

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn på kandidat: Baard Martinsen og Hanne-Therese Ridderseth.....

Alle veier fører til Rom?

En studie av forvaltningen av IKT-systemer i spesialisthelsetjenesten

Dato: 21.06.2022

Totalt antall sider: 79

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	i
Forord	iii
Sammendrag	iv
Abstract	v
Ordliste / begrepsavklaringer	vi
1.0 Innledning.....	1
2.0 Bakteppe.....	4
2.1 Styringssystemet.....	4
2.2 Funksjonell forvaltning	7
2.3 Teknisk forvaltning	8
3.0 Teori	9
3.1 Arbeidsdeling og spesialisering	9
3.2 Prinsipper for grupperinger i samme organisasjon.....	10
3.3 Matrise- og prosjektstruktur	11
Matriseorganisasjoner	11
Prosjektorganisasjoner	11
3.4 Fordeling av beslutningsmyndighet - linje og stab	12
3.5 Sentralisering og desentralisering	13
3.6 Koordineringsmekanismer	13
3.7 Strukturelle konfigurasjoner.....	14
3.8 Strategi, størrelse og struktur	15
3.9 Oppgaver og struktur.....	16
3.10 IKT	17
3.11 PAIE-modellen – en modell for ledelse	17
Modellforklaring	18
3.12 Oppsummering	20
4.0 Metode.....	21
4.1 Valg av metode.....	21
4.2 Datainnsamling og analyse.....	23
4.3 Metodekritikk.....	25
4.4 Ethiske betraktninger.....	26
4.5 Kvalitetsbetraktninger	27
5.0 Empiri.....	29
5.1 Historikk – Etablering av regional funksjonell forvaltning	29
Helse Nord.....	29
Helse Sør-Øst	30
Helse Vest	32
5.2 Nåtid – Hvordan løser RHF oppdraget i praksis?	33
Helse Nord.....	33
Helse Sør-Øst	36
Helse Vest	38
5.3 Nåtid – Gjennomslagskraft.....	40
Helse Nord.....	40

Helse Sør-Øst	41
Helse Vest	41
5.4 Nåtid – Konsensus/omkamper	41
Helse Nord.....	41
Helse Sør-Øst	42
Helse Vest	43
5.5 Nåtid – Helhetlig eller fragmentert forvaltning?	43
Helse Nord.....	43
Helse Sør-Øst	44
Helse Vest	45
5.6 Nåtid – Nasjonal helse og sykehusplan.....	45
Helse Nord.....	45
Helse Sør-Øst	45
Helse Vest	45
5.7 Fremtidsbildet – Hvor er dere om 5-15 år?	46
Helse Nord.....	46
Helse Sør-Øst	46
Helse Vest	47
6.0 Analyse.....	49
6.1 Generell drøfting	49
6.2 Konsensus.....	50
6.3 Legitimitet	54
6.4 Helhetlig forvaltning og møtearenaer.....	57
6.5 Ønske om annen organisering	59
6.6 Refleksjoner	61
7.0 Oppsummering og Konklusjon	63
Litteraturliste	67
Vedlegg	69
1 Informasjonsskriv.....	70
2 Samtykkeerklæring.....	72
3 Intervjuguiden	73
4 Første vurdering NSD	75
5 Andre vurdering NSD	79

Forord

Vi ønsker å takke våre medstudenter for gode og interessante diskusjoner. Våre korrekturlesere for deres ypperlige innspill og forslag. Vår foreleser Pål for god veiledning, tålmodighet og uvurderlige forslag. Våre intervjuobjekter for at de tok seg tid til å besvare våre spørsmål og lot seg intervju. Uten deres samarbeide og bidrag ville vi ikke kunnet skrevet denne oppgaven. I tillegg vil vi takke organisatoren Anita for et utmerket studieopplegg med viktig lærdom, venner og nettverk som vi vil ta med oss videre i livet. Takk til familie og kolleger som har måtte bidra ekstra i perioden.

Sammendrag

I Norge har vi tre helseregioner som bruker IKT-systemet DIPS som elektronisk pasientjournalssystem. Den funksjonelle forvaltningen av systemet er ulikt organisert i de tre regionene.

Formålet med oppgaven er å se på om den formelle organiseringen av regional funksjonell forvaltning av elektronisk pasientjournal DIPS, er av betydning for den praktiske utøvelsen av forvaltningen.

Det er gjennomført seks kvalitative og semistrukturerte intervjuer med representanter fra eier- og utøversiden i de tre helseregionene.

Våre funn viser at det er liten forskjell mellom regionene når det gjelder den praktiske utøvelsen av forvaltningen. Likevel hadde vi en rik empiri. Utsagn som: “.... er på ingen måte en helhetlig forvaltning, vi har ikke en rød tråd her!”, gjorde empirien både fargerik og artig å arbeide med. Vi ekstraherte 4 funn, som vi valgte å gå videre med til analysen. Disse var:

- Konsensus
- Legitimitet
- Helhetlig forvaltning og møtearenaer
- Ønske om annen organisering

Funnene ble analysert og tolket innenfor en teoretisk ramme som omhandler organisasjonsteori og lederegenskaper, samtidig som de ulike organisasjonsstrukturene ble sett opp mot hverandre.

Resultatene, i vår studie, viser at det er konsensus som brukes når forvaltningsoppgaver behandles i regionene. Dette er nødvendig da forvaltningene erfarer manglende beslutningsmyndighet. Legitimitet synes å være en forutsetning for at konsensus skal fungere. Dette er uavhengig av formell organisasjonsstruktur. Det erfarer at andre faktorer er av større betydning enn den formelle organiseringen. Av disse fremheves individene, og deres egenskaper. Dette kan tyde på at organisasjonskulturen er av større betydning enn den formelle organisasjonsstrukturen.

Abstract

In Norway, we have three health regions that use the data processing system DIPS. Each functional region has chosen to organize the functional management of this data platform in a different way.

The purpose of the thesis was to look at whether the formal organization, of regional functional management, is important for the practical exercise of the management of DIPS.

Six, qualitative and semi-structured, interviews were conducted, with representatives from the owner and practitioner side, in the three health regions. The organizational forms, each of the health regions represented, were set against each other, and the experiences were interpreted on the basis of a theoretical framework around organizational theory and leadership qualities.

There is little difference in the findings between the regions. Still, we had a rich empiricism. Quotes such as: "... are by no means a comprehensive administration, we are not a common thread here!", Made the empiric both colorful and interesting. We extracted 4 findings, which we chose to proceed with for the analysis. These were:

- Consensus
- Legitimacy
- Comprehensive management and meeting arenas
- Desire for other organization

The findings were analyzed, via the theory framework, and the three organizational forms are compared.

The results, in our study, show that the consensus used and works in the performance of the tasks. Legitimacy seems to be a prerequisite for consensus to work. This is independent of the formal organizational form. It is experienced that other factors are of greater importance than the formal organization. Of these, the individuals and their characteristics are emphasized. This may indicate that the organizational culture is of greater importance than the formal organizational structure.

Ordliste / begrepsavklaringer

Ordliste / begrepsavklaringer

Ord	Beskrivelse
Avtaleforvaltning	Forvaltning og oppfølging av avtaler med systemleverandører
DIPS	<p>DIPS er et norsk aksjeselskap som er eid av A Wilhelmsen, Diakonhjemmet Sykehus og de ansatte. DIPS har nærmere 315 medarbeidere med hovedkontor i Bodø, avdelingskontorer i Oslo, Bergen, Straume, Trondheim og Tromsø, samt virksomhet på Sri Lanka.</p> <p>DIPS er også en programvare og Elektronisk pasientjournalssystem som er sikker, strukturert og moderne for fremtidens avanserte helsevesen.</p> <p>Helsepersonell har alltid oppdatert og tilgjengelig nødvendig informasjon om pasienten – der du er, når du trenger det. Dette forenkler og effektiviserer hverdagen for helsepersonellet og tilrettelegger for kvalitetsmessige gevinster, både for pasienten og brukeren. Mer tid til pasientene og flere varme hender.</p>
DIPS Arena	DIPS Arena er et moderne og intuitivt journalssystem med gode muligheter for personlig tilpasning av skjermbilder og forbedret funksjonalitet for navigasjon, søk, visning av informasjon og registrering.
Eier	I studiet er eier de regionale helseforetakene (RHF) som eier sykehusene
Ekvifinalitet	Det er mange veier som kan nå frem til målet
Elektronisk pasientjournal	Elektronisk pasientjournal er en nedtegnelse av alle relevante og nødvendige opplysninger relatert til en pasient i forbindelse med helsehjelp. I tillegg må det ofte føres en del opplysninger relatert til norske myndigheters krav til rapportering.
Epic	Amerikansk privateid helseprogramvareselskap. I følge selskapet hadde sykehus som bruker programvaren deres medisinske journaler for 78 % av pasientene i USA og over 3 % av pasientene over hele verden i 2022.
EPJ	Elektronisk pasientjournal.
Helsenorge.no	Helsenorge.no er et nettsted som ble etablert i 2011 av norske helsemyndigheter for å formidle informasjon til innbyggere og pasienter i Norge. Informasjonsinnholdet leveres fra mange offentlige helseaktører, blant Helsebiblioteket, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Legemiddelverket.
HDIR	Helse og omsorgsdirektoratet

Helseplattformen	Helseplattformen innfører felles digital plattform for helsetjeneste og pasienter i Midt-Norge. Systemet ble innført i Trondheim kommune 7.mai og er også i bruk i Laboratorieklinikkene på alle helseforetak i Midt-Norge. Alle sykehus i regionen og de kommuner som gjør vedtak vil ta i bruk samme løsning, som både omfatter journalverktøy, pasientadministrasjon og fagsystem.
HF	Helseforetak
HN IKT	Helse Nord IKT
HOD	Helse og omsorgsdepartementet
IKT	Informasjons og kommunikasjonsteknologi
Kjernejournal	Kjernejournal er en elektronisk løsning som samler helseopplysninger for pasienter i Norge. Løsningen gir helsepersonell bred tilgang til opplysningene. Tidligere har pasientjournalen vært begrenset til det enkelte legekantor. Kjernejournal innføres i partier for hele befolkningen.
Konsensus	Konsensus er samsvar i holdninger og meninger. Det kan sees på som en avtale som oppnås av flertallet av medlemmene som utgjorde diskusjonen om et bestemt spørsmål, og dermed demper mindretallets oppfatning for å oppnå en tilfredsstillende beslutning for alle eller det store flertallet
OUS	Oslo universitetssykehus
Primærhelsetjenesten	Primærhelsetjeneste er helsetjenester som leveres i lokalsamfunnet i det daglige. Primærhelsetjenester består av allmennpraktiserende leger, hjemmesykepleie, tannpleiere, helsesøstre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logoped, annet helsepersonell som kiropraktorer, og av institusjoner som sykehjem og bo- og servicesentre.
RHF	Regionalt helseforetak
Spesialisthelsetjenesten	Spesialisthelsetjeneste er en samlebetegnelse på den typen helsetjenester som ikke er lagt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal diagnostisere, behandle og følge opp pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager.
SSB	Statistisk sentralbyrå
Standardisering	Standardisering, det å fastsette standarder; ensretting.
Utøver	I studiet er utøver de som har fått oppdrag fra eier til å utføre et oppdrag om regional funksjonell forvaltning

1.0 Innledning

Mange av dagens IKT-systemer i helsesektoren er gamle og har teknologi som ikke kan kommunisere med hverandre. Innbyggernes helseopplysninger ligger spredt i ulike pasientjournaler hos ulike virksomheter. Helsepersonell bruker mye tid på å lete frem informasjon fra ulike pasientjournalløsninger, og må etterspørre informasjon fra andre aktører i helsetjenesten via telefon og faks. Innbyggeren må forholde seg til mange ulike digitale og analoge tjenester avhengig av hvor de er pasient. Informasjonen er ikke samlet og lett tilgjengelig for noen.

De offentlige helsetjenestene i Norge er politisk styrt og det bevilges årlig store offentlige midler til spesialisthelsetjenesten. Regjeringen foreslo i statsbudsjett for 2022 en bevilgning på 1,85 milliarder kroner til sykehusene i Norge. Forvaltningen av midlene skal tjene fellesskapets beste, og Stortingsmelding 9 setter klare mål for digitaliseringen av helse-Norge der både helsepersonell, innbyggere og samfunnsutviklere ivaretas. (*Meld.St.9 (2012–2013) Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren (Meld.St.9 (2012–2013), Innst.224 S (2012–2013))*, 2012). Stortingsmeldingen påpeker at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger, innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester og data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

Direktoratet for e-helse har utarbeidet tre parallelle strategiske tiltak som skal bidra til å nå målet Én innbygger én journal. Det ene er felles kommunal journal som knytter kommunale helse- og omsorgstjenestene bedre sammen. Det andre er Helseplattformen i Midt-Norge som tar i bruk et nytt pasientjournalssystem (Epic) for spesialist og primærhelsetjenesten i Midt-Norge. Regionen er utprøvsregion for det nasjonale målbildet Én innbygger – én journal. Det tredje er videreutvikling av eksisterende journalløsninger i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Strategien beskriver overgangen fra dagens kompliserte

systemlandskap til en situasjon der helseopplysninger i større grad er tilgjengelig til rett tid og på rett sted.

	Helse-Midt	Helse Nord	Helse Vest	Helse Sør-Øst
Spesialisthelsetjenesten	Helse-plattform	Regional løsning DIPS	Regional løsning DIPS	Regional løsning DIPS
Primærhelsetjenesten	en	"Én innbygger – én journal" For kommunal pleie og omsorg inkludert fastleger		

Figur 1 Strategiske tiltak (Figur fritt etter veikart for realisering av målbildet for Én innbygger – én journal, 2018)

I tillegg er man avhengig av nasjonale samhandlingsløsninger som helsenorge.no og Kjernejournal som skal bidra til å tilgjengeliggjøre informasjon på tvers av de ulike journalløsningene.

Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Nord som er forskningsfeltet for denne oppgaven, har gjennomført et omfattende regionaliserings- og harmoniseringsløp for pasientjournalssystemene med Én innbygger – én journal som målbilde. Resultatet er at en innbygger har tilgang til å se alle sine pasientopplysninger fra spesialisthelsetjenesten innenfor sin egen helseregion (helsenorge.no) og helsepersonell har tilgang til den samme informasjonen i ett og samme pasientjournalssystem. Tidligere måtte journaler sendes via faks eller post mellom sykehusene i regionen. Når systemene nå er felles i en helseregion, er det behov for en regional forvaltning av systemet, både teknisk og funksjonelt.

Funksjonell forvaltning er ivaretagelse av brukerne av kliniske IKT-systemer sine behov. De tre helseregionene har valgt ulike måter å styre og organisere den funksjonelle forvaltningen på. Helse Nord har organisert den under Universitetssykehus HF, Helse Sør-Øst har organisert den direkte under det regionale helseforetaket (RHF), mens Helse Vest har organisert den under Helse Vest IKT AS.

Oppgaven vil ta for seg følgende problemstilling: «Hva har den formelle organiseringen av regional funksjonell forvaltning av elektronisk pasientjournal DIPS, å si for den praktiske utøvelsen av forvaltningen?».

Formell organisering defineres i oppgaven som besluttet hierarkisk oppbygging av organisasjonen. Dette beskrives i kapittel 2, figur 2-5. Med praktisk utøvelse menes måten oppgavene løses på, både formelt på bakgrunn av hierarkisk oppbygging, og via eventuelle uformelle samarbeidsarenaer som empirien kan belyse.

Oppgaven avgrenses til spesialisthelsetjenesten og til de regionene som benytter det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS. Det vil si at Helse Midt utelukkes da de skal benytte Helseplattformen med systemet Epic. Bruker eller kunde av tjenesten tas ikke direkte med i undersøkelsen. Det hadde imidlertid vært interessant å få deres perspektiv og opplevelser for å berike oppgaven, men omfanget for oss, gitt den tiden vi har hatt til rådighet, ville blitt for stort for denne oppgaven. Forfatterne benytter begrepet funksjonell forvaltning og regional funksjonell forvaltning i studiet. Dette er av samme betydning.

Kapittel 2 viser hvordan forvaltningen av elektronisk pasientjournal DIPS utføres i helseforetakene per i dag. Dette vil gi et nyttig bakteppe for videre undersøkelse. Vi vil også definere hva som ligger i forvaltning av dette kliniske IKT-systemet, der vi vil skille mellom funksjonell og teknisk forvaltning. Dernest vil kapittel 3 redegjøre for relevant teori som danner utgangspunktet for undersøkelse, før kapittel 4 redegjør for valg av metode som består av intervjuer med nøkkelinformanter fra de regionale helseforetakene. Kapittel 5 presenterer eksempler på uttalelser fra intervjuobjektene, og i kapittel 6 drøftes funn opp mot teorien. I kapittel 7 besvares problemstillingen, og vi kommer med noen avsluttende betraktninger knyttet til spørsmålet om forvaltning av kliniske IKT-systemer.

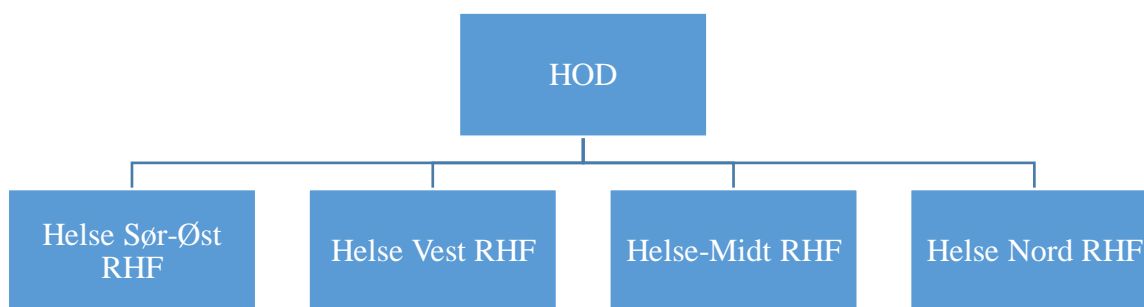
2.0 Bakteppe

I dette kapittelet redegjøres det for styringssystemet i helse Norge (avsnitt 2.1), begrepene funksjonell forvaltning (avsnitt 2.2) og teknisk forvaltning (avsnitt 2.3). Hensikten er å gi leseren hjelp til å forstå sammenhenger, organisatorisk og språklig.

2.1 Styringssystemet

Den norske spesialisthelsetjenesten eies og styres av staten via Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som har organisert helsetjenestene i fire regionale helseforetak (RHF). Med foretaksorganiseringen i 2002, ble det markert et klart organisatorisk skille mellom virksomheten og overordnet politisk organ. Ett av målene var å gi sykehusene og deres ledere en klarere ansvars- og fullmaktsposisjon. På den måten skulle ledelsen få et mer helhetlig ansvar for den løpende driften. Det ble forutsatt at eierstyringen skulle konsentrere seg om overordnede forhold (*NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?*, 2016).

Styringen skjer indirekte gjennom lovverket og statsbudsjettet og direkte via årlige oppdragsdokumenter og foretaksmøter. På samme måte utøver RHFene sin eierstyring over helseforetakene (HF) ved sine respektive oppdragsdokument og foretaksmøter. Den formelle organiseringen er illustrert i Figur 2, der det framkommer at HOD styrer de 4 regionale helseforetakene.



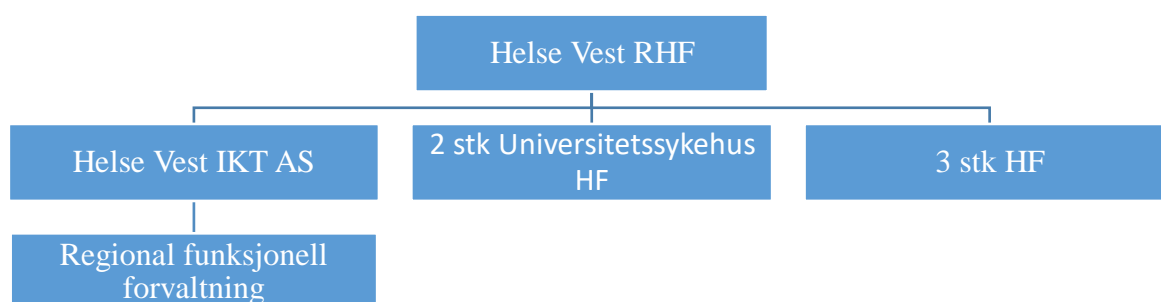
Figur 2, styringslinje fra HOD til helseregionene

I lov om helseforetak (*Ot.prp.nr.66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m., 2001*) sa regjeringen blant annet at “Alle helseforetakene skal innen utgangen av 2005 ta i bruk elektroniske pasientjournalssystemer som ivaretar kravene i regelverk, og som støtter informasjonsutveksling med primærhelsetjenesten. Det bør så langt det er praktisk mulig legges opp til samarbeid om bruk av pasientjournalssystemer innenfor det enkelte regionale helseforetak” (IKT i helsetjenesten).

Lovkravet ble ikke innfridd på en tilfredsstillende måte i henhold til intensjonene. Staten konkluderte med at de trengte en sterkere styring over ressursbruken til spesialisthelsetjenesten, og et mer helhetlig perspektiv for styring og kontroll. Det kom en ny forvaltningslov i 2019, som ble endret i 2021 (“Endringslov til forvaltningsloven m.m.,” 2021), som skulle bidra til dette. På denne måten er regional funksjonell forvaltning styrt av lover, regelverk og oppdragsdokumenter.

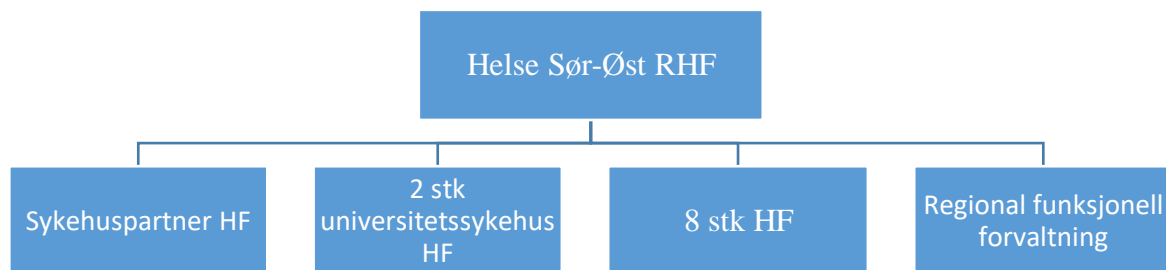
Av de fire RHFene, har Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF valgt det samme pasientjournalssystemet, DIPS, mens Helse-Midt RHF har valgt en annen løsning (Helseplattformen). De RHFene som benytter DIPS, har valgt å organisere forvaltningstjenesten på forskjellige måter. Denne oppgaven tar for seg den formelle organiseringen av regional funksjonell forvaltning av elektronisk pasientjournal DIPS og redegjør for hva organiseringen har å si for den praktiske utøvelsen av forvaltningen.

Den formelle organiseringen i Helse Vest illustreres i Figur 3, der det framkommer at Helse Vest RHF styrer 2 universitetssykehus, 3 andre helseforetak, og Helse Vest IKT som er et aksjeselskap. Ansvar og ledelsen av regional funksjonelle forvaltning, både teknisk og funksjonelt er lagt til og organisert i Helse Vest IKT.



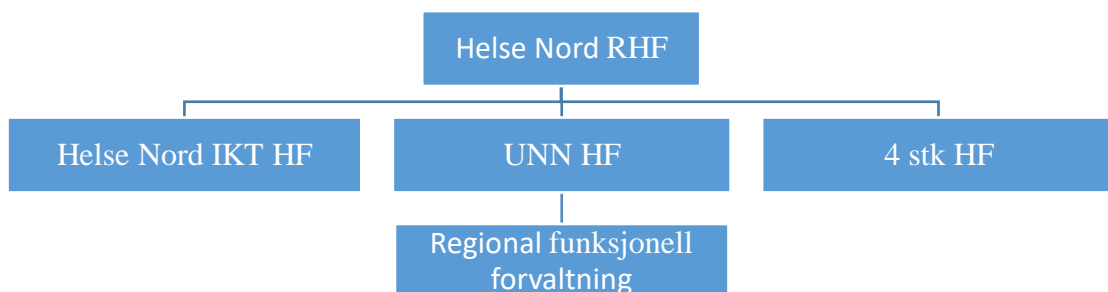
Figur 3, formell organisering Helse Vest

Den formelle organiseringen i Helse Sør-Øst illustreres i Figur 4, der det framkommer at Helse Sør-Øst RHF styrer 2 universitetssykehus, 8 andre helseforetak, og Sykehuspartner HF, som er et eget helseforetak. Ansvaret og ledelsen av den regionale funksjonelle forvaltningen av IKT-systemene er lagt til og organisert i det regionale helseforetaket (RHFet). Sykehuspartner har ansvar for teknisk forvaltning.



Figur 4, formell organisering Helse Sør-Øst

Den formelle organiseringen i Helse-Nord illustreres i Figur 5, der det framkommer at Helse Nord RHF styrer 1 universitetssykehus, 4 andre helseforetak, og Helse Nord IKT HF som er et eget helseforetak. Ledelse og ansvar for den regionale funksjonelle forvaltningen av IKT-systemene er lagt til og organisert i universitetssykehuset. Helse Nord IKT har ansvar for teknisk forvaltning.



Figur 5, formell organisering Helse Nord

Alle de tre RHFene stiller krav om innbyrdes samarbeid til sine HF gjennom eierstyringen jfr. (Ot.prp.nr.66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m, 2001)¹. På denne måten påser de at

¹ 4 Helseforetakene må likevel ikke tillates å bli så autonome at hensyn til helheten og fellesskapet blir skadelidende. For å kunne utløse de ønskede synergier mellom helseforetakene er det derfor behov for noen

HFene tar hensyn til helheten, og ikke blir for autonome, samtidig som RHFet selv, ikke bli for intervenserende. Dette ansees som en nødvendighet for å kunne innfri HODs krav om samarbeid om bruk av pasientjournalssystemer, helseministerens intensjoner og lovbestemmelsene rundt felles IKT systemer. På denne måten blir fellesskapets beste ivaretatt på en ansvarsfull og forsvarlig måte.

2.2 Funksjonell forvaltning

Funksjonell forvaltning kan i denne konteksten beskrives som ivaretagelse av brukernes behov i relasjon til et klinisk IKT-system. Brukernes behov kan være ønsker om endringer i systemet, tilgjengelig opplæringsmateriell og at det finnes prosedyrer for bruk av systemet. For å kunne ivareta oppdraget med å forvalte et regionalt system, må forvaltningspersonell ha gjennomslagskraft i organisasjonene, samtidig som det vises ydmykhet for brukerens behov.

Det vi kan anta utfra figurene over, gitt den hierarkiske oppbyggingen, er at Helse Sør-Øst forvaltning vil kunne ha større gjennomslagskraft på grunn av deres plassering i RHFet. Formelt kan da forvaltningens behov for innføringen av standarder, bli gitt fra RHFet og nedover til alle elleve HFene.

I Helse Nord, er utøvelsen av den regionale funksjonelle forvaltningen lagt til et HF som er en selvstendig juridisk enhet. Dersom en standard skal innføres her, vil endringen være regional (omfatte alle HF), men ut ifra figur 4 kan det se ut som at beslutningen kommer fra Universitetssykehuset. Universitetssykehuset HF har imidlertid ikke formelt mandat til å fatte beslutninger for de andre fire HFene. Lignende problemstilling antas å finnes i Helse Vest. Der er det IKT AS, som har den regionale forvaltningen, men har ikke formelt mandat til å bestemme over de andre fem HFene.

samordnede grep på tvers. Dette samordningsbehov på tvers forutsettes ivaretatt av de regionale helseforetakene. Uten å bli for intervenserende i enkeltsaker, må de regionale helseforetakene gjennom sin eierstyring kunne stille krav om innbyrdes samarbeid mellom enkeltforetakene og i forhold til primærhelsetjenesten. Slike krav må også kunne stilles i forhold til standardisering av IT-systemer, rapporteringsrutiner og systemer for kvalitetssikring. Innen avgrensede og forutsigbare rammer, forutsettes de regionale helseforetakene generelt å innta en samordnende «konsernrolle» på strategisk viktige felter.

2.3 Teknisk forvaltning

Teknisk forvaltning kan beskrives som ivaretagelse av at systemet virker, både med hensyn til datakomponenter og tilgjengelighet for bruker. I tillegg er det en del av det tekniske å gjøre endringer i administrasjons-systemet for å iverksette endringer fra funksjonell forvaltning. De har også tett kontakt med leverandører av IKT-systemene.

Ved å se på den tekniske delen av forvaltningen, Figur 3, 4 og 5, har alle RHFene organisert den tekniske forvaltningen i egne HF og AS. Sykehuspartner HF i Helse Sør-Øst, Helse Nord IKT HF i Helse Nord, og Helse Vest IKT AS i Helse Vest. IKT-organisasjonene fakturerer HFene for tjenestene, systemene, og prosjektene de leverer.

Ut fra figurene over, kan det se ut til at Helse Vest har en form for organisering som kan virke enklere enn de to andre regionene, ved at de har samlet både funksjonell og teknisk IKT-forvaltning på ett sted. Dette er i kontrast til både Helse Sør-Øst og Helse Nord der funksjonell og teknisk forvaltning er adskilte. Forfatterne antar at beslutningsprosessene fra et behov meldes til at løsningen er ferdigstilt, vil kreve ulike samarbeidsformer innenfor de ulike forvaltningsorganisasjonene. Hvordan dette er forsøkt løst, redegjøres for i kapittel 6.

3.0 Teori

I dette kapittelet knyttes oppgavens bakteppe (kapittel 2) med den teoretiske tilnærmingen. Teorier, begreper og modeller, som ligger til grunn for analysen i kapittel 6, redegjøres for her. Underkapitlene 3.1 til 3.10, er tydelig inspirert av Jacobsen og Thorvik sin bok “Hvordan organisasjoner fungerer”, mens vi i underkapittel 3.11, er inspirert av Torodd Strand sin bok «Ledelse, organisasjon og kultur».

Hensikten med organisasjonsstrukturen er å påvirke atferd i en spesiell retning. Hvorfor det hender at atferden ikke følger strukturen, har forfatterne av boken «Hvordan organisasjoner fungerer», tre hovedteorier rundt. 1) Organisasjoner er ikke maskiner, 2) Det er ikke alltid at makt og innflytelse i organisasjonen er slik den formelle struktur skal tilsi, 3) Noen ganger vil det som skjer i organisasjonen være påvirket av forhold i omgivelsene (Jacobsen & Thorsvik, 2019)

3.1 Arbeidsdeling og spesialisering

Jacobsen og Thorvik sier i sin bok at det er et grunnleggende trekk at organisasjoner deler oppgaver opp i deloppgaver, og at man spesialiserer seg innenfor de enkelte oppgavene. Dette kan foregå på individ- og gruppenivå. I store organisasjoner med mange ansatte oppstår behovet for å opprette grupper med begrenset ansvar. Organisasjonsstrukturen angir på gruppenivå, hvilke oppgaver som skal sees i sammenheng. Ut fra dette bestemmes det hvem som skal jobbe sammen i den samme formelle enheten (eks avdeling, seksjon). Enhetene deles i funksjonsbaserte og markedsbaserte grupper. I de funksjonsbaserte grupperingene samler man alle oppgaver som henvender seg til samme brukergruppe. I de markedsbaserte grupperingene samler man alle oppgaver som er forbundet med et produkt eller virksomhetsområde som kan være avgrenset. Eksempel på dette kan være en gruppe som mottar alle oppgaver som har med flyktninger å gjøre.

Forvaltning av IKT er en svært spesialisert oppgave. Bakteppet, figurene 3-5, viser at samtlige RHF har valgt å samle den tekniske IKT-forvaltningen i et eget HF eller AS. Det kan virke som der foreligger en konsensus om at samling av tekniske oppgaver og kompetanse er fordelaktig for en maksimal spesialisering. Man unngår dobbeltarbeid, og det kan være økonomiske fordeler. Av ulemper pekes det på silotenkning, avdelingsegoisme og

samordningsproblemer mellom funksjonell og teknisk forvaltning (avdelingene). Eksempler på dette kan være manglende interesse for andres oppgaver og at ledere sitter på hver sitt sted. Dette vil gjøre det krevende å fatte beslutninger. Vi kan oppleve at kundenes behov og ønsker har vanskelig for å bli ivaretatt ved funksjonsbasert spesialisering (Mintzberg, 2009).

Funksjonell forvaltning fremstår som et forsøk på en markedsbasert spesialisering. Man søker, med denne enheten å samle forslag og endringer fra brukere, for en eventuell operasjonalisering og forbedring av systemet med brukerens behov og ønsker i fokus.

Den tekniske forvaltningen har sitt fokus rettet mot produksjonen og den tekniske endringen av systemet. Enheten har som oppgave å utføre de tekniske operasjonene som må til for å iverksette nye standarder og nye produkter.

Fordelene ved funksjonsbasert inndeling er ulemper ved markedsbasert inndeling og vice versa (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Det er muligens derfor de har blitt vurdert av analytikere som gjensidige utelukkende for hverandre. Forfatterne, nevnt over, påpeker at helheten i bildet sjeldent er så enkelt.

3.2 Prinsipper for grupperinger i samme organisasjon

Organisasjoner velger ofte forskjellige grupperingsprinsipper på ulike organisatoriske nivå, og organisasjoner over en viss størrelse vil blande ulike prinsipper (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Grupperingsprinsippene kan ivareta fordelene ved å utnytte ulike måter å spesialisere seg på. Forvaltningsenheten kan spesialisere seg for å bli best mulig på de spesifikke oppgavene som skal ivaretas, og å ha inngående kunnskap om kundene og produktene. Utfordringen kan være å utnytte denne kunnskapen på tvers av enhetene. Douma og Schreuder mener at denne utfordringen kan, om forholdene ligger til rette for det, løses med internfakturering (Douma & Schreuder, 2017). Forfatterne påpeker at det kan være krevende å definere hva som skal kjøpes og til hvilken pris. Uansett er tett samarbeid viktig. Organisasjonene søker ofte denne problemstillingen løst ved prosjekter på tvers av avdelingene i organisasjonen. Det er ofte slik IKT-prosjekter fungerer i dag, på tvers av enhetene, hvor det internfaktureres for innleide tjenester.

3.3 Matrise- og prosjektstruktur

Matrise- og prosjektstruktur brukes ofte når hverken funksjonsbasert eller markedsbasert gruppering gir det ønskede resultatet. Man søker å vektlegge fordelene ved å samle like oppgaver i spesielle enheter. Her utnyttes også fordelene ved markedsorientering, ved at det etableres spesielle enheter for å betjene ulike produkter eller markedssegmenter. Vi kan få en horisontal kobling mellom funksjonsbaserte og markedsbaserte enheter (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Matriseorganisasjoner

Noen av utfordringene ved denne strukturen er en mer diffus hierarkisk linje. Vi kan anta dette i den formelle organiseringen, kapittel 2. Regional funksjonell forvaltning i Helse Nord har sin hierarkiske linje til Universitetssykehuset HF. Funksjonen er regional, og eieren er Helse Nord RHF. Regional funksjonell forvaltning i Helse Vest sin hierarkiske linje til Helse Vest IKT AS, funksjonen er regional og eieren er Helse Vest RHF. Her kan det tenkes at ansatte må forholde seg til to ledere som er likestilt. I så fall må ansatte tenke både teknisk og funksjonelt. En enkelt leder kan ikke ta en endelig beslutning. Er lederne uenige, må de komme frem til en form for konsensus, eller løfte saken til et høyere nivå i organisasjonen. Dette krever kommunikasjon og koordinering. (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Prosjektorganisasjoner

Et prosjekt kjennetegnes ved at det er en spesifikk oppgave som skal løses innen en gitt tidsfrist, og at deltakerne kommer fra flere forskjellige enheter i organisasjonen (Jacobsen, 2016). Når nye IKT- systemer skal vurderes innført, starter dette ofte som et prosjekt. I prosjektet kan man ha eksterne ressurser som for eksempel samarbeidspartene, eller leie inn fra andre avdelinger i organisasjonen. Prosjektene kan igjen deles opp i flere underprosjekter. På denne måten kan man dreie fokuset mot hvordan man kan benytte nettverket av den spesialiserte kompetansen man har, i stedet for å måtte begrenses av hva man kan gjøre utfra de strategiske valg om spesialisering.

Jacobsen og Thorvik hevder i sin bok at det er liten tvil at det har blitt vanlig at organisasjoner går mot matriselignende strukturer. Fordelene er muligheten for dybdespesialisering rundt

funksjoner og produkt, stor fleksibilitet for å utnytte ressursene på tvers i organisasjonen og tilrettelegging for koordinering for å møte tosidige krav fra brukeren. Jacobsen og Thorvik påpeker flere ulemper med matrisestrukturen. Dette være seg en todelt ledelsesstruktur, som kan skape krysspress og lojalitetsutfordringer, forvirring og frustrasjon blant ansatte. Hvem bestemmer ved uenigheter? Er det leder for funksjonsenheten, leder for produksjonsenheten eller prosjektleder? Det stilles store krav til ansattes vilje til å samarbeide i matriser, som kjennetegnes med høy møtevirksomhet og der medarbeiderne må mestre stadig endringer i kollegiet, ledersjiktet og i oppgaveporteføljen. Det oppstår lett konflikt, og man må ha evnen til konflikthåndtering (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Det er mye forskning som tilsier at matrisestrukturer er vanskelig å få til å fungere i praksis. Dette begrunnes ofte med kompleksiteten og de mange kryssende linjene som kan føre til misforståelser, uklarheter og konflikter (Burton et al., 2015).

3.4 Fordeling av beslutningsmyndighet - linje og stab

Tilnærmet alle organisasjoner har et hierarki. Hierarki er en formell fordeling av beslutningsmyndighet (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Hierarkiet angir dermed beslutningsmyndigheten i organisasjonen, fra toppleder til ansatte, via mellomledere.

Organisasjoner over en viss størrelse vil også ha staber. Disse befinner seg på siden av linjeorganisasjonen, men kan ikke bestemme over lederen i linjen. Mintzberg deler stabene opp i to forskjellige.

1. Støttestruktur, som utfører fellesfunksjoner, og som ikke har noe direkte betydning for den operative kjernen.
2. Teknostruktur, som legger til rette for selve produksjonen, og følger opp gjennom kontroll og evalueringer. Herunder blant annet IKT systemer som skal bistå ledelsen med å lede og styre organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Ut fra disse teoriene vil regional funksjonell forvaltning inneha en stabsfunksjon. I figur 3 (Helse Vest), og figur 5 (Helse Nord) vil den regionale funksjonelle forvaltningen i, stor grad

være avhengig av å komme til enighet da de ikke kan bestemme over lederen i den hierarkiske linjen. I figur 4 (Helse Sør-Øst) ligger stabsfunksjonen under RHF, og har ikke den hierarkiske linjen oppover, som i figur 3 (Helse Vest) og figur 5 (Helse Nord).

3.5 Sentralisering og desentralisering

Jacobsen og Thorsvik sier at begrepene sentralisering og desentralisering, brukes for å angi på hvilket nivå i organisasjonen myndigheten til å ta beslutninger er plassert. Jo høyere opp i hierarkiet beslutningene fattes, desto sterkere er sentraliseringen av beslutningsmyndighet. Den formelle organiseringen, kapittel 2, viser at mye av den regionale funksjonelle forvaltningen antakelig er basert på konsensus. Om uenigheter ikke løses ved konsensus, må problemstillingen løftes til et høyere nivå i styringsstrukturen. RHFene har ut ifra figurene en sterk sentralisering av beslutningsmyndighet. Men HFene er selvstendige juridiske enheter, noe som stadfester at den skjematisk fremstillingen er noe forenklet når det gjelder myndighet. Dette betyr igjen at graden av sentralisering vil variere sterkt mellom ulike typer oppgaver som skal løses innenfor samme helseregion (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Noen av fordelene med sentralisering er klarere ansvars- og styringslinjer, samt ensartet og forutsigbar praksis. Av ulemper kan nevnes tap av informasjon i hierarkiet, liten grad av fleksibilitet og treghet. Ved desentralisering er noen av fordelene lokal tilpasning, fleksibilitet og hurtighet. Ulempene ved desentralisering kan være uforutsigbarhet, ulik praksis, uklart ansvar, manglende styring og suboptimalisering.

Forskning viser at sentraliserte organisasjoner foretar færre feil enn desentraliserte. Det begrunnes ved sentralisering tas saken opp i flere fora, og den blir dermed forankret og grundigere drøftet (Csaszar, 2012).

3.6 Koordineringsmekanismer

Forvaltningen er et område som innehar flere spesialiseringer. Desto flere spesialiseringer vi finner i enheten, jo større blir behovet for koordinering (Pugh & Hickson, 1976). Ut fra figurene 3-5 i kapittel 2, vil kompleksiteten av forvaltningen, i alle helseregionene, kunne være så stor at man kan trenge andre ordninger for å ivareta samarbeidet på tvers - mellom

grupper, individer, HF og RHF. Det skilles gjerne mellom fem horisontale former å samarbeide på for å oppnå dette.

- 1) Formelle grupper, eller team som er sammensatt av personer fra ulike avdelinger.
- 2) Integratorposisjoner. Stillinger som har som oppgave å være koordinatorene mellom avdelinger, men ikke har beslutningsmyndighet over disse.
- 3) Rotasjon av personell mellom enheter.
- 4) Fysisk samlokalisering
- 5) Informasjonstekniske nettverk.

3.7 Strukturelle konfigurasjoner

De strukturelle konfigurasjonene (Figur 3-5 i kapittel 2) viser hvordan helseregionene ser ut, (hvilken form de har). Det er kombinasjonen av fire strukturelle elementer som gjør at regionene skiller seg ifra hverandre. 1) arbeidsdeling og spesialisering, 2) hierarki/linje og stab, 3) koordineringsmekanismer, 4) styringssystemer (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Utfra figurene 3-5 i kapittel 2, kan man lese at alle helseregionene har organisert den tekniske forvaltningen av IKT-systemene som en spesialisering i en egen enhet, og styringssystemet er tilnærmet likt mellom regionene. I hierarki/linje ser vi tydelige forskjeller ved at de regionale funksjonelle forvaltningene har ulike styringslinjer. Koordineringsmekanismene kan ikke lese direkte utfra figurene.

Mintzberg mener koordineringsmekanismer er det mest sentrale elementet (Mintzberg, 1989). I intervjuene som gjennomføres er forfatterne forventningsfulle til om beslutningsmyndigheten erfars slik som beskrevet, og om utfordringsbildet er som skissert i teorien. Mintzbergs konfigurasjoner har møtt en del kritikk. Modellen sier lite om subjektive forhold og kultur (Strand, 2007). Det hevdes at de er idealmodeller og ikke eksisterer i virkeligheten, samt at det sjelden eksisterer balanse i strukturen (Donaldson, 1996, 2001; Doty et al., 1993).

3.8 Strategi, størrelse og struktur

En antakelse er at strategien vil lykkes om den understøttes av strukturen, og dette kan skape inntrykk av at det bare er en type struktur som passer til en strategi. (Gresov & Drazin, 1997; Miller, 1996). Ekvifinalitet er et perspektiv som sier at det kan være flere gode veier til målet, noe som kritiserer antakelsen over. Ett av argumentene i kritikken er at funksjon og struktur blandes sammen.

Den formelle organiseringen, figurene 3-5 i kapittel 2, viser at alle de tre helseregionene har valgt å organisere regional funksjonell forvaltning på forskjellige måter. Ekvifinalitet synes dermed som en strategi som utprøves. Forholdet mellom strategi og struktur henger tett sammen med hvilken struktur som *bør* velges, størrelsen sier noe om hvilken struktur man *må* velge når organisasjonen øker (Donaldson, 2001).

Det er mange empiriske studier som har sammenfallende resultater om hva størrelsen har å si for organisasjonsstrukturen (Blau et al., 1966; Donaldson, 1996; Mintzberg, 1979). Noen av funnene er at store organisasjoner har flere separerte avdelinger/enheter og flere hierarkiske nivåer enn små organisasjoner (Daft & Bradshaw, 1980). Dette forklares ved at jo større organisasjonen blir, desto flere spesialister ansettes. Disse spesialistene samles i enheter. Når antallet enheter øker, vil antallet avdelinger øke. Med flere avdelinger blir det flere ledere, og med flere ledere blir det flere hierarkiske nivåer. Dette fører til at kompleksiteten i organisasjonen øker horisontalt og vertikalt (Child, 1973).

Størrelsene på de regionale helseforetakene kan være en av årsakene til forskjellige organiseringer av regional funksjonell forvaltning av DIPS. Dersom tanken er å holde byråkratiet nede, og samtidig få en tettere sideveis kommunikasjon, noe som kan minne om matrisestruktur og som vi antar i benyttes i Helse Nord, vil kanskje organisasjonen kunne oppnå dette. Helse Vest har valgt å samle alle IKT-spesialitetene i IKT AS, noe som kan medføre at regional funksjonell forvaltning kan oppleve en større grad av hierarki enn det som oppleves i for eksempel Helse Nord. Siden regional funksjonell forvaltning i Helse Sør-Øst befinner seg øverst i hierarkiet sett i forhold til de to andre helseregionene, kan det være rimelig å anta at strategiene vil være enklere å operasjonalisere her.

Økende størrelse fører ofte til økende formalisering, i motsetning til små organisasjoner hvor de ansatte ofte kan ha direkte kontakt med hverandre. Store organisasjoner må derfor i større grad benytte seg av byråkratisk kontroll (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Child & Mansfield hevder at desto større en organisasjon blir, desto mer desentralisert ser de ut til å bli. Dermed blir det umulig for ledelsen å ha oversikt på alt som skjer, og beslutninger må derfor delegeres nedover til lavere nivå i organisasjonen (Child & Mansfield, 1972). Påstanden har vært kritisert på bakgrunn av at det skyldes graden av formalisering og ikke størrelsen på organisasjonen (Bélanger, 1972).

Utfra teorien i dette underkapittelet, er det fullt forståelig at helseregionene har valgt de strukturene de har (selv om den overordnede strukturen er styrt av eier, HOD). Sykehusene er store, komplekse organisasjoner. Gitt alle spesialiseringene som finnes i organisasjonen, er mye av den fysiske strukturen allerede gitt. Spesialiseringen fører til flere ledd i hierarkiet, som fører til mer byråkrati og økt kompleksitet. De strategiske valgene er i stor grad styrt av eier (HOD), og helseregionene søker å understøtte dette ved formell struktur. Teorien sier også at det er flere veier som kan føre frem til målet. Dette begrunnes med grad av formalisering og funksjon oppimot strukturen og størrelse.

3.9 Oppgaver og struktur

Regional funksjonell forvaltning er konstruert for å løse en oppgave. Ulike oppgaver vil kreve ulike strukturer. Det er av stor betydning for oppgaven hvordan organisasjonsstrukturen utformes fordi dette vil si noe om muligheten for standardisering og forutsigbarhet. (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Forfatterne, som nevnt over, hevder videre at standardisering er avhengig av kompleksiteten i oppgaven og forutsigbarheten av den. Oppgaver som er vanskelig å standardisere påvirker strukturen på andre måter. Det blir ofte uklare arbeidsfordeling, noe som fører til matriselignende strukturer der ulike gruppeprinsipper finnes i én og samme organisasjon. Dette er noe vi kan ane, utfra den formelle organiseringen av helseregionene i kapittel 2. Regional funksjonell forvaltning i Helse Nord har en eierlinje til RHFet, og en

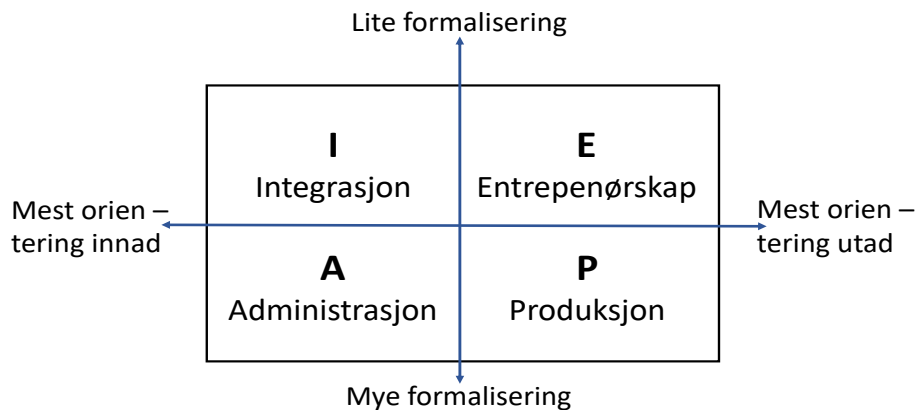
forvaltningslinje som igjen er delt i teknisk forvaltning (Helse Nord IKT) og funksjonell forvaltning. Helse Sør-Øst har teknisk forvaltningslinje i et annet HF (Sykehuspartner), men er organisert under eier (RHFet). Helse Vest har samlet sin forvaltning, både funksjonell og teknisk forvaltning i Helse Vest IKT AS. Det et kan se ut til at oppgaver som er vanskelig å standardisere, er sammenfallende med desentralisert myndighet, noe som vil si at det er den operative delen av organisasjonen som er mest sentral når beslutninger skal tas (Mintzberg, 1979). Organisasjoner med stort antall profesjonelle vil ha en stor grad av desentralisert myndighet og lite regelstyring. Det vil bli interessant og se om helseregionens intervjuobjekter erfarer desentralisert myndighet.

3.10 IKT

IKT bidrar til å endre frekvens, retning og volum på kommunikasjonen i organisasjonene. Figurene 3-5 i kapittel 2, viser at alle helseregionene har valgt å rendyrke IKT-faget. Dette er gjort ved å skille ut teknisk forvaltning av IKT til et eget HF eller AS. Når det gjelder forvaltningen av DIPS, har kun Helse Vest valgt å legge teknisk og funksjonell forvaltning i samme AS. Her vil det være rimelig å anta at kommunikasjonen er tettere enn de andre to helseregionene og at koordineringen derfor skjer lettere. Samtidig kan dette bidra til å undergrave hierarkiet. Det kan skje ved at vertikal kommunikasjon overbelaster de høyere hierarkinivåene med informasjon, og gjøre ledere mindre i stand til å utføre sine ledelsesfunksjoner. Alle kan kommunisere direkte med hverandre, og behovet for mellomnivåer i organisasjonene og byråkratiet blir flatere. Det fører til en mer horisontal kommunikasjon, som kan føre til koordinering via gjensidige tilpasninger også i større organisasjoner. Det argumenteres også for at behovet for fysisk avstand blir mindre relevant gitt de virtuelle mulighetene (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

3.11 PAIE-modellen – en modell for ledelse

Ichac Adizes lagde en kontekstmodell (Figur 9.1, s 250, Grunnskjema; i (Strand, 2007)), som illustrerer hva idealmodellen for ledelse skal inneholde. Figuren illustrerer alle rollene som en leder skal ivareta. Modellen er interessant for denne oppgaven for å se om det er spesielle egenskaper som kommer mer til uttrykk enn andre, i måten oppgavene til funksjonell forvaltning er løst.



Figur 6, PAIE-modell (Figur fritt etter strand 2007)

Modellforklaring

Linjene

Modellen viser at det går ett kryss, som deler firkanten i fire kvadranter med bokstaver i hver kvadrant (PAIE). Den vertikale linjen signaliserer graden av formalisering (regler og prosedyrer). Figuren viser at I og E har mindre grad av formalisering enn A og P. Den horisontale linjen, som signaliserer graden av orientering (innad mot systemet, og utad mot omverdenen), viser at E og P er mer orientert utad enn I og A.

I følge den formelle organiseringen av helseregionene, figurene (3-5) i kapittel 2, kan vi ane, ifølge PAIE-modellen, at den funksjonelle forvaltningen av DIPS vil bekrefte Adizes ideal om at alle rollene (A, P, E og I) må ivaretas. Dette kan sees ut fra linjene i figur 6. Den regionale funksjonelle forvaltningen trenger å ha fokus utad, mot kundene. Enheten skal koordinere og legge til rette for at brukerne av tjenestene tilfredsstilles, med tanke på oppdateringer, ny funksjonalitet med mer. Samtidig må enheten ha fokus innad mot det tekniske, om funksjonene lar seg operasjonalisere. IKT-systemer har en svært stor grad av formalisering. Felles standarder gjør at brukervennligheten i organisasjonen blir ensartede. Det blir gjenkjennelig og fungerer på samme måte uansett fysisk lokalisasjon. Samtidig kreves det rom for tilpasninger, uten at dette går på bekostning av standardiseringen.

Bokstavene

Administratoren (A)

(A) er byråkratiets venn. Lederen detaljplanlegger, er handlekraftig og kunnskapsrik. Lederen trives med overordnet styring, systemer, administrative bestemmelser, samt motstridende regelverk. Det er mye formalisering og regler, og disse skal fungere og etterleves. (A) er en stor tilhenger av hierarkier.

Produsenten (P)

(P) er resultatorientert. Lederen har en bred teknisk kunnskap i sitt felt, og er svært engasjert i det daglige arbeidet. Delegering er ikke lederens sterkeste side. Tiltroen til at andre kan gjøre en like god jobb er fraværende. (P) beskrives som utålmodig og lite fremsynt, med søkelys på å produsere, helst ut over kravene.

Entreprenøren (E)

(E) er gründeren. Lederen er granskende og spørrende til om vi gjør de rette oppgavene, og på riktig måte. (E) utarbeider idéer og visjoner om oppgavene organisasjonen skal gjøre, og om metodene som den skal benytte.

Integratoren (I)

(I) er diplomaten. Lederen støtter, motiverer og utvikler medarbeiderne. Lederen er opptatt av enighet, og kan se uenighet som sin hovedoppgave å løse. Dette gjøres for å oppnå et godt samarbeidsklima. Dette gjør lederen til en organisasjonskulturbygger. Lederen ser samarbeidsmuligheter og partnere med felles interesser, som kan bringes sammen. (P) og (E) rollene er interessert i organisasjonens utdata, produktene og resultater. (A) og (I) rollene er interessert i systemet som gir disse resultatene. (A) rollen er interessert i det formelle systemet, mens (I) rollen i det sosiale systemet, hvordan en sosial enhet dannes (Strand, 2007). Adizes hevder at man kan tegne et bilde av lederen, ved bruk av lærebokmodellen PAIE.

Adizes sier med denne modellen, at det ikke er mulig å forene alle rollene som en leder må håndtere, i én person. Dette fordi noen av rollene er gjensidige uforenlige. (Adizes & Hoff,

1980). Adizes hevder at et team av ledere som utfyller hverandres svake områder vil være idealet. Videre hevder han at en leder i varierende grad vil inneha en eller flere biter av de forskjellige rollene, men da ikke alle egenskapene kan være like utbredt i én og samme person, vil vedkommende ikke være en ideell leder.

3.12 Oppsummering

I dette kapitlet er det tatt utgangspunkt i den formelle organiseringen av regional funksjonell forvaltning i helseregionene for å redegjøre for noen teorier og modeller som forventes å bli sentrale i intervjuene. Av disse trekkes matriseorganisasjoner og koordineringsmekanismer frem. Det er generelt veldig mange former av formell organisering, og organiseringen var utgangspunktet for problemstillingen. Det ble et teoretisk spørsmål, for forfatterne av denne oppgaven, hvordan de forskjellige formene for organiseringen av regional funksjonell forvaltning valgte å løse ledelsesperspektivet i praksis. Krevdes det spesielle egenskaper av ledere i de forskjellige organisasjonsformene? Ut fra den tanken ble det vesentlig å presentere ledelsesteori og PAIE-modellen ble valgt.

Etter gjennomgang av teori grunnlaget vurderte forfatterne av oppgaven at det var behov for åpen tilnærming til intervjuguiden, på grunn av mangfoldet av teorier. Fordelene ved åpen intervjuguide redegjøres for i kapittel 4.

4.0 Metode

I dette kapitlet redegjøres det for forskningsdesign, valg av metode, innsamling av data og hvordan disse ble analysert. I underkapitlet metodekritikk, synliggjøres feilkilder og mulige svakheter med studien, før et påfølgende underkapittel om etikk. Det avsluttes med kvalitetsbetraktninger rundt studien.

4.1 Valg av metode

Formålet med studiet er å prøve å forstå hva den formelle organiseringen av regional funksjonell forvaltning av elektronisk pasientjournal DIPS, har å si for den praktiske utøvelsen av forvaltningen.

For å kunne forstå ser vi det gjennom øynene til intervjuobjektene. I oppgaven studeres tre forskjellige organisasjonsformer av samme tjeneste. Det vil da være naturlig å spørre et utvalg i hver av de tre forskjellige organisasjonene om deres opplevelser rundt dette.

Samfunnsvitenskapelige undersøkelser dreier seg om å samle inn, analysere og tolke data. Måten disse dataene innsamles og registreres på, kan deles inn i to hovedkategorier. Disse er 1) kvantitative, som data i form av for eksempel spørreskjemaer fra et representativt utvalg, og 2) kvalitative, som data i form av tekst, lyd og bilde, uti fra et strategisk utvalg (Johannessen et al., 2021).

Intervjuer er den dominerende metoden for datainnsamling i kvalitativ forskning. Det er en metode som kan brukes nesten overalt, og som gjør det mulig å få fylldige og detaljerte beskrivelser av det som studeres. Kvalitative intervjuer egner seg når man ønsker intervjuobjektene forståelse, erfaringer og oppfattelse knyttet til et fenomen. Fenomenet i denne oppgaven er organiseringen av tjenesten. Intervjuobjektene gis frihet til å uttrykke deres meninger om organiseringen de har. Erfaringene og oppfatningene kommer best frem når intervjuobjektet kan være med på å bestemme hva som tas opp på intervjuet. (Johannessen et al., 2021).

Kvale og Brinkmann karakteriserer det kvalitative forskningsintervjuet som en samtale med en struktur og et formål når vi ønsker å studere blant annet meninger og erfaringer (Brinkmann & Kvale, 2015). Gjennom samtaler kan mennesker forstå hverandre, svare på hverandres spørsmål, kommentere og beskrive hva de tenker, føler og mener. Samtalen gir dermed et innblikk i forståelsen av hendelsene sett fra intervjuobjektets synspunkt. Vi som intervjuere stiller spørsmål og følger opp svarene fra intervjuobjektene (Johannessen et al., 2021). Formåler med dialogen er å forstå hva som har hendt og hvorfor ved å lytte til beskrivelsene fra intervjuobjektene. Det er da viktig med åpne spørsmål, slik at intervjuobjektet formulerer seg ved egne ord.

Det hadde vært interessant å spørre alle ansatte og brukere av tjenestene om deres opplevelser av organiseringen. Vi ville da kunne hatt en kvantitativ analyse med generaliserte resultater og derved fått et større grunnlag og validitet for funnene. Tiden forfatterne av denne oppgaven hadde til rådighet, tillot ikke dette.

Kvalitativ metode ved å gjennomføre intervjuer ble valgt. Dataene utgjør det som intervjuobjektene sier i sine intervju. Intervjudataene ble lagret som lydfiler, som ble transkribert til tekst. Dette danner utgangspunktet for dataanalysen. En fordel ved lydfil er at man også får med tonefall og pauser, som kan ha betydning ved tolkningen av data i etterkant. En ulempe er at man ikke kan se intervjuobjektens kroppsspråk som for eksempel å tekke på skuldre. En svakhet ved metoden er at det kan være vanskelig å generalisere dataene.

Gitt at det er tre ulike regioner, med tre ulike organiseringer av forvaltningen, er det ikke rett frem å sammenligne disse. Kvalitative data er avhengig av situasjonen man er i (Johannessen et al., 2021). Noen ganger er det ikke like relevant å sammenlignede svarene fra flere intervjuobjekt. Dersom situasjonen er den samme, vil sammenligning kunne være relevant. Ved ulik situasjon, kan det være lite relevant å sammenligne. Ett av spørsmålene i analysen vil da måtte bli om det er relevant å sammenligne de svarene.

I strukturerte intervjuer er tema, spørsmål og rekkefølge fastlagt. Spørsmålene er ofte åpne. Det vil kunne være en risiko for at relasjonene mellom forsker og intervjuobjekt blir

avgjørende for informasjonen som kommer frem. Forskeren kan påvirke svarene og må være dette bevisst, og ikke se bort fra dette fenomenet (Johannessen et al., 2021).

Ustrukturerte eller åpne intervjuer, har spørsmål rundt et tema. Spørsmålene og rekkefølgen er ikke fastlagt, og intervjuet bærer mer preg av en samtale. En ustrukturert fremgangsmåte kan gjøre det vanskelig å sammenligne data i etterkant. Vi som forskere vil lete etter mønstre i dataene for å finne svar på problemstillingen, og da vil sammenligning være en del av analysen.

Semistrukturerte spørsmål gir en balanse mellom standardisering og fleksibilitet og dette var ønskelig. Semistrukturerte intervju ble valgt og det ble utarbeidet en intervjuguide.

Intervjuguiden er et overordnet utgangspunkt der spørsmål, tema og rekkefølge kan variere.

Intervjueren kan bevege seg frem og tilbake mellom temaene.

Samme intervjuguide ble brukt til alle intervjuene. Den inneholdt tre hovedtemaer, med den del stikkord. Dette kommer vi tilbake til i datainnsamlingen. Intervjuobjektene fikk prate fritt innenfor temaene, og de ble fulgt opp med ytterligere spørsmål der historien de fortalte ikke helt ga tilstrekkelig svar (utdypet de forskjellige temaene).

Begge forfatterne var til stede under alle intervjuene. Dette for blant annet å kunne påse at intervjuobjektene fikk de samme spørsmålene rundt de forskjellige temaene. Dette var viktig slik at data kunne sammenlignes.

4.2 Datainnsamling og analyse

Det tok litt tid fra sendt forespørsel til Norsk senter for forskningsdata (NSD) til søknad ble behandlet. Svar ble mottatt 2. mars 2022. Datainnsamlingen (intervjuene) kunne ikke begynne før godkjenningen var på plass. Det ble påpekt at NSD sin mal for informasjonsskriv ikke var benyttet og kun midlertidig godkjenning ble gitt. Nytt informasjonsskriv i henhold til malen ble utarbeidet 4. mars 2022, og ble sendt inn. Den foreløpige godkjenningen gjorde at intervjuer kunne igangsettes.

Hvem som skulle være intervjuobjekter ble debattert, og etter noe refleksjon og strategisk utvelgelse av de som ville være mest interessante, ble to intervjuobjekter fra hver av de tre helseregionene valgt ut. Den ene representerer eier av regional funksjonell forvaltning (RHF) mens den andre representerer utøver, det vil si de som har fått oppdraget fra eier på å utføre regional funksjonell forvaltning. Utvalget gir en mulighet til å se om det er forskjeller i synspunktene til eier og utøver. Det gir også en mulighet til å se om det er likheter på tvers i de tre regionene. Intervjuobjektene ble utvalgt og forespurt via fagnettverket til den ene forfatteren av oppgaven. Vi fikk tilbakemelding om at intervjuobjektene i to av helseregionene ønsket å stille sammen i et gruppeintervju, med 2 personer fra utøversiden. Dette ble imøtekommet. Dette kan føre til at sammenligningsgrunnlaget ikke er gunstig, fordi det er ulike forutsetninger til stede, og det ene intervjuobjektet kan føle seg hemmet av det andre i intervjuet. Dette utdypes i etiske refleksjoner, og i metodekritisk refleksjon senere i dette kapitlet.

E-post til intervjuobjektene ble sendt ut og det ble etterspurt organisasjonskart og dokumenter. Noen oversendte dokumenter og kart som var foreløpige (ikke endelig godkjent). Dette skjedde to uker før intervjuene startet. Det ga et signal om at organiseringen ikke var enkel å tilordne i et kart. Dette ønsker forfatterne å sammenligne med intervjuobjektene uttalelser, for å se om deres opplevelser av hvordan strukturen og beslutningsprosessene samsvarer med tilsendt organisasjonskart.

Prøveintervju ble gjennomført før oppstart av intervjuene. Dette for å teste ut intervjuguide og se hvor lang tid de forskjellige temaene tok. I utgangpunktet var det avsatt 30 minutter til hvert intervju. Intervjuguide ble testet uke 9, 2022. Det førte til noen presiseringer og mindre endringer i intervjuguiden. Blant disse var informasjonen om at opptakene ville bli slettet, og at intervjuobjektene får e-post når dette er gjort. Vi tilførte også noen stikkord om nåtid, fragmentering av forvaltningen, og innovasjon.

Intervjuer ble avtalt på Teams. Hvert intervjuobjekt ble kontaktet på e-post. Dato og klokkeslett for intervjuene ble avtalt og innkalling ble umiddelbart utsendt. Det ble avsatt 1 time til hvert intervju, med en forståelse av at selve intervjuet skulle ta omtrent 30

minutter. Intervjuene ble gjennomført i uke 11, 12 og 13. 2022 via Teams. I tillegg ble diktafon til lydopptak av intervjuene benyttet for å ha en backup. De tok mellom 37 og 57 minutter å gjennomføre hvert intervju.

Semistrukturerte intervjuer med en åpen tilnærming ble gjennomført. Dette ga intervjuobjektene mulighet til å fortelle fritt om deres opplevelse av organiseringen, og komme med deres egne betraktninger. Etter at intervjuobjektene hadde fortalt sine historier og kommet med sine betraktninger, ble supplerende spørsmål stilt, jamfør (Choi & Karolinska, 2011).

Intervjuene ble transkribert fortløpende etter gjennomføringen av hvert enkelt intervju. Dette for at inntrykkene fra intervjuene skulle være ferskest mulig og at likheter og forskjeller ble enklere å se. Alle intervjuene ble av forfatterne først gjennomgått alene, så i fellesskap. Det var ressurskrevende å systematisere svarene i etterkant, da det ikke var standardiserte spørsmål. Fordelen var større fleksibilitet i intervjuene. Det ble bestemt hva som var relevant å ta med og hva som måtte utelukkes som ikke relevant. Etter at empirien var skrevet og funn var identifisert, ble noe av teorien fjernet. Dette fordi teorien ikke var relevant for analysedelen. I Kapittel 6 tolkes empiriske funn gjennom å bruke organisasjonsteori for å forsøke å forklare hvordan de forskjellige organisasjonsformene fungerer

Intervjuguiden var overordnet med 3 hovedtemaer som ble belyst.

- I. Historikk der vi ønsker kunnskap om etableringen av tjenesten.
- II. Nåtid – Hvordan løser RHF forvaltningen i praksis
- III. Fremtidsbildet, hvor er helseregionene om 5-15 år?

4.3 Metodekritikk

En kritisk holdning til egen forskning, inkludert valg av metode, hører naturlig med i et forskningsprosjekt. Forfatterne har reflektert underveis hvilken betydning forforståelsen har hatt til hvordan funnene i intervjuene har vært håndtert. Til dette studien ble det gjennomførte seks intervjuer med eiere og utøvere, hvorav to intervjuer var gruppeintervju med to individer.

De åtte intervjuobjektene oppfatninger er subjektive og tillegger det empiriske grunnlaget sin personlige dimensjon. Dette kan være utfordrende ved analyse og tolkning av dataene. Intervjuobjektene kom i sine respektive intervjuer inn på prosesser som også omhandlet andre forvaltningsområder enn DIPS. Dette kan ha medført noe «forurensning» av dataene slik at de er brukt på feil grunnlag.

Intervjuobjektene fikk ikke tilgang til intervjuguiden i forkant av intervjuet. Dette kan ha medført tap av data som kunne ha kommet fram dersom intervjuobjektene hadde fått muligheten til å tenke igjennom og reflektere over spørsmålene på forhånd. Med tre forskjellige regionale forvaltningsorganiseringer nasjonalt, er det relativt små forhold. Kan det ha medført at intervjuobjektene har vært utrygge for å uttrykke seg fritt på grunn av sin anonymitet? Dette kan være spesielt gjeldene i gruppeintervjuet. Dette utdypes i etiske betraktninger senere i oppgaven.

Forfatterne har sett på hvorvidt det kan påvirke undersøkelsen at en av forfatterne også er avdelingsleder i en av helseregionene og har ansvar for den utøvende forvaltningen. Personlig kjennskap til noen av intervjuobjektene, som kollegaer, kan ha påvirket intervjuobjektene vilje til å snakke fritt. Det kan ikke utelukkes at den ene forfatterens posisjon kan ha gjort det utfordrende å skape en tilstrekkelig nøytral intervjusituasjon. Dette kan ha hatt en innvirkning på gjennomføring av intervjuene og intervjuobjektene svar (såkalt konteksteffekt). Dette måtte forfatterne være bevisste på for å klare å være mest mulig objektiv under intervjuene, og under tolkingen av resultatene.

En av svakhetene ved kvalitative undersøkelser, er at det er vanskelig å generalisere svarene. Forfatterne mener likevel at funnene i denne oppgaven kan ha en viss overføringsverdi ved at det kan være av interesse for andre lignende enheter.

4.4 Etiske betraktninger

I enhver forskning må det gjøres etiske vurderinger knyttet til personvern, konfidensialitet, forvaltning av sensitive opplysninger, retten til privatliv og informert samtykke.

Ifølge Johannessen må en forsker ta noen spesielle hensyn (Johannessen et al., 2021). Disse er: Intervjuobjektene skal selv bestemme om de skal delta i studien, intervjuobjektene skal

etter informasjon om studien frivillig samtykke i å delta. Intervjuobjektene kan trekke seg uten at det fører til negative konsekvenser.

Forskerne, på sin side, har plikt til å respektere intervjuobjektene. Intervjuobjektene kan uten grunn la være å svare, eller oppgi opplysninger som de ikke ønsker å formidle til forskerne. Forskerne skal sikre konfidensialitet, og påse at intervjuobjektene ikke kan bli identifisert. Denne oppgaven inneholder ikke data eller personopplysninger av sensitiv karakter. Den inneholder ingen pasientopplysninger, eller annen taushetsbelagt informasjon.

Data fra intervjuobjektene er anonymisert. I oppgaven vil intervjuobjektene konsekvent bli omtalt som intervjuobjekt. Helseforetakene vil bli omtalt som “Helse Sør-Øst», “Helse Vest” og “Helse Nord”. Vi søkte Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) om tillatelse til elektronisk opptak av lydfiler, og fikk det, se vedlegg 4 og 5. Alle innsamlede data og lydfiler, vil i etterkant av denne masteroppgaven, bli slettet og intervjuobjektene får melding når dette har skjedd.

Ett av intervjuobjektene ba om sitatsjekk, før publisering. Sitatene vi hadde tenkt å bruke fra vedkommende ble forespurt via e-post i uke 20.

Det kan stilles spørsmål om intervjuobjektene og helseforetakene er forberedt på å bli beskrevet, analysert og drøftet inngående, blant annet av en som jobber i tilsvarende forvaltning i en annen region. Det kan også stilles spørsmål som gjelder gruppeintervju. Det ene intervjuobjektet er da ikke anonymt for det andre. Dette mener vi er ivaretatt, siden det var et uttrykt ønske fra intervjuobjektene at det skulle være gruppeintervju.

Videre må det stilles spørsmål om fortolkningen av intervjuobjektene data. Forfatterne har ikke personlig hatt noe ønske om å gi uttrykk for bestemte meninger eller holdninger til organiseringene som studeres. Som ansatte ved Helse Nord kan forfatterne ikke være sikre på at nøytralitet og nøkternhet i intervjuer er godt nok ivaretatt.

4.5 Kvalitetsbetraktninger

Kvaliteten på det kvalitative forskningsdesignet ble vurdert ut fra begrepene troverdighet og overførbarhet i tråd med Johannessen, som sees opp mot de kvantitative begrepene reliabilitet, validitet, representativitet og objektivitet (Johannessen et al., 2021).

Var det god nok kvalitet på den kvalitative forskningen? Kvale og Brinkmann og Yin bruker begrepene reliabilitet og forskjellige validitetsformer også for evalueringen av kvalitative data (Brinkmann & Kvale, 2015; Yin, 2014). Denzin og Lincoln hevder, på sin side, at reliabilitets- og validitetskriteriene krever at det avdekkes en absolutt sannhet, men at det i virkeligheten finnes mange sannheter. Videre mener de at blant annet pålitelighet, troverdighet og overførbarhet er bedre mål på kvalitet i kvalitative forskninger (Denzin & Lincoln, 2005).

Er forskningen i oppgaven troverdig? Troverdigheten ble vurdert ved å reflektere over fremgangsmåte, funn og formålet med studien og ved å stille spørsmålet om dette representerte virkeligheten? Forfatterne ønsket å få tak i intervjuobjektene opplevelse av organiseringen av regional funksjonell forvaltning av DIPS. Det var da naturlig å bruke intervju for å få deres personlige vurderinger. Med fokus på oppgavens problemstilling, ble det brukt mye tid på å bli kjent med de forskjellige formene tjenestene er organisert på, slik at det ble mulig å skille relevant fra ikke-relevant informasjon. Konteksten som lå til grunn for organiseringen, kom frem under intervjuene. "Virkeligheten" ble beskrevet fra både eier- og utøver siden fra tre forskjellige RHF som i utgangspunktet har valgt ulik organisering.

Påliteligheten av forskningen kunne synliggjøres ved åpenhet og detaljrikdom rundt hvordan fremgangsmåten under forskningsprosessen har vært. Dette fordi det vil være umulig for en annen forsker å duplisere vår forskning (Johannessen et al., 2021).

Var resultater overførbare til andre organisasjoner? Her snakket vi om overførbarheten av kunnskap istedenfor generalisering. Var fortolkninger og beskrivelser nyttige for andre? Det ble da viktig å se dette i lys av den sosiale virkeligheten som studeres, innenfor de rammene som var satt. Oppgaven var avgrenset til ett snevert område, men forfatterne mener likevel at oppgaven har overføringsverdi (som nevnt i metodekritikk), ved at den kan være til interesse for andre lignende enheter.

5.0 Empiri

Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst har alle sitt respektive pasientjournalssystem, DIPS, som forvaltes regionalt. Som bakteppet i kapittel 2 viser har regionene valgt å løse det med tre ulike organiseringsmodeller. Hvordan påvirker den formelle organiseringen av regional funksjonell forvaltning av elektronisk pasientjournal DIPS, den praktiske utøvelsen av forvaltningen? For å kunne drøfte problemstillingen har vi gjennomført to intervjuer i hver region. Intervjuobjektene representerer regional systemeier fra regionalt helseforetak og personell fra de som har fått ansvar for å levere oppdraget. Forfatterne skal forsøke å gi et innblikk i hvordan intervjuobjektene opplever og utøver regional funksjonell forvaltning av DIPS.

Intervjuguiden har tre hoveddeler:

- I. Historikk der vi ønsker kunnskap om etableringen av tjenesten.
- II. Nåtid – Hvordan løser RHF forvaltningen i praksis der vi er inne på temaer som gjennomslagskraft, konsensus/omkamper, opplevelse av helhetlig eller fragmentert forvaltning
- III. Fremtidsbildet, hvor er helseregionene om 5-15 år? Hvordan ser de for seg den ideelle organisasjonen? Og hvilken rolle har regional funksjonell forvaltning med tanke på videreutvikling.

Empirien baserer seg på intervjuguidens oppbygging og temaene presenteres i kronologisk rekkefølge.

5.1 Historikk – Etablering av regional funksjonell forvaltning

Helse Nord.

Ifølge intervjuobjektene var det et program, Felles innføring kliniske systemer (FIKS-programmet), som ble etablert i 2011. Bakgrunnen var at Helse Nord RHF vedtok å innføre felles kliniske systemer ved helseforetakene i Nord-Norge, herunder elektronisk pasientjournal, laboratorium, radiologi, patologi og elektronisk rekvirering av labtjenester for legekantorene i Nord-Norge. Alle 11 sykehusene i Helse Nord fikk samlet sine pasientdata i en og samme DIPS-database fra oktober 2016 og FIKS programmet var ferdig.

Med beslutningen om felles IKT-systemer ble det nødvendig å harmonisere bruk og oppsett i systemene og med regionale systemer ble det behov for felles forvaltning. Samtidig med FIKS-programmet ble det derfor gjennomført et regionalt prosjekt med varighet på to år for å etablere regional funksjonell forvaltning. Det ble besluttet av direktørene i helseforetakene i Helse Nord at ansvaret for forvaltningen skulle legges til Universitetssykehuset Nord Norge (UNN). Teknisk og avtaleforvaltningsansvar ble lagt til Helse Nord IKT HF

«Da det skulle overleveres fra drift til program, oppstod behov for en fast organisasjonsstruktur som forvaltningssentrene ble for å ivareta det formålet med harmonisering, standardisering og utvikling som fellesbegrep i bunn. Den utøvende forvaltningen er eid av flere juridiske enheter, så det er behov for et styringssystem hvor alle har en stemme» (Intervjuobjekt, sitat 1).

Regional funksjonell forvaltning ble etablert i 2017. Etter noen måneder ble det omkamp om valg av organisering. Etter 3 år med diskusjoner ble det besluttet å flytte oppgaver til driftsleverandøren Helse Nord IKT.

«Helhetlig forvaltning har vært diskutert mye og er en av omkampbeslutningene historisk hvor, vi hadde en beslutning på å flytte regional funksjonell forvaltning over til Helse Nord IKT for å få færre transaksjoner og få bedre sammenheng mellom forvaltningssøylene» (Intervjuobjekt, sitat 2).

Men før iverksettelse av endringen ble beslutningen reversert, med begrunnelse at det var ønskelig at den funksjonelle forvaltningen skulle være klinikknær i et sykehusforetak.

Helse Sør-Øst

Ifølge intervjuobjektene ble det i 2012 utarbeidet strategi for digital fornying. RHFet hadde ansettelsesstopp og skulle bestå av færrest mulig personer og de gjorde noen strategiske grep for å kunne styre uten å ansette. Det ble etablert seks programmer og et av prosjektene var regionale IT-løsninger for laboratoriet, radiologi, elektronisk medisinsk kurve og DIPS.

Med strategien fulgte det en forvaltningsmodell som ble utarbeidet av innleide konsulenter. Den ble behandlet av alle direktørene og viseadministrerende direktør i RHFet, men ble ikke behandlet av administrerende direktør i RHFet eller i RHFets styre. Kontrakten på funksjonell forvaltning ble inngått med leder for e-helse i RHF. RHFet ble regional systemeier og hadde operativ kontraktsoppfølging med leverandør. I utgangspunktet var det en demokratisk styringsmodell med bra nettverk. Så begynte man å problematisere at kontrakten ikke var behandlet av RHFets administrerende direktør eller styre.

«Det var teoretisk sett en veldig god plan, topp forankret og faglig fundert og beskrevet sammen med lokale systemeiere. Defacto: modellen ble raskt avvist som en ikke helt formell modell» (Intervjuobjekt, sitat 3).

Det viste seg etter hvert, at systemeierskap ikke kan ivaretas av én person, og en oppbemanning ville koste penger. Ifølge intervjuobjektet diskuterte RHF nødvendigheten av å styre forvaltningen.

«Men så kan du spørre hvis du har installert et system der leverandør i liten grad evner å endre, hva kan gå gærent da? Svaret er lite. Og da mister RHF interessen for å styre. Fordi det humper og går, men det går ikke så gærent. Og det kan sykehusene fikle med selv eller Sykehuspartner eller Helse Vest IKT for der kan man ikke kødde det til så mye altså.» (Intervjuobjekt, sitat 4).

RHF valgte da å organisere regional funksjonell forvaltning i Oslo universitetssykehus HF (OUS) - Regionalt senter for kliniske ikt løsninger (RSKI) som jobber med systemene som overleveres til driften. Argumentasjonen var at de skulle være klinikknær og forvaltningen ble fysisk plassert i OUS sin lokale IKT-avdeling. Den lokale funksjonelle forvaltningen i OUS var lagt til klinisk serviceavdelingen og den regionale funksjonelle forvaltningen ble organisert langt unna denne. RSKI skulle ha ansvar for å få den faglige biten inn i forvaltningen, og ivareta regional standard, mens Sykehuspartner HF har det tekniske ansvaret. De andre sykehusene hadde hatt DIPS i mange år da OUS tok det i bruk som siste helseforetak i Helse Sør-Øst. OUS hadde et standardiserings- og optimaliseringsløp i 2015 og dette ble den regionale standarden som de andre helseforetakene deretter skulle ta i bruk.

«Det som har vært ulempen var jo at veldig mange av helseforetakene eller alle helseforetakene, med unntak av OUS har hatt DIPS i mange år og etablert seg rutiner på godt og vondt, fordi at DIPS er det systemet der, så finner man jo nye veier og lettvinde løsninger. Og det at OUS nå hadde laget en standard som kanskje ikke var omforent i Helse Sør-Øst i eller i forhold til andre sykehusene, så var det et tungt løp det standardiseringsløpet.» (Intervjuobjekt, sitat 5).

Organisasjonsmodellen varte kun 2-3 år og noe av årsaken til dette var ifølge intervjuobjektet at OUS har unødige komplekse prosesser og utfører oppgaver på annen måte, og med annen type helsepersonell, enn ved de andre sykehusene. Regional funksjonell forvaltning hadde utfordringer med å gjøre en jobb på vegne av regionen.

«Når vi behandler en sak blir vi stemplet som OUS-folk ikke som regionale folk. De hadde problem med å finne konsensus, og vi har problem med å bli oppfattet som en part i saken og ikke som en fasilitator, selv om saken ble laget av for eksempel Sykehuset Østfold. Hvis det er avstemming, så tar mange motsatt posisjon fra oss, de vil ikke gjøre den på den dyre unødvendige måten. De vil gjøre det på den enkle måten, som de alltid har gjort. Det ble vanskeligere og vanskeligere og til slutt ble det virksomhetsoverdragelse til e-helse i RHF.» (Intervjuobjekt, sitat 6)

Helse Vest

Ifølge intervjuobjektene ble de eksisterende DIPS-databasene slått sammen til én felles database i 2015 og da ble det ansett som fornuftig å ha en felles regional forvaltning. Noen strukturer var på plass tidligere da regionen fra 2012 har hatt felles EPJ-systemeierforum, og en tid etterpå regional endringshåndtering av DIPS.

Grunntanken i EPJ-løsningen går tilbake til 2004 da det ble dannet et felles IKT-selskap. Regionen skal hele veien jobbe mot felles løsninger og felles IKT-selskap, Helse Vest IKT AS (Helse Vest IKT), fikk ansvar for regional funksjonell forvaltning i 2016.

«Jeg har nå sett at det har vært en harmonisering og samkjøring slik at regionalt samarbeid er blitt tettere. De første årene hadde vi den regionale EPJ-løsningen, men det var sterke lokale miljøer i HFene og jeg føler jeg var en regional systemeier på toppen av en ganske vaklende pyramide, hvor det var mange aktører, men det har gradvis gått seg til og blitt harmonisert.» (Intervjuobjekt, sitat 7)

Dagens diskusjoner i Helse Vest dreier seg om rekkefølge på innføringer, praktikaliteter, prioritering og økonomi og lite fokus på spørsmålet om man skal ha et felles regionalt system.

«Så gikk det noe tid og vi så at i en regional forvaltning, så er det behov for lokale behov og oppfølginger linket mot aktivitet i HF og det har knytning til det juridiske og de dataansvarlige. Vi så at det var gjort samme type arbeid i flere sykehus som egentlig kunne vært organisert en plass og gjort for alle sykehusene. I 2016 endret vi litt på oppgaveløsningen mellom Helse Vest IKT og sykehusene, en optimaliseringsaktivitet.» (Intervjuobjekt, sitat 8)

Denne prosessen førte til at flere oppgaver ble lagt til regional funksjonell forvaltning i Helse Vest IKT.

5.2 Nåtid – Hvordan løser RHF oppdraget i praksis?

Helse Nord.

Helse Nord IKT har ansvar for teknisk- og avtaleforvaltning. UNN har ansvar for regional funksjonell forvaltning. Helse Nord har en regional styringsmodell der Forvaltningsstyret for klinisk IKT er det øverste saksbehandlende organet. Administrerende direktør (AD) i RHF og styret er på toppen i alle styringsstrukturer. Leder av Forvaltningsstyret er oppnevnt av AD i RHF og representerer RHFets eier i dagens struktur. Styringsstrukturen er nedfelt i mandater som beskriver ansvar og myndighet. Ulike aktører har ulike forventninger til hvordan forvaltningen skal fungere i en ideell verden. Ifølge intervjuobjektene bruker regionen for lang tid på en del saker og sakene sendes frem og tilbake mellom flere parter.

«Vi mangler felles forståelse til hverandres forventninger til systemet og prosessene. Men jeg synes vi er på vei i en riktig retning.» (Intervjuobjekt, sitat 9).

Ifølge intervjuobjektene er regional funksjonell forvaltning en utøvende enhet som hjelper til at den regionale standarden for systemene ivaretas. Regional funksjonell forvaltning har ikke beslutningsmyndighet. Saker behandles i styringssystemer på ulike nivåer og de besluttes der. Foretakene må komme til enighet om saker som behandles fordi man styrer etter en konsensusmodell.

Da forvaltningen ble organisert i det største helseforetaket i regionen var det ifølge intervjuobjektene bekymringer at enheten ikke skulle få tillit da de var organisert i ett helseforetak.

«Vi har jobbet masse for å ikke fremstå som UNN men være en regional enhet for alle. Vi etablerte Helse Nord e-postadresser og intranett på RHFets side og vi behandler alle likt» (Intervjuobjekt, sitat 10).

Regional funksjonell forvaltning har brukt noen år på å etablere en samarbeidsmodell med teknisk forvaltning i Helse Nord IKT. Samarbeidet er godt og det er blitt tettere og bedre med årene. Oppgavefordelingen er slik at funksjonell forvaltning må beskrive saken og bestille endring hos Helse Nord IKT. Helse Nord IKT må sette seg inn i saken og utføre de bestilte endringene i systemet. Den funksjonelle forvaltningen har kompetanse til også å utføre endring på systemnivå, men gis ikke rettigheter til dette. Årsaken til dette er ifølge intervjuobjektene at Helse Nord IKT er ansvarlig for driften av systemene og de kan ikke stå ansvarlig for endringer utført av personell som ikke er ansatt i Helse Nord IKT.

«Ja, det er flyt, men noen ganger hadde det vært enklere å gjøre det selv når vi har ferdig utredet oppdrag.» (Intervjuobjekt, sitat 11).

«Noen ganger føles det som at vi er i en og samme enhet, arbeidet glir godt vi tenker ikke på hvem er dere og hvem er vi, vi gjør jobben i lag. Det synes jeg er veldig bra!» (Intervjuobjekt, sitat 12).

Saksbehandling som gjelder den regionale standarden løses på lavest mulig nivå. Det er etablert driftsmøter mellom helseforetakene, forvaltningen og Helse Nord IKT for saksbehandling og erfaringsutveksling hver 14. dag. Ifølge intervjuobjektene er dette ikke en del av den formelle styringsstrukturen, men en viktig arena for samhandling.

«Vi får til løsning på saker uten å iverksette et stort apparat.» (Intervjuobjekt, sitat 13).

«I det store og det hele synes jeg ikke det er vanskelig å få til samarbeid med Helseforetak og Helse Nord IKT. Vi gjør bestillinger og Helse Nord IKT utfører i administrasjonssystemet.» (Intervjuobjekt, sitat 14).

Oppdraget til forvaltningen er tydelig, men det kommer stadig nye oppdrag. Ifølge intervjuobjektene er det forbedringspotensial at forvaltning og RHF kunne hatt tettere samarbeid.

«Jeg tenker at det har mindre å si hvor vi er organisert, men tenker det er en fordel at vi er sammen med lab, radiologi og elektronisk pasientjournal (EPJ) i samme enhet.» (Intervjuobjekt, sitat 15).

«Vi kan sikkert diskutere frem og tilbake om det er en fordel å være i et sykehus, som jeg nevnte så tenker jeg noen ganger at det hadde vært enklere om vi var i Helse Nord IKT.» (Intervjuobjekt, sitat 16).

Helse Sør-Øst

Regional funksjonell forvaltning er organisert i RHFet. RHF får et oppdrag som går til administrerende direktør som igjen gir sine oppgaver til teknologi og e-helsedirektøren. Derfra går oppdragene nedover i organisasjonen. Oppdragene kommer stort sett fra oppdragsdokumentet og fra regional utviklingsplan.

Den regionale funksjonelle forvaltningen består av få personer etter at det ble flyttet til RHF. Det er ansettelsesstopp og de som har sluttet blir ikke erstattet.

Hovedoppgaven er å ha kontakt med helseforetakene, og å sørge helseforetakenes deltakelse i utredningsarbeid. Forvaltningen sørger for at helseforetakene er informert, og at de har mulighet for å bli representert der det er behov for deres innspill. Helseforetakene melder behovene og utarbeider saksgrunnlag. De skal forankre sakene i eget helseforetak. Regionale pasientadministrative kvalitetsnettverk bestiller også endringer, og forvaltningen melder kravene til DIPS.

Forvaltningen var veldig fjernt fra klinikken da de var organisert i OUS. Tilgangen til DIPS ble fjernet fra de ansatte i forvaltningen. Ifølge intervjuobjekt føles det som at forvaltningen er kommet nærmere klinikken og dialogen er bedre etter at de ble flyttet til RHF, men utfordringen med dagens organisering er at RHFet ikke har tatt innover seg at fag og teknologi henger så tett sammen.

«Det er mange avdelinger i RHFet og samarbeidet mellom de har ikke vært godt nok i mine øyne. Men oppsummert så klarer jeg ikke å se ulempene med at vi ble flyttet til RHFet, jeg ser egentlig bare fordeler.» (Intervjuobjekt, sitat 17).

Det er etablert flere møtearenaer mellom RHFets medisin- og helsefagledere og Teknologi og e-helse for å komme nærmere det kliniske.

Ifølge intervjuobjekt har det lenge vært jobbet med å formalisere forvaltningsmodellen. Fire ganger har saken vært behandlet i ledergruppen, men forslag til løsning er blitt avslått hver gang. Det er ikke gitt noen retning videre. Lederen for forvaltningsenheten har sagt opp sin stilling og konstituert leder jobber videre med forvaltningsmodellen. Det pågår endringer på modellen som ikke er offentlige ennå.

«RHFet ønsker ansvarliggjøring av Sykehuspartner, og sette dem i stand til å utføre mer av forvaltningen. Men fortsatt ønsker RHFet å beholde systemeierskapet, men rendyrke det som et toppnivå som kan fungere strategisk, taktisk og operativt på de aller viktigste beslutningene» (Intervjuobjekt, sitat 18).

Ifølge intervjuobjekt er flyttingen av oppgaver strategisk. RHFet skal gi føringer og retninger og Sykehuspartner er forvaltende og utførende.

Intervjuobjektet sier videre at det foregår en prosess på hva en eier må disponere av ressurser for å ha kontroll. Dette handler også om delegering. En av intervjuobjektene mener man må fjerne oppgaver som er unødvendig og flytt oppgaver til Sykehuspartner. Utfordringen kan da bli at Sykehuspartner både skal skrive bestilling på en oppgave til seg selv som de selv skal utføre i systemet. Intervjuobjektet håper at eierrollen blir tydelig slik at man klarer å håndtere det.

Hvis ny modell vedtas vil det ha store konsekvenser for regional funksjonell forvaltning i RHFet slik den er i dag ved at oppgaver fjernes. Ifølge intervjuobjekt må det være et tydelig regionalt stempel og at systemet er satt opp og eies av RHFet. Sykehuspartner HF må settes i stand til å utføre så mye som mulig av det som er utføring.

«I dag er deres rolle slik at de skal ikke kunne tenke selv ved endringer» (Intervjuobjekt, sitat 21).

De må selv sørge for å inneha og ta i bruk de nettverkene som er etablert og sørge for forankringen i foretakene blir gjort. De må kalle inn til møter med helseforetakene, RHF og

andre parter, skrive agenda og referater. Men ifølge intervjuobjekt er det viktig at kun RHF kan godkjenne og gi føringer for hvilken vei tjenestene skal ta. De endringene Sykehuspartner gjør på regional standard skal gjøres på vegne av RHFet eller sykehusene lokalt.

«Jeg ser med skrekk og gru hvis alt hos oss ble flyttet til Sykehuspartner. Da er mye mistet også den tette dialogen både på tvers av avdelinger i RHF og opp mot Helsedirektoratet og også ut mot klinikken. Det blir en helt annen organisering fordi Sykehuspartner er et HF. Det er ikke et RHF.» (Intervjuobjekt, sitat 20).

«Det er vanskelig å spå om man vil lykkes med det og hva som egentlig vil skje nå altså, så det siste jeg sier nå er jo planen vår.» (Intervjuobjekt, sitat 19).

Helse Vest

Styringssystemet for hvordan klinisk IKT-saker skal behandles i regionen består av strategisk styringsorgan og operativt styringsorgan. Det strategiske organet behandler prinsipielle spørsmål mens operativt styringsorgan tar for seg de mer praktiske sakene. Regional funksjonell forvaltning er organisert i Helse Vest IKT. Ifølge intervjuobjektene har lederen av forvaltningen en tett relasjon til regional systemeier i RHF og det er uttalt at systemeier omtaler lederen av forvaltningen som «min person».

«Her har man modell som er litt i strid med bibelens ord at man ikke skal tjene to herrer.» (Intervjuobjekt, sitat 22).

«Lederen er helt sentral i strategisk styringsorgan, han snakker på et språk slik at jeg skjønner. Er mange saker på gang i strategisk styringsorgan. Så tror jeg han fikser en god del ting jeg ikke hører noe om. Det er også basert på tillit.» (Intervjuobjekt, sitat 23).

Ifølge intervjuobjektene har det ikke vært diskutert alternative organisatoriske plasseringer til regional funksjonell forvaltning. De uttalte at en av grunnene til det kan være den politiske dimensjonen: Å legge det under Helse Bergen HF kunne blitt problematisk i forhold til de andre helseforetakene. Det å plassere forvaltningen i Helse Vest IKT var en grei løsning ifølge intervjuobjekt.

Personene som er involverte i forvaltningen har mye å si. Ifølge intervjuobjekt er det kompromissvillige og fornuftige mennesker som er involvert i forvaltningen. Personkjemien er bra! Dette har mye å si for at regionen lykkes med forvaltningen!

«Går det dårlig med personkjemien kan du organisere deg som du vil» (Intervjuobjekt, sitat 24).

«Hvis jeg setter opp en liste over ting som bekymrer meg eller lager problemer i hverdagen så er organisering noe som ikke kommer høyt opp på lista. Det kan godt tenkes at det hadde gått veldig greit å organisere på en annen måte.» (Intervjuobjekt, sitat 25).

Leder av regional funksjonell forvaltning har mange oppgaver. Vedkommende er regional systemeier, har sekretariatsfunksjon i strategisk styringsorgan, leder det operative styringsorganet, fordeler alle saker til regional forvaltning og har en viss oversikt over det som beveger seg innen elektronisk pasientjournal. Lederen tar saker i flere arbeidsgrupper, fasiliterer diskusjoner og tar saken tilbake til operativt styringsorgan. Ifølge intervjuobjekt har regionen gjort noen erfaringer på samhandling mellom forvaltning og prosjekt når prosjektene begynner å utvikle løsningene. Utfordringen har vært hvem som egentlig skal bestemme hvordan det skal bli. Helse Vest RHF laget en egen styringsstruktur med beslutningsmyndighet for prosjektene. Regional funksjonell forvaltning har vært invitert inn for å gi råd og for at det skal henge sammen med det eksisterende. Forvaltningen er blitt bevisst på at de ikke bestemmer over noe som løses i prosjekter, men er en sentral interessent som kan mene noe. Beslutningene må imidlertid gå i prosjektlinjen.

«En refleksjon rundt organiseringen og hva den har å si for forvaltningen, jeg tror det har mye å si med tillit, handler om tydelige ledere, hvordan tenker vi oss dette gjort. - det

opplever jeg, at i vår helseregion, så har det vært veldig tydelig at vi løser oppgavene sammen, hvor du har ansettelsesforhold det er mindre interessant.» (Intervjuobjekt, sitat 26).

Forvaltningen utøves ved at medarbeiderne fasiliterer prosessene ved å prøve å få ting til å gli og ved å bidra til løsning ved konsensus. Regional funksjonell forvaltning har ikke en egen agenda og setter ikke seg selv først sier intervjuobjekt. Hvis en sak er veldig viktig for Helse Vest IKT så er det ikke regional funksjonell forvaltning som argumenterer for dette i møtene, men den tekniske ressursen fra Helse Vest IKT. Fasilitatorrollen utøves også i andre møter og arbeidsgrupper. Regional funksjonell forvaltning styrer agenda og saksliste, men foretakene melder inn sakene og de må forvaltningen forholde seg til.

«Jeg ser at det jeg skriver blir brukt med eller mot meg. Blir ofte noen runde formuleringer som kan være frustrerende for noen og ikke så spisset som mange vil ha det, men det er kanskje det som må til for å få en konklusjon.» (Intervjuobjekt, sitat 27).

Noe av kritikken mot regional funksjonell forvaltning er at ting tar for lang tid. Forvaltningen har prøvd å gjøre dette bedre ved å ha hyppigere møter i operativt styringsorgan, og i regionale arbeidsgrupper sier intervjuobjekt.

5.3 Nåtid – Gjennomslagskraft

Helse Nord

Ifølge intervjuobjekt er det regional funksjonell forvaltning som oftest lager utkast til saker som behandles regionalt. De gir et eller to forslag til vedtak. Sakene er ofte godt belyst og grundig utredet av forvaltningen, og de går stort sett gjennom i styringsstrukturen. Noen ganger blir det diskusjoner og nye momenter kommer inn. Det kan bli omkamp, men det er sjeldent.

«Vi lager ofte et utkast til sak, noen ganger har det vært på høring i lokal forvaltning, andre ganger er det vi som lager saken og får den belyst i Systemforvaltningsforum.» (Intervjuobjekt, sitat 49)

Helse Sør-Øst

Ifølge intervjuobjekt hadde de en utfordrende historikk i OUS der de ikke hadde gjennomslagskraft. Etter at de ble organisert i RHF har de jobbet hardt for å bli oppfattet som en regional part for å få gjennomslagskraft og legitimitet.

*«Nå jobber vi på tvers i regionen, nå er det ikke en bulldoser, men nå er vi like!»
(Intervjuobjekt, sitat 28).*

Forvaltningen jobber tettere med Helsedirektoratet og jobber med både medisin, helsefag og analyse i RHFet. Forvaltningen vet nå hvor man henvender seg for å heve kvaliteten.

«Det har da vært veldig viktig å være i RHFet for at vi skal kunne få gjort jobben vår!» (Intervjuobjekt, sitat 29).

Helse Vest

Ifølge intervjuobjekt blir saker fra regional funksjonell forvaltning ikke nødvendigvis tatt like godt imot i sykehusene. Erfaringen viser at de initiativene som kommer fra sykehusene, er de forvaltningen kan jobbe med og forbedre. Dette er saker sykehusene vil prioritere og melder inn. Intervjuobjektet fortalte videre at selv om forvaltningen er fasilitator kan de bli oppfattet til å ha Helse Vest IKT i pannen, og snakke med Helse Vest IKT- stemme.

«Hvis initiativet kommer fra Helse Vest IKT blir det nedstemt hvis det kommer fra sykehusene så er det noe de ønsker å jobbe med og lettere å få det gjennom.» (Intervjuobjekt, sitat 30).

5.4 Nåtid – Konsensus/omkamper

Helse Nord

Ifølge intervjuobjektet har regionen har hatt noen omkamper på enkeltsaker og flere som gjelder organisatorisk plassering av regional funksjonell forvaltning. Som tidligere beskrevet var det beslutningen om å etablere regional funksjonell forvaltning i UNN i 2017. Det ble umiddelbart meldt om omkamp fra ett av helseforetakene, og etter 3 år ble det besluttet at forvaltningen skulle organiseres under Helse Nord IKT. Denne beslutningen ble imidlertid

raskt reversert, og forvaltningen ble værende i UNN. Slike omkamper er krevende for ledelse og medarbeidere. Ifølge intervjuobjekt blir det sjeldent de store kontroversene, små og store diskusjoner vil det være da sykehusene drifter forskjellig. Det inngås kompromiss, alle kan ikke alltid få det som de vil.

*«Jeg synes på saksbehandling og saker vi får til beslutning så er det i mindre grad omkamp»
(Intervjuobjekt, sitat 50)*

Det finnes fortsatt et forbedringspotensial i forvaltningen når det gjelder kommunikasjon og forventninger og det å få beslutning i Forvaltningsstyret på rett tidspunkt. Saker sendes noen ganger i retur til regional funksjonell forvaltning for videre utdyping og komplementering før den igjen sendes til forvaltningsstyret for beslutning. Dette er område der det er forbedringspotensial å forstå hverandres roller, man har ulik informasjonsmengde avhengig av rolle og dette må et jobbes med sier intervjuobjektet.

Helse Sør-Øst

Ifølge intervjuobjekt var det veldig mange omkamper da forvaltningen var organisert i OUS. Helseforetakene hadde vært med i fagnettverk og besluttet hva som skulle være den regionale standarden, men likevel var det masse motstand da de prøvde å forvalte den. Den felles standarden var ifølge intervjuobjektene ikke godt nok forankret i helseforetakene.

«Og det å sitte med underskriften OUS og samtidig, så ser vi at hvordan OUS bare kom som en voldsom bulldoser inn for å skulle representere de andre helseforetakene ble nærmest umulig og det så RHFet og etter det så vi ble overført til RHF i 2019 og det har vært som natt og dag» (Intervjuobjekt, sitat 31).

Formålet med forvaltningen var å understøtte regional systemeier og fellesskapets gevinst, og dette opplevdes nytteløst ifølge intervjuobjektene.

«Fordi er man på OUS så kommer man fra OUS» (Intervjuobjekt, sitat 32).

Videre sier intervjuobjektene at etter at forvaltningen ble organiseringen i RHF har det vært mange misforståelser fordi foretakene er ulike, men lite omkamper.

Helse Vest

Ifølge intervjuobjekt har det sannsynligvis aldri vært avstemming i forbindelse med beslutning rundt prioritering av midler til nye IT-prosjekter.

«Vi har hørt hva folk har sagt og det har i noen saker vært uenighet, men ikke mer enn at man har pustet tre ganger og man blir enige om at ok sånn gjør vi det» (Intervjuobjekt, sitat 33).

Det har ikke vært store utfordringer med å få konsensus men det tar tid med lokale avklaringer og forankring. Det har vært noen omkamper, men dette kommer ofte av at man i første avgjørelse ikke har tenkt så langt og ikke gjort den store analysen før de beslutter noe sier intervjuobjekt.

«Jeg tror at vi har klart å løse den tilliten vi har fått på en grei måte og at vi har latt beslutningene ligge på foretakene at vi har vært bevisst fasilitatorrollen.» (Intervjuobjekt, sitat 34).

5.5 Nåtid – Helhetlig eller fragmentert forvaltning?

Helse Nord

Forvaltningen er tredelt. Teknisk og avtale er organisert i Helse Nord IKT mens funksjonell er organisert i UNN. Som tidligere beskrevet har det vært alternative forslag til organisasjonsmodell der hensikten er å få færre transaksjoner og bedre sammenheng mellom forvaltningssøylene.

Organisasjonsmodell er landet og ifølge intervjuobjektene er hovedutfordringen transaksjonene mellom teknisk og funksjonell forvaltning. Det krever kompensierende tiltak med å etablere godt samarbeid og forutsigbarhet og regler for samarbeid slik at man i størst mulig grad reduserer transaksjonskostnadene. Dersom man hadde valgt å flytte forvaltningen

til Helse Nord IKT måtte man også ha hatt kompenserende tiltak i forhold til klinikken sier intervjuobjekt.

«Jeg sa mellom linjene at jeg hadde ønsket meg den andre varianten, men jeg forholder meg til at beslutningen er tatt, men så må vi være oppmerksom på at vi reduserer transaksjonskostnadene der vi kan slik at det ikke blir dobbeltarbeid for de som sitter i forvaltning og at det ikke blir unødig tidsspille. Det er en utfordring som må løses» (Intervjuobjekt, sitat 35).

«Noen ganger føles det som at vi er i en og samme enhet, arbeidet glir godt vi tenker ikke på hvem er dere og hvem er vi, vi gjør jobben i lag. Det synes jeg er veldig bra!» (Intervjuobjekt, sitat 36).

Ifølge intervjuobjekt er samarbeidet mellom teknisk og funksjonell forvaltning veldig bra men saksflyten er tungvint. Den ene parten utreder saken og beskriver den, bestilling sendes til Helse Nord IKT som må sette seg inn i samme saken. Så må de utføre den i administrasjonssystemet og forvaltningen må teste den at den er ok utført. Den samme kompetansen må bygges i begge organisasjonene og kompetansen er krevende å tilegne seg.

«Ja, det er flyt, men noen ganger hadde det vært enklere og gjort det selv når vi har ferdig utredet oppdrag.» (Intervjuobjekt, sitat 37).

Helse Sør-Øst

Regionen har over 2000 applikasjoner og mange forvaltes lokalt.

«Det er på ingen måte helhetlig forvaltning, vi har ikke en rød tråd her!» (Intervjuobjekt, sitat 38).

Forvaltningen av DIPS er delt. Sykehuspartner har tekniske ansvar og RHFet har funksjonell fag-forvaltning og passer på at klinikken er involvert.

«Det er jo en endring på gang i forbindelse med innføringen av DIPS Arena. Da planlegges flere av våre oppgaver å flyttes over til Sykehuspartner» (Intervjuobjekt, sitat 39).

Helse Vest

«Jeg opplever at vi har en helhetlig forvaltning i regionen.» (Intervjuobjekt, sitat 40).

Når det gjelder utviklingsarbeidet av løsningen så er det delt mellom forvaltning og program/prosjekt. Dette kan enkelte ganger framstå som litt mer fragmentert.

5.6 Nåtid – Nasjonal helse og sykehusplan

Nasjonal helse og sykehusplan har som et av målene at RHF skal videreføre arbeidet knyttet til modernisering av journalsystemene, hvilken rolle har regional funksjonell forvaltning hos dere?

Helse Nord

Ifølge intervjuobjekt skal regional funksjonell forvaltning være både støttespiller og pådriver ved å kunne synliggjøre mulighetene som er der og forvaltningen skal bidra som støtte i prosjekter. Dette vil føre til en raskere utvikling og en kvalitetssikring at systemene blir brukt på rett måte sier intervjuobjekt. Det er også etablerte regionale arbeidsgrupper som skal bidra til videreutvikling. Regional funksjonell forvaltning har en viktig rolle som sekretariat, deltagere og ledere i mange av arbeidsgruppene.

Helse Sør-Øst

«Forvaltningen er ikke satt helt i stand til å gjøre moderniseringsjobben lenger, og det skal de heller ikke siden det går mot en organisasjonsendring.» (Intervjuobjekt, sitat 41).

Helse Vest

Ifølge intervjuobjekt går oppdraget til sykehusene og Helse Vest IKT og alle må være rundt bordet for å bidra. Forvaltningen skal holde båten i stø kurs og den daglige driften mens prosjekt skal videreutvikle systemene videre sier intervjuobjekt.

«Her mener jeg at her har organiseringen vår noe å si, det er mange eksempler på at initiativ fra regional funksjonell forvaltning som er en avdeling i Helse Vest IKT ikke nødvendigvis blir tatt like godt imot i sykehusene.» (Intervjuobjekt, sitat 42).

5.7 Fremtidsbildet – Hvor er dere om 5-15 år?

Helse Nord

En kan tenke 15 år fremover på noen områder mens på andre områder må det skje en forbedring tidligere sier intervjuobjekt.

Ifølge intervjuobjekt har vi, i en ideell organisasjon, på plass mål og strategier som gir retning, som gir tydelige forslag til prioriteringer, neste rullering av handlingsplaner og forutsigbarhet i systemet. Litt mer går av seg selv. Hele forvaltningen og styringssystemet må jobbe sammen om dette. Videre sier intervjuobjekt at forvaltningsstyret bør ha møter fire ganger i året istedenfor hver måned som i dag. Her behandles statusrapport, rullering av handlingsplaner og budsjett i en fast årsplan. Systemforvaltningsforum kan ivareta de mer operative sakene.

«15 år frem i tid er langt frem. Jeg tror ikke vi har DIPS Arena som system da og jeg tror ikke vi har forvaltning på samme måte som nå, men hvem vet.» (Intervjuobjekt, sitat 43).

Helse Sør-Øst

Ifølge intervjuobjekt må man ta et prinsipielt valg slik strukturen er nå. IT er blitt så viktig at det glir inn i faget. Kan man ha en frittstående IT-leverandør som skal levere funksjonelle tjenester som er på siden av faglinjen? En slik organisasjon kan neppe styre seg selv uttaler intervjuobjektet.

«Jeg tror at man kan ikke legge ting i IT-leverandøren det vil være den ordningen som først ryker på en smell. Vi kan risikere at faget løsriver seg fra IT og får ikke støtten fra IT som den trenger.» (Intervjuobjekt, sitat 44).

«Jeg tror slik som spesialisthelsetjenesten er organisert i Norge så har jeg troen på en nettverkstankegang der du modifierer nettverket litt rundt et Alma-mater. Må ha RHF som eier og som en node som eier noden.» (Intervjuobjekt, sitat 45).

Ifølge intervjuobjekt kan nettverkstankegang gjøre et ikke-tradisjonelt konsern til et slags tradisjonelt konsern som er formalisert nok til at det er lett å eskalere opp til direktør og foretaksmøtene når det er trøbbel og at folk skjønner at det er det som er eskaleringsveien.

På kort sikt er det veldig viktig at Sykehuspartner fremover tar over mange av rollene og oppgavene sier intervjuobjekt. I tillegg må man ha et mer helhetlig blick og ha mer samarbeid med Teknologi og eHelse i RHFet om behovene som meldes inn og strategiene som legges. Regional funksjonell forvaltning har i dag vært en egen enhet i RHF. Sykehuspartner er organisert som prosjektleveranseapparat. RHF melder inn behov som skal løses, og de leveres tilbake som prosjekt. Ifølge intervjuobjekt bemanner de prosjektene sine med siloer som gjør at man får et kapasitetsproblem med ressurser. I den nye Forvaltningsmodellen foreslås det å etablere team for leveranser i motsetning til prosjektorganisering.

«Vi er organisert forskjellige både i forhold til Helse Nord og Helse Vest, men jeg ser jo at ved å endre forvaltningsmodellen nå så går det nærmere mot Helse Vests løsning. Men man vil fortsatt ha Teknologi og e-helse i RHF i motsetning til Helse Vest og de skal jobbe mer strategisk» (Intervjuobjekt, sitat 46).

Helse Vest

Ifølge intervjuobjekt går endringer tregere enn man forventer. Når de store systemene er på plass vil man kanskje være mer opptatt av de mindre endringene som å knytte på lettvekt-IKT². Enkle løsninger på mer begrensede problemer som er knyttet opp mot praktisk drift av

² Lettvekt-IT er pasientnære helse-IT-systemer på mobiltelefoner, informasjonspaneler, sensorer, nettbrett. Det handler om rask innovasjon, umiddelbar nytte og rimelig teknologi. Eksempler kan være utsending av SMS'er til

sykehuset vil få fokus. Vi tenker lett i retning av det å støtte pasientlogistikk, planlegging av operasjonsaktivitet og poliklinikker.

«Jeg vil tro det finnes enkle løsninger og ikke kreve store prosjekter som skal gå over 4 år for å forbedre funksjonalitet.» (Intervjuobjekt, sitat 47).

Store internasjonale konsultentselskaper sier at det å bryte opp den samlede porteføljen i mindre enheter som vi kaller «produkt» er det store IT-selskaper jobber med nå. Vi vil ikke snakke om et produktområde som heter DIPS men et produktområde som har delt inn hele EPJ-område i produkter slik at man kan utvikle løsningen raskere og mer agilt sier intervjuobjekt.

«Regional forvaltning som vi ser det i dag tror jeg at vi om 5-7 år ikke holder på med!» (Intervjuobjekt, sitat 48).

pasienter, at man sjekker inn selv på sykehuset, betaling med Vipps, informasjonstavler til publikum. Her går utviklingen lynraskt.

Tungvekt-IT er de tunge datasystemene på sykehusene, som blant annet håndterer journaler, laboratorieresultater, røntgenbilder og andre sensitive data.

6.0 Analyse

På bakgrunn i empiri i kapittel 5, har forfatterne ekstrahert følgende interessante funn: 1 konsensus, 2 legitimitet, 3 helhetlig forvaltning og møtearenaer og 4 ønsker om annen organisering. Disse funnene analyseres opp mot helseregionenes formelle organisering av regional funksjonell forvaltning og forfatternes antagelser rundt de tre forskjellige organiseringene. Dette redegjøres for i kapittel 2, bakteppe. Videre sees dette opp mot teorien i kapittel 3 og problemstillingen: hva har den formelle organiseringen av regional funksjonell forvaltning av elektronisk pasientjournal DIPS, å si for den praktiske utøvelsen av forvaltningen?

Kapittelet starter med en kort generell drøfting. Deretter drøftes de nevnte funnene. Etter drøftingene følger et nytt avsnitt med refleksjoner. Her belyses noen av de spørsmålene, som henger sammen med problemstillingen, som forfatterne har stilt seg gjennom undersøkelsen. Studiet avsluttes med oppsummering og konklusjon i kapittel 7.

6.1 Generell drøfting

På den ene siden fortalte alle intervjuobjektene at det var beslutningen om ett felles regionalt IKT-system som førte til behovet for harmonisering av bruk og oppsett i systemene. Med dette oppstod også behovet for en felles forvaltning og gevinstrealisering. På den andre siden kan det leses i bakteppet, kapittel 2, at bestemmelsen for standardisering kom fra HOD, med ønsket om et helhetlig ansvar for driften.

Den funksjonelle forvaltningen skal forvalte kliniske IKT-systemer og alle helseregionene har forvaltning med fokus innad på systemene. Utfra formell organisering, kapittel 2, er det belegg for å anta at Helse Sør-Øst hadde en sterkere administratorrolle i sin funksjonelle forvaltning, enn de to andre helseregionene. Forvaltningen koordinerte brukernes ønsker og behov regionalt, før bestilling for utføring ble sendt til Sykehuspartner. Noe som understøttes av noen av intervjuobjektene i empirien.

Samtidig var det uttalt av flere intervjuobjekter at fag og teknologi henger sammen. Forvaltningen måtte ta dette innover seg. Uten at det skjer, ville det ikke kunne være en helhetlig forvaltning.

I Helse Vest ble regional funksjonell forvaltningen lagt til Helse Vest IKT AS. På denne måten ble IKT-spesialiseringen «rendyrket». En slik organisering bidrar til at det tekniske får større plass enn det klinisk faglige. I Helse Nord og Helse Sør-Øst (da forvaltningen var organisert i OUS) ble den funksjonelle forvaltningen lagt til et HF. På den måten var de nær fagmiljøet, fremfor å rendyrke IKT-spesialiseringen. I ettertid ble funksjonell forvaltning i Helse Sør-Øst flyttet til RHFet. En av årsakene til dette var ifølge intervjuobjektene at forvaltningen ble stemplet som en «OUS-part» og ikke som en koordinator for regionen. Intervjuobjektene, så bare fordeler og ingen ulemper med flyttingen (sitat 17).

6.2 Konsensus

Alle helseregionene sa at de var avhengig av konsensus for å få til endringer i forvaltningen av DIPS. På den ene siden var dette litt uventet for forfatterne, da vi utfra den formelle organisering og bakteppet antok at den funksjonelle forvaltningen i Helse Sør-Øst kunne ha større gjennomslagskraft, enn forvaltningen i de to andre helseregionene.

På den andre siden er det ikke gitt at Helse Sør-Øst valgte å bruke den regionale gjennomslagskraften fremfor konsensus. Grunnen kom ikke klart frem i intervjuene. En av grunnene kan likevel ha vært historikken da forvaltningen var organisert i OUS. Intervjuobjektene beskrev innføringen av endringene som en «bulldoser» som kjørte over alle andre HF. Dette møtte motstand, og ble etter hvert så problematisk at de valgte å omorganisere funksjonell forvaltning til RHFet.

For Helse Nord og Helse Vest, har forfatterne tidligere antatt at det ville kreve mye konsensus i den utførende delen av forvaltningen for å kompensere for manglende mandat til å beslutte. På den ene siden kunne dette, ifølge teorien beslutningsmyndighet og sentralisering/desentralisering, tilsi at det var en sterk sentralisering av beslutningsmyndighet, noe forfatterne også antok utfra bakteppet. Styringslinjen og ansvaret synes klart for våre intervjuobjekter, og alle sa at det til dels var svært mye treghet i organisasjonen. Dette ga seg utslag ved at blant annet implementeringer av endringer tok lang tid. Intervjuobjektene i Helse Vest utalte at kritikken mot regional funksjonell forvaltning var at ting tok for lang tid. Forvaltningen hadde prøvd å gjøre dette bedre ved å ha hyppigere møter i operativt styringsorgan, og i regionale arbeidsgrupper.

På den andre siden erfarer intervjuobjektene i Helse Vest sin rolle til å være koordinatorene. Dette harmonerte med teori om koordineringsmekanismer. Kompleksiteten er stor ved spesialiseringene, og det er behov for å finne ordninger som fungerer på tvers mellom HFene. Erfaringene viser også til en opplevelse av ulemper med matrisestruktur, hvor intervjuobjektet trekker paralleller til utfordringene som kan oppstå med å inneha flere roller og ledere. (sitat 22).

Forfatterne antok i teorien, kapittel 3.10, der IKT omtales, at rendyrkingen ved å legge alle IKT ressursene til ett AS, ville kunne føre til en mer vertikal kommunikasjon. Dette understøttes av intervjuobjektene, i empirien, i hvordan de løste sine roller som fasilitator. Intervjuobjektene i Helse Nord, hadde brukt flere år på å etablere en god samarbeidsmodell mellom funksjonell og teknisk forvaltning. Ett av intervjuobjektene erfarte at noen ganger hadde det vært enklere å gjøre alt selv. Kompetansen var til stede for det, men rettighetene for utøvelsen av arbeidet var ikke det, samt at det ble en del dobbeltarbeid. Dette støtter opp om teorien rundt arbeidsdeling og spesialisering hvor dobbeltarbeid fremheves som en utfordring. Samme intervjuobjekt erfarte også at de fant løsninger uten å iverksette et stort apparat. Intervjuobjektet uttalte at foretakene måtte komme til enighet om saker som behandles, fordi man styrer etter en konsensusmodell. Intervjuobjektene fra Helse Nord sine uttalelser understøttes av teoriene om matriselignende strukturer, selv om styringslinjen i RHFet var formalisert hierarkisk.

På den ene siden er det utfra den formelle organiseringen, kapittel 2, belegg for å anta at Helse Nord (spesielt), hadde en stor andel av integratørrollen. Integratørrollen er en av fire roller som en leder bør ha ifølge PAIE-modellen (figur 6). Dette fordi regional funksjonell forvaltning organisatorisk var plassert under et HF. Gitt det organisatoriske hierarkiet, avhengighet til den tekniske forvaltningen og at det er en regional funksjon, kunne det se ut til at det måtte etableres mye enighet for å komme frem til et forslag for endringer som kan gjennomføres. Dette viste seg å være korrekt ifølge intervjuobjekter.

På den andre siden viser empirien at Helse Vest hadde et sterkere søkelys på integratørrollen enn først antatt. Utfra den formelle organiseringen, kapittel 2, var det belegg for å anta at

Helse Vest hadde et sterkere produsentfokus enn de to andre helseregionene. Dette fordi hele forvaltningen av IKT, er organisatorisk plassert under Helse Vest IKT AS. Den tekniske forvaltningen av systemene har ofte søkelys på produksjonen av systemene, fremfor bruken av disse. Den funksjonelle forvaltningen må ha kunnskap for å kunne se synergier og sammenhenger mellom det tekniske og det funksjonelle, slik at alle parter blir ivaretatt på en best mulig måte. Forfatterens antakelser her, var ikke korrekte da intervjuobjektene var tydelige på at de har en koordinatorrolle og ikke IKT-rolle.

Felles for alle forvaltningene, var erfaringene av manglende beslutningsmyndighet. Dette ga ledere og medarbeiderne en særlig rolle for utføringen av oppgavene for å oppnå konsensus i regionen. Regional funksjonell forvaltning i alle regionene, skulle løse funksjonelle oppgaver i forbindelse med DIPS. Behovene meldes inn fra HFene og IKT tok seg av den tekniske delen av utførelsen. Den funksjonelle forvaltningen passet godt inn i Adizes PAIE modell. Dette viser seg gjennom erfaringen til intervjuobjektene som er at de har fokuset både innad mot systemet og utad mot kunden. Dette samsvarer med integratortrollen.

På den ene siden kan forfatterne hevde at fokuset, til den funksjonelle forvaltningen, måtte være på behovene til kundene (HFene). Dette behovet måtte ivaretas fordi det er HFene som er brukerne av systemene. Ett av intervjuobjektene medelte at i møteteformaene lyttet de til det som ble sagt. I noen saker hadde det vært uenighet, men ikke mer enn at man har pustet tre ganger og blitt enige om hvordan det skulle løses (sitat 33). Om systemene ikke dekket behovene, ville det være en risiko for at andre (ikke- standardiserte) systemer ble tatt i bruk, og standardiseringen forvitret. På den andre siden måtte det koordineres mot det tekniske (IKT). Det var ikke sikkert at behovene lot seg implementere. Det kunne for eksempel skyldes sikkerhet, funksjonalitet, eller ulike behov og ønsker fra eier og bruker. Et intervjuobjekt i Helse Nord sa at de var oppmerksomme på å redusere transaksjonskostnadene, for å forhindre dobbeltarbeid (sitat 35). Den funksjonelle forvaltningen må dermed inneha fokus både utad mot HFene, og innad mot det tekniske (systemene).

På den ene siden kan det hevdes at det er en stor grad av formalisering. Det var snakk om standardiseringer av systemer. Dette ble gjort for å ivareta lovkrav, bakteppet kapittel 2, og for å oppnå større fleksibilitet, ved at det er samme systemer som fungerer på samme måte,

hvor hen i hele regionen. Dermed sparte HFene resurser ved blant annet opplæring, prosedyrer og forflytning av personell innad i regionen. Samtidig viste forskning at standardisering reduserte feil ved at oppgaver blir grundigere drøftet og forankret (Csaszar, 2012). Dette samsvarer med Adizes administrator-rolle som har fokus innad i organisasjonen mot det tekniske, systemet.

På den andre siden måtte det være rom for forbedringer fra brukerne og for utvikling av ny funksjonalitet. Dette var viktig for å kunne beholde systemene og følge utviklingen og behovene dette medførte, fremfor å anskaffe nye systemer. Dette samsvarer med Adizes integrator-rolle som har fokus utad i organisasjonen mot brukerne av systemet.

Den funksjonelle forvaltningen måtte derfor ha søkelyset på formalisering og hva som kunne endres uten at det gikk utover standardiseringen. I tråd med Adizes synspunkt, må individene i funksjonell forvaltning inneha følgende fire roller for å utøve oppgavene: Administrator, produsenten, entreprenøren og integratoren. (Adizes & Hoff, 1980). I teorien ble det gjort antagelser at den funksjonelle forvaltningen er markedsbasert. Noen av intervjuobjektene har tydelig fokus på helseforetakene og deres behov. Dette samsvarer med Adizes integratorrolle.

Oppsummert er den funksjonelle forvaltningens rolle fra forfatterens perspektiv, å motta forslag om endringer og forbedringer fra alle HFene. Disse forslagene søkes omforent i regionen for å sikre en standardisering. Og i dette arbeidet må også systemets muligheter og begrensninger inngå.

Siden den funksjonelle forvaltningen ikke har mandat til å fatte beslutninger, er det nødvendig at HFene kommer til enighet dersom beslutninger skal kunne tas på lavt nivå. Ved uenighet må saken eskaleres i beslutningshierarkiet.

På den ene siden kan det hevdes at samlingen av oppgavene og kompetansen, til funksjonell forvaltning, ga en ønsket spesialisering. Intervjuobjektene fremhevet redusert dobbeltarbeid, transaksjonskostnader og nærhet til fagmiljøet. På den andre siden kan det oppstå silotenkning og manglende forståelse for andre avdelinger og deres oppgaver. Med dette kom også

samarbeidsproblemer. Dette utdypes senere i forbindelse med legitimitet. Mintzberg hevder at HFenes, kundenes, behov kan bli utfordrende å ivareta ved funksjonsbasert spesialisering (Mintzberg, 2009).

6.3 Legitimitet

Alle intervjuobjektene sa at legitimitet i organisasjonen var viktig, både fra eier og utøver sitt perspektiv. Helse Nord har jobbet masse for ikke å ha «UNN-hatten» men være regional (sitat 10). Helse Vest opplever at initiativ fra regional funksjonell forvaltning nødvendigvis ikke blir tatt godt imot av helseforetakene (sitat 42). Helse Sør-Øst sier det har vært viktig å være i RHFet for å kunne gjøre jobben (sitat 29).

Hvordan har helseregionene praktisk løst legitimiteten og hva sier organisasjonsteorien om struktur? På den ene siden var det ikke overraskende at legitimitet er spesielt viktig da forvaltningen har et regionalt oppdrag på vegne av flere juridiske enheter, og det er mange aktører involvert i forvaltningen av DIPS. Alle regionene har uttalt at de var redd for å bli oppfattet å ha på en annen hatt enn den de skulle ha. «IKT-hatten», «UNN-hatten», «OUS-hatten». Helseregionene har alle innført kompenserende tiltak for å motvirke dette.

På den andre siden må det sees på hva organisasjonsstrukturen har å si for den praktiske opplevelsen av legitimiteten. Den formelle organiseringen av helseregionene er beskrevet i bakteppet, kapittel 2. Organiseringen viser at Helse Vest og Helse Nord må forholde seg til to styringslinjer, både enheten regional funksjonell forvaltning er lagt til, Universitetssykehuset Nord Norge og RHFet. Gitt at man har to styringslinjer kan man trekke paralleller til matriseorganisering. I Helse Nord samles like funksjonelle oppgaver i en enhet på tvers av ulike systemområder, kombinert med at man er nært sluttbruker av systemene i klinikken. I Helse Vest har man samlet teknisk og funksjonelle oppgaver innenfor IKT-systemene i en enhet. Ulempen er at man også her har to styringslinjer, en til Helse Vest IKT og en til RHFet og ved uenighet må man løfte saken til et høyere nivå i organisasjonen som nevnt tidligere. Ifølge Jacobsen & Thorsvik vil matriseorganisasjoner kreve kommunikasjon og koordinering. (Jacobsen & Thorsvik, 2019).

Som nevnt kan regional funksjonell forvaltning i Helse Vest omtales som matriseorganisasjon der det ifølge teorien er behov for koordinering. Regionen skiller seg ut fra de andre to ved at de er eneste region som opplever å ha en helhetlig forvaltning i tillegg til legitimitet. Helhetlig forvaltning behandles særskilt senere. Det er interessant å se hvordan Helse Vest opplever sin legitimitet i forhold til de andre regionene. Helse Vests forvaltning utøves ved at de innehar en helt tydelig fasilitator-rolle. Dette kan vi se på som en koordineringsmekanisme, integratorposisjon.

Empirien støtter opp om Mintzberg i at koordineringsmekanismer er det mest sentrale elementet i strukturelle konfigurasjoner (Mintzberg, 1989). Den funksjonelle forvaltningen har ikke beslutningsmyndighet, men er koordinatorene mellom avdelinger og helseforetakene. De inntar en rolle for å danne konsensus og de har ikke et mål om å få gjennom Helse Vest IKT sine meninger og prioriteringer. Sykehusene melder inn saker og forvaltningen forholder seg til det. I tillegg til koordineringsmekanismer sier Helse Vest at legitimitetsopplevelsen handler mye om tillit og tydelige ledere som sier at oppgavene skal løses sammen (sitat 23 og 26).

Intervjuobjektene i Helse Vest fortalte at de som utøver forvaltningen opplever at toppledelsen er tydelig på målene for regionen. De fortalte også at eier uttrykker at individene i utøvende forvaltning er sentrale og har tillit. Intervjuobjekt uttalte «Går det dårlig med personkjemien kan du organisere deg som du vil». Dette tyder på at på den ene siden er det god opplevelse av legitimitet mellom eier og utøvende forvaltning. På den andre siden kan det se ut til at ledelsen i både utøver og eiersiden innehar mye av integratortrollen, i Adizes PAIE-modell (Adizes & Hoff, 1980) som også bidrar til at de lykkes med opplevelsen av legitimitet og helhetlig forvaltning. Helse Sør-Øst har en annen struktur ved at de har kun en styringslinje og er organisert i det regionale helseforetaket (RHF). Hvordan påvirker dette legitimiteten til den praktiske forvaltningen?

På den ene siden tyder empirien på at det stemmer at den funksjonelle forvaltningen i Helse Sør-Øst ikke opplever legitimiteten utfordrende ved dagens organisering. Intervjuobjektet sier at den funksjonelle forvaltningen nå jobber på tvers og er en regional part. På den andre siden

underbygger teorien om strukturelle konfigurasjoner at det er en kombinasjon av fire strukturelle elementer som gjør at regionene skiller seg ut fra hverandre (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Det er spesielt hierarki/linje og stab der Helse Sør-Øst skiller seg ut fra de andre regionene ved at de har kun en styringslinje og er organisert i RHFets stab. Kan dette forklare at Helse Sør-Øst ikke opplever legitimiteten som utfordrende og ikke har hatt behov for kompenserende tiltak med dagens organisering?

På den ene siden stemmer det nok at hierarki/linje og stab-elementene i Helse Sør-Øst gjør legitimiteten enklere. På den andre siden viser empirien at etableringen av regional funksjonell forvaltning i Helse Sør-Øst kan ha påvirket hvordan de nå opplever legitimiteten. Tidligere var legitimiteten totalt fraværende. De fortalte at de ble stemplet som «OUS-folk» og ikke som en fasilitator for alle (sitat 6). For å få legitimitet utførte Helse Sør-Øst RHF en virksomhetsoverdragelse og organisatorisk endring av regional funksjonell forvaltning fra OUS til RHF. Etter dette har de opplevd legitimitet. Dette støtter opp under at hierarki/linje og stab er en egnet struktur for legitimitet.

Det som da er interessant er å se på hvorfor en region opplever legitimitet mens en annen ikke gjør det når organisasjonsstrukturen er lik? Helse Sør-Øst opplevde ikke legitimitet da de var organisert i OUS men Helse Nord opplever legitimitet i dagens organisering i UNN. Helse Nord har tiltak som merkevarebygging, samarbeidsarenaer og det å behandle alle likt. Ville dette ha fungert for Helse Sør-Øst? På den ene siden er det enkelt å tenke at det kunne ha hjulpet med disse tiltakene. Men på den andre siden er organisasjonens størrelse og ledelse en viktig faktor.

På den ene siden tyder dette på at selve grunnpilaren i forvaltningen, den regionale standarden, ikke var forankret godt nok i Helse Sør-Øst og det opplevdes som overkjøring av de andre helseforetakene. Intervjuobjekt fortalte at OUS hadde laget en standard som kanskje ikke var omforent i regionen og standardiseringsløpet ble tungt (sitat 5). Det ble ikke uttalt hvordan prosessene foregikk og hvordan ledelse har vært utøvd ved utarbeidelse av regional standard og forankring. På bakgrunn av uttalelser som overkjøring og ikke godt nok forankret

kan forfatterne anta at ikke alle PAIE-rollene, administrator, produsent, entreprenør og integrator, har vært til stede i prosessen (Adizes & Hoff, 1980). Det kan se ut til at OUS, da funksjonell forvaltning var organisert der, var mest orientert innad ved at de ville forvalte standarden de selv hadde laget uten å ha nok fokus utad mot resten av helseforetakene i regionen. I følge PAIE burde de hatt mer fokus utad ved Produsent enn innad som Administrator. Dette kunne ført til bedre konsensus, forankring og opplevd legitimitet for den funksjonelle forvaltningen. Helse Nord uttalte at de hadde et regionaliseringsprogram fra 2011-2016 for å gjøre harmonisering og innføre felles systemer. I tillegg ble det brukt to år på å etablere regional funksjonell forvaltning. Dette kan tyde på at forankring, involvering og ledelse har vært god.

På den andre siden er størrelse på organisasjonen i Helse Nord og Helse Sør-Øst svært forskjellig. Ifølge teorien har strategi, størrelse og struktur innvirkning på en organisasjon. Helse Sør-Øst er den største av helseregionen med desidert flest ansatte og pasienter. Organisasjonsteorien sier at størrelse kan føre til at kompleksiteten i organisasjonen øker horisontalt og vertikalt (Child, 1973). Dette kan være medvirkende til at det er mer utfordrende for en så stor organisasjon å nå gjennom med god nok forankring og merkevarebygging.

6.4 Helhetlig forvaltning og møtearenaer

Hvordan har de regionale funksjonelle forvaltningene av DIPS klart å ivareta sine oppgaver i lys av at de er forskjellig organisert, ikke har beslutningsmyndighet, og er det viktig å ha en helhetlig forvaltning? I empirien kom det frem at alle regionene baserte seg på konsensus. Noen av intervjuobjektene opplevde ikke tilstrekkelige samhandlingsarenaer for utøvelsen av sine oppgaver.

Ett intervjuobjekt i Helse Nord sa at saksbehandling som gjaldt den regionale standarden ble løst på lavest mulig nivå. For eksempel var det etablert driftsmøter mellom helseforetakene, forvaltningen og Helse Nord IKT for saksbehandling og erfaringsutveksling. Dette var ikke en del av den formelle styringsstrukturen. Ett annet intervjuobjekt, i Helse Sør-Øst, sa at det var etablert flere møtearenaer mellom medisin og helsefag-ledere sammen med leder teknologi og e-helse. Ifølge Jacobsen og Thorsvik, påvirkes organisasjonen av forhold i

omgivelsene (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Forvaltningen består av mange aktører og interessenter, både teknisk og funksjonelt. Den hierarkiske strukturen til de funksjonelle forvaltningene er forskjellige men alle har funnet en hensiktsmessig måte å løse utfordringen på. De har etablert nettverk og møtefora med de individene, avdelingene og HFene som trengs for å utføre sine oppgaver.

På den ene siden hevder forfatterne at funksjonell forvaltning bedriver en markedsbasert tilnærming. Det er HFene, kundene, som er i fokus. På den andre siden kan det hevdes at funksjonell forvaltning har som hovedoppgave å forvalte en standard som medfører at forvaltningen er opptatt av formalisering og har fokus innad, mot systemet. Helse Nord har delt forvaltning, der HN-IKT har den tekniske delen. Dette er beskrevet i bakteppet og figur 5 i kapittel 2.

På den ene siden erfarer intervjuobjektene fra Helse Nord at samarbeidet mellom teknisk- og funksjonell forvaltning er veldig bra. Dette kom til uttrykk i empirien ved at ett intervjuobjekt utalte at noen ganger føltes det som det var en og samme enhet. På den andre siden erfarte intervjuobjektene at flyten mellom forvaltningene var tungvint. Dette kom til uttrykk ved at ett intervjuobjektet uttrykte at det noen ganger hadde det vært enklere å gjøre alt selv (sitat 37).

I empirien kom det frem at Helse Sør-Øst hadde en delt forvaltning mellom Sykehuspartner på den tekniske delen, og RHFet på den funksjonelle delen. Dette var også i samsvar med forfatterens forventninger. Dette er beskrevet i bakteppet og figur 4 i kapittel 2.

Intervjuobjektene erfarte ikke at forvaltningen av DIPS var helhetlig. Dette kom tydelig frem i empirien ved at intervjuobjektet uttrykte at det ikke fantes en rød tråd (sitat 38)

På den ene siden erfarer Helse Vest at forvaltningen av DIPS var helhetlig. Dette var i samsvar med forfatterens antagelser. Dette er beskrevet i bakteppet og figur 3 i kapittel 2. Ett av intervjuobjektene sa i klartekst at vedkommende oppfattet at de hadde en helhetlig forvaltning i regionen. På den andre siden kom det frem i empirien at det kunne fremstå som fragmentert mellom program/prosjekt og forvaltning, da det gjelder utviklingsarbeidet av løsninger.

For at funksjonell forvaltning skulle kunne løse sine oppgaver, var de avhengige av HFene. Forvaltningen skulle være bindeleddet mellom HFene (kundene) og det tekniske (IKT) systemet. For å løse denne oppgaven må det være kommunikasjon. Det fremkommer ikke i empirien at noen av de regionale forvaltningenes gjennomslagskraft var avhengig av om det var helhetlig eller fragmentert/delt forvaltning. Da det ikke eksisterer tilstrekkelig formelle styringsstrukturer for ivaretagelse av samhandling, har de funksjonelle forvaltningene valgt å løse dette ved å etablere samarbeidsarenaer utenfor den formelle strukturen. Vi har da fått uformelle arenaer.

6.5 Ønske om annen organisering

På den ene siden sier alle intervjuobjektene at dagens organisering av regionale funksjonell forvaltning fungerer i praksis. På den andre siden viser empirien at selv om det fungerer ønsker to av regionene en annen organisering enn de har i dag. Helse Nord sier at de er lojale mot beslutningen om dagens organisering, men at de mellom linjene kunne tenkt seg å være i Helse Nord IKT på grunn av transaksjonskostnadene og at det kunne vært enklere (sitat 16 og 35).

På den ene siden har Helse Nord's formelle strukturelle konfigurasjon likhetstrekk med Helse Vest på alle strukturelle elementene. 1) arbeidsdeling og spesialisering, 2) hierarki/linje og stab, 3) koordineringsmekanismer, 4) styringssystemer (Jacobsen & Thorsvik, 2019). På den andre siden ønsker intervjuobjektene i Helse Nord en organisering sammen med Helse Nord IKT og som er mer lik Helse Vest ved at teknisk og funksjonell forvaltning samles i en spesialisert enhet.

De strukturelle elementene har likhetstrekk. Hva er det da som gjør at intervjuobjektene i Helse Nord ønsker en mer lik modell som Helse Vest? I teorien (kapittel 3.9) ble det antatt at kommunikasjon er tettere og koordinering fungerer lettere i funksjonell forvaltning i Helse Vest enn i de to andre regionene. På den ene siden viser empirien fra Helse Vest at dette fungerer bra og antagelsene stemmer. Samtidig på den andre siden viser empirien fra Helse Nord at forventningsavklaringer og transaksjoner er utfordrende ved at de er adskilt fra de som utøver teknisk forvaltning i DIPS. Bestillinger må utredes og beskrives og sendes til den

andre organisasjonen som må ha lik kompetanse for å håndtere de. Som tidligere nevnt, er rettighetene for utøvelsen av arbeidet ikke til stede for andre enn de som organisatorisk tilhører Helse Nord IKT og dette fører til mange transaksjoner. Spesialiseringen i regional forvaltning av DIPS er stor og krever bredde på kompetanse som i dagens modell må bygges opp i to organisasjoner. Det er etablert mange møtepunkter og samarbeidsarenaer mellom organisasjonene. Mye kunne vært forenklet om de hadde vært i samme organisasjon både med tanke på tid og ressurser.

Helse Sør-Øst skiller seg som tidligere nevnt strukturelt fra de to andre regionene ved at de er organisert i RHF og har en tydeligere styring med kun en styringslinje. På den ene siden fungerer forvaltningen, de har kun en styringslinje og er organisert i RHFets stab, men på den andre siden jobbes det konkret med planer for å endre på organiseringen. Etter at de ble organisert i RHF, er det fortsatt utfordringer med ny beslutning om organisering av regional funksjonell forvaltning. Fire ganger har forslag til ny modell vært behandlet i ledergruppen, og den er avslått uten at det gis en retning videre. Intervjuobjektet er tydelig på at oppgaven ikke bør være organisert i RHF. De uttaler at systemet er installert og leverandøren gjør ikke mye endringer og svært lite kan gå galt. Når det er slik, så mister RHF interessen for å styre, og sykehusene eller Sykehuspartner kan håndtere dette selv da det ikke er mye som kan gå galt (sitat 4).

Det kom frem at det pågår endringer på modellen som ikke er offentlige ennå som medfører flytting av oppgaver til Sykehuspartner. Dette er strategisk, og RHF ønsker en formalisering av ansvar, med tanke på at de er eier og skal utøve styring og gi føringer og retning. De ønsker å rendyrke et toppnivå som kan fungere strategisk, taktisk og operativt på de aller viktigste beslutningene (sitat 18). I den nye strukturen skal Sykehuspartner være de som utøver forvaltningen, men slik det er i dag skal de ikke kunne tenke selv ved endringer (sitat 21).

På den ene siden uttalte intervjuobjektet at det er fordeler med at RHF kan tydeliggjøre sin rolle og at Sykehuspartner skal utøve. Men på den andre siden uttalte de at det er en fare for at man mister mye av det som er positivt med dagens organisering. Da kan det være nødvendig å se på kompensierende tiltak som koordineringsmekanismer og utøvelse av legitimitet

tilsvarende det vi har sett i Helse Vest og Helse Nord tidligere. Intervjuobjekt i Helse Sør-Øst uttalte at de så på med bekymring hvis alt hos de ble flyttet til Sykehuspartner, de frykter å miste godt etablerte nettverk mot HDIR og sykehusene (sitat 20).

På den ene siden ønsker Helse Sør-Øst en endring, men på den andre siden er det ikke sikkert at det er den rette løsningen som de nå går for, og de sier at det er vanskelig å spå om de vil lykkes uttalte intervjuobjekt (sitat 19). Intervjuobjektene fra Helse Vest er de som gir mest uttrykk for at organisering ikke er utfordrende og at de er fornøyde slik de har det i dag og at organisering ikke er på listen over ting som lager problemer (sitat 25).

6.6 Refleksjoner

Tidligere i oppgaven, i bakteppet og teori stilte forfatterne noen spørsmål til seg selv underveis i arbeidet. Spørsmålene belyses nå for å se om de har blitt besvart.

I bakteppet, ble det antatt at det kan være beslutningsprosesser som ville kreve forskjellige løsninger, gitt måten tjenesten er organisert på. Spørsmålet «hvordan er dette søkt løst?» ble stilt. Utfra empirien har alle helseregionene, uansett organisasjonsstruktur, valgt å løse dette på samme måte. Ved konsensus. Beslutningsprosessene, i oppgaven, støtter ikke vår antagelse.

I teorikapitlet var det tre spørsmål.

1) Spørsmålet om "beslutningsmyndigheten til intervjuobjekter erfares slik som beskrevet i teorien, og om utfordringsbildet er som skissert i teorien?». Om beslutningsmyndighet sier alle intervjuobjektene at den er fraværende i regional funksjonell forvaltning. Konsensus er det som fungerer. Når det gjelder utfordringsbildet, så erfarer intervjuobjektene at dette er delvis i tråd med Mintzberg (1989), og delvis i tråd med kritikken mot Mintzbergs teorier. Forfatterne av oppgaven tolker dette slik at intervjuobjektene understøtter Mintzberg i at det er koordineringsmekanismer som er det viktigste, og spesielt kritikken fra Strand (2007), at individene, og derav kulturen, er avgjørende for om regionene skiller seg fra hverandre.

2) Spørsmålet «om våre intervjuobjekter erfarte denne desentraliserte myndigheten?». Intervjuobjektene erfarer at beslutningsmyndighet, som nevnt tidligere, ikke er til stede. Derimot erfarer de at møteledelse og sakslister er sentralt. Bestemmelsene tas ved konsensus på lavest mulig nivå. På denne måten er den operative delen sentral når beslutningene skal tas. Dette er i tråd med Mintzbergs teori.

3) Spørsmålet «hvordan de forskjellige formene for organiseringen av regional funksjonell forvaltning, valgte å løse ledelsesperspektivet i praksis. Krevdes det spesielle egenskaper av ledere i de forskjellige organisasjonsformene?» Intervjuobjektene erfarte at lederne var sentrale i det å forstå og formidle, både språk og teknisk forståelse, videre til andre samarbeidsaktører og i den hierarkiske linjen. I analysen påpekes at integratorrollen/koordinatorrollen var den som hele tiden ble fremhevet som den dominante egenskapen i de uformelle arenaene.

Det siste spørsmål forfatterne stilte var tredelt. Etter alle intervjuene, opplevde, vi som intervjuere, noen signifikante forskjeller mellom informasjonen fra eier og utøver (i samme region), eller mellom eier og eier (i de forskjellige regionene) og mellom utøver og utøver (i de forskjellige regionene)? Det var generelt lite variasjon i informasjonen mellom eier og utøver innenfor samme helseregion. Mellom eier og eier i de forskjellige regionene var nok den ene regionen litt mer opptatt av det større bildet enn vi erfarte i de andre regionene. Dette definerte vi, som forfattere av oppgaven, som ikke vesentlig for vår problemstilling, det er derfor utelatt i vår analyse. Mellom utøver og utøver i de forskjellige regionene var det noen opplevde forskjeller og de er en del av analysen.

7.0 Oppsummering og Konklusjon

Oppgaven startet med følgende problemstilling: Hva har den formelle organiseringen av regional funksjonell forvaltning av elektronisk pasientjournal DIPS, å si for den praktiske utøvelsen av forvaltningen?

Utfra empiri ble det ekstrahert fire funn: 1) konsensus, 2) legitimitet, 3) helhetlig forvaltning og møtearenaer, og 4) ønsker om annen organisering. Alle funnene er sterkt knyttet til hverandre.

Uansett hvilken formell organisering tjenesten har, er konsensusmodellen den som brukes for å få til endringer i forvaltningen av DIPS. Dette er forståelig utfra et manglende mandat til å fatte beslutninger. Felles for alle forvaltningene, var erfaringene av manglende beslutningsmyndighet. Alternativet til konsensus ville, i våre tilfeller, være å eskalere uenighetene oppover til høyere nivå i eierlinjen. Dette ville ført til ineffektivitet og tidkrevende beslutningsprosesser. Her hadde tilsynelatende organiseringen lite å si for den praktiske utførelsen av tjenesten. Alle de tre helseregionene hadde organisert tjenesten på forskjellig måte, og i alle helseregionene hadde den funksjonelle forvaltningen funnet at konsensus var det som fikk tjenesten til å fungere, ikke beslutningsmyndighet.

Legitimitet er av største betydning for utøvelsen av den praktiske forvaltningen, uavhengig av formell organisering. Legitimitet kan oppnås ved formell organisering, men ikke nødvendigvis. Om legitimitet ikke oppnås, vil det sette konsensusmodellen under press. Helse Nord og Helse Vest fremhever kompensierende tiltak for å oppnå legitimitet, ved for eksempel merkevarebygging og samhandling. Helse Vest fremhever viktigheten av at de har en fasilitator-rolle. Legitimitet må håndteres på ulik måte på bakgrunn av valgt organisering.

Regional funksjonell forvaltning, i Helse Sør-Øst, var tidligere organisert i et helseforetak (OUS), og opplevde ikke legitimitet. Helse Nord opplever legitimitet med samme organisering. Størrelsen på organisasjonen i OUS kan ha bidratt til å gjøre forankringen av standard utfordrende, og derav forklare noe av legitimitetsutfordringene.

Helse Sør-Øst organiserte seg bort fra legitimitetsutfordringene de opplevde i OUS, ved å flytte forvaltningen over til RHF. I praksis vil dette si at den formelle organiseringen av den funksjonelle forvaltningen, kan ha betydning for legitimiteten. Andre faktorer som for eksempel individene og kompenserende tiltak ser også ut til å ha innvirkning på legitimiteten.

Helse Vest er den eneste helseregionen som erfarte at de hadde en helhetlig forvaltning. Alle helseregionene hadde valgt å løse den funksjonelle forvaltningen ved hjelp av konsensus. Det har ikke kommet frem erfaringer som tilsa at gjennomslagskraften, til den funksjonelle forvaltningen, var avhengig av om forvaltningen var helhetlig eller ikke.

Alle intervjuobjektene erfarte at det var utilstrekkelig samarbeidsarenaer for utførelsen av oppgavene til den funksjonelle forvaltningen. Dette, samt det faktum at de ikke hadde mandat til å fatte beslutninger, førte til etableringen av uformelle samarbeidsarenaer. De uformelle samarbeidsarenaene var nødvendig for at de funksjonelle forvaltningene kunne løse sine oppgaver.

Her var organiseringen av betydning for utøvelsen av oppgavene. Ingen av de formelle organiseringsformene leverte på behovet som den funksjonelle forvaltningen hadde, for å løse sine oppgaver. Ut fra funnene, hadde ikke organiseringen noe å si for gjennomslagskraften. Den funksjonelle forvaltningen, fant en løsning for utøvelsen av det praktiske arbeidet, uansett organisasjonsform. Likevel fremstår reduserte transaksjonskostnader og enklere styring som to positive effekter. Det å ha samarbeids- og møte- arenaer fremheves som viktigere enn en det å ha en helhetlig forvaltning.

Alle intervjuobjektene, i de tre helseregionene, sier at dagens organisering av regional funksjonell forvaltning fungerer. Likevel ønsker Helse Sør-Øst en ny organisasjonsmodell med mer formalisering av RHF sitt ansvar. Der de er en tydelig eier og skal utøve styring og

gi føringer og retning. Sykehuspartner skal være de som utøver forvaltningen og overtar oppgaver som i dag utføres i RHF.

Helse Vest og Helse Nord har like strukturelle elementer, men Helse Vest har samlet teknisk og funksjonell forvaltning i samme organisasjon. Intervjuobjektene i Helse Nord forteller at forventningsavklaringer og mange unødvendige transaksjoner er utfordrende ved at de er adskilt fra de som utøver teknisk forvaltning av DIPS. Videre uttrykte de at de kunne tenke seg en modell, mer lik Helse Vest. Helse Vest uttrykker at de er fornøyde slik de er organisert i dag.

Organiseringen har, utfra forfatterne, av denne oppgaven sine funn, ikke mye å si for den praktiske utøvelsen av forvaltningen, men organisatoriske endringer kan gi gevinster som tydeliggjøring av styring og færre transaksjonskostnader.

Empirien og analysen viser at det er andre faktorer som er av større betydning enn den formelle organiseringen, for den praktiske utøvelsen av forvaltningen. Av disse fremheves individene, og deres egenskaper for å løse de praktiske utfordringene. Dette kan tyde på at organisasjonskulturen er av større betydning enn den formelle organisasjonsstrukturen, for den praktiske utøvelsen av forvaltningen. En praktisk måte å løse forvaltningen av IKT-systemene i spesialisthelsetjenestene vil ikke uten videre løses gjennom valg av formell organisering. Empirien har vist at alle tre helseregionene så ut til å løse forvaltningen rimelig likt praktisk sett, og det på en tilfredsstillende måte. Ville resultatet vært det samme om brukerne av systemene i de tre regionene hadde blitt spurt? Det kan jo tenkes at brukerne i en eller to av regionene er mer eller mindre fornøyd med forvaltningen av IKT-systemene enn i en annen region. Det vil kunne være et spørsmål til videre forskning å undersøke dette nærmere.

Innledningen av oppgaven startet med litt helsepolitisk historie. Da vil det være passende å avslutte med litt fremtidsvisjoner. Hvordan ser helseregionene for seg fremtiden? Empirien viser at ingen av intervjuobjektene fra de tre helseregionene ser for seg at de driver med de

samme systemene, eller oppgavene på samme måte som de gjør i dag. Da intervjuobjektene ble bedt om å se for seg visjoner, gikk deres refleksjoner mot store fellessystemer, med delprosjekter, som muliggjorde raske avgjørelser og smidighet for utførelse og operasjonalisering. Betegnelsen «lettvekt-IKT» ble brukt, som en synliggjøring på dette. Det nevnes også at overordnede mål og strategier er til stede.

Alle helseregionene arbeider for å innfri kravene til «Én innbygger, én journal». Etter at regionene har iverksatt dette, gjenstår det å samordne regionene. Tre av fire RHF vil ha DIPS. Helse-Midt, vil ha Helseplattformen, som også implementerer primærhelsetjenesten. Da gjenstår det felles kommunal journal som knytter kommunale helse- og omsorgstjenestene bedre sammen i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord. I tillegg må det skapes integrasjoner for å få Helseplattformen, DIPS og felles kommunal journal til å kommunisere sømløst med hverandre.

Det er ingen tvil om at realiseringen av Én innbygger - én journal er viktig. Spørsmålene vi stiller oss, er om det realiserbart og i tilfelle når? Og hvordan ser man for seg den endelige organiseringen? Det kan fremstå som en lang og kronglete vei å gå, for å nå HOD sitt overordnede mål. Forfatterne har fått et lite innblikk i en avgrenset del av helse-IKT-forvaltningens styringsstruktur og deling av makt og myndighet. Det har tatt mange år og generert store kostnader for å komme dit vi er i dag med regionale elektronisk-pasientjournalløsninger. Ved å se på erfaringer fra Helse Nord, som forfatterne kjenner godt, ser vi hvor mye makt, myndighet og politikk spiller inn og kan skape utfordring for en felles retning. Det realistiske kan være å få til en mulig «minimumsløsning», ved å ta utgangspunkt i eksisterende løsninger som kjernejournal og helsenorge.no. I tillegg kan fremtiden være én nasjonal driftsleverandør, som Norsk Helsenett, som er et statlig eid teknologiselskap i helse- og omsorgssektoren. Driftsleverandøren kan ivareta nasjonal IKT-forvaltning for elektronisk pasientjournal for alle helseregionene? Den kan delegere den funksjonelle forvaltningen til de regionale helseforetakene for å være nærmere det kliniske, og de kan løse oppdraget der de finner det hensiktsmessig? Forvaltningen vil da kunne bli mer helhetlig og styringslinjene enklere? Til slutt skal alle veiene føre frem til Rom.

Litteraturliste

- Adizes, I., & Hoff, N. (1980). *Lederens fallgruver og hvordan man unngår dem*. A/S Hjemmet fagpresseforlaget.
- Bélangier, L. (1972). Organizations : Structure and Process, par Richard H. Hall, New Jersey, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, Inc., 1972, 354 pp. *Relations industrielles (Québec, Québec)*, 27(4), 799. <https://doi.org/10.7202/028353ar>
- Blau, P. M., Heydebrand, W. V., & Stauffer, R. E. (1966). The Structure of Small Bureaucracies. *American sociological review*, 31(2), 179-191. <https://doi.org/10.2307/2090903>
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *InterViews : learning the craft of qualitative research interviewing* (3rd ed.). Sage.
- Burton, R. M., Obel, B., & Håkonsson, D. D. (2015). How to get the Matrix Organization to Work. *Journal of organization design (Aarhus)*, 4(3), 37. <https://doi.org/10.7146/jod.22549>
- Child, J. (1973). Predicting and Understanding Organization Structure. *Administrative science quarterly*, 18(2), 168-185. <https://doi.org/10.2307/2392061>
- Child, J., & Mansfield, R. (1972). TECHNOLOGY, SIZE, AND ORGANIZATION STRUCTURE. *Sociology (Oxford)*, 6(3), 369-393. <https://doi.org/10.1177/003803857200600304>
- Choi, S., & Karolinska, i. (2011). *Radical change attempt in healthcare : competing logics in hospital mergers*. Volante/Karolinska Institutet.
- Csaszar, F. A. (2012). Organizational structure as a determinant of performance: Evidence from mutual funds. *Strat. Mgmt. J*, 33(6), 611-632. <https://doi.org/10.1002/smj.1969>
- Daft, R. L., & Bradshaw, P. J. (1980). The Process of Horizontal Differentiation: Two Models. *Administrative science quarterly*, 25(3), 441-456. <https://doi.org/10.2307/2392262>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed.). Sage.
- Donaldson, L. (1996). *For positivist organization theory : proving the hard core*. SAGE.
- Donaldson, L. (2001). *The contingency theory of organizations*. Sage.
- Doty, D. H., Glick, W. H., & Huber, G. P. (1993). FIT, EQUIFINALITY, AND ORGANIZATIONAL-EFFECTIVENESS - A TEST OF 2 CONFIGURATIONAL THEORIES. *Academy of Management journal*, 36(6), 1196-1250. <https://doi.org/10.2307/256810>
- Douma, S., & Schreuder, H. (2017). *Economic approaches to organizations* (6th ed.). Pearson Education.
- Gresov, C., & Drazin, R. (1997). Equifinality: Functional Equivalence in Organization Design. *The Academy of Management review*, 22(2), 403-428. <https://doi.org/10.2307/259328>
- Jacobsen, D. I. (2016). *Engangsorganisasjonen : organisering og ledelse av prosjekter*. Fagbokforl.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utgave. ed.). Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utgave. ed.). Abstrakt forlag.
- Lov om endringer i forvaltningsloven m.m. (utvidet adgang til informasjonsdeling), Justis- og beredskapsdepartementet (2021). <https://lovdata.no/pro/LTI/lov/2021-06-18-127>

Meld.St.9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren (Meld.St.9 (2012–2013), Innst.224 S (2012–2013))*. (2012). Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://lovdata.no/pro/STS/forarbeid/stsg-201213-182>

Miller, D. (1996). CONFIGURATIONS REVISITED. *Strat. Mgmt. J*, 17(7), 505-512. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0266\(199607\)17:7<505::AID-SMJ852>3.0.CO](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0266(199607)17:7<505::AID-SMJ852>3.0.CO)

2-I

Mintzberg, H. (1979). Patterns in Strategy Formation. *International studies of management & organization*, 9(3), 67-86. <https://doi.org/10.1080/00208825.1979.11656272>

Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on management : inside our strange world of organizations*. Free Press.

Mintzberg, H. (2009). *Managing*. Prentice Hall Financial Times.

NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* (2016). Retrieved from <https://lovdata.no/pro/NOU/forarbeid/nou-2016-25>

Ot.prp.nr.66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.* (2001). Retrieved from <https://lovdata.no/pro/PROP/forarbeid/otprp-66-200001>

Pugh, D. S., & Hickson, D. J. (1976). *Organizational structure in its context: the Aston programme I* (1.utg. ed.). Axon House, Lexington Books.

Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2. utg. ed.). Fagbokforl.

Yin, R. K. (2014). *Case study research : design and methods* (5th ed.). SAGE.

Vedlegg

1 Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Hva har organiseringen å si for forvaltningen?”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å skrive en oppgave på masterstudiet i helseledelse ved Nord Universitet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi er studenter ved Nord Universitet, og tar studiet MBA – Helseledelse, samtidig som vi jobber som avdelingsleder og konserntillitsvalgt i Helse Nord. Vi jobber nå med masteroppgaven, der tema er organiseringen av felles regional forvaltning, som er den avsluttende oppgaven for vår studie. Vår problemstilling er: Hva har organiseringen å si for forvaltningen?

Forskerspørsmålene er: Hvordan løser RHFene forvaltningen i praksis? Hva oppleves som fordelene og utfordringene med de ulike organiseringene?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Nord universitet, er ansvarlig for prosjektet. Veileder er Pål Andreas Pedersen, professor ved Handelshøgskolen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Målgruppene for studiet er:

Eiere og systemansvarlige i regional forvaltning DIPS, EPJ.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det et intervju som vil gjennomføres via videokonferanse (Teams). Intervjuet anslås å ta 30 minutter, og det blir tatt notater og gjort lydopptak under intervjuet. Lydfilen transkriberes. Intervjuet har tre fokusområder: 1) historie, 2) nåtid, 3) fremtid

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare be om personopplysninger som e-postadresse og rolle i organisasjonen du jobber i, som er relatert til formålet med forskningsprosjektet.

Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Datamaterialet lagres på server ved Helse Nord som er adgangsregulert. Deltagere i forskningsprosjektet anonymiseres i publikasjoner.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Alle notater og opptak, vil bli slettet etter at oppgaven er ferdig, noe som etter planen er 20.06.22 (Avsluttet mastergrad prosjekt).

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: Nord universitet ved Pål Andreas Pedersen, professor ved Handelshøgskolen, Nord universitet, tlf: 755 17 239.

Hanne-Therese Ridderseth: tlf: 918 81 024, e-post: Hanne-Therese.Ridderseth@HelseNord.no, eller Baard Martinsen: tlf 400 45 806, eller på epost: Baard.Einar.Martinsen@finnmarkssykehuset.no

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

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

Med vennlig hilsen

Pål Pedersen

Hanne-Therese Ridderseth

Baard Martinsen

(veileder)

(forsker/student)

(forsker/student)

2 Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

X- å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

3 Intervjuguiden

Husk å ta med info om opptak på teams under intervju.

Vi sender melding/mail, når transkripsjon er utført og opptaket slettet.

Avgrensning og problemstilling

«Hva har den formelle organiseringen av regional funksjonell forvaltning av elektronisk pasientjournal DIPS, å si for den praktiske utøvelsen av forvaltningen?».

Avgrenser oss til eierperspektivet og den utøvende forvaltningen i regionen.

Hva er din rolle og ansvarsområde i organisasjonen?

Historikk (Formelle trekk, styringsmodell)

- Hva var intensjonen med regional funksjonell forvaltning? Hvorfor ble det opprettet. Kort om etableringen
- Ytre press?
- Avhengigheter til andre, Teknisk – Merkantil – Funksjonell

Ser dere noen fordeler og ulemper med dette?

Nåtid (Organisasjonsadferd og prosesser, modell og uformelle trekk)

- Motivasjon
- Kommunikasjon og samarbeid
- Beslutningsprosesser
- Læring? Lærer vi ikke? Endring? Visjoner? Fordeler og ulemper
- Styring (Hvor tydelig er oppdraget?)
- Rapportering
- Økonomi
- Hvilken gjennomslagskraft har du som leder i Regional funksjonell forvaltning?

Ser dere noen fordeler og ulemper med dette?

Utførelse av oppdrag – Hvordan fungerer dette i praksis?

- Hvordan opplever du oppgaveløsningen?
- Hvordan oppleves saksgangen? (Formell og uformell struktur)
- Hvordan er gjennomslagskraften? (Husk å ha ståsted RFF)
- I hvilken grad har organiseringen av regional forvaltning betydning for
 - Gjennomføring av oppdrag?
 - Opplevd gjennomføringsevne
 - Størst mulig grad av standardisering – grad av regionalisering vs avvik fra standard og hvordan dette oppleves
- Grad av enighet /konsensus eventuelt omkamper Hvor mye er det av dette og drar noen av sykehusene i egn retning?
- Med tanke på nye prosjekter – hvordan håndteres dette, skille prosjekter og programmer. Innføringsprogrammer. Hvordan er dette i forhold til forvaltningen.

Ser dere noen fordeler og ulemper med dette?

I oppdragsdokumentet står det at sykehuset skal: «Videreføre arbeidet knyttet til modernisering av journalsystemene». Hvilken rolle har regional funksjonell forvaltning? (Forbedring og innovasjon)

Fremtid

- Hvor er dere om 15 år? /Ideell organisering og hvorfor?

4 Første vurdering NSD

[Meldeskjema](#) / [Hvordan har de ulike helseforetakene valgt å organisere regional funk...](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer

183545

Prosjekttittel

Hvordan har de ulike helseforetakene valgt å organisere regional funksjonell forvaltning? Og hvordan løser de forvaltningen i praksis?

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Handelshøgskolen / Marked, organisasjon og ledelse

Prosjektansvarlig

Pål Andreas Pedersen

Student

Hanne-Therese Ridderseth

Prosjektperiode

25.01.2022 - 26.06.2022

[Meldeskjema](#) 

Dato

01.03.2022

Type

Med vilkår

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 som er meldt inn i meldeskjema med vedlegg. Vår vurdering er at informasjonsskrivet/samtykkeerklæringen du har lastet opp er mangelfull, men at personvernulempen i denne studien er lav. Du har derfor fått en forenklet vurdering med vilkår som må oppfylles for at behandlingen skal være lovlig.

HVA MÅ DU GJØRE VIDERE?

Du har et selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i denne vurderingen. Når du har gjort dette kan du gå i gang med datainnsamlingen din.

HVORFOR LAV PERSONVERNULEMPE?

Vi vurderer at studien har lav personvernulempe fordi det ikke behandles særlige (sensitive) kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertrедelser, eller inkluderer sårbare grupper. Prosjektet har rimelig varighet og er basert på samtykke. Dette har vi vurdert basert på de opplysningene du har gitt i meldeskjemaet og i dokumentene vedlagt meldeskjemaet.

VILKÅR

Vår vurdering forutsetter:

At du gjennomfører datainnsamlingen i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet

At du følger kravene til informert samtykke (se mer om dette under)

At du laster opp oppdatert(e) informasjonsskriv i meldeskjemaet og sender inn meldeskjemaet på nytt.

At du ikke innhenter særlige kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser

At du følger retningslinjene for informasjonssikkerhet ved den institusjonen du studerer/forsker ved (behandlingsansvarlig institusjon)

Dersom du er student skal du dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (din veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» øverst til venstre i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Dersom invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

KRAV TIL INFORMERT SAMTYKKE

De registrerte (utvalget ditt) skal få informasjon om behandlingen og samtykke til deltakelse. Informasjonen du gir må minst inneholde:

Studiens formål (din problemstilling) og hva opplysningene skal brukes til

Hvilken institusjon som er behandlingsansvarlig

Hvilke opplysninger som innhentes og hvordan opplysningene innhentes

At det er frivillig å delta og at man kan trekke seg så lenge studien pågår uten at man må oppgi grunn

Når behandlingen av personopplysninger skal avsluttes og hva som skal skje med personopplysningene da: sletting, anonymisering eller videre lagring

At du behandler opplysninger om den registrerte (utvalget ditt) basert på deres samtykke / At du behandler opplysningene om dine deltagere basert på deres samtykke

At utvalget ditt har rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet (kopi)

At utvalget ditt har rett til å klage til Datatilsynet

Kontaktopplysninger til prosjektleder (evt. student og veileder)

Kontaktopplysninger til institusjonens personvernombud

Ta gjerne en titt på våre nettsider og vår mal for informasjonsskriv for hjelp til formuleringer:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-informasjon-til-deltakerne/>

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

Forutsatt at informasjonen oppfyller kravene i vilkårene nevnt over, vurderer vi at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

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

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

Når du har oppdatert informasjonsskrivet med alle punktene over laster du det opp i meldeskjemaet og trykker på «Bekreft innsending» på siden «Send inn» i meldeskjemaet.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi 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).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet, må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

PERSONVERN TJENESTER SIN VURDERING

Vår vurdering av lovlig grunnlag, personvernprinsipper og de registrertes rettigheter følger under, men forutsetter at vilkårene nevnt over følges.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Forutsatt at vilkårene følges, er det vår sin vurdering 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

Forutsatt at vilkårene følges, vurderer vi 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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER
Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til personverntjenester 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

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

Lykke til med prosjektet!

5 Andre vurdering NSD

[Meldeskjema](#) / [Hvordan har de ulike helseforetakene valgt å organisere regional funk...](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer

183545

Prosjektittel

Hvordan har de ulike helseforetakene valgt å organisere regional funksjonell forvaltning? Og hvordan løser de forvaltningen i praksis?

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Handelshøgskolen / Marked, organisasjon og ledelse

Prosjektansvarlig

Pål Andreas Pedersen

Student

Hanne-Therese Ridderseth

Prosjektperiode

25.01.2022 - 26.06.2022

[Meldeskjema](#) 

Dato

14.03.2022

Type

Med vilkår

Kommentar

Personverntjenester bekrefter å ha mottatt et revidert informasjonsskriv/endret dokument. Vi gjør oppmerksom på at vi ikke foretar en vurdering av skrevet/dokumentet, og vi forutsetter at du har foretatt de endringene vi ba om. Dokumentasjonen legges ut i Meldingsarkivet og er tilgjengelig for din institusjon sammen med øvrig prosjektdokumentasjon. Vurderingen med vilkår gjelder fortsatt.