

Effekter av IKT-systemer på muligheter for utviklingsarbeid

Et samarbeidsprosjekt mellom studenter
ved Universitetet i Oslo og
Oslo universitetssykehus

Forord

Denne rapporten er utarbeidet i forbindelse med masteremnet Prosjektforum som en del av masterprogrammet Organisasjon, ledelse og arbeid ved Universitet i Oslo. På oppdrag fra Oslo universitetssykehus (OUS) har vi sett på hvilke effekter komplekse IKT-systemer har på utviklingsarbeid hos OUS.

Arbeidet med prosjektet har vært en spennende og utfordrende prosess som har gitt oss mye verdifull kunnskap og læring vi tar med oss videre. Vi ønsker å takke vår oppdragsgiver OUS, og spesielt en stor takk til vår kontaktperson Øystein Solheim Lien for et godt samarbeid gjennom hele prosessen. Øystein har vært både engasjert og tilgjengelig, og har tilrettelagt for god kontakt med informantene. Videre ønsker vi å rette en stor takk til vår veileder, Bendik Bygstad, professor ved Institutt for informatikk på UiO. Han har gitt oss gode innspill og råd underveis med sin unike kunnskap om teknologi og sykehus. Til slutt vil vi takke alle informantene som har stilt opp i en travel hverdag, og gjennom intervju har gitt oss den innsikten vi trengte for å gjennomføre prosjektet.

Rapporten er utarbeidet av Amanda Gjærum Sandberg, Ida Marie Hjelmeland, Mari Klevgård, Odd Helge Bakkan og Siv Sønstevoold Brødsjømoen.

Mai 2018.

Sammendrag

På bakgrunn av erfaringene med omorganiseringene i 2016-2017 og nye teknisk-administrative utfordringer, ønsket OUS at vi i prosjektgruppen skulle belyse sammenhengen mellom komplekse digitale systemer og organisasjonsarbeid i store, komplekse organisasjoner. Basert på dette har vi svart på følgende problemstillinger:

- 1. Hvilke institusjonelle og teknologiske faktorer påvirker prosessforløpet til organisasjonsendringer, fra idé til implementering?*
- 2. Hvilke muligheter og begrensninger finnes det ved utforming av organisasjonsløsninger for klinisk virksomhet etter innføringen av DIPS?*

Vi har besvart problemstillingene ved å undersøke temaene *regionale føringer, teknologiske faktorer, organisasjonsendring, samt makt- og aktørperspektivet*. I tillegg har vi påpekt hvordan sykehuset i Østfold forholder seg til komplekse IKT-systemer. Vi har i hovedsak basert rapporten på dybdeintervjuer med sentrale aktører i OUS. Videre har vi sett dette i lys av teori om styring, IKT i sykehus, organisasjonsendring og makt- og aktørperspektivet.

Funnene våre avdekket at OUS sitt samarbeid med Sykehuspartner er utfordrende og ikke optimalt fungerende; det bærer preg av mangel på kunnskap og ressurser. Flere etterlyser konsekvensanalyser i forkant av endringsprosessene og evaluering i etterkant. DIPS har skapt begrensninger knyttet til organisasjonsløsninger, gjort endringer mer komplekse og tidkrevende. Selv om DIPS oppfattes som en begrensning av mange, har vi også påpekt fordeler ved situasjonen OUS står i nå. Videre er organisasjonsendringer langsomme fordi involveringsgraden er høy med mange interessenter og mye meninger. I tillegg fremstår OUS som fragmentert. Samspillet mellom brukerne og teknologien er hovedutfordringen.

Anbefalingene våre kort oppsummert er: 1) Benytte selektiv involvering i endringsprosessene, 2) gå i dialog med HSØ og SP om en mer hensiktsmessig ansvars- og arbeidsfordeling, 3) øke fokuset på samspillet mellom brukerne ved OUS og teknologien, 4) kartlegge muligheter for å forbedre DIPS på OUS, 5) informere og sette fokus på muligheter og begrensninger ved IKT-løsninger, 6) kartlegge hvilke lettvektsløsninger som kan forbedre arbeidsflyt og pasientlogistikk og 7) se på og lære av andre sykehus sin tilnærming til komplekse IKT-systemer.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	6
1.1	MANDAT FOR PROSJEKTET	6
1.2	OM OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS	6
1.3	PROBLEMSTILLINGER	6
2.0	BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	7
2.1	ORGANISERING I OUS	7
2.2	INNFØRING AV DIPS	9
2.3	UTFORDRINGER MED DIPS	9
2.4	PERSONVERN	11
2.5	UTFORDRINGER KNYTTET TIL TILGANGSSTYRING	11
2.6	PROBLEMATIKK	12
3.0	TEORI	12
3.1	ORGANISASJONSTEORI	12
3.1.1	Organisasjonsstruktur	12
3.1.2	Institusjonelt perspektiv	13
3.1.3	Styringsregimer – fra offentlig administrasjon til samstyring	13
3.1.4	New Public Management	14
3.2	IKT I SYKEHUS	15
3.2.1	Digitalisering og e-helse	15
3.2.2	To-hastighets IT	16
3.2.3	Lettvekts og tungvekts IT	16
3.2.4	Prosessinnovasjon	18
3.2.5	Utfordrende samspill	18
3.3	ORGANISASJONSENDRINGER	18
3.3.1	Endringsprosessen	19
3.3.2	Drivkrefter og motkrefter	20
3.3.3	Personalkonflikter	21
3.4	AKTØRER, MAKT OG NETTVERK	22
4.0	METODE	23
4.1	DATAINNSAMLING	23
4.1.1	Dokumentanalyse	23
4.1.2	Intervju	23
4.1.3	Observasjon	24
4.2	UTVALG	24
4.3	GJENNOMFØRING	25
4.4	ANALYSE	25
4.5	VALIDITET OG RELIABILITET	26
5.0	PRESENTASJON AV FUNN	27
5.1	REGIONALE FØRINGER OG IDENTITET	27
5.1.1	Sykehuspartner	27
5.1.1.1	Kunnskap	27
5.1.1.2	Kostnad	28
5.1.1.3	Tid	28
5.1.2	OUS som én enhet	29

5.2	IKT-SYSTEMER	30
5.2.1	Komplekse og langsomme endringsprosesser	30
5.2.2	Tilgangsstyring og organisasjonsoppsett.....	31
5.2.3	Manglende opplæring og kunnskap	32
5.2.4	Baksiden av medaljen	32
5.2.5	Muligheter.....	33
5.2.6	DIPS ARENA	33
5.3	ORGANISASJONSENDRINGER	33
5.3.1	Endringsprosesser tar tid	34
5.3.2	Motstand mot endring.....	34
5.3.3	Endring som personalpolitikk.....	35
5.3.4	Analyse og evaluering.....	36
5.4	MAKT- OG AKTØRPERSPEKTIVET.....	36
5.4.1	Tunge fagmessige forankringer.....	37
5.4.2	Skillelinjer	38
5.5	OPPSUMMERING HOVEDFUNN.....	40
6.0	ANALYSE OG DISKUSJON	41
6.1	PROBLEMSTILLING 1	41
6.1.1	Regionale føringer.....	41
6.1.1.1	Sykehuspartner	41
6.1.1.2	Kompetanse.....	41
6.1.1.3	Kostnad og tid.....	42
6.1.1.4	Organisasjonelle forhold	43
6.1.1.5	Sykehuspartner som et resultat av NPM.....	44
6.1.2	Teknologiske faktorer	45
6.1.2.1	Avhengigheter, integrasjoner og uklart mulighetsrom	45
6.1.2.2	Kunnskap og ressurser	46
6.1.2.3	Trekk ved teknologien	46
6.1.3	Organisasjonsendringer	46
6.1.3.1	Høy involveringsgrad og mange interessenter	47
6.1.3.2	Endring som personalpolitikk og konfliktløsning	48
6.1.3.3	Konsekvensanalyse - utredningsgruppens anbefalinger	49
6.1.4	Makt- og aktørperspektivet.....	50
6.1.4.1	Riktig bruk av EPJ.....	51
6.1.4.2	Anerkjenne alle aktører.....	52
6.1.5	Oppsummering av problemstilling 1	53
6.2	PROBLEMSTILLING 2	54
6.2.1	Muligheter.....	54
6.2.2	Utfordringer	56
6.2.3	Sammenlignbar virksomhet – Sykehuset i Østfold	58
6.2.4	Oppsummering av problemstilling 2	60
6.3	BEGRENSNINGER VED STUDIEN	60
7.0	ANBEFALINGER	61
8.0	KONKLUSJON	63
9.0	LITTERATURLISTE	64
	Vedlegg 1: Intervjuguide	
	Vedlegg 2: NSD søknad og godkjenning	

1.0 Innledning

1.1 Mandat for prosjektet

Denne rapporten er utarbeidet på forespørsel fra Oslo universitetssykehus (OUS). Deres erfaringer med omorganiseringene i 2016-2017 og nye teknisk-administrative utfordringer vitner om et behov for å gjennomgå eksisterende retningslinjer og praksis når det gjelder både organisasjonsutforming og omorganisering. Spesielt etter innføringen av DIPS (elektronisk pasientjournal) har situasjonen endret seg betydelig når det gjelder kompleksitet og fleksibilitet knyttet til organisasjonsutvikling i OUS. I forbindelse med dette nedsatte OUS en utredningsgruppe høsten 2017 som skulle foreta en gjennomgang av prosesser og rutiner ved omorganiseringer i OUS. Utredningsgruppen leverte endelig rapport i starten av 2018. I forlengelse av deres arbeid, skal vi i prosjektgruppen belyse sammenhengen mellom komplekse digitale systemer og organisasjonsarbeid i store, komplekse organisasjoner.

1.2 Om Oslo universitetssykehus

OUS er Norges største sykehus med over 20 000 ansatte, driver pasientbehandling på 55 lokasjoner og har et budsjett på ca 22 milliarder kroner. OUS står for en stor del av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge (OUS 2018a). Sykehuset ble etablert i 2009 og består av tidligere Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Aker sykehus og Ullevål sykehus (OUS, 2017a). OUS inngår som ett av 11 helseforetak (HF) i Helse Sør-Øst (HSØ). Av disse 11 foretakene er ni sykehus og to særskilte kompetansesenter; Sykehusapotekene og Sykehuspartner (SP). Av særlig interesse er Sykehuspartner som har det overordnede ansvaret for de spesialiserte funksjonene IKT, HR og innkjøpstjenester til alle helseforetakene i HSØ. OUS og de andre sykehusene har slik sett ingen linjemyndighet over Sykehuspartner som leverandør av kritiske tjenester og alle foretakene koordineres av Helse Sør-Øst (HSØ 2018).

1.3 Problemstillinger

Prosjektgruppen har i samarbeid med OUS kommet frem til følgende to hovedproblemstillinger:

1. Hvilke institusjonelle og teknologiske faktorer påvirker prosessforløpet til organisasjonsendringer, fra idé til implementering?
2. Hvilke muligheter og begrensninger finnes det ved utforming av organisasjonsløsninger for klinisk virksomhet etter innføringen av DIPS?

Vi har inntatt et utenfra-blikk, og vil i rapporten belyse sammenhengen mellom komplekse digitale systemer og organisasjonsarbeid i store, komplekse organisasjoner som OUS. Selv om vi også vil si noe generelt om IKT-systemer er det i hovedsak DIPS vi vil fokusere på. Dette er både med hensyn til avgrensning, men også fordi DIPS i seg selv blir trukket frem som en faktor som har økt kompleksiteten knyttet til endringsprosesser og valg av organisasjonsløsninger. I tillegg vil vi gi en vurdering av i hvilken grad det forekommer ulike logikker og tilnæringsmåter på områdene teknologi og organisering i denne typen organisasjoner, og sammenligne OUS med Sykehuset i Østfold. Samtidig vil vi se på utredningsgruppen sin rapport og vurdere de mest relevante anbefalingene opp mot funnene våre.

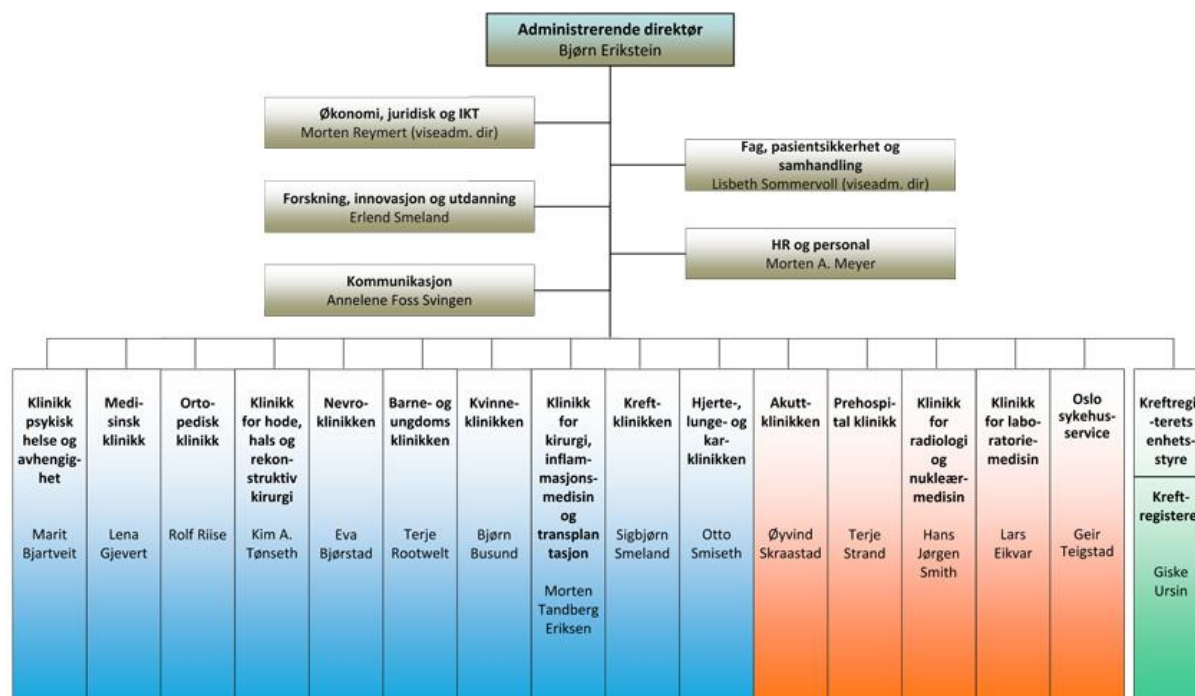
2.0 Bakgrunn for prosjektet

2.1 Organisering i OUS

Helseforetak er store organisasjoner med mange enheter og omfattende organisasjonsstrukturer og OUS er ikke et unntak. Tidligere hadde de ulike enhetene ved sykehuset ofte ulike formål og forskjellige IKT-systemer, noe som skapte behov for ulikt organisasjonsoppsett i systemene. Dette var imidlertid ikke en ideell løsning, og OUS ønsket et mer enhetlig oppsett av organisasjonen. OUS etablerte derfor Forvaltningsløsningen i 2015, som er en sentral modell for hvordan formell organisasjonsstruktur skal være representert i IKT-systemene. Dette innebar at de administrative og kliniske IKT-systemene måtte organiseres likt, herunder Personalportalen og DIPS (OUS 2018b, 36). Forvaltningsløsningen ivaretar således standardisering av organisasjonsstrukturen (OUS, 2018b, 14).

I tillegg til en enhetlig representasjon av organisasjonsstrukturen, ønsker OUS stadig å øke effektiviteten og kvaliteten på tjenestene sine, og ser behov for å endre organisasjonsstrukturen sin relativt ofte. Det må her tas i betraktning at det er om lag 1000 organisasjonsenheter på fem nivåer i denne store organisasjonen. Slike organisasjonsendringer kan føre til store konsekvenser i IKT-systemene, spesielt på klinikkene hvor det er mange kompliserte og delvis integrerte kliniske systemer. Dette kan videre gå utover pasientbehandling og forårsake tap av renommé (OUS 2018b).

Samme året som Forvaltningsløsningen ble etablert, ble det også gjennomført en omfattende gjennomgang av organisasjonssystemet ved OUS, gjennom “Organisasjonsprosjektet”. Et resultat av prosjektets anbefalinger var at flere klinikker ble delt, og enkelte avdelinger ble omgjort fra avdeling til klinikk fra januar 2016. OUS gikk da fra 9 til 14 klinikker, og har i tillegg enheten Oslo sykehusservice (OSS) som leverer ikke-medisinske tjenester til resten av sykehuset, se organisasjonskart i Figur 1.



Figur 1: Organisasjonskart per desember 2017. Kilde: OUS 2018a

Bakgrunnen for delingen av klinikkene var troen på at dette ville føre til mindre og mer styringsdyktige klinikker, samt større måloppnåelse knyttet til økonomi (OUS 2015). Delingen medførte samtidig noen utfordringer; økt lederspenning for administrerende direktør, samt større behov for stab-ressurser og koordinering (OUS 2016a).

Klinikkene er på organisasjonsnivå 2 i sykehuset, og er den overordnede samordningsenheten for avdelingene (nivå 3). Klinikken koordinerer avdelingenes virksomhet innenfor klinikkens fagområder på tvers av lokalisasjoner, og bidrar til samarbeid på tvers av klinikkene i sykehuset. Klinikker i OUS kan ha inntil fire formelle ledernivåer: klinikk (N2), avdeling (N3), seksjon (N4) og enhet (N5). Dagens organisasjonsmodell ved OUS er i hovedsak en tradisjonell fag-/funksjonsbasert linjeorganisasjon med kliniske avdelinger som svarer til de ulike medisinske spesialiteter (OUS 2015).

Det fremkommer av Spesialisthelsetjenesteloven av 1999 § 9 at sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. De ulike ledelsesnivåene vil ha ulike oppgaver og oppmerksomhetsområder. Ansvar for strategi, policy og prinsipper skal ligge i Direktørens stab, mens ansvaret for forvaltning og løpende oppfølging av Sykehuspartner er lagt til OSS. Ledere på nivå 4 og 5 og eventuelle grupper og spesialenheter skal ha fokus på pasientbehandling, fag og forskning og enhetens drift (OUS 2016b).

2.2 Innføring av DIPS

Fusjonen og etableringen av OUS i 2009 medførte at sykehuset var forpliktet til å etablere et felles pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal (EPJ). I 2014 innførte derfor OUS felles elektronisk pasientjournal; DIPS. Dette innebar en omfattende endring, der papirjournalene og informasjonsstrømmen ble digitalisert. Hensikten med DIPS er i følge utredningsgruppen å legge til rette for et oppsett som sikrer optimal flyt av oppgaver knyttet til pasientbehandling, administrasjon og dokumentasjon (OUS 2018b, 43). DIPS beskrives på egen hjemmeside som et journalsystem i verdensklasse (DIPS 2018).

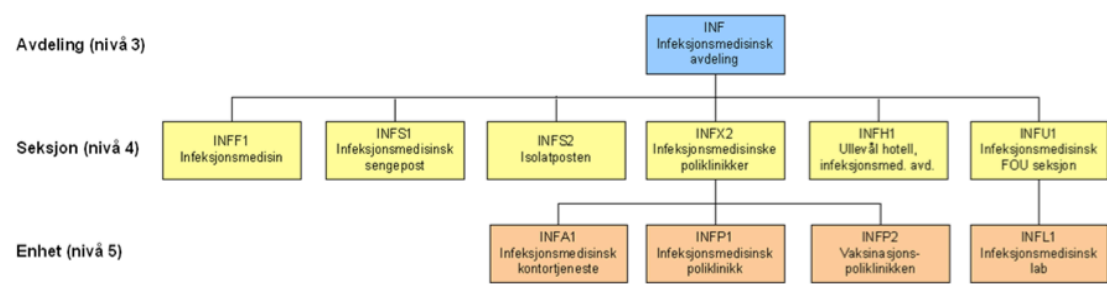
Innføringen av store felles digitale løsninger skaper samdriftsfordeler, men løftes også som en utfordring i omorganiseringsarbeid. Innføringen av digital pasientjournal har ført til større kompleksitet og mindre fleksibilitet knyttet til det å drive organisasjonsutvikling og å foreta organisasjonsendringer i OUS. Implementeringen av DIPS høsten 2014 var i følge Bygstad og Hanseth kun preget av mindre problemer og var derfor vellykket gjennomført (2016, 10). En undersøkelse viste i etterkant av implementeringen at brukerne i helhet var fornøyd med prosessen og EPJ-løsningen. Det var imidlertid flere utfordringer som ventet, blant annet stabilisering og optimalisering av løsningen (Bygstad og Hanseth 2016, 10).

2.3 Utfordringer med DIPS

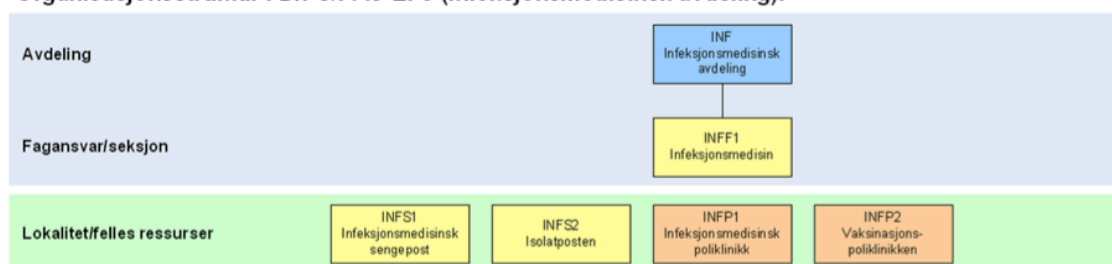
I perioden januar-mars i 2015 gjennomførte alle sykehusets avdelinger SWOT-analyser. Dette fremkommer i rapporten "Gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus HF" fra 2016. Mange avdelinger tok på dette tidspunktet opp IKT i sin SWOT-analyse og systemene beskrives som gamle og trege. Flere var misfornøyd med DIPS og beskrev det som tidkrevende å bruke. Flere påpekte også at de ikke hadde nødvendige tilganger.

Forvaltningsløsningen skal sikre at alle IKT-systemene baserer seg på samme organisasjonsoppsett. Endring i organisasjonsstrukturen må “iverksettes tilnærmet synkront i alle systemer for å ha en entydig organisering for intern og ekstern rapportering” (OUS 2018b, 37). Det er imidlertid utfordrende å representere sykehusets faktiske organisasjonsstruktur i DIPS, noe som begrenser valg av organisasjonsløsninger (OUS 2018b). DIPS har kun to nivåer for organisasjonsenheter i brukergrensesnittet; avdeling og seksjon. Videre er det begrenset hvilke type enheter som kan defineres som seksjoner i DIPS. Poster og poliklinikker som ligger på nivå 4 i organisasjonshierarkiet kan dermed ikke legges inn som seksjon i DIPS. Følgelig vil det bli avvik fra den formelle organisasjonsstrukturen (OUS 2018b, 68). Dette kan være problematisk da organisasjonsstrukturen har en viktig funksjon for å sikre riktig fullmaktsstruktur, rapporterings- og faktureringsstruktur, i tillegg til tilgangsstyring (OUS 2018b, 62). Som figur 2 viser, er representasjonen av organisasjonsstrukturen ulik i DIPS-systemet sammenlignet med hvordan den offisielt skal være, representert ved “offisiell organisasjonsstruktur”.

Offisiell organisasjonsstruktur (Infeksjonsmedisinsk avdeling):



Organisasjonsstruktur i DIPS/PAS-EPJ (Infeksjonsmedisinsk avdeling):



Figur 2: Sammenligning av offisiell organisasjonsstruktur med organisasjonsstruktur i DIPS.

Kilde: OUS 2018b.

En annen utfordring er at det ikke er automatisk oppdatering av organisasjonsstrukturen i DIPS fra Forvaltningsløsningen, som følge av at systemet ikke er designet for å behandle automatisert organisasjonsendring. Dette fører til at poster må flyttes manuelt, noe som

potensielt kan være en svært omfattende og ressurskrevende prosess (OUS 2018b, 42). Tilgangsstyring i DIPS har også vært en utfordring, noe som vil bli redegjort for i eget avsnitt.

2.4 Personvern

Ved opprettelsen av OUS i 2009 ble det lagt til rette for et helhetlig kvalitetssystem som tar utgangspunkt i myndighetenes og Helse Sør-Øst sine krav om internkontroll. I tillegg skulle det legges til rette for sykehusets egne krav for å sikre gode og effektive tjenester innen de rammer og ressurser som var stilt til rådighet (OUS 2016b). I henhold til myndighetenes krav må OUS påse at organisasjonen holder seg innenfor personopplysningsloven og andre aktuelle bestemmelser. Herunder er hensynet til tilgangsstyring av vesentlig karakter (OUS 2018b). I forbindelse med omorganiseringene i 2016-17 ble det reist en del problemstillinger knyttet til regionale føringer og prinsipper for tilgangsstyring fra ulike forvaltere. Det ble i tillegg et større behov for kontroll på tilgangsstyringen i forbindelse med omorganiseringene (OUS 2017b).

2.5 Utfordringer knyttet til tilgangsstyring

En av de teknologiske faktorene som dannet grunnlag for igangsettingen av utredningsgruppens arbeid, var tilgangsstyring i OUS. I 2013 avdekket Riksrevisjonen i sin kontroll at OUS ikke klarte å sikre begrensning i tilganger. Dette var særlig utfordrende når det gjaldt endringer; enten knyttet til oppgaver internt, ved flytting til ny enhet eller ved avslutning av oppgaver for OUS i sin helhet (OUS 2018b, 30). Ved nyansattes oppstart hadde også tilganger store mangler, en problemstilling som ble ytterligere synliggjort etter innføringen av DIPS. Det har i tillegg vist seg å være svært tidkrevende med manuelle tilganger. Som en konsekvens av dette har OUS nå målsatt å ha størst mulig grad av automatisert tilgangsstyring, slik at tilgangene blir tildelt de ansatte ved behov og fjernes når oppgavene endres (OUS 2018b, 31).

OUS (2016a) har tidligere avdekket problemer knyttet til grensesnittene mellom personvern og pasientsikkerhet, som i stor grad preges av utfordringene rundt tilgangsstyring, blant annet i DIPS. Elektronisk kommunikasjon mellom klinikker, avdelinger og matriseorganiserte pasientforløp utfordres når helsepersonell ikke har dekkende tilganger. Konfidensialitet, tilgjengelighet og informasjonssikkerhet er hensyn som må bli tatt stilling til, og det kan

oppstå situasjoner hvor det vil være en vanskelig avveining når det gjelder hvilke hensyn som skal veie tyngst.

2.6 Problematikk

Når det gjelder organiseringen av IKT- og teknologifunksjoner stilles det store krav til koordinering mellom medisinsk teknologi og IKT. I en rapport fra 2016 som omhandler gjennomgang og utvikling av organiseringen av OUS, ble det påpekt av de ansatte at det er mange IKT-systemer å forholde seg til og at det er byråkratisk å bruke dem. Mange ansatte beskrev den gang Sykehuspartner som en utilfredsstillende leverandør, med særlig mangel på support. Flere fremhevet ønske om sterkere kontroll over egen IKT og muligheten til å tilpasse/vedlikeholde systemene lokalt. Videre ble det påpekt i rapporten at organiseringen av de sentrale IKT-funksjoner er for spredd, og at beslutningsprosessene er komplekse og går frem og tilbake mellom flere enheter (OUS 2016).

3.0 Teori

Som det fremkommer av problemstillingene skal vi kartlegge et bredt spekter av faktorer knyttet til endringsprosesser og det kliniske systemet DIPS. Dette gjenspeiles i teorien, hvor hovedtemaene er styring, IKT i sykehus, organisasjonsendring samt makt- og aktørperspektivet. I det følgende vil vi gjennomgå relevante teoribidrag som vi senere diskuterer opp mot funnene våre.

3.1 Organisasjonsteori

3.1.1 Organisasjonsstruktur

Det finnes flere ulike organisasjonsformer, og et sykehus som OUS blir gjerne klassifisert inn i det profesjonelle byråkratiet. Her er beslutningsmyndigheten desentralisert, slik at de profesjonelle med høy utdanning og mye kunnskap får ta faglige avgjørelser knyttet til deres jobb. Dette gjelder blant annet legene på et sykehus, som ofte tar krevende avgjørelser når det gjelder pasientene sine. De ansatte blir strukturert etter spesialisering, slik at spesialister på ulike områder jobber i samme avdeling. Strukturen er således antatt å ha en innvirkning på arbeidet. Fordelen med et profesjonelt byråkrati er at det blir tatt gode faglige beslutninger, og desentraliseringen sikrer raskere saksbehandling (Jacobsen og Thorsvik 2013, 94-102).

3.1.2 Institusjonelt perspektiv

Institusjonelle omgivelser viser til verdier, normer og forventninger som er av betydning for hvordan organisasjonen oppfattes i omgivelsene (Jacobsen og Thorsvik 2013, 202). Det institusjonelle perspektivet setter legitimitet i fokus, og det er ulike institusjonelle elementer organisasjoner må tilpasse seg til; lover og bestemmelser som fastsetter hva man kan og ikke kan gjøre, og verdier og normer i samfunnet som demonstrerer hvilke mål og oppgaver som er viktige. I tillegg inngår “tatt for gitt”-oppfatninger om hva som bør gjøres, som illustrerer at institusjonell teori omfatter både strukturelle og kulturelle elementer (Jacobsen og Thorsvik 2013, 214).

3.1.3 Styringsregimer – fra offentlig administrasjon til samstyring

På hvilken måte en stat organiserer sine foretak og forvalter sine midler er et resultat av trender og skiftende ideologiske bølger, som overlapper i tid. Det er vanskelig å identifisere et klart og entydig styringsregime, men man kan observere trekk av mer distinkte styringsregimer i bestemte perioder. Analyser foretatt av Osborne som gjengitt i Røiseland og Vabo (2016, 19), har identifisert tre klare styringsregimer i Norge i perioden 1945-2010, se figur 3.

Regime	Periode	Teoretiske røtter	“Staten”	Paradigmet vektlegger	Verdigrunnlag
Offentlig administrasjon	1945-	Statsvitenskap Offentlig politikk	Enhetlig	Politikkutforming og iverksetting	Offentlig sektors etos
New Public Management	1980-	Rasjonell aktør Ledelsesteori	Regulerende	Ledelse av organisasjonsressurser	Kostnadseffektivitet Konkurransen Markedsplass
Samstyring	1990-	Institusjonell teori Nettverksteori	Plural og pluralistisk	Forhandlinger om verdier, mening og relasjoner	Divergerende og omstridt

Figur 3: Styringsregimer i Norge. Kilde: Røiseland og Vabo 2016.

Styringsregimene over har alle påvirket og fortsetter å påvirke norsk forvaltning i varierende grad. New Public Management (NPM) skiller seg ut og er trolig det styringsregimet som har hatt størst påvirkningskraft på forvaltningens organisering de siste 20-30 årene. Følgelig vil

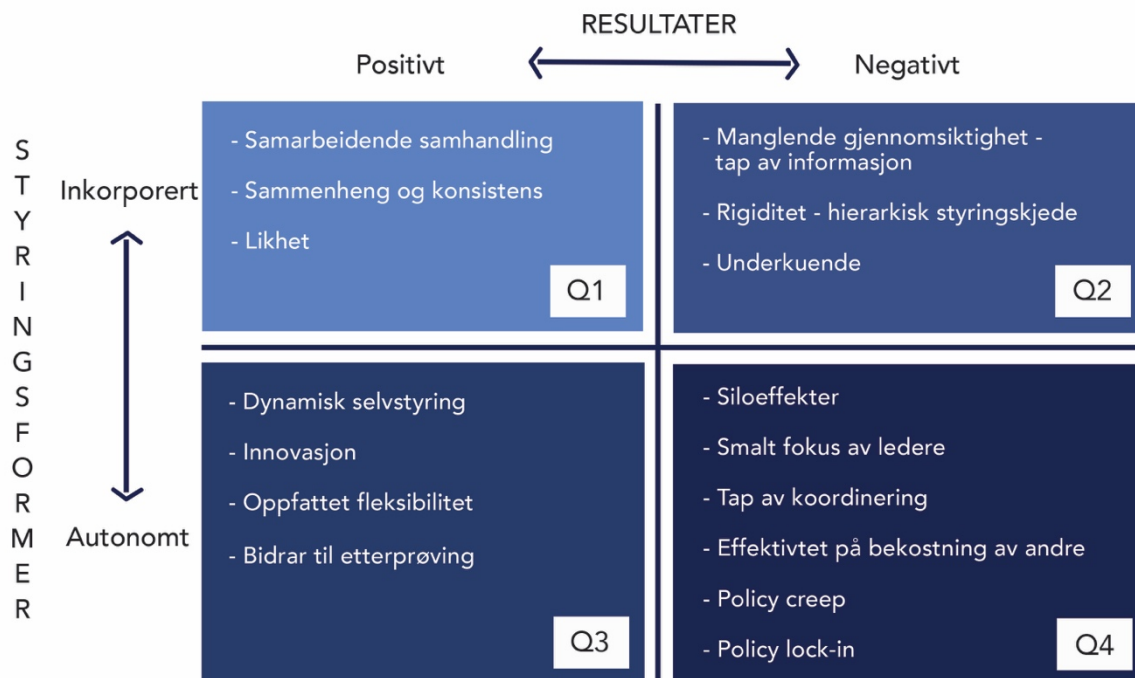
NPM ha særlig stor forklaringskraft i de fleste analyser av norske forvaltningsorgan, herunder sykehussektoren.

3.1.4 New Public Management

New Public Management eller «managerialism» vokste frem på 1970- og 1980-tallet (Bhatta 2003, 6). Økt tro på privatisering og markedsmekanismer dannet grunnlaget for NPM i Norge (Røiseland og Vabo 2016, 19). Mål- og resultatstyring erstattet den klassiske offentlige administrasjonens vektlegging av regler, retningslinjer og detaljstyring. Politikerne setter de overordnede målene og de offentlige institusjonene er ansvarlige for å nå disse målene innenfor gitte økonomiske rammer (Røiseland og Vabo 2016, 20).

NPM hviler tungt på agentteori og public choice, to teoretiske retninger som anerkjenner rollen insentiver har i å endre atferd (Bhatta 2003, 7). Forkjempere for styringsregimet hevder at NPM forsterker mulighetene for kontroll ved at man knytter styring til måloppnåelse (Muller 2011, 146). Motstandere hevder på sin side at NPM blant annet kan føre til siloeffekter, fokus på kortsiktige gevinster, utfordrende koordinering og effektivitetstap (Bhatta 2006, 8).

Valg av styringsregime er gjerne et valg mellom ulike trade offs. Thynne gjengitt i Bhatta (2003) oppstiller noen typiske trekk ved styringsregimene *offentlig administrasjon* (inkorporert) og *NPM* (autonomt) som på mange måter er to ytterpunkter. I Thynnes matrise er trekkene, eller utfallene om man vil, sortert etter positive og negative resultater, se figur 4. Matrisen oppstiller ikke gitte resultat, men mulige konsekvenser av de ulike regimene. Således er matrisen nyttig i analyser av organisering, som et verktøy til å forstå det man observerer.



Figur 4: Thynnes konsekvensmatrise av styringsformer. Kilde: Thynne gjengitt i Bhatta 2003, 8.

NPM reformer har avtatt og er i sin rene form historie. Motbølgen til stadig mer fristilling har vist seg i økende krav om samstyring. Like fullt er konseptet NPM med på å definere hvordan offentlig sektor organiseres i dag (Bhatta 2003, 6). Styringsidéer og organisasjonsløsninger som kan avledes fra NPM fortsetter å påvirke organisasjoner, og forståelsen av NPM er et viktig redskap i arbeid med organisasjonsutforming.

3.2 IKT i sykehus

3.2.1 Digitalisering og e-helse

Digitalisering betegner en kompleks transformasjon, der det fysiske og digitale blir omslynget og konfigurert på nye måter (Bygstad et. al 2017, 1). Digitalisering inkluderer vanligvis to nøkkelementer: redesign eller automatisering av en arbeidsprosess eller service, og innovativ bruk av IT (Bygstad et. al 2017, 1). Redesign-prosesser er imidlertid ofte i uoverensstemmelse med underliggende digital infrastruktur. Bygstad et. al (2017, 1) påpeker at det å eksempelvis forbedre pasientlogistikk ved hjelp av IT er et hovedmål for nåværende e-helse initiativer, men at dette har vist seg å være utfordrende i praksis og er lite omtalt i litteraturen. Bygstad og Hanseth (2016, 1) trekker dessuten frem at det finnes et gap mellom høye forventninger til e-helse og den fragmenterte statusen av IT service.

3.2.2 To-hastighets IT

Ut fra det foregående kan det fremstå som at særlig to ting er utfordrende; å få redesign og nye systemer til å passe med eksisterende infrastruktur og systemer, samt å ivareta de eldre systemene, samtidig som man tar i bruk nye og innovative løsninger. Så hvordan kan egentlig virksomheter ivareta det som Horlach og flere (2016) omtaler som ”tradisjonell IT” og ”digital IT”? Sameksistensen av dette beskrives i litteraturen som ”bimodal IT” eller ”to-hastighets IT”. En slik løsning handler blant annet om å dele opp en IT avdeling i to seksjoner, slik at hver av dem kan ha fokus på hvert sitt område. Tradisjonell IT og tungvektssystemer ivaretas av en seksjon og innovasjon og lettvektsløsninger ivaretas av en annen (Horlach et. al, 2016). Dette er aktuelt for OUS som har utfordringer med å integrere eller fornye eldre og tunge silosystemer, men som samtidig ønsker å ta i bruk mer innovative løsninger som kan skape effektiviseringsgevinster og bedre pasientbehandling.

Innen ledelse av e-helse strukturer kan det finnes spenninger mellom stabile og ustabile elementer. Bygstad og Hanseth (2016) diskuterer i den sammenheng behovet for å differensiere mellom de ulike elementene. De konkluderer med at stabile elementer kan og bør standardiseres og bli styrt top-down, mens de ustabile elementene i større grad bør være støttet av lokal innovasjon og desentralisert governance - som i denne sammenheng kan forstås som beslutningsstruktur (Bygstad og Hanseth 2016, 1).

3.2.3 Lettvekts og tungvekts IT

Mandatet til prosjektet påpeker at innføring av såkalt “tung teknologi” og digitalisering av store informasjonssystemer er utfordrende for alle store, komplekse organisasjoner. Samtidig som ny teknologi og digitalisering skaper nye muligheter, har OUS opplevd at det oppstår nye utfordringer knyttet til både drift og utvikling. Bygstad (2016, 1) skriver om skillet mellom “tung”- og “lett” teknologi, hvor tungvekts IT betegner det veletablerte kunnskapsregimet av store systemer som utvikler sofistikerte løsninger gjennom avansert integrasjon. Dette vil altså kunne sammenlignes med tradisjonell IT. Lettvekts IT er derimot foreslått som et begrep for det nye kunnskapsregimet som involverer mobile applikasjoner, sensorer, tingenes internett og fenomenet “ta-med-din-egen-enhet” (Bygstad 2016, 1). Dette kan klassifiseres som digital IT. Bygstad beskriver lettvekts IT som et sosio-teknisk kunnskapsregime med IT-basert innovasjon som i økt grad skapes av ikke-IT-profesjonelle, se tabell 5. Regimet drives av kompetente brukere sitt behov for løsninger, forbrukerfokus innen digital teknologi og gjennom innovative prosesser. Studien tar utgangspunkt i e-helse

sektoren som blant annet er preget av å ha en lang historie med IT-silo systemer. Disse har skapt et stort hierarki med informasjon som hindrer pasientorientert omsorg (EU Commission 2011).

Helsesektoren preges av store systemer dominert av tungvektstankegang. På OUS ser man et eksempel på dette ved innføringen av et stort, felles system basert på integrasjoner og utvikling fra tekniske utviklere. Miorandi et.al (2012) påpeker at det er en bølge av lettvekts innovasjon i e-helse feltet, hvor løsninger som sensorer, apper og nettbrett har blitt tilgjengelig. Et praktisk eksempel fra Norge er sykehuset i Østfold som vi kommer tilbake til.

	Tungvekts IT	Lettvekts IT
Profil	Back-End: støttedokumentasjon av arbeid	Front-end: Støtte til arbeidsprosesser
Systemer	Transaksjonssystemer	Prosess-støtte, apper, business intelligence
Teknologi	Servere, databaser, enterprise bus teknologi	Nettbrett, elektroniske tavler, smarttelefoner
IT Arkitektur	Sentralisert eller distribuert	Ikke-invaderende løsninger, ofte nettverk
Eier	IT-avdeling	Brukere og leverandører
Utviklingskultur	Systematikk, standarder, kvalitet, sikkerhet	Innovasjon, eksperimentell
Problemer	Økt kompleksitet, økt kostnad, forsinkelser	Isolerte dingser, sikkerhet og personvern
Diskurs	Software engineering	Business innovasjon

Figur 5: Tungvekts og lettvekts IT. Kilde: Basert på og oversatt fra Bygstad og Iden 2016.

Bygstad skiller mellom tungvekts og lettvekts IT, og bruker generativitet som teoretisk linse (2016). Generativitet kan i denne sammenheng forstås som potensielt resultat av interaksjon mellom ulike enheter. Nærmere bestemt, evnen tekniske elementer har til å interagere og kombineres til å utvikle nye løsninger. Bygstad diskuterer hvorvidt generativiteten er ulik innen tungvekts- og lettvekts IT. Begge formene for IT har sine egne kapasiteter, men det påpekes at interaksjonen mellom dem representerer det reelle generative potensialet, blant annet fordi lettvekts IT gjør det mulig å bygge på en eksisterende tungvektsløsning. En praktisk implikasjon av denne forskningen er at tungvekts og lettvekts IT kan utfylle hverandre, og at det bør designes slik at det er en løs kobling mellom modulene. Dette for å hindre avhengigheter og legge til rette for høy innovasjonsgrad, særlig knyttet til lettvekts IT (Bygstad 2016).

3.2.4 Prosessinnovasjon

I et dyptgående casestudie av sykehuset i Østfold har Bygstad og flere forskere undersøkt hvordan prosessinnovasjon kan interagere med underliggende digital infrastruktur på en vellykket måte (Bygstad et. al 2017). Studien bygger på et foreslått rammeverk av interaksjon mellom prosessinnovasjon og digital infrastruktur. Særlig innovativt i dette prosjektet var lettvekts-løsningene fra den norske leverandøren Imatis, som resulterte i verktøy som mobiler og elektroniske tavler. Dette viste seg å være en god støtte for de ansatte, blant annet fordi verktøyene la til rette for bedre informasjon og oversikt. Arkitektur-mekanismene av systemintegrasjon og lettvekts IT muliggjorde å koble eksisterende digital infrastruktur og koble prosesser og infrastruktur på en løs måte. Rollen til lettvekts IT viste hvordan mellomliggende teknologi som er løst koblet til digital infrastruktur, gir smidighet og fleksibilitet til å støtte prosessinnovasjon (Bygstad et al. 2017, 12).

3.2.5 Utfordrende samspill

Forskerne Markus og Keil (1994) presenterer en casestudie av ekspertsystem for salgsrepresentanter hos et dataselskap. De konkluderer med at systemer ikke forbedrer organisatorisk prestasjon eller skaper verdi, men at det er brukere og ledere som gjør dette. Videre poengterer de at et system ikke alene kan løse problemer dersom forbedringer står i kontrast til hva som motiverer menneskene (Markus og Keil, 1994, 24). Det IT-utviklere tenker er et godt system og teknisk elegant, er ikke nødvendigvis det mennesker ønsker å bruke eller som stemmer overens til deres insentiver og motivasjon (Markus og Keil, 1994, 18). Overført til OUS kan dette belyse at det er samspillet mellom brukerne og de tekniske systemene som er den egentlige utfordringen.

3.3 Organisasjonsendringer

Organisasjoner i dagens samfunn står stadig overfor utfordringer knyttet til endring, og OUS er ikke et unntak. Det finnes flere ulike definisjoner av endring, og Jacobsen sier at "en organisasjon har endret seg når den utviser ulike trekk på (minst) to ulike tidspunkt" (2012, 23). Ulike trekk kan være alt fra strukturelle til kulturelle egenskaper ved organisasjonen som endrer seg over tid. Jacobsen sier videre at endring må ses på som en prosess hvor ulike hendelser og handlinger bringer en organisasjon fra en tilstand til en annen. Her er tidsaspektet viktig fordi det forteller om endringsprosessens varighet (2012, 23-25). Vi kan

dele organisasjonsendring inn i to typer endring: diskontinuerlig endring og kontinuerlig endring. Diskontinuerlig endring handler om at organisasjonen erkjenner et behov for endring fordi det har oppstått ulike problemer. Neste steg er å analysere situasjonen og utarbeide løsninger for problemene, før organisasjonen iverksetter en planlagt endring med definert start- og sluttunkt (Jacobsen 2012, 38-39). Ulike drivkrefter som skaper problemer og fører til endring, kan være interne forhold som ny strategi, struktur og kultur. I tillegg kan det være eksterne forhold som konkurranse, endringer i reguleringer, lover og regler eller teknologi (Karp 2014, 124-125). Kontinuerlig endring derimot, går ut på at organisasjonen er i utvikling hele tiden, uten definert start- og sluttunkt. Det kan ses på som en kontinuerlig prosess hvor organisasjonen gradvis tilpasser seg endringer i interne og eksterne forhold. Små endringer og tiltak fører til store kontinuerlige endringer av arbeidsprosesser (Karp 2014, 125).

3.3.1 Endringsprosessen

Det er laget flere modeller for endringsprosessen, og en av de første ble utformet av Kurt Lewin, se figur 6.



Figur 6: Lewin sin grunnleggende modell for endringsdynamikk. Kilde: Hennestad, Revang og Strønen 2012, 198.

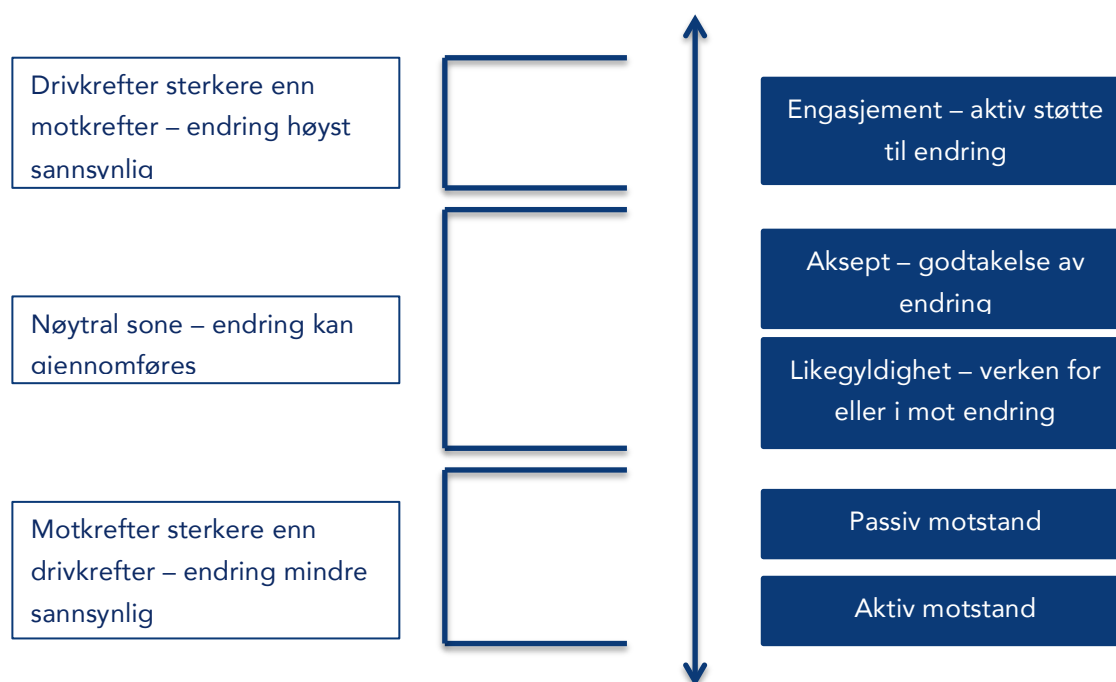
Modellen viser veien fra nåsituasjon til ønsket situasjon. For å komme til ønsket situasjon har Lewin satt opp tre faser som må gjennomføres: opptining, flytting og stabilisering.

Opptiningsfasen handler om at medarbeidere og ledere gir slipp på gamle mønstre, og erkjenner behovet for endring. Neste fase innebærer å iverksette endringen, mens i stabiliseringsfasen må organisasjonen opprettholde den nye situasjonen (Hennestad, Revang og Strønen 2012, 198). Det er i prosessen mellom nåsituasjon og ønsket situasjon at endringene skal gjennomføres. Denne prosessen er vanligvis ikke lineær og enkel, slik det fremstår i Lewin sin modell. Veien består av flere omveier, og det er ikke garantert at man

kommer i mål. Flere organisasjoner har heller ikke et klart bilde av verken nåsituasjon eller ønsket situasjon, og det er spesielt da endringsledelse er viktig. Lederen sin oppgave er å avklare den ønskede situasjonen, og forsøke å skape oppslutning rundt dette blant de ansatte (Hennestad, Revang og Strønen 2012, 139-141).

3.3.2 Drivkrefter og motkrefter

For å skape oppslutning blant de ansatte burde lederen kartlegge hvem som vil støtte opp om endringene, og hvem som vil motsette seg endringene (Jacobsen 2012, 197). Oppslutningen er de drivkreftene som fremmer endring, mens motstanden er de motkreftene som hemmer endring (Jacobsen 2012, 133). Sammenhengen mellom drivkreftene og motkreftene til de ansatte kan vises i en modell, se figur 7. Øverst på skalaen vil de ansatte støtte opp under endringen fordi de tror det er riktig for både organisasjonen og de ansatte, og de vil drive endringen fremover. På nivået under aksepterer de endringen, trolig fordi de ikke har noe valg eller fordi de føler seg forpliktet til det. Midt på skalaen har vi de likegyldige ansatte, som mangler interesse for endringen. På neste nivå har vi passiv motstand, hvor de ansatte gjerne ytrer sine kritiske meninger og kan true med oppsigelse. Nederst på skalaen ytrer de ansatte sterk kritikk både innad og utenfor organisasjonen, og innfører gjerne fredelige boikotter og protester (2012, 129-132). Når lederne kartlegger motstanden burde de også se på årsakene bak, som kan være alt fra faglig uenighet og frykt for det ukjente til tap av personlige goder, identitet og sosiale relasjoner (2012, 133-137).



Figur 7: Oppslutning og motstand langs et kontinuum. Kilde: Jacobsen 2012, 132.

Tiltak ledelsen kan utøve for å minske motstanden er å involvere de ansatte, og gi de en følelse av eierskap til endringsprosessen. Dette kan gjøres ved å åpne for ”bred deltakelse, delegering av myndighet og mulighet for den enkelte til å påvirke retningen på endringen” (Jacobsen 2012, 177). Slik kan de ansatte bli den største drivkraften i endringen, i stedet for toppledelsen. I en slik situasjon delegerer ledelsen myndigheten, og tar avgjørelser på bakgrunn av analysene og prosessene som de ansatte gjennomfører (2002, 170-171). Dette støttes av flere forskere, men forskerne Meyer og Stensaker mener ”en vellykket endringsprosess krever selektiv inkludering av ledere og medarbeidere” (Folkestad 2007). De har forsket på organisasjoner som gjør flere endringer samtidig, noe også OUS gjør. Funnene deres viser at bred deltakelse økte ”presset på de ansatte og hadde negative effekter på den daglige drift”. I stedet for å involvere alle, burde det kartlegges hvem som ønsker å delta eller ikke. I tillegg kan deltakelse erstattes av god informasjonsdeling der de ansatte har erfaring fra tidligere endringer (Folkestad 2007).

3.3.3 Personalkonflikter

I tillegg til motstand og oppslutning blant de ansatte, er det flere faktorer som påvirker endringsprosessen. En utfordring kan være konflikter blant de ansatte, som kan oppstå på grunn av faglig uenighet og uenighet om ressurser, arbeidstid eller goder. En konflikt kan eskalere raskt og utvikle seg til en personlig konflikt, hvor det ofte handler om tillitsbrudd, dårlig arbeidsmiljø og følelsesmessige uenigheter (Idébanken.org). For å illustrere hvordan en konflikt kan utvikle seg, kan vi se på konfliktrappen, se figur 8.



Figur 8: Konfliktrappen. Kilde: Idébanken.org.

Første trinnet i konflikttrappen er en saklig uenighet mellom to parter, hvor de diskuterer konstruktivt og løser situasjonen raskt. På trinn to til fire kan derimot konflikten eskalere raskt, og det blir mer personlig mellom partene. Partene skylder ofte på hverandre, og vil gradvis ignorere hverandre mer og mer. I en slik situasjon begynner det å bli skadelig for både relasjonen mellom dem og arbeidsmiljøet, og de trenger hjelp av en utenforstående til å løse konflikten mellom dem. På de siste trinnene fra fem til syv har konflikten blitt fiendtlig, og partene anklager og angriper hverandre direkte. Partene klarer ikke å være i samme rom, og megling er ikke mulig lengre. Dette er naturligvis lite ønskelig for arbeidsmiljøet, og kan gjøre det mer krevende å gjennomføre endringsprosesser. Det gjelder spesielt i store organisasjoner som et sykehus, fordi det gjerne er flere titalls ansatte som blir påvirket av både konfliktene og endringene i hver enkelt endringsprosess.

3.4 Aktører, makt og nettverk

OUS består av et enormt nettverk av aktører på forskjellige nivåer spredt over mange lokasjoner. Kompleksiteten til OUS og dets mange aktører bør inkluderes og forstås i så nær alle analyser av organisasjonen. Aktører har makt og vil fungere som premissgivere i alt fra endringsprosesser til organiseringen i seg selv.

Begrepet makt er sammensatt og defineres ulikt. Tradisjonelt og lite kontroversielt vil det ofte være dekkende å si at makt har å gjøre med aktørers evne til å sette gjennom egen vilje (Malnes 2009, 33). Det ligger til leder og leders underledere å utøve makt i en organisasjon. Makt begrenses av sosiale normer og institusjonelle skranker. I et moderne samfunn blir makt i stor grad "utøvet ved å [...] fastlegge og definere roller" og særlig fremtredende er dette i dagens organisasjoner (Engelstad i Malnes 2009, 33). I organisasjoner konkurrerer ulike interne og eksterne interessegrupper om ressurser og innflytelse, og forsøker å tilegne seg mest mulig av det som er av verdi for gruppen (Jacobsen og Thorsvik 2013). Makt blir i tillegg utøvet og definert av uformelle maktaktører, og kan utøves på mange og forskjellige måter. Aktører kan ha agendamakt (og andre typer makt) uten at den er formell. I slike skjulte maktstrukturer ligger det en evne til å kunne definere hvem som er legitime deltakere i en beslutningsprosess, og dermed hvilke synspunkter som skal bli representert (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Begrepet aktør har heller ingen entydig definisjon, men aktører er gjerne individer i gitte roller. Felles for aktører er at de er deltakende. OUS har utallige aktører, og disse er særlig relevant å kartlegge ettersom de antas å sette rammer - bevisst eller ubevisst.

Disse rammene kan også tenkes satt av ukonvensjonelle aktører som man ikke i utgangspunktet anerkjenner. En slik aktør kan være datasystemer som kan sette begrensninger eller åpne for muligheter og effektive løsninger. Av den grunn vil datasystemer være en aktør i tradisjonell forstand.

Det kan altså eksistere maktaktører som med alminnelig terminologi og verktøy ikke fanges opp eller belyses i tilstrekkelig grad. Aktør Nettverk Teori (ANT) er en vitenskapelig retning som inkorporerer komplekse virkeligheter og nettverk slik man gjerne observerer i organisasjoner. Styrken til denne teorien er at den anerkjenner både menneskelige og ikke-menneskelige aktører (Law 2007, 2). Det er særlig en styrke ved ANT at IKT-systemer kan defineres og erkjennes å ha en innvirkning på organisasjoner. Aktører, makt og forholdet dem imellom er sentrale faktorer som kan påvirke endringsprosesser.

4.0 Metode

Vårt mandat innebar en nærmere analyse av IKT-systemers effekter på muligheter for utviklingsarbeid i organisasjoner. For å kunne undersøke dette, valgte vi å anvende kombinert kvalitativ metode med dokumentanalyse, kvalitative intervjuer og observasjon. Målet med dette var å kunne samle inn data med mer dybde enn det kvantitative data ville gitt, noe som er hensiktsmessig for mandatet vårt og i tråd med oppdragsgivers ønsker. Det ble gjennomført 14 dybdeintervjuer, 1 gruppeintervju, samt observasjon av to av utredningsgruppens møter.

4.1 Datainnsamling

4.1.1 Dokumentanalyse

For å løse problemstillingene fant gruppen det hensiktsmessig å foreta en dokumentanalyse av diverse dokumenter oversendt fra OUS, inkludert dokumenter oversendt i mars 2018. Prosjektgruppen har analysert disse dokumentene og har brukt relevant teori og empiri for å belyse bakgrunnen for prosjektet og problemstillingene ytterligere.

4.1.2 Intervju

Vi har i hovedsak brukt dybdeintervju som verktøy for å samle inn data ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide, se vedlegg 1. Denne tilnærmingen ga oss fleksibilitet ved at vi kunne stille ulike oppfølgingsspørsmål, og slik få dekket relevante temaer som ikke kom frem

direkte av intervjuguiden. Gjennom intervjuene fikk vi samtidig et dypere innsyn i informantenes opplevelser og reaksjoner, samt fyldige og detaljerte beskrivelser. I tillegg ga det oss mulighet til å studere informantenes holdninger, meninger og erfaringer rundt de aktuelle temaene (Johannesen, Tufte og Christoffersen 2010, 135-136). Vi ønsket særlig å gå i dybden på informantenes tanker angående faktorer som endringsprosessene, og hvilke muligheter og begrensninger DIPS har ført til med tanke på organisasjonsløsninger i klinisk virksomhet. Våre informanter besto av mange aktører med ulike synspunkter, og vi ønsket å få frem så mange ulike perspektiver som mulig, hvilket vi opplevde vi fikk ved hjelp av semistrukturerte intervjuer.

4.1.3 Observasjon

Observasjon er en metode forskere kan bruke for å avdekke et fenomen, som for eksempel atferden til et individ eller en gruppe (Hellevik 2011, 104). I oppstarten av prosjektet vårt, hadde utredningsgruppen noen avsluttende møter før endelig leveranse og klargjøring av rapporten. Vi så det hensiktsmessig å delta på disse møtene for å observere diskusjonenes forløp, og for å få et innblikk i beslutningstaking, hierarki og dynamikk i gruppen. Hensikten var å avdekke forhold som kanskje ikke ville bli like synlig gjennom intervjuer alene. Observasjonene ble utført av ett medlem av prosjektgruppen, og ble gjort over to møter. Observatøren tok kun notater fra disse møtene, og fokuserte både på innhold og stemning. Utover å gi et inntrykk av informantene og problematikken har ikke notatene blitt brukt i vår rapport. Utvalget som ble observert besto i hovedsak av de samme informantene som ble intervjuet.

4.2 Utvalg

Utvalget vårt består av totalt 16 informanter, hvor majoriteten er medlemmer fra utredningsgruppen og dens sekretariat. I tillegg deltok enkelte linjeledere på nivå 2 og 3 som kjenner spesielt godt til de sentrale temaene i prosjektet, og som har eller har hatt ansvaret for større omorganiseringer de siste årene. Dette bidro til å gi oss et mer nyansert perspektiv på problemstillingene. Utredningsgruppen er i seg selv bredt sammensatt, og medlemmene fremstår som en god kilde til relevant informasjon. Utvalget ble foreslått av oppdragsgiver i tett dialog med prosjektgruppen, og er valgt bevisst for å gi oss best mulig datagrunnlag. Dette er vanlig i kvalitative undersøkelser, hvor informanter velges på bakgrunn av at de kan uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet (Tjora 2017, 130). Ved at

oppdragsgiver foreslo og satt oss i kontakt med potensielle informanter, unngikk vi samtidig problemer med å få informanter til å stille opp, noe som ofte kan bli et problem i kvalitative undersøkelser. Antall informanter er basert på tilgjengelighet, men også forankret i teori og forskningspraksis. Det er imidlertid mye uenighet rundt hvor mye data som kreves, og dette må vurderes for hvert enkelt prosjekt. I dette prosjektet opplever vi at 16 informanter tilfredsstillende de sentrale kravene våre. De tilhører ulike avdelinger og nivåer, kommer fra ulike fagfelt, har ulik utdannings- og erfaringsbakgrunn. På denne måten oppfyller de kriteriene til et strategisk og bredt utvalg.

4.3 Gjennomføring

Intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt i informantenes arbeidstid. På grunn av informantenes travle hverdag, benyttet vi ulike møterom på Ullevål, Rikshospitalet og i Forskningsveien som var lett tilgjengelig for dem. Det var to personer fra prosjektgruppen tilstede i de fleste intervjuene. Den ene hadde en aktiv intervjuer-rolle, mens den andre hovedsakelig hadde en observerende rolle og tok notater underveis. Intervjuene hadde en varighet på 60-90 minutter. Alle informantene samtykket til bruk av båndopptaker under intervjuet med unntak av én informant. I intervjuet med sistnevnte var vi tre tilstede for å sikre at vi fikk notert den viktigste informasjonen. Innsamlet data ble transkribert og analysert i etterkant av intervjuene. Vi søkte om godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD), og oversendte intervjuguide for gjennomsyn i forkant av intervjuoppstart til både NSD, oppdragsgiver og veileder. Se søknad og godkjenning fra NSD i vedlegg 2.

4.4 Analyse

Prosjektgruppen har sett det nødvendig å kombinere flere metoder i dette casestudiet for å belyse og svare på relevante problemstillinger i mandatet. Analysearbeidet foregikk derfor gjennomgående mellom teori og empiri, og baserte seg på innsamlet data etter intervjuer og dokumentanalyse. Funnene fra datainnsamlingen ble sett opp mot eksisterende teori og dokumenter fra OUS som ble gjort tilgjengelig for prosjektgruppen.

Analysearbeidet startet med å transkribere alle intervjuene i fullstendig tekst. Basert på tema-inndelingen vi brukte i intervjuguiden laget vi en matrise delt inn etter tema og informanter. Den som var ansvarlig for transkriberingen av intervjuet, førte sentrale sitater og viktige stikkord inn i matrisen. Målet var å sikre at den viktigste informasjonen og essensen av intervjuene, ble samlet i matrisen for å skape oversikt i et stort datamateriale. En ekstra

person gikk gjennom transkriberingen for å sikre at det viktigste fra intervjuet var inkludert i matrisen. Deretter var målet å kartlegge større sammenhenger, og se helhetene i intervjuene. I denne fasen gikk hver av oss gjennom matrisen og noterte det vi oppfattet som de mest sentrale punktene å ta tak i videre. Her så vi også på hvilke informanter som hadde lignende meninger og oppfatninger. Vi gjorde det hver for oss for å ikke la oss påvirke av hverandres tolkninger, før vi presenterte funnene og diskuterte det i fellesskap. Det var stor enighet om hvilke tema og utfordringer som var mest sentrale i intervjuene. Basert på dette kategoriserte vi funnene i fire hovedtema med flere underpunkter som vi ønsket å gå dypere inn i og diskutere i rapporten.

4.5 Validitet og reliabilitet

Undersøkelsens validitet og reliabilitet vurderes for å påse at det vi har undersøkt faktisk kan knyttes til problemstillingen eller hypotesen, eller hvor nøyaktig det vi har målt er (Hellevik 2011, 183-184). Reliabilitet handler i følge Hellevik om hvordan man har kommet frem til de dataene man har, og nøyaktigheten av dem. Validitet derimot, handler om at dataene er relevante, og om de svarer på problemstillingen (Hellevik 2011, 183-186).

I kvalitative undersøkelser må reliabilitet og validitet måles på en annerledes måte enn ved kvantitative undersøkelser. I tillegg til det beskrevet i avsnittene over, har vi forsøkt å ivareta validiteten gjennom full anonymisering av informantene, og ved å ha lite kontroversielle spørsmål. Informantenes eventuelle skjulte motiv og interesser kan naturligvis påvirke svarene likevel. Ser vi på utvalget vårt har det ikke blitt benyttet randomiserte utvalgsmetoder ved valg av informanter, og utvalget er derfor ikke statistisk representativt (Tjora 2017, 130). Dette kan føre til en viss skjevhet i utvalget, som svekker validiteten. Samtidig har vi et relativt bredt utvalg av informanter, som har gitt oss mye verdifull informasjon. På grunn av undersøkelsens metode er ikke statistisk generalisering verken ønskelig eller mulig. Den kvalitative metoden gir derimot et godt grunnlag for å utvikle generelle teorier om “hvordan virkeligheten ser ut, og hvordan fenomener henger sammen”. Dette gjør undersøkelsen godt egnet for teoretisk generalisering (Jacobsen 2015, 91). Vi ønsker også at andre enn OUS kan dra nytte av våre undersøkelser og funn. Når det gjelder reliabiliteten stilte vi hovedsakelig de samme spørsmålene til alle informantene, og har vært to eller flere intervjuere til stede med unntak av pilotintervjuet. Dette gir undersøkelsen en bedre intersubjektivitet enn om vi kun hadde hatt én forsker, noe som øker reliabiliteten (Hellevik 2011, 184).

5.0 Presentasjon av funn

I denne delen av oppgaven vil vi legge frem de viktigste funnene fra intervjuene for å svare på problemstillingene. Vi vil forsøke å gi en så nyansert og riktig fremstilling som mulig, og vil fokusere på utfordringene som har kommet frem. Ulike meninger og sitater fra informantene vil bli brukt til å belyse funnene, og vi har valgt å referere til alle informanter som “han” for å ivareta deres anonymitet. Funnene er delt inn i fire hovedtemaer, og hovedfunnene blir til slutt oppsummert i en tabell.

5.1 Regionale føringer og identitet

5.1.1 Sykehuspartner

Etter intervjuene er det gjennomgående et inntrykk av at Sykehuspartner ofte er en del av problemet som diskuteres. Sykehuspartner blir ofte trukket frem som utfordrende å forholde seg til, men i varierende grad. Felles for alle skildringer er at Sykehuspartner ikke har levert og fortsatt ikke leverer som ønsket. Som en informant beskriver det: “[...] de leverer mye, mye dårligere enn det vi burde fortjene” (Informant 3). Utfordringene er mange og varierte, men det fremkommer også at Sykehuspartners tekniske støttefunksjoner er gode.

Sykehuspartner har også “forbedret” seg på flere områder de siste årene. Bildet som tegnes er altså ikke helsvart, men med vesentlige gråtoner. Kritikken som trekkes frem kan i grovt sorteres i tre grupper; kunnskap, kostnad og tid.

5.1.1.1 Kunnskap

De utfordringene og problemene som beskrives i samarbeidet med Sykehuspartner forklares ofte med mangel på kunnskap. Det poengteres av flere at kunnskapen hos Sykehuspartner ikke er tilfredsstillende og at utskiftingen av ansatte er høy. Dette fører til at kritisk kompetanse blir erstattet med ren IT kompetanse og “[...] ofte ikke det en gang” (Informant 2). Det blir trukket frem at IT-kompetanse i seg selv er ikke nok til å levere tilfredsstillende IT-løsninger til et sykehus. Pasientbehandling har en særegenhet som krever sykehus-spesifikk kunnskap, ofte omtalt som klinisk kompetanse. Klinisk kompetanse beskrives som ferskvare og denne forsvinner om avstanden til det kliniske blir for stor i tid og rom. Dette poenget understøttes av at teknisk bruker støtte, slik som hjelp til oppsett av printer og feilsøking på PC, beskrives som tilfredsstillende og forbedret de siste årene. Endring av oppsett med mer kliniske tilsnitt, arbeidslettende prosesser for brukere i kliniske situasjoner, og brukertilpassede endringer beskrives som betydelig mer frustrerende og tungrodd. Det

samme sies om organisasjonsendringer som krever involvering av Sykehuspartner. Det oppleves ofte som vanskelig å få forståelse hos Sykehuspartner for endringer man anser som nødvendige. Manglende oppfølging begrunnes gjerne i “tekniske begrensninger”, en begrunnelse informantene ikke alltid forstår.

5.1.1.2 Kostnad

Sykehuspartner tilbyr tjenester som OUS kjøper, men relasjonen er ikke som i et marked. Det eksisterer ingen konkurranse ettersom Sykehuspartner har monopol. En informant beskriver markedsforholdet slik:

[...] det blir ikke et helt ordentlig leverandør-kundeforhold fordi vi har ingen myndighet, eller vi har ingen maktmidler overfor SP i det hele tatt. Hvis de ikke leverer så er det ”javel”, vi kan jo ikke endre leverandør, vi kan ikke gjøre noen ting. Og vi kan ikke begynne å gjøre det selv (Informant 3).

Ideen om kjøp av produkter fra én leverandør virker ikke å være optimal og trekkes av mange frem som fordyrende, i stedet for besparende og effektiviserende. Sykehuspartners prising av tjenester fremstår som en skranke for nødvendige endringer, og oppfattes av flere som mer begrensende enn det bør være. At Sykehuspartner tar ”en million for å kun se på et problem” er oppsummerende for hvordan mange oppfatter foretakets prising.

5.1.1.3 Tid

At behandlingstiden hos Sykehuspartner er lang fremstår ubestridt, men det er også et gjennomgående inntrykk at dette har forbedret seg de siste årene. Spesielt pekes det på startvansker og innkjøringsproblemer som gradvis har avtatt. Samtlige informanter nevner at Sykehuspartner som leverandør av DIPS, er en sentral aktør ved omorganisering.

Endringsprosesser tar lengre tid og fører til høyere kostnader. Mange endringer kan ikke gjennomføres grunnet låste oppsett i DIPS og Sykehuspartner kan ikke endre oppsettene. Dette kommer ofte frem etter lang saksbehandlingstid og oppfattes som frustrerende. Det er ønskelig at teknisk kompetanse inkluderes mye tidligere i endringsforløpet for å avklare om mulighetene for endring rent teknisk er tilstede. Tidsaspektet fremstår også uforholdsmessig langt for oppgaver av mer gjentakende karakter, og spesielt frustrerende oppleves manglende skriveutgang. Dette resulterer i at bestillinger til Sykehuspartner tar like lang tid å opprette

som det ville tatt å utføre dem: “[...] vi kunne like så godt gjort det selv og brukt like lang tid som jeg gjør på å opprette bestillingen” (Informant 13).

Flere informanter påpeker at IKT kan bli bedre organisert og særlig koordinert. I tillegg kommer det frem oppfatninger om at det er utfordrende med en tredeling mellom region, Sykehuspartner og den interne IKT-enheten. Dette ble også påpekt i sykehusets delrapport 3 fra 2016, men anbefalingene fra den tid er foreløpig ikke fulgt opp. Sett under ett er det ønske om mer autonomi til OUS, og et tettere samarbeid med Sykehuspartner i oppfølging av teknisk drift og støtte. Avstanden mellom bruker og støttefunksjoner er lang og hjelper ikke på situasjonen. Dette står i konflikt med en anerkjennelse hos de fleste informantene av at man på klinikknivå ikke kan drifte sin egen tekniske støttefunksjon. Til dette nevnes utfordringer med manglende samkjøring og koordinering samt kostnadene forbundet med mange isolerte miljø.

5.1.2 OUS som én enhet

Størrelsen til OUS trekkes frem som et poeng hos alle informantene. Gjennomgående er de stolte av å jobbe i foretaket og mener det utrettes mye bra. Selv om OUS fremstår som godt innarbeidet, er et klart hovedtrekk at identitetstilhørigheten ofte begrenses til nivåene under, og i praksis ofte klinikken. Det eksisterer fortsatt en kultur fra de gamle sykehusene som av noen trekkes frem som et samkjøringsproblem:

[OUS] er en brukbar arbeidsplass og jeg tror folk trives. Mange trives, det er en god del de ikke er fornøyd med, sånn er det jo overalt, men den tidligere identifikasjonen går mye på det sykehuset, og det stedet de jobber og at de ikke får med seg det store tverrgående fellesskapet som bygges over, men at lojaliteten går lokalt og til nærmeste leder (Informant 10).

Denne tilhørigheten antas å bli forsterket av rivalisering, særlig mellom Ullevål og Rikshospitalet, på flere områder. “Det er snodig det der ringveigreiene altså” slik Informant 1 beskriver skillet mellom Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus. En annen beskriver rivaliseringen mellom klinikkene slik: “Det finnes det vi kaller kamp om pasienter eller de interessante pasientene, [...] “vi skal ha de spesielle og dere kan ta grosset”” (Informant 2). Utover de rent åpenbare utfordringene dette medfører, kan det påpekes at organiseringen av flere trekkes frem som utfordrende ved at noen klinikker har kapasitetsproblemer der andre

har mange ledige senger. Nødvendige organisasjonsendringer for å avhjelpe dette møter motstand og pasientflyten oppfattes ikke som optimal, hverken mellom klinikker eller sykehus.

Rikshospitalet blir betegnet som storebror og som vinner av de fleste organisatoriske kampene. Særlig fremheves sykehusets historisk sterke administrasjon og relative autonomi. Rikshospitalet fikk blant annet beholde sin egen IKT-støttefunksjon i prosessen som samlet disse funksjonene i en sentral enhet. Rikshospitalets geografiske plassering vekk fra Tårnbygget på Ullevål fører også til en uheldig avstand mellom det antatt sterkeste sykehuset og sentraladministrasjonen for hele helseforetaket.

5.2 IKT-systemer

IKT-systemer og i hovedsak DIPS har vært et stort tema i intervjuene, både fordi vi har stilt konkrete spørsmål om det og fått mye dokumenter om temaet i forkant. I denne delen vil vi belyse det som var mest gjentakende av utfordringer og fordeler knyttet til IKT-systemer, særlig DIPS ved OUS.

5.2.1 Komplekse og langsomme endringsprosesser

Et stort flertall av informantene påpeker at DIPS er en faktor som gjør endringer langsomme og mer komplekse. Det er imidlertid varierte oppfatninger av DIPS blant informantene våre. Eksempelvis beskriver en informant det som greit fungerende samtidig som en annen omtaler DIPS som en katastrofe. Det er likevel stor overvekt av negative oppfatninger av DIPS. Utfordringene med DIPS blir av en informant beskrevet på følgende måte: ”det har sånne iboende egenskaper og trekk som gjør at visse type organisasjonsendringer er svært vanskelig, arbeidskrevende og veldig komplekse å gjennomføre, og muligens umulige” (Informant 10). Denne oppfatningen virker informanten å dele med flere andre.

Videre trekkes det frem at organiseringen til en viss grad styres av IKT-systemer, noe som påpekes som uheldig, men vanskelig å unngå. En informant forteller at DIPS styrer organiseringen til OUS og har medført at det er mye mer å ta hensyn til ved organisasjonsendringer. En annen sier følgende:

Vi er en virksomhet med veldig mange tunge IKT-systemer. [...] Gjennom årene har det å drive strukturelle endringer blitt mer og mer arbeidskrevende. Og det har blitt dyrere. Mer komplekst” (Informant 7).

Det er gjentakende at DIPS oppfattes å skape begrensninger knyttet til organisasjonsløsninger og ikke alle løsninger kan gjennomføres. På en annen side trekker en informant frem at DIPS ikke nødvendigvis er en begrensning i seg selv, men at det kan være oppsettet som gjør det vanskelig. Når det gjelder tidsperspektivet, trekkes det frem at ting tar tid fordi DIPS ikke eksisterer i et vakuum, men er hardt skrudd inn i organisasjonen og mot andre systemer. Siden systemene er avhengig av hverandre, fører én endring til endring ”alle steder”. Innføring av DIPS har ført til at organisasjonsendringer ikke gjennomføres i systemene før etter lang tid, som er problematisk fordi man er avhengig av systemene for å få tilgang til riktig data.

Det er jo en utfordring at vi har en EPJ som i veldig stor grad styrer hvordan vi kan organisere oss, sånn at hvis vi hadde hatt et sterkt behov for å organisere oss helt annerledes ville vi ikke fått sjansen til å gjøre det. Vi unndras muligheten av å organisere oss på den mest mulig hensiktsmessige måten pga. EPJ vårt og det med automatisk tilgangsstyring. (Informant 3).

5.2.2 Tilgangsstyring og organisasjonsoppsett

I likhet med det som er påpekt i annen dokumentasjon fra OUS, kom det også frem i intervjuene at tilgangsstyring og organisasjonsoppsett i DIPS er problematisk. Flere informanter påpeker at det er en utfordring at DIPS har færre nivåer enn OUS, og enkelte begrunner dette med at DIPS er testet på et mye mindre sykehus enn OUS.

[...] grunnen til at det er et problem med DIPS [...] er at det er utviklet for et sykehus som er mye mindre enn OUS, hvor visse roller på et vis er gitt på bestemte måter i en sånn organisasjon. Når du tar de rollene inn i en organisasjon som kanskje er dobbelt så stor, også har man låst disse rollene på visse nivåer som ikke passer i en større organisasjon, da blir det konflikt med å få dette til å passe hos oss (Informant 9).

5.2.3 Manglende opplæring og kunnskap

Når det gjelder opplæring i DIPS, er dette et tema som det har fremkommet sprikende oppfatninger om. Flere informanter har nevnt opplæring i DIPS som en utfordring; enten at det fremstår som et problem at ansatte ikke gikk på opplæring og/eller at sykehuset ikke la til rette for god opplæring. Andre har påpekt at det har vært et stort fokus på brukeropplæring. For den kliniske driften fremkommer opplæring og kursing som en utfordring, fordi det hindrer muligheter for kjerneoppgaver som operasjon og visitt.

Det trekkes samtidig frem at opplæringen i DIPS fungerer bra og at det er mye å hente på å bruke DIPS korrekt. Opplæring kan hjelpe på utfordringene, men i dag er det kun en ”snever elite” som har nok kompetanse til å håndtere konsekvensene av DIPS. Det er ikke satt av nok tid og ressurser til opplæring, det er ikke tilrettelagt for god opplæring og det er et problem at folk ikke går på opplæring. Mange påstår at ansatte forstår enkeltelementer, men ikke helheten av systemet. Det påpekes også at det er et nyansattprogram med obligatoriske moduler, men at ansatte som jobber på sykehuset fra før kan ligge bak på kompetansen: ”utfordringene her er nettopp at sykehuset ikke evner å legge til rette eller kreve av de ansatte at de må lære seg systemet før de skal jobbe på en god måte” (Informant 7). Flere nevner at kompetansen knyttet til DIPS er varierende: ”Ansatte melder inn feil de mener skyldes DIPS, men det er veldig ofte brukerfeil” (Informant 8).

5.2.4 Baksiden av medaljen

Noen få informanter forklarer at man ikke har vært kjent med baksiden av medaljen når det gjelder innføringen av DIPS. ”Ingen fortalte oss ved innføring, hvilke dårlige egenskaper det hadde” (Informant 10). Det blir imidlertid hevdet av en informant at visse parter faktisk påpekte at DIPS var et dårlig system før innføringen. Samme informant påpeker at det finnes bedre systemer der ute. Vedkommende trekker frem Helse Midt-Norge som fortsatt ikke har implementert DIPS fordi det fungerer dårlig. En annen informant påpeker at OUS har fått det som ønsket, men samtidig fått erfare baksiden av medaljen ved å være et stort sykehus med mange systemer og automatiserte prosesser.

[...] intensjonene har hele tiden vært elektronisk støtte fra systemene og vi ønsker elektroniske kommunikasjonsløsninger. Og så har vi fått det som vi vil, eller det har oppfylt målet, og så har det hatt en bakside av medaljen som man ikke så. Ting har

blitt litt stivere å endre på når du har så mange typer integrasjoner og systemer som skal henge sammen (Informant 2).

5.2.5 Muligheter

Til tross for at det er mest utfordringer som ble diskutert i intervjuene, har det også blitt nevnt hvilke fordeler DIPS har og hvilke muligheter systemet gir. En informant forteller at han synes organisasjonsendringer har blitt bedre fordi det stilles større krav, ting er mer nøstet sammen, og det gjør at man får problemene på bordet. En annen forteller at det er en fordel at alt er digitalt, fordi ting går raskere. Gjennom intervjuene fremkommer det også spørsmål om det er DIPS som egentlig er utfordringen, eller om et hvert pasient-administrativt system vil medføre begrensninger: “det er veldig viktig at ikke DIPS kommer ut som den store svarte, stygge ulven her [...], man ville hatt begrensninger med andre type systemer også, så ikke vær urettferdig mot DIPS” (Informant 12).

Systemet har også gitt data på nye områder og gjør at man lettere kan jobbe på tvers i OUS siden man har samme system. En informant forteller følgende: “[...] det er ikke det ene eller det andre systemet som har gjort det verre, det er jo hele digitaliseringsprosessen.

Digitaliseringen er jo mest positivt, men det skaper også noe rigiditet” (Informant 5). Selv om vi har omtalt utfordringene ved DIPS som begrensninger, er det også en informant som heller vil omtale dette som bindinger. I den sammenheng blir det påpekt at man må ta høyde for bindingene som faktisk finnes. En annen påpeker at selve mulighetsrommet knyttet til organisasjonsendringer opp mot DIPS er uklart. Det fremkommer et konsensus blant mange informanter om at IT/DIPS-eksperter må involveres fra starten av i endringer eller at de som gjennomfører endring må få flere råd om DIPS og andre tekniske systemer.

5.2.6 DIPS ARENA

Flere informanter trekker frem at DIPS vil ha OUS over på ny plattform; DIPS Arena. Dette er en oppdatert versjon av DIPS. I denne sammenheng stilles det spørsmål ved om den nye versjonen vil kunne løse dagens utfordringer og det trekkes frem at dette er både dyrt og krevende. Dette er imidlertid noe vi har valgt å ikke gå nærmere inn i.

5.3 Organisasjonsendringer

Organisasjonsendringer har i likhet med IKT-systemer og DIPS, vært et sentralt tema i intervjuene. Informantene har mye og ulike meninger om utviklingsarbeid i OUS og hvordan

endringsprosessene i klinisk virksomhet skal gjennomføres. Videre ser vi på hvorfor endringer er tidkrevende, de ansattes endringsvilje, om endringene blir gjennomført på riktig grunnlag og konsekvensanalysene i forkant av endringene.

5.3.1 Endringsprosesser tar tid

Som nevnt tidligere er det et kjent problem ved OUS at endringsprosesser er tidkrevende, og flere informanter beskriver prosessen som rotete og ustrukturert. Det er krevende å gjennomføre effektive prosesser, og det hender endringsprosessene må bli stoppet i tilfeller der beslutningene blir vedtatt for raskt eller der det mangler informasjon og forståelse hos de ansatte (Informant 7). Dette blir begrunnet med at det er mange som skal involveres og at det er mange ulike interesser. Over halvparten av informantene sier seg enig i dette, og det blir nevnt at “involveringsgraden er det som gjør at ting tar tid” (Informant 9) og det blir ”for mange kokker og mye søl” (Informant 16). Det er en del formelle føringer knyttet til endringene, og ”veldig mange som skal involveres” (Informant 5). Dette fører til at ”det har vært mye omkamper”, som forsinker prosessen ytterligere (Informant 1). Dette blir bekreftet av flere, og de sier det er en ukultur at alle skal mene noe om alt. For å få gjennomført en endring blir det nevnt at beslutningstakerne må stå stødigere i valget sitt, og ta mindre hensyn til alle interessentene og deres meninger.

5.3.2 Motstand mot endring

I tillegg til at den høye graden av involvering kan bremse endringsprosessene, kan de ansattes endringsvilje være en viktig faktor. Vi spurte informantene om deres oppfatning av de ansattes endringsvilje på egen avdeling og generelt på OUS. Her kom det frem varierende oppfatninger, men kun noen få informanter mener de ansatte er positive til endring: “De ansatte må håndtere nye ting hele tiden, alt fra datasystemer til rutiner, så jeg synes egentlig de er ganske endringsvillige” (Informant 6). Det er altså en viss forståelse for at de ansatte kan bli lei av stadige organisasjonsendringer, og enkelte hevder at endringsviljen er moderat. Samtidig er det et klart flertall som mener at endringsviljen er lav, selv om de ansatte forstår at det er nødvendig: “Forandre, det kan du gjøre om til to ord, det er helst for andre. Alle er enige om at endring er riktig og viktig, men ikke for meg” (Informant 2). Dette blir støttet av informant 4 som sier at mennesker er ”iboende konservative”, og sier samtidig at ”organisasjonsendringer tar lang tid fordi folk er folk, og det blir ofte motstand fordi det danner seg allianser fordi folk blir truet”. Her er det flere som er enig i at endringsviljen kan påvirke tidsperspektivet: ”jo mer motstand mot endring som finnes, jo lengre tid tar det med

møter og involvering” (Informant 3). Informant 14 bekrefter dette, og sier det blir mye murring og knurring blant de ansatte. Det blir hevdet at det er “en del skepsis mot å gjøre endringer” blant annet på grunn av dårlige erfaringer og negative konsekvenser fra tidligere endringer (Informant 10).

5.3.3 Endring som personalpolitikk

En annen problematikk flere av informantene stiller spørsmål ved er det reelle endringsbehovet:

Du skal ha et endringsbehov som er delt av mange og som er reelt. Og du skal stille deg spørsmål om det, kall det utfordringer som det er pekt på, er knyttet til at det er strukturen som er ikke er god nok, eller knytter det seg til måten vi leder på, følger opp på, samarbeider (Informant 7).

Det er lite bevissthet rundt hvorfor de skal gjøre endringen, og de mener en organisasjonsendring ikke nødvendigvis er den rette løsningen. I dag skjer det ofte en omorganisering fordi det er noen ”som ikke tåler trynet på hverandre” (Informant 15). Dette blir støttet av informant 6 som sier:

[...] jeg tror nok at en del problemer som kunne vært løst på andre måter, blir løst med organisatoriske endringer. Hvis du har en leder som ikke fungerer. I stedet for å ta tak i den lederen, velger man å opprette en annen enhet, eller løser en del personmessige forhold med organisatoriske endringer.

Informant 13 nevner også at personalproblemer ofte er årsak til endring: ”Vi har en leder som ikke funker, vi må omorganisere. Vi har to ledere som ikke klarer å samarbeide, vi må omorganisere, de må få hver sin avdeling”. Han sier videre at det har blitt en kultur for det, og at “orgendringkortet” blir trukket opp i enhver situasjon. Dette blir bekreftet av informant 5 som sier at: ”noen ganger er det noen som tenker veldig mye person – her må vi bare få disse boksene ned i noen siloer slik at de som ikke tåler hverandre kan få jobbe hver for seg”. Dersom endringer blir gjennomført begrunnet i slike årsaker kan det ”fortsatt være problemer og begrensinger etter en organisering, fordi du har ikke løst de underliggende problemene i det hele tatt” (Informant 10). Flere konkluderer med at OUS burde fokusere på kontinuerlig

endring, men ”ikke endre for å endre” (Informant 16). Fremover burde de heller jobbe med samarbeid, kultur, ledelse og felles mål (Informant 7).

5.3.4 Analyse og evaluering

Når det gjelder tiltak og rutiner i forkant og i etterkant av endringsprosessene, er det stor enighet blant informantene om at det må gjennomføres konsekvensanalyse i forkant av en endringsprosess, samt evaluering i etterkant. Informant 4 sier:

[...] når det er røde felt i en risikoanalyse, er det viktig å ikke hoppe over de, og gå i dybden og analysere de, diskutere de. Jeg synes det er for lite analyse og evaluering av de prosessene vi er i. Det savner jeg i denne organisasjonen. Det er store ting og store prosesser, og vi evaluerer veldig sjeldent de prosessene vi har gjort i etterkant.

Han får støtte fra flere som sier at endringene ofte er mye mer krevende enn først antatt. Det nevnes samtidig at ulike analyser må gjennomføres, blant annet: ”konsekvensen på arbeidsflyt for leger, konsekvensene for henvisningsflyten, konsekvenser for labsvar” (Informant 2). Informant 13 trekker også frem at tillitsvalgte og verneombud må inkluderes i prosessen. Flere informanter nevner også at enkelte endringsprosesser har blitt startet på nytt grunnet manglende analysearbeid i forkant, og forteller at det kan bli store konsekvenser i etterkant: ”Da har du satt i gang en kjempeomorganisering som kanskje koster 1 million kroner” (Informant 15). Det kan også gi store konsekvenser for pasienter og ansatte:

Jeg tror nok ikke intensjonen er å lage pasienttrøbbel, men det er ofte resultatet når man ikke gjør en utredning i første omgang. Og ikke minst konsekvenser for ansatte, som da får nye tilganger, en helt ny struktur å forholde seg til, og må sette seg inn i og lage nye rutiner (Informant 8).

Flere trekker frem at disse problemene er årsaken til at utredningsgruppen ble opprettet, og de håper de nye retningslinjene i rapporten vil forbedre endringsprosessen ved at flere av problemene er avdekket i forkant.

5.4 Makt- og aktørperspektivet

I tillegg til de tekniske og organisatoriske faktorene nevnt over, har også endringene et makt- og aktørperspektiv som vi ønsker å belyse. Innsamlet data fra intervjuene antyder at ulike

interessenter tolker og har forskjellige meninger om utviklingsarbeid i OUS, og om hvordan organisasjonsendringer bør forløpe. Dette ser ut til å henge sammen med utdannelses- og fagbakgrunn i tillegg til deres plassering og oppgaver i organisasjonen.

I intervjuene fikk vi ulike svar på spørsmålene basert på aktørenes plassering i organisasjonen. Grovt sett kan vi ut i fra vårt begrensede utvalg se en overordnet todeling mellom synspunkter blant informantene som jobber i klinikk versus informantene som jobber administrativt. I tillegg til dette hovedskillet, kunne vi innenfor administrasjonen igjen se enkelte delte meninger blant informanter i direktørens stab (policy-utformerne) og blant IKT-forvalterne i OUS. Selv om det sannsynligvis eksisterer andre skillelinjer i OUS, var det denne tredelingen som tydeligst kom frem i intervjuene vi gjennomførte.

5.4.1 Tunge fagmessige forankringer

I intervjuene stilte vi spørsmål om hvordan endringsviljen er blant de ulike aktørene i OUS. Basert på svarene vi fikk, kan vi se tendenser til todelingen mellom administrasjonen og klinikkene. Flere informanter i administrasjonen mente endring tar tid på grunn av mye motstand fra viktige fagpersoner i miljøet. Det ble for eksempel nevnt at fagpersoner med viktig og spesiell kompetanse truet med oppsigelse dersom vedkommende var i mot endringen. Enkelte ansatte i administrasjonen sa at det er mye motstand mot å flytte på seg fra gode fagpersoner med medisinsk faglig bakgrunn som man ikke ønsker å miste, og at det blir tatt for mye hensyn til disse: ”Og når det blir trusler om oppsigelse fra tunge normsendere i miljøet, vegrer man seg for å gjennomføre en sånn endring” (Informant 4).

Flere informanter fra administrasjonen påpeker at endringsviljen er fagmessig og at de med fagkompetanse får mye makt. En informant uttrykte at ved en organisasjonsendring vil man helst ha de sterke kliniske lederne ”med på laget”, hvilket kan indikere at de kliniske lederne sitter inne med mye makt. Det ble også uttalt av en annen informant fra administrasjonen at ”man vegrer seg for å gå inn og overstyre klinikklederne” (Informant 13). Informant 10 påpekte at organisasjonsendringer er krevende siden det er sterke interesser knyttet til organiseringen nettopp fordi organiseringen bestemmer ledelsesstrukturen, og at ledelse er makt og innflytelse. Videre forklarte informanten at organisering er en kamp om posisjoner og ressurser:

[...] her i sykehuset er det sånn at det er det faglige som gir deg autoritet. Det er gjerne fagledere, det er ikke ledelse som sådan, men du blir leder for en avdeling i kraft av din tyngde (Informant 10).

En informant fra administrasjonen nevnte at folk må ha en forståelse for at man kan det man holder på med for å bli tatt seriøst. En annen informant i administrasjonen sa at det er en form for ukultur at de ansatte på sykehuset ikke respekterer ledelse som eget fagområde (Informant 14). På den andre siden fremkom det utsagn fra klinikkene som tilsier at det er en annen virkelighetsoppfatning fra klinikkens hold. En som jobber i en klinikk sa for eksempel at direktørens stab mangler forståelse for DIPS. Representanter fra klinikkene ga uttrykk for at det er brukerne som skal bruke disse IKT-systemene og som jobber med pasienter daglig som oftest vet hvordan organisasjonsendringer bør gjøres: “Det er ofte de som gjør oppgaven best som kanskje har den løsningen på hvordan det best bør gjøres” (Informant 5).

Basert på vårt begrensede utvalg kan vi ikke si noe generelt om i hvilken grad det faktisk foreligger et overordnet skille mellom klinikk og administrasjonen. Det er likevel interessant å legge merke til et grovt skille mellom meningene blant informantene fra administrasjonen versus klinikkene, eller rettere sagt et skille mellom informanter med medisinskfaglig bakgrunn og de med ikke-medisinskfaglig bakgrunn.

5.4.2 Skillelinjer

De ulike aktørenes meninger om involvering av ansatte i spørsmål om organisasjonsendringer var noe splittet. Grovt sett kunne vi først og fremst se et skille mellom administrasjonen og klinikkene. Det fremkommer spesielt en viss enighet blant policy-utformerne og IKT-forvalterne i administrasjonen hvor flere påpeker at endring tar tid blant annet på grunn av høy involvering av ansatte. I henhold til dette ble det sagt at endring tar tid fordi det på OUS er tradisjon og kultur for at alle skal være med og si sin mening: “Involveringsgraden er det som gjør at ting tar tid” (Informant 9). I tillegg opplever flere informanter i administrasjonen at det er konservatisme hos mange. Selv om flere informanter påpekte at det er viktig med involvering, ble det også nevnt at man tillater for mye omkamper og at det er viktig å akseptere ledelsen:

Omkamping retorisk er en del av kulturen her som jeg mener er en ukultur: at noen skal mene noe om alt. Alle har sitt ansvarsområde, hvis leder skulle lagt seg bort i alt så ville man hylt om alt (Informant 14).

En av informantene som representerte klinikkene uttalte på sin side at de opplever at administrasjonen ”ikke tar nok hensyn til de på gulvet og pasientene” (Informant 16). Synet på involveringsgraden kan altså variere ut i fra hvor i organisasjonen man hører til.

I tillegg til at intervjuene ga antydning til et overordnet skille mellom synspunkter fra administrasjonen og klinikkene, kunne vi også se antydninger til aktørperspektivets tredeling. Altså et skille mellom synspunktene til direktørens stab (policy-utformerne), forvalterne av IKT-systemene samt klinikkene med tanke på organisasjonsendringer. Det ble uttrykt av informanter som forvalter IKT-systemene at det i hovedsak er sterke ledere fra klinikkene, men også fra administrasjonen som ikke vil endre seg: “[...] kulturen på OUS består av småkongeorganisering. Det er rett og slett høvdingledere som er på hver sin stamme. Å få de til å gjøre noe de ikke vil, det er komplisert” (Informant 8). Samme informant påpekte også at det er forskjellig kultur ut i fra hvor i OUS man befinner seg. Det er enighet blant flere av IKT-forvalterne om at OUS er for stor, at organisasjonsendringer er preget av “beslutningsvegring” fra sentralledelsen og at klinikerne får mye makt:

Det er så trist å bruke masse penger og tid på [...] en organisasjonsstruktur som ikke tjener hverken brukerne eller pasientene. [...] og der var det jo de høvdingene på Ullevål og Riksen som ville ha hver sin avdeling, og det fikk de (Informant 13).

Videre uttalte informant 8 at det stopper opp mange andre steder i organisasjonen ”på grunn av litt manglende forståelse for ting, og en engstelse for å ta avgjørelser. Styringsproblematikken er omfattende til tider”. Dessuten mener flere av IKT-forvalterne at de mangler ressurser på dette området og at de blir involvert for sent i prosessen ved en organisasjonsendring, noe de mener er uheldig fordi policy-forvalterne “mangler forståelse for IKT-systemene” (Informant 13).

En informant fra klinikkene nevnte at direktørens stab burde desentraliseres slik at de ville være tettere på klinikkene:

Vi får veldig mye innspill fra sentralt i tårnhuset om rapporter og alt som skal dokumenteres som vi synes er ganske håpløse, for det gjenspeiler ikke hva vi egentlig driver med, men det tar masse tid, ressurser og frustrasjon (Informant 16).

Flere av informantene understreket at størrelsen og kompleksiteten OUS er preget av, skaper utfordringer i forhold til organisasjonsendringer. Her ble det også påpekt at samarbeid på tvers er en utfordring på grunn av størrelsen. Det blir nevnt av flere informanter at de opplever store forskjeller på samarbeidet både mellom og innad i klinikkene. Til tross for at intervjuene bærer preg av ulike synspunkter aktørene seg i mellom, må vi påpeke at flere av policy-utformerne nevner at samarbeidet er velfungerende mellom klinikkene og sentraladministrasjonen.

5.5 Oppsummering hovedfunn

Tema	Hovedfunn
Regionale føringer og identitet	<ul style="list-style-type: none"> - Forholdet til Sykehuspartner er utfordrende. Mangler kunnskap, er dyrt og tar lang tid. Opplevs begrensende. - IKT-drift av sykehus krever klinisk kompetanse, en ferskvare som avtar med tid og i rom. - OUS fremstår fragmentert og mangler enhetsfølelse.
IKT-systemer	<ul style="list-style-type: none"> - DIPS har skapt begrensninger knyttet til organisasjonsløsninger og gjort endringer mer komplekse og tidkrevende - Det er manglende kunnskap og opplæring i DIPS
Organisasjonsendring	<ul style="list-style-type: none"> - Involveringsgraden i endringsprosessene er for høy, og det blir mange interessenter og meninger - Endringsprosesser blir brukt for å løse opp i personalkonflikter, og det stilles spørsmål ved om endringsbehovet alltid er reelt. - Flere etterlyser konsekvensanalyser i forkant av endringsprosessene og evaluering i etterkant
Makt- og aktørperspektivet	<ul style="list-style-type: none"> - Tunge fagmessige forankringer; de som innehar medisinsk fagkompetanse får mye makt og utviser mye motstand mot endring - Skillelinje mellom klinikk og administrasjon, samt direktørens stab og IKT-forvalterne

6.0 Analyse og diskusjon

I denne delen vil vi diskutere hovedfunnene i lys av problemstillingene. Vi vil analysere og diskutere funnene opp mot teori og empiri, og se på hvilke implikasjoner dette har for OUS. Diskusjonen er delt i to deler etter problemstillingene våre.

6.1 Problemstilling 1

Hvilke institusjonelle og teknologiske faktorer påvirker prosessforløpet til organisasjonsendringer, fra idé til implementering?

6.1.1 Regionale føringer

6.1.1.1 Sykehuspartner

Sykehuspartner har som mål frem til 2020 å være best på helseteknologi, gi verdi til kunder og ha leveransekraft (SP 2018). Innen områdene som har vært gjenstand for undersøkelsen, svarer ikke Sykehuspartner til egne forventninger og målsettinger. Fra intervju med informanter ved OUS betegnes de som leveransesvake, kunnskapssvake, forsinkende og fordyrende, og som motpolen til sine egne mål og visjoner på disse områdene. Foretaket har vært mye omtalt i media og omtalene er sjeldent positive. Siden opprettelsen i 2003 har det vært en gjennomsnittlig turnover på 2 år i stillingen som øverste leder (SP 2018). Det kan dermed være enkelt å identifisere Sykehuspartner som et problem. Av større interesse er imidlertid på hvilke måter foretaket er et problem og kanskje viktigst, hvorfor.

Som presentert i funn er det særlig tre områder hvor Sykehuspartner oppfattes som problematisk; *kunnskap, kostnad og tid*. Alle faktorene i samspill eller hver for seg kan tenkes å påvirke endringsprosesser ved OUS.

6.1.1.2 Kompetanse

En gjennomgående oppgave for sykehus er å sikre og videreutvikle god kompetanse blant de ansatte. Dette sikres gjennom krav til kompetanse, opplæring av nyansatte og stadig videreutvikling. I dette ligger en anerkjennelse av at kompetanse generelt, og sykehuskompetanse spesielt, ikke er en statisk størrelse, men i stadig endring. Begrepet kompetanse kan her forstås som “de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og

mål” (Lai 1997, 32). Sykehuspartner skal ikke drive pasientbehandling, men legge til rette for at klinikkene har best mulig forutsetning for å gjøre det. Som vi skal se oppfyller ikke Sykehuspartner nødvendigvis alle kriteriene til kompetanse og det kan påvirke mulighetene til å løse oppgavene de er satt til.

Kunnskap ble beskrevet som ferskvare i intervjuene. Det understøttes av et vidt omfang litteratur og empiriske studier (Holt et al 2015, 334). Medisinsk og helsefaglig kompetanse, gjerne omtalt som klinisk kompetanse i intervjuene, blir trukket frem som særlig fersk. Dette underbygges med at fagfeltet de jobber i er et felt hvor det forskes mye, hvor forventningene er høye og konsekvensene av å ikke følge med på utviklingen er potensielt store.

For det første er det et gjennomgående inntrykk at Sykehuspartner ikke har nok klinisk kompetanse i utgangspunktet. Det er forståelsen for helsefaget som er for lav, ikke den tekniske kompetansen. Teknisk kompetanse, som brukerstøtte av printere, oppsett av PC og rekonfigureringer m.m. beskrives som velfungerende, raskt og effektivt. Ser man bort fra utfordringene de opplevde ved innføringen av DIPS har Sykehuspartner levert godt på disse områdene. Problemer og frustrasjon oppleves først når systemene skal tilpasses nye ønsker og behov. Videre klarer ikke Sykehuspartner å beholde relevant klinisk kompetanse og heller ikke forståelse. Legges det til grunn at klinisk kompetanse faktisk er ferskvare, vil det ikke være tilfredsstillende at Sykehuspartner har tidligere klinikere ansatt. Disse må i så fall holdes kontinuerlig oppdatert, på samme måte som leger og sykepleiere på sykehusene. Dette kan foregå gjennom kursing eller tjenestegjøring på åremål med skifte mellom de mer kliniske og tekniske arbeidsplasser. Uten denne forståelsen vil endringsprosesser som involverer Sykehuspartner kunne oppleves som vanskelige.

6.1.1.3 Kostnad og tid

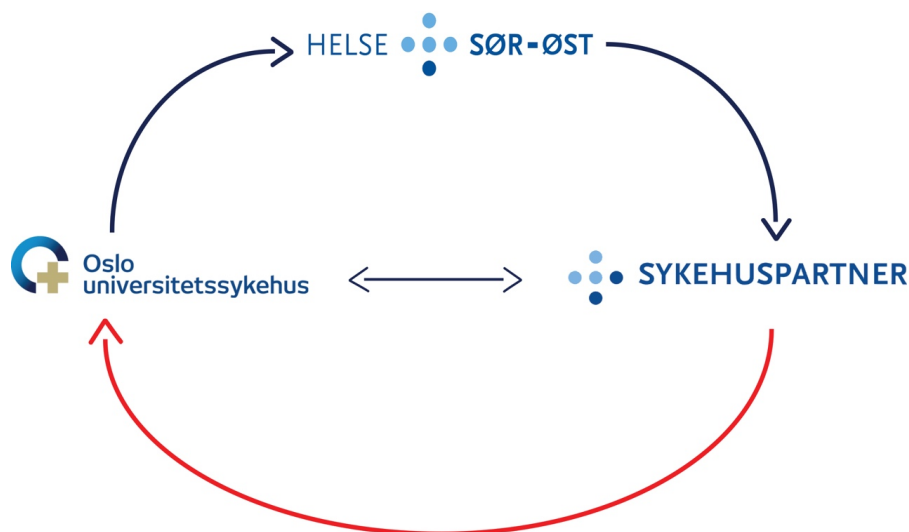
Utredningsgruppen foreslår i sin rapport å inkludere teknologiske konsekvensanalyser tidligere i endringsprosessen. Det er flere årsaker bak, men et hovedpoeng er at ønskede endringer blir stoppet etter at prosessen er igangsatt. Det er bred enighet om at dette er en dyr og lite effektiv måte å kjøre endringsprosesser på. Samkjøring med interne og eksterne fagmiljø er avgjørende når endringer ikke utspiller seg i vakuum, men påvirker nesten alle deler av OUS. Sykehuspartner bør derfor inkluderes tidlig i prosessen for alle spørsmål knyttet til IKT.

Endringer som avhenger av Sykehuspartner og som ikke er toppstyrte, ser ut til å ha to ting til felles: de prises høyt og tar lang tid. Det samme gjelder tjenester som best kan beskrives som utvidet kundeservice, slik som problemer av et visst omfang eller problemer som involverer mer enn bare teknisk kompetanse. Prissetting av tjenester fremstår for flere av informantene som tilfeldig og uforholdsmessig. Det er mulig prisene gjenspeiler faktiske kostnader, men dette fremstår ikke umiddelbart klart for brukerne. Muligens bør Sykehuspartners prissettings-modeller endres slik at prisene representerer, eller i det minste oppleves som å representere, faktiske kostnader.

Tidsaspektet, fra forespørsel til gjennomføring, oppfattes som en enda større praktisk utfordring. Utsagn som at “det tar årevis” og “SP er trege, så ting hoper seg opp” synes beskrivende for informantens oppfatning. De endringene som foretas har ofte feil og mangler som gjør at prosessene tar lengre tid. For enkle oppgaver ser man seg tjent med å gjøre ting selv, i den grad det er mulig. Tidsaspektet oppleves som kanskje den største utfordringen for flere av informantene og vanskeliggjør effektive prosesser.

6.1.1.4 Organisasjonelle forhold

Hverken Sykehuspartner, OUS eller HSØ er samlokalisert, men inngår like fullt i et tett trepartsforhold, se figur 9. Dette er ikke nødvendigvis en utfordring i seg selv, men potensielt svært uheldig om enhetene ikke fungerer i et samspill og ikke koordineres. En informant mener at HSØ ikke klarer å styre Sykehuspartner og at foretaket opptrer som en monopolinstitusjon. En annen stiller seg undrende til om outsourcingen var en god idé. Andre mener dette samspillet er avhengig av at HSØ gir Sykehuspartner nødvendige føringer, noe som ikke alltid gis. Det kan altså virke som at trepartsforholdet ikke fungerer optimalt.



Figur 9: Samspillet mellom trepartsforholdet Helse Sør-Øst, OUS og Sykehuspartner.

OUS og Sykehuspartner koordinerer seg i mellom, men større endringer må komme i form av føringer fra HSØ. Foretakene skal være spesialiserte, men sammen utgjøre en fleksibel enhet. I praksis oppleves foretakene som separerte, tidvis som siloer, og forholder seg til egne mål og leveransekrav uten nødvendig samkjøring. Hver av de blå pilene illustrerer et oppfattet tap og/eller en forsinkelse som akkumuleres i leveransen til OUS. Sluttleveransen markert med rød pil samsvarer ofte ikke med behovene sendt fra OUS, hverken i tidsbruk, pris eller kvalitet. Nærhet til oppgaver føles fraværende og svekkes for hvert ledd i kjeden. Delingen og avstand mellom sykehus, HSØ og Sykehuspartner har også en annen side i at mengden byråkrati beskrives som økende. Såkalte endringsmeldinger og skriftlig kommunikasjon er forsinkende og beskrives som tidstyver uten særlig praktisk nytte. Det oppleves i stedet som en konsekvens av avstanden mellom foretakene.

I rapporten til utredningsgruppen anbefales følgende: “En mer hensiktsmessig arbeidsdeling mellom OSS og Sykehuspartner, der OSS tar en større del av oppgavene som OSS i dag likevel må gjøre de forberedende arbeidene til, vil også kunne øke effektiviteten og tidsbruken i iverksetting av organisasjonsendringer” (2018b, 78). Basert på våre funn støtter vi utredningsgruppens anbefaling knyttet til dette punktet.

6.1.1.5 Sykehuspartner som et resultat av NPM

Helse Sør-Øst og følgelig Sykehuspartner kan forstås i rammene av New Public Management (NPM). Etter klassisk NPM-doktrine er det ikke hensiktsmessig med store enhetlige forvaltningsorgan, men snarere flere mindre og spesialiserte. Et resultat har vært flere løsevede og autonome enheter, slik som Sykehuspartner. Foretakets organisasjonsmodell kan også beskrives som et resultat av «within government» tankegang der offentlige foretak inngår kontrakter seg i mellom om kjøp og salg av tjenester som i et intern marked (Thynne 2000, 233).

I frie markeder er monopolsituasjoner uønsket da de fjerner mekanismene som gjør markedet funksjonelt. Monopolinstitusjoner er imidlertid ikke et ukjent fenomen, og i noen tilfeller er det villet politikk å etablere foretak med enerett slik som Vinmonopolet. Det fordrer imidlertid at de potensielt negative sidene kontrolleres for ved regulering, et ansvar som naturligvis faller på HSØ som øverste foretak. Noen av våre informanter beskriver denne

reguleringen som manglende, andre som nær fraværende. De har ingen leverandør å bytte til om det ikke leveres som det skal, og derfor ingen kortsiktige pressmidler.

Thynnes styringsmatrise (figur 4) trekker frem noen typiske negative effekter som kan fremkomme av autonome, fristilte forvaltningsorgan lik Sykehuspartner. Særlig interessant er siloeffekter og manglende koordinasjon, som er to gjennomgående funn i våre analyser. Videre forstås “Policy creep” som effekten av at instruksjoner og korrigeringer øker i mengde og størrelse til det punkt at de blir umulige å håndtere, noe vi også finner støtte for. Et økt behov for spesifikke instruksjoner i gjennomføringen av oppgaver er paradoksalt nok det motsatte av hva NPM-doktrinen skal oppnå, og er i seg selv en klar indikasjon på at organiseringen ikke fungerer som tiltenkt.

Det er flere indikasjoner på at Sykehuspartner er skrankesettende. Samspillet mellom Sykehuspartner og OUS er preget av et ujevnt maktforhold og manglende forståelse for hverandre. OUS og Sykehuspartner må sikre et godt samarbeid slik at foretaket effektivt inkluderes på alle trinn i prosessforløpet. Videre fremstår kontrollen fra HSØ som svak. I en monopolsituasjon lik den Sykehuspartner har, vil en viss kontroll og overordnet koordinering være nødvendig. Uten denne kontrollen, og i lys av diskusjonen over, er det nærliggende å se Sykehuspartner som en begrensende faktor i endringsprosesser.

6.1.2 Teknologiske faktorer

Funnene våre viser at teknologien trolig har påvirket prosessforløpet til organisasjonsendringer på en negativ måte. Prosessen oppfattes som tidkrevende (mer enn tidligere), mer kompleks og mindre fleksibel. Det er flere årsaker til dette og vi går nærmere inn på hvilke muligheter og begrensninger DIPS har skapt knyttet til organisasjonsløsninger senere.

6.1.2.1 Avhengigheter, integrasjoner og uklart mulighetsrom

Organisasjonsoppsettet i DIPS er viktig og brukes til flere formål; pasientadministrativ knytning til medisinskfaglige problemstillinger, integrasjoner med 3. parts systemer, ressursutnyttelse, tilgangsstyring, rapportering og økonomioppfølging (OUS 2018b, 43). Som tidligere nevnt, lar imidlertid ikke alle organisasjonsløsninger seg representere strukturelt i de tekniske systemene. Dette gjør at OUS praktisk talt ikke kan velge hvilken som helst organisasjonsløsning uten å vite at det vil la seg gjøre teknologisk sett. Flere informanter påpeker i denne sammenheng at det er uklart hvilket mulighetsrom som finnes og at

Sykehuspartner må involveres for å sikrestille at man ikke gjennomfører endringer som skaper kjedereaksjoner med uheldige konsekvenser i andre systemer. DIPS har dessuten mange avhengigheter og integrasjoner (OUS 2018b), noe som også kan være en utfordring i seg selv. Siden organisasjonsoppsettet i DIPS er viktig for eksempelvis tilgangsstyring og rapportering, er det svært viktig at oppsettet er oppdatert og korrekt. Avhengighetene og integrasjonene er faktorer som ser ut til å gjøre prosessforløpet mer komplekst og langsomt, da det må vurderes hvilke konsekvenser en endring i DIPS eller i et annet teknisk system, kan få i de andre systemene.

6.1.2.2 Kunnskap og ressurser

Kunnskap og ressurser knyttet til IKT og DIPS har blitt trukket frem som flaskehalser i OUS. Dette er noe vi antar kan påvirke prosessforløpets faser. Når endringsforslag skal utredes er det essensielt med riktig kunnskap og nok ressurser for å vurdere forslag tilstrekkelig, eksempelvis når det kommer til konsekvensanalyser. Når det gjelder en implementeringsfase er det også viktig at både kunnskap og ressurser er tilgjengelig. Flere informanter påpeker at IKT-funksjonen ved OUS burde vært bedre organisert og koordinert. Mangel på lokal støtte knyttet til IKT-systemene kan tenkes å gjøre endringsprosesser ekstra utfordrende. OUS påpeker dette selv, og poengterer at dagens ressursituasjon kan føre til at organisasjonsendringer stopper helt opp som følge av at det er fravær av nøkkelpersoner. Dette kan videre føre til at organisering som virkemiddel blir brukt mindre enn det burde fordi klinikkene blir skremt av erfaringen med treghet i iverksettingsfasen (OUS 2018b, 58).

6.1.2.3 Trekk ved teknologien

I tillegg til disse lokale forholdene ved OUS er det trekk ved teknologien som kan påvirke prosessforløpet. Sykehussektoren har tradisjonelt vært preget av silo-problematikk, noe som kan skape økt kompleksitet både tidlig i prosessforløpet når man skal kartlegge muligheter, men også i implementeringsfasen når man ønsker å innføre ny teknologi som skal integreres med det øvrige systemlandskapet. Dette kommer vi tilbake til under problemstilling 2.

6.1.3 Organisasjonsendringer

Når det gjelder organisasjonsendringer var det stor enighet blant informantene om OUS sine utfordringer. I denne delen vil vi fokusere på involveringsgrad og mange interessenter, endring som personalpolitikk, og konsekvensanalyse.

6.1.3.1 Høy involveringsgrad og mange interessenter

De ansattes medbestemmelsesrett er nedfelt i lovverket, og i aml § 4-2 første ledd står det at de ansatte skal få kontinuerlig informasjon om systemer som påvirker arbeidet deres, og ha medvirkning ved utformingen av dem (Arbeidsmiljøloven, 2005). I tredje ledd står det videre at arbeidsgiver skal sørge for å gi de ansatte informasjon, medvirkning og kompetanseutvikling i endringsprosesser som har betydning for den ansattes stilling. Jacobsen støtter dette og mener høy grad av involvering kan skape større oppslutning blant de ansatte i endringsprosesser (2012,177). Ser vi på medbestemmelsesretten i OUS, følger de tilsynelatende lovverket og Jacobsen sine anbefalinger. Informantene sier det er mange interessenter og høy grad av involvering. Samtidig blir ikke dette omtalt som utelukkende positivt, og flere mener at involveringsgraden er for høy. Dette fordi de involverte har mange ulike meninger som blir tatt hensyn til, og på sikt gjør endringsprosessene tregere. I tillegg er det mange interessenter som skal involveres, noe som i seg selv tar tid. Derfor kan det diskuteres om OUS involverer for mange interessenter i endringsprosessene, og om de involverte har fått for mye makt og medbestemmelsesrett. Forskerne Meyer og Stensaker støtter dette, og mener at en endringsprosess krever selektiv involvering av ledere og medarbeidere (Folkestad, 2007). Det handler om å være mer kritisk til hvem som blir involvert, og de sier informasjonsdeling kan erstatte medvirkning i flere tilfeller. Om færre ved OUS blir involvert i endringene slik de blir i dag, kan det potensielt føre til færre diskusjoner og mindre motstand mot endring.

Med det sagt kan vi anta at flere av dagens interessenter med sine sterke maktposisjoner i OUS, vil ytre sine meninger uavhengig om de har en formell medvirkning i prosessen eller ikke. En mulig løsning kan være at ledelsen må sette opp noen klare retningslinjer og rammer for endringsprosessen, og stå ved sine avgjørelser til tross for mye motstand. Dette kan på sikt gjøre det lettere å drifte organisasjonen samtidig som endringene pågår, og bidra til at endringsprosessene går raskere (Folkestad, 2007). En annen løsning kan være å tenke mer strategisk med tanke på involveringen. Slik det fremstår fra intervjuene er det hovedsakelig ledere på nivå 2 og 3 som initierer til endringsarbeid, og informantene savner konsekvensanalyser. Selv om de ansatte opplever høy grad av involvering, kan det være de ikke blir involvert på et hensiktsmessig sted i prosessen. Et mulig tiltak kan dermed være å involvere ledere og medarbeidere fra flere nivåer i hele prosessen, og da spesielt i analysearbeidet i forkant (Jacobsen 2012, 170). Slik får de delt meningene sine, og får samtidig en reell medvirkning på endringsprosessen. Da vil de potensielt gi mer støtte til

toppleddelsen sine avgjørelser. I en stor, kompleks og hierarkisk organisasjon som OUS kan dette tiltaket virke vanskelig å gjennomføre. Da er det imidlertid viktig å velge ledere og medarbeidere som fungerer som gode representanter for resten av de ansatte, og som har deres tillit til at det som blir besluttet er i beste interesse for alle. På denne måten kan OUS fremdeles sikre høy grad av involvering og forhåpentligvis større oppslutning rundt endringene.

6.1.3.2 Endring som personalpolitikk og konfliktløsning

OUS gjennomfører mange endringer i løpet av et år, hvor flere er hensiktsmessige og blir sett på som nødvendige. Det er imidlertid flere informanter som mener at det i tillegg til de nødvendige endringene, blir gjennomført flere unødvendige endringer. Der blir beslutningen om å endre tatt på feil grunnlag. Flere nevner at det ofte ikke er et reelt behov for å endre, mens andre sier indirekte og direkte at endring blir brukt for å løse personalkonflikter. I følge informantene er det spesielt ”småkongene” og ”høvdingene”, også kalt lederne, som kommer i konflikt med hverandre. Om vi ser tilbake på konfliktrappen, kan denne relateres til situasjonen hos OUS. Med tanke på vår mangel på detaljer og forhistorie rundt konfliktene, er det vanskelig å si hvor høyt konflikten har eskalert. Det er imidlertid informanter som hevder avdelinger har blitt delt i to, og at enkeltledere har blitt flyttet fordi partene ikke kan jobbe sammen lenger. I disse tilfellene kan vi anta konflikten har nådd trinn 4 hvor partene unngår å prate sammen. Det kan også være at konfliktene eskaleres til høyere trinn, men at dette foregår mer subtilt fordi de ønsker å opptre profesjonelt overfor hverandre og på arbeidsplassen. Med det sagt kan det være at arbeidsgiver ikke lar konflikten eskalere så høyt opp i trappen fordi de omorganiserer i stedet. På den måten unngår de mye av problematikken, og bringer potensielt konflikten ned igjen til de laveste trinnene.

At konflikter blir løst på denne måten er relativt alvorlige påstander, men vi vil likevel fremheve at det kan være et reelt problem når det er synlig for over halvparten av informantene. Med tanke på hvor mye makt ulike grupper i OUS har i endringsprosessene, er heller ikke disse funnene særlig overraskende. Det kan være at OUS gir de nevnte lederne mye autonomi og makt i forhold til endringsprosessene fordi de ikke føler de har et reelt valg. Om OUS ikke gir lederne denne makten kan det være de ikke trives og slutter i jobben sin, noe som kanskje har større konsekvenser for OUS, enn om de gjennomfører noen ekstra omorganiseringer. Til tross for dette kan det være nyttig med en ytterligere vurdering av om endringene ledere ønsker å gjennomføre i fremtiden, virkelig er nødvendige. I denne

vurderingen burde de samtidig se på om ønsket utfall av endringen kan oppnås på andre måter. Både i forhold til denne vurderingen, men også generelt på OUS, kan det være lurt å jobbe med å løse konflikter på andre måter, og prioritere mer samarbeid og samhold blant de ansatte fremover.

6.1.3.3 Konsekvensanalyse – utredningsgruppens anbefalinger

Blant flere utfordringer informantene var opptatt av, var de manglende teknologiske konsekvensanalysene av endringsprosessene et av de mest nevnte temaene. Informantene mener endringsprosessene har blitt tregere og at det har oppstått mye unødvendige problemer fordi dette ikke har blitt gjort. Grundige konsekvensanalyser blir også trukket frem som et suksesskriterium i Difi sin rapport om endringsprosesser i offentlige sektor (2014, 46). I rapporten legger de spesielt fokus på at analysene må inkludere økonomiske konsekvenser, kompleksiteten i endringene, planlegging og tidsperspektiv og grundige vurderinger av kompetanse- og ressursbehov (Difi 2014, 47-48). OUS sin utredningsgruppe har imidlertid forsøkt å utbedre mangelen på analysearbeid i rapporten sin. Der anbefaler de nye rutiner for endringsarbeid ved OUS fremover. Flere av de organisatoriske og tekniske utfordringene som blir nevnt i funnene våre, har også blitt fremhevet i rapporten. Utredningsgruppen har kommet med forslag på flere av områdene, og har blant annet trukket frem at behovet for endring må være reelt: ”Det er ikke gitt at en omorganisering vil løse behovet eller utfordringene, men at andre typer endringstiltak kan være mer hensiktsmessige i det aktuelle tilfellet” (OUS 2018b, 73-74). I endringsprosessens utredningsfase anbefaler de at det skal fremstilles en rapport med ”beskrivelser av nåsituasjon, formål med eventuelle endringer, alternative organisasjonsmodeller, konsekvenser av modellene, vurderinger og anbefalinger”. Rapporten skal i tillegg kvalitetssikres av Fullmaktsgruppen opp mot retningslinjer for fullmakter (OUS 2018b, 75). En ytterligere anbefaling med tanke på analysearbeid er at prosessen blir lagt opp slik at ”praktiske og tekniske konsekvenser ved valgt organisasjonsmodell så langt som mulig er kjent for beslutningstagere før vedtak skal gjøres” (OUS 2018b, 79). Ut i fra informantene sine ønsker fremstår dette som både relevante, og tilfredsstillende anbefalinger. Vi opplever imidlertid at deres anbefalinger knyttet til konsekvensanalyser fremstår som noe todelt mellom det teknologiske og organisatoriske, og sammenhengen mellom de to faktorene kunne blitt tydeligere fremhevet. Videre er det konkrete analysearbeidet beskrevet noe generelt enkelte steder, som ”praktiske og tekniske konsekvenser”, og vi ønsker flere detaljerte beskrivelser slik at det er tydeligere for lederne hvordan de skal gå frem. Noe som heller ikke kommer tydelig frem er analyse av økonomiske

konsekvenser, tidsperspektivet og kompetansebehovet i de enkelte endringene. Dette er faktorer som blir beskrevet som problematisk fra enkelte informanter, og er i tillegg fremhevet i Difi sin rapport. Derfor kan det vært nyttig å inkludere dette som en del av prosessen. Selv om det er flere forbedringsområder, vil vi likevel fremheve at de nye retningslinjene i rapporten gir et mye bedre utgangspunkt for endringsprosessene sammenlignet med tidligere.

6.1.4 Makt- og aktørperspektivet

OUS består av et enormt nettverk av aktører på forskjellige nivåer spredt over mange lokasjoner. Aktører har makt og vil fungere som premissgivere i alt fra endringsprosesser til organiseringen i seg selv. Flere av informantene fra administrasjonen (herunder policy-utformerne og IKT-forvalterne), påpekte at det eksisterer betydelig makt i OUS som baserer seg på medisinskfaglig bakgrunn og kompetanse. Dette gjør at OUS skiller seg fra det maktperspektivet som finnes i virksomheter som ikke opererer med like sterke fagprofesjoner, der makt i større grad baserer seg på tradisjonell hierarkisk ledelse. Våre intervjuer tyder på at medisinskfaglig kompetanse gir autoritet, da aktørene som besitter denne kompetansen blir respektert av arbeidsstokken. Dette er også noe som kommer frem i en studie gjort av Spehar, Frich og Kjekshus (2015). I denne studien ble det understreket av legene at klinisk arbeid var en måte å få legitimitet på, og respekt fra medisinske kolleger. Gjeldende aktører vil også ha mye makt fordi de besitter verdifull kompetanse som er vanskelig å erstatte. Slike individuelle trekk vil kunne være en viktig maktbase. De fleste vil opptre ulikt overfor en person som går for å være kunnskapsrik eller mektig, i forhold til en som sies å ha særlig makt (Jacobsen og Thorsvik 2016). Våre funn indikerer at det eksisterer tunge fagmessige forankringer og at det forekommer motstand mot endring fra viktige fagpersoner i OUS. Aktører er særlig relevant å kartlegge ettersom de antas å sette skranker både bevisst og ubevisst. Det kan påstås at det kan forekomme ulike logikker og tilnæringsmåter på områdene teknologi og organisering ut i fra ulike aktørers plassering og oppgaver i organisasjonen. Det interessante her er konsekvensene dette kan ha for organisasjonsendringene.

Flere av svarene i intervjuene antyder at medisinskfaglig personell har sterke formeninger om hvordan organiseringen bør være, særlig når det kommer til egen klinikk, avdeling eller seksjon. I administrasjonen hevdes det at det blir tatt for mye hensyn til kliniske ledere, mens de kliniske lederne mener selv de har den beste løsningen fordi de er tette på pasientene.

Mo (2006) intervjuet norske leger i lederposisjoner og fant ut at mange leger mener at andre fagfolk ikke har den ekspertisen som er nødvendig for å lede en klinisk avdeling (gjengitt i Spehar og Kjekshus 2012).

Kjekshus (2006) har skrevet en anmeldelse av boken "Physicians as leaders" til W. Richard Scott (2006). Scott skriver om utviklingen i helsesektoren der antallet leger i lederposisjoner faller. Videre påpeker han at leger foretrekker å kunne bruke mesteparten av arbeidstiden til pasientrettet arbeid og medisinsk forskning, og dermed ikke ønsker å være fulltidsledere. Kan dette være en indikasjon på at leger ikke vier like mye tid til de organisatoriske spørsmålene, sammenlignet med ledere med organisasjons-/ledelsesfaglig bakgrunn? Kan det da også være at deres beslutninger og ønsker som angår organisasjonsløsninger ikke nødvendigvis er optimalt vurdert? Studier tyder også på at leger ser ut til å beholde en klinisk tankegang selv etter at de har fått lederansvar (Spehar, Frich og Kjekshus 2015). Det ble fra en policy-utformer sagt i et intervju at ledelse ikke blir respektert som eget fagområde. En kan spørre seg om de formelle beslutningstakerne har den makten de burde ha. Det nevnes av flere policy-utformere og IKT-forvaltere at kliniske ledere har gode innspill til endringer som gjelder egen arbeidsplass. Likevel har ikke alltid de kliniske lederne et helhetlig bilde av OUS, og kan ha et begrenset syn knyttet til endringer som berører organisasjonen i sin helhet. Her vil trolig administrasjonen ha bedre oversikt; med andre ord foreligger det forskjellige perspektiver lokalt og helhetlig.

Samtidig går stadig mer av legenes tid til andre oppgaver enn det som innebærer direkte kontakt med pasientene og mer tid til skjermarbeid (Light 2003; Aaland 2001, gjengitt i Lotherington og Obstfelder 2015). De siste årene har det vært et økende krav om dokumentering av medisinsk arbeid og en gradvis reduksjon av medisinsk autoritet i driften av sykehus. Selv om våre funn antyder at ansatte med medisinsk faglig kompetanse har mye makt og er sterke aktører i OUS, så viser forskning at en bedriftsøkonomisk logikk delvis tar over for den medisinske logikken som tradisjonelt har dominert helsesektoren (Clarke, Gewirtz og McLaughlin 2000, gjengitt i Lotherington og Obstfelder 2015).

6.1.4.1 Riktig bruk av EPJ

Funnene våre viser at det er en viss frustrasjon blant systemforvalterne i OUS som går ut på at brukerne mangler forståelse for hvordan IKT-systemene (DIPS) fungerer. Funnene våre kan underbygges av Lotherington og Obstfelder (2015) som sammenligner problematikken

med EPJ. De skriver at for å unngå feil og sikre informasjonsflyt må brukerne anvende EPJ konsistent. Videre skriver de at systemforvalterne utvikler prosedyrer som skal sikre dette, men at det er utfordringer med å få legene til å følge prosedyrene. Våre funn viser at viljen til å sette seg inn i DIPS er delt. At for eksempel eldre overleger viser lite interesse for å sette seg inn i IKT-systemer kan begrunnes i at de har utviklet sin faglige kompetanse og integritet i en annen tid. Når noen brukere motsetter seg å følge de nye prosedyrene som systemforvalterne har utviklet, kan det oppfattes som et forsøk på å bevare en tradisjonell legeidentitet der autonomien står sterkt i sykehushierarkiet. Digitaliseringen kan videre sies å ha ført til at legene kan få en opplevelse av at autonomien har blitt svekket (Lotherington og Obstfelder 2015).

Flere informanter mener at DIPS ikke er tilpasset den komplekse og store organisasjonen som OUS er. Funnene våre viser at OUS ønsker å ha større innflytelse på systemene og utvikle de i henhold til egne behov. I Lotherington og Obstfelder (2015) presiserer de at endringer i én del av et system får konsekvenser for helheten og må derfor kontrolleres og tilpasses, hvilket betyr at ikke hvem som helst kan gjøre som de ønsker i systemene. Det kreves at noen har oversikt og kontroll over både deler og helheten, og arbeidet med IKT-systemer involverer mange aktører, både menneskelige og ikke-menneskelige. Dette viser viktigheten av at beslutninger som angår IKT-systemer blir tatt på bakgrunn av riktig kompetanse.

6.1.4.2 Anerkjennelse alle aktører

Noe som kan trekkes ut av intervjuene er at informanter fra klinikkene opplever at direktørens stab/policy-utformerne ikke har nok forståelse for DIPS. På en annen side nevner informanter fra direktørens stab at klinikkene blir for mye involvert i enkelte endringsprosesser. IKT-forvalterne mener på sin side at klinikkene har for lite forståelse for DIPS, mangler forståelse for hvor komplekst systemet er og hvilke konsekvenser endringer i organisasjonsstrukturen har for samkjøringen i IKT-systemene. Dette viser en tydelig skillelinje blant de ulike aktørene. I tillegg til de ulike aktørene internt i OUS, er også Sykehuspartner og HSØ egne aktører som også har stor påvirkning på samspillet aktørene i mellom. Anerkjennelse av IKT som egen aktør er hensiktsmessig, da også ikke-menneskelige aktører slik som IKT-systemer, viser seg å ha en innvirkning på organisasjoner som beskrevet i ANT (Law 2007, 2). IKT må anerkjennes som egen aktør fordi den på linje med andre aktører kan sette begrensninger eller åpne for muligheter. Dersom det foreligger så ulike virkelighetsoppfatninger om organisasjonsendringer mellom aktørene som funnene våre

antyder, kan dette bidra til å forklare hvorfor organisasjonsendringer tar tid, er uoversiktlige, og hvorfor ansvarsfordelingen og beslutningsmyndigheten oppleves som uklar. En bevissthet og anerkjennelse rundt disse skillelinjene blant aktørene kan også gjøre organisasjonsendringer lettere i fremtiden.

6.1.5 Oppsummering av problemstilling 1

Over har vi presentert funn og gjennomgått de mest sentrale institusjonelle og teknologiske faktorene som påvirker prosessforløpet. Selv om disse faktorene har stor påvirkning hver for seg, finner vi samtidig at samspillet mellom alle faktorene påvirker prosessforløpet. OUS skiller seg organisatorisk fra andre sykehus hva gjelder størrelsen og den geografiske spredningen av enhetene. Lokale hensyn blir tidvis vektet tyngre enn hensyn til helheten. Endring har blitt benyttet som verktøy i personalpolitikken, og det eksisterer uformelle maktstrukturer og endringsforløp. Motsetningsvis kjennetegnes endringsprosesser ved høy involveringsgrad og mange interessenter. DIPS inngår i et samspill med mange systemer og både organisatoriske og teknologiske endringer påvirker potensielt disse systemene. Avhengighetene mellom systemene, og hensyn til personvern kompliserer og begrenser det organisatoriske mulighetsrommet. DIPS driftes av Sykehuspartner og samarbeidet mellom foretakene oppleves som utfordrende. Utfordringene tilskrives i noe grad samarbeidsmodellen mellom foretakene, og manglende evne til kontroll og samkjøring fra HSØ. Vellykkede prosessforløp vil avhenge av at samspillet mellom systemer og brukere på tvers av nivåer og lokasjoner ivaretas.

6.2 Problemstilling 2

Hvilke muligheter og begrensinger finnes det ved utforming av organisasjonsløsninger for klinisk virksomhet etter innføringen av DIPS?

Funnene indikerer at DIPS har medført både muligheter og begrensinger knyttet til utforming av organisasjonsløsninger. Dette blir diskutert videre med utgangspunkt i funnene fra innsamlet data, og relevant teori og empiri.

Muligheter	Begrensninger
- Mer helhetlige organisasjonsløsninger som gir mulighet for mer samarbeid på tvers.	- Organisasjonens mange nivåer lar seg ikke representere i DIPS. Dette fører til at ikke alle endringer lar seg gjennomføre i systemene.
- Større grad av standardisering og integrering.	- Det er ressurskrevende og OUS er avhengig av Sykehuspartner for å endre, noe som gjør prosessen mer tidkrevende.

6.2.1 Muligheter

DIPS har ført til at OUS sine enheter (tidligere ulike sykehus) har fått en felles elektronisk pasientjournal. Dette kan ses på som et steg mot en mer integrert virksomhet, som knytter organisatoriske enheter sammen gjennom delt data (Ross et al., 2006, 26.) I teorien kan dette føre til bedre informasjon og service ut til pasientene. Dette har også muliggjort et mer helhetlig sykehus med informasjonsflyt på tvers til tross for geografisk oppdeling. Dermed kan det diskuteres om et felles og integrert datasystem teoretisk sett bidrar til flere mulige organisasjonsløsninger. Dette er likevel ikke hva som ser ut til å ha gjort seg gjeldende i praksis.

Ross et al. (2006, 4) påpeker at det å digitalisere kjerneprosesser paradoksalt gjør individuelle prosesser mindre fleksible, selv om det gjør virksomheten mer agil. I denne sammenheng eksemplifiserer Ross et al. hva de mener ved å vise til en atlet. En atlet har muskler, reflekser og ferdigheter som ikke er lette å endre. Likevel vil kapasiteten gi atleter en unik evne til å reagere og improvisere på innovative måter i deres valgte sport (Ross et al., 2006, 4-5). Overført til OUS kan dette bety at digitaliserte prosesser kan gjøre enkeltprosesser mer rigide.

På et overordnet nivå kan det likevel lønne seg ved at det gir bedre informasjon og større mulighet til å være innovative.

Til tross for at en samlet og mer helhetlig organisasjonsløsning strukturelt sett muliggjør større grad av standardisering og integrasjon, kan dette være utfordrende. Ved integrasjonsprosesser må organisasjonen utvikle standarddefinisjoner og bli enige om format, noe enkelte informanter har påpekt at OUS ikke er konsekvent med knyttet til Forvaltningsløsningen. Dette er en mulig svakhet fordi den fungerer som master og er viktig for andre tekniske systemer. Videre er ikke Forvaltningsløsningen konsekvent på de ulike nivåene, slik at de ulike klinikkene har noe ulikt oppsett. ”[...] det er en del sånne ting som stanser en eventuell effektivisering inn mot kliniske systemer i forhold til Forvaltningsløsningen” (Informant 8). Selv om standardisering er ønskelig, kan det være vanskelig når avdelingene i et sykehus er såpass forskjellige, og særlig på et stort sykehus som OUS, der lokale forhold må balanseres opp mot standardisering. Ross et. al (2006, 27) påpeker at standardisering kan gå på bekostning av lokal innovasjon. Som en informant påpeker, ønsker også klinikkene autonomi og det kan virke som man vegrer seg for å gå inn å overstyre dette. I slik sammenheng bør det diskuteres hvorvidt standardisering kan gi større fordeler knyttet til enklere oppsett i systemene versus hensyn til autonome klinikker og hensyn til innovasjon.

Bygstad og Hanseth (2016) anbefaler å differensiere mellom stabile og ustabile elementer av infrastrukturen. Organisasjonen bør tilstrebe å standardisere de mest stabile elementene, se tabellen i figur 10. Dette taler for at DIPS bør standardiseres, mens andre mindre stabile elementer bør håndteres annerledes. Det må også vurderes om stor grad av integrasjon er ønskelig da det skaper gjensidige avhengigheter, og kan føre til at endring på et sted automatisk påvirker og skaper endringer i andre integrerte systemer.

Grad av stabilitet	Eksempler	Anbefalinger
Mest stabil	Kjernejournal for pasienter	Standardiser
Middels stabil	Lab, radiologi	Standardiser sakte
Mindre stabil	Behandlinger, skjema, medisin	Lokale løsninger
Minst stabil	Logostikk, Lettvekts IT	Lokal innovasjon

Figur 10: Stabilitet i infrastrukturen. Kilde: Bygstad og Hanseth 2016, egen oversettelse.

6.2.2 utfordringer

Som nevnt lar ikke OUS sin organisasjonsstruktur seg representere i de tekniske systemene, deriblant DIPS. I henhold til dette kan det tenkes at DIPS enten må være mulig å tilpasse til et såpass stort sykehus, eller at OUS i større grad må tilpasse og forholde seg til rammene systemet setter for organiseringen. I denne sammenheng kan det vurderes om en tydeligere standardisering av kortkoder, attributter og nivåer kan gjøre situasjonen tydeligere og enklere fra OUS sin side. Det sistnevnte trekkes også frem av enkelte informanter. Det er kanskje en kombinasjon som må til; DIPS bør tilpasses, samtidig som OUS og eventuelt Sykehuspartner og HSØ bør skape best mulig grunnlag for interaksjon mellom systemene. Det kan også diskuteres om fleksibiliteten flere etterlyser fra teknologiske systemer, særlig DIPS, er mulig å tilstrebe. Flere informanter har omtalt DIPS som begrensende, stivt, rigid og lite fleksibelt. Teorien om tung og lett IT kan være med på å belyse hvorfor det er slik. Tungvekts IT er i større grad standardisert og mer kompleks sammenlignet med lettvekts IT som er mer eksperimentell og innovasjonsorientert (Bygstad og Iden, 2016). Tungvekts IT er i tillegg tregere og mindre agil enn digital IT og lettvekts IT (Horlach et al., 2016; Bygstad og Iden, 2016).

Helsesektoren er typisk preget av store, tunge IKT-systemer og DIPS er et eksempel på dette. Når DIPS i tillegg er implementert i et systemlandskap som fra før er svært komplekst med sine mange tusen systemer og integrasjoner, tilsier dette at DIPS vil kunne være tregt og rigid. Avhengighetsforholdet mellom OUS opp mot HSØ og Sykehuspartner hjelper heller ikke på dette. Således kreves det kanskje en bevisstgjøring om disse forholdene for at organisasjonen skal kunne tilpasse seg og være oppmerksom på bindingene teknologien medfører. Selv om teknologi skal være et hjelpemiddel, som det til dels har vist seg å være, vil det samtidig kunne oppleves som begrensende. Dette fordi teknologi er en aktør man må forholde seg til og som vil ha innvirkning på organisasjonen (Law 2007, 2). Imidlertid kan riktig håndtering av IKT i sykehus skape nye muligheter for bedre og innovative løsninger, noe vi vil belyse i kapitlet om sammenlignbar virksomhet.

Videre har det fremkommet mangler knyttet til kompetanse og kunnskap om DIPS i OUS. Dette gjelder blant annet at ikke alle har fått god nok opplæring i DIPS. Det ble også påpekt at såkalte feil de ansatte til tider melder inn, skyldes brukerfeil. Dersom brukerne ikke har nok kompetanse til å få maksimal nytte av DIPS, kan dette prege deres holdninger til hvordan DIPS fungerer. Situasjonen kunne muligens vært enklere hvis OUS hadde hatt kompetanse til

å gjennomføre endringer selv, i stedet for 1) at mulighetsrommet er uklart hvilket gjør at de må kontakte Sykehuspartner for å forsikre seg om at endringer ikke påvirker organisasjonsstrukturen på uheldig vis, og 2) at de tilrettelegger for arbeidet knyttet til endring, for deretter å vente på at Sykehuspartner utfører selve implementeringen. Ut fra dette kan man diskutere om sentraliseringen og oppgavefordelingen er hensiktsmessig, selv om det ville vært ressurskrevende å sikre in-house kompetanse på alle sykehus. Et alternativ kunne vært en differensiert modell basert på sykehusenes størrelse og kompetanse, der Sykehuspartner og HSØ sitt tilbud til sykehusene er mer tilpasset det enkelte sykehus.

I rapporten til utredningsgruppen anbefales følgende: “En mer hensiktsmessig arbeidsdeling mellom OSS og Sykehuspartner, der OSS tar en større del av oppgavene som OSS i dag likevel må gjøre de forberedende arbeidene til, vil også kunne øke effektiviteten og tidsbruken i iverksetting av organisasjonsendringer” (2018, 78). Basert på våre funn støtter vi utredningsgruppens anbefaling knyttet til dette punktet.

I dagens situasjon kan det diskuteres om sykehuset bruker organisering for lite som virkemiddel for å nå mål på grunn av redsel for lange og krevende endringer. Her kan det være relevant å se på kunnskap og arbeidsfordeling knyttet til organisasjonsløsninger. Dette påpekes også av utredningsgruppen (OUS 2018b, 58). Samtidig er det ikke et mål å endre bare for å endre. Dersom OUS vegrer seg for organisasjonsendringer bør de derfor sette fokus på andre muligheter til å forbedre organisasjonsløsningene. OUS kan for eksempel fokusere på mer institusjonelle faktorer. I tillegg blir organisasjonen tvunget til å tenke seg mer om før endringer gjennomføres. En informant trekker frem dette og sier at “[...] det blir en påminnelse til oss ledere og andre i systemet på at skal du gjøre strukturelle endringer, så skal du tenke deg godt om. Du skal ha et endringsbehov som er delt av mange og som er reelt” (Informant 7). Derfor bør endringene man faktisk velger å gjennomføre være mer overveid, noe som potensielt kan skape bedre organisasjonsløsninger.

I utredningsgruppens rapport fremkommer det tegn til at OUS ønsker å tilpasse seg bindingene DIPS har medført (2018b). Det påpekes blant annet at ”Organisering av enheter fra nivå 3 og nedover må være i samsvar med krav til bruk av digitale løsninger. For pasientjournal betyr det at ambisjonsnivået som er satt for bruk av DIPS i OUS, må følges ved ny organisering” (OUS 2018b, 67). Dette kommer også frem gjennom anbefalinger knyttet til å sikre organisering som legger til rette for effektiv logistikk og god bruk av DIPS.

I tillegg er tilgangsprinsipper og fullmakter fortsatt faktorer som påvirker og setter begrensinger for organisasjonsutformingen.

Når det gjelder tilgangsstyring påpekes det i rapporten at det er en utfordring for oppsett av tilganger hvis ansatte er løftet for høyt i strukturen, som for eksempel seksjon eller avdelingsnivå. Som følge av at pleiepersonell organiseres i egne seksjoner, vil de få tilgang på avdelingsnivå, noe som gir for omfattende tilganger i forhold til retningslinjene. Utredningsgruppen anbefaler derfor at tilgangsstyring bør inngå i designkriteriene for organisasjonsutforming og nytt N1 dokument (OUS 2018b, 65). Målet er at dette skal tilrettelegge for mer informerte beslutninger i forbindelse med organisasjonsendringer.

I etterkant av organisasjonsendringene har også fullmakter vist seg å være et problem når dette ikke har vært en del av vurderingsprosessen i forkant. Utredningsgruppen anbefaler derfor at fullmakter tas med i designkriteriene, i tillegg til at Koordineringsgruppen for fullmakter blir involvert i utredningsfasen (OUS 2018b, 65). Dette kan bidra til bedre konsekvensanalyser, men kan også sette begrensninger på mulighetsrommet for organisasjonsutforming. Vi i prosjektgruppen støtter likevel utredningsgruppens anbefalinger, da det fremstår som viktig og nødvendig å ta høyde for dagens tekniske løsninger ved organisasjonsendringer. Dette for å hindre uønskede feil som kan medføre store konsekvenser.

OUS (2018b, 42-43) påpeker også andre utfordringer knyttet til automatiske og manuelle oppdateringer. Ikke alle systemene oppdateres ved integrasjon, men ved manuelle prosesser, noe som skaper økt kompleksitet som følge av involvering og koordinering av flere aktører eller systemer. Koordineringen er svært viktig for å unngå at det går utover tilganger som i ytterste konsekvens kan påvirke pasientbehandling. DIPS er et eksempel på dette, da det ikke har automatisk oppdatering fra Forvaltningsløsningen, som gjør at alt arbeid med organisatoriske endringer må gjøres manuelt.

6.2.3 Sammenlignbar virksomhet – Sykehuset i Østfold

OUS har opplevd økt kompleksitet knyttet til valg av organisasjonsløsninger etter innføringen av DIPS. Det er derfor i OUS sin interesse å se hvordan en sammenlignbar virksomhet forholder seg til tunge datasystemer. Sykehuset i Østfold er nyetablert og stod ferdig i 2015. Dette sykehuset ble bygget fra scratch og er ikke like stort som OUS, men er i likhet med

OUS underlagt Helse Sør-Øst. Dermed er de også pålagt å bruke DIPS og andre tunge IKT-systemer. Sykehuset i Østfold er det eneste sykehuset i Norden som er på nest høyeste nivå på den anerkjente EMRAM-skalaen, som sier noe om modenheten til datasystemer i sykehus (Sykehuset i Østfold 2017). Sykehuset har hatt et stort fokus på å innføre teknologi som kan lette hverdagen for ansatte, samt øke sikkerheten for pasientene (Statsministerens kontor 2018). På bakgrunn av dette har vi valgt å bruke Sykehuset i Østfold som en sammenlignbar virksomhet. Videre vil vi belyse hvordan sykehuset har brukt innovativ teknologi for å organisere seg på en måte som er hensiktsmessig for pasienter og ansatte.

For å skape effektiviseringsgevinster og bedre pasientbehandling har Sykehuset i Østfold forsøkt å bruke nye og innovative løsninger som motvirker silo-problemet. Horlach et. al (2016) beskriver en metode for å ivareta både tradisjonell IT og tunge systemer, samtidig som digital IT og lettvekts IT. Med andre ord; det å håndtere både gammel og ny IT. Bygstad og Hanseth (2016) anbefaler også å differensiere mellom stabile og ustabile elementer av infrastrukturen, noe det ser det ut som Sykehuset i Østfold mestrer godt. De har nemlig klart å kombinere innovative IT-løsninger; lettvekts IT sammen med tunge IT-systemer. En av årsakene til dette er at lettvekts IT muliggjør løs kobling som sikrer smidighet og fleksibilitet. Løsningene har vist seg å være svært nyttige og har resultert i innovative verktøy som elektroniske tavler som støtter kliniske og logistiske prosesser, i tillegg til mobil teknologi i form av nettbrett og smarttelefoner (Bygstad og Iden 2016).

Bygstad og Hanseth (2016) anbefaler å differensiere mellom stabile og ustabile elementer i infrastrukturen. Et første steg er derfor å bli bevisst på hvilke elementer som er stabile og hvilke som ikke er det. Videre må man styre disse ulikt. Stabile elementer bør bli styrt ovenfra og ned, mens ustabile elementer bør utsettes for lokal innovasjon og desentralisert governance. I følge Bygstad og Hanseth (2016) må man ha en arkitektonisk tilnærming til governance. Arkitektur handler her om forholdet mellom komponenter i infrastrukturen. Tett koblede og integrerte systemer er vanskeligere å endre enn de som er løst koblet. Tett integrerte systemer vil således være stabile, som betyr at tett integrasjon er passende i situasjoner der systemer ikke må endres. Hvis et system må kunne endres, vil derimot løs kobling være bedre egnet (Bygstad og Hanseth 2016, 15). Denne balansen ser det ut som Sykehuset i Østfold har mestret ved å differensiere mellom systemene som er stabile og de som ikke er det, og de som må være fleksible. Resultatet har vært forbedret pasientlogistikk, som følge av visualisering, heller enn automatisering. De ulike aktørene i sykehuset er nå

utstyrt med nødvendig informasjon til rett tid (Bygstad et al. 2017).

Sykehuset i Østfold har vært i en spesiell kontekst fordi det er et helt nytt sykehus, og med noe autonomi fra den regionale infrastrukturen. Det er mulig at de tekniske løsningene ville vært mer utfordrende i et etablert og større sykehus som OUS, og det er ikke grunnlag for å hevde at lettvekts IT kan løse utfordringene med DIPS. Målet er imidlertid å vise hvordan andre forholder seg til tunge IKT-systemer og innovasjon. Forhåpentligvis kan OUS lære av et teknologisk modent sykehus, som sykehuset i Østfold. Bevisstgjøring om systemenes arkitektur kan imidlertid være viktig hvis man vil motvirke silo-problemer og legge til rette for innovative løsninger på lengre sikt. I tillegg belyser eksemplene fra Sykehuset i Østfold at man må differensiere mellom de tunge og stabile og de fleksible og innovative IKT-systemene basert på systemenes egenskaper. I arbeidet med å legge til rette for bedre pasientflyt og logistikk fremstår lettvekts IT som nyttig.

6.2.4 Oppsummering av problemstilling 2

Samlet sett er det flere faktorer som tyder på at innføringen av DIPS har skapt både muligheter og begrensninger knyttet til organisasjonsløsninger. Selv om vi har nevnt visse muligheter, har vi også belyst at praktisk gjennomføring er utfordrende. Situasjonen er kompleks og det er behov for større bevisstgjøring og arbeid med å optimalisere IKT i OUS. Dette har også OUS fokus på i dag ved å forbedre konsekvensanalyser og utredningsarbeid. Slik situasjonen er nå ser det imidlertid ut som at samspillet mellom brukerne ved OUS og teknologien er hovedutfordringen. Selv om Sykehuset i Østfold ikke har akkurat de samme utfordringene som OUS, er det nyttig å se hvordan de har forholdt seg til tungvekts IT, samt hvordan de har benyttet seg av innovative lettvektsløsninger for å forbedre pasientflyt og pasientlogistikk.

6.3 Begrensninger ved studien

En styrke og mulig begrensning ved studien er utvalget; det er en styrke at informantene kjenner til fagområdet vi stilte spørsmål om, men det kan samtidig være en begrensning at en stor andel av informantene jobber administrativt. Vi har undersøkt et svært komplekst område, og tidsaspektet har begrenset dybden i studien. Større kjennskap til de systemtekniske utfordringene kunne også styrket studien. I tillegg kunne det vært hensiktsmessig å studere flere sammenlignbare virksomheter grundigere. I videre forskning

kunne det derfor vært interessant å gå mer i dybden på hvert av temaene vi tar for oss, og/eller intervju flere aktører både i Helse Sør-Øst, DIPS og Sykehuspartner.

7.0 anbefalinger

I anbefalingene våre har vi valgt å skille mellom organisatoriske/institusjonelle og teknologiske anbefalinger, samt mellom kort og lang sikt. Enkelte tiltak vil imidlertid kunne plasseres i flere kategorier. Anbefalingene på kort sikt bør prioriteres og kan gjennomføres i nær fremtid, mens de på lang sikt krever fokus og arbeid over lengre tid.

Vår første kortsiktige organisatoriske anbefaling er å benytte en mer selektiv involvering i endringsprosessene, herunder videreutvikle en formell plan for ansvars- og rollefordeling i de ulike stegene i henhold til medbestemmelsesretten i lovverket. Målet med dette er å sikre at de ansatte som blir omfattet av organisasjonsendringer faktisk blir involvert i henhold til lovverket, men samtidig unngå å involvere flere enn nødvendig. I utformingen av denne planen burde OUS samtidig være bevisst de ulike skillelinjene blant aktørene, som påvirker tidsperspektivet i endringene. Utredningsgruppens anbefalinger knyttet til endringsprosessene er et godt utgangspunkt, men vi foreslår å videreutvikle disse tiltakene. Selektiv involvering kombinert med bevissthet om skillelinjene kan bidra til å gjøre endringsprosessene enda mer effektive, og forhåpentligvis redusere motstanden mot de kliniske endringene. Vår andre anbefaling er at OUS går i dialog med Helse Sør-Øst og Sykehuspartner om mulighetene for en mer hensiktsmessig ansvars- og arbeidsfordeling mellom seg og Sykehuspartner. Målet er å skape større myndighet og flere muligheter til å gjøre endringer i IKT-systemene for OUS, slik at denne delen av endringsprosessene går raskere.

De teknologiske anbefalingene på kort sikt er først og fremst å kartlegge hvilke muligheter som finnes for å forbedre DIPS knyttet til utfordringene med automatisering og organisasjonsrepresentasjon på OUS. Dette innebærer å undersøke muligheten for å konfigurere eller gjøre tekniske endringer i DIPS, slik at det i større grad blir tilpasset OUS som organisasjon. Det bør samtidig undersøkes hvorvidt DIPS Arena kan tilby forbedringer. I tillegg anbefaler vi at OUS informerer og setter fokus på både muligheter og begrensninger ved IKT-løsninger i forkant av, og underveis i endringsprosesser blant de ansatte. Formålet med dette er å øke kunnskap og forberede de ansatte på både de positive og negative

konsekvensene de nye løsningene medfører. På den måten vil forhåpentligvis de ansatte bli mer endringsvillige, og håndtere de teknologiske endringene bedre underveis og i ettertid.

De teknologiske endringene på lengre sikt handler om å kartlegge hvilke lettvekstløsninger som kan forbedre arbeidsflyt og pasientlogistikk, samt å implementere disse. Dette for å gjøre det lettere for de ansatte å håndtere de komplekse IKT-systemene, og potensielt bedre arbeidsflyten i hverdagen. På bakgrunn av dette er neste anbefaling at OUS ser på og lærer av andre sykehus sine tilnærminger til komplekse IKT-systemer, som for eksempel hvordan Sykehuset i Østfold benytter seg av ulike teknologiske lettvekstløsninger. I tillegg vil vi anbefale OUS å fokusere mer på samspillet mellom brukerne og teknologien ved å snakke om og lære av andre, og fokusere på dette i videre utredningsarbeid. Hensikten er å skape større bevissthet rundt samspillet, samt egenskaper og bindinger ved teknologien. Se oppsummering av anbefalingene i tabellen under.

Anbefalinger	Organisasjon	IKT
Kort sikt	<ul style="list-style-type: none"> - Benytte selektiv involvering i endringsprosessene, herunder videreutvikle en formell plan for ansvars- og rollefordeling i de ulike stegene i henhold til medbestemmelsesretten i lovverket. - Gå i dialog med HSØ og SP om mulighetene for en mer hensiktsmessig ansvars- og arbeidsfordeling mellom OUS og SP, herunder skrivetilgang. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kartlegge hvilke muligheter det er til å forbedre DIPS når det gjelder utfordringene med automatisering og organisasjonsrepresentasjon på OUS. - Informere og sette fokus på muligheter og begrensninger ved IKT-løsninger i forkant av og i endringsprosesser for å skape mer forståelse blant de ansatte.
Lang sikt	<ul style="list-style-type: none"> - Øke fokuset på samspillet mellom brukerne ved OUS og teknologien, ved å snakke om og lære av andre, og fokusere på dette i videre utredningsarbeid. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kartlegge hvilke teknologiske lettvekstløsninger som kan forbedre arbeidsflyt og pasientlogistikk, og implementere disse. - Undersøke og lære av andre sykehus sin tilnærming til komplekse IKT-systemer.

8.0 Konklusjon

OUS har gjennom dette samarbeidsprosjektet rettet fokus på et viktig og fremtidsrettet tema, med dagsaktuelle utfordringer knyttet til organisasjonsarbeid og IKT-systemer. Arbeidet med prosjektet har vært svært lærerikt og vi håper at rapporten vil være et nyttig bidrag i arbeidet OUS gjør for å forbedre sine endringsprosesser.

Vi har påpekt hvordan lokale faktorer ved OUS som regionale føringer, styringsmekanismer, tekniske systemer, prosesser og aktører påvirker endringsprosessene. Samspillet mellom brukerne og teknologien fremstår som hovedutfordringen. I tillegg har vi sett på hvilke muligheter og begrensninger som finnes knyttet til organisasjonsløsninger etter innføringen av DIPS. Selv om DIPS oppfattes som en begrensning av mange, har vi også påpekt fordeler ved situasjonen OUS står i nå. Vi har også vist til Sykehuset i Østfold og håper at OUS vil implementere og få nytte av lignende tekniske løsninger i fremtiden.

Etter å ha analysert situasjonen ved OUS, har vi kommet frem til flere anbefalinger som vi håper OUS vil ta tak i. Bevissthet knyttet til dagens situasjon står sentralt med tanke på hvilken rolle og påvirkning IKT har på organisasjonen. I tillegg er det behov for å tydeliggjøre fremgangsmåter og mulighetsrommet knyttet til endringsprosesser. I dette er prosessplaner, herunder involvering og videre kartleggingsarbeid viktig. Vi anbefaler OUS å fortsette arbeidet med å tilrettelegge for bedre konsekvensanalyser og å undersøke mulighetene for bedre arbeidsfordeling mellom OUS og SP.

9.0 Litteraturliste

- Arbeidsmiljøloven. *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. av 17. juni 2005 nr. 62.* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Bhatta, Gambhir. 2003. «Post-NPM Themes In Public Sector Governance». *Working Paper No.17*. State Services Commission, New Zealand: 1-15. <http://www.ssc.govt.nz>
- Bygstad, Bendik. 2010. "Generative mechanisms for innovation in information infrastructures." *Information and Organization* 20, no. 3-4: 156-168.
- Bygstad, Bendik, and Jon Iden. 2017. "A Governance Model for Managing Lightweight IT." In *World Conference on Information Systems and Technologies*, pp. 384-393. Springer, Cham.
- Bygstad, Bendik og Ole Hanseth. 2016. "Governing e-Health Infrastructures: Dealing with tensions". Thirty Seventh International Conference on Information Systems, Dublin.
- Bygstad, Bendik, Ole Hanseth, Anette Siebenherz og Egil Øvrelid. 2017. "Process innovation meets digital infrastructure in a high-tech hospital". Twenty-Fifth European Conference on Information Systems (ECIS), Guimarães, Portugal.
- Difi (Direktoratet for forvaltning og IKT). 2014. *Erfaringar frå endringsprosessar generelt, og involvering av brukarar og tilsette spesielt*. Oslo: Difi.
- DIPS. 2018. "Journalssystem i verdensklasse". Lest 13. feb. 2018: <https://www.dips.com/no/pasientjournal>
- Folkestad, Sigrid. 2008. "For mye inkludering". *NHH Bulletin*, 18.juni 2007. (Lest 17. April 2018). <https://www.nhh.no/nhh-bulletin/artikkelarkiv/eldre-saker/2007/juni/for-mye-inkludering/>
- Hellevik, Ottar. 2011. *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- HSØ (Helse Sør-Øst). 2018. Lest 05. apr. 2018 <https://www.helse-sorost.no/om-oss>
- Hennestad, Bjørn W., Øivind Revang og Fred H. Strønen. 2012. *Endringsledelse og ledelsesendring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Holt, Nigel, Bremner, Andy, Sutherland, Ed, Vliek, Michael, Passer, Michael og Smith, Ronald. 2015. *Psychology: The Science of Mind and Behaviour*. Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Horlach Bettina, Paul Drews og Ingrid Schirmer. 2016. "Bimodal IT: Business-IT Alignment in the Age of Digital Transformation".

- Idébanken.org. 2016. "Konflikthåndtering på arbeidsplassen". Lest 17.april 2018.
<http://mag.idebanken.org/konfliktb/>
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2012. Organisasjonsendringer og endringsledelse. Bergen: Fagbokforlaget
- Jacobsen, Dag Ingvar og Jan Thorsvik. 2013. Hvordan organisasjoner fungerer. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannesen, Asbjørn, Per Arne Tufte og Line Christoffersen. 2010. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: abstrakt forlag.
- Karp, Tom. 2014. Endring i organisasjoner. Oslo: Cappellen Damm.
- Kjekshus, Lars Erik. 2006. "Trenger vi en bok om legen som leder?" Tidsskrift for Den norske legeförening. <https://tidsskriftet.no/2006/10/anmeldelser/trenger-vi-en-bok-om-legen-som-leder>
- Lai, Linda. 1997. «Strategisk kompetansestyring». Bergen: Fagbokforlaget
- Lotherington, Ann Therese og Aud Obstfelder. 2015. Digitalisering av arbeidsflyt på sykehus – konsekvenser for legers arbeidshverdag
- Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m av 1999 nr. 61.*
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Malnes, Raino. 2009. "Politiske valg, maktspredning og folkevilje". I *Prekær Politikk*, redigert av Raino Malnes, 31-57. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Markus, M. Lynne, and Mark Keil. 1994. "If we build it, they will come: Designing information systems that people want to use." *Sloan Management Review* 35, no. 4:11.
- Muller, Wolfgang C. 2014. "Governments and Bureaucracies". I *Comparative Politics*, redigert av Danielle Caramani, 131-149. Oxford: Oxford University Press.
- OUS (Oslo universitetssykehus). 2015. Gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus HF. Delrapport 1. Prosjektnr: 93114
- OUS (Oslo universitetssykehus). 2016a. Gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus HF - Deling av klinikkene og videre organisasjonsutvikling, IKT-, teknologi- og stabsfunksjoner ved Oslo universitetssykehus HF. Delrapport 3. Prosjektnr: 93114
- OUS (Oslo universitetssykehus). 2016b. Prosessveileder og designkriterier for å planlegge og gjennomføre organisasjonsutvikling ved Oslo universitetssykehus 2016

- OUS (Oslo universitetssykehus). 2017a. "Oslo Universitetssykehus". Lest 13. feb. 2018. <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Norsk-presentasjon-av-OUS-september-2017.pdf>
- OUS (Oslo universitetssykehus). 2017b. Mandat; Konsekvenser av omorganiseringer - gjennomgang av prinsipper og prosesser ved omorganiseringer i OUS - utredningsgruppe
- OUS (Oslo universitetssykehus). 2018a. "Om oss". Lest 09. feb. 2018, <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss#organisasjonskart>
- OUS (Oslo universitetssykehus). 2018b. "Konsekvenser av omorganiseringer - gjennomgang av prinsipper og prosesser ved omorganiseringer i OUS".
- Ross, Jeanne W., Peter Weill og Davic C. Robertson. 2006. "Enterprise architecture as strategy". Harvard Business Press
- Røiseland, Asbjørn og Vabo, Signy Irene. 2016. *Styring og samstyring – governance på norsk*. Bergen: Vigmostad & Bjerke AS.
- Sykehuspartner. 2018. Lest 05. apr. 2018 <https://sykehuspartner.no/om-oss>
- Spehar, Ivan, Jan C Frich, og Lars Erik Kjekshus. 2015. "Professional Identity and Role Transitions in Clinical Managers." *Journal of Health Organization and Management* 29, no. 3: 353-66.
- Spehar, Ivan og Lars Erik Kjekshus. 2012. "Medical Management in Norwegian Hospitals." *Professions and Professionalism* 2, no. 1: Professions and Professionalism, 01 June 2012, Vol.2(1)
- Statsministerens kontor. 2018. "Sykehuset i Østfold". Lest 2. mai. 2018. https://www.regjeringen.no/contentassets/9c6ec851fa6b45ceaebfec33c7d8e1d7/sykehuset_ostfold.pdf
- Sykehuset i Østfold. 2017. "Første sykehus på nivå seks i norden". Lest 2. mai. 2018. <https://sykehuset-ostfold.no/nyheter/forste-sykehus-pa-niva-seks-i-norden>.
- Thynne, Ian. 2000. «The State and Governance: Issues and Challenges in Perspective». *International Review of Administrative Sciences* Vol. 66 (2): 217-240
- Tjora, Aksel. 2017 *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Weill, Peter. 2004. "Don't just lead, govern: how top-performing firms govern IT". *MIS Quarterly Executive* Vol. 3 No. 1.

<https://www.uio.no/studier/emner/matnat/ifi/IN5430/v18/pensumliste/readings/%28weill-2004%29-dont-just-lead-govern-misqe.pdf>

Weill, Peter og Ross, Jeanne W. 2004. "IT governance: How top performers manage IT decision rights for superior results". Harvard Business Press

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide

Innledning

Vi er en gruppe studenter ved Masterprogrammet i Organisasjon, ledelse og arbeid på Universitetet i Oslo. I forbindelse med prosjektforum gjennomfører vi en undersøkelse på oppdrag fra Oslo universitetssykehus.

Vi har tatt utgangspunkt i mandatet overlevert fra OUS og har overordnet blitt bedt om å ta et utenfra-blikk for å se på sammenhengen mellom komplekse digitale systemer og organisasjonsarbeid i store, komplekse organisasjoner. I intervjuet vil vi derfor stille ulike spørsmål knyttet til dette. Vi har delt spørsmålene inn i fire temaer, og kommer til å orientere deg om hvilket tema vi snakker om fortløpende. For å sikre at vi kommer gjennom spørsmålene må vi passe på tiden og vil dermed gå videre til neste spørsmål når vi oppfatter at vi har fått svar på det vi trenger.

Det er frivillig å delta og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du velger å trekke deg, vil alle data fra intervjuet slettes og vil ikke bli brukt i undersøkelsen. Vi ønsker å ta opp intervjuet på lydbånd, kun for å forsikre oss om at vi har med all informasjonen vi ønsker. Er det greit for deg at vi spiller inn intervjuet?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og alle informanter blir anonymisert i oppgaven. Prosjektet er planlagt avsluttet 14.06.18 og all innsamlet data vil da bli slettet.

Da er vi straks klare for å gå i gang med spørsmålene. Vi er spesielt interessert i hvordan og på hvilken måte du oppfatter det vi spør om, og vil gjerne ha konkrete eksempler.

Innledende spørsmål

1. Kan du fortelle litt om din stilling her på OUS?
2. Hvor lenge har du jobbet ved OUS?
3. Hvilken utdanningsbakgrunn har du?

Tema 1 - Organisasjonsutforming

I prosjektet vårt ser vi blant annet på hvordan komplekse digitale systemer påvirker organisasjonsarbeid i store organisasjoner, som sykehus. Første tema omhandler OUS som organisasjon, og hvordan OUS er organisert.

4. Kan du kort beskrive OUS som arbeidsplass?
5. Hva synes du om dagens organisasjonsstruktur i OUS?
 - a. Fordeler og ulemper
6. Hvordan opplever du at samarbeidet fungerer på OUS i sin helhet?
 - a. På tvers av nivåer

7. Hvordan opplever du at samarbeidet fungerer på OUS på din avdeling/klinikk?
 - a. *Selvstendighet eller team?*
8. Kan du beskrive intern kommunikasjonen og informasjonsdelingen tilknyttet endringsprosesser?
 - a. *Formell/uformell? Åpent eller lukket? Muntlig eller skriftlig?*
 - b. *Relevant og nok informasjon?*

Tema 2 - Endringsprosesser

Endringsprosesser er tema i neste del. Det er ønskelig å kartlegge endringer som har skjedd, hvordan og på hvilken måte endring igangsettes. Din rolle, forståelse av og deltakelse i disse prosessene er av særlig interesse.

9. Kan du kort fortelle om din erfaring med omorganisering i OUS?
10. Hvordan har du blitt påvirket av omorganiseringene som har foregått siden 2016?
 - a. *Positivt og negativt*
11. Føler du selv at du har nok kompetanse til å håndtere endringsprosesser ved OUS?
 - a. *Strukturelt og teknisk*
 - b. *Lede de ansatte*
12. Hvem/hvor vil du si at ønsker om organisasjonsendring kommer fra?
 - a. *Hvilket miljø? Brukerne/«de på gulvet» eller ledelsen?*
13. Kan du fortelle kort om hvordan du opplever at endringsprosesser forløper?
 - a. *Avvik fra opprinnelig plan*
14. Endringsprosesser i OUS oppfattes ofte som langsomme. Hva tror du er grunnen til det?
 - a. *Forsinkelser? Hvor skjer eventuelt forsinkelsene?*
15. Er det noe ledelsen i OUS kan gjøre annerledes i forbindelse med endringsprosesser?
16. Med hensyn til dagens organisering og teknologiske systemer, synes du OUS burde fokusere på kontinuerlig endring eller være stabilitet fremover?
17. Om du tenker på de endringsprosesser du har vært vitne til ved OUS. Hva karakteriserer disse best: Nye muligheter, nye utfordringer eller begrensninger?
 - a. *Hvorfor?*
18. Hvordan vil du beskrive endringsviljen til de ansatte på din avdeling/klinikk?

Tema 3 – Digitalisering og IT-beslutninger

Neste tema er digitalisering og IT-beslutninger.

19. I hvilken grad er du delaktig i beslutninger som angår deg og din avdeling?
20. Hvem vil du si har reell beslutningsmyndighet?
 - a. *Særlig mtp. IKT-systemer og omorganisering*

21. Da DIPS ble implementert, hvordan opplevde du at behovene til de ansatte ble tatt hensyn til?
 - a. I hvilken grad ble de ansatte/brukerne inkludert i prosessen?
 - b. Hadde du innflytelse på prosessen?
22. Hvordan opplever du at digitalisering har påvirket/påvirker deg i arbeidshverdagen?
 - a. Har du et eksempel på dette?
 - b. *Fordeler og ulemper?*
23. Hvordan synes du organiseringen av de sentrale IKT-funksjonene fungerer?
 - a. *Spredt? Beslutningsprosesser? Kompleksitet?*
24. Hva tenker du om samarbeidet med Sykehuspartner?
 - a. Kunne noe blitt gjort annerledes?

Tema 4 – DIPS

DIPS er hovedtema i siste del. Spørsmålene vil handle om datasytemet «DIPS», men vil også berøre andre tema.

25. Hva har innføringen av DIPS hatt å si for ditt daglige arbeid?
 - a. Har du eksempler?
26. Er det spesielle utfordringer med DIPS i dag?
 - a. Hvilke?
 - b. Er det noe som kan løse disse utfordringene?
27. Hvilke muligheter og begrensninger opplever du at DIPS har medført ved utforming av organisasjonsløsninger?
28. Opplever du at omorganiseringsprosessene har endret seg etter innføringen av DIPS?
29. Har de ansatte nok kompetanse til håndtere konsekvensene av DIPS?

Avsluttende spørsmål

Avslutningsvis har vi to siste spørsmål.

30. Om du fikk avgjøre hvordan OUS skulle organiseres, er det noen konkrete tiltak du ville gjennomført? Noe du ville endre på?
31. Er det noe mer du vil legge til?
 - a. Spørsmål til intervjuet?
 - b. Spørsmål til undersøkelsen?
 - c. Annet?

Vedlegg 2: NSD søknad og godkjenning



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.8) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn. Les mer om hva personopplysninger er.
Hvis ja, hvilke?	<input checked="" type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse <input checked="" type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet. Les mer om hva behandling av personopplysninger innebærer.
Annet, spesifiser hvilke		
Skal direkte personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet (koblingsnøkkel)?	Ja ○ Nei ●	Merk at meldeplikten utløses selv om du ikke får tilgang til koblingsnøkkel, slik fremgangsmåten ofte er når man benytter en databehandler .
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja ○ Nei ●	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke		NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja ○ Nei ●	Les mer om nettbaserte spørreskjema .
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja ○ Nei ●	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja ○ Nei ●	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre). Les mer . Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjektittel		
Prosjektittel	Effekter av IKT-systemer på muligheter for utviklingsarbeid i organisasjoner	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Oslo	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen. Les mer om behandlingsansvarlig institusjon .
Avdeling/Fakultet	Det samfunnsvitenskapelige fakultet	
Institutt	Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi	
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		

Fornavn	Bendik	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt. Les mer om daglig ansvarlig . Daglig ansvarlig og student må i utgangspunktet være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har eksternt veileder, kan biveileder eller fagsansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc. NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Etternavn	Bygstad	
Stilling	Professor	
Telefon		
Mobil	97658061	
E-post	bendikby@ifi.uio.no	
Alternativ e-post	bendikby@ifi.uio.no	
Arbeidssted	UiO	
Adresse (arb.)	Gaustadalléen 23 B Ole Johan Dahls hus	
Postnr./sted (arb.sted)	0373 OSLO	
5. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
Fornavn	Ida Marie	
Etternavn	Hjelmeland	
Telefon	99428078	
Mobil		
E-post	idahjelmeland@yahoo.no	
Alternativ e-post	imhjelme@student.sv.uio.no	
Privatadresse	Lørenvengen 34	
Postnr./sted (privatadr.)	0585 Oslo	
Type oppgave	○ Masteroppgave ○ Bacheloroppgave ○ Semesteroppgave ● Annet	
Annet, oppgi	Prosjektforum (20 studiepoeng)	
6. Formålet med prosjektet		
Formål	Formål Belyse sammenhengen mellom komplekse digitale systemer og organisasjonsarbeid i store, komplekse organisasjoner. Problemstilling Prosjektet har to hovedproblemstillinger, som utdypes nedenfor. 1) Hvordan fungerer prosessforløpet fra beslutning om organisasjonsendring til implementering? 2) Hvilke muligheter og begrensninger finnes det ved utforming av organisasjonsløsninger etter innføringen av DIPS?	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.
7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?		
Kryss av for utvalg	<input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input checked="" type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevernsbarn <input type="checkbox"/> Lærere <input type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input type="checkbox"/> Andre	Les mer om forskjellige forskningstematikker og utvalg .

Beskriv utvalg/deltakere	Det er i hovedsak ansatte ved OUS som har vært involvert i en utredningsgruppe som har jobbet med utredning knyttet til konsekvenser av omorganisering som blir kontaktet med forspørsel om deltakelse. Dette innebærer administrativt ansatte fra økonomi, HR og IKT, samt klinikkledere og avdelingsledere. Det er totalt 19 personer vi tar kontakt med	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.
Rekruttering/trekking	Vi har fått tildelt informasjon om aktuelle informanter fra vår kontaktperson i OUS. Det er som nevnt i hovedsak medlemmer i en relevant utredningsgruppe, i tillegg til noen få som har jobbet med omorganisering og/eller IKT som kan gi oss nyttig informasjon knyttet til problemstillingene.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk, eller trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre.
Førstegangskontakt	Førstegangskontakt er opprettet ved at vår kontaktperson i OUS - som selv er en del av utredningsgruppen har informert leder av utredningsgruppen, som deretter har tatt kontakt videre med de aktuelle. I ettertid av dette har vi studentene tilknyttet prosjektet tatt direkte kontakt for å sette tid for intervjuer.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om førstegangskontakt og forskjellige utvalg på våre temasider .
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer barn på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	19	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om sensitive opplysninger .
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse .
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan identifisere personer (direkte eller indirekte) som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem, som identifiseres i datamaterialet. Les mer .
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input checked="" type="checkbox"/> Gruppeintervju <input checked="" type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/sosiale medier/internett <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata (medisinske journaler)	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre). NB! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentar-boksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes. Les mer om registerstudier . Dersom du skal anvende registerdata, må variabeliste lastes opp under pkt. 15 Les mer om forskningsmetoder .
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger	I hovedsak vil vi benytte oss av personlige intervjuer, med spørreskjema på PC. I tillegg har vi tenkt å ha et intervju med tre informanter sammen og å observere 1-2 intervjuer i utredningsgruppen.	
9. Informasjon og samtykke		

Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	<ul style="list-style-type: none"> ■ Skriftlig □ Muntlig □ Informeres ikke 	<p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Les mer. Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema.</p> <p>Last ned en veiledende mal her.</p> <p>Les om krav til informasjon og samtykke.</p> <p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.</p>
Samtykker utvalget til deltakelse?	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja ○ Nei ○ Flere utvalg, ikke samtykke fra alle 	<p>For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert.</p> <p>Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke.</p> <p>Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes. Les mer.</p>
10. Informasjonssikkerhet		
Spesifiser	Oversikten over informantene med navn og e-post vil kun bli lagret i et dokument til internt bruk i prosjektgruppen. Utover dette vil vi bruke koblingsnøkkel og kun bruke et nummer på hvert informant.	NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet. Vi anbefaler koblingsnøkkel .
Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?	<ul style="list-style-type: none"> □ På server i virksomhetens nettverk □ Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) □ Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten □ Privat datamaskin □ Videopptak/fotografi ■ Lydopptak □ Notater/papir ■ Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon) □ Annen registreringsmetode 	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p> <p>Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>NB! Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver.</p> <p>Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepenne, server på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.</p>
Annen registreringsmetode beskriv		
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Lydopptakene vil slettes så fort de er transkribert og bærbare datamaskiner er sikret med passord.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler (ekstern aktør)?	Ja ○ Nei ●	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler . Slike oppdrag må kontraktreguleres.
Hvis ja, hvilken		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/internett?	Ja ○ Nei ●	F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm.
Hvis ja, beskriv?		<p>Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig.</p> <p>Vi anbefaler ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester. Bruk av nettskytjenester må avklares med behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten. Les mer.</p>
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	Ja ● Nei ○	
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?	<p>Alle fem studenter i prosjektgruppen har tilgang til dokument med informantenes navn, e-post og stilling.</p> <p>Dette gjelder:</p> <p>Odd Helge Bakkan, Amanda Sandberg, Siv Brødsjømoen, Mari Klevgård. Alle fra UiO</p>	

Utleveres/deles personopplysninger med andre institusjoner eller land?	<ul style="list-style-type: none"> ● Nei ○ Andre institusjoner ○ Institusjoner i andre land 	F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja ○ Nei ●	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten . Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja ○ Nei ●	I noen forskningsprosjekter kan det være nødvendig å søke flere tillatelser. Søkes det f.eks. om tilgang til data fra en registererier? Søkes det om tillatelse til forskning i en virksomhet eller en skole? Les mer om andre godkjenninger .
Hvis ja, hvilken		
12. Periode for behandling av personopplysninger		
Prosjektstart	14.01.2018	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnsamlingen starter.
Planlagt dato for prosjektslutt	14.06.2018	Prosjektslutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input type="checkbox"/> Ja, indirekte (identifiserende bakgrunnsopplysninger) <input checked="" type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt	Les mer om direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger. NB! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	NB! Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. Les mer om anonymisering av data .
13. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?		Fyller ut ved eventuell ekstern finansiering (oppdragsforskning, annet).
14. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		Dersom prosjektet er del av et prosjekt (eller skal ha data fra et prosjekt) som allerede har tilrådning fra personverombudet og/eller konsesjon fra Datatilsynet, beskriv dette her og oppgi navn på prosjektleder, prosjektittel og/eller prosjektnummer.
15. Vedlegg		
Vedlegg	Antall vedlegg: 3. <ul style="list-style-type: none"> ● utkast_intervjuguide_.docx ● samtykkeskjema_ous.docx ● spoerreskjema.docx 	

Bendik Bygstad
Postboks 1096 Blindern
0317 OSLO

Vår dato: 16.03.2018

Vår ref: 59416 / 3 / HJP

Deres dato:

Deres ref:

Vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning § 31

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 23.02.2018 for prosjektet:

59416	<i>Effekter av IKT-systemer på muligheter for utviklingsarbeid i organisasjoner</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Bendik Bygstad</i>
Student	<i>Ida Marie Hjelmeland</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er meldepliktig og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av personopplysningsloven § 31. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Vi forutsetter at du ikke innhenter sensitive personopplysninger.

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 endringskjema.

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 14.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av

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

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS Harald Hårfåges gate 29 Tel: +47-55 58 21 17 nsd@nsd.no Org.nr. 985 321 884
NSD – Norwegian Centre for Research Data NO-5007 Bergen, NORWAY Faks: +47-55 58 96 50 www.nsd.no

personopplysninger.

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

Marianne Høgetveit Myhren

Hanne Johansen-Pekovic

Kontaktperson: Hanne Johansen-Pekovic tlf: 55 58 31 18 / hanne.johansen-pekovic@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ida Marie Hjelmeland, idahjelmeland@yahoo.no