

**I hvilken grad og på hvilken måte er organisasjonspsykologiske faktorer med på å påvirke beslutningsadferd hos ansatte i spesialisthelsetjenesten, på en måte som virker kostnadsdrivende?**

Av  
Christer Mohn og Lasse Finsås

Avhandling avlagt ved  
Handelshøjskolen i København for graden  
Master of Public Administration 2010



## Innhold

Forord.....	9
Summary in English.....	10
Kapittel 1. Innledning.....	14
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	14
1.2 Et historisk perspektiv .....	16
1.3 Kostnadsutvikling og kostnadsfordeling .....	16
1.3.1 Politikk, reformer og lover .....	18
1.3.2 Organisasjonskultur og beslutningsadferd .....	21
1.4 Avgrensninger .....	22
1.5 Oppbygging av avhandling.....	23
Kapittel 2. Problemstilling .....	25
2.1 Forskningsspørsmål med utdyping.....	27
Kapittel 3. Teori og modeller .....	32
3.1 Teoretisk innfallsvinkel.....	32
3.2 Aktuell teori .....	33
3.3 Tabuer – ”uncovering indiscussables” .....	35
3.4 Den psykologiske teori – psykoanalysen.....	36
3.4.1 Ubevisste prosessor - “psykoanalysen” .....	36
3.4.2 Relevans for vår problemstilling - Psykoanalytiske perspektiver på ledelse og organisasjon .....	38
3.5 Defensive rutiner – Defensive mekanismer.....	39

3.5.1 Læringsteorier – Betydningen av organisasjonslæring .....	40
3.5.2 Menneskelige handlingsteorier.....	41
3.5.4 Relevans for vår problemstilling – Læringsteoriene bidrar til bedre forståelse av vår individuelle adferd i institusjonaliserte mønstre.....	46
3.6 Beslutningsteorier .....	46
3.7 Beslutningsmodeller .....	48
3.7.1. “Economic man” - Teorien om de rasjonelle beslutninger .....	48
3.7.2 Relevans for vår problemstilling – Teorien om rasjonelle beslutninger.....	48
3.7.3 “The Administrative Man” – teorien om begrenset rasjonalitet .....	49
3.7.4 Relevans for vår problemstilling – teorien om begrenset rasjonalitet.....	49
3.7.5 “The Science of Muddling Through” – Tilfeldige beslutninger .....	50
3.7.6 Relevans for vår problemstilling – Teorier om tilfeldige beslutninger .....	50
3.7.7 Politiske beslutningsmodeller .....	51
3.7.8 Relevans for oppgaven vår – politiske beslutningsmodeller .....	51
3.7.9 ”Garbage can” – modellen .....	51
3.7.10 Relevans for oppgaven vår – beslutninger som en tilfeldig prosess - ”Garbage can” – modellen .....	52
3.8 Erik Johnsens ledelsesteori/ledelsesmodell .....	52
3.8.1 Relevans for vår problemstilling – Erik Johnsens ledelsesteori .....	53
3.9 Parson `s teori om institusjonaliserte verdimønstre.....	53
3.9.1 Relevans for vår problemstilling – Betydningen av institusjonaliserte verdier	53
3.10 Emosjoner og emosjonsteori .....	54
3.10.1 Emosjoners påvirkning på enkeltindividet .....	55
3.10.2 Emosjoner i relasjon til gruppe- og organisasjonstilhørighet.....	56

3.10.3 Relevans for vår problemstilling – Emosjonsforståelse på individ og gruppenivå.....	56
3.11 Maslow`s behovsteori – behovshierakiet .....	57
3.11.1 Relevans for vår problemstilling – Maslow`s behovshieraki.....	59
3.12 Systemteori .....	59
3.12.1 Relevans for vår problemstilling - Demings systemteori om “det helhetlige kunnskapsystemet” .....	61
3.13 Annen relevant teori .....	64
Kapittel 4 Metode .....	66
4.1 Valg av forskningsdesign .....	67
4.2 Casestudie .....	68
4.3 Innsamling av kvalitative data .....	69
4.3.1 Observasjon .....	70
4.3.2 Det åpne individuelle intervjuet .....	72
4.4 Utvalg av enheter .....	74
4.4.1 Utvalgsprosessen .....	75
4.5 Analyse av datamaterialet .....	77
4.6 Validitet og reliabilitet.....	78
4.7 Oppsummering av anvendt metode .....	81
Kapittel 5 Analyse og drøfting.....	82
5.1 Forskningsspørsmål 1 – Tabuer.....	84
5.1.1 Empirisk data - avdelingssykepleiere .....	85
5.1.2 Empirisk data – leger .....	91

5.1.3 Teoretisk analyse av hovedfunn .....	96
5.2 Forskningsspørsmål 2 - Defensive mekanismer .....	101
5.2.1 Hvilke andre defensive rutiner påvirker beslutningsadferden hos ansatte ved Barneklubben på St. Olavs Hospital? .....	101
5.2.2 Avdelingssykepleiere og defensive mekanismer .....	103
5.2.3 Emosjonenes betydning i avdelingssykepleiergruppen .....	106
5.2.4 Legene og defensive mekanismer .....	108
5.2.5 Å kritisere legen –en defensiv mekanisme som har blitt et tabu .....	110
5.2.6 Tilstedeværelsen av defensive rutiner og mekanismer - Betydningen for beslutningsadferd.....	111
5.3 Forskningsspørsmål 3 - Andre organisasjonskulturelle faktorer .....	113
5.3.1 Hvilke andre organisasjonskulturelle faktorer er med på å påvirke beslutningskvaliteten knyttet til ressursbruk ved klubben? .....	113
5.3.2 Oppsummering av funn - avdelingssykepleiermøte – ledergruppe møte stab og klubbsjef .....	114
5.3.3 Klubbenes beslutningssystem – klare innslag av begrenset rasjonalitet, samsvar med tilfeldighetsteori, Modell I teori og systemsvikt .....	119
5.3.4 Klart fravær av organisasjonslæring .....	123
5.3.5 Klubbenes uttrykte verdier versus institusjonaliserte handlingsmønstre .....	127
5.4 Oppsummering av undersøkelsen og analysen.....	128
5.4.1 Oppsummering – Tabu og ”indiscussables” .....	128
5.4.2 Utbredt bruk av defensive mekanismer og forsvarsrutiner .....	129
5.4.3 Betydningen av organisasjonskultur og beslutningssystemets institusjonaliserte mønstre .....	129
Kapittel 6 Sammendrag.....	131
6.1 Glemt og undervurderte kostnadsdrivere? .....	132

6.2 Bevisste og ubevisste tabu .....	133
6.3 Utbredt bruk av defensive mekanismer og forsvarsrutiner.....	133
6.4 Betydningen av organisasjonskultur og beslutningssystemets institusjonaliserte mønstre .....	134
6.5 Hvor kostnadsdrivende er tabuer og defensive mekanismer? .....	135
6.6 Finnes det andre forklaringer?.....	136
6.7 Bidrag til veien videre for klinikken .....	137
Vedlegg 1 – Brev til informantene – forespørsel om intervju .....	139
Bibliografi .....	144

## Forord

---

Denne masteravhandlingen markerer for oss slutten på ett 2 1/2 års langt MPA studium ved Høgskolen i Nord-Trøndelag (**HiNT**), Høgskolen i Sør-Trøndelag (**HiST**) og Copenhagen Business School (**CBS**).

Vi forsøker med denne avhandlingen å identifisere eventuelle kostnadsdrivere ut ifra et organisasjonspsykologisk ståsted og da spesielt ved å se på beslutningsadferd. Hvordan blir beslutninger tatt og hvor god er kvaliteten på disse beslutningene? Er beslutningsmodellene til ledelsen ved et sykehus like godt tilpasset den som i det daglige står ovenfor pasienten som for de som skal ha oversikten og drive sykehuset?

Årsaken til at vi fatter interesse for denne vinklingen er at den er på langt nær er viet så mye oppmerksomhet som de tiltak som har vært av politisk og økonomisk karakter. Likeledes synes vi det er interessant å studere et fenomen som dette, da det er et fenomen som forefinnes så vel i det offentlige som i det private næringsliv, hvor vi til det daglige har vårt virke.

Vi vil benytte anledningen til å takke studiets fagansvarlige og administrativt ansatte ved disse institusjonene for et bra studieopplegg og tilrettelegging for oss.

Vi vil særlig takke vår veileder, Førsteamanuensis - Avdeling for økonomi, organisasjon og ledelse, v/HiNT, **Stein Jonny Valstad**, for stor inspirasjon, imøtekommenhet, kreativitet og positivisme.

Vi vil også takke **Randi Hansen** ved **Barne- og Ungdomsklinikken ved St. Olavs Hospital** i Trondheim for hjelp med tilrettelegging for innhenting av vår empiri til denne masteravhandlingen.

En stor takk går også til det utvalg av ansatte ved klinikken som stilte seg til rådighet for oss. Uten Deres velvillige bidrag, hadde ikke oppgaven vært mulig.

Til slutt vil takke våre familier, som har måtte holde ut med oss i en svært tidkrevende studieperiode.

Trondheim, april – 2010.

Christer Mohn

Lasse Finsås



## Summary in English

---

This master thesis has its roots in one major complex puzzle. This puzzle consists of the fact that Norway `public spending in public health services has been reaching new heights every year for the last 20 years. An amazing 20% of our GNP is now related to costs in our public health services. The public bureaucracy, politicians and hospital owners and other health economists have seemingly tried all recipes available to them, not being able to control the skyrocketing costs of Norwegian public health care. Why is this still happening?

We could have taken several angles towards this master thesis but we have chosen to emphasize on an area in which is *rarely* addressed in connection with investigating the causes to our escalating costs in the public health sector. This is the study on how each and every one of us makes choices, decisions and how we behave in our day to day life. We wanted to see if we were able to find indications on to what degree this was a factor to the escalating costs, and that in fact, our conscious and sub-conscious individual and group behavior could be a contributing factor to irrational behavior, choices and decision making. And in sum – a possible significant factor to the never ending story of the rising costs in our public health system.

To narrow it a bit further, we focused on these areas in organizational psychology in regards to (rational/irrational) decision making: These are:

- The impact of taboos amongst health personnel in their day to day activities, and to what extent these could cause irrationality in all aspects of a health employee's behavior and in turn cause sub-optimal decision making behavior.
- The conscious and sub-conscious use of defensive mechanisms or defensive routines as a result of emotional strain or pressure in the way things are done in their day to day operation.

- In what way could the clinic`s institutionalized values, culture and decision making system could cause irrational behavior and sub-optimal decision making.
- To what extent individual emotions come to cause an effect on both individual and group behavior on a conscious and sub-conscious level, and to what degree this causes sub-optimal decision making behavior at the individual- and group level.

The report presents the results of both 6 interviews and an observation meeting amongst 8 unit managers at the pediatric clinic at St. Olav`s hospital in Trondheim.

### *Findings*

Our findings indicate clearly that the above areas of organizational psychology that we have focused on, quite clearly causes of irrational behavior of various degrees, which in turn causes costs to escalate.

### *Taboos/the In-discussable*

We found one very apparent taboo amongst the management team, head nurses and doctors. This was related to the topic of not to give criticism, in any fashion or form. Especially related to medical decisions or choices, a colleague`s norms and values, or costs related to the choice of medical treatment. We could call this an in-discussable, because it clearly was something all our interview objects were conscious about – but not really willing to address.

### *The use of individual defensive mechanisms*

It became quite clear to us that clinic and our interview objects were “infected” with Argyris Model I characteristics and, apparently unconsciously stuck inside single loops of learning. Numerous quotes from our interviews and the observation of a clinic decision making meeting, confirms the existence of “Model I theories in use”.

Additional help with understanding this, we looked to Freud, Maslow and emotional psychological theory. All theories that helps us understand how we tackle (possible) fear, embarrassment and awkward situations, that in turn, could cause us some sort of social/group sanction.

*The impact of culture, institutionalized norms, values and patterns versus taboos and defensive routines*

During our data-gathering, we soon saw the need for attributing the organizations culture, values and norms as contributing or supplementing factors to our initial questions of taboos and individual defensive mechanisms. Again, finding help in understanding the impact of this, primarily from Argyris and his Model I theories in use. The effects these characteristics can have on an organization made our analysis easier and hopefully better.

We also found help with our analysis in systems theory and research done by Edward Deming and Myron Tribus. We have also found valuable information from the decision making theories of Simon and March as well Charles Lindblom.

It is quite clear that both the individual and group level findings are mutually related and that they impact each other. The clinics decision making system, structures and culture causes individual behavioral patterns that one could argue clearly are irrational from an Model I theory perspective.

Our findings indicate that there is a de-coupling between the “humane” rationality of health employees (here, nurses and doctors/field personnel) that obviously do not compare or relate with a higher degree of economic rationality. If we can say that the clinics decision making system (here, the hospital owner and its management) is geared towards business oriented principles, the field personnel`s actions in regards to decision making and work ethics, often are emotionally led behavior, that easily can cause and be viewed as counterproductive versus a more business oriented rational. Key drivers and objectives are (of course) thoughtfulness and practicing the principles of the Hippocratic Oath. Ultimate care and treatment “overturns” or disregards a more economic approach or rationale.

Also, we find that field operatives (despite a small number of respondents) do not have a genuine interest in – nor do they seem to care, about the financial situation our health care system is in. If they are interested, it seems to be in regards to their unit and their preservation of it.

Despite a significant business orientation at owner/management level, there are clearly issues to address in order to get healthcare field personnel to both relate to and act more in accordance to an economic rationality in light the financial dire straits Norwegian national healthcare is in. There are clearly management and organizational issues to address in relation to establish a common set of objectives and goals, how to address problems and to be able to talk the “same” language inside this type of organization. This being a language for being able to handle or act on decision making, a language for a common behavior, and a link between the two, in order to better optimize collaboration between all departmental levels and functions inside the clinic.

The purpose of this master thesis has been to establish whether psychological factors (taboos, defensive mechanisms/routines and sub-conscious emotional human behavior) are contributing factors to the escalating public health costs in our society. Our (short) answer to this is a definitive yes. Putting a price tag on these issues might not be easy, and maybe almost impossible. However our findings are worth looking into. They confirm that the “in-discussable” (or taboos), human defensive mechanisms and system/organizational defensive routines causes issues in a health care organization that accumulated can be a significant cost driver, possibly severely underestimated.

The roots of the problems noted are clearly management issues, and we believe that much could be done by re-evaluating how individual leadership is conducted, and how much the organization is willing an open to change its structures and traditions.

We have in our conclusion taken the liberty to suggest possible changes of direction, that could lead to an improvement of the issues noted in this master thesis.

So, will the puzzle remain unsolved?– How do we prioritize in order to keep the good of the patient as the highest priority, and still being able to conserve economic resources?

## Kapittel 1. Innledning

---

I løpet av 20 år har helse tatt en større og større bit av de offentlige budsjettene og totalproduksjonen i landet vårt. Av et offentlig budsjett, brukes hver femte krone på helserelaterte budsjettposter. Ser en på de reelle helseutgiftene, så vokser de raskere enn det BNP gjør. Dette bekymrer, spesielt med tanke på den demografiske utviklingen vi står ovenfor.

Hva gjør myndighetene for å møte disse utfordringene? Reform er et kjent begrep i denne sammenhengen, med samhandlingsreformen iscenesatt av tidligere helseminister Bjarne Håkon Hansen, som et ferskt eksempel. Hvorfor fungerer ikke myndighetenes effektiviseringsgrep som de skal?

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Temaet vi har valgt skyldes i hovedsak interessen for hvordan beslutninger egentlig tas og på hvilke grunnlag vi som beslutningstagerer handler som vi gjør. Vi har gjennom vår egen jobbsituasjon erfart at vi som individer eller som en del av en gruppe gjør valg som av og til ender med en beslutning som ikke blir ideell. Dette vil også være tilfellet selv om beslutningstagerne har gode hensikter, så her er det både bevisste og ubevisste mekanismer hos den enkelte og i organisasjonen. Og spørsmålet er om beslutningene hadde blitt bedre om en i større grad hadde viet oppmerksomhet knyttet til de organisasjonspsykologiske aspektene som gjør seg gjeldene i slike beslutningssituasjoner.

I tillegg har vi gjennom vårt MPA-studium fokusert mye på helsevesenet og dets utfordringer i de obligatoriske innleveringer vi har hatt i våre kjernefag. Gjennom arbeidet med disse oppgavene har vi fått en spesiell interesse for fenomenet med gjentatte budsjettoverskridelser innenfor spesialisthelsetjenesten. Tilsynelatende gjør den norske stat store bestrebelser på å gjenvinne kontrollen over kostnadsutviklingen, men det kan synes som om de rette grepene er vanskelig å finne. Noen helseforetak ser

ut til å lykkes bedre enn andre, men i det store og hele synes spørsmålet å være problematisk.

Myndigheter og helseforetakene har angrepet problemet fra flere sider. Alt fra hvordan helsetjenester skal finansieres, hvordan samhandlingen mellom de ulike helsetilbud skal foregå, til rene kostnadskutt. Felles for alle innfallsvinklene er at de er tuftet på en økonomiskrasjonell tankegang.

Vi vil ha fokus på å finne organisasjonspsykologiske og organisasjonskulturelle faktorer som kan ha betydning for beslutningsadferd. Vi har et ønske om å forstå mer om hvordan slike forhold innen et felt hvor dette får så store samfunnskonsekvenser.

Det er langt i mellom at en finner forskning eller empiri som tar for seg dette relatert til helsevesenet. Det nærmeste vi kommer er som oftest i relasjon til klare profesjonskonflikter, men lite forskning synes å ha vært gjennomført på dette feltet i Norge og utlandet.

Der er ulike mekanismer som driver beslutningene og disse mekanismene kan være med på å påvirke beslutningene i en så stor grad at de akselererer kostnader.

Beslutningssystemet er som oftest formalisert og et interessant spørsmål i denne sammenhengen, er hvordan beslutningsprosessene blir rasjonalisert. Likeledes skal vi avklare hvor stor hjelp den enkelte aktør har av disse beslutningssystemene.

Handler den enkelte ansatte i helsevesenet rasjonelt i forhold til hva som er bestemt av ledelsen? Mennesker er forskjellige og vår adferd vil gjenspeile dette. Den som står foran en pasient vil kunne kjenne at fasit ikke alltid finnes og det vil være opp til en selv å velge en løsning og fatte en beslutningen som man skal stå for i etterkant.

Ytre ting som innkjøp av medisinsk utstyr og andre driftsmidler har hatt et langt større fokus enn forhold som regulerer samspill mellom mennesker. Hva koster for eksempel egenmeldingene en arbeidsgiver? En ukultur knyttet til bruk av egenmelding hos ansatte som ikke er reelt syke, koster enormt om de summeres opp. Et slikt spørsmål er lett å stille og kommentere fra utsiden av organisasjonen, men er det like enkelt å adressere slike spørsmål om en er en del av systemet? Dette skal vi forsøke å finne ut.

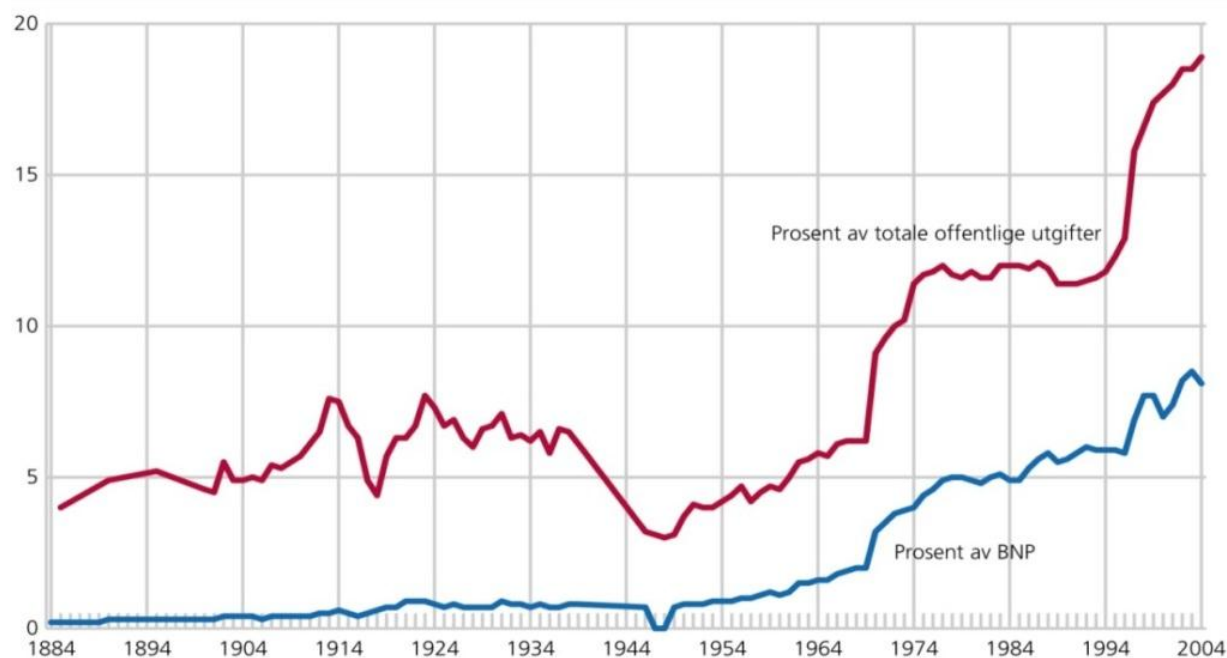
## 1.2 Et historisk perspektiv

Helseforetakene ser nok en gang ut til å gå med milliarder i underskudd. I løpet av de siste 5 årene har sykehusene i Norge brukt over 10 milliarder kroner mer enn det Stortinget har bevilget. Hva er det med helsesektoren som gjør at vi ser røde tall år etter år? Underskuddene vil ingen ende ta og synes å være ute av kontroll. At staten bevilger mer penger til helse, synes ikke å være rett medisin i forhold til å unngå kostnadsoverskridelser.

## 1.3 Kostnadsutvikling og kostnadsfordeling

Statistisk sentralbyrå (SSB) viser gjennom sitt tallmateriale at de totale helseutgiftene har mer enn doblet seg i løpet av de ti siste årene, fra 94 milliarder i 1997 til 203 milliarder i 2007. Tabellen nedenfor viser at utgiftene til helse har tatt en stadig større andel av de offentlige utgiftene og nær tredoblet seg i prosent av totale offentlige utgifter

**Offentlige helseutgifter, prosent av BNP og totale offentlige utgifter. 1884–2004<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> 1946–1948: Tall for helsekonsum mangler. Forholdet mellom helseutgifter og helsekonsum i 1949 er brukt. Utgifter x 0,75.  
Kilde: Larsen m. fl. (1986) som har tallene fra Statistisk årbok, statsregnskapet og nasjonalregnskapet. Statistisk sentralbyrå: NOS Historisk statistikk. Utgaver fra 1958, 1968, 1978 og 1994 samt Nasjonalregnskapet.

**Figur 1: Offentlige helseutgifter i Norge ([www.ssb.no](http://www.ssb.no))**

siste 40 år.

Norge brukte i følge SSB, 43 000 kroner på helse per innbygger i 2007. Av dette ble 84 % finansiert med offentlige midler og resten er finansiert av private kilder, inklusive husholdningene. Den offentlige andelen er høy dersom man sammenligner med andre OECD-land.

I forlengelsen av dette har utgiftene til lønn økt forholdsmessig mer i Norge i sammenligning med andre nordiske land. Dette går frem i en SINTEF-rapport som sammenligner de nordiske landene fra 2005 til 2007(www.sintef.no). Dette skyldes både en radikal økning i antall leger og ikke minst en generell lønnsøkning. Antallet leger har økt kraftig også på grunn av at utdanningskapasiteten har økt betydelig, både i Norge og i utlandet. Det ville ikke vært unaturlig å tenke seg at den økte tilgangen på kvalifisert helsepersonell ville dempe lønnspresset, men det ser ikke ut til å være tilfelle. Antallet psykologer og sykepleiere har også hatt en markant økning de senere år.

SINTEF- rapporten med helseøkonomiske data fra de nordiske landene fra 2005-2007, viser også at Norge bruker betydelig mer på helse per 1000 innbyggere sammenlignet med det Finland gjør. Finland bruker bare 61-65 % av det Norge gjorde i årene 2005 til 2007. Lønnskostnadene ligger jevnt over vesentlig høyere enn i våre naboland. Dette gjør at Norge kommer langt dårligere ut enn Finland når det gjelder produktivitet.

Kritiske røster betegner helsesektoren som en ineffektiv og mindre produktiv sektor enn den private sektoren. Siden den ikke er underlagt markedsøkonomi i samme grad, vil motivasjonen for å gjøre innovasjoner og rasjonaliseringer ikke være like tilstedeværende, for å øke produktiviteten.

Gitt den demografiske utviklingen som forventes i Norge, vil enkelte gjennom sin lek med tall, lett konkludere med at vi står foran en tid hvor vi blir nødt til å gjøre avveininger mellom utgiftsposten til helse og andre offentlige tilbud som utdanning, samferdsel og lignende.

Ser en på spesialisthelsetjenesten og fordelingen av driftskostnadene, utgjør lønnskostnaden 57,3 % i 2007 i følge Statistisk Sentral Byrå (SSB). Lønnskostnaden er den definitivt største utgiftsposten og medisiner utgjør som en sammenligning 3,1 % av



budsjettet. Det betyr i all enkelhet at det er lønn og sosiale utgifter der hvor det er mye å hente, ved enten å effektivisere eller ved å redusere kostnadene.

I en uttalelse til Aftenposten (Hafstad, Stenseng, & Moe, 2008) sier Ivar Sønbo Kristiansen, professor ved Senter for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo, at han ikke er i tvil om at lønnskostnadene ved sykehusene må ta mye av skylden for den kostnadsøkningen vi ser.

Et annet forhold som er en stor utgiftspost i spesialisthelsetjenesten er sykefravær. Samtidig registrerer vi at det aldri før har det vært større sykefravær i Norge. I følge SSB økte fraværet til 7,7 % i tredje kvartal i 2009. Både det egenmeldte og legemeldte viser en klar økning. Det er innen helse og sosialtjenester at en ser det høyeste sykefraværet. Og statistisk sett er fraværet høyere blant kvinner enn menn, selv om man nå ser en forholdsmessig økning i gruppen menn i tjenesteyrker. For kostnadsutviklingen i helsevesenet, så lover ikke dette godt for fremtiden.

I den senere tid har media rettet søkelyset mot de store forskjellene i sykefraværet mellom Norge og Sverige. Utvidet arbeidsgiveransvar og karensdager er tiltak som blir diskutert.

Helsebyråkrater, media, skattebetalere og andre interessenter har alle vært skjønt enige om at kostnadsutviklingen i helsevesenet representerer en utfordring som snarest må løses.

### 1.3.1 Politikk, reformer og lover

Helseministeren har i flere år forlangt kutt på den ene siden, samtidig som han pålegger sykehusene å opprettholde sitt tjenestetilbud på den andre siden. Dette er forhold som setter følelser i sving hos involverte parter og andre som vil ha et ord med i den pågående debatten.

Det alle parter vet, er at sykehusenes underskudd gjennom mange år har blitt dekket opp med ekstrabevilgninger. Sykehusenes administrasjon har fått erfare at for hver krone de har brukt for mye, får de i snitt dekket 50 øre (ref: se slutten av kap). Med denne erfaringsbakgrunnen er det kanskje ikke så rart at vi ser underskudd år etter år.

Skandaleoverskrifter i media med gjentatte kostnadsoverskridelser har vært med på å skape et reformasjonspress på politikerne. Reformen kan være uttrykk for mye, men det synes ofte å være et ledd i et politisk spill. Reformen er bautaer og setter spor, noe enkelte politikere vet å spille på. Senest ut er den tidligere helseministerens samhandlingsreform. Her setter man søkelyset på strukturer og samhandling, som et nytt grep for å få bukt med kostnadssituasjonen.

Det er samtidig en dynamikk i dette, reformer driver frem nye reformer. Men det synes som om det er mindre politisk vilje for å evaluere de kostnadmessige aspektene i etterkant av reformene. Det hersker ingen tvil om at kostnadene rundt implementeringen av en reform er betydelig og at dette har bidratt til dagens situasjon. En reform er en enorm effektiv måte å sette en politisk agenda på. De kan virke som en politisk og effektiv avledningsmanøver, hvor fokus kan dreies bort i fra andre betente områder av helsevesenet. Denne mekanismen sammen med det faktum at reformer signaliserer en handlekraft, skal man ikke se bort ifra har vært en sterkere drivkraft for reformene enn det genuine ønsket om å løse store helsemessige utfordringer. Helsereformen fra 2002 skulle nettopp få disse overskridelsene fjernet ved å flytte ansvaret fra fylkeskommunen til staten.

Bruk av krisemaksimering fra profesjonsaktører er en taktikk som de fleste politikere vil kjenne igjen. Men som ikke alltid er like lett å håndtere, siden det er veldig få politikere som ønsker å stå ansvarlig bak en beslutning om å legge ned helsetjenester som rammer enkeltmennesker. Spesielt ikke i et valgår. Det ville være et politisk selvmord.

Å vekke mye empati ved å påpeke effekten av trange budsjett vil for andre sektorer ikke være like enkelt. I den delen av helsevesenet som er Statens ansvar, spesialisthelsetjenesten, er helomvendinger derfor ikke et helt sjeldent fenomen. Belastningen vil med medias hjelp vil være tung å bære.

Når noe skal prioriteres opp, bør en også legge føringer for hva som skal prioriteres ned. Det er noe en sjelden hører at politikere uttrykker seg i klartekst om.

En mangel på evnen til å prioritere i Norge påpekes i media til stadighet. De tøffe prioriteringsspørsmålene synes å være vanskelige, men når det først blir satt ned et utvalg for å se på prioriteringsspørsmålet synes de heller ikke å bli brukt. Lønning-

utvalgene har lagt ned mye arbeid knyttet opp mot dette. Det refereres sjelden til det arbeidet som ble lagt ned i utvalget i de kilder vi har lett etter bakgrunnsstoff.

I 1997 ble det tatt i bruk et nytt finansieringssystem for sykehusene - kjent som "innsatsstyrt finansiering". I 2001 kom "lov om helseforetak", hvor staten gikk inn som eier av spesialisthelsetjenesten. Disse endringene markerte et klart skifte i styringsformen av norsk helsevesen. Virksomhetene ble organisert som foretak, og disse foretakene skulle føre regnskap etter prinsipper fra privat sektor. Stat og politikere mente klart at dette var nødvendig for å få situasjonen under kontroll. Samtidig ble "eierskapsreformen" supplert med en ny pasientrettighetslov, fritt sykehusvalg.

Dette kombinert med et system hvor "pengene følger pasienten", skapte i tur et konkurranselignende element, hvor sykehusfokus i stor grad ble flyttet, og fokus på produksjonsvekst som inntekstkilde ble langt mer aktuelt. Spørsmålet er om ikke dette bare var med på å flytte fokus vekk fra kostnadssiden.

Til tross for endringer i eierskap fra fylke til stat, omfattende politiske reformer og økende grad av markedsføring, ser det ikke ut til at en klarer å snu kostnadsutviklingen. Vi mener videre at det er belegg for å si at selv om norsk helsepolitikk har innført betydelige innslag av markedsøkonomiske styringsparametre på et makronivå, så kan det se ut som om at en ikke evner å få gjennomslag for, eller gjennomført slike styringsparametre i norsk helsevesen. Det kan se ut som om at eierne ikke klarer å implementere, gjennomføre eller kontrollere eksempelvis "innholds- og strukturstyring" i norsk helsevesen etter samme prinsipper.

Sykehuseierne har innført betydelige elementer av økonomisk-administrativ logikk. Mange vil hevde at helsevesenet i dag, vel 20 år etter at den negative kostnadsspiralen skjød fart, at bedriftsøkonomiske prinsipper i dag er dominante i sektoren. På et overordnet nivå er det liten tvil om at det er markedsretting og bedriftsøkonomi som står på agendaen til politikere, byråkrater og helseledere. Studerer man HOD`s oppdragsdokumenter til de respektive regionale helseforetakene, vitner dette om at det er klare mål og indikatorer man skal styre etter.

I dag, 5 år senere, ser vi at noen regionale helseforetak har klart seg bedre, mens andre fortsatt sliter med formidable underskudd. Staten har ikke klart å få kontroll på norske

helsekostnader, som snart utgjør hele 10,5 % av bruttonasjonalprodukt i Norge. Vi ønsker gjennom denne oppgaven å få forsterket kunnskap om organisasjonspsykologiske faktorer og avdekke om det kan være med på å forklare noe av hvorfor vi fortsatt har et av verdens dyreste helsevesen og hvorfor kostnadene går over vedtatte budsjett.

I tillegg til at man har adoptert økonomi- og ledelsesmodeller fra privat sektor, er en del av styringsendringen i reformene lagt opp slik at eksempelvis sykehusene stimuleres til å opptre i et marked med konkurranse om pasientene. Det forekommer produksjonsføringer og prising av tjenester, og helseforetakene presses hardt for å komme i balanse og vise lønnsomhet. Dette skaper ledelsesutfordringer, produksjonsdilemmaer og trolig en forvirring om hvilke mål de ansatte i helsevesenet skal jobbe imot.

Mange utredninger er gjort for å kartlegge ideelle finansieringsformer og andre modeller knyttet til økonomisk rasjonalitet. Det synes som om fokus på organisasjonsaspekter som kultur og struktur, er viet mindre oppmerksomhet. Hvorfor er det slik at tilsynelatende fornuftige grep og tiltak, ikke gir de effekter som man håper på når beslutninger tas? Vi synes det er på tide å fokusere mer på hva som styrer den enkeltes adferd, for å se om vi kan avdekke om det er utfordringer av organisasjonspsykologisk karakter.

### 1.3.2 Organisasjonskultur og beslutningsadferd

Kulturaspektet er med på å belyse hvordan aktørene er koblet til et større system som for eksempel samfunnet. I vår oppgave skal vi forsøke å forstå hvordan beslutningstagerne forholder seg til organisasjonskulturen i den organisasjonen de tilhører. Det er de individuelle driverne hos den enkelte aktør som avgjør hvordan den enkelte handler. Summen av individene, gruppen, vil utgjøre den kulturdannelse og atferd som i tur blir "gjeldende" i organisasjonen. Derfor blir det et viktig element å forsøke og forstå beslutningstageren i beslutningssituasjonen, og hvordan det kan påvirke viktige avgjørelser i forhold til kostnadsutvikling?

Er det slik at en ansatt innenfor helsevesenet alltid handler rasjonelt og lojalt, eller kan det tenkes at kulturelle faktorer gjør at beslutninger fattes ut i fra andre forhold som kan være med på å vanskeliggjøre det å holde seg innenfor sitt budsjett?

Dette handler mye om roller og rolleforståelse. Hvordan ser jeg på meg selv som beslutningstager? Både organisasjonspsykologiske og organisasjonskulturelle forhold er med på å bestemme dette.

Hvordan språk vi bruker er et sentralt element her. Vi bruker ulikt språk i ulike roller. Har vi på lederhatten bruker vi en type språk og har vi på styrehatten bruker vi et annet. Språkbarrierer er ofte omtalt som en viktig årsak til at beslutninger i organisasjonen blir oppfattet ulikt av de enkelte aktører, med utilfredsstillende etterlevelse som resultat. Det som er interessant å se, er at selv om en har språket og forståelsen inntakt, så trenger det ikke alltid å bli brukt likevel.

Et annet trekk ved mange organisasjoner i dag er at organisasjoners fokus har dreid fra et strategisk perspektiv til et mer administrativt ståsted hvor en forsøker ”å lukke gap”. Det er ikke lenger like verdsatt å ha et langsiktig perspektiv, hvor elementer som kreativitet og initiativ er et plussord. Ledere skjeler stadig oftere til tallene som skal leveres inneværende år, halvår, eller kvartal og maner ansatte til måloppnåelse knyttet til effektivitetsparametre. Det har blitt mer legitimt å nå kortsiktige mål enn å være visjonær. Dette er selvfølgelig med på å påvirke beslutningsadferden i organisasjonen.

## 1.4 Avgrensninger

Som vi ser er problematikken rundt det å få kostnadsutviklingen i helse-Norge under kontroll, svært komplisert og sammensatt. Antallet innfallsvinkler knyttet til det kostnadsuføre som vi er i, er flere, og det finnes mange økonomirelaterte forhold som kunne gitt oss innsikt i hva som kan være de riktige tiltakene for å få kostnadsutviklingen under kontroll.

Finansieringsordninger har stått sentralt i forhold til å effektivisere helsevesenet og å få kontroll over de gjentatte budsjettsprik. Dette og andre aspekter knyttet til økonomisk-rasjonelle systemer valgte vi å ikke gå videre på.

Likeledes kunne vi ha betraktet de tilsynelatende helseøkonomiske sidene i et statsvitenskaplig lys, fordi i tillegg til det økonomiske kaos som ser ut til å råde i Helse-Norge, handler dette også mye om hvorfor vi som velgere lar politikere bruke mer og mer penger på helse når det er høyst usikkert hva vi får igjen for det vi investerer. Denne trenden, samt konsekvensene av det maktspeillet om hvem som skal bestemme i norsk helsevesen, politikerne eller fagmiljøet, kunne være interessant å forske på. Vi har i denne omgang imidlertid valgt å belyse de helseøkonomiske utfordringene vi står ovenfor i Norge fra et organisasjonspsykologisk ståsted.

Årsaken til at vi ønsker å gjøre dette er fordi vi mener det er grunn til å tro at man har undervurdert betydningen av organisasjonskultur og individuell atferd i forholdet til hvordan beslutninger fattes. Vi mener dette må ha stor betydning for hvordan den daglige driften av et sykehus foregår og for hvilken medisinsk behandling som blir tilbudt. Å forske på beslutningsadferd innen et felt hvor dårlig beslutningskvalitet får så store samfunnskonsekvenser, finner vi meget interessant.

Når man ikke klarer å skape institusjoner som er likeanvendbar for de ansatte som skal håndtere pasienten, som de som skal ha oversikten og lede sykehuset, vil en kunne få kostnadsoverskridelser og andre spillsystemer.

Har en nyansatt avdelingsleder en mal på hvordan de skal lede vanskelige diskusjoner hvor emosjonsnivået er høyt, for eksempel en diskusjon rundt de grunnleggende holdninger den enkelte har til sitt virke? Denne innfallsvinkelen er også langt mindre beskrevet i litteraturen, noe som gjør det ekstra spennende.

## 1.5 Oppbygging av avhandling

Denne avhandlingen er delt inn i seks kapitler. Etter innledningen i kapittel 1, viser vi kostnadsutviklingen i helsevesenet i et historisk perspektiv, samt at vi belyser enkelte ulikheter som eksisterer mellom Norge og noen av våre naboland når det gjelder helse og økonomi i på slutten av innledningskapittelet.

I kapittel 2 er det avhandlingens problemstilling og de tilhørende forskningsspørsmål vi skal besvare. Kapittel 3 er viet til det teoretiske grunnlag som avhandlingens empiriske

grunnlag skal drøftes opp mot. Det neste kapitlet vil omhandle valg av metode for innhenting av empiri. I kapittel 5 vil vi presentere våre empiriske funn og analysere disse opp mot oppgavens problemstilling og det teoretiske bakteppet. Kapittel 6 er viet til konkludering og hvilke implikasjoner våre funn kan gi, samt gyldighet av funn ut fra en kritisk vurdering av metodevalg.

## Kapittel 2. Problemstilling

---

I dette kapitlet skal vi redegjøre for hvilken problemstilling vi har valgt og hvilke forskningsspørsmål vi har valgt for å belyse problemstillingen.

Vår innledning viser at vi i Norge har et helsevesen som tar en stadig større bit av vårt bruttonasjonalprodukt. Det er en utvikling vi ikke kan leve med, i hvert fall ikke med Norges forestående demografiske utvikling. Tiltak har blitt gjort av politisk karakter og ut av økonomisk karakter. Reformen ser dagens lys og ulike finansieringsformer blir innført. Fokus på effektivisering er blitt satt, og med lys og lykter leter man etter steder hvor tiltak kan gjøres for å bringe en kostnadsutvikling under kontroll.

Vårt bidrag i denne helheten er å se om det er en ytterligere effektiviseringsgevinst å hente ved og øke bevisstheten rundt de organisasjonspsykologiske og organisasjonskulturelle aspektene.

Vi ønsker med denne avhandlingen å avdekke og forstå kostnadsdrivere i helsevesenet og sette fokuset på beslutningstager og hvorfor han eller hun opptrer slik han eller hun faktisk gjør. Vaner kopieres uten at den enkelte alltid er klar over det. Dermed blir avdelinger og organisasjoner dyktige i å være udyktig.

Hvilke konsekvenser får det for beslutningsprosesser på et individuelt, gruppe og organisasjonsnivå. Målet med vår datainnsamling blir å koble kostnadsdrivere opp mot beslutningstenkning og se om det kan være med på å forklare kostnadsutviklingen vi ser i spesialisthelsetjenesten.

Gjennom å gjøre observasjoner og bruke informantens opplevelse, skal vi teste ut vår tese om at defensive rutiner, tabuer og andre ikke-rasjonelle faktorer er med på å påvirke ansatte i helsevesenet, på en slik måte at de summert opp kan påvirke kostnadsutviklingen. Er vi individer som lydig og rasjonelt oppfylder arbeidsgivers ønsker, eller er vi et sammensatt vesen preget av vår genetiske arv, oppvekst og av den kulturen vi til daglig omgås? Svaret er innlysende, men det setter samtidig store krav til de som skal forsøke å gjøre seg nytte av sin viktigste ressurs – menneskene.

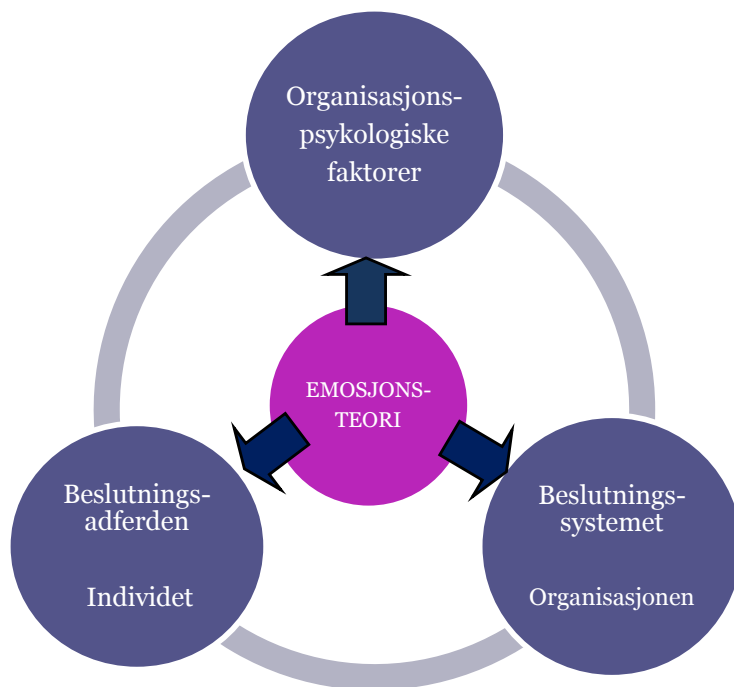


Dette kan være beviste eller ubeviste prosesser hos den enkelte, i gruppen og i organisasjonen i forbindelse med den daglige driften og i alle andre beslutningssituasjoner man er oppe i.

Ledelsen ved et helseforetak og et sykehus vil naturlig nok kjenne til ulike beslutningsmodeller bedre enn de lengre ned i organisasjonen, og her ligger litt av utfordringene. Har ledelsen skapt en institusjon som både ivaretar de som skal ha oversikt og drive sykehuset, og de som tar hånd om den daglige driften og som skal ha ansvar for pasienten? Vil retningslinjer og prosedyrer være til hjelp for den enkelte ansatt som står ansikt til ansikt med pasienten? Finnes det prosedyrer like tilgjengelige i de forhold som har med hvordan prosesser knyttet til adferd, beslutninger og holdninger, som det gjør i forhold til de har med innkjøp av utstyr og andre administrative forhold?

Organisasjonspsykologiske og organisasjonskulturelle aspekter som påvirker beslutninger er et omfattende tema. Derfor har vi valgt å begrense oss noe ved kun se på dette fenomenet i tilknytning til beslutninger tatt av aktører på et lavt nivå i organisasjonen og hvilken grad disse faktorene er med på å påvirke beslutningskvaliteten på et individ og gruppenivå.

Ved å avlese på et veldig lavt nivå, vil vi kunne studere fenomener som påvirker et svært høyt antall beslutninger. Det er summen av alle disse beslutningene som akkumulert opp, som vil kunne ha en effekt på det totale kostnadsbildet. Det minste fordyrende element multiplisert opp med det antall ansatte i spesialisthelsetjenesten vil kunne ha store implikasjoner for helheten.



**Figur 2: Emosjonsteori er sentral fellesnevner og komponent i forholdet mellom organisasjonspsykologiske faktorer, beslutningsadferd og selve beslutningssystem i organisasjonen**

Emosjonsnivået i en organisasjon vil være preget av hvordan beslutninger blir tatt av den enkelte beslutningstager og det vil prege det totale beslutningsmønsteret i organisasjonen. Emosjonsteori vil stå sentralt når vi skal forske på hvordan beslutninger tas og som forklaring på hvorfor vi ser de beslutningsmønstre vi ser.

Vår avhandling har følgende problemstilling:

*I hvilken grad og på hvilken måte er organisasjonspsykologiske faktorer med på å påvirke beslutningsadferd hos ansatte i spesialisthelsetjenesten, på en måte som virker kostnadsdrivende?*

### 2.1 Forskningsspørsmål med utdyping

Å belyse hvilke organisasjonspsykologiske og organisasjonskulturelle faktorer som i stor grad påvirker en ansatt i helsevesenet er et omfattende område. Av

organisasjonpsykologiske faktorer avgrenser vi oss til å se særskilt på tabuer og andre defensive mekanismer som påvirker beslutningstageren i situasjoner hvor vedkommende selv gjør valg som individ og som en del av en gruppe/organisasjon.

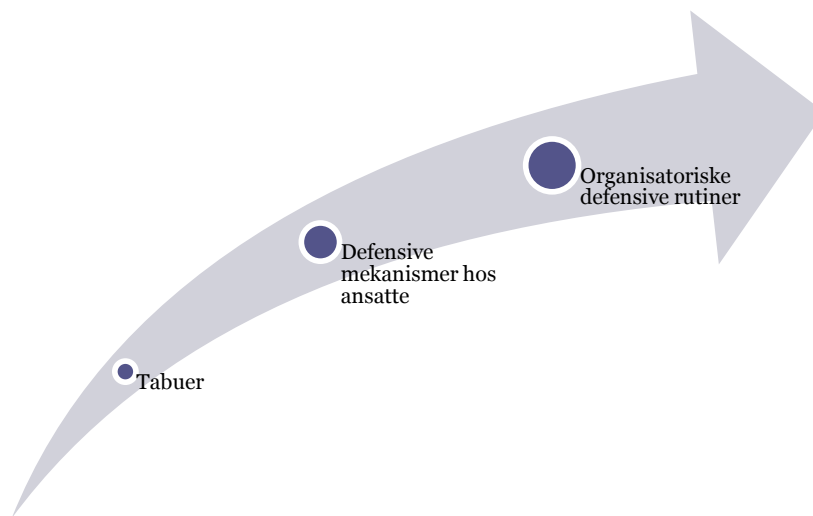
Når det gjelder beslutninger avgrenser vi oss til å se på beslutninger som i sin natur har potensialet i seg til å representere en kostnad dersom beslutningen ikke er optimal.

Vi har tatt utgangspunkt i følgende tre forskningsspørsmål for å belyse og nyansere vår problemstilling:

- 1) I hvilket omfang finnes det bevisste og ubevisste tabuer blant ansatte ved et sykehus og hvilken betydning har de for beslutningene som blir tatt?
- 2) Hvilke andre defensive rutiner påvirker beslutningsadferden hos ansatte ved Barneklubben på St. Olavs Hospital?
- 3) Hvilke organisasjonskulturelle faktorer er med på å påvirke beslutningskvaliteten knyttet til ressursbruk ved klubben?

De to første forskningsspørsmålene er av organisasjonpsykologisk karakter, mens det tredje forskningsspørsmålet berører både organisasjonpsykologiske og organisasjonskulturelle forhold.

Med det første forskningsspørsmålet ønsker vi å avdekke hvilke tabuer som gjør seg gjeldende hos de ansatte ved Barne- og Ungdomsklubben. Tilstedeværelsen av tabuer vil kunne være med på utvikle defensive mekanismer hos individer som vil kunne påvirke adferd og beslutninger. Dette belyser vi under det andre forskningsspørsmålet og vi ser om dette er tilfelle ved klubben og hvordan dette påvirker beslutningskvaliteten? Det siste forskningsspørsmålet omhandler i hvilken grad de defensive mekanismene hos den enkelte er med på å utvikle organisatoriske defensive rutiner som får betydningen for betydning for effektiv ressursutnyttelse. Likeledes ønsker vi å lete etter organisasjonskulturelle faktorer som kommer i konflikt med økonomisk rasjonell adferd hos de ansatte.



**Figur 3: Veien fra tabu til organisasjonmessige defensive rutiner trenger ikke å være lang**

*I hvilket omfang finnes det bevisste og ubevisste tabuer blant ansatte ved et sykehus og hvilken betydning har de for beslutningene som blir tatt?*

Med tabuer mener vi i denne sammenheng temaer og konkrete forhold man ikke føler man kan diskutere eller bringe på bane. Dette kan være med hensyn til hvordan pasienter, pårørende eller ikke minst kolleger vil kunne reagere. I en avdeling med høyt spenningsnivå vil man se dette fenomenet oftere enn i avdelinger hvor emosjoner knyttet til pasientbehandlingen er lavere.

”Indiscussibles” er et begrep som stadig blir mer brukt innenfor organisasjonspsykologien. Vi vil komme mer tilbake til hva som ligger i dette begrepet i forhold til tabu. I vår oppgave har vi en hypotese om at terskelen er høy for å kritisere arbeidskolleger. Om dette er et tabu eller ”udiskuterbart” bare i enkelte sammenhenger vil vise seg. Ved at de vanskelige spørsmålene ikke blir adressert vil det kunne føre til enkelkretslæring, noe som vil kunne være med på å skape misforståelser, feil og selvlukkende prosesser. Det påvirker også organisasjonslæring, og dette kommer vi tilbake til i teorikapitlet.

### *Hvilke andre defensive rutiner påvirker beslutningsadferden hos ansatte ved Barneklubben på St. Olavs Hospital?*

Tabuer og andre udiskuterbare forhold vil være med på å påvirke de defensive mekanismene hos individet, som igjen fører til utviklingen av defensive rutiner i organisasjonen. Disse vil utvikle seg for å ivareta individene i organisasjonene.

Enkeltmenneskers håndtering av ubehagelige situasjoner er ansvarlig for utviklingen av de defensive mekanismene. Disse vil etter hvert prege gruppeprosesser og arbeidsfellesskapets funksjonalitet. Defensive mekanismer hos individer vil hindre dobbelkretslæring, noe som vil kunne påvirke beslutningskvalitet.

Individens agering og forsvarsmekanismer vil også preges av emosjoner. De emosjonelle kreftene vil prege dets handlinger og væremåte. Medisinsk behandling av barn vil kunne sette emosjoner i sving både for den enkelte og i den gruppen hvor dette er et tema. Defensive mekanismer og rutiner vil gjerne utvikles i miljø hvor det er sterke emosjoner tilstede. Dette skjer fordi det er en hensiktsmessig prosess som skal ivareta den enkelte og miljøet som en helhet. Vi tror at slike defensive mekanismer nødvendigvis vil kunne påvirke den enkelte på en sann måte at beslutningskvaliteten forringes og at kostnader og ressursbruk ved den respektive avdeling ikke blir optimal.

Defensive rutiner kan beskrives som noe en organisasjon utvikler for å skjerme ansatte mot å komme i forlegenhet. Dette kan dermed være en hensiktsmessig mekanisme, men å være lite kritiske til andre for å bevare husfreden og for å unngå å såre andres selvfølelse, vil på den andre siden kunne være med på å hindre organisatorisk læring.

Vi vil her forsøke å avdekke om det er slik at man unnlater å stille de virkelige viktige spørsmålene, eller ikke adresserer prioriteringsutfordringer, fordi det er slik "man alltid har gjort det?" Slike kjøreregler og tommelfingerregler vil kunne virke hemmende i utviklingen av organisasjoner. Vi vil her forsøke å avdekke om dette er forekommende og gjeldende i større beslutningsprosesser knyttet til selve driften i avdelingen. Denne på sett og vis innøvde inkompetansen vil vi kunne se i alle organisasjoner og vi ønsker følgelig å se hvor fremtredende de er i spesialisthelsetjenesten og hvor uheldige de er i forhold til kostnadsutviklingen.

*Hvilke organisasjonskulturelle faktorer er med på å påvirke beslutningskvaliteten knyttet til ressursbruk ved klinikken?*

De defensive rutinene i organisasjonene som pågår over tid, vil kunne føre til at de ansatte blir blinde for hva som er i ferd med å skje. Når de over en lengre tid har unngått å adressere problemer og utfordringer, vil denne innøvde inkompetansen kunne påvirke beslutningskvaliteten.

Hvilke organisasjonskulturelle fenomen påvirker beslutninger som tas knyttet til pasientbehandling og selve driften av klinikken. Med driften mener vi i denne sammenhengen den driftsmessige delen som har med bemanning å gjøre. Det er, som vi tidligere har beskrevet, driften hvor de store utgiftene ligger og god kvalitet på beslutninger tatt innen dette området vil være viktig i den forstand at budsjetter knyttet til sykehusdrift skal holdes.

Beslutningskvaliteten vil være avhengig om hvilke beslutningsmodeller som velges. Enkelte beslutningsmodeller baserer seg på en viss form for instrumentell rasjonalisme, og det blir spennende å se om det er en forutsetning som kan tas når vi studerer beslutninger tatt på en Barne- og Ungdomsklinikk.

Det å ta de beste beslutningene på det beste tidspunktet er en krevende øvelse. Ser vi likevel noe mønster som er uheldige for beslutninger som tas ved Barne- og ungdomsklinikken?

Hva er det med systemet som virker uheldig for beslutningskvaliteten og hvorfor lar systemet dette fortsette å skje? Innsparingstiltak er ment å spare penger, men vil dette alltid være tilfelle?

Vi ønsker gjennom vår problemstilling og forskningsspørsmål å forstå noe om kostnadsdrivere i helsevesenet og koble det opp mot beslutningstenkning.

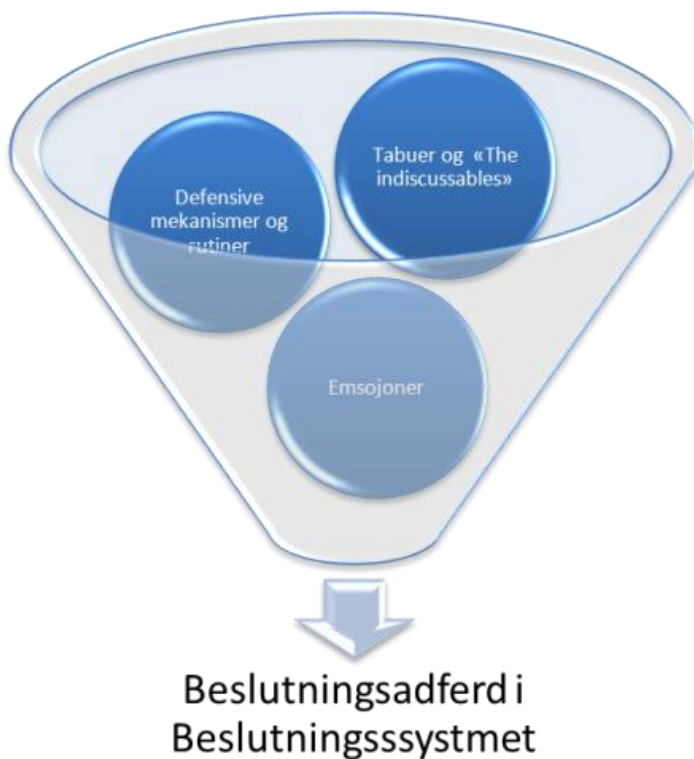
## Kapittel 3. Teori og modeller

---

I dette kapitlet vil vi presentere det teoretiske grunnlaget som vi skal diskutere våre empiriske funn opp mot. Det som er mest relevant med utgangspunkt i vår problemstilling er å legge til grunn teorier hentet fra litteraturen, da vitenskaplige studier gjort innen dette feltet ikke er gjort tidligere.

### 3.1 Teoretisk innfallsvinkel

I problemstillingen fokuseres det på individuell og organisatorisk adferd i forhold til valg, beslutninger og adferd som tas eller utøves av den enkelte på alle nivå i organisasjonen. Institusjonell teori og særlig ny-institusjonell teori er sentrale komponenter i våre forskningsspørsmål. Men er ny-institusjonalismens kognitive fokus



Figur 4: Tabuer, defensive mekanismer og emosjoner vs beslutningsadferd

tilstrekkelig for å forstå hva som faktisk skjer i gruppen eller på individnivået? Dette berører mange områder innen organisasjonsteori, psykologi og sosiologi, og vi tror kanskje at emosjonsforskning og betydningen av emosjoner på individ og gruppenivået er avgjørende i forholdet til å forstå vår adferd, våre valg og beslutninger.

Det er tre hovedområder som står sentralt i vår problemstilling og analyse. Disse er;

- Tabuer og “indiscussables”
- Defensive mekanismer/rutiner
- Beslutningssystemets verdimønster

Vi har forsøkt å kartlegge disse områdene i fire dimensjoner; bevisste og ubevisste og i forhold til individ- og organisasjonsnivået.

Den siste kategorien, “andre ikke rasjonelle faktorer”, valgte vi å ha med, mer som en åpen post. Vi forutså at vi kom til å få et godt innblikk i organisasjonen, og trolig forhold som indirekte ville ha betydning for våre primære forskningsspørsmål.

Vi vil særlig fokusere på de handlinger og beslutninger som utøves av de ansatte ved klinikken, for å belyse om disse kan ha økonomiske implikasjoner, og om dette kan være en kostnadsdriver som helse-Norge har oversett, eller undervurdert i sin kamp for å holde kostnadene på “akseptabelt nivå”.

### 3.2 Aktuell teori

Vi vil ta for oss flere teoriområder innen psykologien og organisasjonspsykologien og generell organisasjonslære i vår analyse av problemstillingen. Først vil vi se på og analysere deler av Freuds tankegods med fokus på hans betraktninger om våre psykologiske defensive forsvarsmekanismer og tabuer.

Videre vil vi forsøke å forstå implikasjonene for vår analyse, det kognitive perspektivet i organisasjonspsykologien. Her står emosjoner sentralt, og hvordan disse kan påvirke vår bevisste eller ubevisste adferd. Etter vår oppfatning henger disse dimensjonene tett sammen. Menneskelig informasjonsbehandling har vist seg å ha flere flaskehalsen i forhold til rasjonell beslutningsadferd. Her søker vi etter årsaker til hvorfor vi handler



slik vi gjør. Er adferden situasjonsbestemt, eller er våre handlinger et uttrykk for den personligheten den enkelte har? Er de valgene, eller beslutningene som tas – eller som ikke tas, drevet av underbevisstheten vår, som vi ikke har innsikt i eller kontroll over?

Er vår adferd drevet av behovet for makt, et dårlig selvbilde, eller sitter dette dypere rotfestet i vår natur og psyke?

Vi vil også se på Maslow og hans velkjente behovshierarki. Vi ser en klar sammenheng mellom hans teori og våre forskningsspørsmål.

Tabuer / “indiscussables”	Defensive mekanismer /rutiner	Beslutningssystemets verdier og verdimønstre
Freud`s psykoanalytiske teori	Freud`s psykoanalyse og nyere psykoanalytisk perspektiv på organisasjonspsykologi.	Lindblom`s teori om tilfeldige beslutninger <i>(“The Science of Muddling Through”)</i>
Argyris`s arbeid og funn i forhold til “the indiscussable”	Argyris/Schöns teori om defensive mekanismer (og organisasjonslæring) Utrykt teori vs bruksteori	March & Simon`s teori om begrenset rasjonalitet ( <i>“The Administrative Man”</i> )
		<i>“the economic man”</i> - rasjonalitetsteori
		Parson`s teori om institusjonaliserte verdimønstre
Systemtenkingsteori		
Erik Johnsen`s “ledelseslærens idealmøddell”		
Nyere emosjonsforskning/teori som et tverrfaglig område og emosjonsbegrepet på individ og gruppenivå		
Maslow`s behovshierarki		

**Figur 5: Oppsummert valg av teorigrunnlag for vår problemstilling**

Ellen Nyhus (Nyhus, 2009), skriver i sin artikkel “Økonomen som terapeut” at adferdsøkonomi og økonomisk psykologi kommer stadig nærmere hverandre.

Hun skriver at mens atferdsøkonomer forsøker å ta inn over seg at de økonomiske modellene ikke gir en tilstrekkelig beskrivelse av hva folk faktisk gjør, studerer psykologene økonomisk atferd basert på psykologisk teori. De studerer hvordan faktorer som motiver, preferanser, holdninger, personlighet, identitet, oppdragerstil og morstilknytning kan ha betydning for økonomisk atferd.

I vår problemstilling er dette svært interessant, og ut fra dette ståstedet er det behov for å trekke inn både teori som behandler hvordan komplekse organisasjoner tar beslutninger (beslutningsteori) og teorier som gir innblikk i hva som påvirker den enkeltes beslutninger/ valg og adferd. Videre vil se på betydningen av organisasjonslæring og kultur (læringsteorier) i forhold til vår problemstilling. Dette viser at problemstillingen er svært kompleks, da den berører mange aspekter og dimensjoner.

### 3.3 Tabuer - ”uncovering indiscussables”

I enhver organisasjon og hos alle individer, finnes det områder, tema eller forhold som man ikke snakker om eller diskuterer. Vi bruker ofte begrepet; “det er tabubelagt” om slike forhold. Vi ville avdekke i hvilken grad disse eksisterte både på det bevisste plan, og om mulig forsøke å avdekke eventuelle ubevisste tabuer, som kunne medføre og resultere i at man ikke tok bedre beslutninger på individ- og organisasjonsnivået. Vår hypotese antok at slike forhold og områder eksisterer, men at de ikke ble adressert. Tabuer finnes overalt i samfunnet vårt, og enkelt beskrevet er det noe som vi ikke “snakker om”, noe som er urørlig, forbudt eller hellig. Vi kan finne tabuer særlig i følge med religion, men vårt fokus har vært å avdekke om hvorvidt tabuer på bevisst eller ubevisst nivå bidrar til noen form for organisasjonsmessig sanksjon for den enkelte og om hvorvidt dette har implikasjoner på adferd og beslutningsadferd versus individet og individets rolle i organisasjonen.

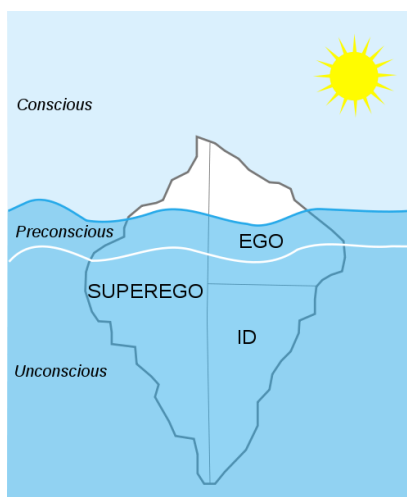
I nyere organisasjonslitteratur henvises det også til det “udiskuterbare” eller “the indiscussables” (Behuria, 2010), som forhold som en må være bevisst, for å unngå

dysfunksjonelle organisasjoner og optimal - bedre samhandling. Det er her lett å finne paralleller med eksempelvis Freuds beskrivelser av tabuer (Freud, 1913). Freud hevdet at adferd funnet hos urinnvånerne for å forhindre incest (“totenism”), også finnes i mennesket vi nå kjenner, og er rotfestet både bevisst og ubevisst i vår adferd. I vår tid har Chris Argyris (Argyris C. , 1985) koblet forståelsen av det “udiskuterbare” – “the indiscussable”, i sitt arbeid med å forstå våre individuelle og organisasjonsmessige forsvarsmekanismer. Han sier bl.a *“We tend to act in ways that lead us to avoid threatening issues by making them undiscussable and by making the undiscussability of the subjects also undiscussable....”* Implikasjonen av dette er svært interessant, og er en del av det vi søker å utrede i vår oppgave.

### 3.4 Den psykologiske teori - psykoanalysen

Den psykologiske teori som også kalles psykoanalyse ble utviklet av Freud. Basis for denne teorien er at underbevisstheten spiller en stor rolle og at (fortrengte) minner og andre forhold har betydning for menneskets psyke og adferd. Selv om de teoriene som kom etter Freuds teorem også hadde fokus på psykiske lidelser (Jung, Adler med flere), er selve basis for teorien svært interessant i forhold til vår problemstilling. Hvorfor agerer vi slik vi gjør? Selv om psykoanalyse ofte assosieres med behandling av psykiske lidelser, finner vi Freuds funn interessante.

#### 3.4.1 Ubevisste prosessor - “psykoanalysen”



Psykoanalyse som en personlighetsteori vokste ut fra erfaringene med psykoanalyse som behandlingsform. Disse personlighetsteoriene vektlegger i stor grad rollen ubevisste prosesser spiller for motivasjon og utvikling av personlighet. I følge Freud består vår personlighet av tre deler; "ID", "Ego" og "Superego".

- ID (ubevisst)
- Superego (bevisst)

**Figur 6: Freuds psykodynamiske teori består menneskesinnet av tre deler: id, superego og ego. Fig. er en skjematisk framstilling av hvordan disse aspektene er mer eller mindre bevisste**

(Wikipedia - Freuds psykodynamiske teori, 2010)

- Ego (delvis bevisst eller prebevisst)

*ID* er det eneste aspektet ved vår personlighet som er til stede ved fødselen. *ID* er en utrettelig lyst- og behagskilde som kontinuerlig sender oss impulser og begjær. I stor grad gjelder dette impulser av seksuell eller aggressiv art. *ID* har absolutt ingen kontakt med bevisstheten eller den virkelige verden, og er altså kun opptatt av å tilfredsstille sine impulsive ønsker. *ID* er også den største delen av psyken. Det meste av våre mentale aktiviteter er vi derfor ikke bevisst på.

*Superego* er det bevisste aspektet ved vår psyke som utvikles gjennom oppdragelse og sosialisering i barndommen. *Superego*s ønsker er på mange måter det motsatte av *ID*s, da den er vårt moralske skjold som ønsker å hindre oss i å virkeliggjøre innfall som ikke er sosialt aksepterte.

*Ego* er en slags mellomting mellom de to overnevnte aspektene. Den har kontakt med både *ID* og *Superego*, og har som oppgave å «mekle» mellom disse to kreftene og gjøre begge tilfreds.

I vår problemstilling ser vi at Freuds kartlegging av våre defensive psykologiske forsvarsmekanismer er viktige faktorer.

*En typisk identifisering, beskrivelse og inndeling av psykologiske forsvarsmekanismer er:*

- **Fortrengning.**

Hjelper til å holde forhold utenfor bevisstheten. Særlig gjelder dette id-impulser, eller informasjon om deg selv om det som gjør deg forlegen, eller noe du synes er svært pinlig.

- **Fornektning.**

Finner sted når mennesker blir overstrømmet av den truende virkelighet. En benektning for at en hendelse har funnet sted er et eksempel på dette.

- **Projeksjon.**

Angsten blir redusert ved å overføre forbudte impulser, ønsker og aggresjon over på

andre. Prosjeksjonen gjør at du kan overføre uakseptable sider ved deg selv på andre.

- **Rasjonalisering.**

Reduserer angsten/frykten ved å finne en rasjonell forklaring eller unnskyldning for en atferd som egentlig ble gjort av uakseptable årsaker.

- **Intellektualisering.**

Å tenke på verden i kalde, analytiske termer slik at følelseskvaliteten blir borte eller betyr mindre.

- **Reaksjonsdannelse.**

En måte å skape et forsvar mot en uakseptabel impuls er å legge vekt på det motsatte. En far som hater sitt barn kan ha en overdreven kjærlighet til det.

- **Regresjon.**

Å forlate modne mestringsstrategier og regredere tilbake til de psykoseksuelle stadier hvor man ble fiksert, kan sees gjennom psykoser o.l.

### 3.4.2 Relevans for vår problemstilling - Psykoanalytiske perspektiver på ledelse og organisasjon

I vår problemstilling adresserer vi ikke bare de institusjonelle mønstre som påvirker vår adferd i forhold til hvordan vi tar beslutninger, men også til viktigheten av å forstå betydningen av individuell adferd i forhold til de valg vi gjør. Vi er særlig opptatt av hvorfor vi agerer slik vi gjør, spesielt i forhold rasjonalitet, defensive mekanismer, emosjoner og tabuområder. Bakgrunnen for dette, er at vi tror at dette er en undervurdert kostandsdrivende faktor i forhold til vår beslutningsadferd. Vi har en klar oppfatning av at Freuds teorier har relevans for vår for vår problemstilling.

De ubevisste forsvarsmekanismene kan godt sammenlignes med vårt øvrige immunforsvar, og er like viktig for vår overlevelse som det fysiske immunforsvaret. Konflikter mellom disse kreftene i personligheten kan påvirke personlighetsutvikling og adferd. I følge Freuds teori er defensive mekanismer ubevisste, og personlighetskomponenten "ego" utviklet adferd/handlinger som begrenser angst, frykt

og “sosiale” sanksjoner. Disse defensive mekanismene setter i gang når “id” impulser kom i konflikt med hverandre, og når “id” kom i konflikt med våre “super-ego” verdier. Likeledes, når en “ekstern” påvirkning truer “ego”, ville de samme defensive mekanismene tre i kraft.

### 3.5 Defensive rutiner - Defensive mekanismer

*“Defensive routines are thoughts and actions used to protect individuals, groups and organizations`usual ways of dealing with reality” (Argyris C. , 1985)*

De ubevisste psykologiske forsvarsmekanismene er like viktige som kroppens øvrige fysiske immunforsvar, og Freuds oppdeling av disse mekanismene er allment anerkjent innenfor psykologien i dag. Individets reaksjonsmønster og atferd i forhold til dette er svært interessant innenfor en organisasjonsmessig kontekst. Hva er det som i vår natur skaper eller “trigger” det vi forstår som en psykologisk forsvarsmekanisme, bevisst eller ubevisst? Hvorfor er det vanskelig for ledere og ansatte å være klar over at egne handlinger og atferd kan skape defensive reaksjoner hos andre? Og samtidig, hvorfor er det enklere å se andres defensive reaksjoner enn sine egne? Hvis man blir klar over sine egne reaksjoner, er det gjerne i ettertid.

Her ligger selve paradokset i våre defensive rutiner – vi oppdager gjerne ikke våre egne før i ettertid. Vi ser at dette er vanskelige områder, og det er vanskelig å snakke om disse og utfordrende å beskrive de.

Chris Argyris hevder (Argyris C. , 1985) at vi gjennom tidlig læring, sosialisering og kultur er opplært til å håndtere “truende” situasjoner. Videre hevder han at vi har lært oss å håndtere “trusler” på en måte som motvirker rasjonelle handlinger og atferd. Han stiller også spørsmålet; *“But why would we be programmed with reasoning processes and skills that are counterproductive?”*

Hans forskning indikerer to mulige årsaker til dette. Han antyder at vi er opplært til IKKE å være rasjonelle, med basis i at vi ønsker å være menneskelige, omsorgsfulle og siviliserte. (Argyris C. , 1985) preface s. 11. Han konkluderer med at mennesker i organisasjoner er “programmerte” til å bli en del av intrikate nettverk og

organisasjonsmessige forsvarslag (mekanismer) som har en egen evne til å bli selvforsterkende. Han understreker at det er ikke organisasjonen som forårsaker vår bruk av våre defensive rutiner. Han sier; *“we are the carriers of defensive routines, and organizations are hosts. Once the organization has been infected, they become carriers to”*.

Argyris resonnement og funn underbygger at vi ikke alltid er kalkulerende og rasjonelle eller følger formelle regler. Den menneskelige dimensjonen, eller vår natur, spiller derfor en viktig rolle i vår menneskelige adferd, våre valg og våre beslutninger. Han kaller dette “rational irrationality”.

### 3.5.1 Læringsteorier - Betydningen av organisasjonslæring

I boken “Bryt forsvarsrutinene”, introduserer Chris Argyris (Argyris C. , Bryt forsvarsrutinene, 1990) begrepet: *“innøvd inkompetanse”*, som er en beskrivelse på individers handlinger, som skjer så raskt eller spontant at de ikke er klar over at de “gjør feil”. Handlingene er innøvde; de blir tatt for gitt. Han hevder også at individer har teorier om hvordan de skal handle effektivt, noe som gjør dem blinde, når de produserer feil, og resultatet er inkompetanse.

Argyris, argumenter for at de viktigste komponentene for å oppnå organisasjonsmessig fullkommenhet er læring, kompetanse og rettferdighet.

- **Læring;** her påpekes hvordan feil blir oppdaget og rettet på, særlig vanskelige og mulig truende og pinlige feil.
- **Kompetanse;** her nøkkelen å løse problemer slik at de forblir løst, og optimalt øker sannsynligheten for bedre fremtidig problemløsning.
- **Rettferdighet;** basert på regler og verdier i forhold til den organisasjonsmessige helse, som gjelder for alle – uansett posisjon i organisasjonen.

Argyris hevder videre at vi mennesker er opplært til å utøve en adferd for ikke å miste kontroll, særlig når vi står ovenfor mulige truende eller pinlige situasjoner. Han kaller denne tilærte adferden *“handlingsteorier”*. Med basis i disse agerer vi i henhold til regler for å igangsette disse handlingene i situasjonen vi står i. Samfunnet og gruppene vi forholder oss til, gir sin tilslutning til disse handlingene gjennom våre sosiale dyder som omsorg, ærlighet, støtte og hederlighet. Kombinasjonen av disse kan skape

defensive resonnement og innøvde handlinger, som svært ofte skaper utilsiktede konsekvenser.

### 3.5.2 Menneskelige handlingsteorier

Argyris utledet av dette det han benevner som Modell I og Model II teoriene – menneskelige handlingsteorier. Fordi vi mennesker ønsker mest mulig kontroll, har vi innebygde programmer for hvordan vi skal beholde denne kontrollen, for nettopp å unngå tap av den.

#### *Model I - Uttrykt teori*

Denne modellen er et sett av verdier vi mennesker har om hvordan vi skal forholde oss. Model I anvendte teorier er ment å produsere defensiv konsekvenser og krever et defensivt resonnement. Argyris (Argyris C. , Bryt forsvarsrutinene, 1990) hevder at Model I holder oss uoppmerksomme på våre motarbeidene handlinger, og gjennom dette styrkes Model I og de sosiale dydene vi har tillært oss på et tidlig stadium. Vi kan ifølge Argyris ikke “lære” Modell I uten god støtte fra det samfunnet vi lever i. “Støtten” kommer fra de sosiale dydene som har betydning når vi står ovenfor en pinlig eller vanskelig/truende situasjon.

*De sosiale dydene håndtert i Model I, beskrives av Argyris slik;*

- **Omsorg – hjelp – støtte;** Ros andre, få de til å føle seg vel, unngå fornærmelser og vær enig med dem
- **Respekt for andre;** Vær ydmyk for andre, unngå kritikk og ikke kritiser Deres resonnement
- **Ærlighet;** Ikke lyv og ikke fortell andre om alt du tenker og føler
- **Styrke;** Forsvar egen posisjon for å vinne
- **Integritet;** Hold fast ved egne prinsipper og egen tro



Argyris kaller Modell I en forsvarskapende handlingsteori, og at vi på et tidlig stadium lærer oss Model I anvendte teori. Resultatet blir at vi opptrer defensivt, noe som igjen fører til misforståelser, fordreininger, selvrealiserende og selvlukkende prosesser. Argyris hevder dette er en dyktig bruk av Modell I, og hvis inkompetansen skaper resultater som motarbeider vår intensjon, så er inkompetansen innøvd. Hvis noe er innøvd og vi er dyktige til det – handler vi spontant og automatisk. Men – vår umiddelbare og raske handling har en pris – uoppmerksomhet. Og når vi selv ikke er oppmerksomme på vår uoppmerksomhet, kan den lettere oppfattes av andre.

Resultatet av Modell I fører til organisasjonsmessige rutiner. Det å ha ensidig kontroll, det å hele tiden vinne, og holde tilbake negativitet er styrende verdier. Disse blir i sammenheng med handlingsstrategiene; å forsvare seg, kunsten å overtale eller selge og bruke det Argyris kaller “ansiktsreddende mekanismer”, etterhvert organisasjonsmessige karaktertrekk. De blir en del av hverdagen, og når mange nok etterhvert utøver slik atferd blir den fort “normsatt”, og åpenbart de mest hensiktsmessige å bruke i hverdagen. Samtidig fører de organisasjonsmessige forsvarsrutinene til hindrer for læring, overbeskyttende adferd og selvlukkende i sin form. Dette utleder en “skummel” og samtidig kraftig logikk;

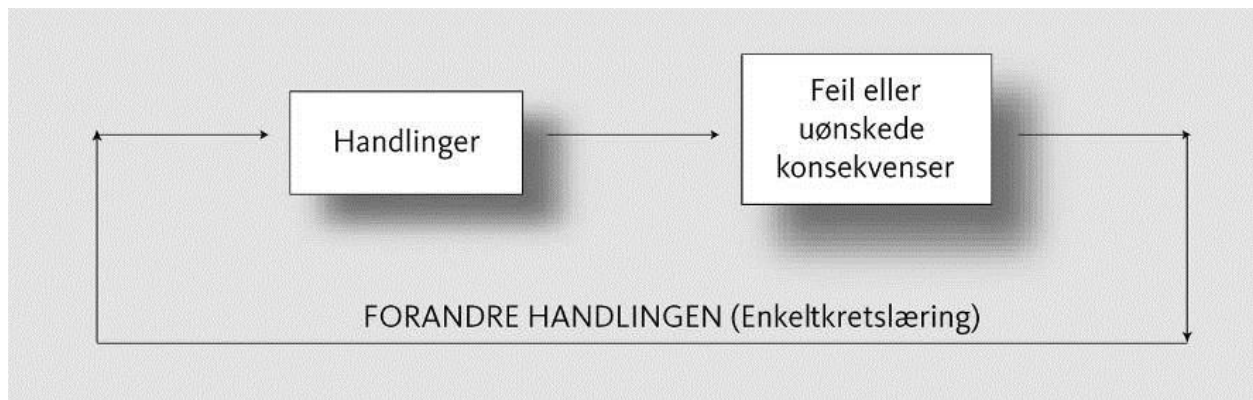
- Budskap blir utformet med selvmotsigelser
- Adferden blir å agere som om de ikke var det (selvmotsigende)

Et annet paradoks, i følge Argyris, er at menneskene i organisasjonen ikke vil ta skylden for eller ansvaret for at slike rutiner bibeholdes. De vil heller ikke erkjenne at de påvirkes av, eller bidrar til å forsterke de. En vanlig respons er å utvikle en kynisk holdning til de andre, som igjen fører til pessimisme og bebreidelse.

Det defensive kretsløpet forsterkes, og initiativ og positivisme undergraves.

Konsekvensen for beslutningsadferd, yteevne og engasjement er destruktiv og skaper en organisasjon, i beste fall tuftet på sub-optimalitet.

*Enkelkretslæring* er et direkte resultat av organisasjonsmessige forsvarsmønster i en Modell I organisasjon, og igangsetter en form for læring der en hovedsakelig justerer de synlige problemene, eksisterende prosedyrer og rutiner ved å rette opp feil og avvik. De løser ikke de grunnleggende problemene om hvorfor problemet egentlig oppsto.



Figur 7: Enkelkretslæring etter Argyris 1990.

### Modell II - anvendt teori

Den andre er anvendte teorien er Modell II. Modell II, anvendt teori, benytter gjennomtenkte valg, gyldig informasjon, og ansvaret for å se hvor “godt” valget iverksettes. Modell II er ikke det motsatte av Modell I, men Modell II`s ambisjon er å redusere misforståelser, feil, selvoppfyllende profetier og selvlukkende prosesser. Målet er åpenhet, konstruktivisme, og å føle at man ikke trenger å være redd for og dekke til noe. Modell II`s tenkesett håndterer de sosiale dydene på en helt annen måte enn Modell I.

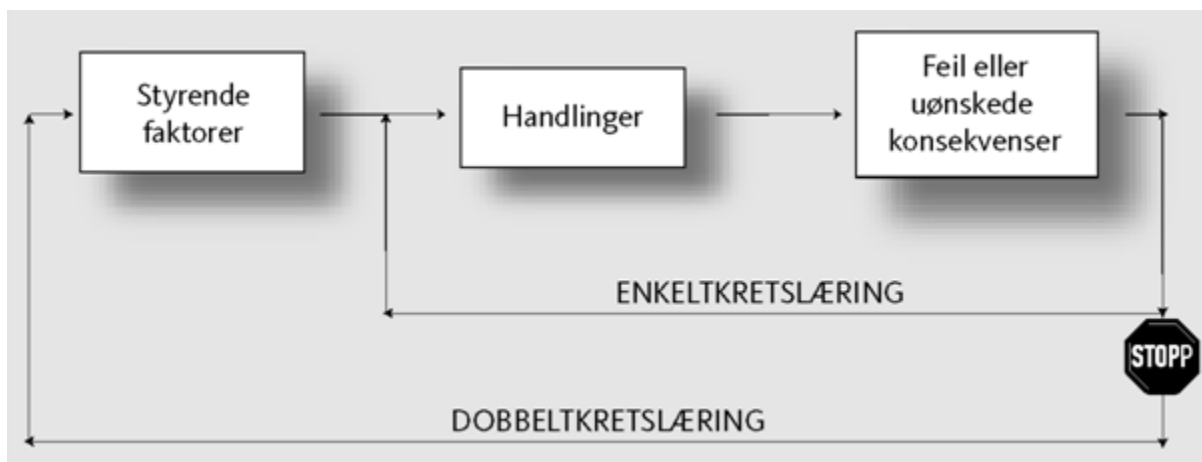
### Modell II`s - Sosiale dyder

- **Omsorg – hjelp – støtte;** Stimuler til positiv konfrontasjon i form av egne ideer, stimuler til et åpent sinn, hvor man kan stå ansikt til ansikt uten frykt og sosiale sanksjoner.
- **Respekt for andre;** Ansporer til selvrefleksjon og åpenhet.
- **Ærlighet;** Vær ærlig, oppmuntre til åpenhet. Unngå forvrenging og tilsløring.

- **Styrke;** Forsvare egen posisjon, men forme den med undersøkelse og relvrefleksjon
- **Integritet;** Hold fast ved egne prinsipper og egen tro, men på en måte som oppmuntrer andre til det samme

Organisasjonsmessige forsvarsmønster må brytes, slik at det ikke kan opprettholde seg selv. Argyris hevder at dette bare kan gjøres om Modell II blir deres anvendte teori. Når dette skjer, settes et produktivt resonnement igang, og det er enklere å få til “dobbelkretslæring” – men da må man erkjenne at Model I tankesettet har vært det styrende forut for dreining mot Modell II. En dreining av tankesettet må starte på toppen, slik at ledelsen viser at en endring er mulig.

*Dobbelkretslæring* er læring der aktørene utfordrer grunnprinsippene for jobben og kanskje dermed finne mangler og feil ved disse. Denne formen for organisasjonlæring oppstår først når de grunnleggende verdiene samsvarer med Modell II`s sosiale dyder.



Figur 8: Dobbelkretslæring etter Argyris 1990

Stoppskiltet indikerer at dobbelkretslæring vil kunne hindres av defensive rutiner som er etablert og internalisert i organisasjonen. Det å sette fokus på styrende faktorer vil for eksempel kunne innebære at en stiller spørsmålstegn ved kunnskap og kompetanse hos individene som deltar i handlingen. Selv om dette vil kunne være avgjørende for at

beslutninger og prosjekt skal nås, vil det også kunne medføre ubehag for individet og dermed stoppes av defensive mekanismer. Organisasjonslæring hemmes av slike mekanismer og det skal bli spennende å se om vi avdekker hvorvidt det er enkelrets eller dobbelkretslæring som preger organisasjonskulturen ved Barne- og Ungdomsklinikken.

Læring og holdningsendring må skje ovenfra i lederhierarkiet og må alltid starte med kartlegging av gjeldende bruksteori. Ny læring starter gjerne med avlæring av eksisterende og automatiserte ferdigheter;

To hovedtyper av bruksteori:

	<b>Modell 1</b>	<b>Modell 2</b>
<b>Styrende verdier</b>	Kontroll	Informasjon og valg
Handlings-strategier	Ensidig styring	Medbestemmelse
Konsekvenser for arb.miljø	Forsvar	Frihet
Konsekvenser for læring	Enkeltkretslæring	Dobbeltkretslæring
Konsekvenser for effektivitet	Redusert	Økt

**Figur 9: Enkel- og dobbelkretslæring - kort oppsummert**

Etter modell I styres organisasjonen av grunnleggende verdier som får medarbeiderne til å holde negative følelser tilbake og bli preget av forsvarsmekanismer.

Konsekvensene for læring i slike bedrifter vil ofte være at man kun driver med enkeltkretslæring, nemlig at man bare blir flinkere til å gjøre det man allerede kan.

Modell II skaper dobbeltkretslæring, som er det ideelle læringsmålet for organisasjoner.

I modell II får man fremlegge sitt syn i organisasjonen, og man får lov å gi til kjenne hva man bygger konklusjonene sine på. Man kan søke gyldig informasjon og foreta frie valg. Deltagerne kan utøve høy grad av *medbestemmelse*.

#### *Konsekvenser for læring*

Modell II innebærer ny læring med utvikling av ny anvendt teori. Et hovedsiktemål er å lære å redusere det som kalles for "innøvd inkompetanse" med tilhørende forsvarsrutiner.

#### *Konsekvenser for effektivitet*

Dersom en organisasjon omstiller seg til modell II skulle dette bidra til økt effektivitet og nyskaping. Det endelige målet i organisasjoner er da å utvikle en *innebygd kapasitet* for organisatorisk læring.

#### 3.5.4 Relevans for vår problemstilling - Læringsteoriene bidrar til bedre forståelse av vår individuelle adferd i institusjonaliserte mønstre

Chris Argyris hevder (Argyris C. , 1985) at vi gjennom tidlig læring, sosialisering og kultur er opplært til å håndtere eksempelvis det vi oppfatter som truende for oss. Videre hevder han at vi har lært oss å håndtere for eksempel trusler på en måte som motvirker rasjonelle handlinger og atferd.

Læringsteoriene er etter vår oppfatning *meget relevant* i denne sammenhengen. De bidrar til å forklare og sannsynliggjøre vår adferd som et resultat av miljøpåvirkning, og forsterker en ikke usannsynlig sammenheng med vår genetikk og genetiske evolusjon hvis hovedformål er å sikre vår overlevelse.

### 3.6 Beslutningsteorier

Alle tar store og små beslutninger hver dag, og det er en viktig målsetting for organisasjoner å forstå og forbedre disse som et redskap for å løse problemer og ta gode beslutninger. Bare ved St. Olavs hospital i Trondheim er det ca. 7500 ansatte, og noe

som burde sette betydningen av gode beslutninger i perspektiv. Vi vil i all hovedsak begrense vår analyse til forhold som har med begrenset rasjonalitet, tilfeldige beslutninger og adferdsbasert beslutningsteori.

**Klassisk beslutningsteori** - Teorien stammer fra klassisk materialistisk filosofi.

Utgangspunktet er at mennesket må handle rasjonelt, og foreslår at man må velge det alternativet som gir størst måloppnåelse. Teorien er formell og deduktiv av natur.

**Neo-klassisk beslutningsteori** - har utgangspunkt fra klassisk tenking og fremhever positivistisk eller behavioristisk tenking. Denne teorien bygger på at målet samt tiltak kan etableres objektivt. Den fullt rasjonelle beslutningstakeren er preget av følgende:

- Han har en klar og stabil målsetting.
- Han har fullstendig kunnskap om alternativer og konsekvenser.
- Han er villig til å maksimere / optimalisere og er besittelse av nødvendige midler.

Idealet er den rasjonelle beslutningstakeren. Teorien forklarer mangelen på rasjonalitet med at kunnskap om mål og budsjett ikke vært tilstrekkelig. Teorien er formell og deduktiv av natur, som den klassiske teorien. Dette er et mekanisk syn på mennesker, og dermed bygger teorien også på determinisme.

**Atferdsbaserte beslutningsteorier** - Utgangspunktet for disse teoriene er hovedsaklig eksistensialisme. Teoriene er basert på praksis, og større vekt på selve beslutningsprosessen. Teoriene er uformel og induktiv av natur, i kontrast til de klassiske og neoklassiske teorier. Mennesket blir sett på som et subjektivt handlende individ, og det blir derfor ikke snakk om et deterministisk utfall. De kan sies å være metodiske, funksjonelle og prøver og å se på beslutninger som en helhet.

Teoriene omfatter følgende (nye) elementer i forhold til de andre:

- a) Sosialpsykologisk samhandlings teori, som også fokuserer på forhold, fenomener og aktiviteter i selve beslutningsprosessen.

- b) Konfliktteori, består av harmoni, persepsjon, og hvilke konflikter som kan sees, så vel som ren maktkamp som er nødvendig for fremgang.
- c) Teorien om deltakelse og medbestemmelse hvor utgangspunktet er deltageren selv.
- d) Emosjonens rolle i beslutninger, veivalg og strategi
- e) Individet på organisasjonsarenaen

## 3.7 Beslutningsmodeller

### 3.7.1. “Economic man” - Teorien om de rasjonelle beslutninger

I denne organisasjonsteorien står rasjonalitetsbegrepet som et sentralt element. Individet ble sett på som rasjonelle vesener som la økonomiske faktorer til grunn for sine valg. Beslutningsprosessen ifølge denne teorien kan beskrives som følger (Busch, 2005):

- Problemet er definert på forhånd
- Individet stilles overfor et gitt sett av alternativer
- Til hvert alternativ er det knyttet et sett med konsekvenser
- Individet rangerer alternativene etter foreliggende mål og velger det alternativet som kommer best ut.

Dette vil sjelden være situasjonen ved de fleste beslutningssituasjoner og teorien er dermed lett å kritisere.

### 3.7.2 Relevans for vår problemstilling - Teorien om rasjonelle beslutninger

Rasjonelle beslutninger forutsettes i denne organisasjonsteorien som gitt, noe som sjelden er tilfelle. Innen helsevesenet vil problemdefinisjonen være en vesentlig del av selve beslutningsprosessen. Videre er det bare unntaksvis at en beslutningstager vil kunne kjenne alle alternativer og tilhørende konsekvenser. Vi ser umiddelbart at denne teorien ikke kommer til anvendelse i vår avhandling.

### 3.7.3 “The Administrative Man” - teorien om begrenset rasjonalitet

Herbert Simon og James March utfordret på slutten av 50-tallet klassisk beslutningsteori med sin beskrivelse av “the Administrative Man”. De hevder her at økonomisk rasjonelle modeller ikke lar seg etterleve. Deres modell bygger på følgende:

- Problemer er ikke alltid gitt, og ofte må organisasjon søke etter det de skal arbeide med.
- Ikke alle alternativ tas i betraktning. Menneskenes handlemåte vil søke etter alternativer til de finner ett som er tilfredsstillende.
- Ikke alle konsekvenser blir utredet/vurdert. Beslutningstager holder seg til konsekvenser som kan håndteres. Disse er ikke alltid gitt, og må ofte søkes etter.
- Ved sammenligninger benyttes ofte “tommelfinger” regler, fordi målstrukturen i organisasjoner ofte er svært sammensatt, noe som gjør det vanskelig å ta hensyn til alle forhold.
- Man leter ofte etter en god nok løsning, og trolig sjelden den optimale (satisfiering).

Vi vil av omfangshensyn og i lys av vår problemstilling, avgrense vår analyse i forhold til beslutningsteori til kun å ta for oss tilfældighetsmodeller og teorien rundt begrenset rasjonalitet.

### 3.7.4 Relevans for vår problemstilling - teorien om begrenset rasjonalitet

Simon og March sine karaktertrekk og beskrivelse av organisasjoner, som kanskje helt ubevisst ikke utøver en mer ideel rasjonalitet, kommer til anvendelse i vår analyse. Klinikken bruker i stor grad tommelfingervurderinger, og ikke alle konsekvenser blir utredet. Selv om klinikken kanskje er blant de fremste i landet på sitt område, personell- og utstyrmessig, er naturlig nok ikke utfordringene hverken like eller kronologiske. Å gjennomføre et standardisert handlingsmønster vil derfor være utfordrende. Vi vil diskutere konsekvensene av dette i vår analyse.



### 3.7.5 “The Science of Muddling Through” - Tilfeldige beslutninger

Organisasjoner tar valg og beslutninger kontinuerlig, og det finnes flere teorier og modeller som beskriver dette. “The Science of Muddling Through” er en av flere “tilfeldighetsmodeller” i beslutningsteorien, hvor det stilles spørsmål om (alle) beslutninger i organisasjoner treffes som rasjonelle valg. Lindblom (Lindblom, 1959) hevder at slike organisasjoner har følgende karaktertrekk;

- Kortsiktige hensyn veier tyngst
- Koordinering skjer ved små justeringer
- Forsiktig omfordeling av ressurser
- Interessegrupper ivaretar sine interesser
- Risiko blir redusert ved at større beslutninger skyves fremover i tid, og deles i mindre biter
- De tilsynelatende enkleste og minst konfliktfylte beslutningene tas først
- Prosjekt/saker blir ofte tildelt symbolsk støtte – verbalt eller tildeling av små beløp
- En ser ofte at det er en tendens til å erklære seg uskyldig eller ta til motmæle når en blir angrepet
- Kriteriet for en god beslutning er at den blir akseptert

Harald Enderud (Enderud, 1976) hevder at tilfeldighetsmodellenes beslutningsprosesser innehar følgende karakteristikk/ betingelser:

- Målsettingen er uklar
- Det er uklar sammenheng mellom mål og virkemidler
- Det er stort antall deltidsdeltagere
- Det finnes mange selvstyrte beslutningstagere.

### 3.7.6 Relevans for vår problemstilling - Teorier om tilfeldige beslutninger

Helse-Norge og i vårt tilfelle, kvinne/barn klinikken ved St. Olavs Hospital i Trondheim innehar flere av disse karaktertrekkene. Lindblom`s “Muddling Trough” og Enderud`s karaktertrekk er gjennomgående interessant, da en til en viss grad kan argumentere for

at klinikken innehar i større eller mindre grad de aller fleste karaktertrekk som de skisserer. Vi vil diskutere flere av disse i vår analyse.

### 3.7.7 Politiske beslutningsmodeller

I motsetning til de analytiske beslutningsmodellene, har ikke de politiske beslutningsmodellene entydige og avklarte mål. Istedenfor å analysere seg frem til løsninger, vil en her se at aktørene har forskjellig mål. Som en følge av dette vil en se elementer som kjøpslåing, forhandlinger, koalisjonsdannelse og taktisk spill i denne typen beslutningsmodeller. Beslutninger vil ofte fattes etter en votering blant medlemmene.

### 3.7.8 Relevans for oppgaven vår - politiske beslutningsmodeller

I en stor organisasjon som et sykehus vil en finne mange eksempler på situasjoner hvor det finnes motstridende mål mellom grupper. Ved å dykke ned i dette feltet vil en kunne fått innsikt i ulike sider ved beslutningsprosesser ved St. Olavs Hospital, men vi velger likevel ikke å belyse dette inngående siden vår avhandling fokuserer på organisasjonsaspekter knyttet opp mot beslutninger, nettopp i den hensikt å fange opp emosjonsaspektet. Vi vil likevel så vidt berøre den politiske beslutningsmodellen i forhold til en mulig profesjonskamp mellom sykepleiere og leger som vil gi utslag i organisasjonskulturen.

### 3.7.9 "Garbage can" - modellen

Denne beslutningsmodellen er utviklet av Johan P. Olsen og er også en tilfeldighetsmodell. Søppelbøtte-modellen baserer seg på at individer kan kaste utfordringer og løsninger i en bøtte, hvor man til slutt kan ende opp med at løsninger treffer løsningen.

Beslutningsprosesser består av følgende fire hovedstrømmer (Busch, 1990)

- En strøm av beslutningsmuligheter
- En strøm av problemer
- En strøm av løsninger
- En strøm av deltagere

### 3.7.10 Relevans for oppgaven vår - beslutninger som en tilfeldig prosess - "Garbage can" - modellen

At uløste problemer flyter rundt vil også sikkert være tilfelle ved Barne- og Ungdomsklinikken, selv om det av og til vil være enkle løsninger på problemet

## 3.8 Erik Johnsens ledelsesteori/ledelsesmodell

Ledelse og hvordan lede, fremstår for oss som et sentralt tema i flukt med vår problemstilling. Erik Johnsen definerer ledelse som et *målformulerende, problemløsende og språkskapende samspill*.

### *Målformulering*

Johnsen tar utgangspunkt i organisasjonens omgivelser når en skal finne målkategoriene. Sentralt her står driftsmål, tilpassingsmål og utviklingsmål.

### *Problemløsning i ledelsesprosessen*

Johnsen har delt opp problemløsning i følgende kategorier i sin modell for optimalisering av problemløsning i en organisasjon;

- analyse/syntese
- interaksjon
- søke/lære

### *Språkskaping/ kommunikasjon/ begrepsapparat*

Ledelse er kommunikasjon og alle må kunne snakke samme "språk".

Nøkkelpåkomponenter for å nå dette målet ligger i;

- utvikling av et godt beslutningsspråk
- atferdsspråk – for å kunne forstå menneskelig adferd på individuelt og gruppenivå
- systemspråk – en kombinasjon av de første to, for å bedre vår forståelse av menneskelige eller andre systemer

I de fleste organisasjoner er det beslutningsspråket som rå, men Johnsen hevder disse har klare begrensinger i forhold til å forstå samspillet mellom mennesker.

### 3.8.1 Relevans for vår problemstilling - Erik Johnsen's ledelsesteori

Erik Johnsen understreker betydningen av felles målskapning, hvordan løse problemer og betydningen av utvikling av et felles "språk". Våre funn impliserer at klinikken har utfordringer innenfor alle disse områdene.

## 3.9 Parson`s teori om institusjonaliserte verdimønstre

Parson (Parsons, 1951) understreket betydningen av normative standarder i organisasjoner. Parsons hevder at grupper og organisasjoner utvikler verdier og verdimønstre som det blir et mål for den enkelte å etterleve. Ubevisst blir dette et behov, hvorpå adferd reguleres ubevisst deretter. Vi finner lignende resonnement hos Argyris, sett i forhold til hans beskrivelse av defensive forsvarsmekanismer og organisasjonens sett av handlingsregler.

### 3.9.1 Relevans for vår problemstilling - Betydningen av institusjonaliserte verdier

Parsons peker på betydningen av institusjonaliserte normer og verdier. En form for adferd som har etablert seg, kanskje over år, som blir toneangivende for både gruppens- og individets adferd. Dette er av stor betydning, da vi kan trekke paralleller mellom betydningen av dette og de andre teoriene vi argumenterer for som har relevans for vårt tema.

### 3.10 Emosjoner og emosjonsteori

Emosjonsforståelse er svært viktig for å kunne analysere individuell og tilhørende organisatorisk adferd. Emosjoner er ofte intrikate og krevende å evaluere. Vi vil finne at emosjoner er tema innen biologi, medisin, sosiologi og etologi og evolusjonsforskning. Det finnes også mange ulike oppfatninger på hvordan begrepet skal avgrenses, men vi vil i vår analyse begrense oss til individets adferd og dets forhold til gruppe- og organisasjonsnivået. Emosjoner er adferdsregulerende i positiv og negativ forstand, og har bl. a som Argyris viser, stor betydning for bevisst og ubevisst adferd.

Forskning bekrefter at affekt og emosjoner spiller en sentral rolle i hvordan vi forholder oss til og behandler sosial informasjon. (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Emosjoner er en driver av begrenset rasjonalitet og vil bevisst og ubevisst påvirke oss gjennom rutinemessig arbeid og større beslutninger i hverdagen. Defensive mekanismer vil også kunne være hensiktsmessige mekanismer i situasjoner hvor sterke emosjoner skal håndteres.

Selznick (Selznick, 1948), gjengitt av (Valstad, 2004) skrev om det han kalte “guiding principles” for å forstå individets adferd i organisasjoner. Et sentralt element her er at de ansatte/arbeiderne ikke vil bli behandlet som midler, og bevisst eller ubevisst dannes det strukturer eller systemer som skal sikre egen kontroll med (egne) arbeidsbetingelser. Denne driften for å “ivareta” og til å “sikre” egne arbeidsbetingelser er svært interessant i denne sammenhengen. Valstad peker på sammenhengen med sosiologi og sosiologen Randall Collins, som har adressert ett av Émile Durkheims hovedutfordringer; “what holds society together?” Collins hevder svaret er de mekanismer som skaper moralsk solidaritet (values) –og hva skaper moralsk solidaritet? Han hevder svaret på dette er vår produksjon av emosjoner.

Emosjoner er nedfelt og forankret i mennesket og påvirker ganske sikkert adferden vår. I snart 200 000 år har vi tilpasset oss, utviklet oss og kjempet for vår eksistens. Evolusjonsforskere hevder (Valstad, 2004) at dette setter rammer for hvordan vår atferd er utviklet til å fungere for sikre vår overlevelse. Dette kan bety at emosjoner bidrar med den energi som er nødvendig for å bidra til nettopp vår “overlevelse” både på det bevisste og ubevisste plan.

Vi vil derfor analysere betydningen av emosjoner i forhold til vår problemstilling på to nivå for å forstå bedre deres betydning i forhold til vår adferd, valg og beslutninger.

- Emosjoners påvirkning på enkeltindividet
- Emosjoner i relasjon til gruppe- og organisasjonstilhørighet

Det finnes en rekke perspektiver og teorier i studier av emosjoner og emosjoners betydning, og det er svært vanskelig å velge et teoretisk ståsted for å diskutere og analysere vår problemstilling. Dog ser at vi at vi vil ha fokus på den betydningen evolusjonsforskere mener at vår menneskelige utvikling gjennom 200 000 år har for betydningen av vår emosjonelle agering. I tillegg ser vi at kognitiv psykologis fokus på indre prosesser i mennesket og om mennesket som informasjonsbehandler kan henge sammen med evolusjonsforskningen. Den humanistiske psykologien utviklet emosjonsteorier som omhandlet hvordan følelser påvirkes, styres av eller er involverte i oppfattninger, tanker og andre kognitive mønstre. Stikkord her er persepsjon, sinnstilstand, hukommelse, læring, tenking og refleksjon.

### 3.10.1 Emosjoners påvirkning på enkeltindividet

#### *Den evolusjonære betydningen*

Litteraturen peker på særlig på to forhold som påvirker våre emosjoner på individnivået. (Weiss & Brief, 2002). Det ene er det kroppsnære emosjonsbegrepet, som vektlegger det neuropsykologiske, eller vår underbevissthets kontakt med nervesystemet, som i større eller mindre grad gir en (auto)tilpasset respons (psykologisk, kognitivt eller automatisk) på alle typer påvirkning. Her understrekes det evolusjonære forholdet som vi gjennom årtusener har utviklet til vår nåværende genetiske form eller konstruksjon. Denne dimensjonen er interessant for vår problemstilling, da vi ser at den kan bidra til å forstå adferd i forhold til eksempelvis våre valg, som i ytterste konsekvens har som mål i å sikre vår eksistens og overlevelse. Det kan også trekkes paralleller fra det evolusjonære perspektivet til vår individuelle adferd i våre daglige liv, og som bygger opp under forståelsen for hvorfor vi gjør det vi gjør, og de valg og den adferd vi utøver. Weiss

hevder (Weiss & Brief, 2002) blant at våre emosjoner har en adaptiv form i forhold til vårt reaksjonsmønster.

### *Emosjoners sosiale kontekst*

Det andre forholdet er hvordan våre emosjoner påvirkes av sosiale dimensjoner. Her kan det argumenteres for at vi innretter oss både bevisst og ubevisst i forhold til en sosial og kulturell setting. Fineman hevder, sitert av Valstad (Valstad, 2004) at emosjoner kan bli “intersubjektive produkt fremforhandlet av meningsskapende system av aktører”. Argyris (Argyris C. , Bryt forsvarsrutinene, 1990) og Argyris&Schøn (Argyris & Schon, Organizational learning: A theory of action perspective, 1978) understreker sammenhengen av dette i sin forskning i forholdet til defensive rutiner, bruksteori og uttrykt teori i organisasjonssammenheng og i forhold til organisasjonskultur.

#### 3.10.2 Emosjoner i relasjon til gruppe- og organisasjonstilhørighet

En sentral komponent i forhold til våre emosjoner i en slik kontekst er betydningen den sosialt regulerte “orden” eller “overenskomster” har, og som finnes i alle grupper og hierarkier. Her dannes samhandlingsmønstre og kulturer både på det bevisste og ubevisste plan, som i tur påvirker vår motivasjon og adferd. Her har både Argyris (Argyris C. , 1985), og Hotvedt (Hotvedt, 1997) kommet med svært interessante funn i forhold til hvordan vi tenderer til å innordne oss i forhold til de bevisste og ubevisste føringer gruppen signaliserer eller gir.

#### 3.10.3 Relevans for vår problemstilling - Emosjonsforståelse på individ og gruppenivå

I psykologien brukes begrepet emosjoner om våre følelser. I denne sammenhengen er emosjoner en fellesnevner for alle komponentene i våre forsknings spørsmål, i tillegg til at feltet berøres av alle våre teorivalg som er basis for analysen.

Betydningen av emosjonene er diskutert av Freud, Maslow, Argyris og Schøn og av systemtenkerne Deming og Tribus. Det sentrale i forholdet til emosjonene er de følesemessige reaksjonstilstandene som utløses - stimuli. Dette er ytterst interessant og

relevant. Reaksjonene kan ha forskjellige utløp, i form av fysiske reaksjoner og adferd. Vi er særlig opptatt av den adferdspåvirkning emosjoner kan skape i forholdet til beslutningsadferd og beslutningstenking.

På individnivået står Freud og Maslow sentralt, i forhold til de tanker Freud gjorde seg rundt vårt "Superego", da den er vårt moralske skjold som ønsker å hindre oss i å virkeliggjøre innfall som ikke er sosialt aksepterte.

På gruppenivået har Argyris pekt på sidene ved individuell adferd som reguleres av gruppens verdier, normer og kultur. Argyris peker på "ansiktsreddende mekanismer", som etterhvert kan bli organisasjonsmessige karaktertrekk. De blir en del av hverdagen, og når mange nok etterhvert tar utøver slik atferd blir den fort "normsatt", og åpenbart de mest hensiktsmessige å bruke i hverdagen

Emosjoner er derfor relevant fordi det kan gi oss innsikt i den form rasjonalitet som utøves i slike situasjoner og hvordan disse kan komme i konflikt med eksempelvis økonomisk rasjonalitet.

### 3.11 Maslow`s behovsteori - behovshierakiet

Vi ser at det er svært viktig å forstå adferd fra psykologisk ståsted. I denne sammenhengen er det derfor viktig å forstå forhold som kan ha betydning for motivasjon. Hvorfor agerer vi slik vi gjør? Hva slags motiver og drivkrefter ligger bak vår adferd? Kognitive teorier ser på motivasjon som et resultat av den enkeltes forventninger om måloppnåelse eller belønning. Maslow laget en modell som viser hans teori om menneskers grunnleggende behov, og som trolig kan forklare det meste av det vi mennesker gjør og foretar oss. Dette er svært viktig, da vår hypotese antar at individuell adferd bidrar til begrenset rasjonalitet i større og mindre viktige beslutningssituasjoner. Behovene kan skisseres slik; (Maslow, 1943)

#### *Fysiske behov*

Det nederste nivået i behovshierarkiet er de basale og viktigste behovene som å få føde, vann og luft, men også behov for søvn, fysisk bevegelse og eliminasjon (at kroppen kvitter seg med avfallsstoffer). Det er kort sagt behovet for opprettholdelse og forsvaret



av det fysiske legemet. Først når disse behovene er dekket melder behovene på det neste nivået seg. Hvis man er svært sulten eller tørst tenker man ikke på noe annet, og man er heller ikke motivert for å få tilfredstilt andre behov.

#### *Behov for sikkerhet*

Det neste trinnet rommer de trygghetsmessige og følelsesmessige nødvendigheter som sikkerhet, opplevelse av trygghet, stabilitet og orden, beskyttelse mot vær og vind, smerter og annet ubehag og fravær av angst og frykt. Først når behovene på første og andre plan er tilfredstilt kan man interessere seg for de på neste plan.

#### *Sosiale behov*

Her finner man de sosiale behov for fellesskap, kjærlighet, vennskap, for å kunne høre til eller ha et forhold til (enkelt)personer eller grupper. Det er også spørsmålet om å føle seg akseptert av både sine nære omgivelser, familie, naboer og arbeidskolleger, men også som borger i samfunnet.

#### *Behov for aktelse*

På dette nivået dreier behovene for aktelse, selvrespekt, selvtillit, anerkjennelse, status og verdighet. Dette blir først påtrengende når behovene på de tre underliggende nivåene er tilfredstilt/på plass.

#### *Behov for selvrealisering*

På det øverste nivået har man krefter til å få dekket behovene for å virkeliggjøre sine mål, å realisere medfødte eller senere ervervede evner, å oppnå opplevelser som kjennes som høydepunkter eller åpenbaringer. De som har fått dekket behovene på de fire foregående nivåer er mennesker med skapende arbeid som søker utfordringer og har trang for å utvikle og bruke sine evner.

#### *Samvirke mellom behovene*

Maslows behovspyramide er kort oppsummert som en teori basert på ulike behov mennesker prøver å tilfredsstille i en prioritert rekkefølge.

Maslow oppfattet de tre nederste nivåene som såkalte mangelbehov som oppstår når organismen mangler noe. Disse manglene eller behov virker som drivkrefter for prosesser som foregår inntil behovet er dekket. Disse behov kalles også for

homøostatiske etter som de oppstår når personens homøostase/likevekt er forstyrret, og fordi de forsvinner når homøostasen er gjenopprettet.

De to øverste nivåene anså Maslow for å være fylt med vekstbehov. Mangelbehovene kan dekkes og på den måte står de i motsetning til de to øverste behovsplan som ikke kan mettes. Mangelbehovene er normalt de kraftigste og det betyr at behovene for selvhevdelse og for selvrealisering kommer i bakgrunnen hvis ett eller flere av mangelbehovene ikke er på plass.

### 3.11.1 Relevans for vår problemstilling - Maslow`s behovshieraki

Det er særlig tre av kategoriene som har betydningen for bedre å forstå både individuell og gruppebasert adferd i forhold til de (beslutnings) valg vi gjør. Maslow argumenterer for betydningen av vårt behov for trygghet (behov for sikkerhet), betydningen av tilhørighet (sosiale behov), og vårt behov for oppnå verdighet og annerkjennelse (behov for aktelse). Disse er særlige fremtredende ved klinikken og vi vil diskutere dette opp i mot våre funn og annen (støttende) teori.

## 3.12 Systemteori

Selv om systemtenkning som tankegods ble presentert for 30–40 år siden, er det bare i den senere tid at dette har blitt anvendt i særlig omfang. En årsak til dette er trolig de raske endringer i omgivelser, teknologisk utvikling, og behovet for raskere respons mellom flere systemer, som har aktualisert dette. Dette krever andre og mer helhetlige måter å tenke på, noe som ikke var så aktuelt på 50- og 60 tallet.

Systemtenkning betyr at alt må ses i sammenheng, samt at individer og organisasjon hele tiden må forstås som en del av sine omgivelser. Selve kjernen i systemteori er å kartlegge mønster som kobler sammen en gitt hendelse, utfordringer og problemer.

I et system har alle delene påvirkning på helheten, selve hovedpoenget i den systemiske tenkningen. Systemtenking fokuserer på sammenheng mellom delene fordi delene virker inn på hvordan helheten fungerer. Dette er utfordrende fordi vi vanskelig kan peke på årsak og virkning. Man har ofte sammenlignet dette med en sirkel, og i en sirkel er det ingen begynnelse eller slutt.

Et system er en helhet som består av flere deler med tilknytning til hverandre og til sin omgivelse. Hver del har en betydning på helheten. Hver del er typisk satt sammen av individuelle underdeler, eller subdeler, som igjen danner et delsystem. Systemer henger derfor sammen med hverandre på samme måte som delene i et system henger sammen med hverandre. Også her er de samme forholdene. Hvert system har påvirkning på de andre systemene innenfor det feltet det inngår i. Et system er derfor en helhet som ikke kan deles opp i individuelle systemer eller deler. Det som kjennetegner alle system, er de karaktertrekk som helheten har, og som man ikke finner igjen i de individuelle delene. Et system er dermed et resultat av samhandlingen mellom subsystemene.

En av årsakene til mer fokus på systemtenkning, kan sees i sammenheng med at organisasjoner har tendert til å endre styringsform. Fra kommando og kontroll til forskjellige typer relasjonsbasert organisering, der tette kompetansenettverk danner et viktig grunnlag for utvikling og styring. Andre stikkord er en rivende teknologisk utvikling, nyere organisasjons- og lederteorier og globalisering. Disse nye tankene å organisere etter, er i stor grad basert på behovet for (økt) kunnskap, læring og innovasjon.

Kjente systemtenkere er blant annet Myron Tribus ved MIT (Massachusetts Institute of Technology). Han hevdet at:

- *“If you try to improve the performance of a system of people, machines, and procedures by setting numerical goals for the improvement of individual parts of the system, the system will defeat your efforts and you will pay a price where you least expect it.”*

En av Tribus`kolleger ved MIT (Massachusetts Institute of Technology) var en annen systemtenker, W. Edwards Deming. Han stilte spørsmålene:

- *“What is a system? “A system is a network of interdependent components that work together to try to accomplish the aim of the system...”*
- *“A system must have an aim. Without an aim, there is no system. The aim of the system must be clear to everyone in the system. The aim must include plans for*

*the future. The aim is a value judgment. (We are of course talking here about a man-made system.)”*

- *“A system must be managed. It will not manage itself. Left to themselves in the Western world, components become selfish, competitive....”*

Deming var opptatt av adferd som blokkerte aksepten av kvalitet som første prioritet. Slik adferd kan klart og tydelig anses som hindringer for å kunne gjennomføre de nødvendige endringer.

Deming hevdet at hindringene er innlærte mønstre eller adferd som menneskene må bli oppmerksomme på hindrer dem og deres tanker fra kontinuerlig forbedring. Deming brukte metaforer til sykdom, smitte og smittekilder, og Deming karakteriserte disse som “sykdommer” med egne karaktertrekk (se nedenfor).

Alle disse sykdommene (syv) er dødelige for organisasjonen. Deming hevdet man ikke kom noen vei i forholdet til forbedring eller endring før en erkjennelse av at “sykdommen” var tilstede i bedriften eller organisasjonen, og samtidig et ønske om og villighet til å gjøre noe med den.

### 3.12.1 Relevans for vår problemstilling - Demings systemteori om “det helhetlige kunnskapssystemet”

Demings ledelsesteorier omfatter en rekke metoder og teser, som til sammen utgjør det han kalte “Det helhetlige kunnskapssystem” og hans 14 prinsipper for bedre ledelse. Disse forsøker stort sett å gi gode råd til en ledelse som ønsker å forsøke å iverksette Demings ledelsesfilosofi. Deming lister opp også de hindringer, i form av oppfatninger og vaner, som dagens ledelse står overfor.

I følge Deming er de mest kritiske hindringer at vi lider av det han kalte “Demings syv dødelige sykdommer”. Helbredelse av disse er grunnleggende for å forstå og for å kunne innføre Demings filosofi, noe Deming mener er avgjørende for å overleve:

Hvordan vet vi om vi er smittet av en organisasjonsmessig “dødssykdom”? Hvilke symptomer har sykdommene?

Sykdom:	Symptom:
Mangel på et varig, overordnet mål	- organisasjonen arbeider uten en definert og besluttet ledelsesteori - organisasjonen er ikke komfortabel med begrepet « <i>kontinuerlig forbedring</i> » - ulike forståelser for begrepet kvalitet
Fokus på kortsiktig tenkning	- fokus på kortsiktige resultater - frykt for å bli kjøpt opp
Evaluering av medarbeiderne	- intern frykt blant medarbeiderne - varierende og lav moral
Ustabile ledere	- teamarbeid finnes ikke - uro blant personalet - kvalitetsforbedring en mangelvare
Ledelse basert kun på tradisjonelle nøkkeltall	- utilfredse kunder forekommer - urealistisk ledelse
Urimelig høye helsekostnader	- synkende overskudd - stress og sykefravær - manglende arbeidsglede
Urimelig høye erstatningskrav	- dårlige resultater - uoversiktlige avtaler

**Figur 10: Demings 7 “dødlige sykdommer” og symptomer på “syke” organisasjoner og bedrifter**

Deming fokuserte på endringsledelse og endringsdyktighet som primære tiltak for å møte slike utfordringer. Han så på dette som helhetlig “transformasjon” av hele organisasjonen med det formål at organisasjonen kom i en tilstand rustet for å møte eller håndtere omfattende endringer. Deming hevdet at radikale endringsprosesser ikke lot seg ordne eller repareres av “quick fixes” eller enklere automatiseringstiltak. Han var opptatt av gjennomgående prosesser og helhetlig systemtenking. Deming var opptatt av sine symptomer, men var også oppmerksom på at det kunne være det systemet en i dag jobbet i, som kunne være et hinder fra å gjennomføre en vellykket transformasjon eller endring.

Deming`s hovedfokus var finne en grundig helhetlig “medisin” som angriper de egentlige årsakene og som river problemet opp med roten, “ikke klipper vekk det som synes på overflaten”.

Han mente at vi må lære å innrømme at vi lever i en illusjon av overseelser, ignorering og bortforklaringer. Vi må slutte å lure oss selv. (Deming, 1993)

### Demings 14 punkter

1. Skap en hensikt om stadig forbedring av produkter og tjenester.
2. Adopter denne nye ledelsesfilosofi, adopter den nødvendige endringsledelse.
3. Avskaff behovet for massekontroller.
4. Stopp praksisen med å velge leverandør bare ut fra pris. Minimer i stedet de totale kostnadene.
5. Gjennomfør kontinuerlig forbedring av systemet og prosessene.
6. Innfør moderne metoder for trening på jobben.
7. Innfør trening i lederskap. Jfr. punkt 12.
8. Fjern frykt, så alle kan jobbe effektivt for selskapet.
9. Bryt ned barrierer mellom avdelinger og funksjoner. Samarbeid i team, ikke konkurrer.
10. Eliminer slagord, formaninger og vilkårlige mål for arbeidsstyrken.
11. Erstatt arbeidsstandarder (kvoter) og målstyrt ledelse med lederskap.
12. Tillat stolthet. Unngå demotivering. Følg opp kvalitet. Oppgi evalueringssamtaler.
13. Innfør et livskraftig program for utdanning og selvutvikling av alle.
14. Få alle i virksomheten til å arbeide med innføring av disse 14 prinsippene.

“*The key is to practice continual improvement and think of manufacturing as a system, not as bits and pieces*” (Deming, 1993) Selv om klinikken på mange måter ikke er en produksjonsenhet, produserer den, og har grader av produksjonslinje, i form av rutiner og prosess ift behandling av pasienter.

Deming agumenterte for det han kalte “*The System of Profound Knowledge*”, bestående av fire elementer:

- ***Appreciation of a system***: understanding the overall processes involving suppliers, producers, and customers (or recipients) of goods and services (*explained below*);

- **Knowledge of variation:** the range and causes of variation in quality, and use of statistical sampling in measurements;
- **Theory of knowledge:** the concepts explaining knowledge and the limits of what can be known
- **Knowledge of psychology:** concepts of human nature.

Deming hevdet at *"The various segments of the system of profound knowledge proposed here cannot be separated. They interact with each other....."*

*Thus, knowledge of psychology is incomplete without knowledge of variation.....A manager of people needs to understand that all people are different. This is not ranking people. He needs to understand that the performance of anyone is governed largely by the system that he works in, the responsibility of management"*

Vi kan se at dette henger tett sammen med vår problemstilling. Vi kan også trekke paralleler til Argyris og Schøns modell 1 og modell 2 teorier og nyere teori og modeller om endringsledelse.

Vi vil i vår analyse vise hvordan Demings systemtilnærming er et verdifullt bidrag i forhold til våre funn ved barneklubben.

### 3.13 Annen relevant teori

Som vi har beskrevet henger dette sammen, og vi kunne med sikkerhet ha vurdert og analysert problemstillingen mot flere områder innen psykologi, organisasjonspsykologi og organisasjonsteori.

Særlig interessante områder er sosiale prosesser, hvor vi kunne tatt for oss jobbholdninger, yrkesetikk og arbeidsmiljø. Dette henger sammen med teori rundt gruppeprosesser og gruppedynamikk. Her er både Maslow og Hertzbergs innholdsteorier relevante, særlig i forhold til motivasjon.

Det samme gjelder for prosessteori (også om jobbtilfredshet), som ser på samspillet mellom individ og organisasjon.

Vi vil også nevne at våre funn indikerer at det også vil være interessant se på lederrollen, utøvd ledelse ved sykehuset med fokus på kunnskapsledelse. Kravet til økonomisk kontroll kan karakteriseres som et krav til radikale endringer i form av driftsendringer, lederadferd og lederfunksjoner. Teori rundt endringsledelse er derfor særs interessant i forhold til den situasjon Norsk helsevesen befinner seg i.



## Kapittel 4 Metode

---

Med basis i vår problemstilling og våre forskningsspørsmål, vil vi dette kapittelet forklare vårt valg av metode. Disse valgene vil avgjøre oppgavens gyldighet. Uansett hvilken metode vi velger, vil det valg vi gjør være beheftet med både styrker og svakheter. Disse vil vi også i dette kapittelet vurdere. Likeledes er det alltid en fare for at resultater vi kommer frem til i vår empiriske søken er en undersøkelseseffekt og valg av metode skal i størst mulig grad eliminere dette. Vi har i hovedsak hentet våre teorier om metode fra Jacobsen (2005).

Vi begynner kapittelet med hvordan undersøkelsesdesign vi velger som best vil kunne belyse problemstillingen vår. Deretter ser vi på hvilke valg og avveininger vi har gjort i forhold til utvalg av enheter og selve gjennomføringen av datainnsamlingen. Avslutningsvis drøfter vi pålitelighet og gyldighet av våre funn og holder det opp mot om de teser og spørsmål vi ønsker å finne svar på.

To hovedkrav i innsamlingen av empiri er gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet). Selv om det diskuteres hvorvidt disse har like stor gyldighet i kvalitative undersøkelser som i kvantitative undersøkelser, vil dette være to sentrale begrep. Med gyldighet menes hvorvidt vi måler det vi ønsker å måle og om det vi måler hos enkeltaktører har gyldighet for flere. Reliabiliteten gjenspeiler om det vi måler er det vi tror det måler.

Jakobsen (2005) mener enhver undersøkelsesprosess består av 8 faser, som hver for seg innebærer metodiske valg som vil påvirke gyldigheten og påliteligheten av den undersøkelsen vi gjør. De tre første fasene er felles uavhengig av valget vi gjør i forhold til datainnsamling:

- utvikling av problemstilling
- valg av undersøkelsesopplegg
- valg av metodisk tilnærming – kvalitativ eller kvantitativ

Problemstillingen er naturlig nok styrende for valg av forskningsdesign. Den vi har valgt er av eksplorerende karakter og vårt undersøkelsesopplegg vil være å gå i dybden og

undersøke få enheter for å fange opp aktørers opplevelse av fenomener som vanskelig lar seg kvantifisere og tallfeste.

Vi velger derfor en kvalitativ metode. Dette for best mulig å gå i dybden på organisasjonskulturelle fenomen som tabuer og tilstedeværelsen av defensive mekanismer som påvirker beslutningstenkningen.

#### 4.1 Valg av forskningsdesign

Vårt undersøkelsesopplegg blir av intensiv karakter for å undersøke tilstedeværelsen av hvilke kulturelle fenomen og dets betydning for beslutninger som gjøres i helsevesenet. Dette vil forhåpentlig gi oss nyanser på individnivå som beskriver fenomenene og konsekvenser de eventuelt måtte ha.

Et kvantitativt design, er i utgangspunktet uegnet for å tilegne oss ny kunnskap om de spørsmål denne avhandlingen skal forsøke å belyse. Dette fordi vi ikke ønsker å finne omfanget eller i hvilken grad fenomenet om tabuer og defensive mekanismer er til stede i en organisasjon. Denne undersøkelsesmetode vil ofte gi oss data det er lettere å generalisere over, med det er intet ønske fra vår side i denne undersøkelsen.

Vi søker kunnskap om i hvilken grad dette fenomenet eksisterer i den grad vi tror og hvordan det påvirker den enkelte beslutningstager. En kvalitativ undersøkelse vil forhåpentligvis gi oss de nyanser og sammenhenger vi søker knyttet til disse fenomenene. Vi vet lite om hvor mye kunnskap intervjuobjektene vil ha knyttet til de spørsmål problemstillingen tar for seg. Dette fremmer behovet for et fleksibelt undersøkelsesopplegg. Tabuer og defensive rutiner vil være både bevisste og ubevisste prosesser.

Problemstillingen vår bærer preg av å være åpen, da det finnes lite empiri på området. Dette betyr en mer eksplorativ – utforskende undersøkelsesform, for å finne ut hvordan organisasjonskulturen i helsesektoren kan prege beslutningsprosesser som indirekte driver for kostnadsnivået i helsesektoren.

Målet med designet er å skaffe mer kunnskap om organisasjonskulturens betydning på/for beslutningsadferd og beslutningsprosesser. Vi ønsker å lære mer om temaet knyttet til problemstillingen og å se hvilke implikasjoner funnene kan ha.

### **Fordeler med en kvalitativ tilnærming;**

- vektlegger detaljer og unike forhold
- har høy begrepsgyldighet da man ikke er låst med faste spørsmål/fast svaralternativ
- skaper bedre nærhet med den man intervjuer
- gir rom for fleksibilitet, problemstilling kan endres jo mer info man tilegner seg
- prosessen er interaktiv

### **Ulemper med en kvalitativ tilnærming;**

- kvalitativ tilnærming har utfordringer med ekstern gyldighet
- ressurskrevende prosess gir nødvendigvis færre respondenter
- data blir fort komplekse, og tolking kan bli individuell
- formen utfordrer idealet om nærhet – vi kan bli en del av det vi studerer
- vil/kan intervjuobjektet snakke sant, og opplever han/hun situasjonen som naturlig?
- fleksibilitet kan slå motsatt, og føre til at man eksempelvis aldri blir ferdige, da det stadig blir avdekt ny info.

## **4.2 Casestudie**

Vi tar sikte på å intervju et utvalg og begrenser undersøkelsen i tid og rom.

Undersøkelsen blir derfor å betrakte som et case-studium. Caset er konstruert av oss selv, og omfatter fenomenet ” betydningen av organisasjonskultur i beslutningsprosesser som kostnadsdriver i helsevesenet”, med basis i et utvalg av ledere og ansatte på en og samme klinikk innen spesialisthelsevesenet.

Slike studier egner seg godt hvor en undersøker et spesielt fenomen og søker en dypere forståelse knyttet til denne.

Vi kan ikke generalisere våre funn, da vi undersøker for få enheter og caset har for mange usikkerhetsfaktorer. Vi tar sikte på å intervju 6-7 personer fra en selvvalgt informantgruppe, hvor ulike faggrupper blir representert.

Det blir ikke lagt opp til en direkte komparativ studie, da vi ikke legger opp til å ha klare sammenlignbare objekter. Dog vil vi i analysen søke å sammenstille svar i samme kategori fra de respektive faggruppene vi intervjuer.

Svar vil derfor bli brukt både individuelt og samlet. Ved å se alt under ett, kan vi miste interessante data. Undersøkelsen karakteriseres som en tverrsnittstudie, da vi undersøker informantenes holdninger/svar ved et gitt tidspunkt.

Et annet element verd å kommentere, er at vi vil se på vår rolle som forskere uten spesiell tilhørighet til helsesektoren. Selv om den ene av oss er sykepleier av bakgrunn, har vedkommende ikke vært ansatt i helsevesenet de siste 14 år. Vi ser at vår distanse til det empiriske feltet har både sine fordeler og ulemper:

### **Ulemper i denne sammenhengen er:**

Vi kunne ha hatt bedre kunnskap om de uformelle organisasjonene i helsevesenet, for eksempel i et sykehus eller institusjon. Ingen direkte tilhørighet til sektoren gjør det vanskelig å stille presise spørsmål. Vi kjenner ikke nødvendigvis det ”interne” språket som benyttes. Vi vet ikke hva som oppleves som bra eller dårlig og det kan hende at intervjuobjekter kan tildekke eller pynte på virkelighetsbildet.

### **Fordeler det kan gi er:**

Det vil sannsynligvis være lettere å stille kritiske spørsmål. Vi har et mer objektivt ståsted og en verdifull, kritisk avstand til det vi skaffer oss empiri om. Det kan være enklere å for respondent og informant og å utfolde seg når man forstår at vi er uten direkte tilhørighet til sektoren.

Å unngå undersøkelseseffekter synes uansett umulig. Både nærhet og distanse til det en forsker på vil kunne gi uønskede effekter. I denne sammenhengen refererer Jacobsen(2005) til Repstad (1993): ”det er ikke snakk om nærhet eller distanse, men heller evnen til å bevege seg mellom de to idealene”.

## **4.3 Innsamling av kvalitative data**

I kapittel 4.1 beskrev vi hvorfor en kvalitativ undersøkelse vil være den undersøkelsesformen som vil gi best empiri med tanke på den problemstillingen vi har

valgt. Det er en åpen metode hvor vi som forskere skal forsøke å unngå å legge føringer på den empirien som forsøkes innhentet.

Innsamling av kvalitative data kan ifølge Jakobsen (2005) gjøres på 4 måter; det åpne individuelle intervjuet, gruppeintervjuet, observasjon og dokumentundersøkelser.

Dokumentundersøkelser er en søken etter ord og fortellinger som andre har nedskrevet, for å orientere seg om hva andre faktisk har funnet ut om fenomenet en undersøker. Slike sekundærdata skiller seg fra primærdata, ved at andre har gjort en fortolkning av rådataene. Graden av pålitelighet vil derfor kunne være noe forringet, også fordi de tidligere innsamlete data var innsamlet i en annen hensikt enn det vi selv har.

Kildegranskning er godt egnet i tilfeller hvor det er vanskelig å samle inn primærdata.

Innenfor det vi skal skrive har vi ikke funnet relevante arbeider som beskriver beslutningsadferd som en kostnadsdriver innenfor helsevesenet.

Med tanke på vår problemstilling, er det vårt valg å fokusere på følgende to former for datainnsamling:

- observasjon
- en individuell intervjuundersøkelse

#### 4.3.1 Observasjon

Observasjon er en måte å samle inn informasjon på hvor undersøkeren ser hva mennesker gjør i utvalgte situasjoner. Observasjon kan gjerne benyttes i kombinasjon med andre måter å innhente informasjon på. Formålet med observasjonen vil i hvert tilfelle avgjøre hvordan det gjøres. Det er spesielt egnet hvor vi ønsker å skaffe oss informasjon om hva undersøkelsesobjektene faktisk gjør, og ikke hva de sier at de gjør.

Med tanke på at våre temaer er emosjoner, spenninger og defensive rutiner tenkte vi at det å studere adferden til personer og grupper vil kunne nyttig.

Ved å observere et møte hvor det blir tatt beslutninger som vil ha konsekvenser på den økonomiske utviklingen ved klinikken, vil ha sine fortrinn. Vi vil selv kunne se hvordan

de blir fattet i lys av hvor spent det var i møterommet. Sender kroppsspråket de samme signaler som den verbale måten å ordlegge seg på?

Ikke minst vil vi da kunne ha konkrete situasjoner å vise til under selve intervjuet. Vi tenker at vi ved å knytte våre observasjoner med respondentens opplevelser, så vil vi kunne få informativ kunnskap om den enkeltes opplevelser rundt de beslutninger som ble fattet og hvordan de tenker i forhold til kvaliteten på beslutningen.

Vi vil da også kunne unngå at intervjuobjektet ikke husker hva de gjorde eller sa.

Det er flere valg vi må ta når vi velger observasjon som en del av vår innhenting av empiri. Å velge åpen eller skjult observasjon er ofte det første valget en må ta. Fordelen med skjult observasjon er åpenbar. De som skal undersøkes har ingen grunn til ikke å handle og opptre som normalt. Reliabiliteten blir derfor bedre ved skjult observasjon.

Rent forskningsetisk vil åpen observasjon være å foretrekke, da frivillighet og åpenhet er idealer som ligger der. Siden vi ikke trodde at adferden til undersøkelsespersonene ikke ville endre seg markant ved vår tilstedeværelse, valgte vi åpen observasjon. Likevel kan vi ikke se bort ifra at dette gir en observatøreffekt.

Videre må en ta stilling til om det skal være en deltagende eller ikke-deltagende observasjon. Deltagende observasjon er ofte mer aktuelt hvor en undersøker et fenomen over tid, for eksempel i en gruppe. Det var ikke vårt ønske med å observere og vi valgte følgelig en ikke-deltagende observasjonsform.

Jacobsen (2005) hevder at det er tre forhold til det må tas stilling til:

- Hvor skal observasjonen foregå?
- Når skal vi foreta observasjon?
- Hvor lenge skal vi foreta observasjonen?

Vi valgte å observere et avdelingssykepleiermøte hvor alle 8 avdelingssykepleierne og 3 fra klinikkledelsen deltok. I etterkant intervjuet vi 3 av disse, samt 3 leger.

Det betyr at vi som forskere oppsøker det stedet hvor hendelsen skal finne sted. Observasjon i naturlige omgivelser vil gi en mulighet til å studere et fenomen i den naturlige konteksten.

Tidspunktet for observasjonen var diskutert med veileder og klinikkledelse og vi fant ut at å delta på et møte tidlig på året vil kunne gi oss en mulighet for å observere et møte hvor større beslutninger knyttet til planlegging av drift kunne finne sted. Møtet var berammet til å vare i 90 minutter. Vi innhentet formell tillatelse fra klinikkledelsen for å delta på møtet som observatører. Klinikksjef introduserte oss ved møtestart og ønsket vår tilstedeværelse velkommen. Dette vil likevel ikke alltid kunne hindre uformelle ledere, såkalte portvakter, som vil kunne påvirke møtet ved å trekke seg tilbake eller opptre unormalt.

Det er flere typer hjelpemidler en kan bruke ved observasjon. En vanlig type er å bruke av video, men vi valgte å ta lydopptak av møtet i kombinasjon med å ta notater. En utfordring kan være at det kan bli mye materiale som skal bearbeides i ettertid. Men siden vi kun skulle delta på ett møte, var ikke dette et problem her.

#### 4.3.2 Det åpne individuelle intervjuet

Dybdeintervjuet er vår primære datakilde. Det åpne individuelle intervjuet foretas ansikt til ansikt, hvor data fremkommer i form av uttalelser og beskrivelser av intervjuobjektets opplevelser. Dette er en tidskrevende datainnsamlingsmetode som begrenser antall enheter som skal undersøkes. Et kvalitativt forskningsintervju benyttes for å innhente intervjupersoners tolkninger av fenomener. Vi vil da kunne få belyst vår forskningstese fra respondentens perspektiv og gjennom dette få høre hvorfor vedkommende har en slik oppfatning.

Graden av struktur på intervjuet kan variere, fra en åpen samtale - til en rekke spørsmål i en bestemt rekkefølge. En viss grad av struktur vil kunne sikre at en berører de temaer en hadde tenkt. Det kan også være formålstjenelig å begynne med mer åpne spørsmål for så å bli mer konkret mot slutten av intervjuet, såkalt traktformet spørsmålsstilling. Ved å starte med det generelle vil vi lettere fange opp elementer det er verdt å spille videre på. En konkretisering mot slutten sikrer at vi berører alle tre forskningsspørsmålene. Åpne spørsmål gjør det lettere å stille oppfølgingsspørsmål

rundt problemstillinger vi ønsker å belyse nærmere, uten at intervjuer styrer samtalen i den grad mer lukkede spørsmål ville ha gjort.

Som et ledd i å finne svaret på vår problemstilling, vil vi samle inn data gjennom en intervjuundersøkelse som omfatter et utvalg av ledere på et lavt nivå og ansatte i helsevesenet. Vi ville i utgangspunktet ta for oss mikronivået. Vi tar sikte på at dette materiale vil gi oss grunnlag for å beskrive situasjonen opp i mot vår hypotese og våre tilhørende forskningsspørsmål. Vi har valgt en beskrivende design, som er relevant når vi skal beskrive/finne svar på hvordan noe er og henger sammen.

Problemstillingen vår er som følger:

*I hvilken grad og på hvilken måte er organisasjonspsykologiske faktorer med på å påvirke beslutningsadferd hos ansatte i spesialisthelsetjenesten, på en måte som virker kostnadsdrivende?*

Ut fra denne problemstillingen operasjonaliserte vi i tre forskningsspørsmål, som igjen ble nyansert inn i intervju spørsmål.

I forhold til forskningsspørsmål 1, vil vi finne ut i hvilket omfang det finnes bevisste og ubevisste tabuer blant ansatte ved et sykehus og hvilken betydning har de for beslutningene som blir tatt? I en avdeling som Barne- og ungdomsklinikken vil man med et høyt spenningsnivå se dette fenomenet oftere enn i avdelinger hvor emosjoner knyttet til pasientbehandlingen er lavere.

Forskningsspørsmål to vil ha til hensikt å finne ut hvilke andre defensive rutiner som påvirker beslutningsadferden hos de ansatte ved Barne- og ungdomsklinikken på St. Olavs Hospital? Vi vet det ofte er sterke emosjonelle krefter i sving og de fungerer som en defensiv mekanisme, som igjen vil gjøre seg gjeldende for den enkelte beslutningstager og i gruppen som helhet.

Det tredje forskningsspørsmål fokuserer på hvilke andre organisasjonskulturelle faktorer som er med på å påvirke beslutningskvaliteten knyttet til ressursbruk ved klinikken. Hva er det med systemet som virker uheldig for beslutningskvaliteten og som



igjen representerer en uheldig økonomisk konsekvens. Innsparingstiltak er ment å spare penger, men vil dette alltid være tilfelle?

Intervjustedet blir fortrinnsvis i flukt med vedkommendes arbeidsplass. Konteksten intervjuet foregår i, vil kunne påvirke utfallet av intervjuet – konteksteffekt. En kjent atomsfære er viktig med tanke på trygghetsaspektet til respondent/informant, men risikerer i større grad å bli forstyrret av telefon og kolleger. Uansett lokalisasjon, er behovet for ro viktig, med tanke på innspilling og minst mulig forstyrrelser. Vi vil be om samtykke fra institusjonene før intervjuene finner sted.

For å oppnå full effekt av intervjuet og holde i gang dialogen rundt et uvant tema for intervjuobjektet, vil vi begge delta i utspørringen og samtale. Samtalen vil bli tatt opp på diktafon etter at samtykke er innhentet muntlig av hver enkelt.

Vi testet ut intervjuguiden på forhånd for å få den så godt tilpasset som mulig. Etter testingen kom vi frem til at det var hensiktsmessig med en kort briefing både skriftlig og muntlig før intervjuet fant sted. Den muntlige briefing ble gitt rett i forkant av selve intervjuet. Dette for å sette respondenten i modus for det tema vi skulle berøre. På den måten kan vi forhindre at respondenten skulle fokusere for mye på sider som ikke var så relevante for det vi skulle innhente informasjon om. Dette muliggjorde at vi kunne åpne opp spørsmålene i begynnelsen av intervjuet. En briefing vil også kunne skape en roligere atmosfære ved at det gir en trygghet for respondenten gjennom en følelse av forutsigbarhet.

#### 4.4 Utvalg av enheter

Vi har til hensikt å intervju 6 personer og målet med dette er å få en god dialog i en personlig tone, slik at respondent/informant lettere åpner seg. En videre målsetting er å få frem holdninger, oppfatninger og fortolkninger, i klima av fortrolighet. Dette klarer vi nok ikke ved hjelp av telefonintervjuer eller ved hjelp av internett.

Vi tar sikte på å finne informanter fra ulike faggrupper tilhørende samme klinikk til vår innhenting av empiri. Ved å sette fokus på et mikronivå vil vi kunne se om

beslutningsmodeller gitt fra de som styrer, fungerer som et beslutningsgrunnlag for praktikerne, de som står nærmest pasienten.

Av spesiell interesse vil det være å se om det er forskjell mellom sykepleiere og leger. Dette er interessant i det perspektivet at det er sykepleiere som i stor grad representerer driftsdelen ved et sykehus og som da gjør at beslutninger tatt her, får store økonomiske konsekvenser, siden de er en stor yrkesgruppe. Legegruppen vil ha det faglige medisinske ansvaret som også er beheftet med betydelige utgifter, ikke minst lønnsutgiftene.

Da vil vi kunne se om det i de to ulike yrkesgruppene har kulturelle forskjeller knyttet til takling av emosjoner og defensive rutiner i beslutningssituasjoner.

Siden emosjoner står sentralt i forhold til de fenomener vi skal undersøke nærmere, er det et vesentlig element for oss å velge en klinikk hvor sannsynligheten er stor for at det er en stor grad emosjoner til stede. Valget vårt falt derfor på Barne- og ungdomsklinikken på St. Olavs Hospital. Valg knyttet til behandling av kritisk syke barn, vil ofte være vanskelige og defensive rutiner vil lettere kunne etablere seg som et fenomen. Det vil være en arena hvor det potensielt er et høyere spenningsnivå enn andre avdelinger, noe som vil kunne gi oss et egnet empirisk felt.

#### 4.4.1 Utvalgsprosessen

Hvordan en skal gå frem for å identifisere de viktige beslutningssituasjonene er en viktig oppgave i utvalgsprosessen. En variasjon vi ønsket å fange opp var om det kunne være forskjeller på beslutninger tatt knyttet til selve faget og det som hadde med drift å gjøre. Vi tenkte at det som et utgangspunkt er leger som i stor grad tar avgjørelser knyttet til den behandling som skal gis til pasientene og at det er sykepleiere som representerer den store gruppen ansatte som står for driften av et sykehus. Og som vist i innledningskapittelet er det driften av et sykehus med lønnskostnader hvor de store kostnadene ligger.

Vi allierte oss med den administrative ledelsen ved Barne- og ungdomsklinikken for å sikre at vårt forskningsarbeid ble ønsket velkommen, samt for organisere og lokalisere

hvilket møte det ville vært hensiktsmessig å delta på som observatører og hvem vi skulle intervju ut ifra våre ønsker om erfaring, bakgrunn og avdelingstilhørighet.

Vår intensjon var i utgangspunktet å delta som observatører både i et ”sykepleiermøte” og i et ”legemøte”, for deretter å intervju 3 representanter fra hver profesjon. Likeledes ville vi gjerne sitte som observatører i møter hvor det skulle være diskusjoner rundt temaer som ville kunne ha konsekvenser for ressursbruken ved klinikken og gjerne et som tok for seg diskusjoner knyttet til drift og et møte med personalmessig karakter.

Det var vanskelig å finne de rette møtene, men vi deltok som observatører på et møte hvor alle avdelingssykepleierne ved klinikken deltok. Dette var et særs godt møte for å belyse beslutningstagning tatt med emosjonell spenning til stede. De store kostnadene ligger bundet i drift av sykehuset og møtet omhandlet blant annet tema som sykefravær, og rullering av personal mellom avdelinger som et innsparingstiltak og nedbemanning.

Intervjuer av de 3 avdelingssykepleierne ble gjennomført de påfølgende to dager. Vi hadde et ønske om å intervju avdelingssykepleiere med både kort og lang fartstid i rollen som avdelingsleder. Våre respondenter ble valgt ut med tanke på dette. Årsaken til at vi ønsket dette, var at vi ville kunne se om tilstedeværelsen av defensive rutiner og emosjoners påvirkning av beslutningsadferd kunne variere med hvor lenge de hadde vært avdelingsleder.

Observasjonsmøte i legegruppen lot seg ikke gjennomføre, men vi bestemte oss for likevel å gå videre med å intervju 3 leger med tilknytning Barne- og ungdomsklinikken. Vi valgte ut overleger fra forskjellige avdelinger for å se om det kunne være ulike subkulturer på en og samme klinikk og for å fange opp om de delte syn på tilstedeværelsen av de ulike organisasjonspsykologiske faktorene vi skulle forske på.

Legene ønsket vi spesielt å intervju for å fange opp hvordan emosjoner påvirker beslutninger knyttet til den medisinskfaglige behandlingen.

Målsetningen om å belyse beslutningsadferd og beslutningstenkning fra både et fagperspektiv og et driftsperspektiv ble oppfylt, og vi vurderte det til å kunne gi vår forskning knyttet til vår problemstilling en variasjon og en mulighet til å se eventuelle

organisasjonskulturelle forskjeller mellom faggruppene.

## 4.5 Analyse av datamaterialet

I dette kapitlet vil vi vise hvordan vi analyserer de data vi får inn. I følge Jacobsen (Jacobsen, 2005) er følgende forhold viktige når vi skal analysere de dataene vi får inn:

- beskrive
- systematisering/kategorisering
- sammenbinding

Det er viktig i all bearbeiding av store mengder data fra dybdeintervju. I analysearbeidet vil våre funn diskuteres opp mot teori, problemstilling og de tilhørende forskningsspørsmål. Analysen vil være temasentrert med mål å få samlet gode beskrivelser knyttet til tabuer, emosjoner og defensive rutiner i beslutningssituasjoner i helsevesenet.

Jacobsen (Jacobsen, 2005) anbefaler å vurdere en tredeling av resultatene;

- en beskrivelse av hva som skjer
- en vurdering av hvordan hun/han opplever situasjon som beskrives
- en mulig forklaring på hvorfor dette er som det er

Vi vil gjennomgå datamaterialet fra observasjonsmøtet og intervjuene for å se om det er mulig å se noe mønster i hva vi ikke snakker om og hvorfor beslutningsadferden er som den er? Finnes det andre årsaker til at det er sånn?

Videre anbefaler Jacobsen (Jacobsen, 2005) en kategorisering i henhold til to krav;

- 1) kategoriene skal være fundert i data fra intervjuene
- 2) kategoriene skal være begrepsmessig relevante og være relevant for minst to enheter i undersøkelsen.

Jacobsen anbefaler også bruken av kategorikort. Analysearbeidet vil nå bestå i å finne

tendens(er) og sammenhenger mellom svarene, for så å sammenstille disse mot problemstilling og forskningsspørsmål.

Vi valgte å transkribere to av intervjuene for å få en dialog med det innsamlede materialet og for å få ideer og assosiasjoner.

Deretter brukte vi mye tid på å utarbeide en tabell som vi brukte aktivt når vi hørte gjennom intervjuene. Denne tabellen var inndelt slik at den tok høyde for å skille mellom informasjon fra leger og sykepleiere som ble avdekt relatert opp mot våre forskningsspørsmål. På denne måten nedtegnet vi alle uttalelser og observasjoner hver for oss, for deretter å sammenholde våre notater og nedtegninger. Likeledes nedtegnet vi fortløpende tanker vi gjorde oss knyttet til hva det kunne være med systemet som gjorde at de defensive rutinene var tilstede. Deretter grupperte vi innsamlet datamateriale og satte sammen på en måte som gjorde at vi lettere kunne systematisere våre funn og lete etter mønstre.

Nedenfor vises tabellen vi brukte under systematiseringen av data:

	<b>Avdelingssykepleier</b>		<b>Leger</b>	
	Beslutningstager	Beslutningssystem	Beslutningstager	Beslutningssystem
Forskningssp.m.1				
Forskningssp.m. 2				
Forskningssp.m. 3				

**Figur 11: struktur på forskningsspørsmål**

## 4.6 Validitet og reliabilitet

Som nevnt innledningsvis i dette kapittelet, er de to generelle hovedkravene i innsamlingen av empiri; - gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet). Det

diskuteres hvorvidt disse har like stor gyldighet i kvalitative undersøkelser som i kvantitative undersøkelser, men vi velger å se de som relevante i vår sammenheng.

Når vi kommer til det punktet at vi skal drøfte konklusjonene som etter hvert fremkommer i avhandlingen, må også våre kvalitative metoder vurderes kritisk. Er det vi har kommet frem til riktig? Gyldigheten og påliteligheten må vurderes og vi må stille spørsmål knyttet til de data vi har samlet inn. Tre sider ved undersøkelsen som skal vurderes er:

- Intern gyldighet - har funnet det vi leter etter?
- Ekstern gyldighet - Er det overførbart?
- Er det pålitelige data?

Siden vi har avgrenset vår undersøkelse til en case-studie, vil det ikke være nødvendig å teste dette eksternt.

Testing av den interne gyldigheten kan i følge Jakobsen (2005) gjøres på 2 måter. Enten å kontrollere undersøkelsen og konklusjoner mot andre, eller å foreta en kritisk gjennomgang av resultatene selv.

Respondentvalidering er en mye brukt metodikk, hvor undersøkelsesobjektene blir konfrontert med våre funn uavhengige av hverandre. Vil de gjenkjenne de funn vi viser til i undersøkelsen vår? Møtene behøver ikke være rettet mot en respondent av gangen. Gruppediskusjoner kan også være formålstjenelig. Skriftelige, individuelle tilbakemeldinger fra respondentene setter store krav til den enkelte og vil ofte ikke gi like verdifullt resultat. En gyldighetstest kan også foretas til utvalgte andre, enn de respondentene som deltok i undersøkelsen.

Kilder og vilje til å gi riktig informasjon berører kanskje de mest sentrale deler av undersøkelsen. Har vi snakket med det rette utvalget av enheter og ble sannferdig informasjon fremført i de foretatte intervjuene?

Et ideal er at intervjuobjektene skal kunne være anonyme, noe som i praksis betyr at det ikke skal være mulig å koble uttalelser og informasjon med den enkelte respondent.

Anonymitet vil som oftest være vanskelig å garantere og derfor blir trygghet for konfidensialitet mer relevant i de fleste sammenhenger. Det betyr vern om enkeltindividers identitet gjennom ulike tiltak av diskresjonsmessig art.

Andre moment vi må ta høyde for i vår kritiske vurdering av den kvalitative metoden er om:

- hvorvidt vi lar vår egen forutinntatthet prege utfallet av dataanalysen?
- kilder uavhengige nok?
- det var for stor tidssprik mellom intervjuene?
- vi opplevde en god tone og en god dialog?
- noen av informantene var forutinntatte?
- kategorisering var god nok?

Kan sider ved undersøkelsen ha forårsaket de funn som har fremkommet av undersøkelsen? Det er det sentrale punkt knyttet til reliabiliteten.

Et undersøkelsesopplegg vil påvirke undersøkelsesobjektene gjennom ulike signaler og føringer. Jakobsen (2005) deler inn de ulike stimuli, en kvalitativ metode kan gi, til undersøkelsesobjektene i følgende grupper:

**Undersøkereffekt** vil i vår undersøkelse relatere seg til intervjuereffekten, da vi vet at samtalen påvirkes av de som deltar i denne. Både verbal og nonverbal kommunikasjon vil påvirke den som blir intervjuet og vil kunne påføre resultatene en slagside.

**Konteksteffekten** beskrives som påvirkning av resultatet basert på i hvilken sammenheng informasjonssanking foregår. Hvorvidt intervjuet skal foregå i kjente og naturlige omgivelser eller på arenaer som for intervjueren er kunstig, finnes det ikke noe entydig svar på. Det er svakheter og styrker knyttet til begge formene. Velger man kunstige omgivelser, vil man slippe de forstyrrelser en risikerer ved naturlige omgivelser som for eksempel en arbeidsplass, men vil ha utfordringer knyttet til det å skape en kontekst som innbyr til tillit. Måten vi opptrer på vil selvfølgelig være med på å påvirke etableringen av tillit og noen innehar mer av denne egenskapen enn andre.

Med utstrakt bruk av åpne spørsmål og aktiv lytting innledningsvis i intervjuet, vil en kunne være i bedre stand til å etablere et godt tillitsforhold til respondenten.

Intervjuet med tilhørende instrumenter er viktig. Vi vil utarbeide en intervjuguide som gir tema og om mulig rekkefølge. Målet er å få respondenten til å åpne seg slik at vi får ærlig informasjon. Åpne spørsmål innledningsvis vil kunne legge et hensiktsmessig fundament for dette. Siden det er vi som skal få noe konkret ut av samtalen, blir dette en delvis styrt samtale.

Intervjustedet blir fortrinnsvis i flukt med vedkommendes arbeidsplass. Konteksten intervjuet vil kunne påvirke utfallet av intervjuet – konteksteffekt. En kjent atomsfære er viktig med tanke på trygghetsaspektet til respondent/informant, men risikerer i større grad å bli forstyrret av telefon og kolleger. Uansett lokasjon, er behovet for ro viktig, med tanke på innspilling og minst mulig forstyrrelser.

Opptak vil bli slettet etter en gitt tid. Vi ønsker å få skriftlig aksept på dette og gir likeledes vår underskrift i samme samtykke/avtale.

#### 4.7 Oppsummering av anvendt metode

Det sentrale i enhver form for refleksjon av gyldighet og pålitelighet er graden av åpenhet. Skal andre ha mulighet for å gå inn i undersøkelsen og vurdere resultatene, må de som forsker klart fremholde sitt valg av metode og eksplisitt reflektere over gyldighet og pålitelighet. Graden av transparenthet på dette punktet gir leseren en mulighet til selv å vurdere resultatene i lys av anvendt metode.



## Kapittel 5 Analyse og drøfting

---

I denne analysedelen vil vi presentere våre funn fra datainnsamlingen og drøfte de opp mot de teoretiske begrepene som er gjengitt i kapittel 3. Vi valgte en kvalitativ tilnærming i vår oppgave og vår empiri er hentet fra Barne- og Ungdomsklinikken ved St. Olavs Hospital.

Respondentene er 3 avdelingssykepleiere og 3 overleger tilknyttet den samme klinikken. I tillegg deltok vi på et observasjonsmøte hvor klinikkledelsen og alle avdelingssykepleierne deltok. Avdelingssykepleierne var alle kvinner og av legene vi intervjuet var det en kvinne og to menn. Etter intervjuene har vi med utgangspunkt i våre forskningsspørsmål kategorisert dataene og analysert de. Vi har systematisert observasjoner, uttalelser og sitater på de to ulike profesjonene for å se om det er forskjeller mellom gruppene. Vi velger å gjengi sitatene på bokmål, selv om flere ble sagt på dialekt. Dette gjør vi for å øke lesbarheten.

Årsaken til at vi ser på begge profesjonene på et lavt organisasjonsnivå er at sykepleiere som gruppe er stor og representerer på mange måter den driftsmessige delen av sykehuset. Vårt observasjonsmøte omhandlet blant andre tre tema som potensielt inneholder et vesentlig kostnadselement.

Det første temaet var diskusjoner knyttet til forestående nedbemanning ved klinikken. Deretter ble det diskutert et stort prosjekt som de kalte ”kompetanse på tvers”, som gikk ut på at avdelinger hvor aktiviteten var lav skulle avse sykepleiere til avdelinger med mannskapsbehov. Det tredje temaet som ble diskutert var sykefravær. Disse diskusjonene hadde vi med oss inn i intervjuene, siden de ved optimal gjennomføring ville kunne være kostnadsbesparende for klinikken.

På legesiden gikk vi inn mer åpent i forhold til å avdekke tabuer, defensive mekanismer og kulturelle forhold som kunne være med på å påvirke kvaliteten knyttet til beslutninger av økonomisk karakter.

Vi valgte ut avdelingssykepleiere med ulik fartstid som ledere. Legene på sin side har ulik tilhørighet i klinikken og har varierende erfaringsbakgrunn. En av tre leger har

tidligere fungert i ledende administrative stillinger, men alle tre arbeider i dag ved klinikken som overleger.

Vi har valgt å bruke Jacobsens (Jacobsen, 2005) definisjon av tolking som basis for vår analyse; *“å legge mening i resultater, eller å sette resultater i en større sammenheng, enten gjennom sammenligning, eller gjennom bruk av teori”*.

Vår avhandlings problemstilling er som følger:

**I hvilken grad er organisasjonspsykologiske faktorer med på å påvirke beslutningstenkingen hos ansatte i spesialisthelsetjenesten på en slik måte at de blir en kostnadsdriver?**

Gjennom å gjøre observasjoner og bruke informantens opplevelse, tester vi ut vår hypotese om at defensive rutiner, tabuer og andre ikke-rasjonelle faktorer er med på å påvirke beslutninger tatt av ansatte i helsevesenet, på en slik måte at de summert opp blir en kostnadsdriver.

Vi har brutt problemstillingen opp i tre forskningsspørsmål. De to først forskningsspørsmålene er av organisasjonspsykologisk karakter, mens det tredje forskningsspørsmålet omhandler organisasjonskulturelle faktorer ved organisasjonen som påvirker beslutningsadferden til ansatte ved klinikken. Vårt første forskningsspørsmål som omhandler tabu er noe snevrere enn forskningsspørsmål to, noe som også vil gjenspeile seg i hvordan de vektlegges i vår analyse.

## 5.1 Forskningsspørsmål 1 - Tabuer

Vårt første forskningsspørsmål er:

*I hvilket omfang finnes det bevisste og ubevisste tabuer blant ansatte ved et sykehus og hvilken betydning har de for beslutningene som blir tatt?*

Med tabuer mener vi i denne sammenheng temaer og konkrete forhold man ikke føler man kan diskutere eller bringe på bane. Noe blir et tabu, når noe ikke adresseres eller snakkes om, i frykt for de sosiale konsekvenser dette ville kunne medføre. Dette kan være med hensyn til hvordan pasienter, pårørende eller kolleger vil kunne reagere. Det kan være som et ledd i en defensiv mekanisme, ved at man holder informasjon tilbake for å beskytte seg selv. I en avdeling med høyt spenningsnivå vil man se dette fenomenet oftere enn i avdelinger hvor emosjoner knyttet til pasientbehandlingen er lavere.

Tabuer er en av de individuelle forsvarsmekanismene vi har, som handler om det å ikke ta opp det som vi gjerne skulle ha tatt opp. Det at det ikke blir adressert, vil føre til at problemet dukker opp igjen senere.

Det nyere begrepet “indiscussables” er kanskje bedre beskrevet som den bevisste delen av et tabu, og representerer på mange måter den terminologi som benyttes om (bevisste) tabuer i organisasjonsfaget i dag. Våre funn er systematisert og kategorisert i to ulike grupper, avdelingssykepleiere og leger. Disse er i tur analysert om mot selve beslutningstageren og hvilke karakteristika systemet har som tillater denne beslutningsadferden. Med systemet mener vi i denne sammenhengen ledelsens totale oppbygging, med dets struktur og rutiner.

”Indiscussables” kan oversettes til det udiskuterbare. Det er et ord som for de fleste gir mening og i våre intervjuer var det et ord som de fleste hadde betraktninger rundt som godt dekket det vi var på utkikk etter å avdekke. Tabu som ord blir i vårt samfunn lett assosiert med forhold knyttet til skam. Innen organisasjonspsykologisk teori har ordet en videre betydning, så rent praktisk fungerte det udiskuterbare vel så godt.

Av tabuer fant vi flere forhold som i de to gruppene var like, men enkelte tabuer var profesjonsspesifikke. Vi vil i det følgende ta for oss de to gruppene hver for seg, hvor vi på slutten av kapittel 5.1 vil oppsummere våre funn knyttet til tabu som et

organisasjonspsykologisk fenomen og knytte det opp mot hvordan beslutninger blir tatt ved klinikken.

### 5.1.1 Empirisk data - avdelingssykepleiere

Vi har gjennom våre intervjuer med respondenter fra denne gruppen avdekket et klart tabubelagt område. Dette er bevisste tabuer, da majoriteten av respondentene brakte dette på bane tidlig i intervjufasen, hvor spørsmålsstillingen var åpen. Kanskje ikke overraskende var det å kritisere andre et gjennomgangstema.

#### a) Å kritisere ledelsen

Vi ble forut for vår undersøkelse forespeilet en organisasjon og klinikk med stor takhøyde og stor åpenhet. Vi gikk derfor inn i vår undersøkelse med dette bildet av organisasjonen. Utfallet skulle vise seg å bli litt mer nyansert enn som så.

Dette er uttalelsen til møtedeltagerne:

*“Vi er enda svært forsiktig med å såre hverandre på avdelingssykepleiermøte..og vi sier ikke alltid meningen vår..”*

*”Jeg tier heller stille i diskusjoner ...jeg tar ofte letteste vei.”*

*”..takhøyden er ikke så stor..”*

Hvordan kan det ha seg at avdelingsledere velger og ikke si hva de mener i det faste ukentlig avdelingssykepleiermøte? Dette er et møte hvor de presumptivt kan påvirke beslutninger som blir tatt som angår de respektive avdelingene. Vil dette utsagnet ha kommet i et forum som virkelig har stor takhøyde? Flere lignende utsagn kom også fra de andre sykepleierne og det virket på oss som at det var flere som avsto fra å si det de følte. Enten for sin egen del for å beskytte seg selv og sine følelser, eller fordi det ville virke upassende med de andre til stede.

Hva var det som gjorde at de valgte og ikke kommunisere åpent? Det at en avdelingsleder med den erfaring hun sitter med ikke kommuniserer åpent, vil kunne være en hindring i det å jobbe frem beslutninger med god kvalitet.

Spesielt fremkom det å kritisere ledelsen ved klinikken som svært problematisk. Dette var også et forhold som vi kunne se under vårt observasjonsmøte.

Vi så under observasjonsmøtet at det syntes lettere for en av de avdelingslederne med kortest fartstid som leder, å stille utfordrene spørsmål. Om det skyldtes hvorvidt vedkommende var ny i rollen som leder og at hun enda ikke hadde tatt innover seg gjeldende møtekultur og normer for møteadferd eller om personligheten hennes er annerledes er vanskelig å ta stilling til. Hun var emosjonell under møtet vi observerte og i intervjuet kom hun med følgende uttalelse:

*”jeg blir helt rød når følelsene slår inn.. jeg koker.”*

Dette kan tyde på at det er flere forhold enn det rent organisasjonskulturelle som slår inn. Men denne forskjellen på adferd ble også påpekt av en av de med lengst ledererfaring.

*”Vi som har jobbet i mange år, har en stor lojalitet.. vi ble opplært slik..slik er ikke de nye..de utfordrer mer..”*

Dette kan tolkes på flere måter og årsakene til at det har blitt sånn er sannsynligvis flere. Det som synes klart er at beslutninger tatt under forhold hvor møtedeltagerne holder tilbake informasjon vil med stor sannsynlighet kunne ha en dårligere kvalitet ved seg enn om det motsatte var tilfelle. Beslutningsmodellen som best beskriver denne beslutningsprosessen må i hvert fall være en modell med begrenset rasjonalitet.

Det fremkom ikke direkte kritikk av klinikkledelsen, men noen hadde kritiske bemerkninger knyttet til hvordan de ledet møtet og håndterte enkeltsaker som for eksempel hvordan nedbemanningen skulle foregå.

*”..møteformen er dårlig..det må gjøres noe med dette, dårlig møtekultur, ting flyter, uvesentlige detaljer, ingen agenda. Dette er påpekt. Det samme i ledermøtet..her kom jo ikke legene til slutt..ikke uvanlig at man bruker opptil 5 møter på å ta en beslutning..”*

*”..vi vet ikke på hvilket grunnlag nedskjæringene ble fordelt etter..”*

*”..ting blir bare vedtatt bak vår rygg..”*

På den annen side er det ikke sikkert ledelsen faktisk ønsker å høre hva møtedeltagerne alltid mener, eller at de ønsker å ta beslutninger under selve møtet.

Det kan føre til at et allerede travelt møte vil trekke enda mer ut i tid og at en dermed ikke rekker å gjennomgå de temaer som møteleder har planer om. Det kan også skyldes at det er en skjult agenda fra ledelsens side, eller at beslutningene i realiteten allerede er tatt. Møtet kan tjene andre hensikter enn å være et beslutningsforum. Det kan fungere som et rituale for å distansere seg fra de andre sykepleierne. Det at de kan si at de skal på avdelingsmøte viser omgivelsene at de er opptatte og viktige.

Å kritisere ledelsesinitierte prosjekter kunne også oppfattes som et tabu. Når vi skriver at kritikk av prestisjeprosjekter er et tabu, tenker vi konkret på et prosjekt som ble omtalt under vårt observasjonsmøte som ”kompetanse på tvers” prosjektet.

”Kompetanse på tvers” er et prosjekt som er ment som et kostnadsbesparende prosjekt hvor personell skal flytte mellom visse avdelinger, med den hensikt at det skal begrense mertid og overtid blant ansatte ved avdelingene på klinikken. Dette var tydeligvis et prosjekt som ledelsen hadde tro på. Det var et prosjekt som var solgt inn til toppledelsen ved St. Olavs Hospital og som skulle videreføres til andre klinikker og i en større skala. Men hvor godt har denne ordningen fungert så langt?

Under intervjuene ble det sagt dette om ordningen;

*”..man må være ekstremt løsningsorientert i disse møtene..samtidig er det vanskelig å peke på utfordringer med prosjekter.”*

Videre kom det frem følgende: *”Kompetanse på tvers prosjektet..vi har ikke sett snurten til noen evalueringer..”*

*”..vi har ingen evalueringskultur.”*

*”..vi har sluttet å be andre avdelinger om hjelp..vi får det ikke likevel”*

Når man hører slike utsagn kan man begynne å lure på om ikke alle beslutninger knyttet til dette prosjektet har vært like gode. Kanskje burde de vært diskutert og justert i sin form for å kunne fremstå som det ”prosjektet” som skal spare mye penger.

#### *b) Å kritisere kolleger*

Å kritisere sine kolleger på samme nivå som dem selv, eller de under seg fremsto også som forhold det ikke var tradisjon for å gjøre.

Engasjementet møtedeltagerne la for dagen under møtene varierte mellom møtedeltagerne.

*”..noen sier aldri noe på disse møtene..”*

*”..takhøyden er bra, men det alltid noen som tar for stor plass, enkelte personer tar halve møtet - enkeltes følelser tar overhånd, og dette dreper engasjementet til andre..”*

De fleste hadde tanker om enkelte andre møtedeltagere, men under observasjonsmøtet så vi ingen tegn til at de kommenterte disse tankene. Om et skyldtes at vi var til stede i rommet og at de viste andre sider av seg selv kan tenkes, men uttalelsene under intervjuene tyder på at dette ikke var noe tema.

Sykefravær ble diskutert under observasjonsmøtet. Her er noen av sitatene som kom frem under intervjuene:

*”Det er ikke legitimt å spørre om hvorfor du er borte fra jobb..det oppleves som om det er de nyansatte som mest borte.”*

*”Det å være avdelingssykepleier å samtidig ha mye sykefravær sliter en ut....det gjør noe med hverdagen din.”*

*Det er tabu å spørre om årsaken til at den ansatte har vært borte fra jobb.”*

*”Sykefravær har stort fokus, og det prates om å ha fokus på det..men det delegeres bare nedover.”*

Personlige forhold, som årsaken til at noen holder seg hjemme fra jobb, er et tabu. Likeledes, og minst like viktig, virker det som om det å ta en debatt under et personalmøte om hvor grensen går i forhold til når en skal holde seg hjemme og når en bør gå på jobb sitter svært langt inne. At skulk forekommer på en arbeidsplass, er et fenomen som mange avdelingssykepleiere mistenker, men som ingen av intervjuobjektene utfordret de ansatte på. Når vi vet hvilke enorme summer sykefravær koster spesialisthelsetjenesten, er det litt underlig at en ikke søker med lys og lykter etter tiltak som kan senke fraværet. Selv om fokuset er der, kan det siste sitatet tyde på at ansvaret til syvende og sist blir lagt på avdelingsnivået. Dette er behørig dersom for

eksempel skulk ligger til grunn for fraværet, men så lenge det er et tabu kommer en ikke langt her og beslutninger og adferd vil påvirkes av dette.

#### c) Å kritisere leger

Å kritisere leger var også et tabu blant to av de tre sykepleierne. Den tredje var gift med en lege, kanskje det var en grunn til at hun forholdt seg noe annerledes til legestanden. Følgende sitat kom under intervjuene;

*”medisinbudsjettet burde ikke stått på meg..jeg har ingen mulighet til å påvirke dette. Legen kjører sitt løp..legene liker ikke å bli utfordret på sine valg..”*

*”.. personalet er irritert over legenes autonomitet og autonome holdninger.”*

En generell oppfatning basert på kommentarer fra observasjonsmøtet og intervjuene er at sykepleierne har en avstand til legene og at dette preger kommunikasjonen mellom dem. Det skal mye til for at sykepleierne konkret tar opp forhold der de er misfornøyde med sine legekolleger.

#### d) Ubevisste forhold

Ubevisste tabuer var ikke lett å avdekke i vår innsamling av empiri. Men det som likevel kom frem gjennom nedbemanningsdiskusjonen var kompetansedagene til sykepleierne. Som yrkesgruppe fremstår sykepleierne som opptatt av kompetanse og sykepleierfaglige spørsmål. Under intervjuet spurte vi om det ikke kunne være ide å gå på akkord med disse i en periode, for å få endene til å møtes under en tid med innsparinger.

Dette kunne oppfattes av oss som et ikke-tema og det virket som om tiden satt av til faglig oppdatering ikke kunne røres. Dette er et tiltak som kunne innebære at en unngår å redusere antall årsverk ved en avdeling. Men å sette disse to tingene opp mot hverandre virket ikke realistisk. Fagdager og annen kursvirksomhet er kanskje noe som de har arbeidet over en lengre tid for å opparbeide seg en rett til og da er det i hvert fall ikke snakk om å fjerne tilbudet. Dette kan etter vår mening være et ubevisst tabu.



En oppsummerende kommentar i forhold til tabuer blant sykepleierne er at det ikke var så mange tabuer som vi kanskje hadde trodd før vi startet vår datainnsamling. Det er i hovedsak det å kritisere kolleger som er hovedtabuet. Men til gjengjeld fantes det i mange fasetter og rettet mot flere lag av organisasjonen.

En av kommentarene fra en av sykepleierne viser litt av kompleksiteten i sin kommentar til hvordan avdelingssykepleiermøtet fungerer:

*”..det blir ikke tatt beslutninger, og da er det ikke så viktig at de (legene) kommer..vi sykepleierne gjør som vi får beskjed om, og man protesterer ikke mot klinikkjefen. Bestemmelsene er ofte tatt på forhånd.”*

Vårt observasjonsmøte omhandlet blant annet tre tema som berører kostnadsdrivende element. Nedbemanning, sykefravær og et prosjekt med forskyvning av personell mellom avdelinger for å begrense innleie og overtid blant ansatte. God beslutningskvalitet knyttet til disse områdene vil isolert sett kunne oppfylle ønsket om effektivisering og kostnadsbesparelser. Men når vi ser på helheten hvordan beslutningsprosessen foregår på bakgrunn av de tabuer som gjør seg gjeldende, virker den ikke optimalisert. Men, vi vil i neste underkapittel om defensive rutiner se hvordan tabuene har påvirket og etablert defensive rutiner ved klinikken.

Følgende viser vi en tabell hvor hovedtrekkene vi fant i gruppen av avdelingssykepleiere er skissert:

Avdelingssykepleiere		
Funn	Tema, uttalelser og sitat	Betraktninger om systemet
Kritisere og utfordre leder og ledelse, samt ledelses – initierte prosjekter som ledelsen har	Kompetanse, møteledelse, arbeidsmetoder Kritikk av ledelsen er et ikke- tema "hun la det frem slik: " slik er det" "Kompetanse på tvers" prosjektet....vi har ikke sett snurten til noen evalueringer"	Tilsynelatende gode prosjekter videreføres uten å avsjekke/kvalitetssjekk prosjekter
Kritisere og utfordre kolleger holdninger, knyttet til fravær, engasjement	"..det er tabu å spørre om årsaken til at den ansatte har vært borte fra jobb.."	Systemet har ikke belønningssystemer ift fravær, engasjement etc
Kritisere leger	Ift avd. Innsparingskrav -valg av behandlingsmetode	Tillater at integreringsmøter blir terminert
Ubevisste forhold	Kompetanse-dager ei "hellig ku" Rapportering linjevei	Virker som avdelinger og klinikker skal være mest mulig autonome

**Figur 12: Oppsumerte bevisste tabuer/in-discussables blant sykepleiere**

### 5.1.2 Empirisk data - leger

Under intervjuene av legene kom det fram mye av de samme forholdene som det var vanskelig eller umulig å diskutere åpent med kolleger. Med det var likevel distinkte forskjeller. Blant sykepleierne var det tabubelagt å kritisere linjeleder og ledelse for øvrig. Vi kommer i kapittel 5.3 tilbake til hvorfor vi ser slike forskjeller, men nøyer oss i første omgang med å stadfeste at legene virket ikke redd for å kritisere leder og ledelsen for øvrig, og dette var følgelig ikke noe tabu for dem, nesten tvert imot Det kunne virke som om at de ble nesten lei av å klage på beslutninger tatt i nivåer over dem.

#### *a) Kritisere legekollegers medisinske beslutninger*

Derimot virket det mer problematisk å kommentere og diskutere enkelte legekollegers medisinske beslutninger. Det kunne være avgjørelser enkelte leger hadde tatt i løpet av en vakt helg og som kom for dagen på avdelingsmøtet på mandag. Her er noen sitater som berører dette temaet;

*"Vi er kanskje for lite flink til å bruke dem (morgenmøtene) til å kritisere ting som har vært gjort det siste døgnet."*

*"jeg synes når jeg var under utdanning, så syns jeg det var ekkelt å bli kritisert på de her møtene."*

Det virket som om det var lettere å kritisere driftsmessige forhold enn de medisinske valg den enkelte gjør. Hvorfor er dette tilfelle? Dette oppfattes trolig av den som blir kritisert som et angrep på sin egen eksistens og hvor hans eller hennes forsvarsmekanismer vil kunne fremtre. Å benytte forsvarsmekanismer som projeksjon, fornektning og andre vil kunne gjenkjennes av de andre og følelser vil settes i sving. Dersom dette skaper sosiale situasjoner som oppleves vanskelige for den som kritiserer eller andre til stede vil slike situasjoner kunne avverges ved at slik kritikk kan unngås. Dette skaper med andre ord defensive rutiner og det hindrer dermed organisasjonslæring og dobbelkretslæring. Dette blir utfyllende drøftet i kapittel 5.2.

Her er hva en av legene sa under intervjurunden:

*"Det er jo det som er svakheten med kulturen, i hvert fall på Barneklubben og sannsynligvis alle andre klinikkene på sykehuset, at man ikke kritiserer hverandre. Å gå inn og gi hverandre konstruktiv kritikk, det skjer ikke! Det opplever jeg som et kjempeproblem."*

Konsekvensene av et slikt tabu vil kunne ha store konsekvenser for beslutninger som skal tas i fremtiden. Leger vil kunne fortsette å gi suboptimal behandling og summen av alle slike beslutninger vil gjennom et år kunne koste en klinikk og et sykehus dyrt.

#### *b) Kritisere kollegers holdninger*

Vi fikk følelsen av at legene er mer autonome i sin adferd. Inntoget av flere yngre leger og høyere kvinneandel har sannsynligvis medført at arbeidsdagene til legene har endret

seg. Har man barn i barnehagen, må man rekke å hente barna før stengetid. Dette vil kunne medføre at noen har større mulighet for å jobbe lengre utover ettermiddagen enn andre. Spørsmål og diskusjon rundt dette fenomenet og dets betydning for en fleksibilitet som av og til vil kunne være formålstjenelig når uventede situasjoner oppstår, var et ikke-tema.

Det synes som leger respekterer hverandre på en annen måte enn andre profesjonsgrupper, noe som igjen medfører at de ikke legger seg opp i prioriteringer kollegaen gjør.

Dette kommer også til uttrykk i forhold til sykefravær. Det er forhold man ikke adresserer åpent. Under intervjuene kom det frem at de hadde gjort seg opp visse tanker knyttet til fravær, uten at de hadde diskutert dette med kolleger;

*"Men at man har litt lavere terskel for å være hjemme nå, enn hva man hadde får noen år siden, tror jeg nok."*

Vi fikk også flere andre kommentarer som bærer preg av at det er en "mind-your-own-business" kultur blant leger. Dette kommer vi tilbake til senere i oppgaven, men dersom det er slik vil det kunne føre til at det blir et tabu å rette kommentarer til kollegers prioriteringer og handlinger. Et utslag det ga ifølge en av intervjuobjektene var, at selv om du så at en kollega viste stor interesse for tekniske nyvinninger som ikke nødvendigvis ville påvirke ressurs situasjonen ved klinikken på en heldig måte, så lot du være å kommentere det. Om dette medfører riktighet, vil et slikt tabu kunne bli en kostnadsdriver for en klinikk, så vel som for et helt helsevesen summert opp.

### *c) Utfordre pålagte prosedyre*

*"Hver eneste måned så får vi på en måte en ekstra arbeidsoppgave som gjør at det blir litt bedre behandlingskvalitet, som i utgangspunktet er fint, men som også gjør at det tar lite grann mer tid."*

Kravet til kvaliteten på helsetjenesten er utvilsomt stort både fra den opplyste pasient og fra myndighets hold. Men er det gitt at vi skal ha et av verdens beste helsevesen? Har vi som medlemmer av det norske samfunnet krav på den høye kvaliteten det er på

helsetjenestene her til lands? Det kan synes sånn, i hvert fall når det gjelder behandling av syke barn. Det er mye emosjoner knyttet til behandling av barn. Det var også årsaken til at vi valgte å skaffe oss empiri fra nettopp Barne- og Ungdomsklinikken.

Det kan synes som at det å spørre hvorfor helsetilbudet som gis behøver å ha den høye kvaliteten er et tabu. Nye prosedyrer blir innført med jevne mellomrom. Hvorfor skal vi liksom ikke koste på oss dette? Det kan synes som om legene reserverer seg for å være den som står frem og sier at han eller hun ikke skjønner et en forbedring av kvaliteten på tjenesten er nødvendig, når en tar økt tidsbruk i betraktning.

*"Det tar tid.. og det tar mer og mer tid. Og det går utover kvantiteten.. antallet pasienter vi behandler!"*

*"Hvordan det der skal gå, det skjønner ikke jeg!"*

Sitatene tatt i betraktning, tyder dette på at dette burde vært adressert tidligere og at det påfører helsevesenet kostnader.

#### *d) Kostnader knyttet til behandling*

Dette punktet henger sammen med det foregående punktet. I tillegg rommer det forhold knyttet til behandlingskostnader utover hva innføringen av nye prosedyrer medfører. Her kommer beslutninger som innbefatter hvilke ressurser en skal sette inn for at barn skal få den beste behandlingen totalt sett. Selv om det finnes retningslinjer for hvordan behandling som skal gis i de enkelte situasjoner, blir ikke disse alltid fulgt. Om behandlende lege finner ut at pasienten har bedre av å få et annet behandlingstilbud enn det som retningslinjene til ledelsen eller helsemyndighetene tilsier, gjør han eller hun dette.

Følgende utsagn kom under våre intervju med legene:

*"Jeg følger i veldig liten grad retningslinjer."*

*"Sånn generelt så...så skal det mye til for å nekte barn noe som dem har godt av når, de er syk."*

Hvorfor er det slik at systemet tillater dette? Hvilken beslutningsadferd hos legene belønnes av systemet? Systemet i dette tilfellet består også av leger som etter hvert har tatt steget lengre opp i ledernivåene. Dette vil selvfølgelig prege organisasjonskulturelle forhold og beslutningsadferd hos leger på de lavere nivåene.

*"Det som blir høyt verdsatt det er på en måte å være faglig dyktig og på en måte dokumentere at en har gjort en god jobb på vakt og sånn..det blir verdsatt..da får man klapp på skulderen og godt jobba og sånn..det blir alltid veldig godt verdsatt. Det ville jeg jo si er det viktigste at..man får mye støtte og gehør for det."*

Tabuet blir å nekte barn det best tilgjengelige tilbudet klinikken kan gi.

Følgende viser vi en tabell hvor hovedtrekkene vi fant i gruppen av leger er skissert:

Leger		
Funn	Tema, uttalelser og sitat	Betraktninger om systemet
Kritisere legekollegers medisinske beslutninger	Kua har vært kalv Husker selv at det ikke var noe hyggelig å bli kritisert	Systemet vil ikke utfordre legers medisinske avgjørelser, siden også de legger Modell 1 til grunn for sin måte å arbeide på?
Kritisere kollegers holdninger	Knyttet til arbeidstid, sykefravær, fleksibilitet og jag/interesse for teknologiske nyvinninger	Fanger systemet opp faktorer som fleksibilitet og belønner det?
Utfordre pålagte prosedyrer	Pålagte prosedyrer som forbedrer behandlingskvaliteten går utover kvantiteten	Sykehuset vil ikke ha et dårligere tilbud til sine pasienter enn andre sykehus. Prestisje? Fritt sykehusvalg?
Kostnader knyttet til behandling	Ingen stiller spørsmålet om hva det koster å behandle kronisk syke barn	Leger fortsetter å være leger selv om de blir ledere.

**Figur 13: Oppsummerte funn i legegruppen**

### 5.1.3 Teoretisk analyse av hovedfunn

Hvorfor er det å kritisere så vanskelig som det synes å være? Er det et tabu eller "indiscussible"? Vi tror det ligger en plausibel forklaring på hvorfor *det å ikke kritisere* har relevans for vår diskusjon.

#### *Institusjonaliserte strukturer og grupper har vokst frem over tid*

Helsevesenets historie preger i stor grad det helsevesen vi ser i dag. Det er liten tvil om at vårt kostbare helsevesen har utviklet seg til å bli blant verdens fremste. Vi har et svært kompetansetungt helsevesen med et høyt antall svært godt utdannede leger og sykepleiere. Historisk sett har særlig legestanden alltid hatt en høy akademikerstatus, ofte med tyngre spesialisering. Dette har forsterket legeyrkets makt, rang og autonomitet. Selv om dette trolig har vært med å bidra til vårt gode helsevesen som vi ser i dag i forhold til kvalitet i helsetjenestene, så har nok disse tre faktorene

institusjonalisert seg i form av en organisasjonskultur som i dag lever i beste velgående, både på godt og vondt.

Sykepleierstanden ligger ikke langt bak. De har vokst i antall og spesialisering, noe som har bidratt til at denne gruppen har bedre kunnskap og posisjon enn tidligere. Parson (Parsons, 1951) understreket betydningen av normative standarder i organisasjoner. Parsons hevder at grupper og organisasjoner utvikler verdier og verdimønstre, som igjen blir et mål for den enkelte å etterleve. Ubevisst blir dette et behov, hvorpå adferd reguleres ubevisst deretter.

#### *Kunnskap og spesialisering skaper autoritet og gir makt*

Med kunnskap og spesialisering følger en form for autoritet det er vanskelig å overprøve og kritisere. Og det er nettopp her en institusjonalisering har fått utvikle seg til en akademisk og hierarkisk kunnskapsorganisering, som i tur har utledet tabuområdet – det å ikke kritisere. Faget er så stort og innfløkt, at det skal mye erfaring og kunnskap til for å utfordre eller kritisere noen for de valg, beslutninger eller adferd som utøves. Blant sykepleierne ser dette ut til å ha ført til at en man heller ikke gir hverken god eller dårlig kritikk seg i mellom. Legger man til faktoren ansiennitet til ligningen, gir dette godt bilde på hvorfor det er slik. Kunnskap og erfaring tilegnet over tid forsterker derfor dette bildet.

#### *Hva sier Freuds teorier oss om tabuer og i forhold til tabuet ”det å ikke kritisere”*

Alle har i en eller annen form, en frykt for den mulige sosiale sanksjonen et brudd på tabubelagt område kan medføre. Tabu-belagte områder regulerer bevisst og ubevisst vår adferd. Freuds psykologiske teori peker på at vår personlighet preges av vår underbevissthet, og denne regulerer vår adferd. En av de tre komponentene i underbevisstheten, *ego* var ifølge Freud den mekanismen som styrer eller utvikler adferd som begrenser angst, frykt eller sosiale sanksjoner. *Ego* utvikler da defensive mekanismer som settes i gang, og som bevisst eller ubevisst regulerer vår adferd.

En av disse psykologiske forsvarsmekanismene er i følge Freud å rasjonalisere. Det å ikke kritisere vil derfor bibeholde ro og orden. Implisitt vil det da ikke sette oss i en



situasjon hvor vi kan utvikle en angst, frykt eller en eller annen form for sosial sanksjon rettet i mot oss som et resultat av å gjøre noe som ikke anses for å være akseptert.

### *Maslow behovsteori og tabuet “det å ikke kritisere”*

Maslows behovshieraki er også relevant. Alle stadier i hierarkiet kan forklare vår unnlatenhet og unngåelse av å bryte tabuet, det å ikke kritisere. Vi vil særlig trekke frem vårt behov for å føle oss trygge (behov for sikkerhet) og akseptert (sosiale behov), vårt behov for aktelse og anerkjennelse (behov for aktelse). Når det å kritisere er definert som “noe vi ihvertfall ikke gjør”, er sannsynligheten for at vi utfordrer disse behovene på en måte som skaper en trussel mot de primære behov, svært liten.

### *Emosjonsteori og tabuer*

I emosjonsforskningen vektlegges blant annet evolusjonens betydning for våre emosjoner og adferd. Her hevdes det at emosjoner er nedfelt og forankret i mennesket og påvirker ganske sikkert adferden vår. I snart 200 000 år har vi tilpasset oss, utviklet oss og kjempet for vår eksistens. Evolusjonsforskere hevder (Valstad, 2004) at dette setter rammer for hvordan vår atferd er utviklet til å fungere for sikre vår overlevelse. Dette kan bety at emosjoner bidrar med den energi som er nødvendig for å bidra til nettopp vår “overlevelse” både på det bevisste og ubevisste plan. I overført betydning, kan det derfor argumenteres for at vi vil unngå adferd som går på tvers av klinikkens etablerte normer. En slik norm eller dyd, er tabuet “det å ikke kritisere” eller såre noen.

### *Beslutningsteori og tabuer*

Individenes adferd og beslutningsadferd må forstås som en del av sine omgivelser og det vesentlige spørsmålet i denne sammenhengene er om vi ser noen mønster og sammenhenger som kobler sammen hendelsene med de utestående utfordringene?

Dette er vanskelig i vårt tilfelle, nettopp fordi det er vanskelig å peke på hva som er årsaken og virkningene av det vi ser. Er det å kritisere hverandre mekanismer som starter som et tabu hos den enkelte som igjen preger et delsystem som deretter preger selve hovedsystemet, eller er det organisasjonen som helhet som gjennom nedfellede og

innøvde mekanismer setter standarder for de ansattes adferd på en sånn måte at de må tilpasse seg systemet. Dette er en sirkel uten begynnelse og slutt og det er vanskelig å konkludere her.

Vi har tidligere i oppgaven vist til en figur som viser hvordan tabuer, defensive mekanismer hos de ansatte og organisatoriske defensive rutiner kan påvirke hverandre. Systemteoretikere vil nok ha påpekt i denne sammenhengen at organisasjonen, her representert ved Barne- og Ungdomsklinikken, vil når den har blitt smittet av de defensive mekanismene igjen i sin tur påvirke de ulike subkulturere og videre individene som er medlemmer av disse.

Figuren nedenfor oppsummerer hvordan vi ser for oss det som skjer gjennom en systemtankegang:



**Figur 14: Det defensive kretsløpet**

Vi ser at Barne- og Ungdomsklinikken har en styringsform som baserer seg på formaliserte kommunikasjonsveier og kontroll, mer enn en relasjonsbasert organisering.

Det kan tyde på at behovet for kunnskap, læring og innovasjon ikke vektlegges nok til at endringer finner sted hva styringsform angår. Dette vil kunne være med på å påvirke beslutningsmønstre i organisasjonen (ref tidligere sitat fra Tribus om målesystemet utelukkende etter numeriske verdier)

Under vårt observasjonsmøte ble det diskutert hvordan Barne- og Ungdosmklinikken skulle redusere antall årsverk. Dette var en prosess, som i følge de vi intervjuet, var en styrt fra klinikkledelsen. Konsekvenser av numeriske mål som dette, vil i følge Tribus kunne gi uventede konsekvenser. Dette var også bekymringer avdelingssykelpeierne hadde. Kutter man bemanningen, vil en kunne se uheldige konsekvenser som at de få fast ansatte i turnus opplever ansvaret så tungt å bære, at de på en tynt bemannet helg velger å ikke gå på jobb og leverer istedet en egenmelding.

Sitat spl:

*“En av legene uttrykte også de samme følelsene knyttet til at terskelen for å bruke egenmelding synes å ha blitt lavere”*

Sitat lege -ad å følge retningslinjer gitt av ledelsen: *"Jeg følger i veldig liten grad retningslinjer."*

Dette er eksempler på det faktum at konsekvenser av systemet, krav til nedskjæringer og effektiviseringsmål, vil kunne få konsekvenser for fraværet ved avdelingen. Systemet får det som det vil, men effekten av disse tiltakene blir ikke optimale under slike omstendigheter. Det som i utgangspunktet er ment som et innsparingstiltak, vil kunne føre til krav fra et system som igjen vil kunne være til hinder for andre forbedringer, samt danne et mønster av uheldig adferd hos ansatte med dertilhørende organisatoriske defensive rutiner som igjen vil kunne internalisere tabuer hos de ansatte.

Demings viser til "de syv dødlige sykdommer" som hindre for det helhetlige kunnskapssystem. To av disse sykdommene var; fokus på kortsiktig tenkning og resultater, samt ledelse basert på tradisjonelle nøkkeltall. Det kan synes som at en gjennom klinikkens fokus på parametre som sykefraværsprosent og nedskjæring, bidrar til å lage demninger som hindrer endringsledelse og bibeholder de tabuer som i dag eksisterer.

## 5.2 Forskningsspørsmål 2 - Defensive mekanismer

### 5.2.1 Hvilke andre defensive rutiner påvirker beslutningsadferden hos ansatte ved Barneklubben på St. Olavs Hospital?

Vi har fra vår teori sett at individers agering preges av både arv og miljø. Vår handlemåte og adferd vil påvirkes av de emosjonelle kreftene som preger oss. Medisinsk behandling av barn vil kunne sette emosjoner i sving både for den enkelte og i den gruppen hvor dette er et tema. Defensive mekanismer vil derfor kunne utvikles i et miljø hvor det er sterke emosjoner tilstede. Dette kan være hensiktsmessige prosesser som skal ivareta den enkelte og miljøet som sådan. Men vi tror at slike defensive rutiner nødvendigvis påvirker den enkelte beslutningstager på en sann måte at konsekvensene av beslutningene vil kunne påvirke kostnadene ved den respektive avdeling.

Hva er det som i vår natur skaper eller “trigger” det vi forstår som en psykologisk forsvarsmekanisme, bevisst eller ubevisst? Hvorfor er det vanskelig for ledere og ansatte å være klar over at egne handlinger og atferd kan skape defensive reaksjoner hos andre? Og samtidig, hvorfor er det enklere å se andres defensive reaksjoner enn sine egne?

Vi ser at dette er vanskelige områder. Det er vanskelig å snakke om disse og utfordrende å beskrive de.

Organisasjoner kan utvikle defensive rutiner og mekanismer hos menneskene som utgjør organisasjonen, som et resultat av intern kultur, organisering og lederstil. Men spørsmålet er om systemet kan sies å fremskape defensive rutiner? Vi mener det er et klart belegg for dette, også i våre funn ved klubben. Organisasjoner kan gjennom sin kultur, organisering og ledelse klare å institusjonalisere sin kollektive adferd slik at den som en organisme eller system ivaretar seg selv ovenfor sine interne og eksterne interessenter, og blir selvforsterkende. Vi vil i vår analyse vise hvordan disse bevisst eller ubevisst utøves ved klubben.

Chris Argyris hevder (Argyris C. , 1985) at vi gjennom tidlig læring, sosialisering og kultur er opplært til å håndtere “truende” situasjoner. Videre hevder han at vi har “lært oss” å håndtere “trusler” på en måte som motvirker rasjonelle handlinger og atferd.

Dette finner vi igjen også i Freuds psykologiske teorier, som pekte på en rekke reaksjonsmønstre for å skape psykologiske forsvarsmekanismer.

Dette kan dermed være en hensiktsmessig mekanisme for individet og individer i samme gruppe.

Vi har strukturert våre funn i forhold til kartlegging av de defensive mekanismene på fire nivå; på ledelsesnivået, blant legene, blant avdelingssykepleierne og slutt selve systemet som en enhet.



Figur 15: Oppsummert - Defensive mekanismer og rutiner v / klinikken

## 5.2.2 Avdelingssykepleiere og defensive mekanismer

*Det å ikke kritisere-, det å unnlate å utfordre-, og det å unngå å såre noen..*

I det første forskningsspørsmålet ville vi avdekke tabuområder, bevisste eller ubevisste. Vi trodde kanskje at vi ville avdekke flere, men det bevisste tabuet vi avdekket, kan også fremstå som en åpenbar defensiv mekanisme blant avdelingssykepleierne. Det å “ikke kritisere”, eller det å unnlate å utfordre noen eller unngå å såre noen, er i tillegg til å være et bevisst tabu, også en klar defensiv forsvarmekanisme.

Både som tabu og forsvarmekanisme henger dette sammen med avdelingssykepleiernes sterke lojalitet. Respondentene “avslørte” i intervjuene med oss at de verdsetter sin lojalitet høyt. Paradokset i dette er ikke at de ikke snakker så mye om det som betyr mest, men at den utøves på forhold som man objektivt sett, ikke burde være “redd” for.

Vi vil her spesielt trekke frem:

- Det at man ikke oftere står frem med forslag som vil gagne egen enhet og systemet i sin helhet bedre
- Det at man ikke fremsetter for eksempel konstruktiv kritikk, innsigelser eller tilbakemeldinger som kanskje ville ha bidratt til et bedre utfall eller resultat i en sak
- Det at man veier sine ord og uttalelser på en måte som unngår å såre noen

Argyris hevder (Argyris C. , 1985) at vi har lært oss å håndtere “trusler” på en måte som motvirker rasjonelle handlinger og atferd. Han stiller også spørsmålet; *“But why would we be programmed with reasoning processes and skills that are counterproductive?”*

Hans forskning indikerer to mulige årsaker til dette. Hans hevder at vi er opplært til IKKE å være rasjonelle, med basis i at vi ønsker å være menneskelige, omsorgsfulle og siviliserte. Videre hevder han at mennesker i organisasjoner blir “programmert” til å bli en del av intrikate nettverk og systemrutiner som skaper organisasjonmessige forsvarslag. Argyris`resonnement underbygger at mennesker ikke alltid er hverken

kalkulerende eller rasjonelle. Den understreker betydningen av å kunne mer om de menneskelige dimensjonene og vår natur i forholdet til våre valg, beslutninger og atferd.

I følge Freud var defensive forsvarsmekanismer ubevisste, og hvor vi utvikler en adferd og handlinger som begrenser angst, frykt og mulige sosiale sanksjoner. Dette kan bidra til å forstå sterk eller høy lojalitet. For å opprettholde egen trygghet og sikkerhet i gruppen, unngås eventuelle mulige sosiale sanksjoner ved å utvise en slik form for lojalitet.

### *Implikasjoner for beslutningsadferden er åpenbar - Organisasjonen utvikler seg ikke*

Det er liten tvil om at dette bereder grunnen for og forsterker en dårlig beslutningskultur i organisasjonen. Argyris og Schön`s modeller for organisasjonslæring er sentrale her. Organisasjonslæring kan beskrives som en sosial prosess hvis formål er å avdekke og korrigere den kunnskap som organisasjonen besitter, for så å utvikle denne til det bedre. Argyris og Schön viste dette gjennom sin teori om enkel- og dobbelkretslæring.

Læring og holdningsendring må skje ovenfra i lederhierarkiet og må alltid starte med kartlegging av gjeldende bruksteori. Ny læring starter gjerne med avlæring av eksisterende og automatiserte ferdigheter;

Etter modell I styres organisasjonen av grunnleggende verdier som får medarbeiderne til å holde negative følelser tilbake og bli preget av forsvarsmekanismer.

Konsekvensene for læring i slike organisasjoner vil ofte være at man kun driver med enkeltkretslæring, nemlig at man bare blir flinkere til å gjøre det man allerede kan.

Modell II skaper dobbelkretslæring, som er det ideelle læringsmålet for organisasjoner.

I modell II får man fremlegge sitt syn i organisasjonen, og man får lov å gi til kjenne hva man bygger konklusjonene sine på. Man kan søke gyldig informasjon og foreta frie valg. Deltagerne kan utøve høy grad av *medbestemmelse*.

### *Konsekvenser for læring og utvikling*

Modell II innebærer ny læring med utvikling av ny anvendt teori. Et hovedsiktemål er å lære å redusere det som kalles for ”innøvd inkompetanse” med tilhørende forsvarsrutiner. Det argumenteres for at det “å ikke kritisere” har utviklet seg til normativt adferdsmønster blant avdelingssykepleierne, og på sett og vis fått etablere seg som inkompetanse, uten kanskje at avdelingssykepleierne tenker over implikasjonene

### *Konsekvenser for effektivitet*

Dersom en organisasjon omstiller seg til modell II skulle dette bidra til økt effektivitet og nyskaping. Det endelige målet i organisasjoner er da å utvikle en *innebygd kapasitet* for organisatorisk læring.

### *Resignasjon - defokusering på utfordringene organisasjonen står ovenfor*

Vi har sett konsekvensen av å ikke kritisere og utvise stor lojalitet som defensive psykologiske forsvarsmekanismer. På grunn av det sterke fokuset toppledelsen har på økonomi, kom det frem i intervjuene våre at enkelte avdelingsykepleiere velger å tone ned fokuset på innsparinger og bedre ressursutnyttelse ovenfor sine ansatte.

*“..personalet har vært ganske resignerte..”*

*“..prøver ikke å lage mye støy rundt rundt nødvendigheten av å spare..”*

Resignasjon på grunn av metning av for stort fokus på økonomi, kan utlede en stikk motsatt reaksjon. Freud hevder at *reaksjonsdannelse* er en av våre grunnleggende psykologiske forsvarmekanismer. Det er to forhold som skjer i lys av dette.

Avdelingsykepleier er i en form for resignasjon selv, og velger å skjerme sine ansatte for ytterligere “pes” om enda mer kostnadsfokus. Denne formen for skjerming utøves for å skape (ytterligere) kanskje negative sosiale reaksjonsdannelser mot seg selv som leder. Samtidig skaper skjærmingen ovenfor de ansatte en implisitt mulig omvendt reaksjon, den at det er “okay” å være likeglad til denne påkrevde nødvendigheten, og at et økonomifokus ikke er så viktig.

Denne “likeglad” holdningen fant vi igjen i våre intervju. En annen avdelingssykepleier kom med følgende uttalelse i hennes betraktninger om de ansattes forhold til økonomi;



*..ikke noe forhold til store underskudd (de ansatte), men hvis det rammer de selv.. gjør det det..men denne gangen ble vi forskånet i nedskjæringene..det skapte ikke reaksjon det heller..*

Med andre ord – det kan argumenteres for at denne “skjermingen” av virkelighetens nødvendighet av å spare eller effektivisere, slår motsatt ut i adferd. Freud kaller denne psykologiske forsvarsmekanismen “reaksjonsdannelse”.

*“Vi strekker oss langt for å få endene til å møtes” - en rasjonalisering?*

Sitatet er hentet fra ett av våre intervju med avdelingssykepleierne. Selv om dette trolig gjenspeiler virkeligheten, så kan vi dette utsagnet like godt være en del av vedkommedes bevisste eller ubevisste psykologiske forsvarsverk. I tillegg til at klart understreker at man har stort press i form av å få eksempelvis vaktfordeling på plass, også legitimerer at man ikke eventuelt klarer det. Utsagnet som avdelingssykepleier fremsetter gjør vedkommende ganske uangripelig, i den forstand at det blir svært vanskelig å utfordre henne til å gjøre enda mer, eller at noe kunne ha gjort dette bedre under rådende omstendigheter. For vedkommende kan det ergo være lettere å ty til et åpenbart irrasjonelt valg, fordi man har forsøkt alle andre muligheter, eksempelvis å leie inn (dyrere) vikarer på kortvarsel. Dette blir da en form for et rasjonaliseringsutsagn, som reduserer frykt eller angst (for eksempel fra ledelse) ved å finne en rasjonell forklaring på de for eksempel økonomisk irrasjonelle valg, beslutninger eller atferd som utøves.

### 5.2.3 Emosjonenes betydning i avdelingsykepleiergruppen

Emosjonsforskningen sier en god del om dette. Forskning bekrefter at affekt og emosjoner spiller en sentral rolle i hvordan vi forholder oss til og behandler sosial informasjon. (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Emosjoner er en driver av begrenset rasjonalitet og vil bevisst og ubevisst påvirke oss gjennom rutinemessig arbeid og større beslutninger i hverdagen. Defensiv mekanismer vil også kunne være hensiktsmessige og uhensiktsmessige mekanismer i situasjoner hvor sterke emosjoner skal håndteres.

Sykehus- og klinikkledelsens svært sterke økonomifokus har nok uten tvil skapt sterke emosjoner på individ- og gruppenivå. Avdelingsykepleierenes sterke lojalitet vil nok ha

stor betydning på hvordan de håndterer egne emosjoner og emosjoner i en gruppekonstekst.

### *Den evolusjonære betydningen av emosjoner på individet*

Emosjoner er nedfelt og forankret i mennesket og påvirker ganske sikkert adferden vår. I snart 200 000 år har vi tilpasset oss, utviklet oss og kjempet for vår eksistens. Evolusjonsforskere hevder (Valstad, 2004) at dette setter rammer for hvordan vår atferd er utviklet til å fungere for å sikre vår overlevelse. Dette kan bety at emosjoner bidrar med den energi som er nødvendig for å bidra til nettopp vår “overlevelse” både på det bevisste og ubevisste plan. Våre følelser styrer oss bevisst inn i valg som gjør oss trygge, menneskelige og aksepterte. Dette vil selvsagt ha betydning for adferden på et individnivå. Det er sannsynlig at vi vil aggere i henhold til slik, kanskje nedarvet overlevelsessevne.

Det kan også trekkes paralleller fra det evolusjonære perspektivet til vår individuelle adferd i våre daglige liv, og som bygger opp under forståelsen for hvorfor vi gjør det vi gjør, og de valg og den adferd vi utøver. Weiss hevder (Weiss & Brief, 2002) blant at våre emosjoner har en adaptiv form i forhold til vårt reaksjonsmønster. I Freuds psykologiske teori, finner vi igjen noe av det samme, gjennom det han kaller “rasjonalisering”, en atferd som utøves for å finne (en) rasjonell forklaring på “uakseptabel” atferd.

### *Emosjoners sosiale kontekst og betydning for de defensive mekanismene og rutinene*

Det andre forholdet er hvordan våre emosjoner påvirkes av sosiale dimensjoner. Her kan det argumenteres for at vi innretter oss både bevisst og ubevisst i forhold til en sosial og kulturell setting. Fineman hevder, sitert av Valstad (Valstad, 2004) at emosjoner kan bli “intersubjektive produkt fremforhandlet av meningsskapende system av aktører”.

Klinikken kan være et slikt system, og slik klinikken er organisert, har gruppen av avdelingssykepleiere utviklet sine sosiale normer, egen kultur og verdimønstre. Vi har sett at betydningsfulle verdier er sterk lojalitet, samtykkende og respekt for hierarkiet.

En sentral komponent i forhold til våre emosjoner i en slik kontekst er betydningen den sosialt regulerte “orden” eller “overenskomster” har, og som finnes i alle grupper og hierarki. Her dannes samhandlingsmønstre og kulturer både på det bevisste og ubevisste plan, som i tur påvirker vår motivasjon og adferd. Her har både Argyris (Argyris C. , 1985), og Hotvedt (Hotvedt, 1997) kommet med svært interessante funn i forhold til hvordan vi tenderer til å innordne oss i forhold til de bevisste og ubevisste føringer gruppen signaliserer eller gir. Dette gir oss innsikt i den form rasjonalitet som utøves i slike situasjoner og hvordan disse kan komme i konflikt med eksempelvis økonomisk rasjonalitet. Et viktig poeng i denne sammenhengen er nettopp hvordan vår adferd kan styres av emosjoner som sikrer oss en sosial aksept i alle former for grupper.

Parsons (Parsons, 1951) forskning viser hvordan slik gruppeadferd, som i avdelingssykepleier gruppen, kan utvikle seg til verdier og normative standarder hvor energien direkte og indirekte, ubevisst og bevisst skaper spenningsemosjoner som ivaretar avdelingssykepleiers og gruppen som helhet sitt trygghets- og sikkerhetsbehov.

#### 5.2.4 Legene og defensive mekanismer

Selv om det er flere likheter mellom avdelingsykepleierne og legene i forhold til bevisst og ubevisst bruk av defensive rutiner, så er det også klar forskjell. Den største ulikheten er legenes klare autonome stil, og legenes evne til å fremstå en som “pressgruppe” når dette er nødvendig.

*Sterk autonomi - gir dårligere samarbeidsforhold - en fremtredende defensiv mekanisme*

Legenes kunnskap blir en makt faktor, som kan gjøre at de fremstår som uangripelig, eller ikke er mottagelig for kritikk i kraft av sin kompetanse eller spesialitet. Dette kom frem i intervjuene både fra legene selv og fra avdelingsykepleierne.

En av legene uttalte følgende som kommentar til eventuell profesjonskamp mellom leger og avdelingssykepleiere; (Ad profesjonskamp):

*"Jeg erfarer det at..at selv erfarne sykepleierledere forstår relativt lite av hvordan legene jobber i det store og hele."*

Utsagnet forteller oss en god del. Med trykk på "erfarne", undergraver legen til en viss grad alle sine mest erfarne sykepleierkolleger, og likefullt "vanlige" sykepleiere. Hvis holdningen blir gjenskapt i legens daglige adferd i form av kroppsspråk, små kommentarer, arroganse eller lignende adferd, bygger dette opp under en negativ sterkere autonomi, og skaper et samarbeidsklima som ikke innbyr til dialog, konstruktiv kritikk eller tilbakemelding. Dette er åpenbare et karaktertrekk og likheter ved Argyris Modell I teori, selve roten til irrasjonal adferd.

Profesjonskonflikten understrekes, og legenes autonome stil bekreftes gjennom blant disse sitatene fra en avdelingssykepleier;

*"..medsinbudsjettet burde ikke stått på meg (min avdeling)..jeg har ingen mulighet til å påvirke dette. Legen kjører sitt løp..legene liker ikke å bli utfordret på sine valg.."*

*"..legene har ikke et forhold til økonomi..de gjør som de alltid har gjort..fordi de mener sykehuset ikke klarer seg uten de..de driter i økonomien.."*

Dette siste utsagnet understreker hvor bevisste sin makt avdelingsykepleierne mener legene er.

Paradokset i dette forholdet, er at legenes autonomitet og adferd forsterkes også av ledelsen ved klinikken. Dette skjer at ved at legenes bruk av overtid eller mertid sjelden, om eller noen gang adresseres.

En av legene uttalte (ad sparing):

*"Det har ikke vært rørt en time legearbeid i alle de 4 eller 5 nedbemanninger vi har hatt."*

Legene fremstår da på mange måter som en "hellig ku". Enkelte vil da kunne hevde at systemet manifesterer legenes adferd og at systemet gjennom ledelsen forsterker

samtidig både posisjon og avstand mellom leger og sykepleiere på en arena som kanskje burde utvise enda tettere samhandling, dialog og erfaringsutveksling for pasientens gode.

Både systemtenkerne og Argyris peker henholdsvis på systemforsterking og det defensive kretsløpet som særlige viktige årsaker til at defensive mekanismer setter seg i individer og som normer eller verdimønster i organisasjoner. Har legenens autonomitet fått slik rotfeste at denne autonomiteten gir organisasjonens medlemmer, en tilnærmet avmaktsfølelse ovenfor legene?

Denne holdningen forsterkes også av legens lønnskamp, hvor de hevder at de får for dårlig betalt i forhold til den faktiske tiden de tilbringer på klinikken. Alle legene vi intervjuet hevdet de var “under” betalte, og at de ikke la skjul på sin mening om dette. De hevdet videre at Deres “beste våpen” i denne kampen, var en form for “kollektiv passiv aggresivitet” i forholdet til lønn. Med andre ord, å utfordre legene vil sannsynlig bety dårligere effektivitet, høyere sykefravær, lengre ventelister og forhold som forsterker som til syvende og sist går utover pasienten. Også dette er en holdning i tråd med Modell I tankegangen og Argyris` sosiale dyder. Legenes bevisste bruk av de **sosiale dydene, ærlighet** (de lyver ikke) og **styrke** (de forsvarer sin posisjon for å vinne), bekrefter dette, og de er ubevisst med på å forsterke Modell I`s defensiev kretsløp og tiltagende defensive mekanismer og sannsynlig nye organisasjonsmessige defensive rutiner.

### 5.2.5 Å kritisere legen -en defensiv mekanisme som har blitt et tabu

Vi har beskrevet og analysert legens autonomitet over. Vi tror at denne autonome adferden har skapt et nærmest normfestet systemtabu; å ikke kritisere eller utfordre legene. Denne atferden har tilsynelatende fått utarte seg så mye, at legene ei heller klarer å gi konstruktiv kritikk ovenfor hverandre, i frykt for at det kan oppfattes som ren kritikk. Med andre ord ser det ut som om både systemteoretikerne og Argyris har rett i sine antagelser i forhold henholdsvis ledelses- og beslutningssystemet “systemsvikt” og effekten av Modell I tenking.

Et godt eksempel på dette, var i forholdet til kostnader knyttet til behandling. Selv om det eksisterer "guidelines" i forhold til behandlingsnormer, bekreftet legene vi intervjuet at de så godt som aldri har vært overprøvd i forhold til sine (automome) behandlingsvalg;

*"..Det hender jo at vi gjør..hender at jeg har gjort, og det har andre gjort..at en tar en beslutning om ting som koster veldig mye penger fordi det er riktig medisinsk. Men har aldri fått kjeft for det i etterkant!"*

*".. Vi er kanskje for lite flink til å bruke dem (anm: morgenmøtene) til å kritisere ting som har vært gjort det siste døgnet."*

Ad fag vs drift: Spm: Føler du at det medisinske krasjer med det økonomiske? Svar: *"Det krasjer hver eneste dag!"*

Ad kvalitet på helsetjenestene: *"Sånn generelt så..så skal det mye til for å nekte barn noenting som dem har godt av, når de er syke."*

Ad følge retningslinjer gitt av ledelsen: *"Jeg følger i veldig liten grad retningslinjer."*

Spm: Så du får ikke klapp på skulderen for å ha spart penger på materiell eller at du holder..?

Svar: *"Nei, ikke tema i det hele tatt!"*

### 5.2.6 Tilstedeværelsen av defensive rutiner og mekanismer - Betydningen for beslutningsadferd

Vi har stadfestet at det er klare indikasjoner på Model I tankegang og Model I karaktertrekk ved klinikken, og Argyris kaller Modell I en forsvarskapende handlingsteori. Resultatet blir at vi opptrer defensivt, noe som igjen fører til misforståelser, fordreininger, selvrealiserende og selvlukkende prosesser.

Resultatet av Modell I fører til organisasjonsmessige rutiner. Det å ha ensidig kontroll, det å hele tiden vinne, og holde tilbake negativitet er styrende verdier. Disse blir i sammenheng med handlingsstrategiene; å forsvare seg, kunsten å overtale eller selge, og

å bruke det Argyris kaller “ansiktsreddende mekanismer”, etterhvert organisasjonsmessige karaktertrekk. De blir en del av hverdagen, og når mange nok etterhvert utøver slik atferd, blir den fort “normsatt”, og åpenbart de mest hensiktsmessige å bruke i hverdagen. Samtidig blir de organisasjonsmessige forsvarsrutiner til hinder for læring, overbeskyttende adferd og til selvlukkende prosesser.

En konsekvens av dette kan gi en beslutningsadferd som gir sub-optimale løsninger og forsterker begrenset rasjonalitet på alle nivå i organisasjonen. Karaktertrekkene som Argyris og systemteoretikerne skisserer, former et slags ubevisst handlingsmønster og adferd i forholdet til å ta alle alle slags valg og beslutninger. Parsons (Parsons, 1951) refleksjoner om normer som blir institusjonalisert, blir i forholdet til beslutningsadferd, en negativ spiral forankrer begrenset rasjonalitet og sub-optimalitet.

En vanlig respons er å utvikle en kynisk holdning til de, som igjen fører til pessimisme og bebreidelse av andre eller systemet. Dette kan illustreres ved følge utsagn fra en avdelingssykepleierne;

*”Møteformen er dårlig..det må gjøres noe med dette, dårlig møtekultur, ting flyter, uvesentlige detaljer, ingen agenda. Dette er påpekt. Det samme i ledermøtet.. her kom jo ikke legene til slutt..ikke uvanlig at man bruker opptil 5 møter på å ta en beslutning.”*

*”..det blir ikke tatt beslutninger, og da er det ikke så viktig at de (legene) kommer..vi sykepleiere gjør som vi får beskjed om, og man protesterer ikke mot klinikkjefen. Bestemelsene er ofte tatt på forhånd.”*

Det defensive kretsløpet forsterkes, og initiativ og positivisme undergraves. Konsekvensen for beslutningsadferd, yteevne og engasjement er destruktiv og skaper en organisasjon, i beste fall tuftet på sub-optimalitet.

## 5.3 Forskningsspørsmål 3 - Andre organisasjonskulturelle faktorer

### 5.3.1 Hvilke andre organisasjonskulturelle faktorer er med på å påvirke beslutningskvaliteten knyttet til ressursbruk ved klinikken?

#### *Institusjonalisert beslutningskultur?*

Det er her de store utgiftene ligger og god kvalitet på beslutninger tatt innen dette området vil ha stor konsekvenser for sykehusdriften. Det å ta de beste beslutningene på det beste tidspunktet er en krevende øvelse. Ser vi likevel noe mønster som er uheldige for beslutninger som tas ved Barne- og ungdomsklinikken? Hva er det med systemet som virker uheldig for beslutningskvaliteten og som igjen representerer en uheldig økonomisk konsekvens. Innsparingstiltak er ment å spare penger, men vil dette alltid være tilfelle?

Vi har i vår analyse av de to forutgående forskningsspørsmålene påpekt forhold som har med individet og (organisasjons) psykologiske forhold som påvirker individets adferd, valg og beslutninger.

Bakgrunnen for dette spørsmålet var se på om det var forholdet ved selve organisasjonen som påvirket individet. Vi ville se på om det fantes organisasjonskulturelle faktorer som hadde en direkte eller indirekte innvirkning på hvordan individet utøvde sin funksjon i forhold valg og beslutninger. Et viktig element var å observere det ukentlige ledermøte, samt å lære mer om selve organiseringen av klinikken. I tillegg ville vi gjennom våre intervju se om vi kunne finne institusjonaliserte normer eller verdier som direkte eller indirekte bidrar til å påvirke beslutningskvalitet og ressursbruk.

Klinikken tok i mot oss med stor åpenhet, og våre respondenter viste genuin interesse for vår problemstilling forut for og under selve intervjuet. Vi ble presentert for en klinikk som hevdet de hadde stor takhøyde og engasjerte medarbeidere.



### 5.3.2 Oppsummering av funn - avdelingssykepleiermøte - ledergruppe møte stab og klinikkjef

Et av elementene i vår undersøkelse var å observere et møte, helst et ledergruppemøte, for å få inntrykk av hvordan beslutninger ble håndtert. Vi fikk være med på avdelingssykepleiermøte, et møte bestående av 12 enhetsledere (avdelingssykepleiere), stabspersonell og klinikkjef. På agendaen for dette møtet sto blant annet “kampen mot sykefraværet”, og nye påkrevde nedskjæringer ved klinikken. Dette gjorde møte svært interessant med tanke å finne instiusjonaliserte normer i form av deltageres møteadferd, møtekultur og hvordan eventuelle beslutninger ble fattet.

Vi gjorde flere påfallende observasjoner på dette 1,5 timer lange møte.

- Møtet hadde ingen klar agenda (vi så ingen skriftlig agenda). Denne ble delvis lest opp innledningsvis
- Det ble ikke informert el opplest et møtereferat fra forrige møte
- Flere av deltagerne var helt stille – dvs de deltok ikke eller ikke kom med innspill
- De presumtvt store sakene, om sykefravær og om den forestående nedskjæringen, fremsto mer som orientering fremfor å få til et inkluderende engasjement fra enhetslederene
- Etter vår vurdering, mindre viktige saker som kursdeltagelse, tok relativt stor del av møtetiden i forhold til de presumtvt mer betydningsfulle sakene
- Møtet ble avsluttet uten noen tildelte arbeidsoppgaver eller gjøremål

Våre påfølgende intervju avslørte at respondentene ikke var fornøyd med formen på dette møtet. En av de mer erfarne enhetslederene kom med følgende uttalelse om møteformen, som vi mener er interessant i forhold til våre observasjoner;

*“Møteformen er dårlig..det må gjøres noe med dette, dårlig møtekultur, ting flyter, uvesentlige detaljer, ingen agenda. Dette er påpekt. Det samme i ledermøtet..her kom jo ikke legene til slutt..ikke uvanlig at man bruker opptil 5 møter på å ta en beslutning..”*

Intervjuene gav ytterligere kommentarer til møtets form og fasong.

*“..det er ikke alt som sies på dette møtet..mye tas på tomannshånd..det er mye som ikke tør å bli sagt..”*

*"Vi er enda svært forsiktig med å såre hverandre på avdelingssyskepleier møte.. og vi sier ikke alltid meningen vår.."*

*"Vi er alle blitt så forskjellige, og alle er nok av den grunn ikke så ærlige.."*

*”..jeg tier heller stille i diskusjoner..jeg tar ofte letteste vei..”*

*“..takhøyden er bra, men det alltid noen som tar for stor plass, enkelte personer tar halve møtet - enkeltes følelser tar overhånd, og dette dreper engasjementet til andre..”*

*“..det blir ikke tatt beslutninger, og da er det ikke så viktig at de (legene) kommer....vi sykepleiere gjør som vi får beskjed om, og man protesterer ikke mot klinikkshjefen. Bestemelsene er ofte tatt på forhånd..”*

*“Jeg er ganske alene om å utfordre klinikkshjef..de (klinikkledelsen) er aldri ute på avdelingene..de vet ikke hva som skjer.”*

*“..er lov å blåse ut..men det blir ikke tatt noe videre”*

*“..man kan legge frem forslag her..men man må ha forslag til løsning på plass..”*

*“..man må være ekstremt løsningsorientert i disse møtene.”*

Det er grunn til å tro enhetslederne mener at dette er riktig fora hvor de kan komme med sine forslag til ledelsen, være delaktige i beslutningsprosesser og ha reel innflytelse på det som skjer på klinikken og i forholdet til egen enhet. Dette er deres eneste felles fora med klinikksjef og stab, og engasjementet de viser ovenfor møtet i intervjuene med oss, gir oss grunn til å utlede dette.

#### *Nye forventninger - Avdelingsykepleier eller helseøkonom?*

En av de viktigste sakene på dagsorden denne gangen var ytterligere nedskjæringer ved klinikken. Uten at vi kjente til hva som hadde blitt kommunisert forut for møtet, hadde vi kanskje tenkt at brorparten av tiden ville gå med til en diskusjon om hvordan slike kutt skulle implementeres, og eventuelle konsekvenser av dette. Særlig fordi vi var kjent med at kutt også hadde blitt iverksatt for mindre enn 5 måneder siden. Men slik forløp møtet ikke. På slutten av møtet, avsluttet klinikksjef møtet med å si *“..at hun ikke i løpet av møte hadde fått nye innspill i forhold til hvordan nedskjæringene skulle implementeres..”* Det hadde da heller ikke vært en runde rundt bordet for å få disse innspillene, eventuelt kommentarer til ny nedskjæringsplan. I våre påfølgende intervju kom det frem at flere hadde forventet nettopp dette.

Det kan derfor se ut som at dette møte faktisk kun fungerer som en ren informasjonskanal til enhetene fra klinikkledelsen. Mangelen på agenda, referat, oppgave- og gjøremålsfordeling, representasjon fra legegruppen, mengde tid brukt på presumtvt mindre viktige saker, og svært lite reell beslutningstaking, får oss til å tro at dette møtet har faktisk liten verdi, ser en bort fra ren informasjon fra sykehusledelsen.

Å gå i ledermøte har nok både en bevisst og ubevisst symbolsk verdi for deltagerene. Det betyr nok en god del å gå i ledermøte, være en del av ledergruppen, selv om den enkelte enhetsleder skulle komme til erkjennelse av møtets virkelige betydning, som vi har gjort

OSS.

*Utfordrer lojalitet - Sterk fokus på økonomisk rasjonalitet dekobler individet i forholdet til overordnede målsettinger?*

Våre intervju gav oss en klar forståelse av en historisk sterk lojalitet blant avdelingssykepleierne ovenfor klinikkledelsen. Hvis det gjennomgående er slik vi observerte i avdelingssykepleiermøtet, at dette møtet faktisk har liten reell verdi for enhetslederne, tror vi at dette vil "tære" på den tilsynelatende sterke lojalitet som finnes blant enhetslederne.

*"..tøft å være lojal..er ensom..de ansatte på den ene siden..ledelsen på den andre..dette er tøft i en kvinneverden.."*

*"..det er veldig ovenfra og ned styrt.."*

*"..klinikk sjefen har utelukkende et økonomifokus..."*

*"..vi må implementere ting uten støy..de spiller på vår lojalitet.."*

Legger man disse betraktningene til grunn, er klinikkens beslutningshieraki i realiteten svært toppstyrt, hvorpå enhetslederne (avdelingssykepleierne) i realiteten har svært liten innflytelse på driften av egne enheter. De store premissene blir lagt av klinikk sjef, hvorpå enhetslederne får ansvaret for å implementere og håndtere beslutningen

Intervjuene avslørte at enhetslederne i flere tilfeller hadde kommet til et metningspunkt i forholdet til at det var de som måtte håndtere og implementere disse nedskjæringene. Flere følte de var alene om dette, og fikk liten eller ingen hjelp fra stab/ledelse. Noen

enhetsledere uttrykte også at de ansatte nå mer eller mindre hadde inntatt en “likeglad” holdning til det sterke økonomifokuset som kjøres av ledelsen.

*“..de ansatte er oppgitt..det er bare pengefokus..ikke fag..det gir uro..”*

*..ikke noe forhold til store underskudd (de ansatte), men hvis det rammer de selv gjør det det..men denne gangen ble vi forskånet..det skapte ikke reaksjon det heller..”*

*“..ofte går jeg fra møtet litt motløs ned i egen avdeling..jeg kan ikke informere med en gang..”*

*“Mye tid på å stå mellom ledelsen og de ansatte..har klump i magen..verst ovenfor de ansatte..”*

*“..prøver ikke å lage mye støy rundt rundt nødvendigheten av å spare..”*

Kan denne sterke økonomifokuseringen skape en reaksjonsdannelse i retning av en adferd som motarbeider målsettingene til klinikkledelsen?

### *Resignasjon?*

Den andre store saken (i hvertfall sett fra vårt ståsted) var sykehusets økende sykefravær. Dette ble adressert av klinikksjef i møtet, men stort sett begrenset til følgende utsagn; “*vi skal fortsatt ha like stort fokus på dette som vi har hatt*”. Flere av enhetslederne etterlyste hjelp og tiltak til å adressere dette, men det kom lite konkret ut av det. I intervjuene kom det en del frustrasjon;

*“..det å være avdelingssykepleier og samtidig ha mye sykefravær sliter en ut..det gjør noe med hverdagen din..”*

*“.. sykefravær har stort fokus, og det prates med om å ha fokus på det..men det delegeres bare nedover..”*

*“..avdelingen min gikk i pluss og balanse - jeg fikk beskjed om skjære ned..dette førte til høyere fravær, ergo gikk vikarbruk opp, og jeg gikk i minus..det virker som om noen sitter på den sekken, andre på en annen..helhet ivaretas ikke..”*

*“..det er tabu å spørre om årsaken til at den ansatte har vært borte fra jobb..”*

*”Mitt innspill om treningsstøtte som tiltak mot sykefravær..ble kanskje sett på som et bra innspill, men ingenting skjedde.”*

Sitatene indikerer etter vår oppfatning klare tegn til resignasjon og tidvis oppgitthet. Vi tror den sterke økonomiske fokuseringen og forventningen til at avdelingsykepleier selv skal klare å forestå og implementere slike endringer i stor grad alene – er for stor. De fleste av avdelingsykepleierne har lang fartstid i sin funksjon. Det forventes at de både skal implementere reduksjoner, bidra til å redusere sykefraværet og samtidig inneha den lojalitet de har opparbeidet gjennom år. Det kan se ut som dette er for store forventninger til en avdelingsykepleier.

### 5.3.3 Klinikkenes beslutningsystem - klare innslag av begrenset rasjonalitet, samsvar med tilfeldighetsteori, Modell I teori og systemsvikt

Vi hadde før intervjuene begrenset innsikt i hvordan klinikken og avdelingene (beslutningssystemet) tar sine beslutninger og valg. Respondentene og observasjonsmøtet gav oss derimot noen klare pekepinner på beslutningsadferd som sier noe om hvordan de tar sine valg. Vi hadde i vår hypotese antatt at klinikken bar

preg av valg som i størst grad bygger på begrenset rasjonalitet. Dette fikk vi bekreftet av respondentene i våre intervju. Det kom også til en viss grad til syne i vårt observasjonsmøte.

Gjennom uttalelsene fra våre repondenter fikk vi blant bekreftet at;

- Ikke alle alternativ tas i betraktning.
- Ikke alle konsekvenser blir utredet/vurdert. Avdelingene holder seg til konsekvenser som de kan håndtere.
- Ved sammenligninger benyttes ofte “tommelfinger” regler, fordi målstrukturen i organisasjoner ofte er svært sammensatt, noe som gjør det vanskelig å ta hensyn til alle forhold.
- Man leter ofte etter en god nok løsning, og trolig sjelden den optimale (satisfiering)

Det beste eksemplet på dette, er forholdene rundt nedskjæringer og konsekvensene av disse. En av avdelingslederne sa blant annet; *“..avdelingen min gikk i pluss og balanse - jeg fikk beskjed om skjære ned. Dette førte til høyere fravær, ergo gikk vikarbruk opp, og jeg gikk i minus..det virker som om noen sitter på den sekken, andre på en annen..helhet ivaretas ikke..”*

I flukt med denne uttalelsen kom det frem at det var mindre enn 5 måneder siden forrige nedskjæringsrunde, og avdelingssykepleierene allerede da satte spørsmålsteget til valg som ble gjort for å møte sykehusledelsen og klinikkens krav til besparelser. Samme avdelingsleder kom da følgende uttalelse: *“..vi har ingen evalueringskultur”*. Dette er en svært interessant bemerkning. Hun kunne, som sitert først, dokumentere at mertid og vikartid hadde økt som ren konsekvens av bemanningskutt. Paradokset ble ennå klarere når hun nå sto foran en ny runde; *“Hvordan kan hun bare gjøre det hun gjør uten å hensyn til erfaringer fra forrige runde(r)”?*

Vi kan se tendenser til at beslutninger fremstår som tilfeldige. Å bruke “ostehøvel” for å spare penger, kan man lett forstå er en enkel (enkleste) utvei for å nå et mål om for eksempel en større kollektiv besparelse. Det er enkel kortsiktig “utvei”, som fremstår som en forsiktig utvei, ut av et kanskje større problem. Tilfeldige beslutninger treffes ofte når det finnes mange selvstyrte beslutningstagere. På mange måter er klinikkens ledelse autonom i den forstand at den blir presentert for innsparingsmål, og får beskjed om å “ivareta” dette best mulig, slik som avdelingssykepleierne, som også til en viss grad må ta både tilfeldige og raske beslutninger og sub-optimale valg for å klare å få endene til møtes i sin hverdag. Begge karaktertrekk er fra tilfeldighetsteori i beslutningstaking.

#### *Hvordan samsvarer systemteori med våre funn ved klinikken?*

Vi mener vi kan peke på forhold i klinikken som særlig samsvarer med flere av punktene i Deming`s liste over symptomer han hevder indikerer at systemet (her; klinikken el selve sykehuset) har utfordringer, som kan skyldes selve systemet.



La oss se på Deming`s oversikt under;

Sykdom:	Symptom:	Indikasjoner/ funn ved klinikken:
Mangel på et varig, overordnet mål	- organisasjonen arbeider uten en definert og besluttet ledelsesteori - organisasjonen er ikke komfortabel med begrepet « <i>kontinuerlig forbedring</i> » -ulike forståelser for begrepet kvalitet	-Ingen åpenbar uttalt lederteori -Ingen uttalte, tilkjennegjorte eller konkrete målsettinger om det å forebedre kvalitet
Fokus på kortsiktig tenkning	- fokus på kortsiktige resultater - frykt for å bli kjøpt opp	-fokus på å oppnå reduksjoner og besparingskrav -fokus på å sikre bemanningslister -liten fokus på å adressere ventelister
Evaluering av medarbeiderne	- intern frykt blant medarbeiderne - varierende og lav moral	-enkelte hadde ikke hatt medarbeidersamtaler på 2 år! - Ingen kultur for konstruktive tilbakemelding eller feed-back (ris/ros)
Ustabile ledere	- teamarbeid finnes ikke - uro blant personalet - kvalitetsforbedring en mangelvare	-liten eller dårlig opplæring av nye avdelingssykepleiere
Ledelse basert kun på tradisjonelle nøkkeltall	- utilfredse kunder forekommer - urealistisk ledelse	-stor fokus på å oppnå gitte kostandskutt og bemanningsreduskjoner
Urimelig høye helsekostnader	- synkende overskudd - stress og sykefravær - manglende arbeidsglede	-til tider svært høyt sykefravær -åpen om delvis resignasjon -tildels likeglad ift virksomhetens økon. tilstand
Urimelig høye erstatningskrav	- dårlige resultater - uoversiktlige avtaler	-ikke relevant

**Figur 16: Deming`s symptomer på systemsvikt el "sykdom" vs funn ved klinikken**

Som det fremgår av fig 12, så kan våre funn klart indikere utfordringer i form av systemsvikt eller systemsvakheter jmf Demings forskning på området. Deming hevdet at radikale endringsprosesser ikke lot seg ordne eller repareres av “quick fixes”, enklere automatiseringstiltak, eller i motsatt ende, større reformer som kanskje egentlig ikke adresserer årsakene til symptomene. Han var opptatt av gjennomgående prosesser og helhetlig systemtenking. Deming var opptatt av sine symptomer, men var også

oppmerksom på at det kunne være det systemet en i dag jobbet i som kunne være et hinder for å gjennomføre en vellykket transformasjon eller endring. Deming var opptatt av adferd som blokkerte aksepten av kvalitet som første prioritet. Slik adferd kan klart og tydelig anses som hindringer for å kunne gjennomføre den nødvendige endringer

Deming hevdet at hindringene er innlærte mønstre eller adferd som menneskene må bli oppmerksomme på hindrer dem og deres tanker fra kontinuerlig forbedring.

Slektskapet med Argyris Model I og Modell II (handlingsteoriene) er åpenbare, og vil bli diskutert senere.

En av avdelingskepleierene sa følgende som understøtter noe av poenget i systemteorien;

*“..ikke noe forhold til store underskudd (de ansatte), men hvis det rammer de selv gjør det det..men denne gangen ble vi forskånet..det skapte ikke reaksjon det heller..”*

Demings kollega ved MIT (Massachusetts Institute of Technology), Myron Tribus, understøtter på mange måter den resignasjon og delvis maktesløshet vi fant ved klinikken. Sykehusledelsens store fokus på økonomi, og kostand- og bemanningsreduksjoner har åpenbart skapt en nonchalant holdning til økonomi og drift. (ref også til tidligere sitat fra Tribus om målesystemet utelukkende etter “numeriske verdier”)

#### 5.3.4 Klart fravær av organisasjonslæring

Det er et åpenbart slektskap mellom systemtenkerne Edward Deming, Myron Tribus og Chris Argyris` handlingsteorier.

Vi har tidligere referert sitatene om fravær av evalueringskultur, gjenbruk av konsekvensanalyse og tidligere erfaringer med bemanningsreduksjoner. Inkluderer vi våre funn om tabuet av å ikke kritisere kollega eller ledelse, ser vi en klar indikasjon på at klinikkens forsøk på å spare penger, ved bare å foreta årsverksjusteringer, forteller dette oss at klinikken i henhold til Argyris og Schön`s befinner seg i en klar “Modell I tankegang” og driver organisasjonsmessig enkelkretslæring. Teoriene beskriver klare

negative aspekter ved “Modell I tankegangen”, og vårt funn av tilstedeværelsen av dette ved klinikken, implisitt bekrefter vår hypotese i forhold til defensive mekanismer som klare kostandsdrivere.

Argyris og Schön`s teori hevder at hvis organisasjonen innehar “Modell I tankegang” som en av sine grunnverdier, får dette medarbeidere til å holde tilbake sine negative følelser (for eksempel det å ikke kritisere) og bli preget av forsvarsmekanismer.

“Støtten” kommer fra de sosiale dydene som har betydning når vi står ovenfor en pinlig eller vanskelig/truende situasjon.

Slik vi ser det, har klinikken realtvt klare indikasjoner på Modell I karaktertrekk (se fig 13)

*De sosiale dydene håndtert i Model I, beskrives av Argyris slik;*

“Sosiale Dyder” i Model I organisasjoner	Utsagn som bekrefter Klinikken’s “Sosiale Dyder” – jmf Model I adferd
<p><b>Omsorg – hjelp – støtte;</b> ros andre, få de til å føle seg vel, unngå fornærmelser og vær enig med dem</p>	<p>- "vi er enda svært forsiktig med å såre hverandre på avd sykpl møte...og vi sier ikke alltid meningen vår..</p> <p>-"Vi er alle blitt så forskjellige, og alle er nok av den grunn ikke så ærlige..."</p> <p>..."jeg tier heller stille i diskusjoner ...jeg tar ofte letteste vei....</p> <p>“...det er ikke alt som sies på møte....mye tas på to-mannshånd....det er mye som ikke tør å bli sagt....”</p> <p>“...er lov å blåse ut...men det blir ikke tatt noe videre”</p> <p>“..prøver ikke å lage mye støy rundt nødvendigheten av a spare...”</p>
<p><b>Respekt for andre;</b> Vær ydmyk for andre, unngå kritikk og ikke kritiser Deres resonnement</p>	<p>... ..jeg får skryt for at jeg tør å skrive om fagets betydning og mine kritiske bemerkninger til nedskjæringer”</p> <p>“...jeg har nedbemannet mest...jeg har ikke laget noe støy av det....”</p>

	<p>“...det er ikke alt som sies på møtet....mye tas på to-mannshånd....det er mye som ikke tør å bli sagt....”</p> <p>“...det er tabu å spørre om årsaken til at den ansatte har vært borte fra jobb.....”</p> <p>“...jeg tier heller stille i diskusjoner ...jeg tar ofte letteste vei....”</p> <p>-“Vi er alle blitt så forskjellige, og alle er nok av den grunn ikke så ærlige....”</p> <p>“vi er enda svært forsiktig med å såre hverandre på avd spl. møte....og vi sier ikke alltid meningen vår...</p> <p>“...mitt innspill om treningsstøtte som tiltak mot sykefravær... Ble kanskje sett på som et bra innspill... Men ingenting skjedde...”</p>
<p><b>Ærlighet;</b> Ikke luv og ikke fortell andre om alt du tenker og føler</p>	<p>“..noen sier aldri noe på disse møtene...”</p> <p>-“Vi er alle blitt så forskjellige, og alle er nok av den grunn ikke så ærlige....”</p> <p>“...jeg tier heller stille i diskusjoner ...jeg tar ofte letteste vei....”</p> <p>“...det er ikke alt so sies på møte....mye tas på to-mannshånd....det er mye som ikke tør å bli sagt....”</p> <p>“...mange ganger melder hun seg helt ut av møtet, og da er det ekstra vanskelig å være ærlig og si hva man mener....”</p> <p>“...det blir ikke tatt beslutninger, og da er det ikke så viktig at de (legene) kommer....vi sykepl gjør som vi får beskjed om, og man protesterer ikke mot klinikksjefen. Bestemelsene er ofte tatt på forhånd...”</p>
<p><b>Styrke;</b> forsvar egen posisjon for å vinne</p>	<p>-“Jeg sparer minst denne gangen, og jeg har tenkt gjennom en begrunnelse hvis jeg må forsvare meg...”</p> <p>“medsinbudsjettet burde ikke stått på meg....jeg har ingen mulighet til å påvirke dette. Legen kjører sitt løp....legene liker ikke å bli utfordret på sine valg....”</p> <p>“...jeg brenner for posten...jeg har personalet i ryggen”</p> <p>“...jeg får skryt for at jeg tørr å skrive om fagets betydning og mine kritiske bemerkninger til nedskjæringer”</p> <p>“..jeg er ganske alene om å utfordre klinikksjef....de (klinikkledelelsen) er aldri ute på avd....de vet ikke hva som</p>

	<p>skjer..”</p> <p>“jeg har nedbemannet mest...jeg har ikke laget noe støy av det..”</p>
<p><b>Integritet;</b> Hold fast ved egne prinsipper og egen tro</p>	<p>“jeg er loyal....men jeg holder ikke kjeft....”</p> <p>“...jeg brenner for posten...jeg har personallet i ryggen”</p> <p>“skal man få med seg folk, må man involveres.....”</p> <p>“... Mye tid på å stå mellom ledelsen og de ansatte....har klump i magen....verst ovenfor de ansatte....”</p>

**Figur 17: Sosiale dyder i Modell I og ved funn ved klinikken**

Argyris kaller Modell I en forsvarskapende handlingsteori, og at vi på et tidlig stadium lærer oss Model I anvendte teori. Resultatet blir at vi opptrer defensivt, noe som igjen fører til at misforståelser, fordreininger, selvrealiserende og selvlukkende prosesser. Argyris hevder dette er en dyktig bruk av Modell I, og at hvis inkompetansen skaper resultater som motarbeider vår intensjon, så er inkompetansen inøvd.

Hvis noe er innøvd og vi er dyktige til det – handler vi spontant og automatisk. Men – vår umiddelbare og raske handling har en pris – uoppmerksomhet. Og, når vi selv ikke er oppmerksomme på vår uoppmerksomhet, kan den lettere oppfattes av andre.

Resultatet av Modell I fører til organisasjonsmessige rutiner. Det å ha ensidig kontroll, det å hele tiden vinne, og holde tilbake negativitet er styrende verdier. Disse blir, i sammenheng med handlingsstrategiene; å forsvare seg, kunsten å overtale eller selge å bruke det Argyris kaller “ansiktsreddende mekanismer”, etterhvert organisasjonsmessige karaktertrekk. De blir en del av hverdagen, og når mange nok etterhvert utøver slik atferd blir den fort “normsatt”, og åpenbart de mest hensiktsmessige å bruke i hverdagen. Samtidig blir de organisasjonmessige forsvarsrutiner som hindrer læring, er overbeskyttende og selvlukkende.

Dette utleder en “skummel” og samtidig kraftig logikk;

- Budskap blir utformet med selvmotsigelser
- Adferden blir å agere som om de ikke var det (selvmotsigende)

Et annet paradoks, i følge Argyris, er at menneskene i organisasjonen ikke vil ta skylden for eller ansvaret for at slike rutiner bibeholdes. De vil heller ikke erkjenne at de påvirkes av, eller bidrar til å forsterke de. En vanlig respons er å utvikle en kynisk holdning til disse, som igjen fører til pessimisme og bebreidelse av andre.

Det defensive kretsløpet forsterkes, og initiativ og positivisme undergraves. Konsekvensen for beslutningsadferd, yteevne og engasjement er destruktiv og skaper en organisasjon, i beste fall tuftet på sub-optimalitet.

*Enkelkretslæring* er et direkte resultat av organisasjonsmessige forsvarsmønstre i en Modell I organisasjon, og igangsetter en form for læring der en hovedsakelig justerer de synlige problemene, eksisterende prosedyrer og rutiner ved å rette opp feil og avvik. De løser ikke det grunnleggende problemet om hvorfor problemet egentlig oppsto.

### 5.3.5 Klinikken uttrykte verdier versus institusjonaliserte handlingsmønstre

Da vi presenterte vår hypotese til ledelsen og staben ved klinikken, gav de oss et inntrykk av en veldreven organisasjon, en organisasjon med stor takhøyde og glødende engasjement.

Vi mener vi har belegg for å si at Argyris og Schön`s forklaringsmodell om egen og andres adferd kan benyttes her.

Argyris og Schön skiller i sin handlingsteori mellom forklaringsmodeller som en person bruker for egen og andres atferd. Den har sitt utspring i Argyris studier om mennesket i vanskelige situasjoner. De sier at mange av våre handlinger er automatiske, uten at vi er spesielt bevisst dem.

Vi kan trekke en parallell til klinikken. Klinikken gav oss et klart bilde av sine verdier om stor takhøyde og engasjement. Begge verdier burde være reflektert i organisasjonens

daglige drift. Vi uttrykker denne teorien som våre intensjoner, noe vi tør å vedkjenne oss og som vi tør si verbalt. Verdien forelagt oss fremsto som passende og som et ideelt verdigrunnlag utad. Dog viser våre funn så langt i forhold til tabubelagte områder, bruk av defensive mekanismer og institusjonalisert adferd at organisasjonens bruksteori fremstår som (helt) annerledes.

## 5.4 Oppsummering av undersøkelsen og analysen

### 5.4.1 Oppsummering - Tabu og "indiscussables"

Gjennom vårt første forskningsspørsmål ønsket vi å avdekke i hvilket omfang det eksisterte bevisste og ubevisste tabuer blant de ansatte ved Barne- og Ungdomsklinikken ved St. Olavs Hospital og å finne ut hvilken betydning de har for beslutninger som blir tatt.

Av de mønster vi så, er det å kritisere hverandre det tabuet som står klarest frem for oss. Dette var tydeligere i avdelingssykepleiergruppen enn i overlegegruppen, men samtidig var det et annet tabu i legegruppen som gir konsekvenser for beslutningssituasjoner. Det er evnen til å kritisere pålagte rutiner og prosedyrer knyttet til kvalitetsforbedringer av helsetjenester. Det at ansatte ikke adresser de innvendinger de har i beslutningssituasjoner, vil prege beslutningskvaliteten etter vår mening. Samtidig vil det i følge Argyris (Argyris C. , Bryt forsvarsrutinene, 1990) være med på å utvikle defensive mekanismer hos ansatte.

Disse defensive mekanismene vil de ansatte etter hvert kunne bli blinde for og de ansatte vil ikke tenke over at dette skjer. Disse ubevisste konsekvensene av de bevisste tabuene vil i neste omgang representere en innøvd innkompetanse hos individet og i gruppen som vil kunne hindre at best mulige beslutninger blir tatt på et best mulig tidspunkt.

#### 5.4.2 Utbredt bruk av defensive mekanismer og forsvarsrutiner

Undersøkelsen avdekket at de ansatte (både ledelsen, avdelingssykepleiere og leger) i stor grad er bærere av og bruker forsvarsmekanismer i sitt virke ved klinikken. Vi er usikre i forhold til hvordan de kan ha oppstått, men som med tabuet, vil vi gå så langt som å si at de er institusjonalisert i negativ forstand. Selv om våre intervjuobjekter blant klinikkens ledelse, avdelingssykepleiere og leger utviser “god moral”, tilfredshet og lojalitet, er de påfallende preget av Argyris Modell I handlingsteori. En beskrivelse, som gjennomgående preger organisasjonen og dens helse. Vi finner også støtte i våre funn fra systemteori og fra systemtenkerne Deming og Tribus, som begge viser til symptomer i forhold til systemsvikt og sviktende ledelse som bidrar til opprettholdelse av defensivt kretsløp.

Vi får også hjelp til å forstå og gjennomføre vår analyse av våre funn etter å ha studert grunnleggende psykologisk teori fra Freud og Maslow. Likeledes ser vi betydningen av å forstå emosjonsteori på individ og gruppenivå versus en sosial kontekst.

#### 5.4.3 Betydningen av organisasjonskultur og beslutningssystemets institusjonaliserte mønstre

Beslutnings- og systemteori er sentrale teorier i vår undersøkelse fordi vi ønsket å se på betydningen av et eventuelt omfang av tabuer, defensive mekanismer og rutiner som potensielle kostandsdrivere i helsevesenet vurdert opp i mot disse. I forhold til beslutningsteori var også Lindbloms tilfeldighetsteori aktuell og interessant. Særlig aktuelt her er Lindbloms poeng om interessegruppens ivaretagelse av seg selv og kriterier for en “god beslutning”.

March and Simon`s teori om begrenset rasjonalitet var også nyttig. Klinikken må sies å inneha flere av kjernepoengene denne modellen representerer. Vi tenker da primært på at ikke alle alternativ tas i betraktning og ikke alle konsekvenser blir utredet.

Fra systemtenkerne Deming og Tribus, fant vi stor hjelp i deres symtombeskrivelser på behovet for endringsledelse og deres betraktninger rundt (beslutnings) systemets “tegn på “systemsvikt”.

Chris Argyris handling- og læringssteorier kom også her til sin rett. Hans forskning i forhold til Modell I “tankegang” utledet og bekreftet våre i funn ved klinikken.



Argyris kaller Modell I en forsvarskapende handlingsteori, og resultatet blir at vi opptrer defensivt, noe som igjen fører til at misforståelser, fordreininger, selvrealiserende og selvlukkende prosesser, alle karaktertrekk og funn ved klinikken.

Resultatet av Modell I fører til organisasjonsmessige rutiner. Det å ha ensidig kontroll, det å hele tiden vinne og holde tilbake negativitet er styrende verdier. Disse blir i sammenheng med handlingsstrategiene; å forsvare seg, kunsten å overtale eller selge og bruke det Argyris kaller “ansiktsreddende mekanismer”, etterhvert organisasjonsmessige karaktertrekk.

Det defensive kretsløpet forsterkes, og initiativ og positivisme undergraves. Konsekvensen for beslutningsadferd, yteevne og engasjement er destruktiv og skaper en organisasjon som ikke er optimalisert i forhold til ressursutnyttelse. Alle funn i vår analyse.

*Enkelkretslæring* er et direkte resultat av organisasjonsmessige forsvarsmønstre i en Modell I organisasjon, og igangsetter en form for læring der en hovedsakelig justerer de synlige problemene, eksisterende prosedyrer og rutiner ved å rette opp feil og avvik. Klinikken ser ikke ut til adressere de grunnleggende problemer de har og hvorfor de egentlig oppsto.

## Kapittel 6 Sammendrag

---

I dette kapitlet følger en oppsummering av vår avhandling med utgangspunkt i vår problemstilling:

*I hvilken grad og på hvilken måte er organisasjonspsykologiske faktorer med på å påvirke beslutningsadferd hos ansatte i spesialisthelsetjenesten, på en måte som virker kostnadsdrivende?*

I løpet av 20 år har helse tatt en større og større bit av de offentlige budsjettene og totalproduksjonen i landet vårt. Av et offentlig budsjett, brukes hver femte krone på helserelaterte budsjettposter. Ser en på de reelle helseutgiftene, så vokser de raskere enn det BNP gjør. Dette bekymrer, spesielt med tanke på den demografiske utviklingen vi står ovenfor.

Hva gjør myndighetene for å møte disse utfordringene? Reformen og betydelige innslag av bedriftsøkonomiske prinsipper er et kjent grep i denne sammenhengen, med den siste samhandlingsreformen iscenesatt av tidligere helseminister Bjarne Håkon Hansen, som et ferskt eksempel. Hvorfor fungerer ikke myndighetenes effektiviseringsgrep som de skal?

Er det slik at en ansatt innenfor helsevesenet alltid handler rasjonelt og lojalt, eller kan det tenkes at kulturelle faktorer kan gjøre at beslutninger fattes ut i fra andre forhold som kan være med på vanskeliggjøre det å holde seg innenfor sitt budsjett? Derfor blir det et viktig element å forsøke og forstå beslutningstageren i beslutningssituasjonen og hvordan det kan påvirke viktige avgjørelser i forhold til kostnadsutvikling? Dette handler mye om roller og rolleforståelse. Hvordan ser jeg på meg selv som beslutningstager? Både organisasjonspsykologiske og organisasjonskulturelle forhold er med på å bestemme dette.

Som et ledd i å finne svaret på vår problemstilling, samlet vi inn data gjennom en intervjuundersøkelse som omfattet et utvalg av ledere på et lavt nivå og ansatte i helsevesenet. Vi ville i utgangspunktet ta for oss mikronivået og intervjuet tre

avdelingssykepleiere og tre leger ved Barne- og Ungdomsklinikken. Likeledes deltok vi i forkant av intervjuene på et observasjonsmøte hvor alle avdelingssykepleierne og klinikkledelsen deltok. Målet var å observere generell adferd i møte i forhold til beslutningstaking. Vi har valgt en beskrivende design, som er relevant når vi skal beskrive/finne svar på hvordan noe er og henger sammen.

## 6.1 Glemte og undervurderte kostnadsdrivere?

Vi ønsket gjennom denne avhandlingen å avdekke og forstå kostnadsdrivere i helsevesenet og sette fokuset på beslutningstager og hvorfor vedkommende opptrer slik han eller hun faktisk gjør. Vaner kopieres uten at den enkelte alltid er klar over det. Dermed kan avdelinger og organisasjoner bli dyktige i å være udyktig.

Hvilke konsekvenser får dette for beslutningsprosesser på et individuelt, gruppe og organisasjonsnivå? Målet med vår datainnsamling var å koble kostnadsdrivere opp mot beslutningsadferd og se om det kan være med på å forklare kostnadsutviklingen vi ser i spesialisthelsetjenesten.

Vi har brukt flere teoriområder innen psykologien, organisasjonspsykologien og generell organisasjonslære i vår analyse av problemstillingen. Vi ville forsøke å forstå implikasjonene for vår analyse gjennom det kognitive perspektivet i organisasjonspsykologien. Her står emosjoner sentralt, og hvordan disse kan påvirke vår bevisste eller ubevisste adferd. Etter vår oppfatning henger disse dimensjonene tett sammen. Menneskelig informasjonsbehandling har vist seg å ha flere flaskehalsen i forhold til rasjonell beslutningsadferd. Hvorfor handler vi slik vi gjør? Her søker vi etter årsaker til hvorfor vi handler slik vi gjør. Er adferden situasjonsbestemt, eller er våre handlinger et uttrykk for den personligheten den enkelte har? Er de valgene, eller beslutningene som tas – eller som ikke tas, drevet av underbevisstheten vår, som vi ikke har innsikt i eller kontroll over? Beslutningsteori og beslutningsmodeller som beskriver rasjonalitet har vært viktige.

Chris Argyris' menneskelige handlingsteorier er svært sentrale og fremstår på mange måter som det viktigste teoretiske grunnlaget for avhandlingen.

Sentral teori er også systemteori og elementer fra systemtenkning. Fokuset her ligger i at alt må ses i sammenheng, samt at individer og organisasjon hele tiden må forstås som en del av sine omgivelser. En av årsakene til at vi ser et økende fokus på systemtenkning, kan sees i sammenheng med at organisasjoner har tendert til å endre styringsform. Fra kommando og kontroll til forskjellige typer relasjonsbasert organisering, der tette kompetansenettverk danner et viktig grunnlag for utvikling og styring. Andre stikkord er en rivende teknologisk utvikling, nyere organisasjons- og lederteorier og globalisering. Disse nye tankene å organisere etter, er i stor grad basert på behovet for (økt) kunnskap, læring og innovasjon.

## 6.2 Bevisste og ubevisste tabu

Vi trodde forut for vår undersøkelse at vi vil finne flere både bevisste og ubevisste tabuer enn det vi gjorde. Tabuet vi avdekket vil kunne fungere som en defensiv mekanisme, og er et bevisst tabu; *“det å ikke kritisere”*. Men til gjengjeld så vi at det tabuet eksisterte i mange varianter. Å kritisere en kollega, en kollegas holdninger eller medisinske beslutninger gjort av kolleger, fremsto som de tydeligste tabuene. Dette var et klart mønster som vi så, og de eksisterte i så stor grad at tabuene fikk klare konsekvenser for beslutninger som ble tatt ved Barne- og Ungdomsklinikken. Tabuene artet seg noe forskjellig i avdelingssykepleiergruppen og legegruppen, noe som fremgår i analysedelen vår. Vår analyse tilsier også at disse tabuene i relativt stor grad er normsatt i (beslutning) systemet og i mange tilfeller var det så innarbeidet at de ikke lenger selv reflekterte over det og på den måten blir et ubevisst tabu.

## 6.3 Utbredt bruk av defensive mekanismer og forsvarsrutiner

Undersøkelsen avdekket at både klinikkledelse, avdelingssykepleiere og leger i stor grad er bærere av og brukere av forsvarsmekanismer i sitt virke ved klinikken. Det er vanskelig å si klart hvordan disse mekanismene oppstår, men vi ser at de gjennom år har blitt institusjonalisert. Selv om våre intervjuobjekter og de vi observerte utviser god moral, tilfredshet og lojalitet, er de påfallende preget av Argyris' Modell I handlingsteori's beskrivelse. Denne preger klinikken og med stor sannsynlighet hele

organisasjonen ved St. Olavs Hospital, selv om vi ikke har innhentet empiri fra de andre klinikkene. Vi finner også støtte i våre funn av et defensivt kretsløp fra systemteori, fra systemtenkerne Deming og Tribus, som begge viser til hva som er symptomer på systemsvikt og sviktende ledelse som igjen bidrar til opprettholdelse av et defensivt kretsløp.

## 6.4 Betydningen av organisasjonskultur og beslutningssystemets institusjonaliserte mønstre

Beslutnings- og systemteori er sentrale teorier i vår undersøkelse fordi vi ønsket å se på betydningen av et eventuelt omfang av tabuer, defensive mekanismer og rutiner som potensielle kostnadsdrivere i helsevesenet vurdert opp i mot disse.

Fra systemtenkerne Deming og Tribus, fant vi stor hjelp i deres symptombeskrivelser på behovet for endringsledelse og deres betraktninger rundt beslutningssystemets tegn på systemsvikt. I forhold til symptommodellen fra Deming og våre funn, kan man trekke klare slutninger i forhold til at man har ledelsesutfordringer på flere områder ved klinikken. Se figur 17 på side 119-120.

Dette funnet må sees i sammenheng med Chris Argyris' handlings- og læringsteorier. Hans forskning i forhold til Modell I "tankegang" utledet og bekreftet våre funn ved klinikken. Se figur 18 på side 122-123.

Argyris kaller Modell I en forsvarsskapende handlingsteori og resultatet blir at vi opptrer defensivt, noe som igjen fører til at misforståelser, fordreininger, selvrealiserende og selvlukkende prosesser, alle karaktertrekk og funn ved klinikken.

Resultatet av Modell I-handlinger på avdelingsnivå vil kunne føre til at organisasjonsmessige rutiner påvirkes i samme retning. Dette vil igjen føre til at organisasjonens rutiner tillater og bekrefter individers beslutningsadferd. Over år vil rutinene og beslutningsmønstrene bli innøvde og det enkelte individ blinde for det på en slik måte at de tar det som en selvfølge.

Vi så klare trekk i retning av at klinikkledelsen søkte kontroll, ønsket å ”vinne” diskusjoner og at de ansatte holdt tilbake negativitet. Disse blir i sammenheng med Modell I’s handlingsstrategier til; å forsvare seg, kunsten å overtale eller selge og bruke, det Argyris kaller “ansiktsreddende mekanismer”. Disse vil etter hvert manifesterer seg som et organisasjonsmessig karaktertrekk.

Det defensive kretsløpet forsterkes og initiativ og positivisme svekkes. Konsekvensen for beslutningsadferd, yteevne og engasjement er negativ og skaper en organisasjon hvor beslutningskvaliteten ikke blir optimalisert ut fra sitt potensial.

### 6.5 Hvor kostnadsdrivende er tabuer og defensive mekanismer?

Sykefravær er et konkret forhold som er omtalt i vår analyse. Avdelingssykepleierne følte seg alene i arbeidet med å redusere sykefraværet. De får i mange sammenhenger instrumenter, regler og instruksjoner for hvordan lede en avdeling. Disse er som oftest av rasjonell karakter og går på hvordan administrere avdelingen. Men, hvilke redskaper har de blitt utstyrt med fra ledelse/eier for å for eksempel lede diskusjoner på et personalmøte som omhandler holdningsmessige forhold knyttet til jobben, som egenmeldinger og hvilke verdier som avdelingen bør ha? I mangel av slike diskusjoner vil holdningsspørsmål og hvor går grensen for hvor syk man skal være før man benytter egenmeldinger, være med på å drive kostnader.

Som et ledd i å finne svaret på vår problemstilling, samlet vi inn data gjennom en intervjuundersøkelse som omfattet et utvalg av ledere på et lavt nivå og ansatte i helsevesenet og på et observasjonsmøte. Dette ga oss et godt innblikk i hvordan beslutninger ble tatt både i spørsmål knyttet til fag og drift. Vi ville i utgangspunktet ta for oss mikronivået, for det er på dette nivået at antall beslutninger er så stort at de multiplisert opp vil kunne bli en kostnadsdriver. Om kvaliteten på beslutninger med et kostnadselement i seg bare økte noe, vil det på grunn av det store antallet beslutninger på dette nivået få store konsekvenser for et samlet helse-Norge når de akkumuleres opp.

## 6.6 Finnes det andre forklaringer?

Det som var en utfordring med oppgaven er å unngå at vi selv begår feilen og benytter Modell I i vår egen rolle som forskere av dette fenomenet. Har vi selv konstruert vårt arbeide med denne avhandlingen og tenkt ut i fra Modell I? Forsvarer vi våre funn og stiller for få kritiske spørsmål rundt vår egen datainnsamling? Forhåpentligvis har vi underveis ved hjelp av vår veileder, innehatt en selvkritisk holdning i arbeidet med denne avhandlingen, og dermed minimalisert faren for vi har ”har funnet det vil ville finne”.

Det kan synes som om vi utelukkende har fokusert på det som kan oppfattes som negative funnene i en organisasjonssammenheng. Vi har da også hatt et primærfokus på å avdekke tilstedeværelsen av tabuer og defensive mekanismer, samt de organisasjonskulturelle forhold som kan spille inn på en negativ måte på hvordan beslutninger tas. Det sagt, skal det nevnes at det er liten tvil om at klinikken fungerer og åpenbart løser sin daglige drift på en tilfredsstillende måte i dag, selv om vi har avdekt det vi har. Det ser ennå ut til at de hankses med sine utfordringer relativt bra, men vi tror at beslutningsprosessene kan bli bedre enn hva de er i dag. Dette er ledelsesutfordringer på mange plan i organisasjonen.

Finnes det andre forklaringer på hvorfor et ukentlig avdelingssykepleiermøte avholdes, når det synes som om det blir fattet beslutninger i så beskjeden grad som vi observerte? Det kan jo tenkes at klinikkledelsen ikke ser på dette forum hvor de viktige beslutninger skal tas, men mer som et forum hvor de informerer de ansatte om prosesser og beslutninger som er tatt uten deres påvirkning. Det at de gir et skinn av medbestemmelse og innflytelse, gjør at dette møteforumet fortsetter å eksistere samtidig som det kan tjene andre hensikter. Det kan være hensikter av seremoniell art, hvor deltagerne føler seg viktige ved at de oppholder seg på en arena som de andre kollegaene ikke er. Det at de sier at de skal på avdelingsledermøte gir dem dermed aktelse og følelse av å være betydningsful. Dette er også en defensiv mekanisme som opprettholder dette beslutningsmønsteret.

Hva er bra med Modell I i dagens ledelse og løsningsorientering? En skal tenke på at mange ansatte står foran mange vanskelige valg i det arbeidet de utfører. Gjennom å benytte Modell I vil de ikke på samme måte stå til ansvar for sine valg og beslutninger.

En konfrontasjon og diskusjon knyttet til sin egen adferd vil kunne både påkalt mange følelser og økt emosjonsnivået ved en avdeling ytterligere.

Vi må huske på at sykehusene og klinikken har en historie for å være et mer lukket system enn hva de er i dag, og selv om tidene har forandret seg til mer og mer åpent system, viser dette hvor krevende det kan være å snu et tidligere kanskje mer klassisk kommandolinje system til et mer samhandlende åpent system.

Det må være en ambisjon om å utnytte den sterke lojaliteten, arbeidsvilje og dedikasjon de ansatte ved klinikken har, for å møte dagens behov bedre og for å utvikle klinikken videre. Det ligger mye i en erkjennelse om vi trenger å heve innsatsen på alle plan i klinikken for bedre å møte nye og tøffere krav som etter all sannsynlighet vil komme.

## 6.7 Bidrag til veien videre for klinikken

Slik vi ser det har klinikken utfordringer knyttet til å få økt kvalitet på de beslutninger som tas i klinikken både på ledelses-, avdelings-, og på et individuelt plan.

Mange av de endringer som bør finne sted er avhengig av at ledelsen tar grep og setter seg i posisjon til å kunne endre de mønstre som har utviklet seg over tid. Det krever en “modig” ledelse som må innrømme at de har utfordringer de vil gjøre noe med og i tillegg beslutte de tiltak som er nødvendige for å hjelpe seg selv videre.

Argyris skriver (Argyris C. , Bryt forsvarsrutinene, 1990) at: *”Måten å redusere det organisasjonsmessige forsvarsmønsteret på er å avbryte det slik at det ikke kan opprettholde seg selv. For å kunne klare dette, må innøvd innkompetanse, organisasjonsmessige forsvarsrutiner og skyggeboksing avbrytes for å vise hvor motarbeidende de er.”*

Det er ikke nok å kjenne til prinsippene ved Modell II for å kunne anvende denne. Argyris (Argyris C. , Bryt forsvarsrutinene, 1990) skriver vider: *”..det er usannsynlig at de kan redusere forsvarsrutinene uten at de først har lært Modell II og gjort den til en del av sin anvendte teori”*. Det er først da at en vil automatisk benytte dobbelkretslæring og reflektere over om de har tatt noe for gitt i sine antagelser.



For at ledelsen skal kunne lykkes med dette og endre de anvendte teoriene, må gode trenere benyttes slik at lederne blir godt individuelt trent i forhold til Modell I og II. I tillegg må de ha et system rundt seg som tillater både “modig” ledelse og endring og som samtidig tillater en tydeliggjøring av egen (nye) lederstil.

Utvikling av lederkompetanse er etter vår mening helt vesentlig for at klinikken skal utvikle seg. Dette må skje på flere nivå, spesielt på avdelingssykepleiernivået og hos ledende leger ved klinikken. Å bygge opp en ledelseskompetanse innen dette feltet, på de ulike ledelsesnivåene, vil kunne ha redusert de defensive mekanismene hos de ansatte og dermed økt kvaliteten på beslutningene på en måte som kunne gitt besparelser.

God ledelse må til og kanskje på en annen måte en i dag.

## Vedlegg 1 - Brev til informantene - forespørsel om intervju



Christer Mohn  
Lasse Finsås

MPA studiet, HiNT/HiST/CBS  
2009

Trondheim, November

### **Informasjon til intervjuobjektet**

I forbindelse med vårt studium, Master in Public Administration, MPA ved HiNT/HiST/CBS, ønsker vi å samle inn empirisk data gjennom observasjon og intervju av leger/sykepleiere. Vi ønsker å observere hvordan beslutninger tas, både i møter og i forhold til den daglige driften av avdelingene.

Målet er å kartlegge hvordan organisasjonskulturelle faktorer påvirker beslutningstager i beslutningssituasjonen og i hvilken grad dette kan påvirke ressursbruk.

### **Bakgrunn for prosjektet**

Det er et viktig element og forsøke å forstå beslutningstageren i beslutningssituasjonen og hvordan det kan påvirke avgjørelser som tas. Handler vi alt økonomisk- rasjonelt, eller kan det tenkes at kulturelle faktorer kan gjøre at beslutninger fattes ut i fra andre forhold.

Vi mener det er grunn til å tro at man har undervurdert betydningen av organisasjonskultur og individuelle forhold i forhold til hvordan den daglige driften av for eksempel et sykehus.

I vår undersøkelse har vi fokus på å finne forhold som adresserer de organisasjonskulturelle forholdene og dets betydning i beslutningssituasjonen.

Der er ulike mekanismer som påvirker vår atferd og dermed beslutningene. Spørsmålet er om summen av disse mekanismene derfor kan påvirke kostnadsutviklingen i helsevesenet i ytterste konsekvens?

**Vår masteravhandling har følgende problemstilling;**

***I hvilken grad er organisasjonskulturell adferd en kostnadsdriver i norsk helsevesen?***

Målet med undersøkelsen blir derfor å bruke informantens beskrivelser og opplevelser for å teste ut vår tese om at defensive rutiner, tabuer og andre ikke-rasjonelle faktorer er med på å påvirke ansatte i helsevesenet, på en slik måte at de summert opp kan påvirke kostnadsutviklingen.

Dette kan være bevisste eller ubevisste prosesser hos den enkelte i den daglige driften og i de ulike beslutningssituasjoner man er oppe i.

**Våre Forskningsspørsmål er:**

**I hvilket omfang finnes det tabuer man ikke adresserer i beslutningsprosesser i helsevesenet, og hva går de ut på? Hvorfor er det slik, og hvilken betydning har det for beslutningen som blir tatt?**

Med tabuer mener vi i denne sammenheng temaer og konkrete forhold man ikke føler man kan diskutere eller bringe på bane. Dette kan være med hensyn til hvordan pasienter, pårørende eller kolleger vil kunne reagere. Det kan også være at man holder informasjon tilbake for å beskytte seg selv. I en avdeling med høyt spenningsnivå vil man se dette fenomenet oftere enn i avdelinger hvor emosjoner knyttet til pasientbehandlingen er lavere.

Kan organisasjonskulturen ha tabuområder som fører til at de riktige beslutningene ikke tas? Hvilke kulturelle fenomen påvirker beslutningen i størst grad? Hva er det vi ikke snakker om? Ser vi disse tabuene, men velger å ikke forholde oss til dem?

### **Hvilke defensive mekanismer påvirker beslutningsprosesser ved Barneklubben på St.Olavs Hospital?**

Vi vet det ofte er sterke emosjonelle krefter i sving og de fungerer som en defensiv mekanisme, som igjen vil gjøre seg gjeldende for den enkelte beslutningstager. Vi retter gjennom vår problemstilling fokus mot en mulig adferdsmessig utfordring og ikke en kunnskapsutfordring.

Defensive rutiner kan beskrives som noe en organisasjon utvikler for å skjermes ansatte mot å komme i forlegenhet. Å være lite kritiske til andre for å bevare husfreden og for å unngå og såre andres selvfølelse, vil kunne være med på å hindre organisatorisk læring.

### **Er det slik at det er den eksisterende organisasjonskulturen som i stor grad styrer adferden hos ansatte og ressursbruken i organisasjonen?**

Vi har en hypotese om at tabuer eksisterer på alle nivå i helsevesenet. Her spiller organisasjonskulturen en vesentlig rolle. Vi vil her forsøke å avdekke om det er slik at man unnlater å stille de virkelige viktige spørsmålene, eller ikke adresserer

prioriteringsutfordringer, fordi det er slik ”man alltid har gjort det?” Vi vil også forsøke å avdekke om dette er gjeldende i større beslutningsprosesser, så vel som i den daglige driften.

Vi vil understreke at vi er interessert i informantens opplevelse slik den er, og at det ikke finnes noen fasitsvar. Alle data blir anonymisert.

**For deg vil dette innebære et intervju som vil vare ca 45 minutter.**

Vi er underlagt taushetsplikt. Det vil si at all informasjon vi får fra deg vil bli konfidensielt behandlet. All innsamlet informasjon vil bli anonymisert, oppbevart utilgjengelig og slettet når prosjektet er ferdig. Både skriftlige og muntlige presentasjoner av prosjektet, vil på ingen måte inneholde opplysninger som kan knyttes til deg direkte.

Vi vil ta nærmere kontakt med deg for å avtale et intervju.

Er det noe du ønsker å spørre om, er det bare å ta kontakt. Telefon og e-postadresse finner du nederst i dette informasjonsskrivet.

Vennlig hilsen

Christer Mohn og Lasse Finsås

<b>Kontaktinfo:</b> Christer Mohn Tel 905 12 345 E-post; <a href="mailto:christer.mohn@live.no">christer.mohn@live.no</a>	Lasse Finsås Tel 900 76 900 E-post; <a href="mailto:lfinsas@hotmail.com">lfinsas@hotmail.com</a>
--	--



## Bibliografi

---

- Maslows behovspyramide*. (2009, des). Hentet 2009 fra Wikipedia:  
[http://no.wikipedia.org/wiki/Maslows\\_behovspyramide](http://no.wikipedia.org/wiki/Maslows_behovspyramide)
- Wikipedia - Freuds psykodynamiske teori*. (2010, Jan 28). Hentet Jan 28, 2010 fra Wikipedia: [http://no.wikipedia.org/wiki/Sigmund\\_Freud](http://no.wikipedia.org/wiki/Sigmund_Freud)
- Ackhoff, R., Barbarabba, V., & Pourdehnad, J. (2003). On misdirecting management. *Strategy & Leadership*, 19-26.
- Argyris, C. (1985). *Strategy Change and Defensive Routines*. London: Pitman Publishing Inc.
- Argyris, C. (1990). *Bryt forsvarsrutinene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Argyris, C., & Schon, D. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Behuria, S. (2010). *Core Values and Ground Rules For Conflict Resolution* . Hentet 2010 fra Ezine Articles: <http://ezinearticles.com/?Core-Values-and-Ground-Rules-For-Conflict-Resolution&id=1895619>
- Bolman, L. G., & Deal, T. E. (2003). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Borum, F. (1995). *Strategier for organisasjonændring*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Botten, G. (2008, Februar 7). Hvorfor er norsk helsevesen dyrest? *Aftenposten*.
- Christensen, S., & Daugaard Jensen, P.-E. (2001). *Kontrol i det stille -om magt og deltagelse* (4. oplag 2006. utg.). Frederiksberg: Samfundsliteratur.
- Dalsegg, A. (2008, Mai 21). Norske leger jobber tregt. *Dagbladet*.
- Deloitte. (2008). *Makroanalyse av bemanning og produktivitet i den somatiske spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Spekter.

- Deming, W. E. (1993). *The New Economics for Industry, Government, Education*.
- Enderud, H. (1976). Beslutninger i organisasjoner. *Fremad*.
- Enehaug, H., & Thune, T. (2007). *Organisasjonskultur og mennesker i fusjonsprosesser*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet AS.
- Eriksen, E. O. (2005). *Demokratiets sorte hull* (2. utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Freud, S. (1913). *Totem and Taboo: Resemblances Between the Mental Lives of Savages and Neurotics*.
- Habermas, J. (2006, juni 2). *Internett og den nye offentligheten; På internettet er de intellektuelles bidrag ikke i stand til å skape fokus, hevder Jürgen Habermas i dette foredraget om nye medier og den offentlige samtalen*. Hentet mai 5, 2008 fra Morgenbladet AS:  
<http://www.morgenbladet.no/apps/pbcs.dll/article?AID=2006106020053&NL=1>
- Hafstad, A., Stenseng, S., & Moe, I. (2008, feb 6). *Pasientene vasser i leger og sykepleiere*. Hentet 2009 fra Aftenposten:  
<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article2239611.ece>
- Hotvedt, T. (1997). *Konflikt og konflikthåndtering i arbeidslivet*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Høybråten, D. (2005, februar 10). Jeg er ansvarlig for sykehusene. *Aftenposten*.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand S.: Høyskoleforlaget AS.
- Johnsen, G., Scholes, K., & Whittington, R. (2008). *Exploring corporate strategy*. (8. t. edition, Red.) Prentice Hall.
- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lindblom, C. (1959). The Science of Muddling Through. *Public Administration Review*.



- Lønning, I. (2007-2008). *Helsepolitikkenes tankekors - (Mangfold og maktspredning)*. Oslo: Høyre.
- Lord, R., Klimoski, R., & Kanfer, R. (2002). *Emotions in the workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- M.Weber. (1924). *Economy and society*. New York: Bedminister.
- Maslow, A. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, Vol. 50 #4, pp. 370–396.
- Melander, P. (1997-98). *Økonomistyring i videnbaserede og politiske organisationer"*. København.
- Moe, I., Stenseng, S., & Hafstad, A. (2008, Februar 6). Pasientene vasser i leger og sykepleiere. *Aftenposten*.
- Nyeng, F., & Wennes, G. (u.d.). *Sterke følelser: kjernen i det nye arbeidslivet?* . Hentet Jan 2010 fra Sivil.no:  
<http://www.sivil.no/magma.asp?FILE=2005/01/036nyeng.html>
- Nyhus, E. (2009, September). *Minerva*. Hentet januar 15, 2010 fra Minerva:  
<http://www.minerva.as/2009/09/25/%c3%b8konomen-som-terapeut/>
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: The Free Press.
- Sæther, E. M. (2001). Offentlig kjøp av private helsetjenester. *Økonomisk forum*.
- Sandmo, A. (2001). Offentlig tjenesteproduksjon: Teorier om (in)effektivitet. *Samfunnøkonomenes Forenings vårkonferanse*.
- Scott, W. (1995). *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks, California: Sage publications.
- Selznick, P. (1948). Foundation of the theory of organization. *American Sociological Review*, 25-35.

- Sintef. (u.d.). *Sintef*. Hentet 2009 fra Sintef: [www.sintef.no/upload/Helse/ØKT/Pdf-filer/SINTEF\\_Rapport\\_A12200-Analyse\\_speshelsetjenesten\\_Finland-Sverige-Danmark-Norge.pdf](http://www.sintef.no/upload/Helse/ØKT/Pdf-filer/SINTEF_Rapport_A12200-Analyse_speshelsetjenesten_Finland-Sverige-Danmark-Norge.pdf)
- Stavrum, G. (2008, Februar 7). Syke sykehus. *Nettavisen*.
- Støstad, J.-E. (2001). Effektivitetsproblemer ved kommersielle sykehus., (s. 19).
- Tor Busch, Erik Johnsen, Stein Jonny Valstad, Jan Ole Vanebo. (2007, Februar).  
Endringsledelse i strategisk perspektiv.
- Tribus, M. (1992). *Quality First* (4. utg.). Washington, D.C: National Society of Professional Engineers (#1459), .
- Valstad, S. J. (2004). *Organisasjonsidentitet -en teoretisk og empirisk studie av endring i organisasjonsidentitet*. Steinkjer: Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Weiss, H., & Brief, A. (2002). *Conceptual and Empirical Foundations for the Study of Affect at Work*. San Francisco: Jossey-Bass.