

KAPITTEL 3

Design, metode og datagrunnlag

3.1 Opplegget for analysene i boken

Gjennomgåelsen ovenfor er ment å gi en ramme for analysene jeg har foretatt. Siste avsnitt viser hvordan en eksplisitt organisasjonsteoretisk tilnærming til analyser av endringsprosesser i helsesektoren kan gjennomføres. Slik jeg leser denne litteraturen, kan en utkrystallisere noen krav til analyseopplegget når en skal ivareta de organisasjonsteoretiske perspektivene som institusjonelle teorier forutsetter. Jeg vil konsentrere meg om fem slike krav: en nærmere avklaring av problemstilling(er), en avgrensing av «feltet» og organisasjonspopulasjonen som utgjør feltet, en strukturering av ulike faser som institusjonelle endringsprosesser preges av, en identifisering av de mest relevante aktørene («interessenter») og en klargjøring av hvordan en kan analysere maktrelasjoner, knyttet til ulike (konkurrerende) institusjonelle logikker og aktører.

Problemstillinger

I tråd med D'Aunno er jeg opptatt av *hvordan* endringer i helsesektoren har funnet sted, med andre ord: Hvilke endringsprosesser har en sett? Og hvilke faktorer kan forklare *hvorfor* endringene har fått den form de har, og derved endret institusjonelle særtrekk ved organiseringen av feltet?

Dynamikken mellom helsepolitiske spill er karakterisert av at ulike ideer, interesser og aktører søker å påvirke tjenestene, organisasjons- og styringsopplegg. Dette fører vanligvis til allianser og/eller konflikter, der en tendens i det norske beslutningssystemet er pragmatiske kompromisser. Men noen ganger skjer det radikale brudd med denne tradisjonen – der helhetlige løsninger, preget av synoptisk planlegging med et overordnet, prinsipielt blikk, får gjennomslag. Det gjennomløpende temaet i

denne boken er, på den ene siden, å vise og forklare denne dynamikken mellom de helsepolitiske spillenes tendens til å falle ned på kompromisser og skrittvis (inkrementelle) (del-)løsninger, og forsøk på å skape nye organisatoriske rammebetingelser for helhetlig (synoptisk) planlegging på den annen side.

Innenfor rammen av disse hovedspørsmålene er det en rekke under-spørsmål: om relasjoner mellom ulike institusjonelle logikker, om hvilke aktørgrupper som har hatt størst betydning for de beslutningene om endring som har funnet sted, om hvordan dynamikken mellom de institusjonelle omgivelser, felt og organisasjoner i feltet utspiller seg. Disse spørsmålene skal jeg komme tilbake til i avslutningskapittelet.

Avgrensing av feltet

Feltet jeg studerer, er avgrenset til helsetjenester i Østfold. Innenfor denne regionale avgrensingen er det primært spesialisttjenestenes utvikling – med planlegging og organisering av somatiske sykehus – som er i fokus. Analysene jeg har foretatt, kan ikke oppsummeres som en gjennomgåelse av «Østfolds helsepolitiske historie». Det dreier seg om noen avgrensede spørsmål, knyttet til overordnede beslutninger om endringer i strukturer og prinsipper for organisering, styring og ledelse. De kommunale tjenestene og de særlige spørsmål om ulike medisinske fagområder, f.eks. om psykiske helsetjenester, er bare indirekte berørt, selv om slike spørsmål selvsagt har stor betydning for hvordan helsetjenestene totalt sett fungerer.

Dynamikken mellom institusjonelle omgivelser, organisasjonsnivå og feltnivå

Et viktig poeng med feltbegrepet er at det åpner for analyser mellom ulike analytiske og empiriske nivåer. «Felt» konstitueres som en organisasjonspopulasjon, preget av verdier, normer, vaner og praksiser. Innenfor denne rammen er de enkelte organisasjoner (i populasjonen) gjenstand for endringsprosesser som påvirker den aktuelle organisasjonen, men som har potensial til også å påvirke feltet. Slike påvirkninger kan skje

ved at nye verdier, vaner og praksiser, fundert i nye kunnskaper, aktører eller maktrelasjoner, får gjennomslag også på et overordnet nivå. På samme måte vil institusjonelle omgivelser, i vår sammenheng særlig politiske og økonomiske påvirkninger, kunne endre feltet, slik for eksempel statlige helsereformer kan. Analysen vil derfor ha dynamikken mellom endringspåvirkninger på disse nivåene i fokus.

Institusjonelle aktører

Her er vi opptatt av de interessenter som søker å påvirke tjenestene, og organisasjons-, styrings- og ledelsesformer i feltet. Her skal det nevnes noen slik aktører: politiske myndigheter, administrative organ, ansattes organisasjoner, profesjonsrepresentanter, representanter for pasientene, media og befolkningen (for eksempel de lokale sykehusorganisasjoner). Analysen vil ta utgangspunkt i hvordan aktører som ivaretar nasjonal helsepolitikk, knyttet til nye politiske initiativ, reformer og endringer i økonomiske rammebetingelser, søker å påvirke regionale og lokale beslutninger og prosesser. Her vil en også være opptatt av profesjonenes strategier for å påvirke feltet, og aktører og prosesser i de enkelte organisasjoner på feltet: sykehus, politiske og administrative organ, andre styrende organ, og lokale aktører, inkludert lokale profesjonsrepresentanter.

Institusjonelle logikker

Endringer i de institusjonelle omgivelser skjer bl.a. ved at nye aktører påvirker feltet med nye verdier og kunnskaper. Vi er opptatt av hvilke verdier, holdninger og praksiser som anses som institusjonaliserte, og hvilke som søker å påvirke, og representerer alternativer til de dominerende logikker. Særlig er vi opptatt hvordan profesjonenes kunnskapsmessige og ideologiske perspektiver påvirker feltet, og hvordan politiske og administrative logikker påvirker og eventuelt endrer organisasjons-, styrings- og ledelsesformer. I hvilken grad er det motsetninger mellom ulike logikker, i hvilken grad oppstår det samforstand, og på hvilken måte konstrueres og endres feltet når nye verdier, holdninger og praksiser søkes etablert?

3.2 Datagrunnlaget

De empiriske analysene som det refereres til i de neste kapitlene, ble gjennomført i ulike perioder. Det dreier seg om oppdrag fra ulike offentlige myndigheter; fylkeshelsesjefens kontor, det som nå heter Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, i tillegg til samarbeidsprosjekt med Sykehuset Østfold HF. Noen av analysene hviler dessuten tungt på ulike forskningsprosjekter finansiert av Norges forskningsråd. Det som er felles for de prosjektene det rapporteres fra, er at de i all hovedsak benytter kvalitative data, i samsvar med det meste av forskningen som tar utgangspunkt i institusjonell teori (Byrkjeflot & Neby, 2008).

De tre første arbeidene det refereres til, har til felles at de er basert primært på oppdragsrapporter til Fylkeshelsesjefens kontor. Det dreier seg om kapitlet om Harlem-utvalgets arbeid, og de påfølgende kapitler av helsepolitiske strategier knyttet til sparing, omprioriteringer og omstrukturering i helsesektoren i Østfold. Det er tre oppdragsrapporter (Ramsdal & Hanson, 1987; Ramsdal, 1993; Ramsdal & Qvortrup, 1992). Alle disse var oppdrag for Fylkeshelsesjefen i Østfold, og ble utarbeidet som oppdragsrapporter av Stiftelsen Østfoldforskning. De tre rapportene ble også publisert samlet under tittelen «Strategier for strukturendringer i helsesektoren» (Ramsdal, 1993). Arbeidene var basert på omfattende gjennomganger av offentlige dokumenter i fylkeskommunens arkiv, der ulike utvalgsinnstillinger og saker til fylkeskommunale beslutningsorgan ble drøftet. Dette strekker seg over en lang tidsperiode, fra årene da Harlem-utvalgets innstillinger ble utarbeidet (1968, 1969, 1971), til de siste forslagene til endringer i styringsstrukturen for helsesektoren i Østfold som fylkeskommunen hadde hånd om før sykehusreformen. I tillegg er det i forbindelse med saksgjennomgangen også blitt gjennomgått intervjuer med sentrale beslutningstakere, særlig i ledelsen for ulike sykehus, og ved fylkeshelsesjefens kontor. Samlerapporten fra 1993 omfattet også to analyser av beslutningen om å innføre konsern-organisasjonen i Østfolds helsesektor fra 1987. Den første av disse tok for seg bakgrunnen for, og mulige implikasjoner av, denne beslutningen, mens den siste gjennomgikk iverksettelsesprosessen.

I 1987–1988 ledet jeg prosjektet «Ny organisasjonsmodell for Halden Sykehus». Prosjektet var todelt, første del en analyse av den eksisterende modell, den andre om forslag til endringer i modellen, basert på en analyse av erfaringene med innføring av målstyring/virksomhetsplanlegging ved sykehuset. Analysen tok også for seg relasjonene mellom sykehusledelsen og den overordnede styringsstruktur inkludert en vurdering av fylkeskommunens styringskapasitet. I tillegg til dokumenter, særlig gjennomgåelse av ulike instruksverk, ble det gjennomført intervjuer med ledere og ansatte ved sykehuset og Fylkeshelsesjefens kontor (25 intervjuer) og observasjon av møter i sykehusets ledergruppe (Ramsdal & Hanson, 1991).

I 1994 gjennomførte jeg en omfattende analyse av «Prosjekt Psykiatri». Dette prosjektet hadde som mål å utvikle en helhetlig og samlet plan for psykiatritjenestene i fylket, både spesialisttjenester og kommunale tjenester. Analysen var basert på saksdokumenter, intervjuer med 55 ledere og fagansatte i ulike deler av tjenestene samt observasjon av leder- og prosjektgruppene møter i en toårsperiode. Her var også problemstillinger knyttet til den overordnede planlegging og organisering av helsetjenestene mer generelt i fylket sentrale (Ramsdal, 1996, 2013).

I tillegg til rapporter og publikasjoner fra egne arbeidere hviler kapittel 10 tungt på Vigdis Velgaards masteroppgave fra den Nordiska Helsevårdhøgskolan, der hun tar for seg den perioden der jeg selv ikke gjorde analyser av utviklingen i sektoren: Her ble det vedtatt en organisering av sektoren basert på prinsippet om et «fristilt» sykehus med fem dører. Dette la nye rammer for styring og ledelse av sektoren, innenfor de prinsipper for styring og ledelse som var blitt vedtatt i forbindelse med konsernmodellen (Velgaard, 2002).

I deler av perioden som omhandler etableringen av konsernorganisasjonen, samarbeidet jeg med amanuensis Kjeld Qvortrup, som da hadde vært direktør for Halden sykehus i 7 år. Sammen med ansatte ved fylkeshelsesjefens kontor utgjorde vi en liten «statsvitergruppe» som gjennom flere år diskuterte styringsutfordringene i helsesektoren, deltok på seminarer og konferanser, og fikk tilgang til dokumenter og data i departementer og i fylkeskommunen.

I tillegg til de dataene som er samlet inn i tilknytning til prosjekter og analyser, har jeg også fått tilgang på en omfattende samling avisartikler

– hovedsakelig fra Halden Arbeiderblad – som tidligere journalist Bård Halvorsen har stilt til disposisjon. Det dreier seg om ca. 600 sider, og dette materialet har gitt et godt inntrykk av hvilke beslutninger som ble gjort i fylkesting og andre politiske og administrative organer i fylkeskommunen, og hvordan de lokale sykehusaksjoner arbeidet. Mens dette materialet har gitt enestående innsikt i de konfliktfylte helsepolitiske spill denne perioden var preget av, er bare en liten del av det brukt her for å illustrere hvor traumatiske disse prosessene ofte var for de involverte.

Kapitlene 11, 12 og 13 i del 3 er i hovedsak basert på et 2-årig forskningsprosjekt ved Sykehuset Østfold HF, med oppstart i 2015. I forbindelse med planleggingen av det nye sykehuset på Kalnes ble det tatt initiativ til et forskningsprosjekt som et samarbeid mellom sykehuset og Høgskolen i Østfold, kalt «Fra gammelt til nytt sykehus». Dette prosjektet omfattet en rekke problemstillinger om mulige endringer i pasienttilfredshet, arbeidsmiljø og arbeidsvilkår, organisering, styring og ledelse. Datainnsamlingen ble gjennomført høsten 2015 om situasjonen før utflytting fra det «gamle» sykehuset i Fredrikstad, som ble fulgt opp av en tilsvarende datainnsamling ca. et år etter innflytting i det nye sykehuset. Den delen av prosjektet vi var engasjert i, tok for seg organisasjons- og ledelsesformer – med fokus på hvordan ledere på ulike nivå opplevde situasjonen like før åpningen av det nye sykehuset, og hvordan erfaringene var et år senere, da en var etablert i de nye sykehusene på Kalnes og Moss. I vår del av prosjektet ble det gjennomført 20 intervjuer med ledere i sykehuset i to omganger.

Tre av kapitlene tar for seg grunnlaget for det nye sykehuset (kapittel 11), endringer i lederstruktur (kapittel 12) og den overordnede «konseptualisering» av sykehusorganisasjonen (kapittel 13). Analysene er basert på kvalitative data. Først en dokumentgjennomgang, der fokus var å a) identifisere mål og virkemidler knyttet til organisering, styring og ledelse slik disse fremsto i planer for det nye sykehuset – særlig innenfor Prosjekt Nytt Sykehus – og i saksdokumenter fra Helse Sør-Øst og Sykehuset Østfold HFs styresaker. I tillegg intervjuer med ledere i sykehuset om deres vurderinger av utfordringer med ledelse, organisasjon og styring i gammelt og nytt sykehus

Fase 1 ble gjennomført høsten 2015, like før flytting til nytt sykehus fant sted. Her var fokus både erfaringer med den etablerte ledelsesformen, og forventninger til det nye sykehusets organisasjons-, styrings- og ledelsesformer. Til sammen ble det gjennomført 19 intervjuer i første runde. De som ble intervjuet, var adm.dir., fire stabsdirektører/viseadministrerende direktører, lederne for de kliniske avdelingene og to tillitsvalgte. I fase 2, høsten 2016 – etter at det nye sykehuset hadde vært i drift i ca. et år – ble de samme lederne, samt noen nye, intervjuet på nytt – her var det satt særlig søkelys på hvordan det nye sykehuset fungerte, sett i relasjon til forventningene en hadde før åpningen, og til sammen 20 personer ble intervjuet. I andre fase – da overordnet ledergruppe var endret – var det med noen unntak de samme personene som ble intervjuet. Unntak skjedde av to grunner: Det var etablert en ny overordnet lederstruktur, og en av dem som var intervjuet i første runde hadde sluttet, mens et par hadde fått nye stillinger.

Det innebærer at samtlige ledere for medisinske virksomheter, inkludert avdelingsledere og et par seksjonsledere, er intervjuet. I første runde ble det gjort en avgrensing mot ledere i divisjon rus- og psykiske helsevern, ettersom disse allerede var flyttet til det nye sykehuset da undersøkelsen startet. I siste runde ble også to avdelingssjefer fra rus- og psykisk helseklinikken intervjuet. Intervjuene var individuelle med gjennomsnittlig varighet av ca. 1 time (mellom 48 min. og 1 ½ time). Intervjuene omhandlet ikke personopplysninger ut over nåværende stilling/utdanning og karriereforløp, og synspunkter/vurderinger ble behandlet konfidensielt. Intervjuene ble tatt opp digitalt og ble slettet da prosjektet ble avsluttet i 2018. Første intervjurunde ble gjennomført i løpet av september/oktober 2015. Intervjuene ble transkribert i løpet av høsten 2015. Godkjenning fra NSD ble gitt august 2015 sammen med godkjenningen av de øvrige delprosjektene. Intervjudataene ble analysert ved hjelp av metoden «Systematic text condensation» (Malterud, 2012). En systematisering av funn fra den første fasen i datasamling 2015 – særlig om erfaringer med det «gamle» og forventninger til det «nye» – dannet grunnlag for de spørsmål som ble stilt i fase 2 høsten 2016. Her ble de samme ledere intervjuet (eller de som da fyller de lederposisjoner som ev. er utskiftet). I tillegg ble de tre lederne for divisjon for rustjenester og psykisk helsevern intervjuet.

I *kapittel 14* er søkelyset satt på samhandlingsformer og strategier for å omstrukturere helsetjenester i et bredere perspektiv. Allerede i 2008 gjennomførte jeg, sammen med Gunnar Vold Hansen, en evaluering av «administrativt samarbeidsutvalg i Østfold», som var et forum som hadde som formål å bidra til bedre samhandling mellom spesialisttjener og lokale/kommunale helsetjenester. Gjennom dokumentgjennomganger, intervjuer og observasjoner av utvalgets arbeid siden 2005 studerte vi erfaringene med utvalgets organisasjons- og arbeidsformer. Erfaringene med utvalgets arbeid ble etter hvert et bidrag til de forslag som ble lagt inn i samhandlingsreformen, og kapittelet konsentrerer seg særlig om hvordan en har ønsket å utvikle samarbeidet i sektoren gjennom ulike innovative strategier. I 2007 gjennomførte jeg et prosjekt – om «organisatoriske innovasjoner i helsesektoren» (Ramsdal & Ramsdal, 2007), der vi, på grunnlag av at behandlingslinjer ble valgt som et strategisk satsingsområde i Sykehuset Østfold – foretok et review av den internasjonale litteraturen om dette temaet. Flere masterstudenter tilknyttet sykehuset skrev også oppgaver om dette temaet, og kunnskapen om disse prosessene ble senere grunnlag for diskusjoner med kvalitetsavdelingen ved sykehuset tilknyttet iverksetting av samhandlingsreformen (Sundstøl, 2008; Finnanger & Sletvold, 2006; Fineide & Ramsdal, 2014). I tillegg hviler kapittelet på et prosjekt om iverksetting av velferdsteknologi i kommunene, som ble gjennomført i tidrommet 2011–2013) (Bjørkquist, Ramsdal & Ramsdal, 2015).