i enheten, både administrativt og faglig» (Helse- og omsorgsdepartement, 2013). Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) vil det i offentlig sektor være et mål å oppnå størst mulig grad av offentlig nytte ved bruk av midlene som det offentlige har til rådighet. Viktige momenter her er god planlegging og budsjettering. Informantene sier i svært liten grad noe om økonomiske strategier, verken på kort eller lengre sikt. For klinikkene i Helgelandssykehuset ville man i tillegg til økonomiske strategier, kunne forvente å finne strategier for kompetanse og rekruttering, for økt samhandlingskompetanse, for kommunikasjon som kan bidra til involvering og medvirkning, og utviklingsplaner for bedret pasientsikkerhet og mer helhetlige pasientforløp.

Når strategier mangler eller er uklare, har ikke de ansatte noe tydelig bilde av hvordan organisasjonen skal nå sine mål, og dette kan påvirke motivasjon til de ansatte. Det er også bred enighet i litteraturen om at uklare strategier har en negativ innvirkning på effektiviteten til organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2019; Bang & Midelfart, 2021). Fravær av strategi, på samme måte som uferdige organisasjonsstrukturer, kan bety at særinteresser får større handlingsrom og organisasjonen kan da oppleve at de opprinnelige målene gradvis endres og vi får det som refereres til som målforskyvning (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Helgelandssykehuset har som ekspertorganisasjoner flest, flere sterke og autonome faggrupper som ut fra sin profesjonsutdanning er styrt av faglige og etiske standarder og som har stor grad av selvledelse. Flere av disse faggruppene har over lengre tid stått i konkurranse med hverandre og klinikksjefene viser til at arbeidet med å forene og endre perspektivet bort fra konkurranse og mot samarbeid, vil kreve tett oppfølging. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2019) øker behovet for koordinering jo flere profesjoner man skal lede. Mangel på en tydelig strategi som er retningsgivende vil trolig vanskeliggjøre samarbeidet.

Vi vet også at fagmiljøene befinner seg på flere lokasjoner. Siden det ikke er mulig for en klinikksjef å befinne seg på alle enhetene fysisk til samme tid, vil det trolig være av stor betydning om strategiene er klare slik at faggruppene kan jobbe selvstendig mot målene selv når leder ikke er til stede. Spesielt i de klinikkene hvor det mangler mellomledernivå, vil det

trolig kunne bli en stor utfordring å jobbe mot mål dersom ikke strategien er godt kjent. Det vil lett kunne dannes illegitim makt og et uformelt lederskap vil kunne få godt spillerom (Hope, 2017).

Hva kan så forklare våre funn om manglende uttalte strategier? En mulig forklaring på våre funn kan være at klinikkjefene ikke har en strategi, de er avventende. KGO er et ledd i Nye Helgelandssykehuset og de overordnede strategiene for nye HSYK, tidsperspektivet i denne prosessen, samt de vedtakene som gjøres her, spiller følgelig inn i forhold til det videre strategiarbeidet i klinikkene. Dette bekreftes også av en av informantene. Vår oppfatning er også at informantene opplever oppdraget noe forskjellig. En mulig tolkning av dette er at oppdraget som er gitt, ikke nødvendigvis er klart beskrevet for klinikkjefene. Noe som igjen kan gjøre det vanskelig å utvikle strategi. Mangel på strategi kan videre ha sammenheng med at man er i en tidlig fase av innføringen av klinikkorganiseringen og at man først ønsker å bli bedre kjent med organisasjonen for å sikre at man gjør de rette prioriteringene i strategiarbeidet. En uferdig organisasjonsstruktur hvor flere oppgaver enn normalt faller på topplederne, samt en økt totalbelastning i organisasjonen grunnet pandemihåndtering, kan også være medvirkende årsaker til at arbeid med strategi ikke blir prioritert.

En annen forklaring kan være at man har en strategi, men ikke ønsker å formidle den ennå. Kanskje vil strategien føre til mer støy og konflikt og man ønsker av den grunn å ta dette internt i ledergruppen først. Strategiarbeidet er en prosess og foregår i samarbeid med ledergruppa. Dette ble imidlertid ikke kommentert av informantene under intervjuene.

Det kan også være at klinikkjefene mener at strategi ikke er viktig. Dette vil i så tilfelle være et brudd i forhold til teorien, og slik vi tolker det, en mindre plausibel årsak til våre funn. Strategi er viktig, men i vårt tilfelle finner vi altså ikke tydelige uttalte strategier. På den andre siden kan det være slik at det vi tolker som manglende strategi, er et bevisst valg – man vil gå forsiktig fram. Denne forsiktigheten eller avventende holdningen er kanskje i seg selv strategi? Samtlige informanter snakker om betydningen av å bruke fag for å skape felles plattformer for videre prosesser og samarbeid. Etter mange år med konkurranse og konflikter kan det å ta små skritt og forenes om faglige mål til beste for pasienten, nettopp være en strategi for ikke å skape større splid og dermed redusere mulighetene for å nå målene med KGO. Relasjonene er skjøre, og informantene har uttalt at det er store kulturforskjeller. Man begynner arbeidet der man kan enes og håper på en «smitteeffekt». Alle informantene fremhever viktigheten av å forenes om

det faglige og ingen er uenig i målet om å fremme pasientens beste. Forskning viser også at det i ekspertorganisasjoner som sykehus ofte oppstår en verdikonflikt mellom fag/profesjon og den økonomisk- administrative logikken (Johansen, et al., 2015)<sup>13</sup>. Denne verdikonflikten mellom de kompetitive logikkene kan være en medvirkende forklaring til at klinikksefene prioriterer fag på bekostning av andre strategier. De ønsker å bygge tillit og legitimitet. Ved ledelse av ekspertorganisasjoner er et viktig perspektiv at det er profesjonene som i stor grad er premissleverandør. En strategi for styrket faglig kvalitet og pasientsikkerhet er i tråd med resultatmålene for KGO.

Vi vil nå kort beskrive utviklingen i KGO etter at vi gjennomførte våre intervju. I etterkant av intervjuene i vår studie, er det varslet nye midlertidige endringer i KGO- strukturen. Administrerende direktør leverte sin oppsigelse 30.04.22 og vil fratre sin stilling før 01.07.22. Ansettelsesprosess er i gang, men frem til nye AD er på plass, er HSYK inne i en ny runde med konstitueringer. Fra 01.07.22 blir derfor medisinsk direktør konstituert i stillingen som administrerende direktør, og nyansatt klinikksef for kirurgisk klinikk er konstituert i stilling som sykepleiefaglig direktør<sup>14</sup>. I kirurgisk klinikk konstitueres derfor en ny klinikkleder<sup>15</sup>, og på samme tid konstitueres det en assisterende klinikksef i samme klinikk. Med sistnevnte konstituering blir et nytt mellomledernivå introdusert i KGO. Vi observerer altså en fortsatt høy grad av midlertidighet og uløste utfordringer med strukturen. Ut fra våre funn vil dette kunne bidra til ytterligere forsinkelser for gevinstrealiseringen ved KGO.

KGO må betraktes som en stor endringsprosess hvor ledelse står sentralt for å kunne lykkes. Jacobsen og Thorsvik (2019) gjengir ni forutsetninger som kjennetegner vellykkede endringsprosesser (se kapittel 3.6.3) og som en generell avsluttende betraktning vil vi vurdere hvorvidt våre empiriske funn vedrørende prosessen med implementering av KGO, har noen av disse forutsetningene til stede. Empirien og bakgrunnen viser at det muligens ikke er dannet en god nok situasjonsforståelse for at KGO bør gjennomføres. En av informantene påpeker at man brukte for lite tid i denne fasen. Videre har vi sett at det er flere andre tunge prosesser som binder opp ressurser i HSYK og som dermed setter kapasiteten til å gjennomføre endring på prøve. Både Nye HSYK og Covid -19 situasjonen er eksempler på dette. KGO virker absolutt å

---

<sup>13</sup> Dette studiet er ikke presentert tidligere i vår oppgave da tema ikke står sentralt i diskusjonsdelen av vår studie.

<sup>14</sup> En stilling som i prinsippet er lik medisinsk direktør men med noe andre oppgaver.

<sup>15</sup> Vedkommende var tidligere konstituert klinikksef for klinikk for diagnostikk og medisinsk service fra innføringen av KGO frem til fast ansatt klinikksef var på plass 22.11.21.

være bygget på grundige analyser og er i tråd med hvordan flere andre helseforetak i Norge er organisert. Vi finner også at visjonen bak KGO og hva man ønsker å oppnå med argumenter som like helsetjenester for innbyggerne på Helgeland, samt å samle fagmiljø, som gjennomførbar og ønskelige. Vår studie har ikke belyst i tilstrekkelig grad om de ansatte føler seg godt nok involvert i prosessen<sup>16</sup>. En av informantene beskriver hvordan Nye HSYK er en prosess som begrenser handlingsrommet. Dette kan tolkes som et strukturelt hinder som kanskje burde vært avklart før innføringen av KGO. Vi ser av empirien at det sannsynligvis ikke er kapasitet til å følge endringsprosessene godt nok. Det er for tidlig å konkludere med om KGO som strukturell endring vil føre til at nye måter å tenke og handle på vil bli institusjonalisert slik at det skapes en ny kultur. Med bakgrunn i disse betraktningene, er det vanskelig å konkludere med om man vil lykkes med KGO eller ikke. Vår tolkning er i midlertid at det per i dag er relativt få av de ni forutsetningene som er oppfylt, men det er fortsatt tidlig i prosessen. Jacobsen og Thorsvik (2019) påpeker videre at det ikke er en fasit på hvordan endringer bør gjennomføres, men ledelse vil være avgjørende. Det er opp til klinikksjefene å legge forholdene til rette slik at de essensielle faktorene for å lykkes med KGO på Helgelandssykehuset, kan innfris.

#### *6.4 Vurderinger rundt egen metode*

Til slutt vil vi belyse noen mulige svakheter ved våre empiriske funn. Siden alle våre informanter er en del av toppledergruppen i Helgelandssykehuset, er det grunn til å anta at deres posisjoner spiller inn på hvordan de har besvart våre spørsmål. De har nylig takket ja til en stilling som det er knyttet klare forventninger til, fra resten av foretaksledelsen, styret i Helgelandssykehuset og fra alle ansatte i organisasjonen. Nettopp denne konteksten som de befinner seg i, kan føre til at de bevisst eller ubevisst tegner et noe overdrevent fordelaktig bilde av de temaene vi har forsøkt å belyse.

I HSYK har vi som beskrevet i oppgaven, også spenninger knyttet til geografisk tilhørighet, og siden alle våre informanter tilhører et lokalmiljø på Helgeland, vil muligens også deres oppfatning av ulike tema bære preg av dette. «Ett og samme fenomen oppleves individuelt ut fra hver informants bakgrunn, interesser og forståelse» (Johannessen, et al.,2020, s.170).

Videre vet vi også at forholdene i Helgelandssykehuset er gjennomsiktige og muligheten for å bli gjenkjent som informant, til tross for anonymisering, vil også kunne virke inn. Da

---

<sup>16</sup> Vår studie omhandler ikke de ansattes perspektiv på KGO.

informantene er klinikkssjefer ved et gitt foretak og de utgjør et begrenset antall, så vil det være vanskelig å sikre en fullstendig anonymitet. Dette kan ha medført at informantene har vært forsiktige i sine uttalelser.

Vi har forsøkt å være oppmerksom på disse nevnte forholdene under hele prosessen. Vi opplevde informantene som frittalende under intervjuene selv om det under behandlingen av enkelte tema kunne tolkes en noe dempet fremstilling. Dette finner vi helt naturlig, og til tross for dette mener vi informantene på en god måte klarer å formidle sine opplevelser og perspektiver. Vi opplevde at informantene var åpne og ærlige.

Nye Helgelandssykehuset er en prosess som selvfølgelig også påvirker våre informanter i likhet med organisasjonen for øvrig. Noen av våre funn vil trolig også kunne begrunnes i prosessen og usikkerheten rundt Nye HSYK og skyldes kanskje ikke bare selve innføringen av KGO. En del av de utfordringene man ser med KGO ville kanskje vært til stede selv om omorganiseringen ikke hadde funnet sted. Vi tenker da spesielt på støyen fra omgivelsene og kulturforskjellene. Selv om utfordringene har sitt opphav i lokaliseringsstrid, påvirker de også KGO i den grad at vi mener det er helt relevant å drøfte utfordringene i denne konteksten også.

## 7.0 Konklusjon

Hensikten med vår studie har vært å belyse hvilke erfaringer lederne har med innføringen av klinisk gjennomgående organisering ved Helgelandssykehuset. Prosessen er fortsatt i en tidlig fase og det har gitt oss en unik mulighet til å følge hvilke muligheter og utfordringer en slik stor omorganisering gir sett fra klinikkssjefenes perspektiv.

Ved å analysere våre empiriske funn med utgangspunkt i Jacobsen og Thorsviks (2019) helhetlige modell (figur 3-1), har vi identifisert faktorer både i organisasjonens formelle og uformelle trekk, samt i omgivelsene, som vi mener vanskeliggjør innføringen av KGO. Ved å presentere våre funn håper vi å kunne bidra til innsikt og kunnskap som kan ha en betydning for det videre arbeidet med klinikkorganiseringen i Helgelandssykehuset.

Gjennom vårt arbeid har vi funnet at mulighetene som ligger i en slik type omorganisering i svært liten grad er realiserbare på kort sikt. Videre har vi funnet tre sentrale utfordringer som klinikkssjefene mener påvirker deres muligheter til å nå målsetningene for klinikken. En uferdig

klinikkstruktur med stor grad av midlertidighet gjør at det er vanskelig å etablere nye strukturer som skal fremme faglig samarbeid. Tre forskjellige kulturer utfordrer maktforholdene og de formelle prosessene, og omgivelsene på Helgeland bidrar til å opprettholde et konfliktnivå som vanskeliggjør samarbeid internt og som skader omdømmet til Helgelandssykehuset HF. Vår studie har også identifisert det vi tolker å være fravær av tydelig uttalt strategi for hvordan man skal realisere resultatmålene i KGO. En mulig forklaring på dette funnet kan være at klinikkjefene har valgt å være avventende med å presentere den strategien de har. Kanskje er en forsiktig fremtoning med satsning på faglig samarbeid og inkrementelle endringer på operativt nivå det mest hensiktsmessige, gitt konteksten klinikkjefene befinner seg i.

Ut fra våre funn mener vi det finnes flere tiltak som kan hjelpe klinikkjefene i den videre prosessen. Organisasjonsstrukturen rundt klinikkjefene bør raskest mulig komme på plass slik at nødvendig ledernivå, stab og annet støttepersonell blir tilgjengelig. Gevinsten av dette vil trolig være at klinikkjefene får mer tid til å jobbe med organisasjonskulturen slik at samarbeidsklima mellom enhetene forbedres. Dette vil igjen kunne bidra til at omgivelsene ikke i samme grad kan holde i hevd et gammelt fiendebilde. Kanskje vil summen av alle disse faktorene kunne bidra til at klinikkjefene kan utvikle klare strategier for sine klinikker slik at Helgelandssykehuset kan sikre befolkningen i hele opptaksområdet en godt organisert spesialisthelsetjeneste, med god kvalitet, rett kompetanse og rett kapasitet<sup>17</sup>.

Det spesielle med prosessen på Helgelandssykehuset, er at den er så sterkt preget av historikken med konkurranse og splid ved foretaket og at støy fra omgivelsene spiller en stor rolle. En type lærdom som kunne ha en overføringsverdi til andre lignende prosesser, kan imidlertid være at det er viktig å få de etablerte organisasjonsstrukturene raskt på plass. Dette for å unngå å skape ekstra handlingsrom for aktører med særinteresser og med egne mål i strid med organisasjonens.

---

<sup>17</sup> Effektmål for KGO, hentet fra Styresak 08-2021 Helgelandssykehuset (Helgelandssykehuset HF, 2021).

## Referanser

Bang, H. & Midelfart, T. N., 2021. *Effektive ledergrupper*. 2. Utgave red. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Bjørke, J. S., Wisborg, T. & Brekke, M., 2021. Hvor blir det av alle legene?. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 8 november.

Dalland, O., 2020. *Metode og oppgaveskriving*. 7 red. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Engelstad, F. & Thorsen, D. E., 2022. *makt i Store norske leksikon*.

Hentet fra: <https://snl.no/makt>

[Funnet 29 mai 2022].

Etzioni, A., 1978. *Moderne organisasjoner*. Oslo: Tanum - Nordli AS.

Gunnlaugsdottir, H., 2021. *Helgelandssykehuset.no*. [Internett].

Helgelandssykehuset HF, 2020. *Kommunikasjonsstrategi for "Nye Helgelandssykehuset"*.

Hentet fra: [/helgelandssykehuset.no/seksjon/Nye-](http://helgelandssykehuset.no/seksjon/Nye-)

[Helgelandssykehuset/Documents/Menypunkt%20Dokumenter/Nye%20Helgelandssykehuset](http://helgelandssykehuset.no/Documents/Menypunkt%20Dokumenter/Nye%20Helgelandssykehuset)

[Kommunikasjonsstrategi.pdf](http://helgelandssykehuset.no/Documents/Menypunkt%20Dokumenter/Nye%20Helgelandssykehuset/Kommunikasjonsstrategi.pdf)

[Funnet 21 juni 2022].

Helgelandssykehuset HF, 2021. *20210224 Styresak 08 Vedlegg 1 Notat - Arbeid med gjennomgående klinisk organisering inkl vedlegg.pdf*.

Hentet fra:

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202021/20210224/20210224%20Styresak%2008%20Vedlegg%201%20Notat%20-%20Arbeid%20med%20gjennomg%C3%A5ende%20klinisk%20organisering%20inkl%20vedlegg.pdf>

[Funnet 20 5 2022].

Helgelandssykehuset HF, 2022. *Personalhåndboka*

Hentet fra: <https://cp.compendia.no/helse-nord/helgelandssykehuset-personalhandbok/470509>

[Funnet 1 juni 2022].

Helse- og omsorgsdepartement, 2013. *I-2/2013 Lederansvaret i sykehus*.

Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-2013/id728043>

[Funnet 20 06 2022].

Helsenord RHF, 04. mai 2016. *Protokoll fra foretaks møte i Helse Nord RHF*. s.l.,



- <https://www.regjeringen.no/contentassets/05cb33e5c79742b7bc1305ca64d782fd/proto-kollhelsenordrhf04052016.pdf>, p. 8.
- Helsetilsynet, 2020. *Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse*, Oslo: Helsetilsynet.
- HN RHF, 2001. *Saksliste*. Tromsø, Helse Nord Regionalt Helseforetak, p. 30.
- Hope, O., 2017. *Mellomlederen*. 1 red. Oslo: Gyldendal Nork Forlag.
- Ingstad, K., 2019. *Organisasjon og ledelse i helsefag og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J., 2019. *Hvordan organisasjoner fungerer*. 5 red. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A., 2020. *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 4 red. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Johannessen, J.-A. & Olsen, B., 2017. *Positivt lederskap. Jakten på de positive kreftene*. 4 red. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johansen, S. T., Olsen, T. H., Solstad, E. & Torsteinsen, H., 2015. An insider view of the hybrid organisation: How managers respond to challenges of efficiency, legitimacy and meaning. *Journal of Management & Organization*, 21(6), pp. 725-740.
- Kirkhaug, R., 2018. *Verdibasert ledelse*. 2 red. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kunnskapsdepartementet, 2015-2016. *Prop. 158 L (2015–2016) Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven)*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-158-l-20152016/id2511345/sec3?q=>
- Lovdata, 01.05.2017. *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven)*, s.l.: Kunnskapsdepartementet.
- Malterud, K., 2018. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4 red. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mintzberg, H., 1989. The structuring of organizations. I: Bowman, C; Asch, D.C (red.). *Readings in Strategic Management*, pp. 322-352. New York: Springer.
- Nyland, K. & Pettersen, I. J., 2018. *Penger og helse. Fra enkel til kompleks styring i helsesektoren..* Bergen: Fagbokforlaget.
- Oxford Research, VINN og Bedriftskompetanse, 2012. *Evaluering av LUO-prosjektet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF*, s.l.: s.n.
- Schein, E. H., 1985. *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey Bass.

# Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

15.06.2022, 23:28

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

[Meldeskjema](#) / [Utfordringer og muligheter ved innføring av klinisk gjennomgående o...](#) / Vurdering

## Vurdering

### Referansenummer

517746

### Prosjekttittel

Utfordringer og muligheter ved innføring av klinisk gjennomgående organisering

### Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Handelshøgskolen / Marked, organisasjon og ledelse

### Prosjektansvarlig

Sverre Grepperud

### Student

Erik Olsen Fagerli

### Prosjektperiode

25.01.2022 - 30.09.2022

[Meldeskjema](#) 

| Dato       | Type     |
|------------|----------|
| 17.03.2022 | Standard |

### Kommentar

#### OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

#### DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/52163724-c82e-43c5-bbae-b5b4dea9f5b>

1/2

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 2: Søknad og godkjenning fra HSYK



07.03.2022

Til Administrerende direktør i Helgelandssykehuset HF

### **Forespørsel forskningstillatelse**

Som ledd i vår masterstudie, MBA master i helseledelse ved Nord universitet ønsker vi å kunne gjennomføre intervju av de fire somatiske klinikksjefene. Vi planlegger å gjennomføre fysiske semistrukturerte intervju på rundt 60 minutters varighet for hver klinikksjef. Alle informantene må samtykke til deltakelse. Prosjektet har også søkt godkjenning av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

I vår masteroppgaven ønsker vi å undersøke nærmere hvilke utfordringer og hvilke muligheter klinikksjefene mener ligger i klinisk gjennomgående organisering. Videre ønsker vi å se på hvilke strategier klinikksjefene har valgt å bruke for å gjennomføre omorganiseringen.

Vi håper på raskt og positivt svar.

Med vennlig hilsen

Erik Fagerli og May Sissel Hansen (UNN),  
Mastergradsstudenter  
Nord Universitet

Hei

Godkjent og lykke til!

Setter Hanne og Sissel på kopi slik at HR og fag avd. blir informert om at dette.

Beate for også kopi, hvis det er noe som hun kan bistå med, der hun er prosjekt leder for gjennomføring av KGO.

Ha en god dag

Hulda

Med vennlig hilsen,

**Hulda Gunnlaugsdóttir** | *administrerende direktør*

Tlf: +47 917 39 659

**Helgelandssykehuset HF**

[Web](#) | [Twitter](#) | [Facebook](#)