

Marit Lie Leren

## **Veien mot «Pasientens helsetjeneste»**

**Masteroppgave i Styring og ledelse**

**OsloMet – storbyuniversitetet**

**Handelshøyskolen**

**Fakultet for samfunnsvitenskap**

## Forord

Det var vært noen veldig lærerike år som student ved OsloMet fra 2020 til 2023. Gjennom masterstudiet styring og ledelse i offentlig sektor, har det vært givende å lære og forstå hvordan vi som samfunn og velferdsstat faktisk fungerer. Jeg har vært heldig å få studere sammen med engasjerte medstudenter med erfaring fra ulike organisasjoner, noe som har bidratt gode diskusjoner og lærerike refleksjoner.

Jeg er utdannet sykepleier og har siden 2000 jobbet ved Oslo Universitetssykehus HF (OUS). Jeg har vært i ulike roller ved helseforetaket og jobbet ved ulike klinikker. I dag jobber jeg i Kreftklinikken ved OUS. Jeg har de siste seks årene vært leder for en enhet i klinikken som ivaretar pasientlogistikk for kreftpasienter og pakkeforløp kreft. Vi er pasientens og pårørendes første møte med spesialisthelsetjenesten, og skal tilstrebe å løse dem trygt gjennom helsesystemet.

Begrepet «pasientens helsetjeneste» fanget min nysgjerrighet da jeg leste Meld. St. 7 (2019-2020), Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023). Som fagperson ønsket jeg å forstå hva meningsinnholdet var i begrepet. Jeg var nysgjerrig på om det kun var ny pompøs politisk retorikk, eller om det lå noe nytt og viktig i etableringen av begrepet. Jeg ønsket videre å studere på hvilken måte Oslo Universitetssykehus HF møter målsetningen om «pasientens helsetjeneste».

Jeg vil rette en takk til leder og kollegaer for at dere har vært sparringspartnere og gitt meg fleksibilitet, forståelse og handlingsrom jeg har trengt til å kunne fullføre masterprosjektet. Jeg vil også si tusen takk til min veileder ved OsloMet, Agnete Vabø. Takk for gode innspill, støtte og engasjement som har vært til uvurderlig hjelp for å få meg i mål med dette prosjektet.

Sist, men ikke minst vil jeg rette en stor takk til min familie, Bjørn, Sara, Elias og Johannes. Takk for deres tålmodighet, nå har jeg tid!

Oslo, 2. mai 2023

Marit Lie Leren

## Sammendrag

Sentrale helsepolitiske myndigheter har hatt søkelys på pasientens rolle i helsevesenet over lang tid. I Meld. St. 7 (2019-2020), Nasjonal helse- og sykehusplan for (2020-2023), blir «pasientens helsetjeneste» lagt fram som en helsepolitisk målsetning. Studien har søkt svar på hva meningsinnholdet er i begrepet «pasientens helsetjeneste», og videre hvordan helseforetaket Oslo Universitetssykehus, som landet største sykehus, realiserer målsetningen om «pasientens helsetjeneste» sett ut ifra et ledelsesperspektiv.

For å besvare problemstillingen er det gjort en empirisk studie av OUS Utviklingsplan 2040 og offentlige dokumenter som har relevans for problemstillingen. Studien har brukt dokumentanalyse som metode. Metoden er brukt kvalitativt, da studien har søkt mening og forståelse i dokumentene. En organisasjonsteoretisk tilnærming til offentlig sektor har vært det teoretiske rammeverk. Kjennetegn ved styring og ledelse av offentlige organisasjoner blir belyst sammen med de instrumentelle og institusjonelle perspektiv.

I 2014 ble begrepet «pasientens helsetjeneste» første gang presentert i ett helsepolitisk dokument. I 2016 kommuniserte sentrale helsemyndigheter at «pasientens helsetjeneste» skulle være en målsetning for helseforetaket OUS HF. «Pasientens helsetjeneste» skulle bidra til å endre pasientens rolle fra passiv til aktiv deltager i møte med helsetjenesten. OUS Utviklingsplan 2040 kan sies å være et styringsverktøy for å realisere målsetningen om «pasientens helsetjeneste». OUS Utviklingsplan 2040 etablerer og formidler ambisjoner og målsetninger til de ansatte ved sykehuset.

Offentlige organisasjoner, som sykehuset OUS HF, kan sees som en organisasjon med både instrumentelle og institusjonelle trekk. Ledelsen ved sykehuset er, på den ene siden gjennom å utøve offentlig helsepolitikk utøvere av instrumentelle styringsmekanismer. De skal formidle de helsepolitiske rammer og målsetninger nedover i organisasjonen. Sykehuset har sterke profesjonsnormer. Profesjonene sin faglige legitimitet i sykehuset, har bidratt til å gi dem høy grad av autonomi. Målkompleksiteten OUS HF blir utfordret på fra sentrale helsepolitiske myndigheter, kan skape målueenighet nedover i organisasjonen. Ved for sterk styring og kontroll, kan det gi mistillit og motstand mellom ledelsen og resten av organisasjonen. Ledelsen må derfor på den annen side, bruke institusjonelle mekanismer for å skape oppslutning for helsemyndighetenes styringsmål. Det er en gjensidig tilpasning mellom de instrumentelle og institusjonelle mekanismene for å realisere helsepolitiske målsetninger ved OUS HF.

## Abstract

In this article, the focus is on the patient's role in the healthcare system, with "patient-centered healthcare" being presented as a health policy goal. The study aims to understand the meaning of this term and how it is being realized at Oslo University Hospital (OUS) from a leadership perspective.

The study employs document analysis as a qualitative method, examining the OUS Development Plan 2040 and relevant public documents. The theoretical framework adopted is organizational theory, exploring the characteristics of governance and management of public organizations, alongside instrumental and institutional perspectives.

The term "patient-centered healthcare" was first introduced in 2014 as a Central health policy goal. Central health authorities communicating in 2016 that OUS should adopt this goal. The aim is to change the patient's role from a passive recipient to an active participant in their healthcare journey. The OUS Development Plan 2040 serves as a management tool to achieve this goal, conveying the hospital's ambitions and objectives to its employees.

The study recognizes OUS as an organization with both instrumental and institutional traits. The hospital's leadership is responsible for executing public health policies, broadcasting health policy standards and objectives throughout the organization. However, strong professional norms within the hospital have given the various professions a high degree of autonomy and professional legitimacy. This can result in goal complexity, potentially leading to disagreements within the organization. Excessive control and management can create mistrust and resistance between leadership and the rest of the organization. Therefore, leadership must employ institutional mechanisms to ensure compliance with health authority management objectives, while harmonizing instrumental and institutional mechanisms to achieve health policy goals at OUS HF.

## Innholdsfortegnelse

1. Innledning med problemstilling .....	- 1 -
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	- 1 -
1.2 Problemstilling .....	- 2 -
1.3 Disposisjon av oppgaven .....	- 3 -
2. Teoretisk rammeverk .....	- 4 -
2.1 Styring og ledelse av offentlige virksomheter .....	- 4 -
2.2 Styring og ledelse i sykehus .....	- 5 -
2.3 Sykehuset som offentlig organisasjon .....	- 6 -
2.4 Helsevesenets floker .....	- 7 -
2.5 Organisasjonsteoretisk tilnærming .....	- 7 -
2.5.1 Instrumentelt perspektiv .....	- 8 -
2.5.2 Institusjonelt perspektiv - Kulturperspektivet .....	- 9 -
2.6 Oppsummering .....	- 10 -
3. Metode.....	- 12 -
3.1 Forskningsdesign – kvalitativ dokumentanalyse .....	- 12 -
3.2 Datainnsamlingsprosessen- søk og utvelgelse .....	- 12 -
3.3 Analyse av dokumenter .....	- 14 -
3.3.1 Dokumentverktøy .....	- 15 -
3.3.2 Dokumenter som steder .....	- 16 -
3.3.3 Dokumenttekster .....	- 16 -
3.3.4 Dokumentsaker .....	- 17 -
3.3.5 Dokumentbevegelse .....	- 17 -
3.4 Relabilitet, validitet og overførbarhet.....	- 18 -
3.5 Oppsummering .....	- 20 -
4. Presentasjon av funn og analyse .....	- 21 -
4.1 Pasientens helsetjeneste .....	- 21 -
4.1.1 Myndighetenes tydeliggjøring av pasientens rolle .....	- 21 -
4.1.2 «Pasienten i sentrum» vs. «Pasientens helsetjeneste» .....	- 26 -
4.1.3 Pasientens helsetjeneste i sykehusene .....	- 27 -
4.1.4 Språklige og visuelle virkemidler.....	- 28 -
4.1.5 Oppsummering pasientens helsetjeneste .....	- 30 -
4.2 Realisering av «pasientens helsetjeneste» ved OUS HF .....	- 30 -
4.2.1 Etableringen av OUS HF.....	- 31 -
4.2.2 Organisasjonsstruktur OUS HF.....	- 31 -
4.2.3 Sykehuset som institusjonell organisasjon .....	- 33 -
4.2.4 Profesjonell ledelse vs. fagledelse i sykehuset .....	- 34 -

4.2.5 Fra styring til ledelse .....	- 35 -
4.2.6 Harde og myke virkemidler .....	- 36 -
4.2.7 Helsevesenets floker .....	- 37 -
4.2.8 OUS møter målsetningen om «pasientens helsetjeneste» .....	- 38 -
4.2.9 Mot en kulturendring .....	- 40 -
5. Konklusjon .....	- 42 -
5.1 Pasientens helsetjeneste .....	- 42 -
5.2 På hvilken måte møter OUS målsetningen? .....	- 43 -
6. Litteraturliste .....	- 47 -
Vedlegg 1 – Dokumentoversikt .....	- 50 -
Stortingsmeldinger .....	- 50 -
Lovtekster .....	- 50 -
Oppdrag og bestillingsdokument Helse Sør-Øst – OUS HF .....	- 51 -
Dokument OUS HF .....	- 51 -
Andre offentlige dokument .....	- 51 -

# 1. Innledning med problemstilling

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Meld. St. 7 (2019-2020), Nasjonal helse- og sykehusplan for 2020-2023, blir utfordringer og muligheter i helsesektoren presentert fram mot 2035. I Meld. St.7 (2019-2020) anslår sentrale helsepolitiske myndigheter at det samlede behovet av årsverk for helse- og omsorgstjenester i Norge må øke med 35% for å dekke det fremskrevet behov i sektoren fram mot 2035. Dette vil gjøre at helse- og omsorgssektoren legger beslag på nesten halvparten av veksten i arbeidsstyrken i Norge og vi vil fortrenge andre nyttige samfunnsressurser. Meld. St. 7 (2019-2020) presiserer at for å unngå en slik utvikling, kreves det endring i måten oppgavene løses. Det vil bli flere pasienter med sammensatte sykdomsbilder og flere pasienter vil trenger lengre behandlinger. Pasientene forventer helsetjenester som er tilgjengelige, brukervennlige og av høy kvalitet (Meld. St. 7 (2019-2020), s.14).

I Meld. St. 7 (2019-2020), Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023), legger regjeringen fram sin strategi for å realisere «pasientens helsetjeneste». Befolkningen er mer kunnskapsrik og kvalitetsbevisst. En argumentasjon om at en må tenke på pasientene som en ressurs som også tjenesten kan dra nytte av, blir mer fremtredende både i politisk retorikk og tiltak.

Pasientens rolle i helsevesenet har både internasjonalt og nasjonalt vært i helsepolitiske myndigheters søkelys over tiår allerede. Verdens helseorganisasjon (WHO) kommuniserer at de har en viktig rolle i å belyse aktuelt tema. De er opptatt av å øke pasientens muligheter for medvirkning og myndiggjøring rundt egen helse. WHO peker videre på at tema, pasientens rolle i helsevesenet, er en felles utfordring i verden og at det ikke løses av hvert enkelt land alene, men i fellesskap (WHO, 2022).

Det er gjort noe forskning i Norge på området «pasientens helsetjeneste». Til eksempel er det forsket på «pasientens helsetjeneste» i klinisk praksis ved sykehus (Normann, 2019). En annen studie forsket på ledere i spesialisthelsetjenesten. Hvordan ledere opplevde og hadde erfaring med brukermedvirkning for å utvikle pasientens helsetjeneste (Selfors, 2020).

Internasjonalt er det forsket på ulike temaer tilknyttet pasientens helsetjeneste, «patient centered care». Meningsinnholdet av begrepet har vært essensielt å klargjøre for å realisere målsetningen (Epstein & Street, 2011). Videre er det gjennomført en komparativ studie i UK som belyser kompleksiteten av endringer i offentlig sektor, spesielt inn mot helsesektoren. Studien konkluderte med at deler av offentlige virksomheter så endringer som muligheter,

men at helsesektoren, med sine sterke profesjonsgrupperinger, opplevde sentrale helsepolitiske endringer truende (Ackroyd et al. 2007, s.23).

Tema «pasientens helsetjeneste» er omfattende. Ved søk på nettsiden Google scholar eller til Tidsskrift for Den norske legeforening vil det gi et omfattende søkeresultater. Foreløpig har det vært gjort begrenset forskning i Norge på hvordan spesialisthelsetjenesten ut ifra et overordnet ledelsesperspektiv møter målsetningen om «pasientens helsetjeneste».

Brukermedvirkning blir sett på som nøkkelfaktor for nå behovet for en bærekraftig endring i helsesektoren. Medvirkning er videre viktig for å styrke pasientsikkerheten. Økt pasientinnflytelse i form av medvirkning og myndiggjøring utfordrer den paternalistiske modellen som lenge har vært gjeldende i sykehuset. Modellen tar utgangspunkt i at helsepersonell er eksperten og pasient blir sett på som en passiv mottager (Landstad et al., 2020, s.7). Hvordan sykehusene møter målsetningen om å realisere «pasientens helsetjeneste vil være avgjørende for resultatet.

## 1.2 Problemstilling

Helsepersonell skal gi omsorg ved å trøste, lindre og behandle. I økende grad er søkelyset fra helsepolitiske myndigheter at helsepersonell i tillegg skal ha søkelyset pasientautonomi, samvalg og brukermedvirkning i helsetjenesten. Sykehusene blir stadig utfordret med nye helsepolitiske målsetninger. I Meld. St. 7 (2019-2020), Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023), er en av målsetningene å realisere «pasientens helsetjeneste». Studien ønsker å se på meningsinnholdet av begrepet og på hvilken måte Oslo Universitetssykehus HF, som landets største sykehus, møter målsetningen. Studien skal se på hvilke utfordringer en stor og kompleks organisasjon som OUS HF møter ved realisering av «pasientens helsetjeneste». Videre skal studien se på hvordan ledelsen ved OUS HF forvalter sentrale helsepolitiske styringsmål.

Med dette som bakgrunn ble problemstillingen for studien:

*På hvilken måte møter Oslo Universitetssykehus HF den politiske målsetningen «pasientens helsetjeneste»?*

Følgende forskningsspørsmålene står sentralt:

- Hvilket meningsinnhold knytter seg til «pasientens helsetjeneste»?
- På hvilken måte vil målsetningen berøre forholdet mellom profesjon og pasient?



- På hvilken måte møter OUS HF målsetningen innenfor de rammene av styrings- og ledelsesmodeller de opererer innenfor, for å realisere målsetningen?

### 1.3 Disposisjon av oppgaven

I neste kapittel vil jeg ta for meg teoretiske tilnærminger som er relevant for å studere styring og ledelse av sykehus, og teori som belyser kompleksiteten i forholdet mellom politikk og offentlige virksomheter. I kapittel tre vil jeg beskrive metode og forskningsdesign. Jeg vil argumentere for hvorfor dokumentanalyse er blitt brukt som metode, samt beskrive hvilken tilnæringsmåte jeg har hatt til dokumentene i analysen.

I kapittel fire presenteres funn og analyse fra studien av aktuelle dokument. Analysen deles i to deler for å besvare aktuell problemstilling. I første del av analysen blir meningsinnholdet av begrepet «pasientens helsetjeneste». Jeg ser begrepet i en kontekst, hvordan sentrale helsepolitiske myndigheter over tid har hatt søkelys på pasientens rolle i helsevesenet. I andre del av analysen beskriver jeg kompleksiteten i sykehuset som offentlig organisasjon. Hvordan Oslo Universitetssykehus HF møter den helsepolitiske målsetningen, samt ulike styrings- og ledelsestilnærminger blir belyst.

Til slutt vil jeg i kapittel fem konkludere ved å oppsummere funnene og svare på problemstillingen. Jeg vil forsøke å trekke noen lengre linjer og foreslå tema for videre forskning.

## 2. Teoretisk rammeverk

I kapittelet presenteres det teoretiske rammeverket for studien. Problemstillingen som besvares i studien er på hvilken måte OUS HF møter den politiske målsetning om «pasientens helsetjeneste» innenfor rammen av de ledelsesmodeller OUS opererer i. Studiet ønsker med problemstillingen å se på hvordan politikken griper inn i offentlige organisasjoner.

I første del av det teoretiske rammeverket beskrives kjennetegn ved styring og ledelse av offentlige virksomheter, før søkelyset rettes mot sykehuset som en offentlig organisasjon.

Videre presenteres organisasjonsteoretiske perspektiv på hvordan en organisasjon som OUS HF fungerer, gjennom instrumentell og institusjonell tilnærming.

### 2.1 Styring og ledelse av offentlige virksomheter

Styring kan forbindes med et lederskaps forsøk på å fatte kollektive beslutninger. Lederskapet påvirker atferd gjennom et sett av formelle styringsinstrumenter. Et lederskap planlegger, beslutter, samordner og kontrollerer ut fra et sett av formelle mål og rammer. For offentlige virksomheter innebærer dette at det politiske og det administrative lederskapet styrer virksomhetene ut fra et mandat gitt av folket ved valg. Lederskapet styrer basert på et sett av formelle vedtak, lover, regler og organisasjonsformer (Christensen et al., 2020, s. 123).

Å styre kan sies å innebære to ting, en skal fatte beslutninger og få dem gjennomført i praksis. Det handler om å påvirke og endre samfunnet på en bevisst og planmessig måte (Røiseland & Vabo, 2016, s.10). Ledelse og styring kan skille seg fra hverandre ved at ledelse er personorientert, mens styring er systemorientert. I midlertidig er det et viktig sentralt underliggende prinsipp at disse to begrepene aktivt forholder seg til hverandre (Ladegård & Vabo, 2010, s.18).

Styring av offentlige virksomheter både i Norge og verden generelt, har dreid i retning av styring og kontroll. Det er et tydeligere skille mellom politikk og administrasjon, bestiller og utførere, etter inspirasjon fra markedstenkningen og det private næringsliv. I helsesektoren har det vist seg å være mer krevende å innføre en slik styringsform, enn i andre deler av offentlig sektor. Dette viser også forskning gjort i UK. Forskningen viste at myndighetene har brukt store ressurser på å omstrukturere helsesektoren mot markedstenkning, uten å oppnå så effektive resultater som ønskelig. Sterke helseprofesjoner og komplekse sykehus intuisjoner pekes på som årsaker til motstanden mot endringer (Ackroyd et al., 2007, s.10).

I offentlige virksomheter, som sykehusene, har beslutningstagere begrenset tid, oppmerksomhet og analysekapasitet når det gjelder de oppgavene og problemene de står overfor. Deres holdninger og handlinger blir påvirket av den organisasjonsstrukturen de er plassert i og det ytre handlingsmiljøet de er tilknyttet. Ledere i offentlig sektor har ikke mulighet eller kapasitet til å ha oversikt over alle mål, alle alternativ eller mulige konsekvenser av de ulike alternativ. Det kan sees på som en forestilling om begrenset rasjonalitet. Det innebærer at organisasjonsmedlemmer og beslutningstagere har begrenset kognitiv eller kunnskapsmessig kapasitet. De vil handle på grunnlag av forenklete modeller av virkeligheten. Ledere gjør en utvelgning, noe får oppmerksomhet, mens andre aspekter ignoreres og overses. I store og komplekse offentlige organisasjoner som helseforetak, innebærer det for ledelsen å være bevisst på at organisasjonsstruktur er viktig for å kanalisere oppmerksomheten og beslutningsadferden. Gjennom organisering kan evnen til rasjonell kalkulasjon og innsikt i sammenhenger påvirke andre til å handle på ønsket måte (Christensen et al., 2020).

For å forstå hvordan offentlige organisasjoner fungerer kan en ikke kun se på den interne strukturen i organisasjonen dominert av hierarki og rutiner. Videre kan en ikke se på offentlige organisasjoner som underordnet politisk lederskap. Offentlige virksomheter må sees på som politiske aktører med dynamiske relasjoner til politisk ledelse og til aktører i samfunnet rundt dem (Christensen et al., 2020, s. 28).

## 2.2 Styring og ledelse i sykehus

Faget er sykehusets grunnstruktur. Ledelsesstrukturen i sykehuset har primært vært profesjons delt. En utfordring har vært å få fagpersonell til å ta helhetlig ledelses ansvar. Før 1999 var det vanlig at avdelinger ble ledet av sykepleier, lege og en med administrativ bakgrunn. I Danmark omtales en slik ledelsesstruktur for troikaledelse. Myndighetene i Norge beskrev dette som problematisk da det ble utydelig hvem som hadde budsjett-, personal- og fagansvar. I 1999 vedtok derfor Stortinget lov om «enhetlig ledelse». Loven kom som følge av behovet for å sikre tydeligere ansvarslinjer og et helhetlig ansvar for pasienten på tvers av spesialiteter (Kjekshus, 2020).

Som følge av loven organiserte flere sykehus seg med egne lege- og sykepleierenheter. Disse enhetene er forskjellige i både omfang og innhold. Legeseksjonene er små og bygd opp rundt legespesialiteten. Sykepleierenhetene er store, med mange ansatte og er bygget opp rundt

sengepostene og poliklinikker med ansvar for driften av disse. Profesjonsledelse kan sies å fortsatt være sterk i sykehuset. Enhetene ledes side om side av profesjonene.

I sykehuset møter en ulike ledelsestilnærminger, både fagledelse og styringsledelse. Til eksempel kan en i sykehuset si at «Direktøren» praktiserer styringsledelse og de ulike profesjoner ved sykehuset, leger, sykepleiere, forskere, praktiserer fagledelse. Tilliten fremmes i balansen mellom styrings- og fagledelse (Kjekshus, 2020).

Helsesektoren består av sterke profesjonsnormer og stor grad av autonomi. Sektoren kan derfor være ekstra sårbar for at for stor grad av styring og kontroll gjennom mål- og resultatstyring kan medføre mistillit. Tillit blir sett på som en nøkkelfaktor for effektiv drift av offentlig sektor (Kjekshus, 2020).

### 2.3 Sykehuset som offentlig organisasjon

Offentlige organisasjoner og offentlig sektor har i sin begrunnelse at de skal tjene befolkningen. Målet er at sykehuset som offentlig organisasjon, skal løse problemer og utfordringer med minst mulig ressursbruk og samtidig med høy kvalitet. Sett ut fra en organisasjonsteoretisk tilnærming kan en ikke kun konsentrere oppmerksomheten mot økonomisering og effektiv drift. Offentlig organisasjoners virkemåte, som sykehus, må beskrives, analyseres og vurderes ved å sette verdi-, interesse-, kunnskaps- og maktgrunnlag i fokus. En demokratisk-politisk tilnærming. Et demokratisk styresett bygger på en tiltro til at befolkningen kan styre seg selv. Mulighetene demokratiet gir for folkelig deltagelse og innflytelse, samtidig som det gjør en i stand til å lære av feil er det demokratiske styresettets viktigste kilde til dynamikk og utvikling. Demokratiet forutsetter at folket har valgmuligheter når det gjelder hvordan offentlige virksomheter skal utformes og endres (Christensen et al., 2020, s. 29).

En offentlig organisasjon, som helseforetak, er deler av samfunnets politiske organisasjon og kan sies å være multifunksjonelle. De skal ivareta hensyn fra både politisk styringshold og medbestemmelse og lydhørhet fra ansatte og brukere. Det skal være åpenhet, offentlig innsyn i beslutningsprosesser, samt forutsigbarhet, likebehandling og tjenestekvalitet.

Helseforetakene skal sikre effektiv ressursbruk og kostnadseffektivitet, og dette kravet er særlig viktig når ressurstilgangen stagnerer.

## 2.4 Helsevesenets floker

Utfordringene multifunksjonelle organisasjoner står overfor kan oppfattes som systemtrekk. De skal leve med motstridende hensyn og krav samtidig som de skal finne endelige løsninger (Christensen et al., 2020, s. 19).

Systemtrekk kan videre relateres til det som blir beskrevet som «helsevesenets floker» (Kjekshus, 2017). En floke skiller seg fra et problem, ved at det ikke finnes tekniske løsninger på problemet. Det er problemer som er mer komplekse og vanskelige å løse. En floke oppstår gjerne som en konsekvens av løsningen i seg selv. Til eksempel kan floken tilta når nye politiske tiltak iverksettes for å løse et allerede oppstått problem, da strammes floken ytterligere. Dette er med på å beskrive kompleksiteten i sykehuset som en multifunksjonell organisasjon.

Felles for flokene er at de oppstår når sykehuset utsettes for inkonsistente mål. Helsesektoren blir bedt om å levere resultater som sammen ikke er kompatible. De skal både tenke økonomisk, holde budsjettet samtidig som de skal drive forskning og ubegrenset pasient service. En floke løsner ikke kun ved å ta ett grep gjennom politiske tiltak. Floken krever forsiktig å trekke i en og en tråd for å løse den opp. Når nye politiske tiltak blir iverksatt er det ledelsen som kjenner hvordan floken knytter seg først. Det vil være mindre synlig ute i organisasjonen og i møte med pasientene (Kjekshus, 2017, s. 86).

## 2.5 Organisasjonsteoretisk tilnærming

I en organisasjonsteoretisk tilnærming kan en se på en organisasjon med en strukturell instrumentell tilnærming og en institusjonell tilnærming. Det kan være verdifullt å se på samspillet mellom de ulike perspektivene i en offentlig organisasjon som sykehuset.

Det instrumentelle perspektivet ser på organisasjoner som redskaper eller verktøy til disposisjon for leder. Rasjonaliteten ligger i en formell organisasjonsstruktur som skaper kapasitet til å realisere bestemte mål og verdier. Men det kan videre være med på å begrense den enkeltes handlingsvalg i ulike prosesser.

Det institusjonelle perspektivet åpner opp for at organisasjoner har egne institusjonelle regler, verdier og normer som ledere ikke på en enkel måte kan endre. Her har den enkelte mer selvstendig innflytelse og påvirkningsmuligheter. I helseforetakene er profesjonene en viktig del av fageliten og de har en høy grad av autonomi og medbestemmelse. Personen med mest

kunnskaps gitt innenfor et fagfelt, har legitim autoritet og makt. Den faglige autoriteten i sykehuset er gitt basert på faglige normer.

I en instrumentell tilnærming er målene gitt og formulert fra en politisk ledelse eller fra den interne ledelsen. I det institusjonelle perspektivet skiller en mellom kultur- og myteperspektiv. For dette studiet vil kun det kulturelle perspektivet være en del av det teoretiske rammeverket. I det institusjonelle perspektiv er det større grad av medvirkning fra individer hvor målene og prosessen utvikles gradvis innad i organisasjonen over tid. Kulturperspektivet setter søkelys på hvordan kombinasjonen av indre og ytre press skaper uformelle normer og verdier i en organisasjon.

Jeg vil videre presentere de to perspektivene gjennom fire ulike tema; handlingslogikk og uttrykk, organisasjonsstruktur, lederskap og styring.

### 2.5.1 Instrumentelt perspektiv

#### Lederskap og styring

Styringsledelse kan forbindes med det instrumentelle perspektivet. For å være en velfungerende ledelse trengs en klar ansvarsfordeling og arbeidsdeling. Det forbindes med styring og instruksjon. Til eksempel kan dette være styring gjennom organisatoriske instrumentelle virkemidler som formelle strukturer, oppdragsanmodninger, rapportering og kontroll (Ladegård & Vabo, 2010, s. 18). Styring kan forbindes med et lederskaps forsøk på å fatte kollektive beslutninger og påvirke adferd gjennom et sett eller system av formaliserte styringsinstrumenter. Lederskapet planlegger, beslutter, samordner og kontrollerer ut fra formelle mål og rammer som er ønskelig skal realiseres (Christensen et al., 2020, s. 123).

#### Organisasjonsstruktur

Innenfor det instrumentelle perspektivet er det både en hierarkisk variant og en forhandlingsvariant. I en forhandlingsvariant er organisasjonen oppfattet av å være sammensatt av flere underenheter som kan ha delvis motstridende mål og interesser. En vil være avhengig av forhandlinger og kompromiss for å nå de ønskede mål. I den hierarkiske varianten er det homogen ledelse, tydelig formell organisasjonsstruktur og organisasjonen blir sett på som enhetlig. Det legges vekt på å nå målene gjennom mål-middel sammenhenger hos ledelsen eller hos dem organisasjonen er et redskap for. Dette gir aktuelle aktører makt til å oppnå sine mål (Christensen et al., 2020, s. 35).

Strukturen i organisasjoner er fastlagt til formelle roller og posisjoner i organisasjonen. Hvilke underenheter de er knyttet til og hvilke større enheter de ulike underenhetene er knyttet til. Dette kan komme til uttrykk gjennom organisasjonskart, stillingsinstruksjoner og prosedyrer (Christensen et al., 2020, s. 38).

#### Handlingslogikk og uttrykk

Instrumentelt perspektiv uttrykkes gjennom formålstjenlige handlinger og kalkulererte vurderinger av tilgjengelige virkemidler. Dette sees opp mot hva konsekvensene vil være i de ulike alternativene.

Perspektivet kan også uttrykkes ved at organisasjonsstrukturen er utformet som mål-middelvurderinger, noe som vil virke bestemmende på de ansattes handlemåte. Måten perspektivet kommer til uttrykk på kan likevel være ulikt for forskjellige organisasjoner og også ulikt innad i den enkelte organisasjonen. Perspektivet er formålsrasjonelt og kan berøre både virkningen av organisasjonsstrukturen og selve prosessen for å nå målet (Christensen et al., 2020, s. 34).

Det instrumentelle perspektivet ser organisasjoner som et redskap og verktøy som en leder kan disponere. Rasjonaliteten ligger i den allerede etablerte organisasjonsstrukturen som kan legge begrensninger på det individuelle handlingsrom. Perspektivet er basert på mål-middel rasjonalitet og handlingslogikken i perspektivet er basert på konsekvenslogikk. Det gir evnen til å lære av erfaringer, gi kapasitet til å realisere bestemte mål og forutsi fremtidige konsekvenser av handlingene som utføres (Christensen et al., 2020, s. 12-14).

### 2.5.2 Institusjonelt perspektiv - Kulturperspektivet

#### Lederskap

Lederskap i kulturperspektivet er preget av ledelse mer enn styring. Kulturperspektivet problematiserer gjerne de instrumentelle forutsetningene og fremhever de mulighetene og eventuelle begrensningene som ligger i etablerte kulturer og tradisjoner. Lederskapet er mer personorientert enn systemorientert, og kan forbindes med fagledelse. For å oppnå legitimitet handler leder utfra den kulturelle ballasten den har fått gjennom erfaringene i organisasjonen (Christensen et al., 2020).

Lederskap i institusjonelle organisasjoner har en todelt rolle. På den ene siden, skal de forvalte de tradisjonelle rammebetingelsene i organisasjonen slik at de etablerte normene og verdiene blir beskyttet, vedlikeholdt og utviklet. På den annen side, skal leder bidra til

endring. Det kan gi rom for lederen til å opptre med en viss grad av selvstendighet (Christensen et al., 2020).

Et kulturelt lederskap behøver ikke å være et formelt lederskap, men det kan være enklere å utøve et slikt lederskap fra hierarkisk høye posisjoner. Kulturelle ledere kan også være vanlige ansatte i en organisasjon uten formell lederrolle, men de utøver uformell ledelse som følge av høy faglig kompetanse, status eller personlig egnethet. Uansett vil en leder som er bevisst den kulturelle ballast opparbeidet gjennom en karriere i organisasjonen, bidra til legitimitet i lederskapet som praktiseres (Christensen et al., 2020, s. 66).

### Organisasjonsstruktur

Organisasjonskultur forbindes med de uformelle normene og verdiene som har utviklet seg over tid og som har betydning for livet i og virksomheten til organisasjoner. Strukturen er ikke formell slik som i det instrumentelle perspektiv (Christensen et al., 2020, s. 52).

Organisasjonskultur kan beskrives som «noe som sitter i veggene», noe som ansatte internaliserer til og lærer over tid, noe de må sosialiseres til. Kultur er en del av organisasjonens sjel. Kulturen i organisasjoner utvikler seg over tid og blir påvirket av indre og ytre press (Christensen et al., 2020, s. 59).

### Handlingslogikk og uttrykk

Sett fra et kulturelt perspektiv vil en ikke i beslutninger handle ut ifra nøye kalkulerede pro-et contra argumenter. Handlingslogikken kan best beskrives som «passende logikk», en handler ut ifra akseptabel og fornuftig adferd. I instrumentell handlingslogikk var målene gjerne gitt, mens mål i det kulturelle perspektiv vokser gradvis fram og det utvikles normer, verdier og identiteter over tid (Christensen et al., 2020, s 54).

De kulturelle og uformelle reglene er primært rettet mot fortiden i motsetning til de instrumentelle som er mer framtidsrettet. Lederen tar beslutninger basert på tidligere erfaringer, andres erfaringer eller hvilke prioriterte normer og verdier som er vurdert som viktige (Christensen et al., 2020, s. 55).

## 2.6 Oppsummering

Det er presentert to ulike perspektiv som kan brukes for å forstå hvordan sykehuset som offentlig organisasjon fungerer, det instrumentelle- og institusjonelle perspektivet. Styring og ledelse i offentlige virksomheter belyses før mer særegne trekk ved sykehuset som offentlig organisasjon presenteres. Sykehuset kan beskrives som en multifunksjonell organisasjon da de



står overfor varige og uløselige spenninger. Det er ikke alltid er enkelt å finne enkle og gode løsninger. Videre forklares ytterligere kompleksiteten i organiseringen av sykehuset gjennom begrepet «sykehusets floker» (Kjekshus, 2017).

## 3. Metode

### 3.1 Forskningsdesign – kvalitativ dokumentanalyse

I en tidlig fase må en ta stilling til hva og hvem som skal undersøkes, og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres. Dette betegnes som forskningsdesign. Design i forskning starter med en problemstilling og videre «alt» som knytter seg til en valgt undersøkelse (Johannessen et al., 2020, s. 259).

Metoden valgt for å belyse studiens problemstilling, er en empirisk studie av de offentlige dokumenter som har relevans for å forstå meningsinnholdet i begrepet «pasientens helsetjeneste». Dokumentanalyse kan både gjøres som en kvalitativ og kvantitativ metode. For denne studien brukes metoden kvalitativt, da jeg søker mening og forståelse i dokumentene.

Et dokument er av viktig betydning da det definerer trekk ved det moderne samfunn vi lever i. Dokumenter er med på å fastslå faktum, definere tema, konkludere i spørsmål eller å etablere nye situasjoner. Dokumenter kan videre bidra til å gi bakgrunnsinformasjon, kontekstualisere og gi historisk innsikt. På den måten kan dokument gi forskeren verdifull informasjon om de historiske røttene til fenomenet det forskes på (Bowen, 2009, s. 28).

Som forsker er målet å være nysgjerrig på dokumentene og hva de ønsker å formidle. Hva sier de, og hvilke effekter ønsker de å oppnå? Hvilken faktisk effekt har de hatt og har? Hva slags ringvirkninger skaper de? Målet er å styrke forståelse av dokumentenes rolle og hvilke betydninger de har ned til praksisfeltet. Det er generelt lett å avskrive dokumenter som «papirer med alt for mange ord uten mening», og ikke ta seg tiden til å se den grunnleggende betydningen de har for utviklingen og utformingen av vårt samfunn. Ord og retorikk i dokumentene kan være kraftfulle virkemidler og ha reelle effekter når det gjelder forming. Metoden valgt har til hensikt å bidra til å undersøke de ulike praksisdimensjonene ved dokumentene, hvordan de både er operative og virkningsfulle (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 153).

### 3.2 Datainnsamlingsprosessen- søk og utvelgelse

Ved oppstarten av prosjektet begynte jeg å gjøre søk på internett. Jeg brukte søkeordet «pasientens helsetjeneste». Jeg begynte ett sted, men opplevde å følge lenker fra nettsted til nettsted. Det var omfattende arbeid, som gjorde at jeg i starten opplevde at det empiriske feltet jeg søkte på ble omfattende. Til tider var det vanskelig å holde søkelyset på hva det var

det jeg ønsket å få svar på. Jeg har underveis gjort flere justeringer av problemstillingen, for å tydeliggjøre forskningens formål. Prosessen var til tider frustrerende og krevende. Det var lett å bli distraheret og utålmodig i leseprosessen av omfattende regjeringsdokument.

Dokumentene brukt for studien har inneholdt informasjon om flere tema innen norsk helsevesen. Studien har tilstrebet å være presis på å hente ut informasjon fra dokumentene som har relevans for problemstilling, lupen har vært på «pasientens helsetjeneste».

På regjeringen sine nettsider, søkte jeg på aktuelt departement, Helse- og omsorgsdepartementet. Jeg kunne videre søke etter dokumenter ved å bruke fanen «dokument». Her kunne søkeområdet filtreres ned til relevant departement, type dokument og ønskelig tidsperiode. Dette studiet vil omfavne perioden fra tidlig 2000-tallet og fram til i dag. Med det som grunnlag ble det derfor ikke behov for å søke tilgang til ytterligere arkiv.

På Oslo Universitetssykehus HF sine nettsider ble hoveddokumentet brukt for dette studiet publisert i januar 2023. Dokumentet ligger på nettsiden til OUS, med offentlig tilgjengelighet, i et elektronisk håndboksystem, eHåndbok. Alle interne prosedyrer og andre styrende dokumenter ved OUS er samlet i dette e-Håndbok systemet. Dokumenter tilgjengelig i e-håndbok systemet er laget for å sikre god styring i sykehuset og støtte for de ansattes arbeid (Oslo Universitetssykehus, 2023).

Gjennom datainnsamlingsprosessen har det blitt etablert et korpus av tekster om aktuelt tema for analysen. Dokumentene er hentet fra Oslo Universitetssykehus HF og Regjeringen sine nettsider. Dokumentene valgt for studien er offentlige dokumenter og med dette offentlig tilgjengelig. Det har ikke vært behov for å søke om innsyn av dokumentene. En av fordelene med dokumentanalyse er tilgjengeligheten til forskningsmaterialet. Det gjør dokumentanalyse til en attraktiv metode for kvalitative studier (Bowen, 2009, s. 31).

Prosjektet har som grunnlag for analyse og drøfting brukt vedtatte helsepolitiske reformer fra tidlig 2000-tallet samt «føringsdokumenter» i form av Stortingsmeldinger over en periode fra 2013 og fram til i dag. Prosjektet har brukt dokumenter av ulik empirisk og kunnskapsteoretisk verdi for analysen. Det har blitt prioritert å bruke tid på å bli kjent med de ulike dokumenttypene som ligger på Regjeringen sine nettsider. Jeg har søkt innsikt i betydning og hvor mye «makt» de ulike dokument har. Dette innebar å ikke kun se det faglige innholdet i dokumentene, men også hvilken hensikt aktuelle dokument hadde. Hvilken dokumentkategori de var i. Var de lovgivende, var det forslag til vedtak eller retningsgivende og førende med ønske om forandring til noe bedre. Hvor tydelige var dokumentene i språket,

hva ville de kommunisere og til hvem. Jo mer tid jeg brukte på å søke, desto mer kjent ble jeg med det empiriske materialet og opplevde å få en bedre oversikt over feltet jeg studerte i. Til eksempel var det av verdi for studien å få innsikt i forskjellen på en melding til Stortinget og en proposisjon. Meldinger til Stortinget (Meld. St.) brukes når regjeringen vil presentere saker for Stortinget uten forslag til vedtak. Meldingene er en rapport til Stortinget innenfor et spesielt fagfelt eller en drøfting av framtidig politikk. Meldingene og behandlingen av dem i Stortinget danner grunnlaget for en proposisjon. Proposisjon (Prop.) brukes når regjeringen ber Stortinget om å fatte bestemte vedtak (Stortinget, 2022).

Dokumenter som videre kunne vært aktuelt å bruke for å skape flere nyanser til studiet, men som da ville krevet søknad om innsyn, kunne vært klagesaksbehandling fra pasienter og pårørende, brukerundersøkelser hvor tema er relatert til aktuell problemstilling.

### 3.3 Analyse av dokumenter

I studiet er dokumentene ansett som felt å forske i. Jeg har gjort feltarbeid i dokumenter. På denne måten har studien fordypet seg i dokumentene for å lete etter det som skjer i dem og hva de gjør med saker videre i vårt samfunnssystem. Målet har ikke vært å ikke gi et resyme av innholdet i dokumentene, men å finne grepene dokumentene selv tar for å etablere saker (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 172). Ved å bruke kun dokumenter i en studie bør en som forsker ikke ha et naivt blikk på dokumentene. Forskeren kan ikke kun «lift words» fra dokumenter inn i sin egen studie, men må være bevisst på å etablere en mening om dokumentene og hva dokumentene kan tilføre for å besvare aktuell problemstilling (Bowen, 2009, s.33).

Ved håndtering av dokumenter er to prinsipper sentrale, grundighet og presisjon. Jeg forsøkte fra start å etablere gode vaner. Flere av dokumentene var omfattende i størrelse, og jeg valgte å skrive skrev dem ut på papir for å enklere kunne kategorisere, sortere og gå tilbake i dokumenter gjentatte ganger.

Det første steget etter å ha funnet data materialet for studien, var en mer inngående leseprosess. Jeg startet med å lokalisere hva som var viktig informasjon for å besvare studiens problemstilling. For hvert at dokumentene trakk jeg ut aktuell informasjon og la dette inn i ett eget notat for analysen, kategorisert på årstall, tema og type dokument. Videre gikk jeg inn på en mer tematisk basert analyse. Jeg leste gjennom uthentet informasjon, forsøkte å finne sammenhenger og hvordan fenomenet, pasientens rolle i helsevesenet, utviklet seg over tid. Jeg har studert teksten og setninger for å finne aktuelle fokusområder i dokumentet. Det ble brukte ulike fargekoder i analysedokumentet for å gjøre det mer synlig for meg selv i

dokumentene hva som var likt, hva var nytt. Det ble på denne måten enklere å se på utviklingen av fenomenet. Samtidig underveis i prosessen har jeg notert flere spørsmål som vil være aktuell for analysen. Jeg gikk gjentagende tilbake i datamaterialet for å sikre at uthentet informasjon ikke var blitt tatt ut av sin kontekst i dokumentet (Bowen, 2009, s.33). En må se informasjonen i sin kontekst (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 182).

Det er ulike tilnæringsmåter for å analysere dokumenter. For studien har jeg valgt å tilnærme dokumentene ved å se på dokumentene som; *verktøy, sted, tekst, sak og bevegelse* (Asdal & Reinertsen, 2022).

Ved å nærme seg dokumentene som steder og verktøy kan en undersøke det som skjer med og rundt dokumentene, mens ved å tilnærme seg teksten vil en kunne zoome nærmere inn på dokumentene i seg selv. Ved å studere sak og bevegelse vil studien kunne besvare hvordan dokumentene er innvevde i konkrete saker og er del av større samfunnsprosesser (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 80).

### 3.3.1 Dokumentverktøy

Dokumenter kan være redskaper for å få noe til å skje, for å realisere mål og strategier og for å sette en sak i bevegelse. En kan se på dokument som en form for teknologi. Et menneskeskapt redskap for å muliggjøre en spesifikk handling. Regjeringsdokumenter er sentrale verktøy for styring og endring av samfunnet vårt. Ved å ha en slik tilnæringsmåte kan en besvare hvordan politikk og forvaltning fungerer i praksis. Hvordan en sak blir til og hvordan noe endrer seg, se hvordan «det nye» kommer til. En slik tilnærming vil videre kunne gi innsikt i hvilken rolle dokumentene spiller i det større bildet – hva dokumentene gjør og muliggjør (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 48-50).

For dette forskningsprosjektet er et av målene å finne ut hvordan politikken fungerer, politikk i praksis. Hvor dokumentene har sin plass og hvilken rolle de har. Asdal og Reinertsen (2022) kaller dette for politikken teknologier og framhever det praktiske, aktive og handlingsorienterte i dokumentene. «Dokumenter påpeker, formulerer, foreslår, bestemmer, flytter en sak i en bestemt retning og fra et sted til et annet» (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 53).

Noen dokumentverktøy er omfangsrike, styrende og kraftfulle, som til eksempel Statsbudsjettet, mens andre kan være mindre verktøy, til eksempel faglige rapporter i form av Stortingsmeldinger. Som forsker for denne oppgaven er det spennende å se hvordan disse

store og mindre verktøyene fungerer sammen i samfunnet for å muliggjøre endringer innen helsesektoren, med «pasientens helsetjeneste som tema». Hvilken rolle spiller de ulike dokumentene i denne konteksten og situasjonen de befinner seg i (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 58).

### 3.3.2 Dokumenter som steder

Dokumenter kommer fra konkrete steder, men er ofte på vei til ett annet. Dokumenter knytter steder sammen. Steder kan være fysiske og digitale. De kan finnes i arkiver, på nett eller i organisasjoner. Dokumenter i organisasjoner er med på å utgjøre en viktig del av fundamentet og arbeidshverdagen til de som utøver sitt virke der. De former stedets hverdag og rytme. Det er ikke stedet selv en skal analysere, men en skal tenke på dokumentanalyse som en form for feltarbeid eller etnografisk metode for å komme i dybden av dokumentene ved de ulike stedene. Altså en metode som gjør at vi kan bruke dokumenter til å studere praksis. Dette for å gi innsikt til å forstå det «stedsspesifikk» ved en institusjon, institusjonell etnografi. Ved å gjøre organisasjonsstudier med denne framgangsmåten, vil en som forsker kunne få en bedre forståelse av både organisasjonen i seg selv og hvordan dokumentene påvirker prosesser i organisasjonen (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 31-43).

Ved å gjøre feltarbeid i dokumentene anser en dokumentene som sentrale i seg selv, ikke kun som kilde til noe (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 171).

### 3.3.3 Dokumenttekster

Ved en tilnærming til teksten, kan en ikke kun tenke tekst som skrift, som ord vi kan lese. Tekst er mye mer enn skrift og vi trenger derfor et utvidet begrep om tekst. Vi kan definere begrepet tekst som «tegn som kan fortolkes» (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 83).

Dokumenter inneholder tegn som er satt sammen til lengre tekster, de får en form og en stil. For å analysere forskjellene i dokumentene og deres betydning kan det være nyttig å bruke begrepet sjanger. En sjanger er «fellestrekk i form, innhold og funksjon». Ved å se på sjanger kan en se dokumentene i en større kontekst. En sjanger er alltid en del av en sosial situasjon, måten sjangeren fungerer på er avgjørende for hvordan dokumentene blir tolket og oppfattet. En sjanger bryter inn i verden og virker på sine omgivelser (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 83-84).

Et dokument har en avsender og en mottager og en del av analysen er å se på hvordan dokumentene forsøker å overtale sine lesere. Som forsker kan en stille spørsmål til teksten. Hva skjer i teksten? Hvilke effekter har det? Hvordan er teksten bygget opp? Hva ønsker teksten å oppnå? Hvordan er selve utformingen og illustrasjonen av dokumentet, hva formidler den av autoritet, verdier og holdninger? For studien kan det gi verdifull informasjon å forstå virkeligheten gjennom tekst og hvordan teksten former vår virkelighet og forståelse av denne (Tjora, 2021, s. 196).

#### 3.3.4 Dokumentsaker

Dokumenter bidrar til å forme selve saken. De bidrar til å sette dagsorden og påvirke utfallet. Dokumenter har betydning utover seg selv og er del av større samfunnsprosesser. Ved denne tilnæringsmåten kan forskningen tilnærme seg hva som er forhistorien til «pasientens helsetjeneste» og hvordan Oslo Universitetssykehus møter målsetningen. Noen dokumenter er ikke like handlende, de er laget for å etablere en sak. Andre dokumenter er mer aktive. De etablerer saken, men de bidrar også til å realisere saken. En kan videre tilnærme seg dokumentene ved å se på «tekstlige transformasjoner» og hvordan dette er med på å forme eller endre saken underveis for å tilpasse seg videre saksforløp.

Ved denne tilnæringsmåten følger jeg saken fra hvordan den oppstår i utgangspunktet, hvordan den utspiller seg og endrer seg underveis (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 109).

#### 3.3.5 Dokumentbevegelse

Saken som er etablert i et dokument, er et sluttprodukt, et resultat av en prosess. Men dette er også starten på noe nytt. Vårt samfunn er bygget på at dokumenter forflytter seg rundt og setter noe i gang. De skaper nye kjeder av dokumenter som vi kan følge, slik dette forskningsprosjektet skal følge de politiske styringsdokumenter og hvordan de er knyttet sammen med Oslo Universitetssykehus HF sine egne dokumenter.

Offentlige dokumenter følger fastlagte ruter, mellom storting og regjering, og mellom borger og stat. Hvilken reiserute tar dokumentet og på hvilken måte blir dokumentet forvaltet av mottager. Regjeringsdokumenter er «maktens og statens tekster», og kan bidra til at komplekse offentlige institusjoner som OUS HF kan oppleve avmakt og villrede (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 129).

### 3.4 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Kvalitet i kvalitativ forskning krever at en som forsker er bevisst flere faktorer. Det finnes krav til hva som regnes som god kvalitativ forskning. Disse kravene er med på å stille spørsmål rundt hvordan forskningsopplegget er gjennomført og for å vurdere om en kan anse forskningen som god. Jeg vil redegjøre for reliabilitet, validitet og overførbarhet.

#### Reliabilitet

Studien har innhentet omfattende datamateriell over en lengre periode, noe som kan være med å styrke studiens reliabilitet og validitet. Reliabilitet eller pålitelighet handler om målsikkerheten til undersøkelsen. For å sjekke dette kan en stille seg spørsmålet, om en ville fått samme resultat om studien hadde blitt gjennomført igjen. Ved samsvar mellom flere datakilder, vil være tegn på høy pålitelighet. For denne studien har en sett at funn i studiet samsvarer med samfunns tendenser en ser i til eksempel andre land i Europa. Det kan være tegn på pålitelighet.

En av betingelsene for gyldighet i studien er reliabilitet, og den kan styrkes om fremgangsmåten i studien er transparent. Det innebærer å være tydelig på hvilken data som brukes, hvordan de samles inn og hvordan de bearbeides (Johannessen et al., 2020). Det har vært viktig å gjøre rede for hvordan datainnsamlingsprosessen har foregått. Innhenting av datamaterialet, behandlingen av det og selve undersøkelsesprosessen. For å styrke studiens pålitelighet er det foretatt en systematisk utvelgelse av datamaterialet som er gjort rede for under søk og utvelgelse. Videre vil studiens resultat være mulig å etterprøve, da datamaterialet er av offentlig tilgjengelighet (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 214).

#### Validitet

Validitet eller gyldighet forklares som hvor godt eller relevant dataene representerer fenomenet en søker svar på (Johannessen et al., 2020). Med utgangspunkt i oppgavens problemstilling, hvor formålet var å besvare meningsinnholdet i begrepet «pasientens helsetjeneste» og på hvilken måte OUS HF møter målsetningen, kan en stille spørsmål om utformingen og funnene er et godt nok grunnlag for å besvare problemstillingen.

I denne studien har det vært offentlige politiske dokument fra Regjeringen, og Helse- og omsorgsdepartementet sine nettsider, samt Utviklingsplan OUS mot 2040, som har vært en direkte kilde til informasjonen som søkes besvart.



Å gjøre en dokumentanalyse innebærer flere stadier. Først ble det gjort skumlesning av dokumentene, en lett overfladisk undersøkelse. Det ble videre gjort en nøyere gjennomgang av materialet og til sist tolkning. En slik prosess kombinerte elementer fra både analyse av innhold og tematisk analyse.

Innholdsanalyse er en prosess der jeg organiserte informasjon i kategorier relatert til de spørsmål som er sentrale for å belyse problemstilling. Som forsker var det av betydning å kunne evne å identifisere relevant informasjon i dokumentene og skille den fra det som viser seg å være irrelevant for studien. Ved å være bevisst en slik prosess, kan det ha bidratt til økt validitet da det ikke blir påvirket av bias utvelgelse av dokumenter (Bowen, 2009, s. 28).

Ved å gjøre en tematisk analyse, var det en form for mønster gjenkjenning av datamaterialet. En slik prosess krevde en fokusert og nøysom studie av dokumentene ved å lese dokumentene flere ganger og videre «kode» dataene i ulike kategorier. Formålet var å lokalisere funn av betydning for fenomenet jeg søkte svar på i problemstillingen for studiet. Ved å ha en bevissthet i analyseprosessen, mener jeg det kan bidra til økt validitet (Bowen, 2009).

Videre kan en si at dokumenter er ikke-reaktive, de har ikke blitt påvirket av selve forskningsprosessen. Refleksivitet innebærer at en som forsker er bevisst i forhold til egen påvirkning og subjektivitet. Ved dokumentanalyse vil slik påvirkning trolig være av mindre grad. Dokumenter er stabile og kan derfor studeres flere ganger. De kan bidra til å gi en bred oversikt over et fenomen og gjerne se det over lang tid. På den annen side, kan min relasjon til Oslo Universitetssykehus HF, være en kilde til at subjektive holdninger og verdier vil kunne påvirke analysen av forskningen. Det har derfor vært viktig å beskrive prosessen for valg av dokumenter og beslutninger tatt underveis i prosessen. Studien har kun brukt offentlig tilgjengelige dokumenter, samtidig som jeg har valgt datamateriale helt tilbake til tidlig 2000-tallet. Det var viktig for å gi forskningen en bredere kontekst og helhetlig forståelse av myndighetens søkelys på pasientens rolle i helsevesenet med tanke på validitet (Bowen, 2009).

For dette prosjektet kan gyldigheten påvirkes av at jeg ikke har gjort kombinert kvalitativt studie. Til eksempel kombinert dokumentanalyse med intervju (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 250). Det kunne skapt økt validitet for studiet og kombinert kvalitativt studie, da dokumentene uansett ikke kan fortelle hele virkeligheten. Dokumentene er offisielle og må være legitime, gjerne konsensuspregede og lojale med den politiske forståelse. Det kan i virkeligheten være ulike meninger om og erfaringer med den virkeligheten som beskrives i de

offentlige legitime dokumentene. Dokumentene kan videre tolkes ulikt avhengig av personen som leser dokumentet. Ved å bruke ulike metoder, kunne studien ha understøttet funn på tvers av datainnsamlingen og på den måten redusert mulig bias som kan oppstå i enkelte studie (Bowen, 2009, s. 28). Intervju med interesse- og brukerorganisasjoner samt fagbevegelsen kunne derfor vært med på å gi studien flere nyanser, et bredere perspektiv og med det sikret forskningens troverdighet ytterligere.

#### Overførbarhet

Resultatene fra denne forskningen kan ha en overføringsverdi til liknende fenomener. Dette studiet belyser en typisk endringssituasjon i offentlig sektor. Oslo Universitetssykehus HF vil i framtiden bli utfordret med nye politiske målsetninger og føringer. En innsikt som dette forskningsprosjektet gir er hvordan politikk og praksis henger sammen. Resultatet vil derfor kunne ha en overføringsverdi til andre liknende fenomener (Johannessen et al., 2020, s. 253).

### 3.5 Oppsummering

Ethvert dokument er selve resultatet av ett konkret og håndfast arbeid. Dokumentet er noe som er nedtegnet av en grunn og det er relasjonelt, i den forstand at det knytter seg til noe utenfor seg selv. Dokumentet fungerer som en forbindelse til verden. De kan være viktige styringsredskap og de kan gripe inn i og forandre sine omgivelser og kontekster (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 13-15). En fordel med dokumentanalyse som metode er at det kan være en effektiv form for innsamling av data siden en er avhengig av innsamling av eksisterende data, i motsetning til eksempelvis et kvalitativt intervju, hvor prosessen med å skaffe nødvendig datamateriale kan være langt mer tidkrevende. Videre kan ulempen med metoden være at dokumentene i noen tilfeller ikke vil kunne gi nok informasjon til å kunne besvare forskningsspørsmålet. Dette er en bevissthet forskeren må ta med seg i forskningsprosessen (Bowen, 2009).

## 4. Presentasjon av funn og analyse

I studiet har jeg søkt svar på problemstillingen;

*På hvilken måte møter Oslo Universitetssykehus HF den politiske målsetningen «pasientens helsetjeneste»?*

Jeg har videre undersøkt disse forskningsspørsmålene:

- Hvilket meningsinnhold knytter seg til «pasientens helsetjeneste»?
- På hvilken måte vil målsetningen berøre forholdet mellom profesjon og pasient?
- På hvilken måte møter OUS HF målsetningen innenfor de rammene av styrings- og ledelsesmodeller de opererer innenfor, for å realisere målsetningen?

Kapittelet er delt opp i to hoveddeler. I første del av analysen blir empiriske funn av begrepet «pasientens helsetjeneste» drøftet. I andre del blir funn av hvordan Oslo Universitetssykehus HF møter målsetningen drøftet gjennom en organisasjonsteoretisk tilnærming.

### 4.1 Pasientens helsetjeneste

For å besvare første del av problemstillingen, «*pasientens helsetjeneste*», og videre hva meningsinnholdet i begrepet er, har det vært nødvendig å ikke kun se på dagens helsepolitiske dokumenter. Det var av verdi og se på dokumenter tilbake i tid. Jeg ønsket å se på den helsepolitiske utviklingen fram til begrepet «pasientens helsetjeneste». I det instrumentelle perspektivet bruker en offentlige organisasjoner, til eksempel sykehus, som redskaper for å oppnå mål som anses som viktige for samfunnet. Analysen vil belyse på hvilken måte myndighetene og OUS HF balanserer det instrumentelle og det institusjonelle perspektivet for å realisere målsetningen.

#### 4.1.1 Myndighetenes tydeliggjøring av pasientens rolle

For å forstå meningsinnholdet i begrepet, pasientens helsetjeneste, startet studien med å fordype seg i sentrale helsepolitiske dokumenter. De ble funnet på Regjeringen sine nettsider fra perioden på tidlig 2000-tallet.

Perioden på tidlig 2000-tallet kan betraktes som en reformtopp innen helsevesenet.

Pasientrettighetsloven ble vedtatt i 1999 og trådte i kraft 2001. Lovens formål var å bidra til

lik tilgang på kvalitet i tjenester ved å gi pasienter rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Loven skulle bidra til å fremme tillit mellom pasienten og helse- og omsorgstjenesten. Den skulle fremme trygghet og respekt for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1).

Innunder denne loven kom også retten til fritt sykehusvalg. Det ble sett på som en av de viktigste nye rettighetene til pasienten. Fritt sykehusvalg omfattet ikke kun de offentlige sykehusene, men også private sykehus som hadde avtaler med regionale helseforetak (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-4).

Spesialisttjenesteloven, med ikrafttredelse 2001, kom samtidig med pasientrettighetsloven. Lovens formål var å fremme folkehelse, sikre likeverdige og gode tjenestetilbud. Ressursene i sektoren skulle utnyttes best mulig. Loven skulle bidra til at helsetjenestene var tilpasset pasientens behov og sikre at tjenestene var tilgjengelig for alle (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §1-1).

I Prop. nr 1 (2002-2003), del 1, presenteres regjeringens verdigrunnlag og mål for en helhetlig helsepolitikk. Her står det: «Regjeringen setter pasienten i sentrum for sin helsepolitikk. Nærhet, likhet og kvalitet skal være idealet for helsetjenesten. Informasjon, kvalitetssikring og medbestemmelse er nødvendig for riktig og effektiv behandling, og for pasientens trygghet. Fokus i helsepolitikken skal dreies mer i retning av forebyggende helsearbeid».

Ser en Pasientrettighetsloven og Spesialisthelsetjenesteloven sammen med verdigrunnlaget Regjeringen presenterer i St.prp. nr 1, (2002-20023) del 1, kan ikke studien se at pasientens og pårørendes rolle direkte blir omtalt. I dokumentene vektlegges rollen helsevesenet skal ha rundt pasienten og viktigheten av samarbeid i helsetjenesten. Søkelyset skal dreies mot forebyggende helse.

Den neste store reformen i helsesektoren kom i 2012, Samhandlingsreformen. Reformen er også den siste av de store reformene som har vært i helsevesenet.

Samhandlingsreformen hadde tittelen «Rett behandling – på rett sted - til rett tid» og var ment å være en koordinerings- og retningsreform (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

Reformen ble vedtatt i 2009. Bakgrunn til reformen var at sentrale helsepolitiske myndigheter ikke hadde tro på at problemene i Helse-Norge utelukkende kunne løses ved forsterket finansiering. De sosioøkonomiske utfordringene vi stod ovenfor med tanke på eldrebølgen og behovet for økte ressurser i helsetjenesten betydde at man måtte begynne å tenke nytt. OECD, som er en internasjonal organisasjon for økonomisk samarbeid og utvikling, registrerte at

Norge var ett av landene i OECD som brukte flest offentlige helsekroner per person. Vi fikk i midlertidig ikke igjen tilsvarende god helse (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). I forordet til Samhandlingsreformen, signert av daværende Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen, står det:

«Vi må bli flinkere til å styre de nye pengene som kommer inn i helsetjenesten. Min påstand er at mye penger brukes feil i helsetjenesten. Vi møter ikke framtida ved å bruke enda mer penger feil. Fremdeles skal mye og mer penger gå til spesialisthelsetjenesten. Sykehusene skal være hjørnestein i helsetjenesten. Men vi må våge å tenke nytt. Det betyr å satse på forebygging framfor reparasjon, og sørge for insentiver som setter kommuner i stand til å tilby de helsetjenestene som innbyggerne trenger» (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s.3).

Samhandlingsutfordringer hadde vært en kjent problemstilling gjennom tiår allerede. Det hadde vært fortløpende utviklingsarbeid for å møte utfordringene. En av utfordringene Samhandlingsreformen belyser er fragmenterte tjenester i helsesektoren. Store deler av spesialisthelsetjenesten både i sin organisering og sin funksjon, var preget av målet om medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten derimot hadde søkelys på pasientens funksjonsnivå og mestringsevne. For pasienten er det en gjensidig avhengighet mellom de to målformuleringene. Forskjellen i målforståelsen i sektoren kan bidra til samhandlingsproblemer da det påvirker kommunikasjonen mellom tjenester i sektoren og hvilke problemstillinger som vektlegges. Dette er med på å skape fragmenterte og dårlig koordinerte tjenester for pasienten (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 13).

Wisløff-utvalgets rapport «Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste», hadde videre bidratt med en bred analyse av problemstillingen med samhandling. Utvalget hadde lagt fram flere ulike enkeltstående tiltak. Samhandlingsreformen skilte seg derimot fra Wisløff- utvalgets rapport ved de strukturelle grep som ble vektlagt for bedre samhandling. Det primære siktemålet med St.meld. nr. 47 (2008-2009) var å legge fram forslag på hvordan hensynet til samhandling bør påvirke retningen for videre utvikling av helse- og omsorgssektoren. Et av hovedgrepene i reformen var en tydeligere pasientrolle. Samhandlingsreformen var klar på at pasienten og brukeren skulle være mer i fokus og begrepet pasientforløp blir presentert (St.meld. nr. 47, s.14-21).

I Samhandlingsreformen er pasientforløp beskrevet slik; «Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes av at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov» (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 15).

Gode pasientforløp skulle bli en felles referanseramme for alle aktører på tvers av helsesektoren for å sikre en tydeligere avklaring av ansvarsoppgaver. Det ble videre vektlagt at det arbeidet som allerede var gjort med pasientmedvirkning ved de ulike tjenestestedene, til eksempel brukerrådene i helseforetakene, skulle bli opprettholdt og videreutviklet. Samtidig skulle det aktivt arbeides med hvordan pasientene og deres organisasjoner i større grad kunne trekkes inn i arbeidet med struktur- og systemtiltak. Dette som tiltak rettet inn mot å utvikle bedre helhetlige pasientforløp (St.meld. nr. 47, (2008-2009), s. 14).

Samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47 (2008-2009), fremlegger derfor at samhandling bør være helse og omsorgssektorens viktigste utviklingsområde. Reformen skal sikre framtidig helse og omsorgstjenester som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som svar på de store samfunnsøkonomiske utfordringene. En sentral del av arbeidet med reformen var å finne systemtiltak som har forankring i, og rettet inn mot helheten i pasients behov. Også når disse går på tvers av forvaltningsnivåer eller organisatoriske grenser. Ansvar for å sørge for spesialiserte tjenester til pasienten er lagt til de regionale helseforetakene, som OUS HF, mens ansvaret for allmennhelsetjenesten og omsorgstjenester er lagt til kommunene. Disse helsetjenestene er i utpreget grad søyleorientert, med parallell og vertikal organisering. De drives og ledes derfor i stor grad med sikte på å gi gode helsetjenester isolert sett. På den måten bidrar strukturen til at samarbeidet mellom tjenestenivå blir utfordrende (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 47).

Kapittel 5 i St.meld. nr. 47 (2008-2009), heter «Pasientrolle og pasientforløp». I kapitlet utdypes retningen helsepolitikken ønsker for pasientens rolle i helsevesenet. Regjeringen skal ha pasientens integritet og behov som utgangspunktet for helse- og omsorgstjenestens eksistens. Medvirkning og pasientmakt skal økes og bli mer reell. Det står i dokumentet at «Pasienten har utviklet seg fra å være passivt mottagende til å bli langt mer aktivt medvirkende, og til dels etterspørrende og krevende» (St.meld. nr.47 (2008-2009), s. 51). Pasienten har gjennom blant annet internett fått større tilgang til kunnskaper om egen helse og hvilke behandlingstilbud som finnes. Dokumentet presiserer at pasienter som medvirker i planlegging og oppfølging av helsehjelp, er bedre i stand til å mobilisere egne ressurser.

Pasienten skulle være i sentrum for samhandling gjennom pasientforløp (St.meld. nr.47 (2008-2009), s. 51).

Gjennom Samhandlingsreformen viser helsepolitiske myndigheter på den ene siden, at de er bevisst verdien av å trekke pasienten og deres brukerorganisasjoner inn i arbeidet med struktur og system. Til eksempel i utarbeidelsen av pasientforløp. Forløpstenkingen hadde som formål, å bidra til at alle systemer og tjenester i sektoren ble rettet inn mot å hjelpe slik at den enkelte selv mestrer sitt liv gjennom egenmestring i størst mulig grad.

På den annen side, viser studien at de helsepolitiske myndigheter gjennom dokumentet, Samhandlingsreformen, ikke legger fram konkrete tiltak for å tydeliggjøre en klarere pasientrolle. I reformen presenteres tiltak rette mot struktur og behov for samhandling for å sikre helhetlige pasientforløp og koordinerte helhetlige helsetjenester. Det kommer ikke tydelig fram i styringsdokumentet konkrete tiltak for tydeliggjøring av en klarere pasientrolle og involvering av pasient og pårørende. Til eksempel står det i dokumentet under beskrivelsen av «Hovedgrep 1: Klarere pasientrolle: Gitt de utfordringer som helsetjenesten står overfor, vil det bli en viktigere del av helsepolitikken å legge til rette for det ansvar som befolkningen må ta for egen helse» (St.meld. nr.47 (2008-2009), s.14-15).

Det står videre at: «Et viktig element omkring arbeidet med pasientrolle, og særlig knyttet til den vekt som nå skal legges på forebygging, er hvordan det kan finnes gode former for også å sette fokus på befolkningens ansvar for egen helse og helseutvikling» (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s.26). «Arbeidet med denne problemstillingen, og hvordan innfallsvinkelen bør inngå i den helhetlige helsepolitikken, må skje i dialog med pasient- og brukerorganisasjoner. Det vil bli invitert til at dette blir ett av temaene i kommende dialoger mellom myndigheter og organisasjoner» (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 26).

Dokumentet kan antas være ment til å formulere, foreslå og flytte en sak i en bestemt retning. Helsepolitiske myndigheter adresserer et behov for avklaring. Dette kan samsvare med det som står innledningsvis i Samhandlingsreformen, at reformen var ment som en koordinerings- og retningsreform.

Trenden en ser med en tydeliggjøring av pasients rolle skjer ikke kun i Norge på denne tiden. Det er en del av en trend som var gjenkjennelig også i andre land i Europa. Tilbake i 2007 var «Personalized public services» en viktig del av innenriks politikken i UK. Det skapte store debatter rundt hvor «personalized» de offentlige tjenestene skulle være. Å skulle gi foreldre, pasienter og andre brukere innflytelse over hvordan de offentlige tjenestene ble levert, kunne

bety å gi dem en stemme gjennom deltakende styreformer eller flere valgmuligheter. På den ene siden, hevdet myndighetene at en slik markedsorientert retning kunne legge press på offentlig sektor, noe som igjen kunne bidra til å løfte sektoren positivt. På den andre siden, siden var myndighetene skeptiske og bekymret for at en slik markedsføring kunne føre til konkurranse som videre kunne svekke velferdsstaten (Clarke et al., 2007).

#### 4.1.2 «Pasienten i sentrum» vs. «Pasientens helsetjeneste»

Begrepet «pasientens helsetjeneste» ble første gang presentert som en målsetning i det som ble et sentralt dokument for denne studien, regjeringens Stortingsmelding «Kvalitet- og pasientsikkerhet 2013», godkjent i Statsråd 2014 (Meld. St. 11 (2014-2015)).

Dokumentet er en årlig rapport, en Stortingsmelding. Hensikten med Stortingsmeldingene, «Kvalitet- og pasientsikkerhet», er ifølge Regjeringen å bidra til en bred og åpen diskusjon om status og utfordringer i norsk helsetjeneste. Som grunnlag for Stortingsmeldingen innhentes årsmeldinger og rapporter fra pasient- og brukerombudene, Statens Helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Statens undersøkelseskommissjon og Helseatlas samt nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer.

For dette studiet har de årlige Stortingsmeldingene vært viktige dokument med tanke på å tydeliggjøre «pasientens helsetjeneste». I første Stortingsmelding som kom tilbake i 2014 var «Pasientens helsetjeneste» første overskrift du leser i dokumentet. Det står: «Regjeringens mål er å skape pasientens helsetjeneste. Vi vil flytte makt fra systemet til pasienten» (Meld. St. 11 (2014-2015), s.5).

De årlige Stortingsmeldingene til Helse- og omsorgsdepartementet, «Kvalitet- og pasientsikkerhet», har til hensikt å være en del av kunnskapsgrunnlaget for arbeidet med handlingsplaner og strategier for helsemyndighetene. Dokumentene kan med dette bli sett på som kunnskapsverktøy, et slags redskap for myndighetene. Ved å se på dokument som en form for verktøy eller teknologi, et menneskeskapt redskap som er med på å forme hvordan en sak blir til, kan Stortingsmeldingene være med på å flytte en sak i en bestemt retning. Dokumentet er ikke i seg selv omfattende i størrelse, slik Samhandlingsreformen kan sies å være, men selv mindre dokument kan med dette vise seg å være like viktige i å muliggjøre endringer i helsesektoren (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 48-50).



I «Kvalitet- og pasientsikkerhet 2015» blir forskjellen på begrepene «pasienten i sentrum» som er gjenkjennelig retorikk fra Sykehusreformen, og «pasientens helsetjeneste» tydeliggjort og avklart. I dokumentet står det at:

«Pasientens helsetjeneste handler om at pasienten er en likeverdig samarbeidspartner ved behov for helsehjelp og at tjenesten i større grad organiserer seg og virker ut fra pasientens behov. Stadig flere mennesker lever hele eller store deler av livet med sykdom eller helseutfordringer. Denne erkjennelsen krever en forandring i måten helsetjenesten møter pasienten på. Dette er selve kjernen i pasientens helsetjeneste. Det er her pasientens helsetjeneste skiller seg fra begrepet «pasienten i sentrum» som i større grad forutsetter at pasienten er i sentrum av andres oppmerksomhet» (Meld. St.13 (2016-2017), s. 56).

Gjennom studiet av Meld. St.11 (2014-2015) og Meld. St.13 (2016-2017) kan en se en tydeligere definering av hvilken rolle helsepolitiske myndigheter ønsker for pasienten. Ved å følge «saken», pasientens rolle, har det gjennom studie av Stortingsmeldingene, vist seg at saken har endret seg og utviklet seg underveis. Saken har gått fra å være åpen, noe diffus og utydelig til å bli mer formbart og avklart.

#### 4.1.3 Pasientens helsetjeneste i sykehusene

Studiet har brukt oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til helseforetakene, i tidsperioden fra før Samhandlingsreformen kom i 2012 og fram til i dag. «Pasientens helsetjeneste» ble først gang kommunisert fra Helse- og omsorgsdepartementet, til Helse Sør-Øst, og videre til helseforetaket OUS i 2016. I oppdragsdokumentet fra HOD til Helse Sør-Øst, står det at «Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt og åpenhet, få delta i beslutningene om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres» (Regjeringen, 2016).

Studiet har lokalisert en årsakssammenheng til tidspunktet begrepet «pasientens helsetjeneste» ble kommunisert til helseforetaket. Det kan være relatert til at helsepolitiske myndigheter samme år presenterte det omfattende dokumentet, Nasjonale Helse- og sykehusplan (2016-2019). Samtidig ble meningsinnholdet i begrepet tydeliggjort som tidligere beskrevet i Meld. St.13 (2016-2017), «Kvalitet- og pasientsikkerhet 2015».

Det var første gang siden Staten tok over sykehusene i 2002, at Regjeringen la fram for Stortinget en så helhetlig og konkret plan for utvikling av spesialisthelsetjenesten. Helsepolitiske myndigheter omtaler planen som retningsgivende. Den hadde til hensikt å beskrive og drøfte utviklingstrekk innen helse og omsorg fram mot år 2040. I planen legges det fram et mål om å styrke pasientens helsetjeneste. Planen tydeliggjør at å nå målet om pasientens helsetjeneste vil medføre at helsetjenesten må endre kultur, holdninger, organisering og ledelse. Å mobilisere pasienter og pårørende som endringsagenter ble tydeliggjort som viktig, da de vil utgjøre den drivkraften for fornying og forbedring som helsetjenesten står overfor. Vi går fra profesjonenes helsetjeneste til pasientens helsetjeneste (Meld. St.11 (2015-2016), s.10).

Planen kan sees i sammenheng med tendensen i Norge og verden generelt, med et tydeligere skille mellom politikk og administrasjon, eller bestiller og utfører. Helsepolitiske myndigheter bestiller, helsetjenesten skal utføre. Planen fungerer som overordnet politisk styringsverktøy, som er gjenkjennelig fra en instrumentell tilnærming. Evnen til å ha enten politisk eller sosial kontroll vektlegges. Offentlige organisasjoner og samfunnet generelt kan oppfattes som redskaper eller instrumenter rettet mot å oppnå visse mål som blir regnet som viktige for myndighetene. Dokumentet opererer formålsrasjonelt for å sikre at resultatet blir som ønsket (Christensen et al., 2020, s. 34).

#### 4.1.4 Språklige og visuelle virkemidler

Byråkratisk språk er Statens og maktens språk. Et slikt språk kan være krevende for leser å ta inn. I Nasjonal Helse- og sykehusplan (2016-2019) kan teksten i dokumentet oppfattes å være presist og effektivt, men også noe mer «folkelig» enn teksten i tidligere reformer brukt i studiet. Helsepolitiske dokumenter fra tilbake på tidlig 2000-tallet analysert i studien, har vært skrevet med et mer tradisjonelt byråkratisk språk. Noe som kan være omstendelig og forvirrende for leseren utenfor byråkratiet. Det står i Nasjonal Helse- og sykehusplan (2016-2019), at «Vi må handle nå for å sikre en bærekraftig utvikling. Omstillingstakten må økes sammenliknet med tidligere år. Det er et ansvar vi ikke kan fraskrive oss» (Meld. St. 11 (2015-2016), s. 25). Språket i Nasjonal helse- og sykehusplan er direkte og tydelig og det oppleves som et forsøke på å nå leseren på en mer «jordnær» måte. En slik framgangsmåte kan tolkes som at helsepolitiske myndigheter kan ha et mål om å skape engasjement hos

mottager. Med en mer «jordnær» tilnærming kan myndighetene skape engasjement for endring og en oppfatning av at endring er nødvendig (Jacobsen, 2018, s. 179).

Et dokument har en avsender og en mottager og en del av analysen av dette dokumentet har vært å studere hvordan dokumentet forsøker å overtale sin leser, eller mottager. Setningen referert over skaper en opplevelse av noe mindre uformelt, og det skjer noe med leseren ved valg av disse ordene. Tekst i dokument kan sette i gang noen innvendige prosesser hos mottager, og ordene kan aktivere leseren av dokumentet (Asdal & Reinertsen, 2022).

I den siste Nasjonale helse- og sykehusplan (2020-2023), videreføres målsetningen om å skape «pasientens helsetjeneste». Språket er også her lett forståelig og kan nå fram til målgruppe også utenfor byråkratiet. I dokumentet står det at:

«Å realisere pasientens helsetjeneste krever mye av mange. Ansvar for å nå målene i Nasjonal helse- og sykehusplan deles av flere. Regjeringen og Stortinget må sette mål og stille ressurser til disposisjon, helseforetak og kommuner må utvikle og levere tjenestene, ledere må gjennomføre endringer og utvikle kompetansen, den enkelte ansatte må utvikle egen kompetanse og delta i forbedringsarbeid, pasientene må være aktive deltagere i egen behandling og Helse- og omsorgsdepartementet og direktoratene må sørge for at nasjonale rammebetingelser understøtter ønsket utvikling» (Meld. St. 7 (2019-2020), s.8).

Dokumentet påpeker flere viktige områder for å oppnå pasientens helsetjeneste. Det første punktet beskriver viktigheten av å involvere pasienten ved stille spørsmålet, hva er viktig for deg? Pasientens stemme skal bli hørt. Videre oppfordrer dokumentet til å verdsette pårørende. De skal bli lyttet til og være en del av arbeidslaget så langt pasienten ønsker det. Som helsevesen må vi bidra til å styrke befolkningens helsekompetanse. Lærings- og mestringstjenestene skal revideres for å kunne gi bedre pasient- og pårørende opplæring (Meld. St. 7 (2019-2020), s.8).

Forsiden av siste Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023), er forskjellig fra de andre helsepolitiske dokumenter benyttet i studiet. På de tidligere dokumenter omtalt i studiet, har det vært bilde av ekte personer, gjerne helsepersonell og pasient. På siste Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023), har helse myndighetene valgt en figurativ illustrasjon av noe som kan tolkes å være en pasient. Pasienten står i samfunnet og er «koblet til» som ved en kontakt til ulike institusjoner. En slik visuell layout kan formidle noen verdier og holdninger som tydeliggjør at pasienten skal være den styrende aktør av sin egen helse. Ved å ha øye på

hvordan det visuelle spiller sammen med dokumentets innhold, kan dette være med på å fremme budskapet til dokumentet (Asdal & Reinertsen, 2020, s. 93).



Figur 1. Forsiden Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Regjeringen, 2019)

#### 4.1.5 Oppsummering pasientens helsetjeneste

Dokumentanalysen viser en endring av pasientens rolle i helsevesenet fra tidlig 2000-tallet og fram til i dag. Det har vært en lang politisk prosess for å tydeliggjøre og kommunisere rollen pasienten skal ha i helsevesenet. Den politiske viljen til å endre pasientens rolle har vært i helsepolitiske myndigheters søkelys i lang tid, men de kommuniserte ikke tydelige tiltak for pasientens rolle før begrepet «pasientens helsetjeneste» ble introdusert i 2014. Før den tid var tiltakene rettet inn mot hvordan helsevesenet skulle organisere seg rundt pasienten.

Helsepolitiske myndigheter brukte retorikk som at de skulle ha «pasienten i sentrum av sin helsepolitikk». Oslo Universitetssykehus HF ble involvert i realiseringen av pasientens helsetjeneste da Helse Sør-Øst formidlet målsetningen i oppdrag og bestillingsdokument i 2016.

Endringsprosesser i offentlig sektor kan være komplekse og i neste del av analysen blir årsaker belyst når analysen skal se hvordan OUS HF møter realiseringen av «pasientens helsetjeneste». Det har gått fra å være en helsepolitisk visjon til å bli en mer konkret politisk handling, en målsetning som skal realiseres.

#### 4.2 Realisering av «pasientens helsetjeneste» ved OUS HF

Oslo Universitetssykehus er brukt som empirisk case i studien og innledningsvis i denne delen av analysen vil de kontekstuelle kjennetegn ved OUS som offentlig organisasjon bli belyst. Videre belyses ulike styrings- og ledelsestilnæringer for offentlige organisasjoner, som helseforetak. Til slutt vil de empiriske funn drøftes opp mot studien gjort av dokumentet

OUS Utviklingsplan 2040, for å besvare problemstillingen «På hvilken måte møter Oslo Universitetssykehus HF den politiske målsetningen «pasientens helsetjeneste»?»

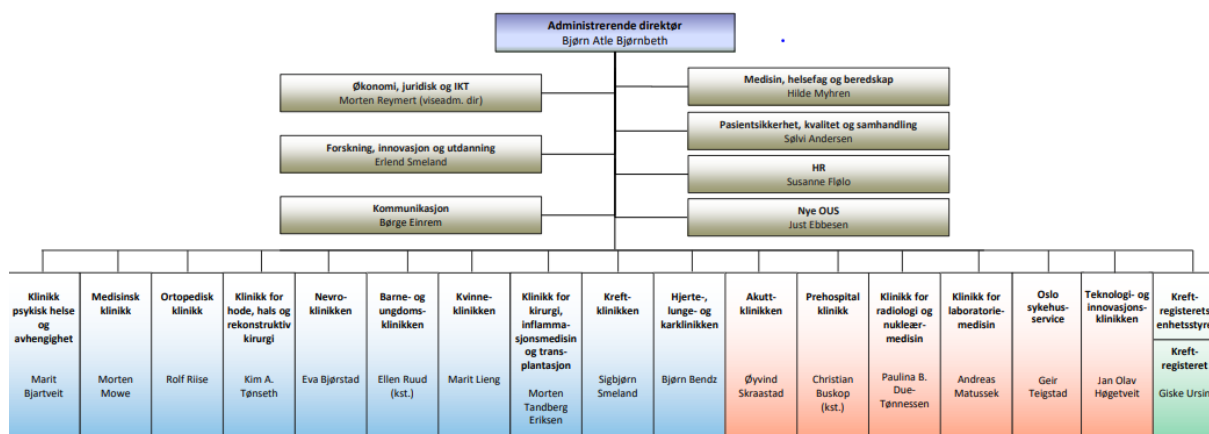
#### 4.2.1 Etableringen av OUS HF

Oslo Universitetssykehus HF ble etablert etter en omfattende fusjon i 2008 som følge av Sykehusreformen. Sammenslåingen av Ullevål, Aker og Rikshospitalet-Radiumhospitalet, med nærmere 22 000 ansatte var den mest omfattende fusjonen av foretakene i Norge. Fusjonen hadde til hensikt å sikre større fagmiljø, som et svar på den stadig økende spesialiseringen i helsesektoren. Erfaringen fra økt spesialisering i sykehusene var at det hadde skapt for mange små fagmiljø (Kjekshus, 2017).

Oslo universitetssykehus HF består i dag av fire sykehus; Aker sykehus, Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål sykehus. OUS har lokalsykehusfunksjon for Oslos befolkning, er regionsykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst samt at det har en rekke nasjonale oppgaver. Sykehuset er landets største sykehus med over 24 000 ansatte og ett budsjett på ca. 27,5 milliarder kroner (Oslo universitetssykehus, 2022).

#### 4.2.2 Organisasjonsstruktur OUS HF

OUS er som figuren viser organisert med 16 ulike klinikker. Strukturen i OUS som organisasjon er fastlagt til formelle roller og posisjoner, og dette kommer til uttrykk i organisasjonskartet, men også gjennom stillingsinstruksjer og prosedyrer ved OUS. Informasjonsflyten går i linje fra øverste leder og videre ned i systemet og tilbake i de ulike ledernivå.



Figur 2. Organisasjonskart Oslo Universitetssykehus HF (Oslo Universitetssykehus, 2022).

Over administrerende direktør ved OUS HF sitter styret. Det er øverste ledelse i helseforetaket. Styret forvalter virksomheten med overordnet ansvar for drift og utvikling. OUS som helseforetak organiseres med tre myndighetsorganer; foretaksmøte, styret og daglig leder. Foretaksmøtet er øverste myndighet i helseforetaket. I foretaksmøtet utøver det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst sin eierstyring i Oslo universitetssykehus HF (Oslo Universitetssykehus, 2022).

Organisasjonsstrukturen ved OUS HF kan sees i sammenheng med det instrumentelle perspektivet hvor lederskapet utøves av aktører som er i hierarkiske høye posisjoner. Lederskapet bruker formell organisasjonsstruktur for å nå kollektive mål. Ledelse og styring nedover i organisasjonen er delvis bestemt av overordnede nivåer. Mellomledere må forholde seg til rammebetingelser utformet av toppledelsen. Øverste leder formidler de formelle rammene og ledernivåene lenger ned i systemet avgjør hvordan de skal nå målet (Ladegård & Vabo, 2010, s. 21).

I det instrumentelle perspektivet ble to varianter av organisasjonsstrukturer beskrevet. Den hierarkiske- og forhandlingsvarianten. Når en ser på OUS som organisasjon kan det være vanskelig å plassere OUS kun i en av kategoriene.

Strukturelt gjennom organisasjonskartet, stillingsinstrukser og formelle prosedyrer ved OUS kan det tilsi at OUS er organisert etter en hierarkisk variant. utfordringen er at varianten innebærer upersonlige posisjoner, hvor normene til hver posisjon ikke er knyttet direkte til personen som innehar rollen. Men til formelle prosedyrer og instruksjoner som er etablert i organisasjonen (Christensen et al., 2020, s. 38). Varianten tar med dette ikke høyde for det sterke medisinske faglige profesjonsmiljøet i en organisasjon som sykehuset. På tross av instruksjoner og prosedyrer, vil det være noe personlig i hver rolle ved sykehuset, den faglige legitimiteten og faglige tyngden profesjonene innehar.

I en forhandlingsvariant er organisasjonen sammensatt av flere underenheter som har motstridende mål og interesser. En er avhengig av forhandling og kompromiss med underenheter for å nå ønskede mål. utfordringen til lederskapet ved OUS vil være å få med seg profesjonsmiljøet nedover i organisasjonen for å nå kollektive mål. På den måten kan en si at også sider ved forhandlingsvarianten kan være til stede ved sykehuset.

#### 4.2.3 Sykehuset som institusjonell organisasjon

En kan ikke se sykehuset som en organisasjon med kun formell struktur og stramme rammer. For å nærmere beskrive sykehuset som organisasjon kan en skille mellom en institusjon og organisasjon.

Med institusjon menes det uformelle, det som gradvis vokser fram. Med organisasjon menes de mer formelle normene knyttet til det instrumentelle, verktøylignende og mekaniske. Når en organisasjon med sine formelle normer utvikler uformelle normer og verdier, får den institusjonelle trekk. En kan betegne sykehuset som institusjonaliserte organisasjoner (Christensen et al., 2020, s. 52).

Sykehuset OUS kan sees på som en organisasjon med institusjonelle trekk hvor uformelle normer og verdier har fått utvikle seg over tid.

I kulturperspektivet rettes det søkelys på hvordan kombinasjonen av indre og ytre press skaper uformelle normer og verdier i en organisasjon. Sykehuset ble i teorien beskrevet som multifunksjonell ved at de skulle ivareta både hensyn fra ytre press fra politisk hold, sammen med indre press i form av medbestemmelse og lydhørhet fra ansatte. Det vil som kulturperspektivet påpeker skaper uformelle roller og verdier i organisasjonen. En stadig gjensidig tilpasning er sentral mekanisme i institusjonaliserte organisasjoner, og å balansere de ulike hensyn mot hverandre kan være krevende.

De ulike profesjoner ved sykehuset har vært viktige aktører i utformingen sykehusets verdier og normer over tid. De er en viktig del av kulturen ved sykehuset. Medisinske profesjoner ivaretar ansvar for en oppgave innenfor et spesialisert fagfelt, innenfor en kollegial organisasjonsform og med en politisk legitimitet til å gjennomføre et samfunnsoppdrag med utøvelse av profesjonell dømmekraft, eller faglig skjønn. Den medisinske profesjonen har med det fått et samfunnsmandat og fått en viktig posisjon i samfunnet og i organisasjonen sykehuset. Den faglige legitimiteten har gitt dem en makt i form av medbestemmelse og autonomi som står sterk i møte med det strukturelle ytre press (Beedholm & Frederiksen, 2015).

Kulturen er utviklet over tid og vil med det ta tid å endre. Sykehuset som organisasjon kan derfor være mer komplekse og mindre tilpasningsdyktige overfor nye krav. Samholdet kan i midlertidig også gjøre dem bedre rustet til å løse oppgaver gjennom sterkere sosiale fellesskap (Christensen et al., 2020).

OUS HF er organisert med en delvis hierarkisk variant og handlingsmiljøet vil være noe begrenset. Sykehuset har instrumentelle trekk da handlingsmiljøet blir definert av de som tar beslutninger og tar imot tjenester, som her myndighetsorganet ved OUS. Det medfører at institusjonelle organisasjoner som sykehuset sjelden kan forme sine egne handlingsomgivelser. Handlingsmiljøet kan derimot formes av de aktørene som kan påvirke de uformelle normer og verdier. Til eksempel kan dette være sterke fagorganisasjoner, brukerorganisasjoner som er tilknyttet organisasjonen samt de medisinske profesjoner allerede nevnt (Bang, 2015, s. 68).

#### 4.2.4 Profesjonell ledelse vs. fagledelse i sykehuset

I sykehuset er det to ulike ledelses ideal, profesjonell ledelse og fagledelse. De to ulike ledelsesideal har ulike prinsipper og teoretisk grunnlag.

Hovedprinsippet i profesjonell ledelse er at det finnes en egen form for ledelseskompetanse. Arbeidsgrupper ikke er selvstyrte, men trenger klar ansvarfordeling og arbeidsdeling av leder for å fungere. Ledelsestilnærmingen forbindes med styring og instruksjon, kjent fra det instrumentelle perspektivet (Kjekshus, 2020, s. 6).

Fagledelse er en ledelsestilnærming som kan relateres til det institusjonelle perspektivet, kulturperspektivet. Hovedprinsippet i fagledelse er at det er den dyktigste i faget som skal lede. Topplederens ansvar begrenser seg til tilstrekkelige rammebetingelser som gjør at fagutøveren får rom til å utøve sitt fag. Fagutøverne er i hovedsak selvstendige aktører (Kjekshus, 2020, s. 6).

Fagledelse i møte med profesjonell ledelse kan skape misforståelser, mistenkeliggjøring og mistillit. For sterk styring, standardisering og kontroll, kan oppleves som til hindre for utøvelse av selve faget. Fagledelse er nært knyttet til de ulike profesjoner ved sykehuset. Fagledelse trenger en opplevelse av fleksibilitet og handlingsrom utenfor de organisatoriske rammer. De er kosmopolitisk orientert ved at de søker en optimal rasjonalitet, en rasjonalitet som ikke begrenses av organisasjonen. Jo mer kunnskap og jo mer innsikt vil åpne opp for nye muligheter. Dette er i kontrast til profesjonell ledelse som søker begrenset rasjonalitet, de søker løsninger som finnes innenfor håndterbare rammer. Det styres etter organisasjonens mål, er lokalt orientert og lojale til organisasjonen.

Ved OUS kan en si at Administrerende Direktør er en del av profesjons- og fageliten ved OUS. Han har vært i OUS systemet i ulike roller over flere år før han fikk sin nåværende



stilling i 2020, og han kjenner det institusjonelle særpreget ved OUS. Han har videre en høy posisjon i hierarkiet i form av sin tittel, og på den måten er han også aktør for profesjonell ledelse. Han er med det en leder som har forutsetning for å inneha både en faglig autoritet og legitimitet ved siden av en profesjonell leders autoritet.

I sykehuset vil i realiteten ikke ledelsesidealene trolig finnes i rendyrket form. Spenningen ligger i hvordan ledelsen balansere de ulike idealene for å oppnå resultater i en organisasjon som OUS HF.

#### 4.2.5 Fra styring til ledelse

Før analysen går videre inn på hvordan OUS møter målsetningen om «pasientens helsetjeneste» ser oppgaven på ulike tendenser i samfunnet som kan antyde at ledelse som en alternativ samordningsform til tradisjonell styring har blitt viktigere.

I prinsippet er sykehusene en del av offentlig sektor og er underlagt politisk kontroll. Sykehusene driver myndighetsutøvelse, har ikke fortjeneste som målsetting og har ofte en form for monopol (Johnsen, 2014, s. 29). Sykehus er en offentlig organisasjon og i offentlige organisasjoner styrer lederskapet ut fra et sett av vedtak, lover og regler. Det er de formelle og instrumentelle aspektene som er førende i lederskapet.

Tendensen i samfunnet er at betydningen av den tradisjonelle hierarkiske arbeidsformen har blitt undergravd. Det har gitt framvekst av mer aktivt lederskap på ulike nivå i de offentlige organisasjoner (Christensen et al., 2020, s. 126).

Tendensen kan være med å styrke det studiet også har sett gjennom dokumentanalyse, at en ser en dreining mot ledelsesideal i form av fagledelse mer enn det mer styrende ledelsesideal, profesjonell ledelse. Fagledelsen er forankret i faget, i ekspertisen. Autoriteten er basert på de faglige normer personen har og sosialisering. Ledelse praktiseres fra et nedenfra- og opp perspektiv og på den måten vil ledelsen være mer synlig på de ulike nivå i organisasjonen (Kjekshus, 2020, s. 7).

Ved å praktisere ledelse mer i retning av fagledelse gir det økt bruk av fleksible organisasjonsformer og utnyttelse av personalet sitt kunnskapsnivå. Dette reflekteres videre i økt desentralisering og fristilling i offentlig sektor. Ved å gå fra overordnet styring til ledelse, og mål- og resultatstyring har det medført en generell autoritetsforvitring. I stedet for å instruere og kontrollere, må offentlige ledere i større grad støtte, motivere og stimulerer

enheter og aktører på lavere nivå. Et annet viktig prinsipp i fagledelse som støtter opp under utviklingen, er at den enkelte fagperson har et individuelt ansvar. Dette står i motsetning til profesjonell ledelsesideal hvor det i større grad blir vektlagt et kollektivt ansvar for å nå målene til organisasjonen (Christensen et al., 2020, s. 126).

En annen årsak kan videre være at ansatte har blitt mer kritisk til ledere generelt. De vurderer ledere mer ut ifra deres holdninger og verdier, og hvordan de opplever at lederen bidrar til samhörighet og bekrefter identiteter. Ansatte aksepterer ikke lenger autoritet på samme måte som før og er mer opptatt av hva leder gjør enn av ledelse som styringsmiddel i seg selv. Demokratibegrepet har endret seg mot en mer aktiv deltagelse fra befolkningen. Det skapes offentlige arenaer for argumentasjon og meningsutveksling (Christensen et al., 2020, s. 126).

Tendensene beskrevet over peker i en retning av det kulturelle perspektiv og dets ledelse tilnærming. Det kan tolkes som at de sentrale helsepolitiske krefter nærmer seg mer ledelse enn styring i måten de kommuniserer på, med mer retningsgivende føringsdokumenter enn styrende reformer. Helsemyndighetene tilstreber å nå til eksempel helsepersonell, pasienter og pårørende med en «jordnær» tilnærming slik analysen tidligere i kapittelet påpeker.

#### 4.2.6 Harde og myke virkemidler

Myk ledelse framholder utvikling av felles visjoner og målstyring som viktig. Indre motivasjon, samarbeid, medvirkning, forpliktelse og langsiktighet vektlegges i myk ledelse. De forholder seg til det tvetydige og søker det som er godt nok. Dette kan derfor relateres til de mykere styringstradisjonene som analysen i studiet har vist har hatt innflytelse på den politiske tenkningen i Norge.

Målstyring og selvkontroll er et viktig bidrag til mykere styringstradisjoner. Ledelsen avveier og forhandler mellom ulike viktige områder som må fungere. Styring i denne styringstradisjonen gjennomføres ved å formulere et knippe av utvalgte målsetninger. Ledelsen vil ikke inneha all nødvendig informasjon. Ledelse er å oppnå resultat gjennom andre, og da må ansatte og mellomledere aktivt medvirke. På den måten kan en oppnå resultater gjennom målinger og selvkontroll, ved å ha fokus på resultatene av organisasjonen. Balansert målstyring er videre en av de myke styringsmodellene. Prinsippet i styringsmodellen er å ha søkelys på ikke-finansielle resultater, balanse mellom interne og eksterne ressurser og ha en langsiktighet i styringen (Johnsen, 2010, s. 184).

Det er gjort lite forskning på resultatene av hard og myk styring i offentlig sektor. Skal en derimot dømme etter hvordan Staten og kommunene har tilpasset seg og ut ifra hvordan vi har det i landet vårt i dag, ser en at tilpasning mot myk styring har gitt forholdsvis gode resultatet (Johnsen, 2010, s. 188).

#### 4.2.7 Helsevesenets floker

Mål- og resultatstyring ble innført av myndighetene på 90-tallet som svar på manglende kostandskontroll. Styringsformen skal sette mål for bruk av felles ressurser og kontrollere at mål realiseres. Styringsformen bygger på prinsippet om at virksomheten skal kunne stå fritt til å styre seg selv etter fastsatte mål. Staten erkjenner at de ikke har mulighet, informasjon og kunnskap nok til å kontrollere virksomhetenes aktiviteter. De gjør styring på avstand gjennom bestiller dokument med fastsatte mål (Kjekshus, 2020). Et slikt dokument kan være det årlige oppdragsdokument fra HOD til Helse Sør-Øst.

En forutsetning for styringsprinsippet er i midlertidig målenighet, konsistente og entydige mål (Kjekshus, 2020). Det kan skape utfordringer i møte med sykehuset som har en kompleks målstruktur, sterke profesjonsnormer, samtidig som at målene kan være inkonsistente. Det er i slike situasjoner helsevesenets floker oppstår (Kjekshus, 2017). Sykehuset skal levere resultater som totalt sett ikke er kompatible.

Mål- og resultatstyring kan på denne måten medføre utilsiktede konsekvenser. Som tidligere belyst i analysen kan en se to ulike ledelsesideal i sykehuset, fagledelse og profesjonell ledelse. Fagledelse er nært knyttet til profesjonene som har stor grad av autonomi og legitimiteten som de har oppnådd gjennom å opptre i tråd med samfunnets forventninger. Samtidig som de har forvaltet felles goder på en ansvarlig måte. Ved mål- og resultatstyring stilles det spørsmål til om fagledelsen klarer å løse helsesektorens utfordringer alene. Det kan skape en opplevelse av mistillit til myndighetene (Kjekshus, 2020).

Ved å styres etter det profesjonelle styringsidealet, mål- og resultatstyring, kan det bli en for ensidig styring. Som tidligere beskrevet forutsetter det enighet om mål for å lykkes med et slikt styringsideal. Sykehusene blir bedt om å levere resultater som å holde budsjett, drive fagutvikling, ivareta en høy kvalitet i møte med pasient (Kjekshus, 2020).

Tiltak for å unngå at floken strammer seg ytterligere eller å løsne floken, kan være å håndtere tvetydighet som inkonsistente mål bidrar til (Kjekshus, 2017, s.93). Offentlige organisasjoner

må ha en styringsmodell som tar hensyn til at målkompleksiteten og måluenigheten er unngåelig. For å unngå at floken strammer seg er det en forutsetning at virksomheter preget av kompleks målstruktur, som sykehuset, har en stor grad av skjønnsutøvelse og tillit. Styringsformen må være nyansert og balansert for å sikre høy grad av tillit mellom arbeidsgiver og arbeidstaker i sykehuset (Kjekshus, 2020).

#### 4.2.8 OUS møter målsetningen om «pasientens helsetjeneste»

For å besvare problemstillingen om hvordan OUS HF møter målsetningen om «pasientens helsetjeneste» tok studien utgangspunkt i dokumentet OUS Utviklingsplan 2040. Det er første gang OUS presenterer en slik langsiktig plan.

Som illustrasjonen i figur 3 viser, er Utviklingsplanen en del av et større planhierarki som samlet gir sykehuset et rammeverk for utvikling. Figuren viser tydelig hvordan mål og prioriteringer går i den hierarkiske strukturen fra myndighetene og ned til helseforetaket OUS. Ved å studere bevegelsen til dokumenter har studien kunnet se på hvordan vårt samfunn er styrt av dokumenter som forflytter seg rundt og setter en sak i gang. Dokumentene skaper en kjede av dokumenter som leser kan følge, slik som figuren også synliggjør (Asdal & Reinertsen, 2022, s.129).



Figur 3. Planhierarki, OUS Utviklingsplan 2040 (Oslo Universitetssykehus, 2023, s.49).

Hensikten med dokumentet er at det skal være et verktøy for å få til endringer. I planen står det at «Det er et overordnet dokument som synliggjør og bidrar til å gjøre prioriteringer på virksomhetsnivå» (Oslo Universitetssykehus, 2023, s. 49).

For å ivareta helsepolitiske mål om «pasientens helsetjeneste», ivaretar utviklingsplanen til OUS målet ved at ambisjonen er «et likeverdig samarbeid med pasienten». OUS setter seg tre arbeidsmål for å kunne realisere ambisjonen; vi skal være tilgjengelig for pasienten der de er, vi skal styrke pasientens helsekompetanse og vi skal involvere pasienten i dialogen om kvalitet på tjenestene. Fram mot 2040 skal vårt forhold til pasientforløp gå fra eierskap til partnerskap med brukerne. Vi skal verdsette og bruke pasienters og pårørendes kompetanse og ressurser. Vi utnytter de teknologiske muligheten til å være utadvendt sykehus og kan være til stede der pasienten er (Oslo Universitetssykehus, 2023, s.15).

Dokumentet gjenspeiler målene i Nasjonal helse- og sykehusplan. Målet med planen er at ledere og ansatte ute i klinikkene skal bruke planen aktivt. Det står i dokumentet at det er ønskelig å gi klinikkene autonomi til å sette egne mål og vurderinger på hva som skal prioriteres, men at de har en felles kurs når vi utvikler oss mot 2040 (Oslo Universitetssykehus, 2023, s.6). På den ene siden, kan planen ha til hensikt å bygge tillit mellom ledelsen og profesjoner ved å sikre målenighet, noe som tidligere i analysen er beskrevet som en forutsetning for vellykket mål- og resultatstyring i sykehuset.

På den annen side, kan OUS Utviklingsplan 2040 være et forsøk på å håndtere tvetydigheten. Gi ansatte ved sykehuset innsikt og motivasjon til selv å bli med å eie mål som kan oppleves som inkonsistente. Planen belyser områdene sykehuset vil satse på og strekke seg etter, og planen kommuniserer i teksten at ledelsen ønsker å involvere de ansatte. Dokumentet påpeker også at alle ansatte er velkomne til påvirke retningen med gode forslag. De oppfordrer ansatte til å utfordre «oss», her Adm.dir. og leder for brukerutvalget, til å gjøre planen enda bedre. Språket i dokumentet kan på denne måten forstås som at ledelsen ønsker å bidra til mindre avstand i organisasjonen, gi de ansatte en nærhet til ledelsen oppover. Dette kan igjen bidra til en felles forståelse av situasjonen og en opplevelse av samhörighet.

Som leder kan for tydelig og klar tale fra den profesjonelle ledelse stramme til den tidligere omtalte «floken» ytterligere og gjøre den uløselig. Opplever ansatte ledere som distanserte og utydelige vil det påvirke negativt. Har ansatte en leder som ser, har innsikt i og forstår klinikkene ute i organisasjonen kan det påvirke positivt på tilliten. Som tidligere omtalt innehar nåværende Adm.dir. trolig både den faglige autoriteten i form av sin profesjon, samtidig som han har den profesjonelle autoritet i form av sin posisjon. Med planen kan det virke som at ledelsen tilstreber å vise at de har kontakt med «gulvet» i organisasjonen. Ledelsen bruker sin faglige legitimitet for å oppslutning nedover i organisasjonen (Kjekshus, 2017).

Planen kan videre sees på som et verktøy til å inspirere. Dokumentet kan oppnå å mobilisere og «trigge» det sterke sosiale fellesskapet ved OUS. Ved at leder er bevisst de begrensede handlingsomgivelsene hos de ansatte, hvordan nye krav kan gjøre «floken» (Kjekshus, 2017) strammere, ønsker ledelsen å ha søkelys på å bruke mekanismer som kan vekke det sosiale fellesskapet. Tidlig i dokumentet, allerede på side 5, presenteres «vår visjon», «våre verdier» og «våre hoved ambisjoner». Ord som «vår» kan være med å bidra til en fellesskapsfølelse. Sist i dokumentet står det: «Utviklingsplanen får først verdi når den kan være en plan for alle ansatte i OUS. Du er velkommen til å påvirke retningen med gode forslag, og du kan utfordre oss med perspektiver som kan bidra til å gjøre planen enda bedre. Vi håper også at planen kan inspirere til lokal påvirkning og forbedring» (Oslo Universitetssykehus, 2023, s.49).

En slik ledelsestilnærming er gjenkjennelig med tendensen beskrevet tidligere i analysen. Leder går bort fra den tradisjonelle hierarkiske arbeidsformen. Lederskapet har blitt mer aktivt, hvor leder skaper arenaer for argumentasjon og meningsutveksling (Christensen et al., 2020, s. 126).

#### 4.2.9 Mot en kulturendring

Organisasjonskulturens kjerneelementer er ikke direkte synlige i en organisasjon da de kommer til uttrykk gjennom symbolske prosesser, strukturer og handlinger i organisasjonen. Kulturuttrykk i organisasjonen er synlige produkter av kulturen og kan tolkes som bærere av kulturinnholdet (Bang, 2011, s. 65).

Sykehusets kjerneelementer kan sies å ha endret seg over tid. Fremtiden med eldrebølgen, ny teknologi og endring av sykehusstruktur er med på å skape nye behov for hvordan sykehusene skal organiseres og driftes. «Pasientens helsetjeneste» er en holdningsendring mot at pasienten skal være den styrende aktør. Vi skal gå fra profesjonens helsevesen til pasientens helsevesen. I første Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), står det at «for å nå målet om pasientens helsetjeneste betyr det at helsetjenesten må endre *kultur, holdninger, organisering og ledelse*» (Meld. St. 11 (2015-2016), s. 10).

Leder kan påvirke organisasjonskulturen gjennom ulike kanaler. De påvirker blant annet gjennom hvilke oppgaver de prioriterer og er systematisk opptatt av, samt gjennom sin væremåte og holdningsskapende adferd overfor de ansatte (Bang, 2011). Utviklingsplanen til OUS kan være et verktøy for å påvirke endring av kultur og holdninger, slik det står er nødvendig i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), for å realisere målsetningen om «pasientens helsetjeneste».

På forsiden av Utviklingsplanen er Administrerende direktør avbildet ved siden av Leder OUS Brukerutvalg. Det er et viktig signal til de ansatte om at pasienten og brukerne skal være med i arbeidet med utviklingen av OUS fram mot 2040. Dokumentet starter med å etablere saken. Det legger fram fakta og beskriver hvordan befolkningen og samfunnet er i endring og hva det vil kreve av sykehuset i framtiden. Det står at ansatte må jobbe planmessig mot det vi vet vil komme, samtidig som vi som organisasjon må ha fleksibiliteten i daglig styring og drift til å kunne gjøre endringer effektivt og smidig ved behov for raske endringer. Trygghet er en forutsetning for å skape en slik ønsket fleksibilitet. Dokumentet framhever at arbeidsmiljøperspektivet skal være med i alle endringsprosesser, ansatte skal involveres gjennom godt etablerte medvirkningsprosesser (Oslo Universitetssykehus, 2023, s.4).

Utviklingsplanen ønsker å etablere saken og motivere ansatte til å bli med på endring mot et mer likeverdig samarbeid med pasienten, «pasientens helsetjeneste».

En dreining i retning av «pasientens helsetjeneste», vil gi økt pasient- og brukermedvirkning.

«Pasientens helsetjeneste» skal bidra til økt pasientmedvirkning og myndighet til pasienten. For at det skal bli en realitet, og at «floken» ikke skal strammes ytterligere, forutsetter det at det skjer en endring på både system- og individnivå parallelt. Det vil krever en endring av holdning hos profesjonsutøveren i møte med pasienten. Det er en tradisjonell makt ubalanse i en pasient-behandler-relasjon, og den vil trolig aldri kunne likestilles helt. Profesjonsutøveren må gå fra å være eksperten til å bli en person som pasienten jobber sammen med. Det er derfor av betydning at den profesjonelle er bevisst maktforholdet som faktisk eksisterer. Pasienten skal være trygg på at makten som brukes i pasient-behandler relasjonen, er til det beste for pasienten selv (Sigstad, 2004).

## 5. Konklusjon

I denne studien har jeg undersøkt hvordan Oslo Universitetssykehus HF møter sentrale helsepolitiske myndigheter sin målsetning om «pasientens helsetjeneste». Studien har hatt søkelys på hvordan ledelsen ved OUS jobber strategisk for å realisere målsetningen.

### 5.1 Pasientens helsetjeneste

Studien av sentrale helsepolitiske myndigheters styringsdokument fra tidlig 2000-tallet og fram til i dag, har vist at myndiggjøring og medvirkning av pasienten i møte med helsevesenet har vært i helsepolitikkenes søkelys i lang tid. Helsemyndighetene har hatt et ønske om å tydeliggjøre pasientrollen. Som konkludert i denne studien var verken Sykehusreformen eller Samhandlingsreformen tydelig nok og kom ikke med virkningsfulle tiltak for å styrke pasientens rolle i møte med helsevesenet. Helsemyndighetenes søkelys var mer på hvordan helsepolitikken og helsevesenet skulle organisere seg med pasienten i sentrum.

Studien fant videre at det var i 2014, da første rapport om «Kvalitet og pasientsikkerhet 2013» (Meld. St. 11 (2014-2015)) ble lagt fram at begrepet «pasientens helsetjeneste» ble introdusert som begrep for første gang. St.meld.11 (2014-2015) ble med det et viktig dokument hvor det ble gjort et sentralt funn i studien. Videre ble rapport om «Kvalitet og pasientsikkerhet 2015», Meld. St. 12 (2015-2016), neste sentrale dokument for studien. I dokumentet tydeliggjør helsepolitiske myndigheter meningsinnholdet av begrepene «pasienten i sentrum» til «pasientens helsetjeneste». Det blir presisert hva som skiller de to begrepene. Studiet kan konkludere med at hensikten med begrepet «pasientens helsetjeneste», er å flytte makten fra systemet til pasienten. Pasientens helsetjeneste ble kommunisert som en målsetning, gjennom det årlige oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet, til Helse Sør-Øst og videre til helseforetaket OUS, for første gang i 2016.

Hva som ligger i begrepet «pasientens helsetjeneste» for sykehuset, fremgår tydeligere i OUS sin Utviklingsplan mot 2040. Begrepet innebærer å ha et likeverdig samarbeid mellom behandler og pasient. Helsepersonell skal bidra til å legge til rette for aktiv pasient- og pårørendemedvirkning. Forståelsen av at hver enkelt pasient vil ha ulik mulighet for medvirkning til sitt eget sykdomsforløp gjør at det derfor vil være viktig å tilpasse tjenestetilbudet etter pasientens mestringssevne og helsekompetanse. For å kunne bidra til å styrke pasientens helsekompetanse må helsepersonell forbedre egen helsekommunikasjon.



Dette for å bidra til at pasienten kan være en ressurs i egen behandling. Pasienter og pårørendes kunnskap og erfaring, er en ressurs sykehuset vil trenge for å videreutvikle sykehuset i framtiden.

Målsetningen vil kreve en endring i måten helsepersonell møter pasienten. En grunnleggende tanke i pasientens helsetjeneste er «ingen beslutning om meg, uten meg» (Meld. St. 34 (2015–2016)). Helsepersonell har allerede i sin sosialisering og selvforståelse at de skal ta pasienter alvorlig, vise respekt og gi pasienten mestring i å håndtere egen sykdom. For å møte målsetningen pasientens helsetjeneste trenger den profesjonelle å endre rollen sin fra å være eksperten til å bli en person som arbeider sammen med pasienten (Landstad et al., 2020). Ved å være bevisst egen makt i forholdet mellom behandler og pasient, kan den profesjonelle kommunisere på en måte som bidra til at pasienten selv innser og får kunnskapen nok til at å kunne være en ressurs.

I framtiden vil det ikke være nok helsepersonell til å ivareta pasientene på samme måte som i dag. Ressursene i helsetjenesten vil bli mer begrenset og presset på tjenesten øke. Pasientens helsetjeneste kan bidra til å flytte ansvar og arbeidsoppgaver over på pasienter og pårørende, for å frigjøre ressurser i helsevesenet. Det er i midlertidig viktig at helsepersonell har kunnskap om hva, hvordan og når pasienten og pårørende bør delta i helsehjelp. Det viser at myndiggjøring av pasienten er kontekstuell og vil variere i et pasientforløp. Studien konkluderer med at målet må være en styrket pasientrolle og med det økt myndiggjøring og medvirkning både på individ- og systemnivå.

Retorikken, «pasientens helsetjeneste» er kraftfull og positiv i troen på mulighetene som ligger i å styrke pasientens rolle i møte med helsevesenet. Siste Nasjonale helse- og sykehusplan (2020-2023), påpeker at pasienten selv har en viktig del av ansvaret for å realisere målsetningen, sammen med helsepersonell og myndigheter slik at helsevesenet kan bli mer bærekraftig i framtiden.

## 5.2 På hvilken måte møter OUS målsetningen?

Studien har vist at Oslo Universitetssykehus møter helsemyndighetenes målsetning ved å tydeliggjøre i OUS Utviklingsplan mot 2040, institusjonens høye ambisjoner når det gjelder pasientens helsetjeneste.

I analysen ble sykehuset betraktet som en organisasjon med institusjonelle trekk. Gjennom studien er det belyst at den stadig gjensidige tilpasningen mellom instrumentelle og institusjonelle mekanismer er sentral i institusjonaliserte organisasjoner som sykehus. Ledelsen balanserer de to perspektivene kontinuerlig, for å unngå å skape for stramme «floker» i organisasjonen (Kjekshus, 2017).

Studien kan konkludere med at OUS Utviklingsplan 2040 er et styringsverktøy for å etablere og formidle ambisjoner og målsetninger til de ansatte ved sykehuset. Planen er laget med involvering av både ansatte og brukerorganisasjoner for å skape oppslutning og engasjement i organisasjonen. Sykehuset er en kompleks organisasjon å endre med sine sterke institusjonelle trekk. Med OUS Utviklingsplan kan studien konkludere med at ledelsen benytter myke styringsverktøy for å skape endring. Dokumentet framholder utvikling av felles visjoner og målstyring. Det forsøker å oppnå indre motivasjon mellom ledelse og ansatte, samarbeid, medvirkning og forpliktelse, i tråd med myke styringsprinsipper.

Hensikten med utviklingsplanen er at ledernivåene nedover organisasjonsstrukturen OUS, skal bruke dokumentet som et verktøy for å realisere ambisjonen om pasientens helsetjeneste.

Studien konkluderer videre med at det institusjonelle lederperspektivet er framtredd hos Adm.dir. ved OUS HF. Ambisjonen er klar og tydelig kommunisert i dokumentet, men myndigheten til hvordan det skal realiseres legges på de ulike klinikkene i organisasjonen.

Ledelsen forsøker med dokumentet OUS Utviklingsplan å vise at ledelsen er bevisst målkompleksiteten sykehuset blir utfordret på. De tar med det høyde for at det kan bli måluenighet i organisasjonen. I dokumentet står det at de ønsker at ansatte skal bidra med innspill til hvordan nå ambisjonen sammen. Sykehuset har sterke profesjonsnormer og profesjonene har høy grad av autonomi. For sterk styring og kontroll kan føre til mistillit hos de ansatte. En mykere institusjonell ledelsestilnærming kan være effektivt for å balansere tillit og kontroll mellom ledelsen og de ulike profesjoner ved sykehuset. Min analyse tyder på at ledelsen ved OUS HF har et bevisst forhold til dette og tilstreber å ha en balansert ledelsestilnærming.

Studien viser at ledelsen ved OUS HF er tro til styringsmålene som blir satt fra helsemyndighetene. Det kan videre oppfattes som at Adm.dir. utfordrer det som tidligere var «hierarkiske høye posisjoner» i sykehuset. Analysen viser at Adm.dir. bruker sin faglige

legitimitet til å motivere profesjonsaktører nedover i organisasjonsstrukturen. Det kan være et forsøk på å skape nærhet til organisasjonen og gjøre avstanden til de ansatte mindre. En slik ledelsestilnærming kan henge sammen med tendensen generelt i samfunnet. Lederstilen dreier i retning mindre hierarki. Ledere som oppnår å skape samhørighet er ledere som lykkes i samfunnet.

Ved å lage utviklingsplan for OUS fram mot 2040, kan en betrakte ledelsen ved OUS og leder av brukerutvalget som endringsagenter. Endringsagenters første oppgave er å selv skape seg en mening ut ifra situasjonen organisasjonen står i. Dernest må denne forståelsen formidles og kommuniseres til medlemmer av organisasjonen. En slik meningsdannelse dreier seg om tre forhold; en fortolkning av historien, kontekstualisering av nåtiden samt fortelling om fremtiden. Studien konkluderer med at utviklingsdokumentet fra OUS inneholder alle disse forholdene. Dokumentet legger til rette for at ansatte skal kunne starte sin egen meningsdanningsprosess. Dokumentet presenterer nåtid og framtid uten å virke styrende og kontrollerende, men er informativt og opplysende.

Studien har vist at søkelyset på endring av pasientrollen ikke kun skjer i Norge, men også internasjonalt. Funnene peker i samme retning, selv om Norge ligger noe etter andre land i Europa. Fokuset i helsevesenet har i stor grad vært å jobbe reaktivt når sykdom allerede har oppstått. Studien har belyst behovet for å utvikle et helsevesen med mer søkelys på forebygging samt samhandling med pasienten og pårørende.

Studien kan overordnet konkludere med viktigheten av å ha en balanse mellom det instrumentelle og institusjonelle lederperspektiv i realiseringen av «pasientens helsetjeneste». Det er i tråd med eksisterende teori og empiri benyttet i studien.

Datagrunnlaget for studiet i form av dokumentene brukt i forskningsprosjektet har vært betydningsfulle. Helsepolitiske dokumenter etablerer en sak gjennom retorikk og språk. Ved å følge dokumenter fra sentrale helsepolitiske myndigheter over tid, kan en følge hvordan en sak former seg og blir til noe konkret og håndfast. Analysen kan konkludere med at det ikke alltid er de store og omfattende helsepolitiske dokument som er viktigst i å etablere en sak. Stortingsmeldingene «Kvalitet- og pasientsikkerhet», var ikke store og omfattende dokument, men var betydningsfullt i å etablere saken «pasientens helsetjeneste».

Som belyst i metode delen, ville det vært av verdi og gjort en kombinert kvalitativ studie, for å få belyst problemstillingen fra flere sider. Videre forskning som kan være av interesse vil være å studere samme tema, men i en komparativ studie med ulike helseforetak i Norge. Denne studien konkludere med viktigheten av å bruke det institusjonelle ledelsesperspektiv for å få til endring. Det kunne med det vært av interesse og studert hvordan de ulike helseforetak tolker og realiserer målsetningen ut ifra sine institusjonelle særtrekk.

## 6. Litteraturliste

- Ackroyd, S., Kirkpatrick, I., & Walker, R. M. (2007). Public management reform in the UK and its consequences for professional organization: A comparative analysis. *Public Administration*, 85(1), 9-26.
- Asdal, K. & Reinertsen, H. (2020). *Hvordan gjøre dokumentanalyse. En praksisorientert metode*. (Utg. 3.). Cappelen Damm AS.
- Beedholm, K. & Frederiksen, K. (2015). Professioner og verdier i bevægelse-når målet er det aktive patientskap. *Tidsskrift Michael*, 153-166. [Professioner og verdier i bevægelse – når målet er det aktive patientskap | Tidsskriftet Michael \(michaeljournal.no\)](https://michaeljournal.no)
- Bang, H. (2020). *Organisasjonskultur*. (5.utg). Universitetsforlaget.
- Bowen, G. (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, 27-40.
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægred, P., Roness, P. G. & Røvik, K. A. (2020). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (3.utg.). Universitetsforlaget.
- Clarke, J., Newman, J., Smith, N., Vidler, E., & Westmarland, E. (2007). Creating Citizen-Consumers: Changing Publics and Changing Public Services. *Social Policy Administration*, 41(7), 793-794. [https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2007.585\\_4.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2007.585_4.x)
- Helsedirektoratet. (2018, 8. februar). *Hva er helhetlige pasientforløp*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/helhetlige-pasientforlop/hva-er-helhetlige-pasientforlop>
- Jacobsen, D. I. (2018). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P.A (2020). *Forskningsmetode for økonomiske-administrative fag* (utg. 4). Abstrakt forlag.
- Johnsen, Å. (2010). Hard og myk styring i offentlig sektor. I Vabo, S. I. (Red.), *Ledelse og styring* (s. 175-190). Fagbokforlaget.
- Johnsen, Å. (2014). En strategisk offentlig sektor. I Johnsen, Å. (Red.), *En strategisk offentlig sektor*. (s. 13-35). Fagbokforlaget

- Kjekshus, L. E. (2017). Sykehusets floker i møte med reformer. *Tidsskrift Michael*, 14(19), 86-94. [08: Sykehusets floker i møte med Reformers | Tidsskriftet Michael \(michaeljournal.no\)](#)
- Kjekshus, L. E. (2020). Ledelse og styring i helsesektoren – en balansekunst mellom tillit og kontroll. *Nordisk Administrativt Tidsskrift*, 97(1), 1-21. <https://doi.org/10.7577/nat.4090>
- Ladegård, G. & Vabo, S. I. (2010). Ledelse og Styring-teoretisk rammeverk. I Vabo, S. I. (Red.), *Ledelse og styring* (s. 15-38). Fagbokforlaget.
- Landstad, B. J., Kvangarsnes, M., Hole, T., & Nylenna, M. (2020). Brukermedvirkning i helsetjenesten–realitet og retorikk. *Tidsskrift Michael*, 17(24), 7-13.
- Normann, H.E. (2019). «En må jo liksom så et frø ...» - erfaringer med pasientens helsetjeneste» [Masteroppgave Nord Universitet]. [NormannHilde.pdf \(nord.no\)](#)
- Oslo universitetssykehus, (u.å.). *Om oss*. Hentet 4.desember 2022 fra [Om oss - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)
- Regjeringen. (u.å.). *Helse Sør-Øst*. Hentet 7. april 2023 fra [Helse Sør-Øst - regjeringen.no](#)
- Røiseland A. & Vabo, S. I. (2016). *Styring og samstyring – governance på norsk*. (2.utg). Fagbokforlaget.
- Selfors, S. A. (2020). *Sammen med pasienten utvikler vi morgendagens behandling – en kvalitativ studie av brukermedvirkning på systemnivå på Oslo Universitetssykehus HF* [Masteroppgave Universitetes i Oslo]. [https://www.duo.uio.no/handle/10852/79711?show=full#:~:text=https%3A//www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/79711/1/HADM4502\\_Masteroppgave%2Di%2Dhelseadministrasjon\\_Stine%2DArntzen%2DSelfors.pdf](https://www.duo.uio.no/handle/10852/79711?show=full#:~:text=https%3A//www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/79711/1/HADM4502_Masteroppgave%2Di%2Dhelseadministrasjon_Stine%2DArntzen%2DSelfors.pdf)
- Sigstad, H. M. H. (2004). Brukermedvirkning – alibi eller realitet?. *Tidsskrift Norske Lægeforening*, 63-64. [Brukermedvirkning – alibi eller realitet? | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)

Stortinget. (2022, 26. september). *Om regjeringens publikasjoner*. [Om regjeringens publikasjoner - stortinget.no](https://www.stortinget.no/om-regjeringens-publikasjoner)

Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (4. utg.). Gyldendal Forlag.

World health organization. (2022, 18. Oktober). *WHO/Europa explores patients` perspectives on quality of care*. [WHO/Europe explores patients` perspectives on quality of care](https://www.who.int/europe/news-room/feature-stories/2022/10/18/who-europe-explores-patients-perspectives-on-quality-of-care)

## Vedlegg 1 – Dokumentoversikt

### Stortingsmeldinger

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement.

[St.meld. nr. 47 \(2008-2009\) \(regjeringen.no\)](#)

Meld. St. 11 (2014-2015). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*. Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 11 \(2014-2015\) - regjeringen.no](#)

Meld. St. 11 (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. [Meld. St. 11 \(2015-2016\) - regjeringen.no](#)

Meld. St. 12 (2015-2016). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*. Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. [Meld. St. 12 \(2015-2016\) - regjeringen.no](#)

Meld. St. 13 (2016-2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*. Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. [Meld. St. 13 \(2016-2017\) - regjeringen.no](#)

Meld. St. 6 (2017-2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2016*. Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. [Meld. St. 6 \(2017-2018\) - regjeringen.no](#)

Meld. St. 11 (2018-2019). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017*. Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. [Meld. St. 11 \(2018-2019\) - regjeringen.no](#)

Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 - regjeringen.no](#)

Meld. St. 9 (2019-2020). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018*. Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. [Meld. St. 9 \(2019-2020\) - regjeringen.no](#)

Meld. St. 11 (2020-2021). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019*. Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. [Meld. St. 11 \(2020-2021\) - regjeringen.no](#)

### Lovtekster

Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m* (LOV-2001-06-15-93). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2001-06-15-93>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v* (LOV-1999-07.02.64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>



Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

### **Oppdrag og bestillingsdokument Helse Sør-Øst – OUS HF**

Helse Sør-Øst. (2016, 18. februar). *Oppdrag og bestilling 2016 for Oslo Universitetssykehus HF*. [Oppdrag og bestilling 2016 - Oslo universitetssykehus HF 18022016.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

Helse Sør-Øst. (2017, 15. februar). *Oppdrag og bestilling 2017 for Oslo Universitetssykehus HF*. [Oppdrag og bestilling 2017 - Oslo universitetssykehus HF.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

Helse Sør-Øst. (2018, 14. februar). *Oppdrag og bestilling 2018 for Oslo Universitetssykehus HF*. [Oppdrag og bestilling 2017 - Oslo universitetssykehus HF.pdf\(helse-sorost.no\)](#)

Helse Sør-Øst. (2019, 13. februar). *Oppdrag og bestilling 2019 for Oslo Universitetssykehus HF*. [Oppdrag og bestilling 2019 - Oslo universitetssykehus HF.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

Helse Sør-Øst. (2020, 26. februar). *Oppdrag og bestilling 2020 for Oslo Universitetssykehus HF*. [Oppdrag og bestilling 2020 - Oslo universitetssykehus HF.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

Helse Sør-Øst. (2021, 19. februar). *Oppdrag og bestilling 2021 for Oslo Universitetssykehus HF*. [Oppdrag og bestilling 2021 - Oslo universitetssykehus HF.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

Helse Sør-Øst. (2022, 16. februar). *Oppdrag og bestilling 2022 for Oslo Universitetssykehus HF*. [Oppdrag og bestilling 2022 - Oslo universitetssykehus HF.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

### **Dokument OUS HF**

Oslo Universitetssykehus. (2023, 11. januar). *Utviklingsplan Oslo Universitetssykehus 2040*. Oslo Universitetssykehus HF. [Utviklingsplan 2040 - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)

### **Andre offentlige dokument**

Prop. 1 (2002-2003). *For budsjettermin 2003. Del 1, Regjeringens verdigrunnlag og mål for en helhetlig helsepolitikk*. Helse- og omsorgsdepartementet.

[St.prp. nr. 1 \(2002-2003\) - regjeringen.no](#)

Prop. 1 S (2014-2015). *For budsjettåret 2015*. Helse- og omsorgsdepartementet.

[Prop. 1 S \(2014-2015\) - regjeringen.no](#)

Prop. 1 S HOD (2015-2016). *For budsjettåret 2016*. Helse- og omsorgsdepartementet.

[Prop. 1 S HOD \(2015-2016\) - regjeringen.no](#)

Prop. 1 S HOD (2016-2017). *For budsjettåret 2017*. Helse- og omsorgsdepartementet.

[Prop. 1 S HOD \(2016–2017\) - regjeringen.no](http://prop.1.s.hod(2016-2017)-regjeringen.no)

Regjeringen. (2016, 12. juni). *Oppdragsdokument 2016 Helse Sør-Øst RHF*.

[oppdragsdokument2016hso.pdf \(regjeringen.no\)](http://oppdragsdokument2016hso.pdf(regjeringen.no))