

**Utviklingsplan 2030. Hvilke erfaringer har  
medarbeidere ved SSHF i forhold til  
involvering, ved utarbeidelse av  
utviklingsplan 2030?**

ALF FRODE ERIKSEN

VEILEDER  
DAG OLAF TORJESEN

**Universitetet i Agder, 2018**  
Fakultet for Samfunnsvitenskap  
Institutt for Statsvitenskap og Ledelsesfag



# Forord

---

Denne masteroppgaven er avsluttende del av masterstudie i helseledelse ved Fakultet for Samfunnsvitenskap ved Universitetet i Agder.

Masteroppgaven har vært utfordrende, men også lærerik for meg. Den har gitt meg mer nyansert innsyn i endringsprosesser og at det til tider kan være en vanskelig øvelse, både det å skulle lede endringsprosesser i offentlig sektor, og det å være deltager.

Jeg vil rette en stor takk til min ektefelle Tone Margrethe Horverak for å ha vært tålmodig og forståelsesfull i fire og et halvt år, hvor jeg nå fullfører studieprogrammet mastergrad i helseledelse.

Takk også til prosjektleder av Utviklingsplan 2030, Per Torgersen, for tillatelse til å skrive oppgave om deltakere i arbeidsgrupper og referansegrupper sine erfaringer i forhold til involvering. Takk til egen avdelings ledelse ved Anestesi, Intensiv og Operasjon (AIO): avdelingssjef Grete Erdvik, og enhetsleder ved intensiv avdeling Grethe Abusdal for tilrettelegging for at jeg har kunnet følge studieprogrammet.

I skriveprosessen har jeg hatt flere samtalepartnere som har bidratt med nyttige innspill, og vil spesielt nevne hovedtillitsvalgt for NSF i Kristiansand Arve Vesterfjell og seksjonsoverlege ved intensiv avdeling SSK Ole Georg Vinorum.

Til slutt vil jeg også rette en takk til min veileder Dag Olaf Torjesen ved UIA, som har gitt meg mange gode råd i prosessen.

# Sammendrag

---

I forbindelse med masteroppgaven har jeg intervjuet deltagere i arbeidsgrupper og referansegruppe med tillitsvalgte. Fokuset har vært deltagere sine erfaringer i forhold til involvering, i prosessen med Utviklingsplan 2030 ved Sørlandet sykehus. Det er også undersøkt om det er forskjeller i forhold til hvilken lokasjon deltagere representerte, de aktuelle lokasjonene er Kristiansand, Arendal og Flekkefjord.

Sørlandet sykehus var tidlig ute med å lage en utviklingsplan, som er en helhetlig og langsiktig plan for foretaket. Det skulle blant annet tas stilling til fremtidig driftsmodell hvor valgene stod mellom tre alternativer: 1. Fortsatt tre somatiske sykehus, 2. Ett hovedsykehus og ett eller flere mindre sykehus, og 3: Ett sykehus. Bakgrunnen for arbeidet med utviklingsplanen var at Sørlandet Sykehus har et betydelig behov for oppgradering av bygningsmassen og at helse- og omsorgsdepartementet krever at større investeringsprosjekter skal forankres i en utviklingsplan.

Endringsprosesser som berører selve strukturen i et sykehus, hvor det er snakk om mulige nedleggelse og større oppgaveglidninger, vekker sterke følelser og engasjement hos ansatte og lokalbefolkning. I tillegg er ekspertorganisasjoner, som er organisasjonsformen i sykehus, kjent for at det lett kan oppstå rivalisering og konflikter mellom faggrupper, som hemmer samarbeid (Strand, 2012).

I oppgaven presenterer jeg endringsteorier som er aktuelle for de som skal lede denne typen endringsprosesser. Jeg har spesielt vektlagt John Kotter sin mal for at en endringsprosess skal lykkes – åtte-stegsmodellen. Den har jeg også hatt som bakgrunn ved utarbeidelse av intervjuguide.

Metoden for å svare på oppgavens problemstilling, er altså en kvalitativ metode, der nærhet til undersøkelsesobjektene ligger til grunn. Jeg har intervjuet sykepleier, lege og tillitsvalgt, fra alle tre lokasjoner, som har deltatt i enten arbeidsgruppe eller referansegruppe i prosessen. Funnene fra undersøkelsen viser at Sørlandet Sykehus gjorde mye bra i prosessen med Utviklingsplan 2030, men at det også var rom for forbedringer. Vurderingene mine er gjort i

forhold til de seks første trinnene i John Kotter's åtte-stegsmodell. Det viste seg også at det var forskjeller mellom informanter sine erfaringer, i forhold til hvilken lokasjon de tilhørte.

# Innholdsfortegnelse

|   |    |
|---|----|
| 1 Innledning.....   | 1  |
| 1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....  | 1  |
| 1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....   | 1  |
| 1.3 Om SSHF .....   | 2  |
| 1.4 Om utviklingsplan 2030 .....  | 2  |
| 1.4.1 Organisasjonskart Utviklingsplan 2030 .....   | 3  |
| 1.4.2 Kvalitetssikring av utviklingsplan 2030.....  | 3  |
| 1.5 Valg av informanter .....   | 4  |
| 1.5.1 Hovedavtalene mellom Arbeidsgiverforeningen Spekter og forbund tilknyttet SSHF sine ansatte ..... | 5  |
| 1.6 Oppgavens oppbygning .....  | 5  |
| 2 Teoretiske tilnærminger .....   | 7  |
| 2.1 Organisasjonsteori .....  | 7  |
| 2.2 Organisasjonsendring .....  | 7  |
| 2.2.1 Hvorfor finner endring sted?.....   | 8  |
| 2.2.2 Ledelse og endringer i ekspertorganisasjoner .....  | 11 |
| 2.3 Kamp for trygghet til Individ og sted.....  | 12 |
| 2.4 Sykehusstruktur og objektive kriterier .....  | 13 |
| 2.5 Endringsteorier .....   | 14 |
| 2.5.1 Strategi E.....   | 14 |
| 2.5.2 Strategi O .....  | 15 |
| 2.5.3 Åtte-steps modellen .....   | 15 |
| 3.0 Metode .....  | 17 |
| 3.1 Tematisering.....   | 17 |
| 3.1.1 Avgrensning .....   | 17 |
| 3.2 Planlegging .....   | 18 |
| 3.2.1 Å studere egen organisasjon .....   | 18 |
| 3.3 Intervjuing .....   | 19 |
| 3.4 Transkribering.....   | 20 |
| 3.5 Analysering.....  | 20 |
| 3.6 Verifisering.....   | 22 |
| 3.6.1 Reabilitet og validitet .....   | 22 |
| 3.7 Rapportering .....  | 23 |
| 4.0 Presentasjon av erfaringer.....   | 24 |
| 4.1 Erfaringer, informanter fra SSA.....  | 24 |

|  |    |
|--|----|
| 4.2 Erfaringer, informanter fra SSK.....   | 28 |
| 4.3 Erfaringer, informanter fra SSF.....   | 31 |
| 5.0 Drøftingsdel.....  | 36 |
| 5.1 Å skape forståelse for at endring er nødvendig.....  | 36 |
| 5.2 Å sette sammen en balansert arbeidsgruppe i forhold til lokasjon og formell/uformell makt..... | 37 |
| 5.3 Å skape en visjon for endring.....   | 39 |
| 5.4 Viktigheten av å kommunisere visjon og strategi.....   | 41 |
| 5.5 Å tilrettelegge for å delta i prosessen.....   | 43 |
| 5.6 Betydningen av kommunikasjon mellom arbeidsgruppe/referansegruppe og styringsgruppe.....       | 44 |
| 6.0 Konklusjon.....  | 46 |
| 6.1 Hvordan ble medarbeidere ved SSHF involvert i arbeidet med Utviklingsplan 2030?.....           | 47 |
| 6.2 Ble opplevelsen av involvering oppfattet forskjellig, i forhold til lokasjonstilhørighet?..... | 48 |
| Litteraturliste.....   | 50 |
| Vedlegg.....   | 53 |
| Vedlegg 1: Informasjonsskriv til deltakere.....  | 53 |
| Vedlegg 2: Intervjuguide til deltakere fra arbeidsgruppe.....                                      | 55 |
| Vedlegg 3: Intervjuguide til deltakere fra referansegruppe.....                                    | 56 |
| Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD.....  | 57 |

# 1 Innledning

## 1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Tema for oppgaven er Utviklingsplan 2030 ved SSHF.

Arbeidet med Utviklingsplan 2030 var organisert gjennom ulike arbeidsgrupper og referansegrupper. Jeg vil i oppgaven få frem erfaringer fra begge typer grupper.

Problemstillingen jeg ønsker å se på i oppgaven er:

*Hvilke erfaringer har deltakere i arbeidsgrupper og en referansegruppe i forhold til involvering i prosessen med Utviklingsplan 2030 ved Sørlandet sykehus?, og hvordan varierer erfaringene med lokalisasjoner innen Sørlandet sykehus?*

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

I kapittel 1.4.3 tar jeg opp en gjennomført kvalitetssikringsrapport som ble presentert etter at utviklingsplan 2030 ble lagt frem. Kvalitetssikringsrapporten konkluderte med at involveringen hadde vært god. Arbeidstakerne sin rett til medvirkning sikres blant annet gjennom arbeidsmiljølovens §4-2, første og tredje ledd. Jeg mener involvering er viktig for å få en god endringsprosess, og jeg ønsker derfor på nytt å se på rapportens konklusjon, om at involveringen har vært god. Denne gang ved å måle opplevd involvering i forhold til relevant litteratur om endringsprosesser.

Utviklingsplan 2030, og spørsmål om hvordan fremtiden for SSHF skal se ut, er fortsatt høyaktuell i mediabildet. I nov 2015 uttalte Direktøren at: — *Vi har lagt opp til at akutt kirurgi og avansert gastrokirurgi skal overføres fra Flekkefjord til Kristiansand i Utviklingsplan 2030. Det er det samme som statsråd Bent Høie legger opp til i sin nasjonale sykehusplann* (Vindland, 2015). Direktøren åpnet her opp for hvordan nasjonal sykehusplan kunne tolkes. Planen om nedleggelse av traumemottaket ved SSF ble senere stoppet av helseministeren, hvor han uttalte i fvn mars 2017 at: - *endringer som å legge ned akuttberedskaper tas opp i forbindelse med sykehusenes utviklingsplan mot 2030*. Høie mente her at risikovurderingen ikke var god nok for at dette kunne gjennomføres nå (Reite, 2017). Relevansen for problemstillingen i min oppgave, er også aktuell i forbindelse med at arbeidet med Utviklingsplan 2030 startet opp igjen høsten 2017. Tidshorisonten er nå frem mot 2035. SSHF berøres, i likhet med andre sykehus, av mange endringsprosesser.

Organisasjonsstrukturer og klinikkledere skiftes ut, og det har gjennom mange år vært pågående prosesser med fokus på oppgavefordelinger både mellom sykehus og innad i de tre enkeltstående sykehus. Blant avsluttede endringsprosesser kan nevnes Arealeffektivisering i SSHF 2014 og, ny ledelsesstruktur og organisasjonsstruktur i SSHF 2016.

Alle sykehus i Norge er nå blitt pålagt å lage utviklingsplaner. Temaet mener jeg derfor er relevant innenfor ledelse i spesialisthelsetjenesten. Bred involvering av avdelinger, mener jeg er viktig for å gjøre gode beslutninger når man skal stake ut fremtidig og langsiktig kurs.

### **1.3 Om SSHF**

Sørlandet sykehus helseforetak (SSHF), tilbyr spesialisthelsetjenester til innbyggerne i Agder og andre som ønsker å behandles ved SSHF. Sykehusene ligger i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. I tillegg er det distriktpsikiatriske sentre og poliklinikker flere andre steder i Agder. SSHF eies av staten gjennom Helse Sør-øst. I 2016 var det over 550 000 pasientbehandlinger i Sørlandet sykehus, og antall ansatte er pr 2017 over 7000 personer (SSHF, 2018).

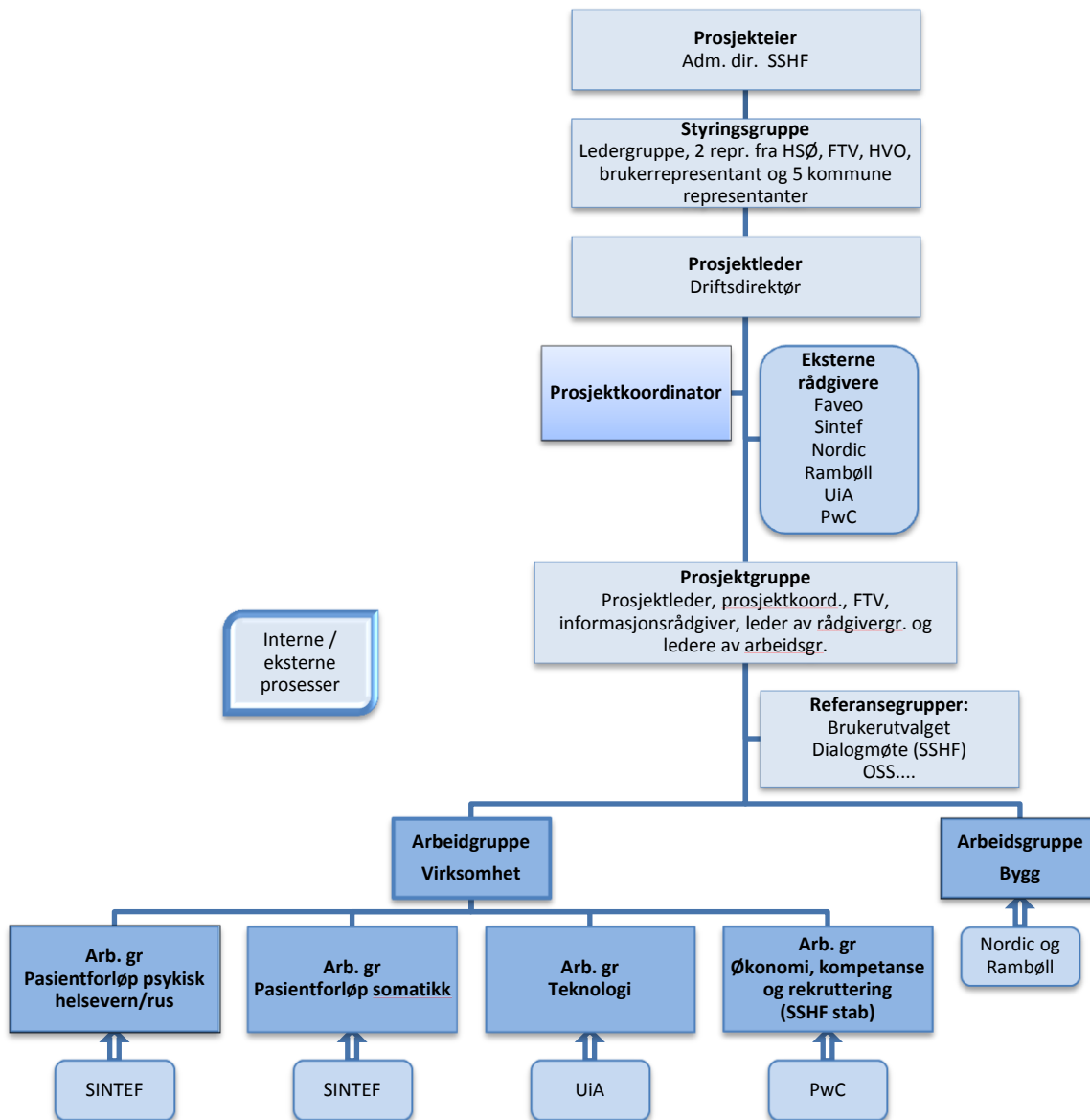
### **1.4 Om utviklingsplan 2030**

Utviklingsplan 2030 ble vedtatt startet oktober 2012. Vedtaket kom blant annet på bakgrunn av at SSHF har betydelig behov for oppgradering av bygningsmassen, helse- og omsorgsdepartementet krever at større investeringsprosjekter skal forankres i en utviklingsplan. Planens konklusjoner er kommet på bakgrunn av fremtidig endring i befolkningen (sørlandet vokser i antall personer og vi blir stadig eldre), endringer i pasientforløp, endringer i teknologi, medisinsk faglig utvikling, endringer i økonomi og endringer i oppgavefordelingen mellom spesialist og primærhelsetjenesten.

Frem til utviklingsplanen forelå, var SSHF sin planlagte virksomhet basert på tre-årige virksomhetsplaner. Utviklingsplanen er en helhetlig, og langsiktig plan for SSHF. Det ble i prosessen vurdert tre alternative driftsmodeller, 1. fortsatt tre somatiske sykehus, 2. ett hovedsykehus og ett eller flere mindre sykehus, 3. ett sykehus. Hver driftsform ble vurdert opp mot fem vurderingskriterier: faglig kvalitet, helhetlige pasientforløp, samfunnsmessig bærekraft, tilgjengelighet og økonomi. Utviklingsplan 2030, versjon 1.0, var ferdig 5 januar 2015, og resultatet ble en anbefaling av modell 2. Planen ble lagt frem for styret i SSHF 5 februar 2015. Den ble der tatt til orientering, og styret ba om en endelig plan etter at ny nasjonal helseplan skulle komme høsten 2015.



### 1.4.1 Organisasjonskart Utviklingsplan 2030



Figur 1: Organisasjonskart utviklingsplan 2030 (Utviklingsplan 2030, s.16)

### 1.4.2 Kvalitetssikring av utviklingsplan 2030

Etter utviklingsplan 2030, versjon 1.0 ble lagt frem, ble det laget en kvalitetsikringsrapport, utført av Terramar, Oslo Economics og Hospitalitet. Den forelå 29 januar 2015.

Konklusjonene bygger på intervjuer gjennomført i prosjektperioden, med bred representasjon av alle tre lokasjoner, hvor brukere, ansatte, ledelse og politikere er blitt hørt (kvalitetssikring av utviklingsplan 2030, s.9).

Rapporten har blant annet vurdert prosjektorganisering og gjennomføring. Konklusjonen var at det har vært gjennomført en god prosess, hvor informasjonen har vært god, involveringen har vært bred, og det er gitt mulighet til at alle synspunkt skal komme frem i lyset. Den anfører at den gode involveringen kan ha gått på bekostning av styringen av prosjektet, og at prosessen har blitt forlenget av denne grunn. Imøtekommenhet for økt involvering underveis i prosessen, som resulterte at arbeidsgrupper endret sammensetning, konkluderer de med at var uheldig. Rapporten skriver også at: *«fokuset på konsensus medførte at noen deler av arbeidet ble mer krevende enn de ville ha blitt hvis en tillot uenighet å komme til overflaten på et tidligere tidspunkt, og tok beslutninger ved hjelp av flertall eller ved å eskalere til styringsgruppe eller foretakets ledelse»* (Kvalitetssikring av Utviklingsplan 2030, s.12). Uenighetene mellom de tre lokasjonene var på forhånd kjente, og mulige utfall av Utviklingsplan 2030 sine konklusjoner ville kunne berøre lokalsamfunn og arbeidsplasser. Det kan tenkes at deltakerne i de enkelte arbeidsgrupper hadde preferanser ut i fra hvilken lokasjon de kom fra, og at de i tillegg til lokasjon, representerte sitt fagområde. Ut fra kvalitetssikringsrapporten går det da frem at uenighet i de enkelte arbeidsgruppene ikke ble løftet til styringsgruppen, og de enkelte gruppers konklusjoner har blitt fremstilt som konsensus.

### **1.5 Valg av informanter**

I oppgaven vil jeg fokusere datainnsamlingen fra arbeidsgruppen virksomhetsmessig utvikling og dens undergrupper, og dialogmøtet med tillitsvalgte, som er definert som referansegruppe.

Organisasjonskartet viser at arbeidsgruppe virksomhet er organisert som en hovedgruppe, med fire undergrupper. De ulike gruppene ble satt sammen av fagpersoner fra alle sentrale virksomhetsområder innen SSHF, og spesielt sykepleiere og leger var godt representert. Resultatet av arbeidet i de fire undergruppene ble levert til arbeidsgruppe virksomhet, som hadde ansvaret for å vurdere dagens og fremtidig virksomhet totalt sett (Utviklingsplan 2030, s.18)

Dette valget har jeg tatt ut fra at jeg ser arbeidsgruppene innenfor virksomhetsmessig utvikling som de mest sentrale innen organisasjonskartet, dette ettersom disse gruppene konklusjoner var førende for Utviklingsplan 2030 sine valg om fremtidig struktur. Gruppene hadde også representanter fra alle lokasjoner. I tillegg var deltakere i disse gruppene ledere for ulike avdelinger innen SSHF, og besitter i sin kraft av stilling på betydelig

informasjonstyngde. Det enkelte medlem i arbeidsgruppene, kan sies å representere seg selv, sitt fagområde og sin lokasjon. Foretaksstillitsvalgt var representert i styringsgruppen, foruten dette var de ansatte i SSHF, representert gjennom sine hovedtillitsvalgte ved dialogmøtet. Jeg har i oppgaven intervjuet tillitsvalgte fra alle tre lokasjoner, hvor representasjonen dekker Norsk Sykepleierforbund (NSF), Fagforbundet og Legeforeningen. Tillitsvalgte er involvert i prosessen med bakgrunn i hovedavtalene mellom Arbeidsgiverforeningen Spekter og de aktuelle forbund (se kapittel 1.5.1).

### **1.5.1 Hovedavtalene mellom Arbeidsgiverforeningen Spekter og forbund tilknyttet SSHF sine ansatte**

Norsk sykepleierforbund, Legeforeningen (gjennom Akademikerne Helse) og Fagforbundet (gjennom LO), har alle hovedavtaler med Arbeidsgiverforeningen Spekter. Disse avtalene skal sikre at den enkelte ansatte ble involvert og ivaretatt gjennom sine tillitsvalgte, ved utarbeidelsen av Utviklingsplan 2030.

I Unios avtale med Spekter står det i §29: *«ved etablering av arbeids-, prosjekt- og styringsgrupper innen virksomheten, som ikke er en del av den etablerte faste organisasjonen, bør berørte ansatte sikres reell innflytelse. De tillitsvalgte skal uttale seg om gruppens sammensetning og mandat»* (Hovedavtale mellom Arbeidsgiverforeningen Spekter og Unio, 2013, s.13). Tilsvarende setning står også i avtalen mellom Akademikerne Helse sin hovedavtale med Spekter i hovedavtalens §29 (Hovedavtalen mellom Arbeidsgiverforeningen Spekter og Akademikerne Helse, 2013, s.11), og i LO's hovedavtale med Spekter i §29 (Hovedavtale mellom Arbeidsgiverforeningen Spekter og LO, 2013, s.13).

De tillitsvalgte har således en avtalefestet rett til å sikre sine medlemmers interesser, og i Utviklingsplan 2030, gjennom sin representasjon i referansegruppe.

### **1.6 Oppgavens oppbygning**

I kapittel to presenterer jeg relevant teori i forhold til organisasjonsteori og endringsledelse. Kapitlet starter med en beskrivelse av fire hovedtyper av organisasjoner og en avklaring av hva endring er (definisjon). Videre tar kapitlet for seg drivkrefter om hvorfor endring finner sted; intensjoner som drivkraft, vekst som drivkraft, konkurranse om knappe ressurser som drivkraft og interessekonflikt som drivkraft. Et sykehus har en organisasjonsform som faller inn under betegnelsen ekspertorganisasjon, kapitlet har et eget avsnitt som omhandler ledelse og endringer i denne organisasjonsformen.

Neste avsnitt berører tematikken rundt det å kjempe for det lokale og nære, avsnittet bygger på artikkelen «kamp for trygghet til individ og sted» (Kvåle og Torjesen, 2014), og jeg nevner

her muligheten for at kampen for egen lokasjon, kan tenkes å prege deltakere i arbeidsgrupper. I tillegg inneholder avsnittet om hva det er som styrer sykehuspolitikken i landet, basert på en artikkel som er kommet etter en masteroppgave om temaet. Den handler blant annet om at følelser og lokale drakamper er sentralt når funksjonsfordeling og lokalisering skal avgjøres i sykehusstrukturen. Det mangler objektive kriterier fra myndighetene.

Kapittelet avsluttes med en gjennomgang av tre sentrale endringsteorier, som har ulike tilnæringsmåter for hvordan en planlegger, gjennomfører og forankrer en tiltenkt endring i en organisasjon. Teoriene som blir beskrevet er: 1. Strategi E: topplederstyrt, formell og sekvensiell prosess med liten grad av involvering, 2. Strategi O: uformell og lite planmessig prosess, hvor fokuset er kontinuerlig læringsevne og høy grad av involvering, og 3. Åtte-stegsmetoden, en modell for hvordan en skal unngå de mest alminnelige feil, når en skal gjennomføre endringer. Åtte-stegsmetoden er i likhet med Strategi E også en planmessig prosess, men tar også for seg viktigheten av involvering av organisasjonens ansatte.

Modellen's seks første trinn er bakgrunn for intervjuguiden som er brukt i oppgaven.

I kapittel 3 redegjør jeg for valg av metode og hvilke kriterier som ligger til grunn for valg av informanter og årsaker til at dette er valgt.

I kapittel 4 presenterer jeg informantenes erfaringer, som kom frem i intervjuene.

Presentasjonen er sortert i forhold til hvilken lokasjon de tilhører, og i forhold til spørsmålsrekkefølgen i intervjuguiden.

I kapittel 5 diskuterer jeg de ulike erfaringer fra datainnsamlingen, opp mot relevant litteratur.

Kapittelinnndelingen er i forhold til de ulike tema fra intervjuguiden.

I kapittel 6 drar jeg hovedtrekkene av erfaringer sammen med relevant litteratur, og konkluderer ut fra oppgavens problemstilling.

## 2 Teoretiske tilnærminger

### 2.1 Organisasjonsteori

SSHF er en organisasjon som er satt sammen for å gi et best mulig helsetilbud til befolkningen i Agder. Den faller inn under Jacobsen og Thorsvik (2016) sin definisjon på en organisasjon: «*en organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål*»(Jacobsen og Thorsvik, 2016, s.18).

Strand (2012) skisserer fire hovedtyper for organisasjonstyper:

**Byråkrati:** en organisasjonstype som kjennetegnes av at den har flere nivåer, stor grad av spesialisering, skrevne regler og formell autoritet i toppen. Organisasjonens arbeidsprosesser er styrt av regler, og et nivå i organisasjonen har kontroll på organisasjonsledd som ligger under det. Plattformen for oljeproduksjon er eksempel på et byråkrati.

**Ekspertorganisasjon:** i forhold til byråkrati, har denne organisasjonsformen færre nivåer. Arbeidstakerne er ansatt på grunnlag av sin fagkompetanse, og arbeidsprosessene styres av de ansattes ekspertkunnskap og ervervede faglige normer. Eksempel på en ekspertorganisasjon er sykehus.

**Entreprenørorganisasjon:** lite fast struktur i organisasjonsformen. Arbeidsprosessene styres av muligheter og trusler som ligger i oppgaveløsningen, økonomisk gevinst eller tap. Eksempler på denne organisasjonsformen er entreprenørfirmaer.

**Gruppeorganisasjon:** består av et kollektiv som har lite formell statusdifferensiering. Formell struktur er erstattet med normer for adferd. Eksempel på en gruppeorganisasjon er frivillige idrettslag (Strand, 2016, s.28-29).

De fire beskrevne hovedgruppene av organisasjonstyper skiller seg fra hverandre i forhold til oppgaveløsning, arbeidsprosess, oppbygning og samordningsmekanismer, men formelle organisasjoner er ikke rendyrkede, og har elementer i seg fra alle fire hovedgrupper (Strand, 2016, s.28).

Grunnlaget for utøvelse av ledelse dannes ut fra hvilken organisasjonstype som skal ledes. SSHF faller inn under typen ekspertorganisasjon.

### 2.2 Organisasjonsendring

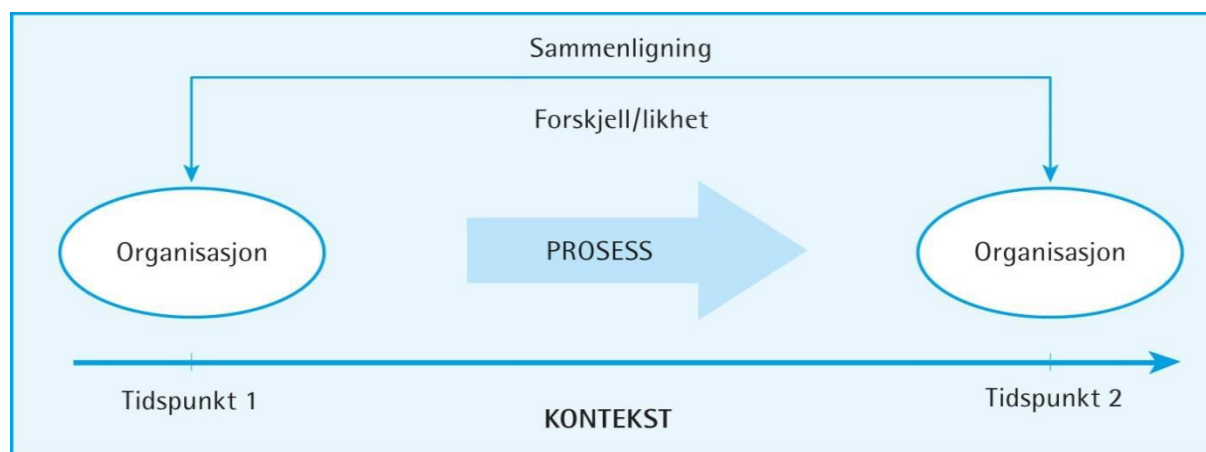
Denne oppgaven handler ikke om å vurdere endringer som har kommet etter arbeidet med Utviklingsplan 2030 ble avsluttet. Jeg mener det allikevel det er relevant å redegjøre hva endring betyr.

En definisjon på endring er i følge Strand(2012): «en organisasjon har endret seg når den utviser ulike trekk på (minst) to ulike tidspunkt» Endringen kan gjelde både den formelle strukturen eller endringer i normer (Strand, 2012, s.23).



Figur 2: (Jacobsen, 2012, s.24) Endring som forskjell mellom to ulike tidspunkt

Endringen skal ikke bare betraktes som forskjell mellom to statiske tilstander. Prosessen, med en strøm av hendelser og handlinger som bringer organisasjonen fra den ene tilstanden over til den nye tilstanden kan illustreres med følgende figur:



Figur 3: (Strand, 2012, s.25) Endringer som resultat av prosess

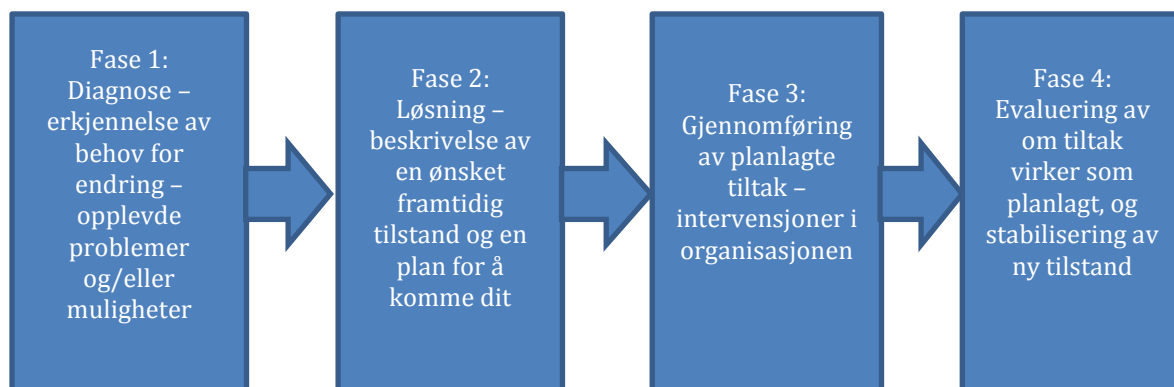
### 2.2.1 Hvorfor finner endring sted?

Jacobsen (2014), siterer et utsagn fra 1965: «Egentlig har det skjedd like mye de siste 50 år som det har hendt i menneskets tidligere historie» (Jacobsen, 2014, s.15). Fra eget ståsted som intensivsykepleier siden år 2002, har jeg opplevd en rivende utvikling. Dette i forhold til utviklingen innen medisinsk teknisk utstyr, nye og forbedrede behandlingsformer for de alvorligst syke pasienter, og at det kommer stadig nye medikamenter som gir nye muligheter.

Utviklingsplan 2030 skulle planlegge ny fremtidig struktur i forhold til kommende endringer i demografiske forhold, kommende endringer i pasientforløp, fremtidige teknologiske endringer, fremtidig medisinskfaglig utvikling, endringer i økonomi og endringer i oppgavefordelingen mellom spesialist og primærhelsetjenesten. Disse «driverne» endres kontinuerlig, så behovet for endring i en organisasjon som SSHF vil alltid være der, om en lager en utviklingsplan eller ikke.

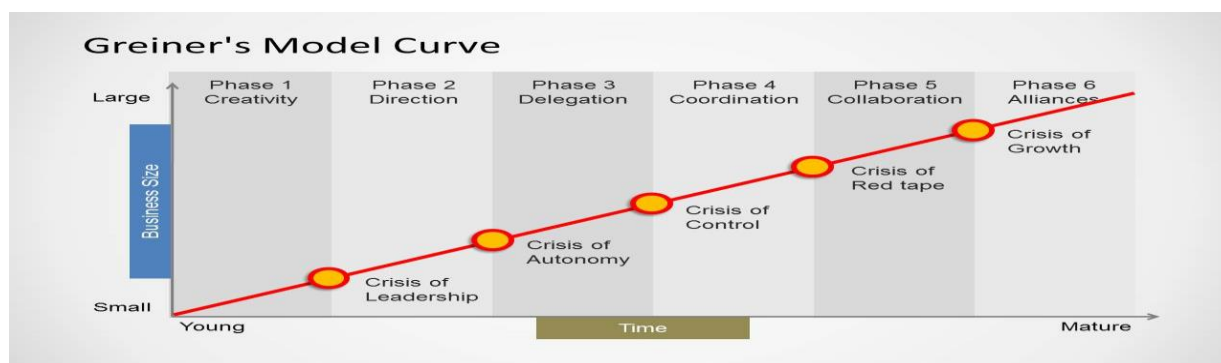
Jacobsen (2014, s.38-53), skisserer fem forskjellige drivkrefter for endring. Jeg har valgt å kort presentere de fire første av dem:

**Planlagt endring – intensjoner som drivkraft:** Intensjoner eller mål står bak de endringene som gjennomføres. En eller flere personer i organisasjonen har analysert situasjonen, har sett behov for endringer, har utarbeidet løsninger og iverksetter nødvendige tiltak for problemløsning. Tiltakene evalueres i forhold til ønsket effekt. Følgende figur illustrerer:



Figur 4: (Jacobsen, 2014, s.38), Sentrale faser i en planlagt endringsprosess

**Endring som livssyklus – vekst som drivkraft:** Organisasjoner er fra fødselen av ofte enkle og lite formaliserte strukturer, og består av et fåtall mennesker. Etter hvert som organisasjonen vokser seg til får den behov for mer formelle systemer for å fordele arbeid, ansvar og koordinere arbeidet. Dette medfører at organisasjonen går igjennom ulike faser før den når sin endelige form. Fasene består av en Kreativitetsfase, en Styringsfase, en Delegeringsfase, en Koordineringsfase og en Samarbeidsfase. Følgende figur illustrerer:



Figur 5: (Greiner's Model Curve, 2018), Greiners inndeling av organisasjoners ulike vekstfaser

**Endring som evolusjon – konkurranse om knappe ressurser som drivkraft:** I en organisasjon som SSHF, er det samme gjeldende som i resten av helse-norge, det er knapphet på ressurser. SSHF har i likhet med andre sykehus i spesialisthelsesektoren et fokus på hvordan en innenfor begrensede økonomiske rammer skal kunne løse morgendagens utfordringer. Blant annet med bakgrunn i at antall eldre øker, som medfører flere behandlingsskrevende pasienter og at den medisinskfaglige utviklingen gir flere muligheter til behandling. Dette kan sies å være bakgrunnen til Utviklingsplan 2030, hvor en ville se på hvordan en vil organisere arbeidet i Agder for fremtiden.

Ifølge Jacobsen (2014, s.44) vil det i alle organisasjoner være krefter som vil motsette seg forsøk på endringer og det vil alltid være trekk ved organisasjonens omgivelser som motvirker endring. Denne samlede motstanden kan føre til at organisasjoner ikke klarer å endre seg, selv om de prøver.

I forhold til Utviklingsplan 2030 kan en se for seg motstand internt i organisasjonen mot endring i forhold til oppgaveglidning og eventuell nedleggelse av lokasjon(er), med bakgrunn i faglig prestisje og egen arbeidsplass. Motstand utenfor organisasjonen finnes i lokalmiljøer for lokasjon(er), med bakgrunn for frykt for tap av trygghet, identitet og arbeidsplasser. Nasjonal sykehusplan er også et eksempel på motstand utenfor organisasjonen, som kan hindre muligheter for ønskede endringer for SSHF.

Følgende figur kan illustrere gangen i endring som evolusjon, i forhold til utviklingsplan 2030:

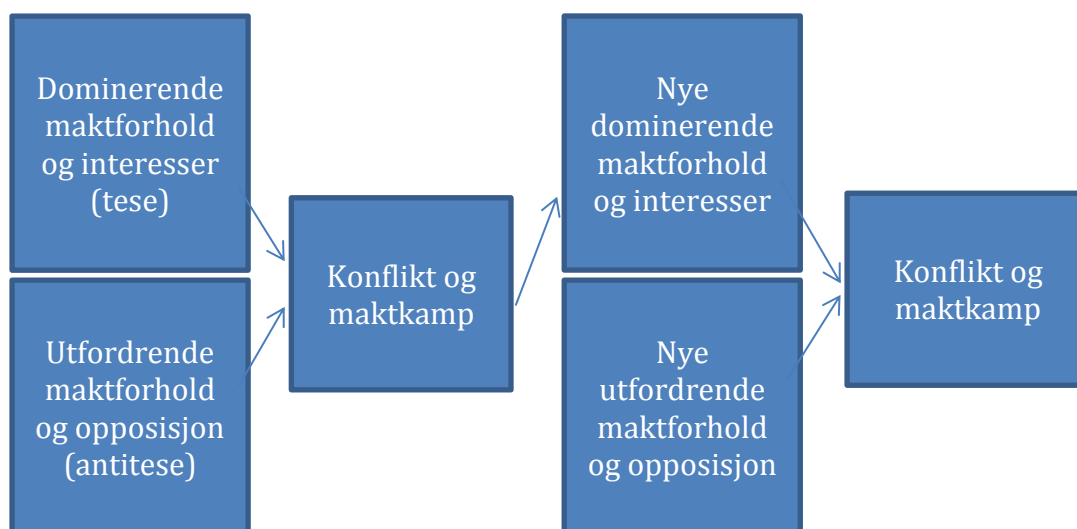




Figur 6: Egenutviklet figur, basert på: (Jacobsen, 2014, s.45) Sentrale elementer i evolusjonær endring

**Endring som dialektisk prosess – interessekonflikt som drivkraft:** Endring kan også ses på som resultat av maktkamp mellom ulike interesser. Interessene konfronteres og maktbaser, både internt i organisasjonen og eksternt i omgivelsene, aktiveres. Maktkamp og politikk er drivkreftene for endringen (Jacobsen, 2014, s.48-49).

Senere i oppgaven vil jeg beskrive hvordan prosessen med Utviklingsplan 2030, også utartet seg som en maktkamp. Prosessen var bredt dekket av media, og lokalpolitikere fra de enkelte lokasjonene kjempet for sin nærmeste lokasjons interesser. Følgende figur kan illustrere endring som dialektisk prosess:



Figur 7, (Jacobsen, 2014, s.49) Gangen i en dialektisk endringsprosess

### 2.2.2 Ledelse og endringer i ekspertorganisasjoner

Organisasjonsformen som er representert ved sykehus, faller inn under betegnelsen ekspertorganisasjoner. Ansatte i denne organisasjonsformen er fagprofesjonelle og ledelse er lite ønskelig. De ansatte mener selv å vite best hvordan ting gjøres, og trenger lite instruks, og trenger lite instruks,

mål og oppgaver fra andre. Lojaliteten ligger mer hos kollegaer og fagprofesjon, enn hos lederen på nivået over den ansatte, og behovet for anerkjennelse for utført arbeid ligger også dertil mer hos kollegaer enn fra egen leder. Den ansatte styres av målstyring og budsjettammer, samt total kvalitetsledelse, kontinuerlig forbedring og internkontroll (Strand 2012, s. 171-173).

Et annet aspekt ved ekspertorganisasjonen er at det lett kan oppstå rivalisering og konflikter mellom faggrupper, dette hemmer grunnlaget for samarbeid og gir styringsproblemer (Thorsvik 2016, s.99). Av dette kan vi også skjele til stadige uenigheter mellom SSHF sine lokasjoner, med hensyn til oppgavefordeling mellom de enkelte sykehus, eksempel på dette er spørsmålet om traumemottak og ø-hjelpsteam ved SSF (Witzøe, 2015).

Behovet for forankring hos de ansatte vil i utgangspunktet tilsi at endringsprosesser er vanskelig å ledes gjennom en «top-down» endringsstrategi. Imidlertid er mange endringsprosesser som gjennomføres ved SSHF, initiert på grunn av økonomiske mål, og tilsier derfor bruk av strategi E. Dette er to aspekter som er vanskelig å forene i en endringsprosess. Forankring hos den enkelte ansatte kommer blant annet gjennom at de berørte av en endringsprosess blir involvert, og er med å utforme hva som skal bli resultatet av endringsprosessen. Rivalisering og konflikter grunnet fag og lokasjonstilhørighet, samt at målet for endringen er å gjennomføre upopulære innsparinger, kan være hemmende for at en endringsprosess skal lykkes. En kan tenke seg at sykehusets ledelse derfor kan velge en «top-down» tilnærming, for å få gjennomført en ønsket endring.

### **2.3 Kamp for trygghet til Individ og sted**

Endringer i sykehusstruktur og endring i oppgavefordeling mellom avdelinger og lokasjoner, har både på landsbasis og lokalt innad i agder-fylkene ført til protester blant lokalbefolkningen og stort engasjement blant lokalpolitikere. For Agder sin del kom det blant annet til uttrykk gjennom fakkeltog i Arendal i 2010, årsaken var den gang kampen for å bevare nevrologisk vaktordning og barneavdelingen ved SSA. Kampen for det nære og trygge, som representeres gjennom sitt eget lokale sykehus, har sammenheng med at sykehuset er en del av den enkelte borger sin identitet i lokalsamfunnet. Staten overtok eierskapet til sykehusene i 2002 (helseforetaksreformen), og førte blant annet til sammenslåingen av SSHF sine tre lokasjoner. Blant årsakene til helseforetaksreformen var et ønske om å stoppe veksten i helsesektoren. Dette, sammen med den medisinske utviklingen,

gjør at det dannes større sentraliserte enheter. Dette godtas ikke av de som er bekymret for sitt eget sykehus og hvilket tilbud de vil kunne få der (Kvåle og Torjesen,2014).

I tiden mellom nevnte fakkeltog i Arendal i 2010 og arbeidet med Utviklingsplan 2030, har spørsmål om sykehusstruktur og oppgavefordelinger ført til mange stridigheter og vært bredt dekket i lokale medier. Avhengig av hvilke føringer og konklusjoner Utviklingsplan 2030 ville kommet med, ville den kunne berørt mange avdelinger, spesialiteter og enkeltindivider. Etter å ha lest artikkelen om kamp for trygghet til individ og sted (Kvåle og Torjesen, 2014), kan en se for seg at medlemmene i arbeidsgruppene har hatt en agenda for deltakelsen med å kjempe for sin lokasjon, og ikke har hatt tilstrekkelig fokus på å jobbe for at planen skal legge føringer for hvordan SSHF skal gi det beste behandlingstilbudet til innbyggere i Agder.

I versjon 1.0 av utviklingsplanen står det at etter avholdt dialogkonferanse den 22.01.14, hvor det ble presentert en statusrapport og en foreløpig anbefaling om kun ett sykehus, oppsto det sterke negative reaksjoner fra ansatte fra både Listerregionen og Aust-agder. Samarbeidet og kommunikasjonen i arbeidsgruppe virksomhetsmessig utvikling var mer utfordrende på tvers av hvilken lokasjon medlemmene representerte i tiden etter (Utviklingsplan 2030, s.21).

## **2.4 Sykehusstruktur og objektive kriterier**

En artikkel fra Dagens næringsliv, publisert januar 2018, handler om hva som styrer sykehuspolitikken i landet. Morten Bækken og Olve Moldestad har skrevet en masteroppgave, hvor de konkluderer med at følelser har fått styre i sykehuspolitikken, på bekostning av fakta og objektive kriterier. Poenget til forfatterne er at det ikke finnes tydelige kriterier eller parametere til grunn for dagens sykehusstruktur, men at følelser og offentlig oppmerksomhet i stor grad har avgjort både lokalisering og funksjonsfordeling i sykehussektoren. De tar blant annet for seg eksempelet med at det nå skal etableres tilbud om PCI (perkutan coronar intervensjon) ved sykehuset i Bodø, og trekker frem som eksempel at Ålesund med en mye større befolkning og like lang avstand til nærmeste sykehus som har tilbud om PCI, ikke har det. Forfatterne mener at etableringen av det nye tilbudet ved sykehuset i Bodø, er kommet til på grunn av lokale drakamper, og ikke på grunn av objektive kriterier, og at dette er ufornuftig bruk av statlige penger. Høyres helsepolitiske talsperson på Stortinget kommenterer arbeidet i artikkelen, hvor han sier at den tar for seg grunnleggende problemer i sykehuspolitikken, som avveiningen mellom faglig spesialisering og befolkningens behov for trygghet og nærhet til helsetilbudet (Engen, 2018).

## 2.5 Endringsteorier

Benevnelsen endringsteorier dekker ulike tilnærminger for hvordan en planlegger, gjennomfører og forankrer en tiltenkt endring i en organisasjon. Det sies at de fleste endringsprosjekter mislykkes, og det brukes store ressurser og mye tid i organisasjoner på nettopp endringer. SSHF er ikke noe unntak, større og mindre endringsprosjekt både planlegges og pågår hele tiden. Litteraturen om emnet er rikholdig, og jeg vil her først presentere hva Jacobsen (2014) beskriver som to ytterpunkter av endringsstrategier. Deretter vil jeg presentere Kotter(2012) sin teori om åtte-steps modellen.

### 2.5.1 Strategi E

Selve ønsket om endring er drevet frem av toppledelsen, endringen har et økonomisk utgangspunkt (E står for economic) og prosessen legges opp i forkant med start og sluttdato. Jacobsen (2014) skriver at ledelsens formelle rolle i denne strategien er «top-down», med dette menes at ledelsens rolle er sentral i prosessen, og de styrer prosessen hele veien til mål. Årsaken til ledelsens sentrale rolle er at ledelsen har best oversikt over trusler og muligheter, ledelsen har et helhetsperspektiv på organisasjonen og den har den formelle makt til å kunne tvinge igjennom en endring. Endringsprosessen er formell og sekvensiell, med at den er delt opp i ulike faser som følger hverandre. For å motivere organisasjonen for endringen brukes gjerne finansielle incentiver, dette for å forebygge motstand, og for at ansatte blir motivert for å bidra til at endringsprosessen skal lykkes. Konsulentselskaper brukes gjerne som eksperter. De kommer med inn i prosessen med et fritt syn på organisasjonen, og er spesialister på organisasjon og ledelse. Strategi E har lite fokus på menneskelige aspekter. Involvering er ut fra Jacobsens beskrivelse av strategien, begrenset (Jacobsen, 2014, s.153-165)

Momenter som skulle tilsi et valg av Strategi-E ved utarbeidelsen av Utviklingsplan 2030, er at et økonomisk utgangspunkt også innlemmer nyttemaksimering. Dette er som tidligere beskrevet en av grunnene til utarbeidelsen av Utviklingsplan 2030, hvor en søker etter fremtidig modell for å best kunne møte fremtidige utfordringer innenfor en økonomisk ramme. Det er behov for at et så viktig dokument som kan medføre store endringer for flere av organisasjonens avdelinger, ledes av medlemmer som har et helhetsperspektiv, og søker løsninger som ivaretar hele organisasjonen og dets oppgaver. Særinteresser og snevert fagsyn må vike. Bruken av konsulentselskaper kan også forsvares med at de er viktige i deres kraft av å være uhildet og fri før de starter sin jobb mot organisasjonen, og at de har nødvendig erfaring i å løse store endringsprosesser i havn.

### 2.5.2 Strategi O

O står for organisation. Ønsket om endring kommer fra en organisasjon som har etablert en kultur for engasjement, hvor en endrer seg kontinuerlig. Ledelsen rolle er her «bottom-up», i og med at de styrer prosessen i mindre grad enn ved bruk av strategi E. Målet ved bruk av strategi O er læringsevne, hvor en kontinuerlig lærer og tilpasser seg i forhold til omgivelsene. Endringsprosessen er uformell og lite planmessig. Det er ingen bruk av finansielle incentiver og eksterne konsulenter brukes ikke. Det er stort fokus på involvering ved bruk av strategi O, (Jacobsen, 2014, s.165-171).

Det er flere momenter som skulle tilse et valg av strategi O ved utarbeidelsen av Utviklingsplan 2030. En organisasjon som bevisst bruker strategi O har også økonomiske interesser, men har fokus på hva som skal til for å oppnå disse resultatene. Å danne en kultur for kontinuerlig endring, hvor SSHF kontinuerlig utvikler seg og tilpasser seg samfunnsendringer, vil i følge teorien kunne gi SSHF en organisasjon som hele tiden er i stand til å levere befolkningen nødvendig helsehjelp. Også når omgivelsene og kravene endres. Utviklingsplanen berører både befolkning og ansatte på tre lokasjoner. Dette tilsier at det er viktig med bred involvering.

### 2.5.3 Åtte-steps modellen

Modellen tar for seg hvordan en skal unngå de mest alminnelige feil, når en skal gjennomføre endringer.

- 1.Trinn: Establish a Sense og Urgency. Kotter mener at organisasjonen må overbevises om behovet for endring, dette er nødvendig for at de ansatte skal være villig til å bidra til endring.
- 2.Trinn: Creating the Guiding Coalition. Her siktes det til at det må dannes et team av medarbeidere, med både formell og uformell makt til å lede endringsarbeidet.
- 3.Trinn: Developing a Vision and Strategy. Visjonen skal være rettesnor for hva en skal oppnå, og den skal motivere og inspirere medarbeiderne. Den skal være klar, og ikke danne rom for misforståelser. Visjonen skal være realistisk og oppnåelig.
- 4.Trinn: Communicating the Change Vision. Det er viktig at visjonen når ut, og det er nødvendig å bruke mange kommunikasjonskanaler, både tale, e-mail og møter. Den skal også gjentas ofte for å sikre at medarbeiderne har den nødvendige fokus.
- 5.Trinn: Empowering Employees for Broad-Based Action. Det skal legges til rette for at medarbeiderne kan få den nødvendige kompetanse for å gjennomføre endringer. Eventuelle

strukturer eller medarbeidere som er til hinder for endringen, fjernes. Herunder også tilrettelegging for å delta på møter.

6.Trinn: Generating Short-Term Wins. Prosessen må legge opp til at det kan skapes og feires kortsiktige oppnåelser av mål. Dette er viktig for at medarbeiderne skal kunne se at arbeidet og innsatsen gir resultater, og dermed bidra til å holde entusiasmen oppe.

7.Trinn: Consolidating Gains and Producing More Change. Konsolider oppnådde endringer i organisasjonen, og forankre dem som en del av organisasjonens kultur. Det er her viktig at oppnådde resultater bygger på nye endringsprosjekter.

8.Trinn: Anchoring New Approaches in the Culture. Forandringen må bli en del av organisasjonens kultur, dette er ikke oppnådd før flertallet i organisasjonen har gjort det til sine egne normer og verdier. Her kan lederen hjelpe til med å peke hvordan de endrede normer og verdier har bidratt til å oppnå ønskede endring (Kotter, 2012).

Det er flere likheter mellom åtte-stegsmodellen og Strategi-E. Den har klare elementer av «top-down» styring, og den legger opp til en planmessig prosess. Imidlertid tar den også for seg viktigheten med involvering av organisasjonens ansatte, både mellomledere og ansatte. I kunnskapsbedrifter som SSHF, og ved utarbeidelse av Utviklingsplan 2030, kan en ikke regne med helhjertet støtte ved å påtvinge endringer, men en må høste kunnskap fra organisasjonen ved å involvere dem bredt i planleggingen for hva som er ønsket endring. Samtidig er det viktig at sykehusets ledelse er involvert for å stake ut en retning og skaffe ressurser for planarbeidet. Åtte-stegsmodellen er etter min mening en god modell for gjennomføring av planarbeidet med Utviklingsplan 2030.

### 3.0 Metode

For å få svar på min problemstilling har jeg valgt en kvalitativ tilnærming, hvor jeg har intervjuet deltakere fra de ulike arbeidsgruppene. Grunnen til valget er at jeg mener problemstillingen krever en fenomenologisk tilnærming hvor spørsmålet om opplevd involvering er for komplekst til å kunne besvares i form av spørreskjema, hvor svaret skal komme ut som en tallverdi. Kvale og Brinkmann (2015, s.45) beskriver den fenomenologiske tilnærmingen som: «*et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter*». De henviser også til Meleau-Ponty som beskriver fenomenologien som «*å beskrive det gitte så presist som mulig – å beskrive, snarere enn å forklare og analysere*» (Kvale og Brinkmann 2015, s.45).

For å innhente ønsket informasjon fra deltakerne har jeg fulgt Kvale og Brinkmann (2015) sine syv stadier i forbindelse med det kvalitative forskningsintervjuet. Fasene deles inn i: 1. Tematisering, 2. Planlegging, 3. Intervjuing, 4. Transkribering, 5. Analysering, 6. Verifisering, 7. Rapportering (Kvale og Brinkmann 2015, s.137).

### 3.1 Tematisering

Det første stadiet til Kvale og Brinkmann er tematisering, hva er forskningsspørsmålet og det å gi en teoretisk avklaring av det undersøkte temaet (Kvale og Brinkmann 2015, s.139-140). I oppgaven har jeg valgt en deduktiv tilnærming, hvor jeg først har redegjort for relevant teori innen sentrale og gyldige endringsstrategier, i oppgavens teoridel. Min oppgaves problemstilling er: Hvilke erfaringer har deltakere i arbeidsgrupper og en referansegruppe i forhold til involvering i prosessen med Utviklingsplan 2030 ved Sørlandet sykehus?, og hvordan varierer erfaringene med lokalisasjoner innen Sørlandet sykehus? En utviklingsplan anser jeg som et viktig dokument, hvor jeg mener klar og tydelig ledelse er viktig. Blant annet for å vise retning for prosessen, tilrettelegge og skaffe til veie ressurser for at arbeidet kan gjennomføres. I tillegg mener jeg at bred og reell involvering av de ansatte, på tvers av SSHF sine lokasjoner er viktig, for at planen skal få nødvendig oppslutning rundt endringer.

#### 3.1.1 Avgrensning

Arbeidet med utviklingsplanen er nå startet opp igjen, med tidshorisont frem mot 2035. Oppgaven kunne også fokusert på deltakere av de nyetablerte arbeidsgruppene, men jeg har

valt å avgrense studien til deltakere av arbeidsgruppene som arbeidet med Utviklingsplan 2030. Dette blant annet siden den representerer et avsluttet arbeid, og jeg her har muligheten av å se på det i ettertid. Som nevnt i kapittel 2.3, oppsto det problemer med samarbeid og kommunikasjon i arbeidsgruppe virksommessig utvikling, etter en foreløpig statusrapport med anbefaling om kun ett sykehus. Det kan tenkes at opplevelsen av involvering kan endres mot slutten av en endringsprosess, og derfor ser jeg det som viktig at fokuset på oppgaven er på en prosess som er avsluttet, og kan sees under ett.

Denne oppgaven fokuserer kun på medarbeidere ved SSHF sin opplevelse av involvering. At arbeidet med utviklingsplanen berørte primærhelsetjenesten, med tanke på oppgaveglidning mot kommunene, tilsier at den også kunne inkludert representanter fra kommunene, men er ikke del av oppgavens tema eller problemstilling.

## 3.2 Planlegging

Det andre stadiet er planlegging, hvor en klargjør formålet med studien, innhenter forhåndskunnskap om emnet og innhenter kunnskap om teorier innen intervju og analyseringsteknikker (Kvale og Brinkmann 2015, s.139-140).

Min oppgaves tema er: Utviklingsplan 2030 ved SSHF. Formålet med studien har vært å se på hvordan deltakere i arbeidsgruppene, på alle tre lokasjoner, nå i etterkant, opplevde i hvor stor grad de mener at de var involvert i utviklingen av planen. Oppgaven vil fokusere på hva slags erfaringer deltakere i Utviklingsplan 2030, ved SSHF har erfart i forhold til involvering i prosessen. En utført kvalitetssikring av utviklingsplan 2030, utført av Terramar AS, Hospitalitet AS og Oslo Economics AS etter versjon 1.0 forelå, konkluderer med at informasjonen har vært god, involveringen har vært bred, og det er gitt mulighet for at alle synspunkt skal komme frem i lyset. I denne oppgaven ser jeg nærmere på hvorvidt deltakerne opplevde at de ble godt involvert i prosessen, og om det er forskjeller ut fra hvilken lokasjon de arbeider ved. I oppgavens teoretiske tilnærminger(kapittel 2) har jeg presentert sentrale teorier om endringsledelse, og jeg har i kapittel 3.3 begrunnet hvordan intervjuguiden har blitt utformet. I denne oppgaven har jeg intervjuet ni deltakere fra arbeidsgruppene, og alle tre lokasjoner er representert.

### 3.2.1 Å studere egen organisasjon

Min bakgrunn som ansatt ved SSK siden 1999, derav fem år som assisterende enhetsleder ved intensiv enhet, har hjulpet meg i form av at jeg har god oversikt over formelle strukturer, samt



oversikt over uformelle strukturer. Det har vært enkelt å få tilgang til for eksempel medlemmer av arbeidsgruppene, ved at jeg gjennom årene har opparbeidet meg en stor kontaktflate i organisasjonen. Dette er fordeler som (Jacobsen, 2015, s.56) ramser opp som positive sider ved å forske i egen organisasjon.

Ry Nielsen og Repstad (1993) skisserer noen begrensninger ved studere egen organisasjon. 1. Det at en er for tett på organisasjonen og har nærsynt forhold til det en studerer, 2. at man som underordnet er nødt til å krysse avdelingsgrenser og hierarkiske nivåer, med fare for avvisning som potensiell brysom, 3. at en i intervjusituasjonen kan stole for mye på egen kunnskap om temaet, og eller at informanten tror intervjueren har god oversikt over temaet, 4. at det er vanskelig å unngå være påvirket av egne forutinntatte meninger og fordommer når en skal tolke data, 5. vansker med å skrive sannheten, på grunn av frykt for kollegaer og overordnede (Repstad 1993, s.356-357).

Gjennom min tilknytning til SSK/SSHF har jeg studert andre endringsprosesser, både fra utsiden og som deltaker. Mine erfaringer i henhold til involveringer har både vært gode og dårlige, og jeg er av den grunn ikke forutinntatt i forhold til hvilke resultater jeg vil finne. Denne problemstillingen har jeg i arbeidet med oppgaven allikevel vært bevisst på, ved at jeg har hatt fokuset rettet mot respondentenes opplevelser, ikke mine egne. Det å krysse avdelingsgrenser og hierarkiske nivåer i organisasjonen har i arbeidet med oppgaven vært uproblematisk i mitt tilfelle. Informantene har behandlet mine henvendelser på en positiv måte, og jeg tror dette gjenspeiler en kultur i organisasjonen hvor man skal bidra overfor kollegaer som trenger oppmerksomhet i forhold til forskning og utdanning. Vedrørende min oversikt over temaet involvering, har jeg i intervjusituasjonen klargjort at jeg har lest versjon 1.0 og kvalitetssikringsrapporten, men at mine kunnskaper stopper der. Faren for å legge bånd på meg selv i forhold til å presentere funn, mener jeg ikke er til stede. I oppgavens tidlige fase sendte jeg prosjektskisse, med utførlig beskrivelse om hva jeg ønsket å studere, til prosjektleder og prosjektkoordinator for Utviklingsplan 2030. Begge to oppmuntret meg til arbeidet, og uttrykte ingen bekymring for eventuelle funn. Jeg har derfor ikke hatt noen grunn til å begrense meg, ved at jeg ikke har hatt behov for å sensurere kritiske synspunkter.

### **3.3 Intervjuing**

I kapittel 2.5.3 presenterte jeg åtte-stegsmodellen av J.P Kotter. For å få svar på min problemstilling har jeg utarbeidet spørsmålene i intervjuguiden med bakgrunn i de seks første punktene i åtte-stegsmodellen, for på denne måten å kunne måle i hvilken grad deltagerene

har blitt involvert. Gjennom det enkelte intervju har jeg ønsket å klargjøre: 1. Ble deltagerene overbevist om at det var viktig at han/hun deltok i arbeidet. 2. Hvordan oppfattet respondenten sammensetningen av arbeidsgruppen, både i forhold til fordeling mellom lokasjoner og i forhold til personer med formell og uformell makt. 3. ble det skapt en visjon og strategi for hva som var målet og retningen i arbeidet med Utviklingsplan 2030?. 4. Ble visjonen og retningen kommunisert tilstrekkelig til deltagerene. 5. Ble det tilrettelagt for at deltagere kunne delta på møter?. 6. Hvordan erfarte deltagerne relasjonen og arbeidet til styringsgruppen i prosessen?. Med disse spørsmålene besvart har jeg dannet mitt grunnlag for å kunne svare på oppgavens problemstilling, hvor jeg har utvidet hvordan graden av involvering ser ut som på papiret, til også å dekke reell involvering.

### 3.4 Transkribering

Å transkribere betyr ifølge (Kvale & Brinkmann, 2015, s.205) å transformere, skifte fra en form til en annen. I mitt tilfelle betyr dette å oversette fra talespråk til skriftspråk, ettersom jeg har brukt lydopptaker i intervjuene. Transkripsjoner innebærer ytterligere en abstraksjon fra den direkte intervjusamtalen. Hvor lydopptaket er en første abstraksjon fra den direkte samtalen, med tap av kroppsspråk og gester. Handlingen å transkribere fra tale til skriftspråk vil i neste omgang føre til en abstraksjon i form av at en mister stemmeleie, intonasjon og åndedrett (Kvale & Brinkmann, 2015, s.205).

Jeg har valgt å utføre transkriberingen selv, alle intervjuer ble transkribert innenfor en tidsramme på to dager etter intervjuet. Dette for at jeg så godt som mulig kunne huske ting som stemmeleie og kroppsspråk, og kunne legge inn egne kommentarer relatert til dette, transkripsjonen ble for øvrig oversatt ordrett.

### 3.5 Analysering

I studien har jeg brukt intervjuguiden til å systematisere datainnsamlingen. Intervjuguiden er som allerede nevnt befestet de seks første trinnene til J.P Kotters åtte-stegsmodell, og relevansen er på den måte befestet i forhold til en anerkjent modell innen litteraturen. Alle seks stegene er viktige for å sikre oppslutning og motivasjon for endringen, og de er viktige for at prosessen skal gå fremover. Dette er viktige faktorer som må være på plass for at deltakerne skal kunne bli involvert i prosessen.

Tematiseringen ble følgende seks punkter som jeg har analysert hver for seg:

- Ble det skapt en forståelse/krisestemning for at arbeidet med Utviklingsplan 2030 var nødvendig?
- Ble det dannet en sammensetning i arbeidsgruppene med den nødvendige balansen i forhold til lokasjon og formell/uformell makt?
- Ble det skapt en visjon for Utviklingsplan 2030?
- Ble visjonen kommunisert tilstrekkelig
- Ble det tilrettelagt for å delta på møter?
- Hvordan opplevde deltakere i arbeidsgruppe og referansegruppe relasjonen til styringsgruppen?

Under de enkelte intervjuene kunne det oppstå at informanten også ga informasjon som kunne høre inn under et tema som vi ikke hadde kommet til enda, eller et som vi i intervjuprosessen hadde sagt oss ferdige med. Jeg merket derfor den transkriberte teksten med en farge som jeg tildelte hvert tema, for at jeg under analysen lettere kunne finne informasjonen under analysearbeidet. For å systematisere svarene, og lettere kunne avdekke forskjeller i oppfatning på opplevd involvering mellom de tre lokasjonene, har jeg gjort bruk av en tabell, en for hvert tema. Eksempel på tabell nedenfor:

**Ble det skapt en forståelse/krisestemning for at arbeidet med Utviklingsplan 2030 var nødvendig?**

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Informant 1 SSA</b>  | <b>Informant 1 SSK</b>  | <b>Informant 1 SSF</b>  |
| <b>Nøkkelord og sitater som illustrerer svaret til informant.</b> | <b>Nøkkelord og sitater som illustrerer svaret til informant.</b> | <b>Nøkkelord og sitater som illustrerer svaret til informant.</b> |
| <b>Informant 2 SSA</b>  | <b>Informant 2 SSK</b>  | <b>Informant 2 SSF</b>  |
| <b>Nøkkelord og sitater som illustrerer svaret til informant.</b> | <b>Nøkkelord og sitater som illustrerer svaret til informant.</b> | <b>Nøkkelord og sitater som illustrerer svaret til informant.</b> |
| <b>Informant 3 SSA</b>  | <b>Informant 3 SSK</b>  | <b>Informant 3 SSF</b>  |
| <b>Nøkkelord og sitater som illustrerer svaret til informant.</b> | <b>Nøkkelord og sitater som illustrerer svaret til informant.</b> | <b>Nøkkelord og sitater som illustrerer svaret til informant.</b> |

Tabell 1: (Eriksen, Alf Frode, 2018) – Analyse av tema.

## 3.6 Verifisering

### 3.6.1 Reabilitet og validitet

Reabilitet behandles ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere (Kvale og Brinkmann, 2015, s.276). For at det skal være tilfelle, må undersøkelsen være pålitelig (Jacobsen, 2015, s.227).

Validitet handler ifølge Kvale og Brinkmann (2017) om mer enn hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke. Det handler om: - validitet som håndverksmessig kvalitet, - å validere er å kontrollere, - å validere er å stille spørsmål, - å validere er å teoretisere (Kvale og Brinkmann, 2017, s. 276-282).

For å gjøre undersøkelsen min pålitelig, har jeg i beskrevet hvordan jeg har hentet inn dataene og hvordan jeg har behandlet dem. Representasjonen av informanter har vært lik i forhold til lokasjon og alle lokasjoner er representert med både sykepleier, lege og tillitsvalgt. I tillegg dekker de tre tillitsvalgte som er intervjuet, både NSF (norsk sykepleierforbund), Legeforeningen og Fagforbundet. Datainnsamlingen dekker yrkesgrupper fra somatisk klinikk som var medlemmer i arbeidsgruppene, og den dekker SSHF sine organiserte ansatte gjennom hovedtillitsvalgte sin representasjon i referansegruppe. Dette er med på å styrke datainnsamlingens pålitelighet, ved at alle yrkesgrupper har fått lik mulighet til å gjøre rede for om sine erfaringer i forhold til involvering. Informantene var også primærkilder, ved at alle informanter var deltagere i henholdsvis arbeidsgruppe og referansegruppe.

I utarbeidelsen av intervjuguiden har jeg vært bevisst at mine egne antagelser ikke kommer frem, jeg har bevisst brukt ord som «beskriv» og «hvordan» i spørsmålsstillingene. Dette gjelder også i forhold til når jeg stilte spørsmålene i intervjuene, hvor jeg har opptredt nøytralt i spørsmålsstillingene.

Intervjuene er tatt opp på bånd og transkribert for analysering, og de er kun behandlet av meg. Transkriberingen ble utført innen to dager etter intervju.

Undersøkelsen er godkjent av NSD og sykehusets forskningsavdeling. Prosjektleder og prosjektkoordinator har vært positivt innstilt til undersøkelsen, og har velvillig gitt meg oversikt over deltakere og oversikt over møtedeltakelse.

En svakhet ved oppgaven er at informantene ikke dekker psykiatrisk klinikk og teknisk drift, men jeg mener undersøkelsen allikevel er pålitelig og egnet til å undersøke oppgavens problemstilling.

### 3.7 Rapportering

Ifølge Kvale og Brinkmann (2017), kan et kvalitativt forskningsstudie ofte bære preg av å være kjedelige å lese. Den grundigste formen for rapportering, er lange ordrette transkripsjoner av hva som ble sagt i det enkelte intervjuet. Dette kan føre til at rapporteringen blir kjedelig, og fylt med gjentakelser tomprat og ufullstendige setninger (Kvale og Brinkmann, 2017, s.297). I oppgaven har jeg valgt å presentere erfaringene, sortert etter hvilken lokasjon informantene tilhørte. Det vil si at deler av de enkelte intervjuene ikke er med i rapporteringen, men jeg presenterer de viktigste erfaringene i forhold til oppgavens problemstilling.

Rapporteringen skal presenteres på en måte som ivaretar etiske aspekter som informert samtykke, fortrolighet og konsekvenser (Kvale og Brinkmann, 2017, s.300). Alle informantene ble informert gjennom informasjonsskriv om hva jeg ville undersøke, og hvordan de ville bli presentert gjennom en masteroppgave. I oppgavens kapittel om presentasjon av erfaringer (kapittel 4) og drøftingsdel (kapittel 5) har jeg valgt å kalle personen som ble intervjuet for informant. Jeg har også unnlatt å indentifisere personen i form av hvilket kjønn den har, hvilken avdeling den tilhører eller om den intervjuede er sykepleier eller lege. Dette er gjort for å minimere muligheten for at informanten skal kunne identifiseres, og beskytte dens privatliv. På denne måte har jeg etter beste evne gjort mitt for at ingen skal føle ubehag eller få negative konsekvenser.

## 4.0 Presentasjon av erfaringer

I dette kapittelet presenterer jeg uttrykte erfaringer fra intervjuene med informantene. Jeg har sortert presentasjonen i forhold til hvilken lokasjon de tilhører.

### 4.1 Erfaringer, informanter fra SSA

Rapporterte erfaringer er sortert etter spørsmålenes rekkefølge i intervjuguiden.

#### **Erfaringer i forhold til hvordan informantene ble rekruttert og overbevist til å delta:**

Informantene ble spurt om hvordan de ble rekruttert og rekruttert til å delta i arbeidsgruppe eller til referansegruppen. Begge informantene som var rekruttert til arbeidsgruppe ble rekruttert gjennom henvendelsen gjennom klinikkdirektør eller avdelingssjef. De trengte ikke å overbevises for deltakelse ettersom begge fant det å skulle arbeide med en utviklingsplan som spennende og utfordrende. Blant uttrykte erfaringer på dette spørsmålet kom det også frem at viktigheten av å delta også omhandlet lokalisering, hvor en av informantene fortalte:

*«Viktigheten av å kunne delta så vi tidlig, vi hadde denne lokaliseringsdebatten, og det var viktig å delta og ikke stå på sidelinja for å kunne påvirke»*

Informanten fra referansegruppen fortalte at hovedtillitsvalgte og foretakstillitsvalgte har faste møter hver fjortende dag med direktør og ledergruppa til SSHF. På spørsmål om hvordan informanten ble rekruttert til å delta, uttrykte en informant:

*«Jeg hadde nok satt i den gruppa ganske lenge før jeg skjønnte at vi var referansegruppe. Jeg kan faktisk huske det møtet hvor vi fikk beskjed om det, flere av oss sa: hæ, er vi det? Og det kan hende at det var noen papirer vi skulle ha lest, men det var aldri noe vi ble fortalt. Dere er nå referansegruppe for dette arbeidet, det ble vi aldri fortalt før det var gått lang tid.»*

Informanten fortalte at det som tillitsvalgt var viktig å delta i arbeidet med utviklingsplanen.

#### **Erfaringer og synspunkt med hvordan de ulike arbeidsgruppene ble satt sammen:**

Informantene som deltok i arbeidsgruppe hadde forskjellige oppfattelser av sammensetningene av de forskjellige arbeidsgruppene. Den ene informant mente at fordelingen var korrekt i forhold til lokasjon og fag, og mente at egen avdeling var godt representert på tvers av lokasjonene. I forholdt til uformell og formell makt var det de rette personene som deltok, den høye representasjonen av leger føltes naturlig. Dette siden informant sa at det var først og fremst legene som skulle legge premissene for vektingen av hva som var viktigst, i forhold til anbefalingene som skulle komme.

Den andre informanten fra arbeidsgruppe mente sammensetningen burde vært annerledes. Det kom i intervjuet frem at vedkommende mente at det var mye diskusjoner i rundt gruppens sammensetning i forhold til lokasjon. Representasjonen fra SSK og SSA opplevdes som god, men det var misnøye med den lave representasjonen fra SSF, hvor vedkommende hadde støttet dette synet. Utdrag fra intervjuet:

*«Jeg mener sammensetningen burde vært mye bedre, det ble rekruttert medlemmer fra SSF etter hvert i prosessen, men da har det vært en del møter allerede. Etter det ble det en del møter som kom på kort varsel, som krasjet med andre ting, så SSF fikk ikke delta optimalt»*

I forhold til formell og uformell makt mente informanten at noen personer var i overkant tydelig, og at enkelte som kanskje ikke hadde formell makt, tok seg makt ved bruk av ufin retorikk, noe som kunne drepe en hver god diskusjon:

*«Enkelte personer gadd etter hvert ikke å si noe, på grunn av hvordan de visste hvordan de ville bli svart og behandlet»*

Informanten mente også at det bakenforliggende til dette var lokaliseringsdebatten, og det utviklet seg til en slags skyttergrav i prosessen:

*«Det var mer konflikten mellom SSK og SSF, enn det var SSK mot SSA, det skapte mye dårlig stemning og endte også med at folk forlot møte. Det burde kanskje vært involvert mer ekstern kompetanse som kunne hatt et mer fugleperspektiv i gruppa»*

En informant mente SSHF fra starten burde hatt bedre forståelse for inngangsporten for å finne gode løsninger, hvor en herunder burde sørget for god representasjon fra alle lokasjoner i prosessens begynnelse.

Informanten fra referansegruppe uttrykte at sammensetningen av de ulike arbeidsgruppene kunne vært bedre, spesielt i forhold til den lave representasjonen fra SSF. I forhold til lokaliseringsdebatten som utviklet seg i prosessen, uttrykte informanten bekymring for deltakerne som satt i de ulike arbeidsgruppene:

*«Uenighetene kommer opp og vrenses, dette skjer igjen og igjen, og prosesser hales ut. Dette er utrolig slitsomt for de personene som satt i de ulike gruppene. Når uenighetene skal så mye opp og frem, er det svært belastende i seg selv å være en del av prosessen, for så i neste øyeblikk skal sammen på vakt med personer som en er i konflikt med»*

## **Erfaringer med hvordan informantene oppfattet visjonen og strategien til Utviklingsplan 2030**

Fra SSA uttrykte informantene fra arbeidsgruppe at visjonen og strategien handlet om fremskrivingen av fremtidige behov, som skulle danne et grunnlag for hvordan sykehuset skulle se ut i fremtiden. Mandatet dannet grunnlag for en å stille i arbeidsgruppene med blanke ark for å tenke ut hvordan fremtiden i SSHF skulle se ut, og veien ble til mens arbeidet pågikk. Som den ene informanten beskrev det i intervjuet:

*«Det var en langsiktighet for å legge det fremtidige helsetilbudet for sørlandet. Blant annet for å kunne søke om finansiering for å bygge det ut og opp. Det var et pålegg om å ha en plan når man ville søke om midler til større investeringer, her blant annet psykiatribygg. Og så var det en plan om hvordan man skulle bli bedre rekrutteringsmessig»*

Informanten fra referansegruppe kunne huske at bakgrunnen for å starte arbeidet med Utviklingsplan 2030, var begrunnet i nødvendighet for å få lån i HSØ, og starte søknadsprosessen med det planlagte psykiatribygget i Kristiansand. Informanten informerte også om at malen som HSØ nå har utarbeidet for hvordan utviklingsplaner nå skal utføres, er svært lik den malen som Utviklingsplan 2030 ble gjennomført etter:

*«Vi var tidlig ute. Det var et omfattende, og mye bra arbeid som ble utført»*

### **Erfaringer i forhold til hvordan visjonen og retningen ble kommunisert til deltakerne:**

Visjonen og retningen ble kommunisert til deltakere i arbeidsgruppe gjennom mandatet, samt gjennom mailkorrespondanse med dokumentasjon i forkant av møter. Den ene informanten var imidlertid opptatt at det ble en veldig lokasjonsdebatt, og at visjonen forsvant etter hvert:

*«Vi hadde ingen felles visjon for SSHF, og der mener jeg SSK burde tatt en rolle som var mer involverende. De som jobber der burde se helheten, så jeg er ikke så fornøyd med alt som ble gjort. Det var også uheldig at SSF var så lite representert fra begynnelsen, så fikk de inn noen etter hvert via styret, som fikk det på bordet sitt.*

Informanten fra referansegruppe sa visjonen og retningen for arbeidet ble kommunisert gjennom mandatet, og at det også var mye åpen informasjon om arbeidet med Utviklingsplan 2030 til alle ansatte.

### **Erfaringer med tilretteleggelsen av møteaktiviteten:**

Informantene i arbeidsgruppe fra SSA kunne begge fortelle at det var uproblematisk for dem å finne tid til å delta på møtene. Den ene informanten var leder for egen avdeling, og kunne disponere tiden selv i forhold til hva som skulle prioriteres. Den andre informanten uttrykte at



arbeidet med utviklingsplanen var en prioritet i egen avdeling. Imidlertid fortalt informanten at det var mye fravær på møtene, og at en av årsakene til det var det dårlige klimaet i arbeidsgruppen, og at en ikke når frem allikevel.

*«Det går fint an å planlegge å delta, og rydde seg ut av operasjonsprogram og poliklinikk. Det handler om vilje til å delta. Imidlertid mener jeg det dårlige klimaet gjorde at enkelte etter hvert ikke ville si noe på møtene, på grunn av hvordan de visste de ville bli svart og behandlet, neste gang dukket de gjerne ikke opp på møtet. Man ville ikke hverandre godt»*

En annen informant kommenterte temaet fravær fra møter slik:

*«Legene fadet ut etter hvert. De hadde korte frister før møter, og det var vanskelig for dem å få andre til å overta deres pasientrettede arbeid. Dessuten er ikke leger så interessert i administrativt arbeid»*

Informanten fra referansegruppe var frikjøpt som tillitsvalgt og sa det var uproblematisk å delta på dialogmøtene med prosjektleder og Direktør. Etter tidligere intervjuer, spurte jeg vedkommende om meninger i forhold til andres erfaringer om fravær fra møter i arbeidsgrupper. Til dette svarte informanten at selv om Utviklingsplan 2030 var et stort prosjekt, var det fortsatt ett prosjekt blant mange andre prosjekter som deltakere måtte delta i, og at de ikke kan delta på alle møter. I tillegg kan arbeidspress i forhold til pasientarbeidet gjøre noe med prioriteringen.

### **Erfaringer i forhold til hvordan deltakerne erfarte relasjonen og arbeidet til styringsgruppen:**

Informanter fra SSA fortalte at de fikk referat etter hvert møte, og de mente at de fikk jobbe fritt ut i fra mandatet. Den ene informanten sa for øvrig at prosjektleder fungerte bra som et bindeledd mellom arbeidsgruppen vedkommende var deltager i og styringsgruppen. I forhold til markeringer av oppnådde delmål i prosessen fortalte den ene av informantene at de også hadde møter hvor det ble lagt opp til en sosial ramme:

*«De la en ramme rundt for at vi skulle ha det hyggelig. For de fleste av oss var det hyggelig, vi kunne legge uenighetene bort, og gå sammen til middag på kvelden. Jeg bærer ikke nag til noen i etterkant»*

At det ikke ble protokollført dissens var ifølge en informant problematisk. Uenighetene mellom deltakere var til tider betente, og enkelte medlemmer av gruppen ble behandlet på en ufin måte. Informanten fortalte om et møte hvor stemningen var spesielt dårlig, og en deltaker reiste seg og forlot møtet. Informanten mente at det er uheldig at ikke en gang en slik hendelse ble referatført, og gjort mer synlig både for styringsgruppe og SSHF sitt styre. For å

unngå dårlig personbehandling mente informanten at dette ansvaret ligger hos arbeidsgruppens leder, og nevnte muligheten for bruk av eksterne konsulenter til å lede arbeidsgruppen kunne ha demmet opp for dette.

Styringsgruppens bruk av begreper som høyspesialisertfunksjoner, storsykehus, mellomsykehus og regionale helsesentra, mente en informant var begreper som manglet nasjonal aksept. Denne bruken av begreper var med å forkludre prosessen.

En informant var opptatt av at den daværende tverrgående organisasjonsstrukturen var med til å demme opp mot konflikter:

*«Det var også den gang, de vanlige skillelinjene mellom lokasjonene, men vi var vant til å jobbe sammen. Vi har nå ingen felles arenaer, det er mye mer splittende, og grøftene blir større og forsere»*

Informanten fra referansegruppe ga uttrykk for at de hadde mye kontakt med leder av styringsgruppen og Direktør ved SSHF, og at relasjonen var god.

## 4.2 Erfaringer, informanter fra SSK

Rapporterte erfaringer er sortert etter spørsmålenes rekkefølge i intervjuguiden.

### **Erfaringer i forhold til hvordan informantene ble rekruttert og overbevist til å delta:**

Informantene ble spurt om hvordan de ble rekruttert til å delta i arbeidsgruppe eller til referansegruppen. Informantene fra arbeidsgruppe ble rekruttert via henvendelse fra henholdsvis administrerende direktør og klinikkdirektør. I forhold til overbevisning om viktighet til deltakelse uttrykte en informant:

*«Min stilling dekket mange enheter i somatikken, og jeg synes det var viktig at sengeposter og poliklinikker ble representert i arbeidet. Henvendelsen var naturlig og jeg anså deltakelsen som viktig.»*

Den andre informanten til arbeidsgruppe var opptatt av hvordan fremtidens helsevesen vil se ut, og syntes henvendelsen og muligheten til å delta var spennende.

Informanten fra referansegruppe ble rekruttert gjennom sin rolle som hovedtillitsvalgt på dialogmøter. Vedkommende ble overbevist gjennom informasjon gitt på dialogmøtene og på møter for ledere i SSHF, avholdt i Dyreparken i Kristiansand. Deltakerne på disse møtene ble blant annet delt i grupper hvor de jobbet med ulike modeller, og så på ulike problemstillinger som var relevant for Utviklingsplan 2030.

## **Erfaringer og synspunkt med hvordan de ulike arbeidsgruppene ble satt sammen**

Informantene fra arbeidsgruppe var samstemte om at de oppfattet sin arbeidsgruppes sammensetning som korrekt. Det ble sagt at fagområdene var godt ivaretatt. På oppfordring til å kommentere sammensetningen i forhold til lokasjonstilhørighet svarte den ene informanten:

*«Jeg synes den var bredt sammensatt»*

I forhold til formell og uformell makt mente informantene at det var de rette personene som satt i deres respektive arbeidsgrupper. Den ene informanten kommenterte spørsmålet blant annet på denne måte:

*«Jeg har vært i ledergruppe med mange av de andre medlemmene, så jeg kjente personligheten til mange, hvor enkelte innehar også uformell makt. Det var ikke vanskelig å komme til orde eller si hva man mente. For min del, men kanskje for andre»*

Informanten fra referansegruppe kunne ikke huske at sammensetningen i forhold til lokasjonstilhørighet eller formell og uformell makt, var noe de tenkte på.

*«Det kom ikke tilbakemeldinger på at det var noe problem i forhold til dette i arbeidsgruppene»*

## **Erfaringer med hvordan informantene oppfattet visjonen og strategien til**

### **Utviklingsplan 2030**

Fra SSK kunne informantene fra arbeidsgruppe si at visjonen og strategien var å se på hva som kan føre til endringer for SSHF, i forhold til kommende endringer i demografi og drivere. Den ene informanten uttrykte blant annet:

*«Vi var opptatt av hva som ville føre til endringer, i den grad det går an. Og så var det jo dette med hvordan medisinen vil se ut i fremtiden, det er jo eksempler som viser at medisinske fremskritt som driver kan si noe om. Min arbeidsgruppe endte opp med å si sånn i grovtekst at det ville skje mye i fremtiden, som krever sentralisering, men også mye som krever desentralisering»*

Den ene informanten mente at mandatet var klart i forhold til hva en skulle oppnå, og hvordan en skulle oppnå det.

Informanten fra referansegruppe kunne huske at videre klinikkstruktur og ø-hjelps funksjoner var fremtredende i arbeidet, og at det var mange som hadde forventninger til at Utviklingsplan 2030 skulle avklare fremtidig drift for SSHF.

### **Erfaringer i forhold til hvordan visjonen og retningen ble kommunisert til deltakerne**

Fra SSK opplevde den ene informanten at de fikk mye dokumentasjon før møtene som deltakerne skulle lese i forkant, og mener prosjektkoordinator gjorde en god jobb med å sende ut informasjon før møtene. Den samme informanten mener imidlertid at deltakerne i arbeidsgruppen var veldig delt i møtene i forhold til visjon og strategi, og at skillelinjene gikk i forhold til hvilken lokasjon man tilhørte.

En annen informant fortalte at egen arbeidsgruppe sine meninger og konklusjoner, underveis i prosessen, ble koblet inn mot andre argumenter fra andre arbeidsgrupper. Dette kunne skje ved at den enkelte arbeidsgruppe leverte sine rapporter til arbeidsgruppen over i organisasjonskartet, hvor alle innspillene ble satt sammen.

Informanten fra referansegruppe fortalte om at prosjektleder og direktøren orienterte de tillitsvalgte på dialogmøtene. I tillegg var det mye informasjon på SSHF sitt intranett, hvor det ble lagt ut referater og kom nyhetsbrev om utviklingsplanen. Det ble også lagt opp til at SSHF sine ansatte kunne komme med innspill via sykehusets intranettsider.

### **Erfaringer med tilretteleggelsen av møteaktiviteten**

Fra SSK kunne fortalte informantene at det for dem var uproblematisk å delta på møter. En av informantene mente at fravær fra møter henger sammen med prioritering, og utfordringer i forhold til uforutsette ting som kan ha skjedd på klinikken, hvor en må velge mellom å jobbe med en utviklingsplan og pasient. Enkelte kan ha nedprioritert det.

En annen informant fortalte:

*«Det jeg syntes var utfordrende var at det var stadig møter der noen av de viktige personene var forhindret til å møte. Det var et mannefall på enkelte møter»*

Angående årsakene mente det ikke var noe galt med innkallingene, men at det var tilfeller hvor personer ikke hadde svart på innkallingene, så en visste iblant ikke hvem som kom til å dukke opp på møtene. Dette mente informanten var uheldig:

*«Skulle vi snakke om kirurgiske problemstillinger, var det selvsagt viktig at kirurgene var representert»*

På spørsmål om informanten mener at det ikke ble tilstrekkelig lagt til rette for å kunne delta på møter for andre medlemmer av arbeidsgruppen, uttrykte vedkommende:

*«Nei, jeg har inntrykk av at de ikke klarer å styre sin hverdag. At de ikke klarte å rydde seg ut av poliklinikk og operasjon, er mangl på lite struktur og planlegging fra den enkelte. Legene ser sin hverdag i det som står i DIPS (et pasientjournalsystem), og har ikke kontroll på resten»*

Informanten fra referansegruppe mente det var uproblematisk å prioritere å delta på dialogmøtene, som på den tiden, i stor grad handlet om Utviklingsplan 2030. På spørsmål om formening om årsaker til frafall i arbeidsgrupper svarte vedkommende at erfarne fagpersoner ofte ikke prioriterer denne typer møter, på grunn av at denne type arbeid kan bli for diffust, og at en ikke orker å prioritere det. Informanten relaterte ikke dette spesifikt til arbeidet med Utviklingsplan 2030.

### **Erfaringer i forhold til hvordan deltakerne erfarte relasjonen og arbeidet til styringsgruppen:**

Informantene fra arbeidsgrupper kunne ikke erindre at det var noe å si på relasjonen til styringsgruppen, heller ikke i forhold til at det var markeringer av oppnådde delmål. På spørsmål om eventuelle betente uenigheter i arbeidsgruppen burde vært løftet til styringsgruppen for på den måten løse opp i konflikter, uttrykte en av informantene følgende:

*«Det har jeg ingen formeninger om»*

Jeg vil anmerke, at informanten var deltaker i en arbeidsgruppe som jeg ikke har mottatt informasjon som indikerer at det var problemer i forhold til uoverenstemmelser mellom deltakere.

Informanten fra referansegruppe mente relasjonen mellom styringsgruppen og de tillitsvalgte var god. Vedkommende mente at involveringen forøvrig var god, og at eventuelle problemer var mer relatert til hvem som var involvert.

### **4.3 Erfaringer, informanter fra SSF**

Rapporterte erfaringer er sortert etter spørsmålenes rekkefølge i intervjuguiden.

#### **Erfaringer i forhold til hvordan informantene ble rekruttert og overbevist til å delta:**

Informantene fra arbeidsgruppe sa begge at deres representasjon var i kraft av sin stilling, som den ene informanten sa det:

*«Jeg fikk beskjed om å være med, det var en del av jobben min»*

Informantene ble rekruttert fra henholdsvis administrerende direktør og klinikkdirektør. Selv om henvendelsene om deltakelse for begge informantene kom som «beskjeder» om å delta, var begge overbevist om viktigheten av å delta i prosessen. Begge var opptatt av å kunne være med å forme fremtidens sykehus i Agder gjennom strategisk arbeid.

Den ene informanten var imidlertid rekruttert et godt stykke ut i prosessen, og følte seg kastet inn i et arbeid som vedkommende ikke var forberedt på:

*«Derfor var jeg relativt dårlig forberedt. Jeg leste meg opp på det som hadde skjedd tidligere, men det var vanskelig å komme inn i en prosess som allerede var godt i gang»*

Informanten fra referansegruppe ga også uttrykk for at det var gått en del tid før vedkommende skjønnte tillitsvalgte gjennom dialogmøtet var definert som referansegruppe, og at dette hemmet arbeidet ettersom det var mye å sette seg inn i. Å delta i referansegruppen opplevdes allikevel som viktig.

### **Erfaringer og synspunkt med hvordan de ulike arbeidsgruppene ble satt sammen:**

På dette spørsmålet var den ene informanten fra arbeidsgruppe opptatt av at den lave representasjonen fra SSF gjorde det vanskelig å få gehør for sine meninger. Informanten mente at personer fra andre lokasjoner i tillegg til sine formelle posisjoner som avdelingsledere, hadde mye uformell makt, tilegnet ved å ha vært sterke profiler i tidligere kamper om lokaliseringer og tildeling av midler. Dette førte ifølge informanten til at man fra hver lokasjon satt i sin «egen grøft», og at hver deltaker argumenterte i forhold til hvilken lokasjon en kom fra, dette førte ifølge informanten igjen til:

*«Selv om det var tidvis gode argumenter, og at noen som hadde rett, så var det slik at lokaliseringskampen overskygget det. En ble redd for at hvis du var med på andres argumenter, kunne du miste noe for egen lokasjon. Det var veldig steile fronter.»*

Informanten fortalte også om at en kunne bli møtt med ufin retorikk, når en sa noe i møtene, og at vedkommende holdt seg i bakgrunnen fordi en fryktet for å bli møtt med ufinheter. I forhold til den lave representasjonen fra SSF, mente vedkommende at den kunne forsvares i forhold til SSF sin størrelse målt opp mot SSA og SSK.

En annen informant fra arbeidsgruppe, var mer opptatt den lave representasjonen fra kommunene. Informanten fortalte at egen arbeidsgruppe hadde to representanter fra kommunene, og de skulle snakke og mene noe for 30 kommuner. Dette opplevdes som sterk underrepresentasjon, og representantene ga beskjed at de ikke hadde mulighet til å være talsmann for alle kommuner i Agder. Informanten fortalte eksempelvis at de innen et fagfelt kunne konkludere at 50% av aktiviteten i år 2030 skulle overføres til kommunene:

*«Det sier seg selv at dette var umulig for kommunerepresentantene til å kunne bære ansvaret for, de var altfor underrepresentert»*

Informanten fra referansegruppe mente at SSF var sterkt underrepresentert i de forskjellige arbeidsgruppene. Vedkommende fortalte at, med støtte fra tillitsvalgte fra SSA, ble jobbet

iherdig med å få inn flere representanter til arbeidsgruppene fra SSF. De fikk etter hvert gehør for dette fra styringsgruppen.

### **Erfaringer med hvordan informantene oppfattet visjonen og strategien til Utviklingsplan 2030**

Informantene fra SSF i arbeidsgruppe, mente at utgangspunktet for Utviklingsplan 2030 var behovet for oppgraderinger av bygningsmassen ved SSK. Den ene informanten sa:

*«Direktøren fremstilte det som at SSHF trengte en Utviklingsplan for å få en liten milliard for å bygge et nytt psykiatribygg»*

Informanten fra referansegruppe sa de fikk presentert mandatet og at de skulle gi innspill. Visjonen ble oppfattet slik at de ansatte skulle finne fremtidige løsninger. Underveis i prosessen ble de inkludert som referansegruppe for prosjektet.

### **Erfaringer i forhold til hvordan visjonen og retningen ble kommunisert til deltakerne:**

På dette spørsmålet var en av informantene opptatt av at SINTEF overtok mer og mer styringen i møtene i arbeidsgruppen vedkommende var deltaker i:

*«Det som var overraskende var at de stilte med mer eller mindre en plan, de hadde gått igjennom et datamateriale, og de la frem en del ting som jeg ikke oppfattet som diskusjonsgrunnlag, men ting som mer eller mindre var ferdig. De tok veldig mye styring på møtene»*

Informanten kunne fortelle at SINTEF styrte mot et felles hovedsykehus, og argumenterte med forhold til arealutnyttelse, effektivitetsutnyttelse og personalressurser, herunder at doble vaktordninger var lite hensiktsmessig. Dette skjedde i 2013. Når retningen for arbeidet tok denne dreiningen, ble det et vanskelig samarbeidsgrunnlag i gruppen:

*«Det ble et vanskelig samarbeidsgrunnlag i gruppen. Det begynte å bli en arena for lokaliseringskamper, som utmaner den opprinnelige intensjonen»*

Parallelt med dette foregikk tarmkreftsaken i Agder, hvor det ble lagt frem tall rundt kvaliteten på tarmkreftkirurgi, hvor Arendal var signifikant dårligere i forhold til Kristiansand. Informanten mente at dette også bidro til at det klimaet i gruppen ble en krigssone, og kompliserte samspillet ytterligere.

Ideen om ett felles hovedsykehus fortalte informantene ble kommunisert ut i media av prosjektleder, før arbeidsgruppen hadde konkludert. Dette førte til uro i befolkningen i Arendal og Flekkefjord, også i de politiske miljøene. Endringen fra å gå for et felles

hovedsykehus, til anbefalingen om et hovedsykehus i Kristiansand, og to lokalsykehus i Arendal og Flekkefjord hadde ifølge informanten flere grunner:

*«Årsaken var at kostnadene ble for store, og at Helse-Sørøst hadde andre store byggeprosjekter som ville blitt prioritert før et felles storsykehus i Agder, men presset fra befolkningen og de politiske miljøene var også med å bidro»*

### **Erfaringer med tilretteleggelsen av møteaktiviteten:**

En av informantene fra SSF uttrykte at det ikke var nødvendig med tilrettelegging for å gå på møter. Vedkommende jobbet i det daglige administrativt, og kunne prioritere arbeidet med Utviklingsplan 2030. På spørsmål om det var mye frafall på møter, fortalte informanten at det ikke var noe problem i egen arbeidsgruppe at deltakere ikke møtte opp. Informanten sa at etter å ha vært med på mange utredninger i karrieren, så var erfaringen at legene ikke kan delta på alle møter de blir bedt om, i forhold til forpliktelser overfor pasientarbeidet.

En annen informant fortalte at det var møter hvor vedkommende ikke deltok, på grunn av pasientrettet arbeid. Det ble bekreftet at det var en del fravær i informantens arbeidsgruppe, men det ble i intervjuet sagt at dette ikke hindret progresjonen i arbeidet. SINTEF sine representanter hadde styringen på møtene, og deres arbeid og fremlegg var ikke avhengige av at alle var tilstede.

Informanten fra referansegruppe var frikjøpt i 20% stilling som hovedtillitsvalgt.

Dialogmøtene var på faste dager, så det var lett å planlegge for deltagelse.

### **Erfaringer i forhold til hvordan deltakerne erfarte relasjonen og arbeidet til styringsgruppen:**

Informantene fra SSF kunne fortelle at det var liten kontakt mellom arbeidsgruppene de var med i, og styringsgruppen. Den ene informanten kunne ikke huske at de hadde noen kommunikasjon med den, men fortalte at arbeidsgruppen var med på et fellesmøte med arbeidsgruppe virksomhet, som ligger et hakk over i organisasjonskartet.

En annen informant fortalte også at de hadde lite med hverandre å gjøre. På spørsmål om informanten mente de burde hatt det?, uttrykte informanten:

*«Ja, absolutt»*

På spørsmål om hva informanten savnet?, fortalte vedkommende:

*«Vi kunne gjerne hatt milepælsmøter, hvor vi ser på hvor langt vi har kommet, og hvor vi ser på resultatene. Hvor vi kunne sett på hva som er mangelfullt, og hva som kan gjøres bedre»*



Informanten fra referansegruppe fortalte at de hadde regelmessige møter med representanter fra styringsgruppen.

## 5.0 Drøftingsdel

I dette kapittelet vil jeg drøfte uttrykte erfaringer fra mine samtaler med informantene (kapittel fire), opp mot teori som er presentert i teoridelen av oppgaven (kapittel 2). Dette kapittelet er strukturert med kategorier basert på spørsmålene i intervjuguiden og dens rekkefølge av spørsmål.

For hvert underkapittel vil jeg summere opp funn fra informantene. Funnene vil bli samlet i en tabell i kapittel 6, hvor tabellen, sammen med drøftingen er grunnlag for oppgavens konklusjoner.

### 5.1 Å skape forståelse for at endring er nødvendig

Samtalene med informantene avdekket at deltakere i gruppene var motiverte for å delta i arbeidet med Utviklingsplan 2030. Som en av informantene påpekte, var det også viktig å delta for å kunne påvirke, i forhold til egen lokalisasjon. Et svar som ble uttrykt av flere av informantene, var at de ble medlemmer av arbeidsgruppene i kraft av sin stilling, og at de fikk beskjed om å delta. SSHF sin organisasjonsstruktur er som andre sykehus organisert i et linjedelt hierarkisk styringssystem, som Jacobsen & Thorvik (2016,s.90) uttrykker at innebærer at den som sitter over i linjen har beslutningsmyndighet over den under seg. Deltakerne i arbeidsgruppene ser ut til å ha blitt rekruttert gjennom henvendelser fra direktør eller klinikkledere, og dermed av personer over seg i organisasjonslinjen.

I kap.2.2.2 skriver jeg at et sykehus sin organisasjonsform faller inn under betegnelsen ekspertorganisasjon, hvor lojaliteten til den ansatte ligger mer hos kollegaer og fagprofesjon, enn hos lederen på nivået over den ansatte. Et prosjekt av den størrelsesorden og viktighet som Utviklingsplan 2030 var, så finner jeg det naturlig at deltakere i arbeidsgruppene fulgte beskjeden fra sine ledere om å delta. Dette også på grunn av at deltakelsen i prosjektet var et middel for å sikre interessene for sitt eget fag og egen lokasjon.

Måten rekrutteringen av deltagere til arbeidsgruppene foregikk, har elementer av strategi-e over seg. Henvendelsene om å delta i arbeidet kom fra toppledelsen, og deltagere i arbeidsgruppene var også selv ledere, som i kraft av sine stillinger vil ha et bredere perspektiv enn ansatte lenger ned i organisasjonslinjen.

Deltakere av referansegruppene var rekruttert gjennom sitt faste dialogmøte med representanter fra sykehusets ledelse.

Helsedirektoratets, tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, fastslår allerede i forordet, at før det startes investeringsprosjekter i helseforetakene, skal det foreligge en utviklingsplan før

oppstart av planprosessen (Helsedirektoratet, 2011, s.3). Med dette kravet foreliggende, trengte ikke SSHF sin ledelse å argumentere overfor sykehusets ansatte med annet enn at det et krav fra helsedirektoratet, såfremt SSHF har ønske om å gjøre større investeringer i bygningsmassen. Gjennom samtalene med informantene ble det nevnt av flere at det ble argumentert om viktighet om deltakelse, for at sykehuset kunne få grunnlag for å skaffe finansiering til bygging av nytt psykiatribygg i Kristiansand. Behovet for oppgraderinger til SSHF sin bygningsmasse er også omtalt som bakgrunn for at planarbeidet ble igangsatt (Utviklingsplan, 2015, s.12). Det kan for meg virke som informantene var enstemmig i forhold til at de så arbeidet med Utviklingsplan 2030 som nødvendig og viktig. Som bakgrunn for at deltakere i arbeidsgrupper og referansegruppe så arbeidet som nødvendig, kan en generell oppfatning vedrørende at helsevesenet er i en kontinuerlig utvikling, eksempelvis helseforetaksreformen fra 2002 og samhandlingsreformen fra 2012. Det er også en stadig raskere utvikling av bedre og flere behandlingsmetoder, med tilhørende endret etterspørsel etter helsetjenester som vil kreve endringer, som ytterligere forsterkes av en lenge varslet eldrebølge. Ved at deltagere aksepterer at endring er nødvendig for å tilpasse organisasjonens livssyklus, kan en si at drivkraften for forståelsen for at endring er nødvendig, er videre vekst i SSHF, og at organisasjonen må planlegge for dette. John Kotter mener at minst 75% av de ansatte må se behovet for endring, for at en endringsprosess skal kunne lykkes (Kotter, 2012, s.51). Med dette mener jeg SSHF ut fra sine ansattes lojalitetsplikt overfor sin arbeidsgiver, fagprofesjon og lokasjon, og en generell oppfattelse av behov for fremtidig endring, i tilstrekkelig grad har synliggjort overfor deltakere i arbeidsgrupper og referansegruppe, at det var viktig å delta i arbeidet med Utviklingsplan 2030.

## **5.2 Å sette sammen en balansert arbeidsgruppe i forhold til lokasjon og formell/uformell makt**

Samtalene med informantene om dette temaet var innholdsrike, og opplevelsene var delte i forhold til lokasjonstilhørighet. Informanter fra SSF og SSA var opptatt av del lave representasjonen som var tildelt SSF, og det ble sagt at det var mye diskusjoner rundt dette. Det kom også frem at SSF etter hvert fikk gehør for dette, og fikk flere representanter inn i arbeidsgruppene underveis i prosessen. Som en informant uttrykte, var det da allerede vært en del møter, og det ble vanskelig for SSF å få deltatt optimalt. Kvalitetssikringsrapporten skriver angående dette:

*«Informasjonen har vært god, involveringen har vært bred, og det er gitt mulighet for at alle synspunkt skal komme frem i lyset. I den grad man skal være kritisk, kan det anføres at man i noen grad har latt involvering gå på bekostning av styring. Det kan være uheldig at prosessen blir forholdsvis lang, og det kan være uheldig at forskjellige grupper endrer sin sammensetning etter hvert som sykehuset imøtekommer forskjellige ønsker om økt involvering» (Kvalitetssikring av Utviklingsplan 2030, 2015, s.5)*

Jeg mener imøtekommelsen av større representasjon for SSF underveis i prosessen, er en fin oppfølging fra SSHF med tanke på at intensjonen for endringen hadde elementer av strategi- og over seg, med gode forsøk for å sikre involvering. Konsulentbyråer, som også har skrevet kvalitetssikringsrapporten, er som beskrevet i kapittel 2.5.1 mye brukt i endringsprosesser hvor strategi-ene er dominerende, og deres negative synspunkt på imøtekommelsen om økt involvering, er for meg ikke overraskende.

Den skjeve representasjonen i forhold til lokasjonstilhørighet, kan sies å ha vært hemmende for prosessen, men samtidig kan det diskuteres om det hadde vært rett med et likt antall representanter fra hver lokasjon. Dette med tanke på forskjellen i antall ansatte og aktivitet mellom lokasjonene. Med tanke på forskjell i størrelse og aktivitet mellom de tre ulike sykehus, kan se for seg at en eventuell lik representasjon mellom de tre lokasjonene, også kunne skapt uro og diskusjon i forhold til hva som hadde vært rett. I samtalen med informanter fra SSF kom det frem at den lave representasjonen som var tilkjent SSF, vanskeliggjorde SSF sine representanter sin jobb med å få en oppmerksomhet for sine synspunkt i arbeidsgruppene. Jeg mener at en i ettertid kan ha unngått mye «turbulens», og sikret bedre involvering, med en høyere representasjon fra SSF ved prosessens begynnelse. I forhold til fordelingen mellom formell og uformell makt, går det frem av arbeidsgruppens deltakere, at de hadde mye formell makt i kraft av sine stillinger som ledere og avdelingsoverleger. Dette er noe Kotter (2012) sier er viktig for at en endringsprosess skal lykkes, hvor han blant annet trekker frem formell makt, ekspertise, kredabilitet og lederevner som viktige ingredienser for deltakere i en endringsprosess (Kotter, 2012, s.59).

Som tidligere beskrevet i oppgaven opplyste informanter at det ble gjort bruk av såkalt «ufin retorikk», og at enkelte medlemmer tilkjempet seg makt ved bruk av dette. Dette resulterte ifølge en informant at medlemmer som var utsatt for dette unngikk å delta i ordskifte på møtene, av frykt for hvordan de kunne bli behandlet. Jeg presiserer her at dette kun gjaldt en av arbeidsgruppene som jeg har intervjuet informanter fra. I en prosess som inneholder mulige endringer i oppgavefordeling og sykehusstruktur, mener jeg ikke at målet skal være å oppnå enighet, og det vil være naturlig at diskusjonene blir «friske». Jeg mener imidlertid at

bruk av «ufin retorikk» ikke hører hjemme i en arbeidsprosess. Samtalene med informanter tyder på at en av arbeidsgruppene manglet nødvendig samhold for å nå felles mål, eller hadde svært ulik oppfatning av hvilke løsninger som skal til for å oppnå målet. Samtalene avdekket også at enkelte deltagere brukte alle kampmidler for å få gehør for sine løsninger. Dette gjør at jeg oppfatter prosessen med Utviklingsplan 2030, i spesielt en av arbeidsgruppene, har likheter med en dialektisk prosess, hvor interessekonflikt er drivkraft. Grunnen til at jeg mener dette, er at samtalene med flere informanter viser tegn på at det var maktkamp mellom ulike interesser, hvor kampen for egen lokasjon og fag var det sentrale. En informant fra SSF uttrykte blant annet frustrasjon over at frykten for å miste noe for egen lokasjon, kunne hindre en i å gi støtte til andres argumenter, selv om en var enig i argumentene. Diskusjonene om oppgavefordeling mellom de tre lokasjoner var gjeldende før arbeidet med Utviklingsplan 2030 startet, og enkelte medlemmer av arbeidsgruppene har vært del av disse diskusjonene tidligere. Jeg mener det kunne vært en tanke å ha ett større fokus på å rekruttere deltakere til arbeidsgruppene som har innehar kombinasjonen av formell makt, og har vist seg som effektive endringsledere med vektlegging på samarbeidsevner og tidligere resultater. Dette for at den enkelte arbeidsgruppe i større grad kunne vært mer sammensveiset for å skape samhold, felles front og kontinuitet mot målet om gode fremtidige løsninger.

### 5.3 Å skape en visjon for endring

Samtalene med informantene viser at SSHF ikke hadde en klar visjon i form av hvordan det skulle bli i fremtiden, men at deltakerne i arbeidsgruppene skulle forme fremtiden. Flere av informantene refererte til Utviklingsplan 2030 sitt mandat, hvor det blant annet står:

*«Prosjektet skal på bakgrunn av forventet utvikling vurdere hvordan det vil være mest hensiktsmessig/lønnsomt for SSHF å innrette sin virksomhet uavhengig av dagens sykehusstruktur og oppgavefordeling» (Utviklingsplan 2030, s.13)*

Flere informanter fortalte at målet for arbeidet var å utforme det fremtidige helsetilbudet for Agders befolkning, gjennom å se på hva som vil føre til endringer i forhold befolkningsendringer og medisinskfaglig utvikling. Det ble også nevnt flere ganger at bakgrunnen for prosjektet var behov for finansiering av nybygg, spesielt det planlagte psykiatribygget i Kristiansand. Dette samsvarer langt på vei med det som er skrevet i versjon 1.0, angående bakgrunn for prosjektet:

*«SSHF vil være proaktive, analysere drivkreftene og utarbeide planer for en helhetlig, langsiktig utvikling av virksomheten. Bygningsmassen til SSHF trenger betydelige oppgraderinger» (Utviklingsplan, 2030, s.12)*

Vi ser her elementer fra strategi-e, med tanke på økonomi er fremtredende, og at drivkreftene for endring både kan sies å være vekst, og at det er knapphet på ressursene som skal fordeles. Elementer fra strategi-o, er at det er de ansatte selv som skal forme fremtiden.

Ifølge John Kotter (2012) skal en visjon referere til hvordan fremtiden skal bli, med implisitte eller ekspisitte kommentarer på hvorfor deltakere i en endringsprosess skal strekke seg etter å skape den fremtiden. Dette for å klarere den generelle retningen for endring, motivere de ansatte for endringen og visjonen skal hjelpe å koordinere de ansattes handlinger (Kotter, 2012, s.71). Hvis en tar utgangspunkt i at SSHF ikke kunne ha en klar visjon i form av hvordan fremtiden skal se ut, ettersom det var de ansatte som gjennom deltakelse i arbeidsgrupper og referansegruppe som skulle skape den fremtiden, vil jeg påstå at SSHF gjennom mandatet til Utviklingsplan 2030 har gjort et godt arbeid i forhold til hvordan målene skal nås. Mandatet gir en god forklaring på årsaker til at endring er nødvendig, og den gir også en klar retningslinje på hvordan en skal komme frem til hvordan fremtiden skal bli. Deltakerne skulle selv på de ulike endringsdriverne, for å finne den beste løsning for SSHF sin fremtid.

Et problem som kan dukke opp, er den enkeltes oppfatning av hva en skal prioritere og hvordan en skal prioritere, i forhold til de ulike endringsdriverne. Jacobsen (2014) skriver at:

*«Politiske, kulturelle og demografiske endringer er vanskelige å få tak på, og det er nesten umulig å beskrive klart og entydig hva slags konsekvenser disse har for en spesifikk organisasjon»*

De ulike arbeidsgruppene og referansegruppe var besatt av deltakere fra ulike lokasjoner. Ut fra Jacobsen (2014) sitt sitat, kan en si den enkelte deltager vil ha sin egen virkelighetsoppfatning, med utgangspunkt fra sin egen lokasjonstilhørighet. Som beskrevet i kap 5.2, beskrev enkelte informanter bruk av «ufin retorikk», at samarbeidsklimaet var dårlig og at skillelinjene gikk i forhold til lokasjonstilhørighet. Dette viser at det var problematisk at SSHF sin manglende visjon for hvordan fremtiden skal bli, og dertil manglende klarering for den generelle retningen for hvilke endringer som måtte gjøres, ble problematisk for prosessen. Informanter beskrev en lokasjonskamp, hvor fokuset gikk på å kjempe for egen lokasjon. Dette understøttes av Kvåle og Torjesen(2014) sin artikkel om «Sykehusørkla – kampen for tryggleiken til individ og stader», hvor de tar opp det problematiske ved at regionale og lokale helseforetak selv skal fordele midlene, for å nå helsepolitiske målsetninger og resultat. Når

det blir snakk om endring av sykehusstrukturen, vil det ifølge forfatterne raskt ende opp i mobilisering av det enkelte lokalsamfunn som føler seg truet. Befolkning og lokalpolitikere gjerne gjør bruk av fakkeltog for å skaffe oppmerksomhet, media brukes aktivt, og en bruker kanaler inn mot storting og departement for å få støtte. Dette sammenfaller med en artikkel i Fædrelandsvennen (Witzøe, 2015), hvor helseminister Høyie blir møtt av lokalbefolkning for å berge tilbud om akuttkirurgi i Flekkefjord.

Et annet moment er at Nasjonal sykehusplan ikke forelå under prosessen. Ifølge informant fra SSA var styringsgruppens bruk av begreper som høyspesialisertfunksjoner, storsykehus, mellomsykehus og regionale helsesentra, med på å forkludre prosessen og skape uro.

Informanten mente at begrepene manglet nasjonal aksept. SSHF var tidlig ute med å lage en utviklingsplan, og jeg mener at prosessen kunne blitt lettere, hvis nasjonal sykehusplan hadde ligget til grunn. Dette ettersom Nasjonal sykehusplan inneholder begrepsavklaringer i forhold til de ulike typer betegnelser på sykehus (Det kongelige Helse og omsorgsdepartement, 2016, s.105).

Ovenfor beskriver jeg en mangel på objektive kriterier, og en forskjellig oppfattelse av hvordan objektive kriterier vil oppfattes mellom lokasjoner. Dette understøttes av artikkelen til Engen(2018), som jeg presenterte i denne oppgaves kapittel 2.4. Jeg mener prosessen med Utviklingsplan 2030 blir vanskeligere, ved at de enkelte deltakere i arbeidsgruppene fikk for diffuse retningslinjer for sitt arbeid. Deltagere sine subjektive tolkninger av endringsdrivere, gjorde at en endte opp med en kamp for sin lokasjons behov for trygghet og nærhet til helsetilbud. Dette istedenfor at en i fellesskap kunne styre utviklingen av SSHF etter tydelige kriterier og parametere for hvordan fremtiden skulle bli for SSHF sitt helsetilbud.

#### **5.4 Viktigheten av å kommunisere visjon og strategi**

Det gikk frem gjennom mine samtaler med informantene at de mottok mye informasjon i forkant av møter gjennom mailkorrespondanse, og prosjektkoordinator ble trukket frem for å ha gjort en god jobb i forhold til dette. Informantene fra referansegruppe henviste til at de ble orientert av prosjektleder og direktør på sine dialogmøter med dem. I tillegg ble det nevnt av flere informanter at det kom mye informasjon underveis i prosessen, både i form av nyhetsbrev og referater. Alle ansatte ved SSHF fikk mulighet og ble oppfordret til å komme med innspill via sykehusets intranettside gjennom prosessen.

Det kom imidlertid frem i samtalene med informant fra SSA at lokasjonskampen gjorde at visjonen etter hvert forsvant i prosessen, og igjen at skillelinjene var harde. Dette ble støttet

av en informant fra SSF som beskrev at konsulenter fra SINTEF overtok mer og mer styringen på møter i 2013, og at de styrte utviklingen mot et felles hovedsykehus. Samarbeidsgrunnlaget i gruppen ble ifølge informanten vanskeligere etter dette, og utmanet den opprinnelige intensjonen av å skulle finne løsninger i fellesskap. Ifølge Kotter (2012, s.92, 99-101) er det viktig at inkonsekvent uttalelse eller handling blir forklart og begrunnet, og hvis den forblir uadressert, vil det underminere kredabilitet til kommunikasjon. Informanten fortalte at konsulentene argumenterte med forhold til arealutnyttelse, effektivitetsutnyttelse og personalressurser, men at denne forklaringen ikke ble godtatt av alle. Igjen gikk skillelinjene i forhold til hvilken lokasjon deltakere tilhørte. Hvis en tar i betraktning mottatte informasjon fra informant fra SSF, mener jeg prosessen i en av arbeidsgruppene ble lidende av endret strategivalg fra styringsgruppen, hvor konsulenter fra SINTEF ble tillatt mer styring, på bekostning av involvering av gruppens medlemmer. Det kan se ut til at styringsgruppen har ønsket å finne et veivalg i form av å gjøre bruk av konsulents objektive kriterier, i mangel på disse fra nasjonalt nivå. Og igjen mener jeg at en ser at endring av struktur innen sykehus, er utfordrende. Denne endringen i strategi i prosessen, mener jeg illustrerer en overgang fra tilrettelegging for innspill og deltagelse (strategi-o), over til å lene seg mer over til å gi konsulentbyråer mer styring av prosessen (strategi-e).

Kommunikasjon av visjon og strategi til SSHF sine øvrige ansatte. Ifølge Kotter (2012, s.92) er det nøkkelementer i en effektiv kommunikasjon av visjon:

- Enkelhet: Det som kommuniseres skal tilpasses mottakeren, faguttrykk som er uegnet skal fjernes. Selv husker jeg nyhetsbrev og referater som forståelige.
- Metaforer: En verbalt bilde er mer verdt enn tusen ord. Utviklingsplan 2030 hadde for plakater og forsider av nyhetsbrev, et bilde av barn, unge voksne, voksne og eldre, med teksten: «Bli med å forme sykehusets fremtid».
- Bruke mange kommunikasjonskanaler. Utviklingsplan 2030 brukte mange kanaler. Det ble holdt informasjonsmøter, prosjektet ble synliggjort med at det ble hengt opp plakater og prosjektet kom stadig med oppdateringer på intranett.
- Repetisjon av budskap: Av overstående punkt, mener jeg dette ble gjort
- Lederskap ved eksempel: Av egen erindring var både direktør og prosjektleder synlige i prosessen, i form av at de uttalte seg til SSHF sine ansatte gjennom bruk av intranett.
- Gi og ta: to-veis kommunikasjon er sterkere enn en-veis kommunikasjon. Det ble lagt opp til at alle ansatte kunne komme med innspill til prosjektets styringsgruppe.



Ifølge Kotter (2012, s.87), er det en vanskelig øvelse å få forståelse og samhold til en ny retning i store organisasjoner, og en av de vanligste feilene er underkommunisering. Her mener jeg at SSHF gjorde mye bra for å nå frem til sykehusets ansatte, og jeg husker av egen erfaring at det ble begrunnet godt både hvorfor prosessen var satt i gang, og på en forståelig måte beskrevet hvordan Utviklingsplan 2030 skulle oppnå sine mål. Vi skulle gjøre det i fellesskap.

## 5.5 Å tilrettelegge for å delta i prosessen

Kotter (2012) kaller sitt sjette steg for vellykket endringsprosess: Empowering Employees for broad-based action. I forhold til deltakere i Utviklingsplan 2030, mener jeg dette inkluderer bred involvering for å nå målet om at en i fellesskap skal forme fremtiden for SSHF. Dette mener jeg forutsetter at deltakere i arbeidsgrupper, referansegrupper og SSHF sine øvrige ansatte blir involvert, og at det er rom for å uttrykke sine meninger i form av ideer og forslag. For deltakere i arbeidsgrupper og referansegruppe mener jeg det også er viktig at det tilrettelegges for at deltakere kan gå på oppsatte møter.

Utviklingsplan 2030 sitt mandat oppfordret til å tenke fritt, og beskrive radikale løsninger i ulike retninger med hensyn til fremtidig oppgavefordeling, driftsmodell og struktur (Utviklingsplan 2030, s.13).

Det var enighet blant informantene at det ikke var nødvendig med tilrettelegging for å delta på møtene. Dette gjaldt både deltakere i arbeidsgrupper og referansegruppe. Det gikk igjen at arbeidet var prioritert og at de i kraft av sine ledelsesfunksjoner hadde mulighet til å prioritere arbeidet. De tillitsvalgte sine møter var lagt til ett allerede fastlagt dialogmøte med sykehusets ledelse.

På tross av dette kom det frem i samtalene at det i en av arbeidsgruppene var en del fravær fra møter. Tidligere i oppgaven har jeg trukket frem at det var bruk av «ufin retorikk» i en av arbeidsgruppene. En av informantene mente at dette gjorde at enkelte unngikk å involvere seg i diskusjoner, på grunn av frykt for hvordan en kunne bli behandlet, eller at enkelte på grunn av det samme, ikke møtte opp til møter. I kap 2.2.1 beskriver jeg ulike drivkrefter for endring. Jeg ser problemene med bruk av «ufin retorikk» som noe som kan utvikle seg på bakgrunn av at det er knapphet på ressurser som skal fordeles. Mangel på ressurser kan ses på av deltakere som en trussel for egen lokasjon, og en søker etter å opprettholde stabilitet og er motstander av endring. Dette eskalerte videre til en dialektisk prosess, hvor interessekonflikt ble drivkraften, og ble en maktkamp hvor interessene gikk i forhold til hva som tjente egen

lokasjon. Såkalt «ufin retorikk» ble et middel for å bekjempe andres mulighet til å komme til orde.

Kotter (2012) beskriver at personer er et produkt av sin historie/tidligere erfaringer, og at det er viktig at ytterliggående sterke personer blir konfrontert tidlig en endringsprosess, for at de ikke skal underminere den (Kotter, 2012, s.116-117). Igjen vil jeg trekke frem at det kunne vært fornuftig å rekruttere personer til arbeidsgruppene, som ikke har for mye «bagasje» fra tidligere «lokasjonskamper», men fokusere på deltakere som har kombinasjon av formell makt og som har vist seg å ha gode samarbeidsevner. I tillegg vil jeg trekke frem at bruk av «ufin retorikk», burde vært håndtert av arbeidsgruppens leder og/eller prosjektets styringsgruppe. Dette kunne blitt begrenset ved at de hadde slått ned på adferden, og lagt kjøreregler for hvordan kommunikasjonen skulle vært i og utenfor møtene.

I prosjektrapporten tar SSHF selv opp utfordringer knyttet til prosessen, og trekker frem at det ble mer utfordrende å få til god kommunikasjon og samarbeid på tvers av deltakernes geografiske tilhørighet. Dette etter den foreløpige anbefalingen om kun ett sykehus på Sørlandet, som ble presentert i en statusrapport januar 2014 (Utviklingsplan 2030, s.21) Igjen mener jeg vi kan se at spørsmål om endring av lokasjonsstruktur i sykehus, vekker sterke reaksjoner og følelser, og at forsøk på endringer er utfordrende å få til.

## **5.6 Betydningen av kommunikasjon mellom arbeidsgruppe/referansegruppe og styringsgruppe**

Det i dette kapitlet vært mye fokus på at endringsprosesser som inkluderer endringer i sykehusstruktur og oppgavefordeling, er utfordrende på grunn av at deltakere i prosessen og lokalsamfunn, kjemper for egen lokasjon. Dette gir prosessen utfordringer. I dette delkapitlet vil jeg se litt på betydningen av en aktiv og ledende styringsgruppe, og ta opp om forhold rundt kommunikasjon mellom styringsgruppe og arbeidsgrupper, kunne demmet opp for utfordringer som ble gjeldende i prosessen.

John Kotter mener ledelsen må være tett på en prosess for å holde den på rett spor, og at dette er hovedessensen av å lede en prosess. En mangel på sterk og kapabel styring, vil gjøre at forsøk på å endre struktur, oppgaver eller kulturelle endringer, gjør at prosessen mislykkes (Kotter, 2012, s.133).

Forfatteren tar også opp gevinsten av å markere at gruppen har oppnådd delmål. Noen av gevinstene ved å gjøre dette er å vise overfor deltakere i prosessen at arbeidet fører frem, å gi

positiv tilbakemelding gir ny motivasjon og det hjelper ledelsen til å finjustere visjon og strategi (Kotter, 2012, s.127).

Samtalene med informanter viste delte meninger i forholdt til samarbeid og kommunikasjon mellom arbeidsgruppe og styringsgruppe. Informant fra SSK mente det ikke var noe å si på relasjonen til styringsgruppen. En informant fra SSA mente at prosjektleder fungerte bra som et bindeledd mellom arbeidsgruppen og styringsgruppen vedkommende var med i. En annen informant fra SSA var opptatt av at manglende protokollføring av dissens gjorde at samarbeidsproblemer i en arbeidsgruppe ikke ble nok synlig for styringsgruppen. Informanter fra SSF fortalte at det var liten kontakt mellom arbeidsgruppene de var med i, og styringsgruppen. Det kom også frem i samtalene at markeringer av delmål var fraværende, men at det ble arrangert møter som også hadde en sosial ramme.

Som jeg skriver i kapittel 5.5, mener jeg arbeidsgruppens leder og/eller styringsgruppe kunne vært mer aktiv for å unngå dårlig personbehandling. Informanter var opptatt av manglende protokollføring av dissens, og at dette gjorde at problemer ikke godt nok synlig. Jeg mener en sterkere kontakt mellom styringsgruppe og arbeidsgruppe ville vært positiv i så henseende, både med hensyn til styre prosessen på rett spor og for at den kunne bidratt til bedre kommunikasjon innad i arbeidsgruppene. Bruk av milepælmøter kunne også vært med å bidra til dette, i tillegg til at jeg mener sånne markeringer gjør at en gruppe som jobber sammen blir mer sammensveiset, og derved også kunne bidratt til bedre kommunikasjon innad i arbeidsgruppen. At det ble avholdt andre møter med en sosial ramme synes jeg er svært positivt. Det å møtes til middag, og kunne snakke om hverdagslige ting, er med på å styrke bånd og bidrar til samarbeid.

## 6.0 Konklusjon

Dette kapittelet deles opp i forhold til oppgavens problemstilling, hvor jeg spør etter: Hvilke erfaringer har deltakere i arbeidsgrupper og en referansegruppe i forhold til involvering i prosessen med Utviklingsplan 2030 ved Sørlandet Sykehus?, og hvordan varierer erfaringene med lokalisasjoner innen Sørlandet Sykehus?

Før jeg svarer på oppgavens problemstilling, vil jeg summere opp forhold som var gjeldende for utarbeidelsen av Utviklingsplan 2030.

I oppgaven har jeg flere ganger kommentert at strukturendringer innen helsesektoren er en vanskelig øvelse, og jeg har gjennom oppgavens kapittel fem delt min oppfatning at dette også var gjeldende for prosessen ved Utviklingsplan 2030. Samtalene med informantene klargjorde at enkelte informanter var klare på at prosessen var dominert av en lokasjonskamp, hvor skillelinjene gikk i forhold til de ulike deltakere sine arbeidssteder. Jeg har også delt mitt synspunkt på at arbeidet med Utviklingsplan 2030 ble vanskeliggjort på grunn av manglende objektive kriterier fra myndighetene. Dette i forhold til hva som vil være naturlig av aktivitet på de enkelte sykehus innen SSHF i fremtiden, og hvordan strukturen bør være i forhold til antall sykehus. Nasjonal sykehusplan kom først etter arbeidet med Utviklingsplan 2030 var ferdig, og jeg har pekt på at selv i dag, tre år etter nasjonal sykehusplan kom, fortsatt foreligger en mangel på tydelige kriterier for hvordan endringer i sykehusstrukturen skal gjøres. Det at Nasjonal sykehusplan først kom etter versjon 1.0 ble presentert, mener jeg gjorde at prosessen bar preg av å være en de-koblet prosess, i form av at mye av arbeidet ble gjort uten å ha nødvendige nasjonale begrepsavklaringer og føringer for mulige endringer. Etter at versjon 1.0 ble ferdigstilt i januar 2015, har Helseministeren slått fast at det skal være tre akuttsykehus på Sørlandet (Vindstrand, 2018), og den neste utviklingsplanen ved SSHF, er når denne oppgaven leveres, nettopp ferdigstilt. Denne gang med utgangspunkt i Helseministerens avgjørelse om at det ikke skal gjøres strukturelle endringer i Agder i forhold til nedleggelse av lokasjoner. Prosessen rundt dette arbeidet har i motsetning til Utviklingsplan 2030, gått svært stille og fredelig for seg. Når den nye utviklingsplanen ble lagt frem for styret, ble den enstemmig vedtatt, det brøt ut applaus og den fikk overstrømmende ros med kommentarer om at alle parter denne gang var inkludert, og at alle har en felles forståelse av hvor man skal (Vindstrand, 2018). Mitt ønske med denne sammenligningen, er å poengtere at det er en vanskelig øvelse å sikre en opplevelse av god involvering, når en prosess skal inneholde strukturelle endringer i sykehusstrukturen.

## 6.1 Hvordan ble medarbeidere ved SSHF involvert i arbeidet med Utviklingsplan 2030?

Samtalene med informanter viste at arbeidsgruppene og referansegruppene deltagere var tilstrekkelig overbevist om viktigheten om å delta i arbeidet.

Arbeidsgruppene som informanter deltok i, kunne vært bedre sammensatt i forhold til lokasjonstilhørighet, dette mener jeg understøttes av at det ble rekruttert flere representanter fra SSF underveis i prosessen. I kap 5.2 skriver jeg at prosessen har likheter med en dialektisk prosess hvor interessekonflikt er drivkraft. Prosessen bar nok ikke mindre preg av dette selv om SSF fikk flere representanter inn. Et mer effektivt middel for å forhindre dette, ville vært å rekruttere deltakere fra alle lokasjoner som både innehar den nødvendige formelle makten, og som har vist seg som effektive endringsledere med gode samarbeidsevner.

Utviklingsplan 2030 sin visjon var at de ansatte skulle forme fremtiden. Selv om deltakere i gruppene kan sies å ha hatt for diffuse retningslinjer for sitt arbeid, som gir spillrom for egne subjektive tolkninger av endringsdrivere, mener jeg at SSHF sin visjon med utviklingsplanen var god, og at den var med på å sikre deltagelse og involvering.

SSHF kommuniserte Utviklingsplan 2030 sin visjon og strategi på en god måte. Den ble tilpasset mottakeren, det ble brukt gode metaforer, mange kommunikasjonskanaler, budskapet ble repetert, direktør og prosjektleder var synlige i prosessen og det ble lagt opp til en to-veis kommunikasjon. Imidlertid opplevde deltakere i arbeidsgrupper at endret strategivalg underveis i prosessen, hvor konsulenter argumenterte med forhold som arealutnyttelse, effektivitetsutnyttelse og personalressurser. Dette ble ikke tilstrekkelig forklart og begrunnet over for deltakere i arbeidsgruppene. Dette endrede strategivalget mener jeg gikk på bekostning av involvering av deltagere i arbeidsgrupper og referansegruppe. Prosessen fikk en dreining fra å være en prosess hvor strategi-o var fremtredende, til en prosess hvor elementer fra strategi-e ble mer gjeldende.

Angående tilrettelegging for å delta i prosessen, viste mangelfull oppmøte og at enkelte avsto fra å dele sine meninger på møter på grunn av frykt for å bli dårlig behandlet, at SSHF kunne gjort et bedre arbeid. Dette gjaldt en av arbeidsgruppene. SSHF tok etter min mening ikke tilstrekkelig innover seg at endring av sykehusstruktur vekker sterke følelser hos deltakere, og burde ha tatt grep for å sikre at kommunikasjonen både innenfor og utenfor gruppene ble holdt innenfor visse rammer.

I forhold til kommunikasjon mellom arbeidsgruppe/referansegruppe og styringsgruppe, mener jeg det er rom for forbedringer. Det var lite fellesmøter, og det at det ikke ble protokollført dissens, gjorde at samarbeidsproblemer i en arbeidsgruppe ikke ble nok synlig for

styringsgruppen. Dette kunne vært forhindrede hvis det hadde vært bedre kontakt mellom styringsgruppe og arbeidsgruppe. Referansegruppen hadde faste møter med styringsgruppen.

## 6.2 Ble opplevelsen av involvering oppfattet forskjellig, i forhold til lokasjonstilhørighet?

I følgende tabell summerer jeg opp opplevelsene til informanter i forhold til lokasjonstilhørighet. Under enkelte tema, var det også uenighet mellom informanter som kom fra samme lokasjon.

| Tema/erfaringer med endringsprosessen                                   | SSF                                | SSK | SSA                                |
|---|------------------------------------|-----|------------------------------------|
| Opplevde informanter at endring er nødvendig?                           | Ja                                 | Ja  | Ja                                 |
| Opplevde informanter at arbeidsgrupper var balanser satt sammen ?       | Nei                                | Ja  | Nei                                |
| Oppfattet informanter visjonen for endringen?                           | Ja                                 | Ja  | Ja                                 |
| Opplevde informanter at visjon og strategi ble kommunisert godt?        | Nei                                | Ja  | Delte meninger mellom informantene |
| Opplevde informanter at det ble tilrettelagt for deltagelse i prosessen | Delte meninger mellom informantene | Ja  | Nei                                |
| Opplevelsen av kommunikasjon med styringsgruppe.                        | Dårlig                             | God | Delte meninger mellom informantene |

Tabell 2: Alf Frode Eriksen

Av tabellen kan en se at opplevelsen av involvering ble oppfattet forskjellig i forhold til hvilken lokasjon en tilhører. Informanter fra SSA og SSF følger i stor grad hverandre i sine opplevelser, mens informanter fra SSK er mer positive til involveringen i endringsprosessen. Årsaken til dette mener jeg går frem av tidligere beskrivelser i oppgaven, hvor prosessen bar preg av å bli en dialektisk prosess, med steile fronter i

forhold til lokasjonstilhørighet, hvor «ufin retorikk» ble et maktmiddel i en av arbeidsgruppene. Det faller etter min mening seg naturlig at deltagere av arbeidsgruppe og referansegruppe fra SSK, som det største sykehuset på sørlandet og flest representanter i gruppene, var mer positive i forhold til involvering i prosessen. I tillegg har jeg i oppgaven beskrevet min oppfatning at prosessen fikk en dreining fra å ha fokus på involvering, og at deltagere i gruppene selv skulle forme fremtiden (strategi-o), til å gi større spillrom og styring til konsulentselskaper (strategi-e). Konsulentselskapets ønske om å bygge ett nytt felles sykehus lokalisert til Lillesand, skapte uro blant representanter fra SSF og SSA, og kan forklare at deltagere fra lokasjonene er mer negative i forhold til opplevd involvering.

## Litteraturliste

Baldersheim, Harald. (1993). “*Kommunal organisering: Motar sel, men ressursar avgjer?*” i Læg Reid, P. & Olsen, J.P. (red): *Organisering av offentlig sektor*. Oslo: Tano

Berg, Ole. (2005). *Fra politikk til økonomikk*. Oslo: Tidsskriftets skriftserie

Bolman, Lee G. & Deal, Terrence E. (2014): *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. Oslo: Gyldendal

Braut, Geir Sverre. (2016, 12.05). Ventelistegarantien. Hentet fra: [nehttps://sml.snl.no/ventetidsgarantienttverk](https://sml.snl.no/ventetidsgarantienttverk)

Jacobsen, Dag Ingvar. (2014). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget

Jacobsen, Dag Ingvar & Thorsvik, Jan (2016). *Hvordan organisasjoner fungerer*, Bergen: Fagbokforlaget

Kvåle, Gro og Torjesen, Dag Olaf: Sjukehusrørsla – kampen for tryggleiken til individ og stader. Kapittel 9 i Bukve, Oddbjørn og Gro Kvåle (red.) (2014) *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget

Lawrence E. (red.) (2014): *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokalpolitikk og organisering*, Bergen: Fagbokforlaget

Kotter, John P (2012): *Leading Change*. Boston, Massachusetts: Harvard business review press

Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Repstad, Pål (1993). *Dugnadsånd og forsvarsverker*. Oslo: Tano

Strand, Torodd. (2012). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget



## **Elektroniske kilder**

Den norske legeförening (2013) *Hovedavtale Spekter*. Hentet fra:

<http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/Spekter/Sentralt-forhandlingslop-Spekter/hovedavtale-spekter/>

Det kongelige Helse og omsorgsdepartement (2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet (2011) *Tidligfaseplanlegging av sykehusprosjekter* Hentet fra:

[http://sjukehusbygg.no/wp-content/uploads/2015/11/endelig\\_versjon\\_tidligfaseveileder\\_des\\_2011.pdf](http://sjukehusbygg.no/wp-content/uploads/2015/11/endelig_versjon_tidligfaseveileder_des_2011.pdf)

Spekter (2013) *Hovedavtale mellom Arbeidsgiverforeningen Spekter og LO*. Hentet fra:

[http://spekter.no/Global/Avtaler\\_protokoller/Hovedavtaler/Hovedavtale\\_LO\\_Spekter\\_2013\\_2015.pdf](http://spekter.no/Global/Avtaler_protokoller/Hovedavtaler/Hovedavtale_LO_Spekter_2013_2015.pdf)

Spekter (2013) *Hovedavtale mellom arbeidsgiverforeningen Spekter og Unio*. Hentet fra:

[http://spekter.no/Global/Avtaler\\_protokoller/Hovedavtaler/Hovedavtale\\_Unio\\_Spekter\\_2013\\_2016.pdf](http://spekter.no/Global/Avtaler_protokoller/Hovedavtaler/Hovedavtale_Unio_Spekter_2013_2016.pdf)

SSHF (2018) *Alt om oss*. Hentet fra: <https://sshf.no/om-oss#om-helseforetaket>

Utviklingsplan 2030, Versjon 1.0. Hentet fra:

<https://sshf.no/Documents/Utviklingsplan%202030/Styresak%20002-2015%20Vedlegg%20-%20Utviklingsplan%202030%20v%201%200.pdf>

## **Avisartikkel hentet fra internett (nettavis)**

Engen, Øyvind Bosnes (2018, 26. januar) *Tegner opp nytt faktabasert sykehuskart* Dagens Medisin

Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/01/26/tegner-opp-faktabasert-sykehuskart/>

Reite, Kjetil (2017, 12.mars) *Rører neppe Flekkefjord Sykehus nå Fædrelandsvennen.*

Hentet fra: <https://www.fvn.no/nyheter/lokalt/i/OKeQI/-Rorer-neppe-Flekkefjord-sykehus-na>

Vindslund, Steinar (2015, 20. november) – *Høie støtter oss Fædrelandsvennen.*

Hentet fra: <https://www.fvn.no/nyheter/lokalt/i/vd345/-Hoie-stotter-oss>

Vindslund, Steinar (2018, 9 april) *Fryktet smell på 200 millioner, blir trolig 300 millioner*

Fædrelandsvennen. Hentet fra: <https://www.fvn.no/nyheter/lokalt/i/Xwpobm/Fryktet-smell-pa-200-millioner -blir-trolig-300-millioner>

Vindslund, Steinar (2018, 10 april) *Her kan det bli akuttbygg til to milliarder kroner*

Fædrelandsvennen. Hentet fra: <https://www.fvn.no/nyheter/lokalt/i/VRpekl/Her-kan-det-bli-akuttbygg-til-to-milliarder-kroner>

Witzøe, Torbjørn (2015, 26.november) *Høie møtt av demonstranter Fædrelandsvennen*

Hentet fra: <https://www.fvn.no/nyheter/lokalt/i/KKPOy/Hoie-mott-av-demonstranter>

### **Bilde fra Internett**

Greiner's model curve (2018). Hentet fra:

<http://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=29cE6JNN&id=E2DCB7293B841E88878A04623F8CF08286C68D0D&thid=OIP.29cE6JNNA5ydkujI9ZgufAHaEK&q=greiner+curve&simid=608039462866716984&selectedIndex=1&ajaxhist=0>Greiners – Greiners inndeling av organisasjoners ulike vekstfaser

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Informasjonsskriv til deltakere

#### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

#### *”Involvering under arbeidet med Utviklingsplan 2030”*

#### **Bakgrunn og formål**

Studien er en masteroppgave, siste del av kurset Helseledelse ved UIA. Studiens problemstilling er:

*Hvilke erfaringer har deltakere i arbeidsgrupper og en referansegruppe i forhold til involvering i prosessen med Utviklingsplan 2030 ved Sørlandet sykehus?, og hvordan varierer erfaringene med lokalisasjoner innen Sørlandet sykehus?*

Jeg har valgt å spørre deg om å delta ettersom du var medlem av en av arbeidsgruppene/referansegruppene som jobbet med utviklingsplan 2030. I oppgaven ønsker jeg deltakere fra alle SSHF sine tre lokasjoner, dette med tanke på om opplevelsen av involvering er forskjellig avhengig av hvilken lokasjon deltakeren kommer fra.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Å delta i studien innebærer at jeg får bruke ca en (1) time av din tid til å gjennomføre et intervju. Jeg vil komme til ditt arbeidssted til tidspunkt som vi avtaler. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er ingen andre enn meg som vil ha tilgang til opplysningene hvor det kommer frem at du er deltaker i studien. Lydopptak vil bli oppbevart på låst kontor, i låst arkivskap, sammen med navneliste. Datamateriale for øvrig vil kun bli lagret på mitt eget område på SSHF sin dataservert. Du vil i oppgaven anonymiseres.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen desember 2018. Personopplysninger og lydopptak vil bli behørig slettet av meg.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Alf Frode Eriksen på tlf 38076138/97572518.

Min veileder ved UIA er Dag Olaf Torjesen. Hans tlf nr er 90129948.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta.

Samtykket kan eventuelt gjøres muntlig ved å kontakte meg.

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Intervjuguide til deltakere fra arbeidsgruppe

### Intervjuguide

**Spørsmål 1:** Hvordan ble du overbevist over viktigheten av å delta i arbeidet?

**Spørsmål 2:** Beskriv hvordan du oppfattet sammensetningen av arbeidsgruppen, var den balansert i forhold til lokasjonstilhørighet og i forhold til personer med formell og uformell makt?

**Spørsmål 3:** Hva var visjonen og strategien for utviklingsplan 2030 ved oppstart? (med tanke på mål og retning for arbeidet).

**Spørsmål 4:** Etter hvert som prosessen skred fremover, hvordan ble visjonen og retningen for arbeidet kommunisert til deg som deltaker?

**Spørsmål 5:** Hvordan ble det lagt til rette for at du kunne delta på møter?

**Spørsmål 6:** Hvordan har du erfart relasjonen og arbeidet til styringsgruppen i prosessen?

**Spørsmål 7:** Hvordan mener du prosessen med utviklingsplan 2030 var? Var det noe ved den som burde vært annerledes?

## Vedlegg 3: Intervjuguide til deltakere fra referansegruppe

### Intervjuguide Tillitsvalgt

**Spørsmål 1:** Hvordan ble du overbevist over viktigheten av å delta i arbeidet?

**Spørsmål 2:** Beskriv hvordan du oppfattet sammensetningen av de ulike arbeidsgruppene, var de balansert i forhold til lokasjonstilhørighet og i forhold til personer med formell og uformell makt?

**Spørsmål 3:** Hva var visjonen og strategien for utviklingsplan 2030 ved oppstart? (med tanke på mål og retning for arbeidet).

**Spørsmål 4:** Etter hvert som prosessen skred fremover, hvordan ble visjonen og retningen for arbeidet kommunisert til deg som tillitsvalgt?

**Spørsmål 5:** Hvordan ble det lagt til rette for at du kunne delta på møter?

**Spørsmål 6:** Hvordan har du erfart relasjonen og arbeidet mellom styringsgruppen og tillitsvalgte i prosessen?

**Spørsmål 7:** Hvordan mener du prosessen med utviklingsplan 2030 var i forhold til involvering av tillitsvalgte? Var det noe ved den som burde vært annerledes?

## Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD



Dag Olaf Torjesen  
Serviceboks 422  
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 13.11.2017

Vår ref: 56788 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

### Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.10.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

56788

*Utviklingsplan 2030. Hva slags erfaringer har medarbeidere ved SSHF erfart i forhold til involvering, i prosessen ved utarbeidelse av utviklingsplan 2030?*

*Behandlingsansvarlig*

*Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder*

*Daglig ansvarlig*

*Dag Olaf Torjesen*

*Student*

*Alf Frode Eriksen*

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

### Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Universitetet i Agder sine retningslinjer for datasikkerhet

### Veiledning

#### Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Universitetet i Agder er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

#### **Forskningsetiske retningslinjer**

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

#### **Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet**

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

#### **Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet**

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

#### **Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt**

Ved prosjektslutt 31.12.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

### **Gjelder dette ditt prosjekt?**

#### **Dersom du skal bruke databehandler**

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

#### **Hvis utvalget har taushetsplikt**

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

#### **Dersom du forsker på egen arbeidsplass**

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / [Siri.Myklebust@nsd.no](mailto:Siri.Myklebust@nsd.no)