

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn på kandidat: Guri Albrigtsen og  
Laila Strand Sivertsen

---

## Ansattes medvirkning i planlegging av sykehusbygg

---

Dato: 20.06.18

Totalt antall sider: 78

## **Forord**

Etter to spennende og lærerike år setter denne masteroppgaven punktum for oss som masterstudenter i helseledelse MBA ved Nord universitet. Disse to årene har vært en fantastisk reise. Vi har lært mye om masse og mangt. I tillegg har vi knyttet nye kontakter på kryss og tvers av alle helseforetakene i regionen.

Motivasjonen til å skrive nettopp denne oppgaven er vår erfaring gjennom flere år fra medvirkningsprosessene i byggeprosjektet ny A-fløy ved UNN Tromsø. Vi har begge to vært involvert i medvirkningsprosessen, men med ulike roller.

Det har vært en lærerik prosess. Vi har fordypet oss i spennende teori og intervjuet flotte mennesker samt brukt egne erfaringer. Skriveprosessen i seg selv har til tider vært ganske krevende all den tid man har familie og full jobb ved siden av.

Vi har utvekslet erfaringer og diskutert oss gjennom oppgaven, gått ut og inn av «bobler», gitt hverandre frie tøyler i skrivingen fordi vi samarbeidet så bra! Når den ene gikk «tom» tok den andre ansvar, vi motiverte hverandre og fant på andre hyggelige ting innimellom.

Det er mange som skal takkes for ulike bidrag underveis. Først og fremst takker vi vår arbeidsgiver som ga oss muligheten til å ta dette studiet og for at de har lagt til rette slik at vi har klart å gjennomføre disse to årene, tusen takk! Takk til våre nærmeste kollegaer som tok støytten mens vi holdt på. Så en kjempestor takk til våre informanter for at de velvillig stilte opp og delte sine erfaringer. Takk til professor Kari Nyland for støtte og god veiledning underveis i oppgaven. Sist, men ikke minst takker vi våre familier som har holdt ut og vært overbærende med oss gjennom to lange år!

20.06.2018

Laila Strand Sivertsen og Guri Annie Albrigtsen

## Sammendrag

Det skal i de nærmeste årene bygges nye norske sykehusbygg for 10 milliarder i året. I planleggingen av nye sykehusbygg har ansatte en viktig rådgiverrolle og deres kompetanse er avgjørende for å få til gode løsninger. Hensikten med denne studien er å finne ut hvordan det kan legges til rette for å sikre ansattes medvirkning i planleggingen av nye sykehusbygg. Det vil vi gjøre ved å studere medvirkernes erfaringer som deltakere i medvirkningsprosesser og gjennom disse erfaringene se på hva som kan være nyttige tiltak for å legge til rette for medvirkning. Bakgrunnen for at vi ønsker å undersøke dette, er vår egen erfaring gjennom flere år fra A-fløyprosjektet ved UNN Tromsø.

Nye bygg medfører endringer for hele organisasjonen, og vi ser på medvirkningsprosessen som en endringsprosess. Relevant teori om endringsledelse, innovasjon og motivasjon er valgt.

Undersøkelsen er utført ved hjelp av informanter fra Nye Kirkenes sykehus, A-fløy UNN Tromsø og innleide rådgivere. Vi har benyttet kvalitativ metode med semistrukturerte intervju. Resultatene er tolket og analysert ved hjelp av relevant teori samt egen erfaring. Alle våre hovedfunn er knyttet til informantenes erfaringer og selv om disse i hovedsak er positive, har vi i analysen fokusert på de utfordringene som informantene har opplevd.

Våre hovedfunn:

1. Medvirkerne oppfatter seg selv som svært motiverte og engasjerte til tross for at de mangler tid avsatt til å ivareta medvirkeroppgavene og manglende samarbeidsarenaer med eget fagmiljø.
2. Medvirkergruppens kompetansesammensetning har betydning for innovasjonsevnen og samarbeidet i gruppen
3. Medvirkergruppens organisatoriske plassering skaper utfordringer i medvirkningsprosessen
4. Standardiserte rom øker byggets fleksibilitet og reduserer medvirkernes arbeidsbyrde, men samtidig ligger eierskapet i detaljene

## **Abstract**

Over the next few years, new hospital buildings costing about 10 billion NOK a year will be built in Norway. Employees have an important advisory role as collaborators in the planning of these buildings, and their competence is crucial in achieving good results. This study aims to determine how best to facilitate employees' involvement in the planning of new hospital buildings. We will do this by studying the experiences of co-workers as participants in collaborative processes, and through these indicate measures which can usefully facilitate this participation.

Our motivation to investigate this topic derives from our own work experience over several years in the A-fløy-project (A-Wing), at the University Hospital of North Norway (UNN) in Tromsø.

New buildings lead to changes for an entire organisation; thus we view these collaborative processes as relating to change. To gain an understanding of our findings, we have therefore used relevant theories of change management and leadership, innovation, and motivation.

The survey was conducted with informants from the Nye Kirkenes Sykehus (The New Hospital of Kirkenes), A-fløya UNN, as well as consultants. We have used qualitative methods with semi-structured interviews, and have used relevant theory, in addition to our own experience, to interpret and analyse our results. All our main findings are related to the informants' experiences, and although these are mainly positive, we have focused on the challenges they have experienced.

Our main findings are:

1. The advisory collaborators perceive themselves as highly motivated and committed, despite the lack of time allocated to take part in co-operative tasks, and the lack of arenas for co-operation within their professional environment.
2. The nature and composition of the collaborators' competence within a group is important in determining the capacity for innovation and co-operation within the group.
3. The placement of the collaborator group within the organisational structure can create challenges for the collaborative process.
4. Standardising rooms can increase a building's flexibility of use and reduce employees' workload, alongside a variation in room details to engender a sense of ownership.

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	
Sammendrag .....	
Abstract .....	
Innholdsfortegnelse .....	
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn .....	1
1.2 Problemstilling og begrepsavklaringer.....	2
1.3 Oppgavens oppbygging.....	4
2.0 Teori .....	5
2.1 Organisasjonsendring og endringsledelse .....	5
2.2 Innovasjon .....	6
2.3 Kotters 8 trinn for vellykket organisasjonsendring .....	8
2.3.1 Trinn 1: Etablere en følelse av nødvendighet.....	8
2.3.2 Trinn 2: Danne en gruppe med makt nok til å lede endringsprosessen.....	10
2.3.3 Trinn 3: Utvikle en visjon for endring og strategi for hvordan visjonen skal nås...	12
2.3.4 Trinn 4: Formidle visjonen og strategien for endring .....	12
2.3.5 Trinn 5: Bemyndige ansatte slik at de kan handle i tråd med visjonen.....	14
2.3.6 Trinn 6: Skape synlige, kortsiktige og oppnåelige resultater. ....	18
2.3.7 Trinn 7: Konsolidere endringene slik at de utløser enda flere forandringer. ....	18
2.3.8 Trinn 8: Forankre nye tilnæringsmåter i kulturen .....	19
2.4 Oppsummering teori.....	20
3.0 Metode.....	21
3.1 Forskningsprosessen.....	21
3.2 Forskningsdesign.....	21
3.3 Vitenskapelig perspektiv .....	22
3.4 Utvalg av informanter .....	23
3.5 Validitet og reliabilitet .....	25
3.6 Metodekritiske refleksjoner.....	26
4.0 Empiri.....	27
4.1 Casebeskrivelse .....	27
4.2 Organisering av medvirkningsprosessen i A-fløya Tromsø og Nye Kirkenes Sykehus	27
4.3 Ansattes opplevelse av medvirkningsprosessen.....	30
4.3.1 Trinn 1: Etablere en følelse av nødvendighet.....	30
4.3.2 Trinn 2: Danne en gruppe med makt nok til å lede endringsprosessen.....	31
4.3.3 Trinn 3: Utvikle en visjon for endring og strategi for hvordan visjonen skal nås.....	34
4.3.4 Trinn 4: Formidle visjonen og strategien for endring .....	38
4.3.5 Trinn 5: Bemyndige ansatte slik at de kan handle i tråd med visjonen.....	40
4.3.6 Trinn 6: Skape synlige, kortsiktige og oppnåelige resultater. ....	45
4.4 Hovedfunn.....	49
5.0 Analyse.....	50
5.1 Medvirkerne oppfatter seg selv som svært motiverte og engasjerte til tross for at de mangler tid avsatt til å ivareta medvirkeroppgavene og manglende samarbeidsarenaer med eget fagmiljø.....	50
5.2 Medvirkergruppens kompetansesammensetning har betydning for innovasjonsevnen og samarbeidet i gruppen .....	52

5.3 Medvirkergruppens organisatoriske plassering skaper utfordringer i medvirkningsprosessen .....	55
5.4 Standardiserte rom øker byggets fleksibilitet og reduserer medvirkernes arbeidsbyrde, men samtidig ligger eierskapet i detaljene .....	56
6.0 Konklusjon og implikasjoner .....	58
6.1 Erfaringer fra medvirkningsprosessene.....	58
6.2 Implikasjoner.....	58
Litteraturliste .....	
Vedlegg	

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn

Det skal i de nærmeste årene bygges sykehusbygg for 10 milliarder i året (Sellæg, 2017). Nye sykehusbygg må til både for å erstatte gamle, utslitte og uhensiktsmessige bygg, og for å gi mulighet til å utvide virksomheten for å kunne gi pasientene et tilbud om diagnostisering, behandling og rehabilitering. I Nasjonal helseplan sier man at «Utviklingen i folketall, alderssammensetningen i befolkningen, endringer i sykdomsbildet og folks forventninger til kvalitet og standard vil få stor betydning for planleggingen av framtidens sykehus» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 19). Nasjonal helseplan er tydelig på at det å skape pasientens helsetjeneste betyr at helsetjenesten må endre kultur, holdninger, organisering og ledelse, som igjen betyr at vi må tenke, handle og organisere helsetjenesten annerledes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette må da også ligge til grunn når man bygger nye sykehus. *«Helseforetakene skal levere pasientens helsetjeneste og bygg skal understøtte dette»* (Helsedirektoratet, 2011, s. 30).

Ansatte har en viktig rådgivende rolle i planlegging av sykehusbygg, og deres kompetanse er avgjørende for å kunne planlegge bygg som tilfredsstiller funksjonelle krav til god pasientbehandling (Helsedirektoratet, 2011). Hovedmålet med ansattmedvirkning er:

- å sikre funksjonelle, pasientvennlige og driftsøkonomiske løsninger
- å sikre engasjement, forankring og eierskapsfølelse i fagmiljøene
- å sikre relevant informasjonsflyt og tilførsel av kunnskap og erfaringer fra fagmiljøene til prosjektorganisasjonen (Helsedirektoratet, 2011)

Med dette som bakgrunn forundres vi over avisoverskrifter som «Kalnes-lege: Kaldt, langt og trangt sykehus med ensomme pasienter, usikre pleiere og oppsplittet fagmiljø» (Kolflaath, 2017), «- Mange begynner å bli slitne nå» (Helmers, 2015) og «Frykter at enda et nytt sykehus skal bli for trangt» (Skihamn, 2017). Dette er overskrifter hentet fra aviser og tidsskrifter i kjølvannet av innflytting i nybygde sykehusbygg i Sør-Norge. Når vi vet hvor tydelig ansattes medvirkning er definert, hvorfor får man da slike overskrifter? Har ikke de ansatte deltatt i planleggingen? Eller har ikke medvirkningsprosessen vært organisert slik at ansatte har kunne gitt sine råd og sikret blant annet funksjonalitet, informasjonsflyt og engasjement?

Vi har begge vært delaktige i medvirkningsprosessen under planleggingsfasen av den nye A-fløya ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), Tromsø (heretter kalt A-fløya). En har vært klinisk rådgiver og dermed byggherrens representant, og den andre har vært gruppeleder for poliklinisk virksomhet og dermed klinikkens representant. Vi erfarte et stort engasjement i medvirkergruppene og fra de berørte fagmiljøene. Gruppemøtene hadde stort sett godt oppmøte, også fra engasjerte ansatte som ikke var oppnevnte medlemmer av gruppene. Vi opplevde stor grad av medvirkning og innflytelse og at gruppens råd ble hensyntatt i beslutningsprosessene. Men det var også frustrasjoner og konflikter. Ut fra denne felles erfaringen har det grodd frem en spesiell interesse for prosessene rundt ansattes medvirkning og som vi i fellesskap ønsker å undersøke nærmere.

Vi velger å konsentrere oss om Nye Kirkenes Sykehus og A-fløya i Tromsø fordi disse er de «ferskeste» prosjektene i Helse Nord. Når vi gjør vår undersøkelse i forbindelse med denne masteroppgaven er verken A-fløya eller nye Kirkenes sykehus tatt i bruk. Det er derfor ikke avisoverskrifter å referere til, og det er heller ikke mulig å evaluere om bygget blir slik medvirkergruppene, eierne og pasientene ønsker. Vi prøver heller å forstå medvirkningsprosessen sett fra medvirkernes ståsted. Gjennom denne oppgaven håper vi å bidra med kunnskap og innsikt som fremtidige byggeprosjekt kan ha nytte av når de skal planlegge medvirkningsprosessene.

## ***1.2 Problemstilling og begrepsavklaringer***

Vår problemstilling er:

***Hvordan kan man legge til rette for å sikre ansattes medvirkning i planlegging av nye sykehusbygg?***

For å besvare denne problemstillingen velger vi oss følgende forskningsspørsmål:

- ***Hvilke erfaringer har deltakerne i medvirkergruppene fra sin medvirkningsprosess?***
- ***På bakgrunn av disse erfaringene; hva kan være nyttige tiltak for å legge til rette for medvirkning i planlegging av nye sykehusbygg?***

For å forstå ansattes medvirkning tar vi utgangspunkt i medvirkergruppene under funksjon- og detaljprosjektene ved bygging av nye Kirkenes sykehus og bygging av ny A-fløy på UNN Tromsø. Selv om vi studerer to caser, fremstilles disse stort sett som ett case i oppgaven.

Dette beskrives nærmere i metodekapittelet. Vi undersøker hvordan de involverte i medvirkergruppene opplever sin egen og gruppens funksjon og oppgaver, hvordan det legges



til rette for at de skal kunne utføre sine oppgaver, hva suksesskriteriene er og hvilke hindringer de støter på. Vi ser på medvirkningsprosessen som en endringsprosess og fokuserer på samarbeidet mellom medvirkergruppen og prosjektledelsen, og med eget fagmiljø. Empirien tolkes med bakgrunn i organisasjonsteori, teori om endringsledelse og innovasjon og motivasjonsteori, men også ut fra vår egen erfaring fra medvirkningsprosessen.

### **Begrepsavklaringer**

**Å legge til rette for** handler om hva en selv gjør, hva prosjektledelsen gjør og hva egen linjeledelse gjør for å sørge for at den ansatte kan delta i medvirkningsprosessen. Det handler om tilrettelegging i form av avsatt tid, tilgjengelige ressurser, opplæring, kompetanse og tilgang til nødvendig informasjon.

**Ansattes medvirkning.** Medbestemmelse, medvirkning og bedriftsdemokrati er eksempler på begreper som brukes om ansattes deltakelse og samarbeidet mellom partene i arbeidslivet. Begrepenes innhold brukes på ulike måter, men det finnes ingen entydige definisjoner i lov- eller avtaleverket, og begrepene brukes i stor grad om hverandre (Arbeidsdepartementet, 2010).

*«Vidt definert kan en si at bedriftsdemokrati eller medbestemmelse omfatter alle tiltak som gir de ansatte innflytelse på avgjørelsesprosesser på alle plan i virksomheten, fra fastsetting av virksomhetens overordnede mål til de løpende avgjørelser i tilknytning til den enkeltes daglige arbeid og innsatsvilje.»* (Arbeidsdepartementet, 2010, s. 15)

Medvirkning omhandler altså alle tiltak som gir de ansatte innflytelse, men opptrer i ulike former. Medvirkning kan blant annet ha form som konsultasjon og rådgivning i grupper/utvalg av ansatte. Partene skal samarbeide med basis i gjensidig respekt og tillit, men i slike medvirkergrupper samhandler ikke arbeidsgiver og arbeidstaker som likeverdige parter. Arbeidsgiver har lovgitt styringsrett, og er den som tar den endelige avgjørelsen (Arbeidsdepartementet, 2010). Medvirkningen er prinsipielt rådgivende. Rådene gir de på vegne av de fag, funksjonsområder og organisasjonsheter de representerer (Helsedirektoratet, 2011).

De ansatte er i vår sammenheng helsefaglig utdannede brukere av sykehusbygninger, utstyr og organisatoriske ressurser som er utnevnt til medvirkere i byggeprosjektene Nye Kirkenes Sykehus og A-fløya i Tromsø.

**Planlegging av nye sykehusbygg.** I tidligfasen tas det på nasjonalt og regionalt nivå en beslutning om at det skal bygges nytt sykehusbygg. Prosjektets hovedprogram inneholder en beskrivelse av avklaringer rundt virksomhetsinnhold, dimensjoneringsgrunnlag, organisatoriske virkninger og overordnede funksjonelle og tekniske krav til bygg, utstyr og infrastruktur. Basert på et hovedprogram starter arbeidet med å utvikle og utrede alternative løsninger og konsepter. Etter at man har valgt konsept starter forprosjektfasen hvor konseptet utredes for å gi grunnlag for beslutninger om gjennomføring av investeringsprosjektet. I denne fasen lages blant annet romfunksjonsprogrammet (RFP), brutto- og netto utstysprogram, beskrivelser og modeller på romnivå og en detaljert beskrivelse av bygningsmessige og tekniske løsninger. Prosjektet er nå klart for gjennomføringsfasen med programmering av funksjon og utstyr, detaljprosjektering og etter hvert bygging (Helsedirektoratet, 2011). Vi velger å konsentrere oss om siste del av forprosjektfasen og første del av gjennomføringsfasen som inneholder funksjons- og detaljeringsprosjektet og som har høy grad av ansattmedvirkning.

### ***1.3 Oppgavens oppbygging***

I kapittel 1 presenterer vi bakgrunn for vår problemstilling og avklarer sentrale begreper. I kapittel 2 presenterer vi teori som vi mener er aktuell for å gi nødvendig forståelse for problemstillingen. I kapittel 3 begrunner vi våre metodiske valg og presenterer metodedesign. Vi ser også kritisk på metodebruken og gir vår vurdering av undersøkelsens validitet og reliabilitet. I kapittel 4 gir vi en kort presentasjon av de to byggeprosjektene i Kirkenes og Tromsø. Deretter presenterer vi først sekundærdata fra dokumenter som omhandler ansattes medvirkning i planlegging av nye sykehusbygg generelt, og ved Kirkenes og A-fløya Tromsø spesielt. Videre presenterer vi data fra våre intervjuer, og våre tolkninger av denne empirien. Til slutt i dette kapittelet gjør vi et sammentrekk av de funn som danner grunnlaget for analysen. I kapittel 5 analyserer vi våre funn opp mot valgt teori. I kapittel 6 drar vi noen konklusjoner basert på analysen og avslutter med å se på hvilke implikasjoner vi mener denne undersøkelsen kan gi.

## **2.0 Teori**

Et nytt sykehusbygg innebærer endringer for hele sykehuset som organisasjon. I denne oppgaven fokuserer vi på medvirkningsprosessen og medvirkergruppene som gjennom mandatene er gitt et stort ansvar for disse endingene. Vi velger derfor å se på medvirkningsprosessen som en endringsprosess, og derfor bruker vi teori om endringsledelse som teoretisk rammeverk, og baserer oss i hovedsak på Jacobsen og Thorsviks bok *Hvordan organisasjoner fungerer* (2013) og John Kotters bok *Leading Change* (2012). Jacobsen og Thorsvik (2013) presenterer åtte punkter som er stort sett sammenfallende med John Kotters (2012) normative modell for vellykket endringsledelse. I denne oppgaven velger vi å bruke Kotters 8 trinns-modell og forsøker å forstå medvirkningsprosessen i planlegging av nye sykehusbygg i lys av denne. Vi velger også å ta med teori om innovasjon og motivasjon, da vi mener det er nødvendig for å få en bredere forståelse av endringsledelse og ansattes medvirkning.

### **2.1 Organisasjonsendring og endringsledelse**

«Endring har funnet sted når organisasjoner utviser forskjellige trekk på ulike tidspunkt» (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 385). Endringene kan ha ulikt innhold og kan omhandle følgende forhold:

- 1) Endring av oppgave, teknologi og/eller mål og strategi
- 2) Endring i organisasjonens struktur
- 3) Endring i organisasjonens kultur
- 4) Endring i organisasjonens demografi
- 5) Endring i prosesser

En planlagt og hierarkisk endring er en endring som er resultat av rasjonelle handlinger hvor man endrer organisasjonen for å forbedre situasjonen eller for å tilpasse seg en situasjon man tror vil oppstå. Man tilpasser organisasjonen til forandringer i omgivelsene (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Vi tenker at et nytt sykehusbygg er en slik planlagt endring som kan begrunnes i at eksisterende tilbud er for dårlig. Det kan være på grunn av plass- og kapasitetsmangel, eller rett og slett en utslitt bygningsmasse. Man bygger nytt for å gi pasientene en bedre kvalitet på tjenesten, men også for å gi de ansatte bedre arbeidsforhold. Man tenker nytt og man tenker fremover i tid for å ta høyde for situasjoner man tror vil oppstå. Forandringer i demografi, lover, politikk og behandlingsmuligheter er eksempler på faktorer i omgivelsene som har betydning for hvilke valg man tar i forbindelse med å planlegge nytt sykehusbygg.

Det er stor likhet mellom endring og innovasjon, men innovasjon kan foregå uten at organisasjonsendring finner sted (Jacobsen & Thorsvik, 2013). De mulighetene som ligger i et helt nytt sykehusbygg henfører tankene til nytenkning og innovasjon. Kanskje kan man se på medvirkningsprosessen som en endringsprosess hvor innovasjon er en viktig del av visjonen og strategien?

## **2.2 Innovasjon**

Innovasjon kommer fra det latinske ordet *innovare* som betyr å fornye. Innovasjon kan være noe som er helt nytt og det kan også være det gamle som endres til noe nytt. Innovasjon dreier seg ikke bare om å utvikle noe nytt, men også om å ta i bruk nye måter å organisere virksomheter på. I det offentlige er nye ideer og metoder som kan brukes i tjenesteproduksjon mer fremtredende enn produktutvikling (O. J. Andersen, Gårseth-Nesbakk & Bondas, 2015). Når vi ser dette i sammenheng med planlegging av nytt sykehusbygg, handler innovasjon slik vi forstår det, ikke bare om å velge nye løsninger med tanke på bygg og utstyr. Det handler også om å utvikle de nye løsningene som kan bidra til nye måter å organisere virksomheten på slik at helseforetakene kan levere en fremtidsrettet tjeneste basert på *pasientens helsevesen* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Andersen et al (2015) trekker frem fire dimensjoner ved innovasjonsbegrepet i offentlig sektor:

- 1) Enhver innovasjon fører til en endring, nærmere bestemt et skifte. For at det skal være en innovasjon må det ha skjedd et målbart skifte eller en endring.
- 2) En innovasjon kan variere fra et lett gjenkjennelig tiltak til en nyskaping som fører til en radikal endring. Det vil si at det ikke er en endring fra det gamle til det nye, men fra en nullsituasjon til å utvikle en ny ide eller metode. Denne form for innovasjoner forekommer sjelden i offentlige virksomheter. Det er ikke uproblematisk å ta slike risikoer i helsetjenesten som retter seg inn mot pasienter/klienter.
- 3) Denne dimensjonen handler om hvor unik innovasjonen er. For å avgjøre hvor unikt tiltaket er kan man sammenligne med andre organisasjoner. Unikheten strekker seg på en skala fra *et ordinært organisatorisk tiltak* i ene enden til *et unikt organisatorisk tiltak* i andre enden. Det kan være gjenbruk på organisasjonskompete som man innfører innenfor nye tjenesteområder, eller det kan være noe fundamentalt nytt.
- 4) Denne dimensjonen omhandler en normativ vurdering av innovasjonen; er det en forbedring eller som en forverring? I offentlig sektor snakkes det ofte om modernisering. Det

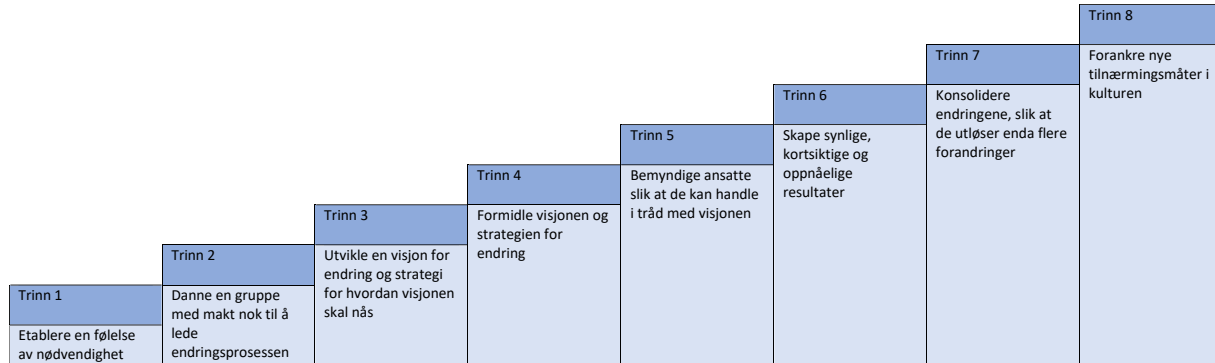
er et eksempel på en positiv vinkling på innovasjonsbegrepet når det skal skapes reelle forbedringer (O. J. Andersen et al., 2015).

Det er forskjell på innovasjon og organisasjonsutvikling. Å ta i bruk noe nytt reiser andre og større utfordringer for ledere og ansatte, enn å videreutvikle noe man allerede har. Et grunnelement i innovasjonsbegrepet representerer et skifte, og skiller seg dermed fra ordinær organisasjonsutvikling.

Offentlige organisasjoner fungerer ofte som byråkratier og er hierarkisk organisert. Dette medfører «top-down»-styrte prosesser basert på ledelsesinitierte løsninger og strategier. For å skape konstruktive innovasjonsprosesser må det være et godt samspill i organisasjonen. Omfanget vil øke om man fjerner barrierer og legger til rette for «bottom-up»-tilnærminger. «Bottom-up» baseres på initiativ fra medarbeidere som forsøker å få støtte til nye ideer. «Bottom-up» og medvirkerperspektivet er fremtredende når det gjelder innovasjoner i kjernevirksomheten, og kan derfor raskt stoppe opp hvis ledelsen ikke finner innspillene forenelig med rådende tankegang og strategier. Det betyr at støtte fra ledelsen er spesielt viktig for å danne en kultur som gir grobunn for innovasjoner. Å sette av tilstrekkelig med tid for å gi mulighet for refleksjoner og diskusjon, samt å motivere medarbeiderne til å involvere seg er også viktig. Det kan være ulike aktører i innovasjonsprosesser, ikke bare innad i egen organisasjon men også på tvers av organisasjoner. En regelstyrt organisasjon og kontroll fra ledelsen kan hindre innovasjonstenking. Det handler om kunnskap i endringsledelse og å våge at innovasjonen kan bli mislykket (O. J. Andersen et al., 2015). Slik vi forstår det, vil en tverrfaglig medvirkergruppe bestående av vanlig ansatte og ledere fra ulike organisatoriske enheter være et godt utgangspunkt for samspill rundt konstruktive innovasjonsprosesser.

## 2.3 Kotters 8 trinn for vellykket organisasjonsendring

John Kotter beskriver i sin bok *Leading Change* (2012) 8 trinn som en organisasjon bør gjennomføre, i kronologisk rekkefølge, for å få til vellykket endring. Figuren under viser trinnene oversatt av oss fra engelsk.



Figur 1 Kotters 8 trinn for vellykket organisasjonsendring

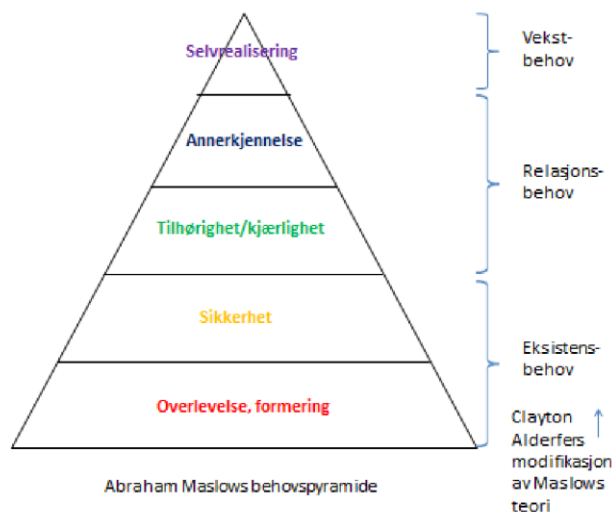
### 2.3.1 Trinn 1: Etablere en følelse av nødvendighet.

For å få til en endring må de som vil bli berørt av endringen oppleve at endringen er nødvendig. Denne følelsen av nødvendighet er avgjørende for å få til det samarbeidet man trenger i en endringsprosess. Det handler om at de involverte skal føle på at endringen er nødvendig fordi det gir nye muligheter eller fordi alternativet; å ikke gjøre noe, kan gi alvorlige konsekvenser for bedriften (Kotter, 2012).

I en medvirkningsprosess i planleggingen av nye sykehusbygg vil vi oversette dette til at det er nødvendig at de ansatte som skal utgjøre medvirkergruppene kjenner på viktigheten av at de deltar. De må være klare over at deres erfaring og kompetanse er avgjørende for å få til et funksjonelt bygg. Som deltakere i en medvirkergruppe kan de være med på å utgjøre en forskjell ved å gripe mulighetene som ligger i et helt nytt bygg. De kan være med å sørge for at endringer og fornyelser skjer etter godt faglig skjønn, og ikke minst sørge for at man ikke velger uhensiktsmessige løsninger. For å få til et godt samarbeid i medvirkergruppen, men også mellom både medvirkergruppen og berørte fagmiljøer, og medvirkergruppen og prosjektledelsen, er det viktig at denne følelsen av nødvendighet er etablert i hele organisasjonen. Følelsen av nødvendighet sammen med fagblikket som ser de nye mulighetene som åpenbarer seg, kombinert med det å faktisk kunne være med å påvirke dette, gir motivasjon.

## Motivasjon

Motivasjon er ikke et personlighetstrekk som noen har og noen ikke har. Motivasjon er et resultat av en samhandling mellom individ og situasjon (J. A. Andersen, 2011). For å få motiverte medarbeidere må de oppleve at de blir verdsatt, at de får delta i prosesser som påvirker deres arbeidsplass og ivaretar deres fag. Når medarbeidere føler seg sett, får tillitt og gis rom for selvstendig arbeid, vil innsatsviljen øke og gi ledelsen bedre resultat (Berg, u.å). For å forstå hvordan dette henger sammen henviser Ole Berg til behovsteoriene til tre amerikanske psykologer; Abraham Maslow, Clayton Alderfer og Frederick Herzberg.



Figur 2 Maslows behovspyramide (Berg, u.å, s. 6)

Overlevelsesbehovene og sikkerhetsbehovene utgjør Maslows to nederste nivåer på behovspyramiden. For at de høyere behovene skal komme til uttrykk, må de *lavere* behov til en viss grad være tilfredsstillt. Clayton Alderfer kaller disse grunnleggende behovene for eksistensbehov, mens Frederick Herzberg i sin to-faktor-teori omtaler dem som hygienefaktorer; altså faktorer som angår grunnleggende arbeidsbetingelser som lønn og fysiske arbeidsforhold. Fravær av hygienefaktorer vil skape utilfredshet, men vil ikke skape tilfredshet ved å være til stede (Berg, u.å; Strand, 2007). Tilfredshet skapes av det Herzberg kaller motivasjonsfaktorer og vi kan sidestille dem med selvrealiseringsnivåene i Maslows behovspyramide eller vekstbehovene til Alderfer. Ved å la medarbeiderne få interessant og utfordrende arbeid kan man tilfredsstille de høyere behovene og skape motivasjon. I følge Herzberg er det indre faktorer som gir motivasjon. Å føle at man mestrer sitt arbeid eller å gjøre noe verdifullt er det som skaper denne indre motivasjonen (Berg, u.å).

Indre motivasjon handler ifølge Ståle Einarsen og Anders Skogstad (2016) også om kontroll og styring, i tillegg til å ligge til grunn for mye av vår innsatsvilje. Er man indre motivert, så

viser det seg imidlertid at man er i stand til å styre seg selv langt strengere enn en leder ville gjort. Dette skjer gjerne når en opplever mestring og egen kontroll over interessante og viktige aktiviteter, og når en må strekke kompetansen sin for å prestere. I en slik tilstand er det lite rom for spørsmål om hva en mottar som gjenytelse, og om andres forventninger til en. Det er aktiviteten og ens egne mål som teller. En slik form for motivasjon som er bygd på opplevd mestring og kontroll, kan en finne i de fleste yrker, men aller mest i kunnskapsintensive yrker. I slike yrker er det nødvendig med stor grad av autonomi og tilbakemelding på levert arbeid, to av de mest sentrale betingelsene for utøvelse av selvledelse og opplevelse av indre motivasjon (Einarsen & Skogstad, 2016).

I følge Kotter (2012) er det på dette trinnet de fleste feiler, fordi man undervurderer viktigheten av motivasjon. Årsakene kan være mangel på tålmodighet fordi man vil få til endringen raskt og noen ganger er det vanskelig å få folk ut av komfortsonen (Kotter, 1995). Kotter fremhever viktigheten av at både de ansatte og ledelsen innser behovet for endring. Det er helt essensielt for å få til endringen (Kotter, 2012). Det betyr at det ikke bare er de ansatte som deltar i medvirkergruppene som må føle på nødvendigheten og være motiverte til å bidra. Deres ledere må også forstå nødvendigheten av ansattes medvirkning, og være motiverte til å legge til rette for at de ansatte kan bidra.

### **2.3.2 Trinn 2: Danne en gruppe med makt nok til å lede endringsprosessen.**

For å få til endring er det alltid nødvendig med en sterk gruppe som er rett sammensatt, som har høy grad av tillit og som har felles mål. Det er også nødvendig å få gruppen til å jobbe sammen som et team. For å sikre at gruppen har makt og gjennomføringskraft, må den ha medlemmer fra viktige posisjoner og være forankret i ledelsen. I tillegg må gruppens medlemmer ha adekvat og bred ekspertise som er relevant for oppgavene, for å sørge for at rette løsninger blir valgt. Man må også sørge for at sammensetningen av gruppen sikrer god kredibilitet (Kotter, 2012). Jacobsen og Thorsvik (2013) snakker om endringsagenter, som sentrale aktører i en organisasjon. På bakgrunn av situasjoner som utvikles og endres over tid, og press for endring som organisasjonen utsettes for, utvikler disse agentene strategier for endring og implementerer disse endringene for å mestre utfordringer og utnytte muligheter. Det er to forhold som er spesielt viktige for at endringsagentene skal lykkes. De må klare å skape et opplevd behov for endring og de må klare å håndtere den motstand mot endring som ofte oppstår.

Sykehus er typiske ekspertorganisasjoner eller kunnskapsorganisasjoner (Grund, 2006; Strand, 2007). Leder er ofte fagperson og vurderes etter faglige prestasjoner og status i det



faglige lauset. Med bakgrunn i faget er de bærere av standard for hva som er gode løsninger og god adferd. Ekspertorganisasjonene må ta styringssignaler fra byråkratiske organisasjoner. Men disse byråkratiske organisasjonene mangler faglig legitimitet hos ekspertene. Når kyndighet brytes mot myndighet, skaper det ifølge Strand (2007) spesielle utfordringer i ledelse av ekspertorganisasjoner.

Selv om ikke alle medlemmene i en medvirkergruppe har et formelt linjelederansvar, kan man tenke at man som medvirker har et ansvar sammen med gruppen for å lede en endringsprosess. Det skal bygges nytt. Man må ta beslutninger på vegne av eget og andres fagmiljø. Man skal finne gode funksjonelle løsninger som kan føre til behov for både strukturelle og kulturelle organisasjonsendringer. Samtidig har man helsepolitiske føringer, lover og regler, økonomiske og arealmessige rammer å forholde seg til. I lys av dette kan man sammenlikne utfordringene disse medvirkergruppene har med utfordringer ledere i sykehus har.

Kotter advarer mot noen typer mennesker man ikke bør ha i en slik gruppe. Den første er den med så stort ego at han tar over og ikke slipper andre til. Den andre er «slangen» som skaper mistillit mellom medlemmene slik at man ikke får til et samarbeid. Den motvillige er heller ikke et egnet medlem. Man vil aldri klare å overbevise han om at det er viktig at han bruker tid og energi på å samarbeide i en endringsprosess. Problemet med alle disse typene er at de lett skaper problemer også hvis de ikke får delta i gruppen, fordi de vil undergrave alle forsøk på endring i kulturen (Kotter, 2012).

Grund (2006) hevder at «et kjennetegn ved personer som tilhører en profesjon er at de identifiserer seg mer med sin profesjon enn den organisasjonen de er ansatt i» (s. 1). Kollegial popularitet versus organisatorisk oppgaveløsning er ett av dilemmaene som ledere i ekspertorganisasjoner opplever. Leder er som regel rekruttert fra fagmiljøet og ses på som den fremste blant likemenn. Strand er klar på at ledere i ekspertorganisasjoner må sørge for faglig legitimitet. Et annet dilemma er forholdet mellom kyndighet og myndighet. Dette kommer gjerne til uttrykk hvis leder har lavere faglig kompetanse enn de ansatte. Men fagsynspunkter må av og til vike for krav til økonomisering, måloppnåelse og lønnsomhet (Strand, 2007). Denne innsikten er viktig når man setter sammen en medvirkergruppe som skal ha høy grad av tillit og faglig kredibilitet, som skal jobbe sammen som et team mot et felles mål.

### **2.3.3 Trinn 3: Utvikle en visjon for endring og strategi for hvordan visjonen skal nås**

Gruppen som er satt sammen for å planlegge og gjennomføre endringen, må utvikle en visjon for endringen. Målet med visjonen er å gi endringen rett kurs, den skal motivere menneskene til å dra i riktig retning og den skal sørge for at alle drar i samme retning (Kotter, 2012).

Kotter (2012) trekker så frem seks karakteristiske trekk ved en effektiv visjon. Den må gi et bilde av hvordan fremtiden ser ut, den må appellere til alle som blir berørt av endringen, den må inneholde realistiske, oppnåelige mål, den må gi tydelig retning for de som skal ta beslutninger, den må være generell nok til å tillate individuelle initiativ og alternative syn i endringsprosessen og den må være lett å kommunisere. Når visjonen er klar må det utvikles en strategi for hvordan man skal nå den.

Den overordnede visjonen for et nytt sykehusbygg utvikles og vedtas av helseforetakets ledelse basert på nasjonale og regionale mål om å bygge pasientens helsetjeneste.

Medvirkergruppene i den fasen vi studerer, er en del av strategien som er lagt for å nå visjonen. Gruppemedlemmene har ikke vært med å utvikle denne overordnede visjonen, men er bundet av den gjennom mandater og oppgavebeskrivelser. Slik vi forstår Kotter vil det være nødvendig at hver medvirkergruppe utvikler sin egen visjon innenfor det mandatet de har fått og med de karakteristikker som Kotter vektlegger, og deretter definerer en strategi for hvordan de gjennom medvirkningsprosessen skal nå visjonen. Når de som deltar i gruppen kommer fra ulike fagfelt og ulike organisatoriske enheter, kan det nok være en utfordring å enes om både en felles visjon og strategi.

### **2.3.4 Trinn 4: Formidle visjonen og strategien for endring**

En felles forståelse av målene og retningen i visjonen er nødvendig for at ansatte i organisasjonen skal slutte opp om endringene. For å få til dette må visjonen og strategien for endring kommuniseres ut i organisasjonen. Kotter (2012) trekker frem flere elementer som er viktig for en effektiv kommunikasjon. Han sier blant annet at informasjonen må være enkel, forståelig og konsistent, den må formidles gjennom alle mulige kanaler og den må repeteres ofte. De ansatte må tro på visjonen og at endringen er til det positive, ellers vil man ikke få dem med på laget. Kotter sier: «Without credible communications, and a lot of it, the hearts and minds of the troops are never captured» (Kotter, 1995, s. 63).

Deltakerne i medvirkergruppene har i så fall et særlig ansvar for å sørge for at visjonen og strategien kommuniseres ut i egen organisasjon og fagmiljø. Slik vi forstår Kotter er dette nødvendig for at de ansatte skal forstå løsningene som er valgt og hvorfor, og etter hvert føle eierskap til det nye bygget. Kotter (2012) legger vekt på at kommunikasjonen må være to-

veis. Det betyr, slik vi tolker Kotter, at medvirkerne må være lydhøre for innspill fra fagmiljøet og organisasjon på visjonen og strategien, og ta disse med seg tilbake til medvirkergruppen. Dette samarbeidet er særs viktig for at de ansatte skal slutte opp om endringene.

Kotter (2012) poengterer at spesielt lederne må være konsistente. De må være levende eksempler, både i ord og handlinger. Fordi medvirkergruppene er i en mellomposisjon mellom byggeprosjektet og egen klinikk, vil medvirkerne ha to organisasjoner og to lederlinjer å forholde seg til. Da er det særdeles viktig at medlemmene i medvirkergruppene holder egen linjeledelse fortløpende informert og er omforent med egen ledelse om både visjon og strategi. Strategien man velger har for eksempel betydning for arbeidsmengde og tidsbruk som beregnes for den enkelte medvirker. Hvis leder skal kunne legge til rette for at den ansatte skal kunne utføre sine oppgaver i medvirkergruppen, må leder både vite om, forstå og gjerne være enig i strategien og hva den innebærer. Dette kan være utfordrende med tanke på medvirkergruppes organisatoriske plassering.

#### *Matriseorganisasjon*

Matriseorganisasjon er en organisasjonsform som kombinerer linjeorganisasjon og prosjektorganisasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I et sykehus har man mange eksempler på en slik organisering, hvor pasientbehandling foregår på tvers av linjeorganisasjonene. Hensikten med en slik organisering er å fremme samhandling på tvers av ulike fag og avdelinger (Orvik, 2004). I en medvirkergruppe må man forholde seg til både egen klinikk og til prosjektorganisasjonen, og dermed også til både egen linjeleder og til prosjektleder. I tillegg må de i noen situasjoner forholde seg til ledere i andre klinikker når det er saker som skal avklares på tvers i organisasjonen.

De åpenbare fordelene med matriseorganisasjon er at det gir mulighet for stor fleksibilitet i utnyttelsen av ressurser på tvers. Det gir også mulighet for nødvendig koordinering av to-sidige krav (Jacobsen & Thorsvik, 2013). For en medvirkergruppe vil for eksempel prosjektorganisasjonen sette økonomiske rammer mens medvirker har større fokus på brukernes ønsker og behov.

Ulempene er at det kan oppstå uryddighet i rapporteringslinjer og ansvarsområder, og de ansatte kan oppleve det som vanskelig å vite hvilken leder de skal forholde seg til. Ansatte kan oppleve lojalitetsproblemer, press på tvers, frustrasjon og forvirring. Hvem skal bestemme ved uenigheter, er det den nærmeste leder i klinikken eller er det en prosjektleder?

Det er krevende å arbeide i en matriseorganisasjon. De ansatte må ha både vilje og evne til å samarbeide. Arbeidet er tidkrevende, det er mange møter, det oppstår endringer i oppgaver underveis, det dukker opp nye kollegaer som trenger opplæring og oppfølging og det oppstår lett konflikter som krever håndtering. Samarbeidet er helt avhengig av god horisontal kommunikasjon mellom de formelle organisatoriske enhetene. Dette kan være utfordrende ikke bare fordi man må krysse formelle grenser, men fordi de ulike enhetene kan ha ulik kompetanse og utdanning og dermed også ulik kultur, og det er mennesker man ikke kjenner så godt som ens egne nære kollegaer (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

### ***2.3.5 Trinn 5: Bemyndige ansatte slik at de kan handle i tråd med visjonen***

Hvis man har fullført trinn 1-4 har man allerede sørget for rikelig med makt for å kunne gjennomføre endringer. Meningen med dette femte trinnet er å bemyndige majoriteten av de ansatte til å handle slik at hindringer til at endringen kan implementeres fjernes (Kotter, 2012). Jo flere som involveres, dess bedre (Kotter, 1995). Kotter viser til flere hindringer som er særdeles viktig å gjøre noe med. Først handler det om manglende vilje til å gjøre nødvendige strukturelle endringer i organisasjonen. Deretter handler det om at ansatte får ikke nok informasjon og øving til å bli trygg på det nye. De får ikke bygget opp sin kunnskap. Mangelen på ferdigheter fører til trøtthet og frustrasjon. Gamle vaner og innbakte rutiner returnerer. En av feilene man begår er å undervurdere tiden det tar å endre holdninger, vaner, arbeidsmåter og rutiner (Kotter, 2012).

Når det å skape pasientens helsetjeneste ligger til grunn i planleggingen av nytt sykehusbygg, betyr det som sagt i innledningen, at organisatoriske endringer er nødvendig. En planlagt og hierarkisk endring er en endring som er resultat av rasjonelle handlinger hvor man endrer organisasjonen for å forbedre situasjonen eller for å tilpasse seg en situasjon man tror vil oppstå. Man tilpasser organisasjonen til forandringer i omgivelsene. Endringene vil føre til at interne maktforhold i organisasjonen endres og at forholdet til omgivelsene endres (Jacobsen & Thorsvik, 2013). For å forstå utfordringene på dette trinnet må man forstå hva som kjennetegner organisasjonsstrukturen og organisasjonskulturen, spesielt i sykehus, og hvordan samspillet med omgivelsene fungerer.

#### *Organisasjonsstruktur*

Jacobsen og Thorsvik (2013) definerer en organisasjon som «et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål» (s. 18). Det er organisasjonens struktur som definerer 1) hvordan arbeidsoppgaver skal fordeles, grupperes og koordineres, 2) hvordan beslutningsmyndighet skal fordeles mellom ledere og

medarbeidere i organisasjonen. Ulike organisasjoner har derfor ulike former for struktur. Henry Mintzberg har utviklet en modell hvor han viser til at organisasjoner består av 5 hoveddeler; 1) Den operative kjerne, 2) Mellomledelsen, 3) Toppledelsen, 4) Teknostruktur og 5) Støttestruktur. Et sykehus er et profesjonelt byråkrati som kjennetegnes ved at de ansatte i den operative kjernen er tildelt mye beslutningsmyndighet og handlefrihet fordi de som profesjonelle best vurderer hvordan arbeidet bør utføres. Det er vanlig at sykehus er inndelt i avdelinger etter spesialisering innen medisinen. Fordelen er at denne delegeringen av beslutningsmyndighet sikrer godt faglig arbeid og raskere problemløsning og saksbehandling. Ulempen er at det lett oppstår konflikter mellom faggruppene som kan føre til samarbeidsproblemer og styringsproblemer (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Dette kan gjøre seg gjeldende i medvirkergruppen men også i fagmiljøet når endringer skal implementeres.

### *Organisasjonskultur*

Organisasjonens kultur har like stor betydning som organisasjonens struktur for hvordan organisasjonen fungerer. Kultur og struktur henger sammen, de påvirker hverandre gjensidig, og kan av og til være vanskelig å skille fra hverandre. Jacobsen og Thorsvik (2013) bruker Edgar Scheins definisjon av organisasjonskultur.

*«Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antagelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon - som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene» (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 130).*

Strand (2007) gir en enkel, men illustrerende forklaring på organisasjonskultur med «Måten vi alltid har gjort ting på her» (s. 185). Kulturen ligger «inne i hodet» til medlemmene av organisasjonen og kan deles inn i tre nivåer som gjensidig påvirker hverandre. De tre nivåene er:

#### 1) Grunnleggende antakelser

Grunnleggende antakelser er noe man tar for gitt. Det er oppfatninger eller meninger som blir en "sannhet" gjennom felles fortolkning og som den enkelte selv ikke er seg bevisst.

#### 2) Verdier og normer

Verdier er idealer om hva som er ønskelig og godt, hva som verdsettes, og hva man ønsker å fremme og ivareta. Normer er regler, prinsipper og retningslinjer man forventes å følge og

sier noe om hva som er passende adferd. Regelverk, rutiner og profesjonsetiske retningslinjer er eksempler på formaliserte normer i en organisasjon.

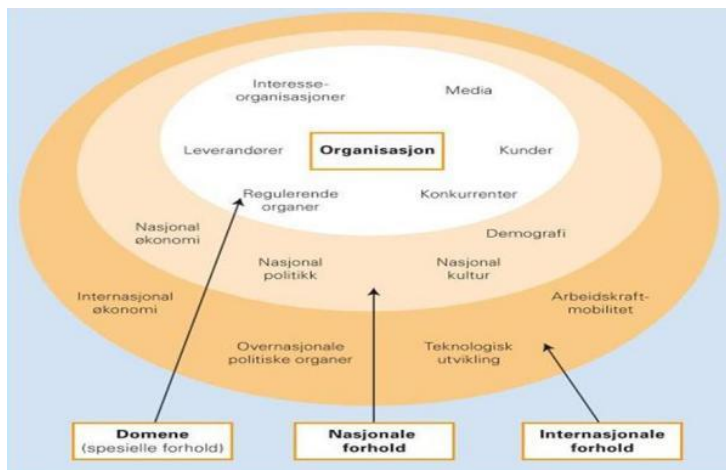
### 3) Artefakter

Artefakter er de observerbare uttrykkene for kultur. Grunnleggende antakelser, verdier og normer uttrykkes gjennom artefakter. Symboler er artefakter som er tolket og tillagt en mening. For å forstå disse artefaktene, må de tolkes. Det er viktig å være klar over at ulike individer tolker artefakter ulikt. Artefakter i organisasjoner kan deles inn i tre hovedgrupper; Det mennesket sier, det mennesket gjør og fysiske gjenstander (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Innenfor sykehuset er det flere subkulturer, hvor legenes kultur og sykepleiernes kultur er viktigst. På noen områder er de ulike, tidvis motsetningsfylte, men på samme tid er de komplementære. Kulturer i sykehus kan ifølge Strand ikke endres radikalt og bare gradvis. Spesielt i legegruppene er det stor motstand mot innføring av styringssystemer som utfordrer profesjonelle vurderinger (Strand, 2007). Orvik vektlegger at ulike kulturer kan utfylle hverandre og bidra til at organisasjonen når sine mål, men ofte skaper subkulturer spenninger og konflikter i organisasjonen. «Subkulturer kan skape en form for egoisme, der avdelinger og profesjoner blir seg selv nok» (Orvik, 2004, s. 61). Dette er en utfordring når en medvirkergruppe som er satt sammen av ansatte fra ulike faggrupper og fra ulike fagmiljøer. Mens Strand (2007, s. 198) sier «Kulturen holder strukturen på plass», sier Inger-Johanne Pettersen «Kulturen spiser struktur til frokost» (forelesning Tromsø 08.02.17). Disse uttalelsene sier oss noe om hvordan organisasjonskulturen kan være en hindring når man ønsker å tenke nytt og annerledes i planleggingen av et nytt sykehusbygg.

### *Omgivelsene*

Alle organisasjoner er avhengig av omgivelsene, fordi man er avhengig av ressurser, oppslutning og legitimitet fra omgivelsene for å overleve. Jacobsen og Thorsvik (2013) definerer omgivelser som «Alle forhold utenfor en organisasjon som kan ha en potensiell effekt på organisasjonens effektivitet og legitimitet» (s. 199) og deler inn omgivelsene i ulike nivå (figur 3). I planlegging av nytt sykehusbygg må man forholde seg til de fleste av omgivelsesfaktorene som er angitt i figuren under. Nasjonale forhold som lover, politikk, kultur og økonomi er med og regulerer arbeidet til en medvirkergruppe. Det er også pasienter og deres brukerorganisasjoner blant annet gjennom representanter i styringsgruppene. Teknologisk utvikling og trender vil også ha betydning for de valg man gjør.



Figur 3 Omgivelser i ulike nivå (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 200)

### *Motstand mot endring*

Før man velger endringsstrategi bør man være klar over hvorfor motstand til endringer oppstår og finne ut hvordan man kan påvirke personer og/eller situasjoner slik at det blir lettere å gjennomføre endringer. Denne motstanden vil i mange tilfeller oppstå fordi den enkelte forsvarer noe som er kjent og som en opplever som godt og riktig. Det kan derfor være ulike grunner til at motstand mot endring oppstår, blant annet frykt for det ukjente (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Motstand mot endring kan være viktig for å få frem informasjon og innspill som endringsagentene ikke har tenkt på. Men motstanden kan også være destruktiv for eksempel i tilfeller der grupper kjemper for sine særinteresser i stedet for å se på organisasjonens beste. Jacobsen og Thorsvik (2013) trekker frem noen råd for hvordan endringsagenter bør håndtere motstand mot endring. Disse er:

- Tidlig og saklig informasjon om hva som er situasjonen og hvorfor endringene er nødvendige
- Involvere medarbeidere i beslutningsprosesser
- Være tilstede på arbeidsplassen for å utvikle positive relasjoner og bygge tillit
- Prosedural rettferdighet når tiltak skal gjennomføres
- Utnytte behov og forventninger hos medarbeidere som vil bli berørt av endringene og gjennom kommunikasjon fremme en erkjennelse av at man har sammenfallende interesser i at endringen blir vellykket

Kotter presiserer viktigheten av en tidlig, ærlig dialog med ansatte, spesielt ledere eller andre nøkkelpersoner, som ikke viser villighet til å gjøre nødvendige endringer. Ledere som

underminerer og tviler på visjonen kan føre til at ansatte gir opp og går tilbake til gamle måter å gjøre ting på. Hvis dialog ikke nytter, må disse oppløses eller fjernes (Kotter, 2012).

### **2.3.6 Trinn 6: Skape synlige, kortsiktige og oppnåelige resultater.**

Enhver endringsprosess må sørge for synlige resultater underveis, og de må ikke være for ambisiøse. Spesielt gjelder det endringsprosesser som går over flere år. Dette vil øke prosjektets kredibilitet. Det handler om at de som blir berørt av endringen, både kollegaer og ledelse, skal få synlige bevis på at endringen vil ha effekt, og at det de ofrer underveis vil lønne seg. Kanskje vil det også gjøre det vanskeligere å legge hindringer i veien for endringsprosessen, om mulig også øke mengden tilhengere. Gruppen som leder endringsprosessen får positiv tilbakemelding på jobben de gjør og det kan være med å øke moralen og motivasjonen i gruppen. Resultatene underveis kan også gi gruppen en pekepinn på om visjonen og strategien deres er rett eller om den må justeres (Kotter, 2012).

Når man planlegger et sykehusbygg, vil det ta år mellom planleggingsfasen og at bygget er klart til å tas i bruk. Det innebærer at det tar lang tid før en ser det endelige resultatet av jobben en gjør i medvirkergruppen. Slik vi forstår Kotters sjette trinn i sammenheng med medvirkningsprosessen, er det da viktig å legge opp til synliggjøring av resultater underveis. Eksempler på det kan være tegninger av ferdig møblerte rom eller en presentasjon av det utstyret som har vunnet anbudsrunderne. Dette er konkrete resultater som er basert på anbefalinger fra medvirkergruppen og som kan presenteres fagmiljøene etter hvert som de tar form. Tilbakemeldinger fra fagmiljøene kan gi motivasjon til videre innsats, men også synliggjøre behov for justeringer i visjon og strategi.

### **2.3.7 Trinn 7: Konsolidere endringene slik at de utløser enda flere forandringer.**

Systemer, strukturer og policy som ikke passer sammen med den nye endringsvisjonen, må endres. En endring i en del av organisasjonen vil føre til behov for endring i andre deler av organisasjonen (Kotter, 2012). Kotter sier videre at det er viktig å feire oppnådde mål, men man må ikke erklære seier for tidlig. Det tar årevis å befeste nye holdninger og arbeidsmåter, og hvis man ikke holder fokus på fortsatt endring kan man fort falle tilbake til gammelmåten å gjøre ting på. Han presiserer også at godt lederskap som evner å tenke langsiktig, er essensielt for å lykkes med dette trinnet.

Når man i planleggingen av et nytt sykehusbygg følger politiske retningslinjer og faglige anbefalinger og velger nye løsninger i det nye bygget, vil dette gi ringvirkninger. Vi vil vise hvordan vi forstår Kotters trinn 7 gjennom et eksempel. Ny intensivavdeling skal bygges med bare enerom, i motsetning til den gamle avdelingen som har flere senger per rom. For



medvirkergruppen får dette betydning når de gjelder møblering av rommene og hvilket utstyr man trenger. Medvirkergruppen må ta stilling til hvor sykepleiernes arbeidsstasjoner skal plasseres og om det skal være dør mellom rommene. Når intensivavdelingen tas i bruk forutsettes det helt nye arbeidsmåter fordi strukturen er endret. Det må kanskje ansettes flere sykepleiere. Det er dobbelt så store arealer for renholderne å vaske. Enerommene gjør at pårørende kan være tilstede i større grad enn tidligere. Det nytter ikke å bare rope hurra for enerom og ferdig med det. Det vil ifølge Kotter (2012) være katastrofalt. Det tar lang tid å befeste endringene, spesielt før nye tenkemåter, holdninger og arbeidsmåter blir en del av kulturen.

### **2.3.8 Trinn 8: Forankre nye tilnæringsmåter i kulturen**

Endringer har befestet seg når de har blitt en del av organisasjonskulturen eller av «slik gjør vi det her» (Kotter, 1995). Nye måter å tenke og gjøre ting på og nye verdier og normer må erstatte tidligere praksis. Kulturen i en organisasjon endres ikke av seg selv. Ledere har et spesielt ansvar for å synliggjøre sammenhengen mellom endringene og organisasjonens resultat og suksess. Først da vil folk forstå at nye tilnæringer, handlemåter og holdninger har betydning for deres arbeide og kulturen vil endres og forankres (Kotter, 2012).

Vi fortsetter med eksemplet om enerom på intensivavdelingen, for å vise hvordan vi forstår Kotter. Det er særdeles viktig å holde fokus på hvordan enerom og de endringene som enerom medfører, øker kvaliteten på pasientbehandlingen og forbedrer forholdene både for pasienten, pårørende og de ansatte. Denne sammenhengen er viktig for å integrere nye arbeidsmåter og holdninger i kulturen, og at man ikke skal falle tilbake til det gamle. Dette er nok spesielt utfordrende den dagen man tar i bruk nye lokaler og nytt utstyr, og setter de nye arbeidsmåtene i verk. Kulturen endrer seg ikke over natta og lar seg ifølge Kotter (2012) ikke enkelt manipulere.

Forståelse for eksisterende kultur er en fordel i de første trinnene når man skal synliggjøre behovet for endring, etablere en gruppe med makt nok til å gjennomføre endringene og definere visjoner og så videre, men det meste av kulturendring skjer ikke før i slutten av prosessen. Kotter (2012) forklarer det med at holdninger og væremåter endres tidlig i endringsprosessen, og er nødvendig for å finne frem til nye gode løsninger, men de forankres ikke i kulturen før i slutten av prosessen. Deltakerne i medvirkergruppene som er med å foreslå løsninger og fremme beslutninger om endringer, har et spesielt ansvar underveis i prosessen for å gjøre kollegaer kjent med de nye løsningene og hva det fordrer av endringer.

Vi tenker at dette skaper en følelse av eierskap til det nye bygget ute i fagmiljøet og bidrar til kulturendringen som må komme når bygget skal tas i bruk.

#### **2.4 Oppsummering teori**

Med den presenterte teorien som rammeverk lager vi oss noen temaer som representerer vår forståelse av teorien og som vi mener er nøkkelpunkter for å forstå medvirkningsprosessen. Disse temaene brukes for å utarbeide intervjuguiden og det er gjennom disse temaene vi presenterer vår data i empirikapittelet, da plassert under de ulike trinnene i Kotters (2012) modell for vellykket endring.

Under trinn 1 *Etablere en følelse av nødvendighet* fokuserer vi på ansattes opplevelse av viktigheten med medvirkning og motivasjon for deltakelse. Trinn 2 *Danne en gruppe med makt nok til å lede endringsprosessen* handler om forståelse av funksjon, oppgaver og rolle i fokus, sammen med gruppens kompetansesammensetning. Trinn 3 *Utvikle en visjon for endring og strategi for hvordan visjonen skal nås* omhandler tilrettelegging for deltakelse, engasjement, samarbeid i gruppen og håndtering av uenigheter. I trinn 4 *Formidle visjonen og strategien for endring* er tema samarbeid med eget fagmiljø og med prosjektledelse og rådgivere. Trinn 5 *Bemyndige ansatte slik at de kan handle i tråd med visjonen* omhandler nytenkning, standardisering og detaljnivå og lokal kunnskap, mens vi i trinn 6 *Skape synlige, kortsiktige og oppnåelige resultater* har fokus på hvorvidt gruppens råd ble hensyntatt i beslutningsprosessene, opplevd eierskap og ansvar.

### 3.0 Metode

I vår masteroppgave studerer vi medvirkningsprosessen ved planleggingen av Nye Kirkenes sykehus og A-fløya i Tromsø og hvordan ansatte opplever å delta i medvirkergrupper. Med bakgrunn i deres erfaringer prøver vi å komme frem til tiltak som kan være nyttige for å kunne legge til rette for ansattes medvirkning. For å belyse våre forsknings spørsmål intervjuer vi ansatte og rådgivere som har deltatt i medvirkergrupper ved de to sykehusene. I tillegg går vi gjennom sekundærdata i form av dokumenter som omhandler medvirkning i planlegging av nye sykehus generelt og medvirkningsprosessene ved de to sykehusene spesielt.

#### 3.1 Forskningsprosessen

Arbeidet med forskningsprosjektet og masteroppgaven gjennomføres etter milepælsplanen gjengitt i tabellen under.

16.02.18	20.02.18	12.03.18	20.03.18	16.04.18	16.05.18	29.05.18	18.06.18	20.06.18
Intervju-guide utarbeidet	Pilotintervju gjennomført	Intervju-guide revidert	Gjennomført alle intervjuer	Data/empiri bearbeidet, kategorisert og fremstilt	Analyse av empiri gjennomført	Fremlegg av oppgaven på Island	Sluttføre oppgaven	Innlevering

Tabell 1 Milepælsplan

#### 3.2 Forskningsdesign

«Fenomenologi tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av den dypere mening i enkeltpersoners erfaringer» (Thagaard, 2003, s. 36). Vi har i vårt prosjekt et ønske om å forstå fenomenet medvirkning gjennom de ansattes opplevelse og forståelse av medvirkningsprosessen de har deltatt i. Vi velger derfor å gjennomføre våre undersøkelser med kvalitativ metode gjennom en fenomenologisk tilnærming (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2010).

Basert på Jacobsen og Thorsviks (2013) perspektiver på endringsledelse og Kotters (2012) åtte trinn for vellykket endringsledelse og vår egen erfaring med medvirkningsprosessen utformer vi spørsmål til intervjuguiden. Rekkefølgen på spørsmålene i intervjuguiden følger ikke rekkefølgen på Kotters åtte trinn. Intervjuguiden ordnes for å få til en naturlig flyt i samtalen under intervjuet, men under gjennomføring av intervjuene ser vi at vi hoppet litt frem og tilbake ut fra informantens initiativ. Fordelen med et semistrukturert intervju er at forskeren kan følge informantens fortelling, men likevel sørge for å få informasjon om de temaene som er fastlagt i utgangspunktet (Thagaard, 2003).

Vi gjennomfører først ett pilotintervju. Erfaringene fra dette resulterer i at vi endrer noe på ordlyden i spørsmålene i intervjuguiden. Målet er å få den mer tilpasset vårt behov for å få

svar på våre forskningsspørsmål. Vi lager to versjoner av intervjuguiden, en til de interne medvirkerne og en tilpasset de eksterne rådgiverne (vedlegg 1 og 2). Vi velger å sende ut intervjuguiden på forhånd. Det begynner å bli noen år siden medvirkningsprosessene startet. Derfor mener vi at det vil være en fordel at informantene får forberedt seg på spørsmålene og mulighet til å hente frem erfaringene og tankene fra hukommelsen. Deretter gjennomfører vi syv semistrukturerte intervju. De UNN-ansatte blir intervjuet på UNN, mens de ansatte i Kirkenes og de eksterne rådgiverne blir intervjuet via Skype. Siden en av oss har vært klinisk rådgiver og derfor involvert i arbeidet til medvirkergruppene på UNN bestemmer vi oss for at hun skal sitte i bakgrunnen og gjøre notater mens den andre gjennomfører alle intervjuene. Vi gjør lydopptak av alle intervjuene som vi transkriberer selv.

	Dato	Varighet
Informant 1 Medvirker (pilot)	21.02.18	38 minutter
Informant 2 Medvirker	05.03.18	51 minutter
Informant 3 Medvirker	20.03.18	58 minutter
Informant 4 Medvirker	09.03.18	49 minutter
Informant 5 Medvirker	12.03.18	78 minutter
Informant 6 Medvirker	12.03.18	42 minutter
Informant 7 Rådgiver	12.03.18	46 minutter
Informant 8 Rådgiver	12.03.18	50 minutter

Tabell 2 Intervjuplan

Dataene fra intervjuene struktureres ved hjelp av fargekoding og settes inn i en tabell med utgangspunkt i Kotters åtte trinn. I følge Johannesen et al (2010) kan man bruke koding for å avdekke og organisere de meningsfulle utsnittene og det bidrar til å redusere og ordne datamaterialet. Hensikten er at det skal bli lettere å analysere det. Vår erfaring er at denne fargekodingen gir oss en god oversikt over datamaterialet og gjør både fremstilling av empirien og analysen enklere.

Vi får fra prosjektledelsen i både Kirkenes og Tromsø tilsendt diverse dokumenter, planer og mandater som omhandler medvirkningsprosessen. Denne dokumentasjonen må regnes som sekundærdata (Johannesen et al., 2010). Disse går vi gjennom, sammenstiller og presenterer i empirikapittelet. Vi finner at grunnlagsdokumentene og mandatene er tilnærmet lik på begge steder, som nok har sin naturlige forklaring i at det er samme rådgivningsfirma som har utarbeidet dokumentene. Denne sekundærdataen er med på å gi et større forståelsesgrunnlag for den primærdata vi samler inn gjennom intervjuene, og er dermed med på å støtte opp om resultatene.

### **3.3 Vitenskapelig perspektiv**

Fenomenologi åpner for forskning hvor den daglige opplevde erfaring og dagligspråket står i sentrum. Fenomenologi gir grunnlag for det Kari Martinsen (1996) kaller «kjærlig forskning».

Som sykepleiere har vi nok begge en draging mot kunnskap som er basert på erfaringer. Det er gjerne menneskers opplevelse og erfaring vi ønsker å undersøke og få mer kunnskap om.

Med bakgrunn i den erfaring vi selv har fra medvirkningsprosessen har vi en forforståelse som vi bringer med oss inn i møtet med informantene og som ligger som en ramme for det vi forstår og tolker ut av informantenes narrativer. Vår felles sykepleiefaglige bakgrunn med de ansatte vi intervjuet, har også betydning for hva vi hører, forstår og tolker og hvilke meninger vi i legger narrativene. Vi møter et fenomen, en tekst eller andre mennesker med forutinntatte holdninger og meninger. «Det er forutsetninger vi bringer med oss i møte med verden, en *forforståelse* som avgjør hva slags mening vi finner i teksten eller handlingen» (Johannessen et al., 2010, s. 172). Det handler om hvordan vi forstår den andre. Disse forutsetningene, eller som Gadamer ifølge Fjelland og Gjengedal (1995) kaller fordommer, kan være både negative og positive. Negative fordommer kjennetegnes ved at de er rigide og uforanderlige, mens de positive fordommene kjennetegnes ved at de kan forandres gjennom ny kunnskap (Fjelland & Gjengedal, 1995). Vi har en bevisst forforståelse om at ansattes medvirkning er viktig og nødvendig i planlegging av nye sykehusbygg. Vi har også en formening om at en av de viktigste grunnene til dette er nødvendigheten av å få inn lokal kunnskap. Som vi skal se senere i oppgaven blir vi etter få intervjuer klar over at lokal kunnskap er viktig, men kanskje ikke av størst betydning i denne planleggingsfasen. Vår forforståelse endrer seg underveis fordi vi gjennom intervjuene får ny kunnskap og ny forståelse. Med bakgrunn i denne nye kunnskapen kan vi justere oss inn underveis og stille spørsmålet på en annen måte for å få en mer reell innsikt i informantenes opplevelse av dette temaet, noe som vi vurderer er en styrke ved å bruke den metoden vi har valgt.

### **3.4 Utvalg av informanter**

Nye Kirkenes Sykehus og A-fløya på UNN Tromsø er de siste byggeprosjektene i Helse Nord og er klare til innflytting under vår prosjektperiode. Prosjektorganisasjonen er fremdeles i drift og kan være behjelpelig. Vi velger derfor å rekruttere informanter herifra. På grunn av egen deltakelse i A-fløy-prosjektet og vår nærhet til aktuelle informanter i Tromsø, er det viktig for oss å også intervju medvirkere fra et annet prosjekt. Først og fremst er dette begrunnet i behovet for å styrke studiens reliabilitet, men det vil også gi oss mulighet til å undersøke om det er noen forskjeller i medvirkningsprosessen mellom de to stedene.

Medvirkergruppene har en leder og flere medlemmer. Det er leid inn eksterne rådgivere til de ulike planleggingsfasene, og disse samarbeider tett med medvirkergruppene. For å få flere perspektiver på medvirkningsprosessen mener vi det er hensiktsmessig å intervju både

rådgivere, gruppeledere og medlemmer fra medvirkergruppene i byggeprosjektene, både i Kirkenes og i Tromsø. Vi gjør dermed et strategisk utvalg (Johannessen et al., 2010). Informantene fra medvirkergruppene i Kirkenes og Tromsø har alle sykepleiefaglig bakgrunn. Dette er ikke et strategisk valg vi tar, men det kan nok heller ikke kalles tilfeldig da vi på forhånd er klar over at de fleste medvirkerne og gruppelederne har sykepleiefaglig bakgrunn. Samtidig er ikke fagbakgrunn et kriterium når vi rekrutterer informanter.

Før vi går i gang med intervjuene innhenter vi tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen hos sykehusledelsen ved begge sykehusene (vedlegg 3 og 4). Prosjektet er også godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk senter for forskningsdata AS (vedlegg 5).

Vi får hjelp av klinikkledelsen i Kirkenes til å sette oss i kontakt med aktuelle informanter. I Tromsø kjenner vi til alle som har deltatt i medvirkergruppene, så her tar vi direkte kontakt med informantene. Alle de forespurte informantene svarer ja til å delta. Informantene er informert muntlig og skriftlig om hensikten med studien, hvordan vi tenker å bruke informasjonen fra intervjuet, om konfidensialitet og at de når som helst kan trekke seg fra studien. De skriver alle under på samtykkeerklæring (vedlegg 6).

Forholdene ved de to sykehusene er relativt små. De involverte i medvirkningsprosessene, ansatte og ledere ved de aktuelle avdelingene vet hvem som har deltatt i medvirkergruppene. Det er derfor en stor utfordring å ivareta konfidensialiteten til informantene. Vi velger derfor å ikke presentere informantene mer inngående. Vi bruker benevnelsen Informant 1-8 og selv om vi har informanter av begge kjønn, velger vi å si «hun» om alle. Posisjon og rolle har betydning for forståelsen, derfor skiller vi mellom medvirkere og rådgivere. Under avsnittet «lokal kunnskap» i kapittel 4.3.5 angir noen av sitatene geografisk plassering. I et forsøk på å opprettholde informantenes anonymitet lar vi derfor noen informanter stå uten nummer i dette avsnittet.

Mens vi jobber med de data vi samler inn, ser vi at det er lite forskjeller mellom de to sykehusene når det gjelder informantenes opplevelse av medvirkningsprosessen. Derfor velger vi å presentere det som ett case. Det gir oss også bedre mulighet til å ivareta konfidensialiteten. Noen få ganger vil vi under presentasjonen av empirien skille mellom de to stedene, enten fordi det faller naturlig eller fordi det har betydning for forståelsen.

### **3.5 Validitet og reliabilitet**

Validitet handler om hvorvidt det er samsvar mellom fenomenet som undersøkes og operasjonaliseringen. Sagt på en annen måte: har resultatet fra undersøkelsen relevans for det fenomenet du undersøker? Reliabilitet handler om påliteligheten til våre data; hvilke data som brukes, hvordan de samles inn og hvordan de bearbeides (Johannessen et al., 2010).

#### *Validitet*

Vi har utviklet intervjuguiden med utgangspunkt i organisasjonsteori og teori om endringsledelse. Dette styrker validiteten. En styrke i vår undersøkelse er nærheten både vi og informantene våre har til feltet vi undersøker. Vi har en kompetanse og en begrepskunnskap bygget opp gjennom en felles erfaring med medvirkningsprosesser som gjør det lettere for oss å forstå informantene. At forskeren har kjennskap til miljøet som studeres kan både være en styrke og en begrensning (Thagaard, 2003). Vår nærhet til miljøet og forforståelse kan gjøre oss blind for informantenes forståelse og ha betydning for hvordan vi tolker dataene, og dermed også ses på som en svakhet med undersøkelsen. Et konkret eksempel fra vår oppgave er ulik forståelse av begrepet klinikk. Når vi bruker klinikk i vår intervjuguide mener vi fagmiljøet blant de ansatte som jobber pasientnært. Når vi går gjennom intervjuene ser vi at flere har en annen forståelse av begrepet og ofte svarer med referanser til egen klinikkledelse. Når vi analyserer dataene bruker vi derfor begrepet fagmiljø eller istedenfor klinikk.

Jacobsen (2005) skriver at en gylden regel er at informasjon fra flere uavhengige kilder gir en gyldig beskrivelse av fenomenet. Det at vi intervjuer åtte uavhengige personer fra to ulike byggeprosjekt kan således være med å øke validiteten av vår undersøkelse. Jacobsen sier også at man kan gjøre en gyldighetstest ved å sjekke egne konklusjoner opp mot andre undersøkelser. Vi finner ikke noen tilsvarende undersøkelser, og har dermed ikke denne muligheten. Derimot øker vi validiteten til vi vår undersøkelse ved å sende sitatene vi velger ut til informantene og ber om en tilbakemelding og godkjenning for å bruke dem. Alle godkjenner sitatene, noen med forbehold om at vi endrer litt på innhold og språk for å gjøre dem mer forståelig. Vi imøtekommer dette med å bruke de endringer vi får tilsendt. En ber om at vi fjerner to sitater som hun ikke kjenner seg igjen i. Dette imøtekommer vi også. I følge Jacobsen handler dette om autentisitet – virker funnene sanne og realistiske for dem det angår? (Jacobsen, 2005)

#### *Reliabilitet*

Vi har begge samarbeidet i medvirkergruppene med informantene fra Tromsø og den ene eksterne rådgiveren. En av oss har deltatt i gruppeledermøtene sammen med de andre

gruppelederne og den andre av oss har vært klinisk rådgiver for alle medvirkergruppene. Denne nærheten har betydning for reliabiliteten spesielt i form av at de svarene som informantene gir oss kan være farget av dette. Informantene kan føle at de må legge bånd på seg og ikke tør å være helt ærlige, fordi det innbefatter kritikk av en av oss. Dette er vi oppmerksom på fra starten av, og tar noen grep for å redusere påvirkningen. Blant annet har klinisk rådgiver en tilbaketrukket rolle under intervjuene og vi forklarer informantene hvorfor. På den andre siden er det en styrke at vi er to som samarbeider og diskuterer avgjørende beslutninger i forskningsprosessen. I følge Thagaard (2003) styrkes troverdigheten ved at flere forskere deltar i prosjektet. Vi har selv mye kompetanse innenfor medvirkningsprosesser og vi intervjuer personer som har opparbeidet seg en nøkkelkompetanse gjennom erfaring fra medvirkningsprosessene. Derfor antar vi at reliabiliteten er høy.

### ***3.6 Metodekritiske refleksjoner***

En kvalitativ studie med få informanter gir ikke grunnlag for å kunne generalisere. Det betyr at selve metodevalget vårt setter grenser for hvorvidt våre funn og konklusjoner kan overføres til andre sammenhenger. Det betyr ikke at våre funn ikke kan ha relevans i andre sammenlignbare sammenhenger. De funn vi presenterer kan bidra til å øke forståelsen for ansattes medvirkning, og belyse hvilke områder man kan tilrettelegge bedre for å sikre ansattes medvirkning i planlegging av nye sykehusbygg. De funn vi gjør om ansattes medvirkning kan undersøkes videre i ny forskning. Slik kan teoretisk generalisering bidra til å generere ny forskning (Thagaard, 2003)

Selv om vi konsentrerer oss om de «ferskeste» utbyggingsprosjektene i Helse Nord RHF, er det flere år siden medvirkningsprosessene foregikk. Vi opplever at noen av informantene under intervjuet synes det er vanskelig å huske detaljer, spesielt når vi ber om konkrete eksempler. Det kan bety at vi ikke får tilgang til all relevant data, samtidig tenker vi at det som dukker frem i hukommelsen kanskje er det mest relevante. På grunn av dette tidsperspektivet, vurderer vi det som en styrke at informantene fikk sett gjennom intervjuguiden på forhånd.

Det ville vært en styrke om vi hadde intervjuet noen med annen fagbakgrunn enn sykepleierne. Vi tenker spesielt på legene, fordi våre informanter opplever deres fravær i prosessen som problematisk. Det hadde også vært en styrke å få arkitektenes perspektiver på konfliktene som våre informanter beskriver.



## **4.0 Empiri**

Vi innleder med å gjøre rede for kontekst gjennom casebeskrivelser og sekundærdata.

Deretter vil vi presentere data vi har samlet gjennom intervjuer.

### **4.1 Casebeskrivelse**

#### *Nye Kirkenes Sykehus (NKS)*

Kirkenes sykehus er et lokalsykehus som gir somatiske og psykiatriske tjenester til befolkningen i Øst-Finnmark. Dagens sykehus holder til i bygninger fra 1955 som har blitt påbygd og ombygd flere ganger. Dette resulterte etter hvert i dårlig intern logistikk og lite effektiv utnyttelse av personell. Behovet for oppgradering av sykehuset i Kirkenes er godt dokumentert i ulike rapporter opp gjennom årene. Nye Kirkenes sykehus skal ivareta nasjonale og regionale helsepolitiske føringer. Samfunnsmålet er å sikre langsiktige løsninger for å oppnå et helsemessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt sykehusstilbud til befolkningen samlet sett (Helse Finnmark HF, 2013). Nye Kirkenes sykehus er ca 20.000 kvm i areal med en kostnadsramme på ca 1.6 mrd kroner. Det var planlagt ferdigstilt sommeren 2017. Av ulike årsaker er bygget fortsatt ikke tatt i bruk.

#### *A-fløya UNN Tromsø*

UNN Tromsø er et universitetssykehus med regionalfunksjon for hele Nord-Norge i tillegg til lokalsykehusfunksjon. Dagens sykehus ble tatt i bruk i 1992. Siden den gang har det vært gjennomført ombygginger og tilpasninger for å kunne ivareta behandlingstilbudet.

Målsettingen med utbygging av den nye A-fløya er å styrke universitetssykehusets posisjon som landsdelens helsefaglige spydspiss og som et sykehus som er ledende på nasjonalt plan innenfor utvalgte fagområder. Dette oppnås ved å styrke og bygge ut viktige funksjoner for diagnostikk, behandling, undervisning og forskning ved UNN Tromsø (Helse Nord RHF, 2012). Ny A-fløy er ca 22.000 kvm, med en kostnadsramme på ca 1.6 mrd kroner. A-fløya er planlagt ferdigstilt høsten 2018. Innflytting er begynt og bygget skal være ferdig innflyttet i begynnelsen av september 2018.

### **4.2 Organisering av medvirkningsprosessen i A-fløya Tromsø og Nye Kirkenes Sykehus**

Medvirkningsprosesser kan optimaliseres ved å klargjøre roller og ansvar, benytte riktige planleggingsverktøy, og forberede fasilitering og gjennomføring av prosessene (Helsedirektoratet, 2011). Både i Kirkenes og i Tromsø ble det avholdt oppstartsmøter for medvirkergruppene for å forberede dem på oppgaver, roller og forventninger.

Medvirkningsprosessen er veldig likt organisert i Kirkenes og Tromsø. Årsaken kan nok være

at samme rådgiverfirma er engasjert tidlig inn i begge prosjektene. Rådgiverfirmaet utarbeider grunnlagsdokumenter som mandater og prosessbeskrivelser til begge prosjektene, med utgangspunkt i Tidligfaseveilederen (Helsedirektoratet, 2011). Rådgiver som har vært engasjert som prosjektleder har ansvar for å planlegge og gjennomføre møtene i medvirkergruppene, mens gruppeleder har ansvar for arbeid mellom gruppemøtene.

Det er viktig med et tydelig mandat for alle som deltar i medvirkningsprosesser. Mandatene til medvirkergruppene både i Kirkenes (vedlegg 7) og i Tromsø (vedlegg 8) ivaretar momentene som Tidligfaseveilederen (2011) beskriver:

*«Mandatet bør ha fokus på gruppens praktiske oppgaver og arbeidsmåte, gruppens rådgivende status, at deltakerne skal bidra med helhets- og framtidsrettet fokus, og i tillegg til egen kompetanse, at medlemmene rådfører seg med andre i virksomheten, avklarer prinsipielle forhold i egen "linje", og fører informasjon tilbake til de man representerer». (Helsedirektoratet, 2013, s. 13)*

Medvirkningen skal være en del av alle fasene i planlegging av sykehusbygg (Helsedirektoratet, 2011). Medvirkningsprosessene går derfor over flere år.

Tidligfaseveilederen sier at:

*«Gode prosesser vil øke kvaliteten på den kunnskap og informasjon som er nødvendig for å utvikle et godt prosjekt, og samtidig unngå at unødig personellressurser trekkes ut fra pasientbehandlingen og den ordinære driften av sykehuset» (Helsedirektoratet, 2011, s. 30).*

Antall medvirkergrupper avhenger av prosjektets størrelse, men det er viktig at man i sammensetningen av gruppen sørger for bred kompetanse fra pasienter, fagfolk og ansatte. Tilstrekkelig forankring i organisasjonen og god idriftsetting når prosjektet er fullført, vektlegges (Helsedirektoratet, 2013). Medvirkergruppene både i Kirkenes og i Tromsø ble organisert ut fra funksjonsområder, men har noen forskjeller på grunn av ulik størrelse på funksjonsområdene og lokal organisering av de ulike funksjonene (se tabell 6).

Medvirkergruppene består stort sett av medlemmer som deltar gjennom hele forprosjektfasen, for å holde på kontinuiteten. Nye Kirkenes Sykehus har 7 grupper med til sammen 54 ansatte og A-fløya Tromsø har 11 grupper med til sammen 110 ansatte.

### Medvirkergrupper Nye Kirkenes Sykehus

Psykisk helsevern og rus	Sengeområde	Poliklinikk og dagbehandling	Medisinsk service	Akuttmottak, Operasjon Sterilsentral	Bygg og ikke-medisinsk service	Felles kontorer og møterom
OTG – Overordna tverrgående gruppe						

### Medvirkergrupper A-fløya Tromsø

Intensiv MIA Tung overvåkning	Dagkirurgi -Operasjon	Dagkirurgi -Dagområde /oppvåkning	Poliklinikker/ prøvetakning	Laboratorie/ blodbank	Radiologi/ intervensjon
Rehabilitering	Ortopedi/plastikkir. poliklinikker	Akuttmottak	Dialyse	Teknisk gruppe	
Tverrgående gruppe					

Tabell 3 Medvirkergrupper Nye Kirkenes Sykehus og A-fløya Tromsø

Medvirkergruppene oppnevnes av klinikkledelsen og består av ledere og vanlige ansatte med ulike relevante fagbakgrunner. I Tromsø er det også oppnevnt en representant fra smittevern i tillegg til en tillitsvalgt og verneombud i alle gruppene. I Kirkenes er ikke disse representert i alle gruppene, fordi de er færre ansatte og det ville gjort det vanskeligere å opprettholde ordinær drift. I tillegg deltar innleide rådgivere som arkitekter, interiørarkitekter og ingeniører på noen møter i ulike faser av prosessen. Verken i Kirkenes eller i Tromsø er det pasienter blant deltakerne i medvirkergruppene. I Kirkenes deltar en representant fra en brukerorganisasjon i den overordna medvirkergruppen, mens i Tromsø må man helt til styringsgruppen for å finne en representant fra brukerorganisasjonene.

Gruppelederne i medvirkergruppene deltar i en overordna tverrgående medvirkergruppe sammen med prosjektledelse og rådgivere. Denne gruppen skal bidra til grensesnittavklaringer og prioriteringer på tvers av medvirkergruppene og til å behandle standardrom. Gruppelederne har også som oppgave å være bindeleddet med prosjektledelsen mellom møtene.

Under Funksjons- og detaljeringsprosjektet legges det i løpet av en to måneders periode opp til 3-4 møter med hver av medvirkergruppene, rådgivere og deltagere fra prosjektledelsen. Tiden før og mellom gruppemøtene brukes til arbeidsmøter med personell fra egen klinikk og/eller andre fagområder som det er naturlig å samarbeide med. Her skal man blant annet svare ut de foreslåtte løsningene som kommer fra rådgiverne. Antall møter varierer avhengig av hvor store oppgaver som skal svares ut. Gruppeleder er ansvarlig for å organisere dette. I tillegg har tverrgående gruppe 3-4 møter. I løpet av en to til tre måneders periode deltar gruppeledere på 12- 15 møter som krever forberedelser og etterarbeid. De øvrige medlemmene deltar ikke i tverrgående gruppe og har derfor noen færre møter. n

### **4.3 Ansattes opplevelse av medvirkningsprosessen**

Gjennom intervjuer med ansatte som deltar i medvirkergrupper forsøker vi å forstå deres opplevelse av medvirkningsprosessen både i planleggingen av Nye Kirkenes Sykehus og av A-fløya. Vi vil nå gi en beskrivelse av dette. De ulike temaene som vi snakker med informantene om er satt inn i rekkefølgen til Kotters (2012) trinn for vellykket endringsledelse. Siden verken bygg eller utstyr er tatt i bruk på det tidspunktet vi gjennomfører intervjuene, har vi ikke noe innhold i de to siste trinnene, trinn 7 og 8, som handler om å konsolidere og forankre endringene i organisasjonen.

#### **4.3.1 Trinn 1: Etablere en følelse av nødvendighet**

Alle informantene er enige om at ansattes medvirkning i planlegging av nye sykehusbygg er viktig. Rådgiverne begrunner viktigheten med at hensikten med de ansattes medvirkning har tre dimensjoner; å få til et godt funksjonelt bygg, å skape eierskap til de løsninger som utarbeides og å gi informasjon ut til organisasjonen. Dette er sammenfallende med hovedmålet for medvirkning beskrevet i tidligfaseveilederen (Helsedirektoratet, 2011).

En av informantene mener at medvirkning ikke bare er viktig, men en dyd av nødvendighet.

*«Vi er nødt til å ha en stemme som brukere for å skape forståelse av at det er et sykehus for pasientene vi skal planlegge, ikke et signalbygg» (Informant 3, medvirker).*

De ansatte er mest opptatt av å få til et funksjonelt bygg, og bidrar inn i prosjektet med sin erfaring og sin kunnskap. Det er de som har kunnskap om hva som bør ligge nært hverandre, hvordan pasientflyten er, hvilket utstyr som skal inn i de ulike rommene og hva som er behovet. Informantene våre sier:

*«Det er de som bruker bygget som vet best» (Informant 2, medvirker).*

*«Andre kan ha byggetekniske kunnskaper, men det er vi på gulvet som vet hva som er bruken av bygget. Det er de ansatte som vet best» (Informant 4, medvirker).*

*«De på gulvet kjenner bygget og hvordan bygget allerede i dag fungerer, så man kanskje kan ha en formening om hva som kan bli bedre, og hva som kan gjøres annerledes. Det er den første grunnen, og at man skal ha et eierforhold til bygget som man kanskje skal jobbe i senere» (Informant 4, medvirker).*

Noen av våre informanter trekker frem betydningen av å få ut informasjon i egen organisasjon. Det oppleves også som viktig at medvirkergruppen er bindeledd mellom prosjektledelsen og fagmiljøet, og en av dem sier:

«...at man har satt en struktur på plass så man kan komme med sine innspill og bekymringer, og forslag» (Informant 2).

### **Motivasjon for deltagelse**

Våre informanter er veldig motiverte for å delta i medvirkergruppene. Motivasjonen ligger i gleden over et nytt bygg og muligheten til å være med å påvirke resultatet. Når vi spør informantene om hva deres motivasjon for deltakelse er, får vi svar som:

*«Oh Yes!...hvis noen vil ha meg med og jeg kan bidra, så skal jeg selvfølgelig bidra med mitt»* (Informant 5, medvirker).

En av informantene mener at den erfaringen hun har fra tidligere er årsaken til at hun ble spurt, mens en annen sier at det er hennes store engasjement og ønske om en ny, moderne og pasientsikker avdeling, pluss hennes lange erfaring som gjør at hun er forespurt. Hun sier:

*«Jeg var ikke for ny og heller ikke så gammel at jeg var på tur ut»* (Informant 6, medvirker).

Informantene uttrykker motivasjon til tross for at deres deltakelse ikke oppleves som helt frivillig. Dette har slik vi vurderer det, en sammenheng med at du som leder må forvente slike oppdrag.

*«Jeg fikk en mail fra min leder med beskjed om at du skal sitte i gruppen – ferdig snakka!»* (Informant 1, medvirker).

*«Jeg tror egentlig det ikke er noe en kan velge. Jeg tror det ville være veldig rart om jeg skulle si nei. Det blir som å si at jeg er leder men jeg har ingen visjoner»*  
(Informant 2, medvirker).

### **4.3.2 Trinn 2: Danne en gruppe med makt nok til å lede endringsprosessen**

For å forstå dette trinnet snakker vi med informantene om hvordan de forstår sin funksjon, oppgave og rolle, samt hvordan de opplever gruppens kompetansesammensetning.

#### **Forståelse for funksjon og oppgave**

Det ble avholdt oppstartseminar i Tromsø og i Kirkenes før medvirkergruppene begynte sitt arbeid. I følge begge rådgiverne er målet med dette seminaret å forberede medvirkerne på prosessen, tidsbruk og rytmen på møtene, på selve oppgavene, og på rollen med tanke på forventninger fra sykehusledelsen og prosjektorganisasjonen. De fleste av våre informanter deltar på disse oppstartsmøtene.

Ingen av informantene oppgir at de gjør noen andre forberedelser enn å sette seg inn i den skriftlige og muntlige informasjonen som er tilgjengelig, men flere av dem opplever at det er opp til dem selv å innhente nødvendig informasjon. En av informantene sier:

*«Prøvde å gå gjennom det som lå ute på intranettet fra tidligere historikk, spørre der en hadde sjanse til å spørre. Så hvor jeg skulle finne ut av hva jeg skulle gjøre i gruppene – det var ikke helt skrevet»* (Informant 4).

Til tross for at de fleste av våre informanter oppgir at de deltar på disse oppstartsmøtene, så opplever de i begynnelsen at det er vanskelig å forstå hva de skal gjøre, men at det går seg til underveis. På spørsmål om forståelse for oppgaven svarer to av våre informanter:

*«Det handlet mer om arbeidsbyrde enn manglende forståelse av hva arbeidet gikk ut på».* (Informant 5, medvirker)

*«Det handler om å ha forståelse av at det er en lang prosess og vi er styrt av en del lover og regler som det er viktig å skjønne»* (Informant 3, medvirker).

### **Rolleforståelse**

Informantene opplever sin egen rolle i medvirkergruppen som viktig. De nevner det å ta vare på faget sitt, å være nytenkende, og det å være bindeledd mellom byggeprosjektet og de ansatte og ledelsen i egen avdeling og klinikk. Det fremkommer også underveis i intervjuene at det kan være utfordrende å se hele bildet under ett, og at noen er mest opptatt av sitt eget.

En av informantene påpeker:

*«Alle i gruppen hadde viktige roller, og også min rolle. Vi var jo tatt ut fra forskjellige klinikker og forskjellige ansvarsområder».* (Informant 1, medvirker).

En annen sier:

*«Man er veldig opptatt av sitt, hva man skal passe på og hva man ønsker å få til. Også har man egentlig ikke det store overblikket»* (Informant 2, medvirker).

### **Gruppens kompetansesammensetning**

Informantene våre har flere synspunkter på medvirkergruppens kompetansesammensetning. Det som går igjen hos nesten alle informantene er at legene som er oppnevnt som medlemmer i medvirkningsgruppen enten er fraværende eller uforberedt.

*«Legene har møtt, men har vært mye borte. Det har nok vært et litt manglende engasjement der. Noen ting måtte vi jo bare sende ut spørsmål om i etterkant»* (Informant 4).

*«De var ikke forberedt, kom ikke jevnlig. Når de kom så begynte de med en masse ting som de ville vi skulle ta opp igjen, og igjen og igjen»* (Informant 3).

Til tross for fraværet av leger oppgir flere av informantene at de opplever at gruppesammensetningen stort sett er bra, men noen nevner at de savner en del kompetanse i gruppen som smittevern, teknisk, medisinteknisk, forsyning og ergonomi.

*«Men jeg savnet jo en del medlemmer, for eksempel medisinteknisk. Hvor var de som kan de tingene som jeg med sykepleiefaglig bakgrunn ikke kan noe om?»* (Informant 1, medvirker).

Samtidig uttrykker hun forståelse for at gruppen heller ikke kunne være for stor. Flere sier det er viktig å ha bred deltakelse i starten for å skape forståelse ut i fagmiljøene. Det er selvfølgelig også utfordrende å ta for mange ut av drift, og det er forståelse spesielt for at legene har vanskelig for å forlate pasientbehandlingen til fordel for gruppemøter. Samtidig er det en ulempe for gruppen at legene ikke deltar, som en av informantene uttrykker det:

*«Så tenker jeg at det er et tap at legene ikke har vært med. For dem har en kjempekompetanse som vi ikke har fått utnyttet»* (Informant 1, medvirker).

En av informantene sier de bare henter inn noen med relevant kompetanse når det er behov for det, men det er også utfordrende. Hun sier:

*«For du vet da var det en ny som skulle trygges og informeres. Da blir det nesten så du bruker et par møter bare på det. Herregud, vi har kastet bort en del tid på sånne møter»* (Informant 2, medvirker).

En annen erfaring noen av informantene deler, er opplevelsen av at tillitsvalgte og verneombud er lite engasjerte i medvirkergruppene. En som er gruppeleder sier at hun opplever at de tillitsvalgte og verneombudene glemmer litt av rollen sin av og til.

*«De ble enda en medarbeider som hadde sin mening, og ikke en som skulle representere hele gruppen, hele avdelinga. Da ble det gruppeleders jobb å ta den rollen også»* (Informant 2, medvirker).

En av rådgiverne påpeker at det er ikke bare fagkompetanse som er viktig i en slik medvirkergruppe, men også evnen til å være innovativ.

*«Det ene er at vi har dekket de ulike fagområdene tilstrekkelig passende? Det andre er evnen til å se nye måter å jobbe på, og å utnytte et nytt anlegg. Spesielt den siste er det vanskelig på forhånd å vite hvem som besitter»* (Informant 7, rådgiver).

#### **4.3.3 Trinn 3: Utvikle en visjon for endring og strategi for hvordan visjonen skal nås**

Dette trinnet handler først om hvordan det tilrettelegges for at informantene kan delta i medvirkningsprosessen. Vi fokuserer også på engasjementet og samarbeidet i gruppen, samt hvordan uenigheter ble håndtert.

##### **Tilrettelegging for deltakelse**

Ingen av våre informanter har vært frikjøpt for å ivareta arbeidet i medvirkergruppene. Som en av informantene våre sier:

*«Det er vel den største utfordringen. Man har bare måttet ta seg tid, og det er klart at det har gått på bekostning av andre ting som for eksempel drift av avdelingen»* (Informant 4, medvirker).

Informanter som er ledere i sitt daglige virke kan i større grad disponere sin egen arbeidstid. En av dem sier:

*«Nå er jo jeg leder, sånn at jeg styrer min arbeidshverdag selv og planlegger møtene jeg skal på....Hadde jeg vært en vanlig ansatt så hadde jeg vært avhengig av at noen andre hadde tilrettelagt for det»* (Informant 1, medvirker).

En annen av informantene som jobber som leder sier:

*«Det ble vel ikke tilrettelagt. Det var jo egentlig bare å jobbe litt raskere. Det ble ikke tatt bort noen oppgaver fra meg»* (Informant 2, medvirker).

Det er nok mer utfordrende for ansatte i pasientnær virksomhet å ha tid til å delta på møtene og til forberedelser og etterarbeid. Som to av informantene sier:

*«Man klarer å komme seg på møtene, men klarer ikke å gjøre det som er omkring det»* (Informant 6, medvirker).



*«Jeg har måttet gjort en del utenom arbeidstid» og «Jeg har gjort mye på fritiden for å si det sånn. Jeg har brukt mange lørdags formiddager hjemme til dette» (Informant 5, medvirker).*

Bare en av våre informanter forteller at hun opplever at leder har forståelse og prøver å legge til rette for henne.

*«Her følte jeg nok at jeg var en av de heldige. De prøvde å få frigjort meg slik at jeg kunne gå. Det tror jeg også har vært en viktig del til at jeg fremdeles er i den gruppen, at jeg har fått kontinuitet i det» (Informant 3, medvirker).*

Rådgiverne opplever et stort engasjement hos gruppemedlemmene, men også stor arbeidsmengde og mangel på tilrettelegging. En av dem fremhever gruppelederne spesielt, fordi de har mye jobb og mye ansvar, og mener at de burde vært frikjøpt.

*«Jeg vet at mange av de ansatte jobbet en god del på kveldstid og var veldig engasjert. De gjorde jobb som jeg ikke vet hvordan de fikk betalt» (Informant 8, rådgiver).*

## **Engasjement**

Engasjementet oppleves som stort. Ord som kjempestort og enormt blir brukt. Noen opplever at ansatte som ikke får delta i medvirkergruppen blir både skuffet og sint. En av informantene forteller om situasjoner hvor ansatte som ikke var medlemmer av gruppen møter opp for å tale sitt eget fagsak. Hun sier videre:

*«Det var dramatisk og det var alvor og det var et engasjement som vi ikke hadde opplevd før» og fortsetter «det førte til mistillit, posisjonering og mistanke om skjulte agendaer» (Informant 2, medvirker).*

En annen av informantene sier at hun har inntrykk av at folk synes det er både viktig og riktig å være med, men sier at:

*«Lengre ut i prosessen merket jeg at staben var sliten, men fremdeles villig» (Informant 5, medvirker).*

Samtidig som alle beskriver et stort engasjement, er det varierende i hvilken grad folk stiller forberedt til møtene. En sier at:

*«Det kom vel an på hvor mange store saksdokumenter vi hadde fått tilsendt» (Informant 1, medvirker).*

Dette henger nok sammen med manglende avsatt tid til oppgavene. Alle informantene oppgir flere ganger at de savner deltakelsen, men også engasjement fra legene. Noen av dem sier:

*«Noen hadde ikke engang åpnet mailboksen før de kom»* (Informant 5, medvirker).

*«Slik jeg opplevde det var det en veldig engasjert gruppe, men det var noen som aldri kom og som var viktig for at vi skulle få en god prosess. Det krever forankring i alle fagområder, så vi savnet legene»* (Informant 8, rådgiver).

*«Vi hadde noe tautrekking...når man får mange slike forstyrrelser så går det bort mye tid som man ikke får brukt på riktige ting. Det trekker ned motivasjonen»* (Informant 7, rådgiver).

### **Samarbeid i gruppen**

Samarbeidet i gruppene er varierende både i Tromsø og Kirkenes. En av informantene som opplever et godt samarbeid sier:

*"Vi som har vært med hele veien har spilt på hverandre, brukt hverandre, uavhengig av hvor vi tilhører. Det har vært bra"* (Informant 3, medvirker).

Mens en annen sier:

*"Jeg vil si at vi har jobbet godt sammen, men mye har falt på leder. Noen ganger har det kanskje vært for enkelt for andre å melde avbud"* (Informant 5, medvirker).

Samme informant mener at dette handler om prioritering. En annen berømmer gruppelederne som har holdt tråden gjennom hele prosessen, og sier:

*«Jeg ser på de som har vært ledere i gruppene, de har hatt det tøft»* (Informant 4, medvirker).

Samtidig kommer det frem at enkelte gruppe-medlemmer har mest fokus på sine egne områder. De taler sin egen sak. De er mest opptatt av å få det slik de selv vil ha det, og er lite interessert i andres utfordringer og behov.

*"Jeg tror at folk satt litt på hver sin side og talte sin sak. Det opplevde jeg, inkludert meg selv. Vi var veldig opptatt av å få det arealet og antall rom vi trengte på det tidspunktet"* (Informant 1, medvirker).

Samtidig som medvirkningsprosessene foregår, blir det ifølge informantene gjort endringer i planlagt lokalisering og i organisasjonsstrukturen både i Tromsø og i Kirkenes. Flere av

informantene gir uttrykk for at det skaper usikkerhet og gjør jobben vanskelig når organisasjonen endrer seg underveis. En informant sier:

*«Det var viktige organisatoriske beslutninger som ikke var tatt, så det var nesten en umulig oppgave for de som satt i gruppen å skulle samarbeide om ting som man egentlig ikke hadde fått en beslutning på»* (Informant 2, medvirker).

En annen informant sier:

*«Organisasjonsutvikling kom inn etter at bygget var tegnet. Det tenker jeg har slått feil ut. Vi har omorganisert oss etter at bygget var satt og funksjonene var på plass....Egentlig så skulle man kanskje ha begynt med organisasjonsutvikling først. Det hadde kanskje vært lettere å tenke nytt da»* (Informant 1, medvirker).

På enkelte områder opplever de at samarbeidet er helt nødvendig. En informant sier:

*"Når vi kom til utstyr blir man jo tvunget til samarbeid for da kom de her anbudsrundene. Vi måtte velge samme leverandør som andre fagområder valgte, så vi måtte samarbeide litt, men et litt tvunget samarbeid"* (Informant 1, medvirker).

Flere av informantene trekker frem de tverrfaglige gruppeledermøtene som noe positivt. Møtene arrangeres mellom medvirkergruppens arbeidsmøter. Da møtes alle gruppelederne for å samarbeide om blant annet felles utfordringer.

### **Håndtering av uenigheter**

Ingen av våre informanter husker noen store uenigheter innad i medvirkergruppene. En av dem sier:

*«Jeg kan ikke huske annet enn at vi var vel bare enige om at vi var uenige. Vi måtte jo gå på noen kompromisser fordi vi var styrt av størrelsen på arealet og på pengeboka»* (Informant 1, medvirker).

En annen sier:

*«Det var jo diskusjoner i gruppen, så tok vi en ukes pause, leste gjennom notater og referater. Så fikk vi tid til å snakke litt med de andre for så å komme med nye forslag og prøve å finne en felles løsning»* (Informant 4, medvirker).

En måte å tilnærme seg uenigheter i gruppene på, kan være som sitatet under beskriver.

*«Det er lov å dokumentere et avvik i et referat. Noen får lov å være uenige. Så tar vi det opp i koordineringsmøte etterpå. Hvis vi kan konkludere der så er det greit, og hvis dette er en sak som prosjektledelsen og linjeledelsen i klinikken er enige om er viktig, så løftes det videre til styringsgruppen» (Informant 7, rådgiver).*

Eller som en av informantene våre sier:

*«Når alle skal ha Rolls Royce i alt, og alt skal være fint og flott så går jo ikke det. Vi må gi og ta, og vi har på en måte funnet ut av det» (Informant 3, medvirker).*

#### **4.3.4 Trinn 4: Formidle visjonen og strategien for endring**

I dette trinnet fokuserer vi på samarbeid med eget fagmiljø og på samarbeidet med prosjektledelse og rådgivere.

##### **Samarbeid med eget fagmiljø/organisasjon**

Samarbeidet mellom medvirkerne og eget fagmiljø oppleves som stort sett bra, både i Kirkenes og Tromsø. En informant sier det slik:

*"Her på vårt sykehus har vi hatt et veldig godt samarbeidsklima, jeg berømmer egentlig kollegiet her hos oss" (Informant 5, medvirker).*

En annen sier:

*"Avdelingen er liten. Det er kort vei å informere, samtidig er det kanskje ikke så lett for de andre å engasjere seg for noe som er langt opp og langt frem" (Informant 6, medvirker).*

Mens andre ikke opplever samarbeidet like godt. En informant forteller hvordan kollegiet møter henne:

*"Mot eget fagmiljø, vi har ikke tid, du vet nå hva vi mener og – mye sånt. Ære være deg som orker å stå i det. Så jeg har ikke alltid opplevd like mye engasjement" (Informant 3, medvirker).*

Informantene opplever graden av engasjement som varierende, avhengig av profesjon. En av informantene forteller:

*"I forhold til sekretærer og sykepleiere som er i min egen organisasjon, så var engasjementet og nysgjerrigheten stor...men vi er avhengig av leger og*

*klinikkledelsen, der synes jeg det ikke har vært tema. Legene har aldri møtt opp på noe, det har ikke vært fokus og er det ikke den dag i dag" (Informant 1, medvirker).*

Det er utfordrende å ikke ha direkte dialog med klinikkledelsen, spesielt for de som ikke er gruppeledere. En av dem sier:

*"Jeg er ikke til stede i klinikkledermøter eller i andre situasjoner hvor jeg vet ting blir drøftet og beslutninger blir tatt uten at man blir involvert. Det ble heller ikke referatført" (Informant 5, medvirker).*

Vi finner at få av informantene våre har formelle møter med sin linjeledelse angående medvirkeroppdraget. Flere av klinikklederne sitter i styringsgruppen, men bare en av informantene forteller at hennes opplevelse er at klinikk sjefen på den måten holder seg velinformert om prosjektet. En av informantene gir et eksempel på hvordan hun opplever manglende forståelse fra klinikkledelsen:

*"Det er ikke satt av 5 øre i min klinikk budsjett for å flytte inn. Det er et engasjement lokalt hos mine, men ikke hos resten av gjengen" (Informant 1, medvirker).*

### **Samarbeid med prosjektledelse og rådgivere**

Viktigheten av å ha gjensidig respekt og ydmykhet for hverandre og for hverandres kunnskap trekkes frem.

*«Det jeg tror er viktig i en sånn sammenheng er at du har gjensidig respekt for hverandre, hvilken ulik kunnskap vi tar med oss inn i prosjektet, vi må være ydmyk overfor hverandre» (Informant 8, rådgiver).*

Hennes erfaring er at det er viktig å dokumentere alt man blir enige om, men også det man ikke blir enige om. Det brukes mye ressurser på å prøve å holde kontroll på det som blir sagt og gjort. En av informantene sier følgende om rådgiverne:

*«De passa på oss, styrte oss, organiserte alt og drev oss videre» (Informant 1, medvirker).*

De fleste opplever et godt samarbeid med de ulike rådgiverne i prosjektene. Her er hva en av informantene sier:

*«De mente at medvirkning var superviktig, så jeg opplever at vi har vært en ressurs» (Informant 1, medvirker).*

Det er også noen som opplever at samarbeidet med rådgiverne ikke fungerer så godt. Det handler stort sett om opplevelser av at endringer ikke følges opp, eller at endringer gjøres uten at medvirkergruppen informeres. En informant sier:

*«De har jo byttet ansikt noen ganger, og engasjementet fra deres side har vært veldig varierende»* (Informant 3, medvirker).

En annen sier:

*«Noen var bekymringsverdig ustrukturert. Det skapte utrygghet og usikkerhet»* (Informant 2, medvirker).

Både i Kirkenes og Tromsø oppleves samarbeidet med en rådgivergruppe som spesielt problematisk. Vi får flere historier om hvordan de opplever at arkitektene ikke har respekt for pasientene og ikke vil høre på medvirkerne. Her er hva våre informanter sier:

*«Arkitektene er altfor opptatt av hvordan det skal se ut. De vil lage et signalbygg...De var bare opptatt av hvordan bygget skulle se ut og av alle glassfasadene»* (Informant 3, medvirker).

*«De kommer inn med massevis av flotte tegninger, så blir det liksom bare sabla ned i møte etter møte. Så det blir litt krangling. Ja, vi var virkelig på kollisjonskurs med arkitektene»* (Informant 2, medvirker).

*«De skjønnte ikke hva vi snakket om, og da ble jo vi bekymret. Vi begynte jo å lure på om at hvis dem ikke skjønner det, når de ikke skjønner hva det er som skal være i de ulike rommene, hvordan kan de da hjelpe oss med at dette skal bli praktisk for oss»* (Informant 4, medvirker).

#### **4.3.5 Trinn 5: Bemyndige ansatte slik at de kan handle i tråd med visjonen**

Nytenkning, standardiserte rom, detaljer og lokal kunnskap er nøkkelbegreper for å forstå dette trinnet.

#### **Nytenkning**

Når det gjelder endring og nytenkning, så sier en av rådgiverne:

*«Alle nye bygg gir muligheter for å skape endringer...Det er en unik mulighet. For så mange milliarder bør man klare å få til noe»* (Informant 8, rådgiver).

Begge rådgiverne uttrykker en opplevelse av at man ønsker å tenke nytt både i Kirkenes og i Tromsø og flere av informantene er tydelig på at de hele tiden blir oppfordret av rådgiverne til å tenke nytt. En sier:

*«Jeg synes egentlig at vi har vært flinke å tenke fremover i tid»* (Informant 3, medvirker).

Mens noen av informantene snakker mer om at det er utfordrende å tenke nytt. De sier:

*«Jeg synes det var vanskelig å tenke nytt, fordi jeg har ikke sett noe annet enn dette sykehuset»* (Informant 1, medvirker).

*«Plutselig så må man prøve å tenke seg til hvordan er det de neste 15 eller 20 årene og det er ganske vanskelig å være samkjørt på det i hvert fall»* (Informant 2, medvirker).

Noe av problemet er å vite hva som faktisk er nytt. Underveis i intervjuene uttrykker flere skuffelse over at medlemmene i medvirkergruppen ikke fikk reise til andre sykehus for å se på nybygg og høste av deres erfaringer. En av informantene sier:

*«Kanskje skulle man ha startet prosessen med å reise litt rundt til noen nye sykehus, nettopp for å kunne se ting på andre måter enn der man går til daglig»* (Informant 1, medvirker).

Samme informant hadde også et litt annet perspektiv på gruppens evne til å tenke nytt, og uttrykte følgende:

*«Kanskje hvis doktorene hadde vært mer med, for dem reiser jo mer rundt på kongresser og snakker med kollegaer enn vi sykepleiere gjør»* (Informant 1, medvirker).

To av informantene forteller også om at deres ledere har vært på besøk på andre sykehus, men at det ikke var til noen nytte for arbeidet i medvirkergruppen.

*«Det er blitt sagt at vi har vært på hospitering, men det er ledere høyere oppe i systemet som har vært og sett på ting. Det er jo flott, men de er ikke på detaljnivå eller funksjonsnivå som vi er. De tenker ikke på hvordan få det til å fungere og finne løsninger. Så det blir litt halleluja og ikke så mye matnyttig, i hvert fall ikke for oss under»* (Informant 6, medvirker).

*«Følte vel litt på at det var rart at våre ledere fikk reise rundt og ikke vi i medvirkergruppen. Det syns jeg var direkte feil. Følte selv at jeg prøvde å fore dem med spørsmål, med de spurte ikke om det som vi i gruppen satt og diskuterte»*  
(Informant 3, medvirker).

Flere peker på at det er vanskelig å tenke nytt fordi man blir så opphengt i hvordan man har det nå. Et eksempel er at man er veldig opptatt av å få nok stikkontakter, fordi det er noe de har alt for lite av i dag. Det er tryggheten i det kjente som stopper dem i å være nytenkende. En av informantene sier det slik:

*«Jeg tror nok at vi ikke tør å være innovative nok. Det tar tid å endre på ting. Så du kan si, skulle vi hoppet inn i et nytt bygg som var veldig fremtidsrettet og annerledes, så tror jeg at det hadde vært en ganske stor risiko med det.»* (Informant 2, medvirker).

Hun tenker seg litt om og fortsetter:

*«Men vi har jo gjort en del ganske store endringer. Det er mye som blir annerledes»*  
(Informant 2, medvirker).

Noen av informantene reiser til St.Olavs hospital i Trondheim, som er det nyeste sykehusbygget i Norge når medvirkningsprosessene i Kirkenes og Tromsø foregår. Der ser de på byggene og de løsninger som er valgt og hører på deres erfaringer. Som en sier:

*«Vår lest er jo over St.Olav sin. Så vi lente oss jo veldig på at de hadde gjort noen gode beslutninger og diskusjoner i forkant»* (Informant 2, medvirker).

De som har vært på befaring andre steder uttrykker at dette er nyttig. Fra Kirkenes kommer det en betraktning om at det er nok mer nyttig å se på et mindre sykehus som de bedre kan sammenlikne seg med enn St.Olavs.

### **Standardiserte rom og detaljer**

Rådgiverne trekker frem viktigheten av å sørge for en god generalitet i bygget. Det er generaliteten som sørger for fleksibiliteten. Jo mer standardisert rommene er, jo større er mulighetene for å endre i ettertid. Som rådgiverne sier:

*«Organisajongenerasjonen er så mye kortere enn husgenerasjonen - Man kan ikke bygge om huset hver gang man har behov for å omorganisere»* (Informant 7, rådgiver).



*" Et poliklinikkrom og et sengerom har stort sett samme størrelse, så hvorfor ikke gjøre slik at de kan brukes til begge deler?" (Informant 8, rådgiver).*

En annen fordel med standardiserte rom er at det reduserer arbeidsmengden til medvirkergruppen.

*"Standardisering gjør at det blir mye lettere å håndtere detaljer. Si at du har 80% standard rom. Da har du 20% unike rom igjen....Hvis alt skal gjøres fra grunnen av på hvert sted, så får vi to effekter, det ene er at det blir kostbart, og det andre for spesielt" (Informant 7, rådgiver).*

Flere av informantene ønsker seg flere standardiserte rom. To av dem uttrykker seg slik:

*"Det var jo endel standardiserte rom, og det var en lettelse. Jeg tror nok kanskje at man kunne gjort det i større grad" (Informant 2, medvirker).*

*"Men en operasjonsstue er vel standard uansett hvor du befinner deg i Norge?" (Informant 3, medvirker).*

Likevel mener flere av informantene våre at det er nødvendig å være på detaljnivå fordi det er de som har detaljkunnskapen. Samtidig gir det å jobbe med detaljer en økt følelse av eierskap.

*"Det er noe med slike detaljprosesser som holder på å ta knekken på en, for at det er så mye. Samtidig som at det har gitt oss et veldig eierskap til rommene og til hvordan de ser ut. Så man føler jo virkelig at man kan det til fingerspissene det som skal inn der. Man har gjort alle diskusjonene" (Informant 2, medvirker).*

En av rådgiverne sier:

*"Det er viktig at vi går gjennom prosessen og løsningene med brukerne slik at de skjønner hvorfor vi gjør som vi gjør. Dette gir mulighet for å skape et eierskap for de løsningene som lages" (Informant 8, rådgiver).*

### **Lokal kunnskap**

Når vi spør om betydningen av lokal kunnskap er det ett forhold som peker seg ut og som blir trukket frem av alle informantene. Det handler om de lange reiseavstandene i Nord-Norge, kombinert med dårlig vær som kan føre til problemer med både bil-, buss-, fly- og båttrafikk. Informantene gir eksempler som:

*«Lokal kunnskap er kjempeviktig. Det er bare vi som kan vite at pasienten har sittet i fire timer i buss og trenger og hvile seg, eller trenger å sitte i en god stol eller hva det måtte være» (Informant 1, medvirker).*

*«Det er mye vær og vind i Øst-Finnmark og på kysten som gjør at kanskje flere må overnatte fordi de for eksempel ikke kommer seg over Båtsfjordfjellet» (Informant, medvirker).*

I Kirkenes trekker man frem språkforhold som eksempel på lokal kunnskap som er av betydning. Her behandles pasienter med både norsk, samisk og russisk som morsmål.

I Tromsø snakker alle informantene om de spesielle lysforholdene som krever en annen type skjerming. Dette har sammenheng med at man i Tromsø velger at nybygget skal ha glassfasade og glass i veggene inne i bygget. En av rådgiverne sier:

*«Fra UNN husker jeg diskusjonen om midnattssol og lys, som vi tidligere ikke hadde erfaring fra. Vi måtte skjerme mer, på andre deler av året. Det hadde vi ikke helt kunnskap om» (Informant, rådgiver).*

De store vindusflatene skaper utfordringene med skjerming av pasientene. Dette er et av temaene som skaper uenigheter mellom medvirkergruppene og arkitektene.

*«Jeg tenker man burde valgt noen arkitekter som forsto mer om hva som skulle skje på sykehuset i Tromsø» (Informant, medvirker).*

I tillegg er lokal kunnskap viktig i form av å forstå at det er andre hensyn som må tas på små sykehus enn på store sykehus, og på små steder sammenliknet med større steder.

*«Lokal kunnskap er viktig for å forstå hva som er det spesielle med dette sykehuset og denne organisasjonen. Sykehusets størrelse er også avgjørende. Det å skjønne hvordan man må bruke ressursene på en annen måte på et lite sykehus i forhold til et stort sykehus» (Informant 8, rådgiver).*

Det er forskjell på å planlegge en poliklinikk med 10 rom enn en poliklinikk med 40 rom. En av informantene trekker frem nødvendigheten av at små sykehus må bygges så fleksibelt som mulig fordi man i større grad må benytte både personell, rom og utstyr på en annen måte.

*«Hvis vi for eksempel hadde kopiert Østfold til Kirkenes, hadde vi nok bommet fordi det gjelder en del ulike forutsetninger. Det er en verdi som man ikke kan se bort ifra.*

*Men det betyr ikke at det er nødvendig å håndtere hvert prosjekt helt unikt for hvert eneste rom» (Informant, rådgiver).*

Et annet eksempel på nødvendigheten med lokal kunnskap er dette:

*«Tromsø er stort, men også et lite sted. Det er lett å kjenne igjen folk. Det var et annet behov for å skjerme for sårbare pasientgrupper. (Informant, rådgiver).*

Samtidig som at alle er klar på at lokal kunnskap er viktig, er de også tydelig på at det er mye å lære av andre. Flere av informantene tar til orde for et nasjonalt fagnettverk for planlegging av nye sykehusbygg. Noe av det man tror er lokal kunnskap er kanskje ikke det. Kanskje er det fagkunnskap som har både nasjonal og internasjonal gyldighet? En av informantene våre sier dette:

*«Da tenker jeg at da er det egentlig ikke lokal kunnskap. Da er det faktisk generell kunnskap» (Informant 1, medvirker).*

Det er nok denne litt misforståtte forståelsen av lokal kunnskap som ligger til grunn når en av rådgiverne hentyder:

*«Så vil noen kunne si at tradisjonen i Norge er slik at det er lovlig med litt for mange lokale tilpasninger» (Informant 7, rådgiver).*

#### **4.3.6 Trinn 6: Skape synlige, kortsiktige og oppnåelige resultater.**

Fokus i dette trinnet er hvordan gruppen opplever at deres råd ble hensyntatt i beslutningsprosessene og hvordan de opplever eierskap og ansvar for prosjektet.

##### **Råd hensyntatt i beslutningsprosesser**

Alle medvirkerne opplever at de blir hørt. I hvilken grad gruppens råd blir hensyntatt inn i beslutningsprosessen, oppleves litt ulikt. En av informantene gir et eksempel på hvordan de blir hørt og at endringer gjøres i deres favør.

*" Ja, hvis vi tenker for eksempel på antall rom som vi styrte mye med. Det var en utregningsfaktor som var sånn og sånn. Vi ga tilbakemelding om at vi kan ikke regne sånn ut og da gikk prosjektledelsen tilbake og så på det på nytt. De innhenta nye opplysninger og vi fikk nærma oss det kravet vi hadde" (Informant 1, medvirker).*

Begge rådgiverne er veldig tydelig på at medvirkergruppene skal gi råd og ikke ta beslutninger. De presiserer at det er arealrammer og økonomiske rammer som setter grenser for hvordan medvirkergruppens ønsker kan imøtekommes.

*«I en slik prosess så er det en arealramme pr område, pr funksjon. Den rammen er stort sett bindene, så det må være tungtveiende årsaker til at ønsker om økt areal imøtekommes...I slike situasjoner kan medvirkergruppene føle at de blir overkjørt. Dette blir tatt opp i oppstartseminaret. Vi må forklare at det er noen rammebetingelser her, og utenfor det har vi egentlig ikke mandat til å jobbe, men gruppene har selvsagt mandat til å si ifra hvis noe er faglig uforståelig» (Informant 8, rådgiver).*

Medvirkerne gir uttrykk for at de har forståelse for at ikke alt blir slik man ønsker seg.

*"Etter hvert når man har jobbet med et så stort prosjekt, så skjønner man jo på et vis at man er nødt til å ta dette fugleperspektivet. Jeg synes at der man ikke har fått viljen sin, har vi blitt hørt, så jeg sitter ikke og kjenner at jeg ikke har forståelse for det" (Informant 5, medvirker).*

*"Joda, jeg synes at vi er blitt hørt, selv om vi ikke har fått alt 100% sånn vi ville, og det kan man ikke tenke at man skal heller"(Informant 1, medvirker).*

*«Så skjønner man jo etter hvert at det handler om at heisen må nødvendigvis være likt plassert i alle etasjer, og rør likens. Det er en del hensyn som må tas som gjør det lettere å forstå at det blir gjort, hvis du får være med på detaljene. Jeg tror det er viktig for forståelsen» (Informant 3, medvirker)*

En av informantene forteller om hvordan deres råd ikke blir tatt på alvor, og hvordan hun opplever konflikten med arkitektene angående glassvegger og skjerming av pasientene:

*"Jeg vet ikke hvor mange ganger vi sa det om pasienthensynet. De foreslo jo litt sladding på vinduene, de har kanskje ikke vært pasient selv. Det er frustrerende, de skjønner det ikke" (Informant 3, medvirker).*

## **Eierskap**

Eierskapet til prosjektet oppleves stort av alle. Utsagn som dette viser det:

*"Ja, jeg eier det" (Informant 5, medvirker).*

*"Det er jo som en graviditet, så nå til våren skal vi jo føde....Jeg tror at det at vi har fått sitte hele perioden har gjort at eierskapet er stort" (Informant 1, medvirker).*

*"Jeg tror vi følte et stort eierskap. Vi ser at vi selv skal jobbe der i fremtiden. Vi står nært våre kollegaer og kan bli stilt til ansvar for løsninger som er gjort også"*  
(Informant 6, medvirker).

Rådgiverne opplever et stort eierskap hos medvirkerne i begge prosjektene, men har varierende erfaring med medvirkergruppens oppdrag med å skape eierskap ut i klinikken. Spesielt er det vanskelig når organisasjonen er uklar.

*"Jeg tror det var litt varierende hvordan man klarte å skape eierskap ut i miljøene. Noen grupper var veldig flinke til å ha interne møter etterpå ut i klinikken, noen grupper strevde jo med at ikke alle ballene var lagt. Da blir grensesnittet mot organisasjonen litt uklar"* (Informant 8, rådgiver)

Da er det viktig å skape trygghet for at det faktisk blir noe av prosjektet:

*"Det var slik at alle innså at dette blir det noe av. Da får du et annet eierskap enn hvis folk tror det bare er fifty-fifty sjanse for at det blir noe av"* (Informant 7, rådgiver).

Medvirkernes erfaringer med å skape eierskap ut i klinikken, er i stor grad sammenfallende med rådgivernes erfaringer. Prosjektet blir hos noen et fast tema på fellesmøter og personalmøter.

*"Vi prøvde i hvert fall, vi kjørte noen fellesmøter, informerte og satte opp på personalmøter. Alle personalmøter har hatt prosjektet som eget punkt"* (Informant 4, medvirker).

Mens andre opplever at deres følelse av eierskap ikke blir delt av kollegaene.

*"De ser nok frem til å flytte inn, men nå tror jeg nok at jeg føler det mest. De andre føler det nok ikke like mye, men det kommer"* (Informant 6, medvirker).

*"Tror det er veldig variabelt, kjempevariabelt. Det er folk som gruer seg til å flytte inn. De har ikke noe forhold til det"* (Informant 5, medvirker).

*"Man har jo laget seg et eierskap, ut i klinikken har jeg prøvd å si noe, spørre når vi skal gi svar videre. Er dere fornøyd nå? Er dere sikker på at det er slik dere vil ha det? Kan det gjøres på en annen måte?"* (Informant 3, medvirker).

## Opplevd ansvar

Våre informanter forteller om at de føler et stort ansvar for resultatet, og at det ansvaret føles tungt. De sier det slik:

*«Jeg føler et veldig stort ansvar og er spent på hvordan alt blir å fungere når vi flytter inn»* (Informant 4, medvirker).

*«Veldig stort og kjempetungt»* (Informant 5, medvirker).

*«Jeg føler det tungt. Det sliter meg nesten ut, ansvaret føles enormt nå»* (Informant 6, medvirker)

*«Jeg har et stort ansvar for resultatet, i lag med prosjektledelsen og arbeidsgruppen»* (Informant 1, medvirker)

*«Dette stressa meg ganske mye, følte mange ganger et enormt ansvar for at ting skulle gå galt.....Jeg har vært med og medvirket i stor grad, så klart jeg har et stort ansvar»* (Informant 2, medvirker).

*"Jeg har god samvittighet for jeg har jo sagt fra, men av og til så får jeg en sånn - hva er det jeg har sagt? Da må jeg lete tilbake til 2012 og 2014. Jeg kan ikke ta det personlig, ei heller er det min lommebok, men har et ønske om at alle skal være fornøyd"* (Informant 3, medvirker).

En informant føler det tungt å måtte forvare noe som hun egentlig ikke har ansvar for, fordi det er gjøres endringer og velges andre løsninger enn det medvirkergruppen ønsker. En av rådgiverne sier at det er akkurat dette som er hovedtanken bak at medvirkerne skal være rådgivende og ikke beslutningstakende.

*«De skal kunne gi sine råd, og så skal de være avslappet på det. Det er jo noen plasser det er litt tautrekking, og da er det noen som er redd for hvilke reaksjoner de får når de kommer tilbake i eget fagmiljø»* (Informant 7, rådgiver).

Noen opplever det som ubehagelig å bli konfrontert med alt som er feil eller ikke optimalt. Årene går, og det oppleves som slitsomt fordi de ikke lengre husker hvorfor det ble slik det ble. Samtidig er rådgiverne tydelige på at det ligger et ansvar på medvirkerne fordi de har vært med på å skape resultatet. De sier:

*«De har gitt råd på funksjonelle forhold og hvis de funksjonelle forholdene er i henhold til det gruppen har sagt, så ligger det et visst ansvar for resultatet i det. Da*

*kan man i ettertid ikke skyldes på entreprenørene og arkitektene, så lenge man har levert det som er det funksjonelle kravet» (Informant 8 rådgiver).*

*«Men hvis gruppen har presset gjennom løsninger til tross for råd om at man ikke bør gjøre det, og man velger å følge gruppens råd, så har man jo et stort ansvar» (Informant 8, rådgiver).*

#### **4.4 Hovedfunn**

Når vi sammenlikner medvirkningsprosessene i Tromsø og Kirkenes, kan vi ikke finne noen vesentlige forskjeller. Måten man organiserer prosessene på er stort sett like og medvirkergruppens mandat er like. De funn vi sitter igjen med etter intervjuene viser også at informantenes erfaringer og opplevelser er tilnærmet like. Vi vil derfor presentere våre hovedfunn uavhengig av lokalisasjon.

Hovedinntrykket vårt er at medvirkningsprosessen oppleves som vellykket både i Tromsø og i Kirkenes. Medvirkerne erfarer at de i stor grad har blitt hørt og de opplever at jobben de har gjort har vært nyttig. Alle våre hovedfunn er knyttet til informantenes erfaringer, og selv om disse i hovedsak er positive vil vi i analysen fokusere på de utfordringene som informantene har opplevd. Ved å belyse disse utfordringene kan vi definere en del nødvendige tiltak som vi mener kan bidra til å legge til rette for en bedre medvirkningsprosess. Våre hovedfunn er:

- 1. Medvirkerne oppfatter seg selv som svært motiverte og engasjerte til tross for at de mangler tid avsatt til å ivareta medvirkeroppgavene og manglende samarbeidsarenaer med eget fagmiljø.**
- 2. Medvirkergruppens kompetansesammensetning har betydning for innovasjonsevnen og samarbeidet i gruppen.**
- 3. Medvirkergruppens organisatoriske plassering skaper utfordringer i medvirkningsprosessen.**
- 4. Standardiserte rom øker byggets fleksibilitet og reduserer medvirkernes arbeidsbyrde, men samtidig ligger eierskapet i detaljene.**

## 5.0 Analyse

I dette kapittelet vil vi diskutere hovedfunnene fra vår undersøkelse. Gjennom analysen forsøker vi å forstå og diskutere betydningen av funnene opp mot relevant teori og vår egen erfaring.

Generelt sett kan vi si at medvirkning er viktig for å sørge for funksjonelle løsninger i nytt bygg, for å sikre forankring i fagmiljøene og for å sikre informasjonsflyt mellom klinikk og prosjekt. Denne påstanden er helt i tråd med hovedmålene for medvirkning som vi skisserte i innledningen, med våre antagelser og med vår forståelse av den teorien vi har presentert tidligere. Den er etter vår oppfatning også i tråd med de erfaringer våre informanter deler med oss gjennom vår studie, der vårt inntrykk er at de i stor grad lykkes med å nå disse hovedmålene. Gjennom erfaringene avdekkes det også noen utfordringer med medvirkningsprosessen. Det er disse som utgjør våre hovedfunn og som vi nå skal analysere.

### ***5.1 Medvirkerne oppfatter seg selv som svært motiverte og engasjerte til tross for at de mangler tid avsatt til å ivareta medvirkeroppgavene og manglende samarbeidsarenaer med eget fagmiljø.***

Alle våre informanter uttrykker stort engasjement rundt den medvirkningsprosessen de har deltatt i. De fleste av informantene deltar i medvirkergruppene ikke bare under den fasen vi studerer, men også i forprosjektet og deltar nå i planlegging av flytting av virksomheten til de nye lokalene. Engasjementet har derfor vart over flere år. Til tross for at de påpeker flere utfordringer, opplever vi at de synes prosessen er vellykket. De har fått være med å påvirke og de opplever at de stort sett har blitt hørt. Dette bekrefter den erfaringen vi har fra egen deltakelse i medvirkergruppe. Det handler nok om at de ansatte både kjenner på gleden over og nødvendigheten av et nytt bygg, og på at deres kunnskap og erfaring er viktig for å få til gode løsninger både for pasienter og for de ansatte i det nye bygget. På den måten lykkes man med å etablere en følelse av nødvendighet slik Kotter (2012) beskriver i sitt første trinn.

Å bli utpekt til å delta i medvirkergruppe er en tillitserklæring fra egen ledelse. Denne tilliten gir en opplevelse av å bli verdsatt. De får delta i prosesser som påvirker egen arbeidsplass og som ivaretar eget fag. Dette er med og tilfredsstillende de høyere behovene som ifølge Ole Berg (u.å) både Maslow, Alderfer og Herzberg beskriver. Det er det som skaper motiverte medarbeidere (Berg, u.å). Vi tenker at det er det som skaper den sterke ansvarsfølelsen både for oppgavene underveis og for det ferdige resultatet.

Den største utfordring er ifølge våre informanter å ha tid til å ivareta medvirkeroppgavene. Medvirkerne som er ledere i sitt daglige virke kan i større grad lage seg rom for møter, for- og



etterarbeid, mens dette er verre for de som står i pasientnært arbeide. Medvirkningsoppgavene går på bekostning av andre oppgaver og det går utover fritiden deres. Dette er helt sammenfallende med vår egen erfaring.

Det er viktig å sette av tid for refleksjoner og diskusjon for å motivere medarbeidere til å involvere seg i denne type arbeid (J. A. Andersen, 2011) Så vidt vi kan se, så sier ikke Kotter (1995, 2012) noe konkret om avsatt tid til å utføre oppgavene i sine trinn for vellykket endring, men det er vel implisitt i det å ha makt nok til å lede endringsprosessen. Vi tenker mangel på avsatt tid handler om at medvirkernes ledere ikke har stor nok forståelse for nødvendigheten bak medvirkningen, og dermed ikke er motiverte nok til å legge til rette for den ansatte. Det kan også være at de stoler på at medvirkerens motivasjon er stor nok til at oppgavene blir utført til tross for manglende avsatt tid. Kanskje er dette også grunnen til at de blir valgt ut som medvirkere, nettopp fordi motivasjonen henger sammen med å få tillitt, å få mulighet til å jobbe selvstendig og følelsen av å gjøre noe verdifullt. Det øker innsatsviljen og gir ledelsen bedre resultat (Berg, u.å). Ved å forstå hvordan den indre motivasjonen øker gjennom mestring og kontroll over viktige oppgaver (Einarsen & Skogstad, 2016), kan vi forstå medvirkernes ansvarsfølelse overfor prosjektet og hvordan de har stått løpet ut til tross for noe manglende tilrettelegging.

Samhandling med eget fagmiljø og linjeledelse er viktig for at medvirkerne skal kunne formidle løsningen som er valgt og at deres kollegaer skal forstå hvorfor. Noe som ifølge Kotter (2012) er helt nødvendig for å skape eierskap ut i klinikken der endringene skal skje. Samtidig legger han vekt på at kommunikasjonen også må gå andre veien slik at medvirkerne får med seg viktig kunnskap fra fagmiljø og ledelse til medvirkergruppen der løsninger skal foreslås. Medvirkerne har et spesielt ansvar for å synliggjøre kortsiktige og oppnåelige resultater underveis (Kotter, 2012). Slik vi forstår det, handler det om at kollegaer og ledelse skal få synlige bevis på at endringen vil ha effekt, og at det de ofrer underveis vil lønne seg. Det er vel nettopp dette ansvaret medvirkerne er seg bevisste når de på eget initiativ informerer og etterspør informasjon fra sitt eget fagmiljø.

Få av våre informanter har noen formell arena for denne type utveksling. Hos de fleste har ikke dette vært fast tema på verken ledermøter eller personalmøter. På den måten har ikke linjeledelsen lagt til rette for verken å dele visjon og strategi eller bemyndige de ansatte. Faren med dette er at man ikke får forankret de nye løsningene godt nok og motstand kan oppstå (Kotter, 2012). Det kan være flere grunner til at motstand mot endring oppstår, spesielt når de

nye løsningene medfører organisatoriske endringer (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Nye løsninger i nytt bygg som krever nye måter å jobbe på kan bli utfordrende når man vet hvor sterk kulturen er i sykehus og hvor vanskelig og tidkrevende det er å endre denne kulturen (Jacobsen & Thorsvik, 2013; Strand, 2007).

### ***5.2 Medvirkergruppens kompetansesammensetning har betydning for innovasjonsevnen og samarbeidet i gruppen***

Skal medvirkergruppene være kapable til å velge de beste løsningene må man sørge for at de har nødvendig og relevant kompetanse. Da tenker vi ikke bare på at medvirkergruppen har deltakere med ulik fagbakgrunn. Selv om viktigheten med å bringe kompetanse fra fagmiljøet inn i gruppen vektlegges, kan også dette blir en hemsko. Da tenker vi på at «måten vi alltid har gjort ting her» (Strand, 2007, s. 185) som uttrykk for fagmiljøets kultur, kan hindre medvirkernes evne til å tenke nytt. Kotter (2012) legger vekt på at man må tenke fremtidsrettet når man utvikler sin visjon. Når nye sykehusbygg skal understøtte tanken om «pasientens helsetjeneste» (Helsedirektoratet, 2011) og man fra politisk hold er tydelig på at kultur, holdninger, organisering og ledelse må endres for å få til dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), vil vi påstå at innovasjon er et viktig begrep i planleggingen av et helt nytt sykehusbygg. Det viktigste er kanskje at de ansatte som blir valgt ut til å være medvirker har evne til å være innovativ. Det hadde vært interessant å vite om denne evnen er en av kvalitetene som vektlegges når klinikkene velger ut hvilke ansatte som skal være medvirkere. Det har vi dessverre ikke data på og det er heller ingen av våre informanter som beskriver seg selv som innovativ.

Flere av våre informanter gir mer uttrykk for at det er vanskelig å tenke fremtidsrettet og være innovativ, både fordi det oppleves utrygt og fordi de rett og slett ikke har kunnskap nok om hva som er nytt. Dette er også vår erfaring. Det kan være spesielt vanskelig å gjøre radikale endringer i sykehus fordi det kan skape risiko for pasientene (O. J. Andersen et al., 2015). Vi tenker at for å kunne være innovativ og for å kunne velge de best funksjonelle løsninger som gir lavest grad av risiko, må man først og fremst vite hva som finnes av muligheter. Denne kunnskapen kan man for eksempel tilegne seg ved å skaffe seg informasjon om hva som er nytt, se hva andre har gjort og hvilke løsninger man har valgt og hvorfor. Noen av våre informanter besøker andre nye sykehus for å se hvilke løsninger de har valgt og lære av deres erfaringer, men organiseringen av dette synes å være noe tilfeldig. Noen opplever at besøket kommer for sent i prosessen. Noen har begrenset nytte fordi sykehusene ikke er

sammenlignbare med tanke på størrelse, mens noen av medvirkerne opplever at deres ledere reiser på befaring og at de som medvirkere ikke får ta del i denne kunnskapsoverføringen.

Utryggheten i det å tenke innovativt kan også være noe av forklaringen bak konfliktene som medvirkerne opplever med arkitektene. Maktkoalisjonen som Kotter (2012) beskriver i sitt andre trinn, handler om å jobbe sammen som et team for å komme frem til de gode løsningene. Vi tenker at dette teamet består av både medvirkere og ulike rådgiverne. Hvis det oppstår konflikt mellom partene her kan det føre til at de beste løsningene ikke blir valgt. Det er spesielt en samarbeidsutfordring som går igjen i erfaringen fra flere av våre informanter og som vi også kjenner oss igjen i. Det er konflikten med arkitektene. Arkitektene henviser til arbeidsmiljølovens og ansattes krav om dagslys og utsyn og mener at glassfasade og glassvegger inne i bygget vil gi dagslys helt inn i bygningskroppen. Medvirkernes argumenter mot glassfasade og glassvegger er først og fremst begrunnet i et behov for å skjerme pasientene, både for innsyn og utsyn. Når da arkitektens løsning vedtas av styringsgruppen til tross for massiv motstand fra medvirkerne er det naturlig å tenke seg at det gjør noe med samarbeidsklimaet i gruppen. Kotter (2012) påpeker viktigheten av en felles visjon og felles strategi. Spørsmålet er da; kan man lykkes når medvirkerne føler seg overkjørt? Vi tenker at det kan være vanskelig for medvirkerne å føle eierskap til prosjektet og også å være med på å skape eierskap ut i klinikken, når de selv er uenige i strategien. Et apropos her er betydningen av at både de som formidler informasjonen og mottakerne tror på at endringene som prosjektet fører til vil gi positive ringvirkninger (Kotter, 2012), i vårt tilfelle bedre kvalitet på pasientbehandlingen og bedre arbeidsforhold til de ansatte.

Både medvirkerne og rådgiverne vi intervjuet har flere synspunkter på hvilken kompetanse medvirkergruppene burde ha og hva de erfarer av manglende kompetanse. Felles for alle våre informanter er opplevelsen av leger som ikke er tilstede eller ikke bidrar i medvirkergruppene. Samtidig savner de kompetansen deres. Når klinikkledelsen ber legene delta i medvirkergruppene er det vel med bakgrunn i at man mener at deres kompetanse er viktig. Tanken er helt i tråd med tidligfaseveilederens anbefalinger om å sikre bred kompetanse i medvirkergruppene (Helsedirektoratet, 2011) og Kotters (2012) råd om at gruppen må ha medlemmer med adekvat og bred ekspertise som er relevant for oppgavene. Det er flere grunner til at informantene savner legenes tilstedeværelse, utover det faktum at deres medisinskfaglige kunnskap har betydning for hvilke løsninger man skal velge for å få til et funksjonelt bygg. For det første antar man at legene har mer oppdatert kunnskap om nyvinninger i faget og om nytt utstyr, og dermed kan være i bedre stand til å være tenke nytt.

For det andre handler nok dette om at legene er med å skaffe gruppen og dens beslutninger faglig legitimitet. Sammensetningen av gruppen er viktig for å sikre tillit og kredibilitet (Kotter, 2012). Vi tenker at det er ekstra viktig når man skal ta beslutninger på vegne av fagmiljøet og som får betydning for fremtidig pasientbehandling, spesielt hvis man må gjøre kompromiss på grunn av arealmessige eller økonomiske begrensninger. Det handler slik vi ser det om at av og til må kyndighet vike for myndighet (Strand, 2007). Legenes deltakelse i medvirkergruppen er nødvendig for å skape forankring og eierskap ut i legekollegiet. Den tredje grunnen er at hvis legene er tilstede og ikke minst forberedt, så vil man få en bedre gruppedynamikk. De vil da være oppdaterte og ikke ha behov for gjentakelser og omkamper. Spesielt slitsomt er det ifølge våre informanter å måtte ta opp igjen saker som gruppen har behandlet for flere møter siden, når legen endelig dukket opp og ikke er enig i deres løsningsforslag. Når legene ikke deltar i medvirkergruppens arbeid med å utforme en felles visjon og strategi slik Kotter (2012) skisserer i sitt tredje trinn, vil det altså bli problematisk å gjennomføre Kotters (2012) fjerde trinn som handler om å formidle visjonen og strategien ut i fagmiljøet. Det har igjen betydning for å skape endringsvilje og eierskap ut i fagmiljøet slik som vi forstår er essensen i Kotters (2012) femte trinn om å bemyndige ansatte slik at de kan handle i tråd med visjonen.

På den andre siden er tidligfaseveilederen (Helsedirektoratet, 2011) tydelig på at man må unngå at bruken av personell i medvirkergruppene går ut over pasientbehandling og drift. Vi intervjuer ikke noen leger, så vi kan ikke være sikre på hva som er årsaken til at de ikke deltar, men vi kan med bakgrunn i egen erfaring og fra uttalelsene fra noen av informantene anta at pasientbehandling blir prioritert foran medvirkergruppene. Vi kan dra en parallell til legeledere som vegrer seg for å gå fullt og helt inn for ledelse fordi de ikke vil gi slipp på klinikken (Torjesen, 2007). Hvis vi tenker at leger generelt prioriterer klinikken fremfor administrative oppgaver, så forsterker det vår antagelse.

Med disse argumentene i ryggen tør vi påstå at legenes deltakelse i medvirkergruppene er nødvendig. Spørsmålet vårt er da: hvordan kan man legge til rette for å få dem med? For å finne et svar på dette må vi blant annet se på de utfordringene som medvirkergruppens plassering i matriseorganisasjonen gir.

### ***5.3 Medvirkergruppens organisatoriske plassering skaper utfordringer i medvirkningsprosessen***

Medvirkergruppens organisatoriske plassering mellom linjeorganisasjonen på den vertikale aksene og prosjektorganisasjonen på den horisontale aksene gir mulighet til koordinering av to-sidige krav og til å utnytte ressurser på tvers slik Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver. Denne fordelingen kommer godt til syne når informantene forteller om hvordan de samarbeider med hverandre i gruppen og trekker veksler av hverandres kompetanse, på tvers av egne enheter og egen linjeorganisasjon. Samtidig samarbeider de med eget fagmiljø i egen linjeorganisasjon og med rådgiverne i prosjektorganisasjonen. Koordinering av to-sidige krav eksemplifiseres gjennom at fagmiljøets ønsker og behov av og til må vike for økonomiske eller arealmessige krav fra prosjektorganisasjonen. Informantene våre uttrykker stort sett at de både forstår og aksepterer dette. Samtidig ser vi gjennom våre hovedfunn at denne organisatoriske plasseringen er en fellesnevner som kan være med å forklare de fleste utfordringene som vi avdekker og som vi drøfter i de første hovedfunnene. Det handler om manglende kommunikasjon mellom de ulike linjene, noe som er en typisk utfordring i matriseorganisasjoner (Jacobsen & Thorsvik, 2013)

Manglende avsatt tid, manglende innovativ kompetanse og leger som ikke deltar, kan handle om at linjeorganisasjonen ikke har stor nok forståelse for medvirkningsprosessens betydning og for medvirkernes ansvar og oppgaver. Denne manglende forståelsen er ikke nødvendigvis på grunn av at linjeleder mangler engasjement og motivasjon. Det kan forklares i at forhold rundt medvirkningsprosessen ikke har vært godt nok kommunisert ut i klinikken, at man har sviktet i Kotters (2012) fjerde trinn som omhandler det å formidle visjonen og strategien for endring.

På samme måte kan vi tenke at medvirkernes arbeidsbyrde kan reduseres og legene kan være mer delaktige hvis prosjektorganisasjonen har en større forståelse for medvirkernes kliniske hverdag. Da tenker vi ikke bare på at konflikter oppstår på grunn av manglende forståelse av hverandres fag slik vi så i konflikten med arkitektene, og som ifølge Jacobsen og Thorsvik (2013) er en av ulempene med matriseorganisering. Det handler også om hvordan man ikke rår over hverandres ressurser. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) krever at pasientene får oppgitt tidspunkt for behandling når sykehuset vurderer henvisningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Det innebærer at man i klinikken må ha en planleggingshorisont på fire måneder frem i tid. Da er klinikernes arbeidstid lagt og kan vanskelig endres uten at det går ut over pasientbehandling og avdelingens drift. Dette er et

eksempel på kunnskap som klinikken innehar, men som kanskje ikke er like godt kjent i prosjektorganisasjonen. Dermed har de ikke mulighet til å ta høyde for det når de planlegger møteseriene.

Manglede kommunikasjon mellom vertikal linje og horisontal linje kan ende opp med å legge stein til medvirkernes byrde. Det kan også hindre medvirkerne i å klare å skape oppslutning i fagmiljøet for de endringer som planlegges. For å klare det er man helt avhengig av god toveis kommunikasjon (Kotter, 2012). Samtidig handler det også om medvirkernes ansvar og rolleforståelse, spesielt med tanke på at de i utgangspunktet bare er rådgivende.

Ansvarsfølelsen er sterk og i denne ligger det kanskje en redsel for at rådgiverne ikke skal forstå fagmiljøets behov og ressurstilgang og at det ikke skal bli hensyntatt når prosjektledelsen skal beslutte valg av løsninger. Spørsmålet da blir hvordan man kan bedre kommunikasjonen slik at medvirkerne ikke kommer i klem på den ene eller andre måten.

#### ***5.4 Standardiserte rom øker byggets fleksibilitet og reduserer medvirkernes arbeidsbyrde, men samtidig ligger eierskapet i detaljene***

Arbeidsbyrden som medvirkeroppgavene medfører oppleves stor for våre informanter. Det er mange møter med for- og etterarbeid som skal gjennomføres i kombinasjon med deres «vanlige» jobb. De føler et sterkt ansvar og slik vi tolker deres utsagn er de alle svært ærgjerrige. De ønsker å gjøre en god jobb, men det er tungt å håndtere alle detaljene. Noen uttrykker lettelse over standardiserte rom og ønsker seg mer av det. Forklaringen er blant annet at en operasjonsstue er en operasjonsstue hvor hen du befinner deg i landet. Rådgiverne vi intervjuet var tydelige på at standardiserte løsninger gir større fleksibilitet og muligheter til senere endringer.

Et av problemene vi erfarer, er at de standardiserte rommene som presenteres i prosjektet rett og slett for universelle. Fagkunnskapen utfordrer standardiseringen. «The devil is in the details» er et passende ordtak for å forklare dette. Et undersøkelsesrom er ikke bare et undersøkelsesrom. Et rom som skal brukes til gynekologiske undersøkelser må for eksempel ha gynekologistol og ekstra lang undersøkelseslampe for å vinkle lysstrålen der den behøves. Dette trenger ikke et undersøkelsesrom som skal brukes til ortopediske undersøkelser. Her trenger man heller et avsug for gipsgasser og eget gipsfilter i utslagsvasken. Lignende kan man si at en operasjonsstue kan i prinsippet se lik ut i Stavanger som i Tromsø eller Kirkenes, men det er før man blander inn den lokale kunnskapen. I Kirkenes har man færre operasjonsstuer på grunn av lavere pasientgrunnlag, men ikke tilsvarende færre typer

operative inngrep. Det betyr for eksempel at en operasjonsstue i Kirkenes må ha løsninger som gir muligheter til flere typer inngrep på samme stue. Det er her medvirkerne kan bistå med sin kunnskap for å skape funksjonelle løsninger (Helsedirektoratet, 2011) og nettopp noe av det vi forstår som hensikten bak Kotters (2012) andre trinn. Medvirkerne må ha både kunnskap og makt nok til å kunne påvirke resultatet.

Samtidig som man ønsker seg mer standardisering, legger våre informanter vekt på at det er detaljene som gir eierskap til rommet. De kan rommet til fingerspissene. Når de får se rommet først på tegning, så ferdigbygd, kjenner de seg igjen i rommet som de selv har vært med på å utvikle. Gjennom detaljene kan medvirkerne også forklare løsningene en har valgt, og gjøre kollegaer kjent med hvilke muligheter de nye løsningene gir. Kunnskapen rundt de nye løsningene kan bygges gradvis opp slik at man reduserer risikoen for at motstand skal oppstå (Jacobsen & Thorsvik, 2013; Kotter, 2012).

## **6.0 Konklusjon og implikasjoner**

I vår undersøkelse stiller vi spørsmål om hvordan man kan legge til rette for å sikre ansattes medvirkning i planlegging av nye sykehus. Vi velger å undersøke denne problemstillingen ved å intervju ansatte som har medvirket i planleggingen av Nye Kirkenes Sykehus og A-fløya UNN Tromsø. Funnene fra undersøkelsen tolker vi ved hjelp av organisasjonsteori, teori om endringsledelse, innovasjonsteori og motivasjonsteori og med våre egne erfaringer og kunnskaper som bakteppe.

### ***6.1 Erfaringer fra medvirkningsprosessene***

Når vi oppsummerer våre funn tør vi påstå at det først og fremst har vært en god medvirkningsprosess som våre informanter i stor grad er fornøyd med. De gir uttrykk for at det er givende å delta i medvirkningsprosessen og de har tro på resultatet. Samtidig legger de ikke skjul på at det er krevende, spesielt med tanke på å få tid til å gjøre en god nok jobb og ha kompetanse nok til å foreslå de rette løsningene.

Våre hovedfunn indikerer at medvirkningsprosessene ikke oppfyller innholdet i alle Kotters (2012) trinn for vellykket endring, men ved å studere medvirkningsprosessene gjennom vår forståelse av Kotter, finner vi flere forhold som kan gi svar på vår problemstilling. Slik vi vurderer det, handler funnene om ikke-optimale forhold og som ved tilrettelegging, dog på ulike måter, kan sikre en bedre medvirkningsprosess. Med bakgrunn i dette skisserer vi noen forslag til tiltak som vi mener kan bidra til å legge til rette for å sikre ansattes medvirkning i planlegging av nye sykehusbygg. Disse gir svar på vår problemstilling og er å betrakte som studiens implikasjoner.

### ***6.2 Implikasjoner***

Det kan legges til rette for at medvirkerne får mer tid til å ivareta medvirkeroppgavene. Vi tenker at både prosjektledelsen og linjeledelsen har et særskilt ansvar her. Prosjektledelsen kan planlegge møteseriene i god nok tid i forveien og gjøre medvirkerne og deres ledere kjent med forventet tidsbruk. Linjeledelsen må ta høyde for denne tidsbruken og sørge for at medvirkerne blir avlastet med sine arbeidsoppgaver. Dette kan gjøres så lenge det ikke går utover opprettholdelsen av normal drift og pasientbehandling.

Prosjektorganisasjonen med sine rådgivere kan bidra med å gjøre standardiserte rom mindre universelle. Det kan differensieres blant annet på sykehusstørrelse og på fagområde. Det kan sikre større fleksibilitet i nye sykehusbygg. Samtidig kan det bidra til å redusere medvirkernes arbeidsbyrde, eventuelt gi dem mulighet til å disponere tiden til oppgaver som er mer prekær for å nå medvirkningsprosessens hovedmål.



Det kan legges bedre til rette for at informasjon mellom medvirkergruppe og fagmiljø kan utveksles, for eksempel som fast del av agendaen på personalmøter og ledermøter. Dette vil redusere arbeidsbyrden for medvirkeren, det vil sikre at relevant informasjon utveksles begge veier og det vil gi mulighet for økt eierskap ut i fagmiljøet.

Besøk på andre sykehus kan legges inn som en obligatorisk del av medvirkningsprosessen, for å øke medvirkergruppens kunnskap om nye løsninger og gi dem større trygghet til å tenke innovativt. For at besøket skal være relevant for medvirkerne, må sykehuset være sammenlignbart med tanke på funksjon, størrelse og pasientgrunnlag.

Våre hovedfunn indikerer at utfordringene i medvirkningsprosessen har en sammenheng med medvirkergruppens organisatoriske plassering. Det innebærer at tilrettelegging er avhengig av at linjeorganisasjonen og prosjektorganisasjonen forstår hverandre og at det gjøres en avklaring av ansvar, spesielt når det gjelder bruk av ressurser. For å få til dette er kommunikasjon grunnleggende og ekstra viktig å være bevisst på, fordi kommunikasjon er en kjent utfordring i matriseorganisasjoner (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Basert på våre funn og vår egen erfaring fra medvirkningsprosessen har vi trukket frem flere forbedringsområder. Samtidig tør vi påstå at for å sikre medvirkning kreves det engasjerte og motiverte medvirkere som står løpet ut, som tar ansvar og gjør de nødvendige oppgavene som kreves for å få til de beste løsningene og som skaper eierskap og entusiasme ut i egen organisasjon, til tross for at ikke alle forhold er lagt til rette for dem. Å velge ut medvirkere som har disse kvalifikasjonene er kanskje det viktigste tiltaket.

Med tanke på at det skal bygges mange sykehusbygg i årene fremover og mange tilsvarende medvirkningsprosesser skal igangsettes, håper vi at våre funn kan være til hjelp for å sikre ansattes medvirkning i planlegging av nye sykehusbygg. Kanskje kan man med en bedre tilrettelegging av medvirkningsprosessen unngå avisoverskrifter lik de vi refererer til i innledningen, når nye sykehusbygg tas i bruk.

Både A-fløyprosjektet og Nye Kirkenes Sykehus skal lage en evaluering etter at de nye lokalene er innflyttet. Vår masteroppgave kan gjerne være en del av denne evalueringen, og på den måte kanskje få influere planlegging av nye medvirkningsprosesser. Sykehusbygg HF er et eget helseforetak etablert i 2014 som skal ha byggherrefunksjoner ved gjennomføring av norske sykehusprosjekter i fremtida (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Kanskje vil de også ha interesse av erfaringene og kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom både å delta i, og studere medvirkningsprosesser.

## Litteraturliste

- Andersen, J. A. (2011). *Ledelsesteorier : om ledelse skal lede til noe*. Bergen: Fagbokforl.
- Andersen, O. J., Gårseth-Nesbakk, L. & Bondas, T. (2015). *Innovasjoner i offentlig tjenesteyting : vågal reise med behov for allierte*. Bergen: Fagbokforl.
- Arbeidsdepartementet. (2010). *Medvirkning og medbestemmelse i arbeidslivet* (NOU 2010:1). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Berg, O. (u.å). *Ledelse og Motivasjon*.
- Einarsen, S. & Skogstad, A. (2016). *Den dyktige medarbeider : behov og forventninger* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Fjelland, R. & Gjengedal, E. (1995). *Vitenskap på egne premisser : vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Grund, J. (2006). Kunnskapsorganisasjoner - hva er ledelses- og styringsutfordringene? *Magma*.
- Helmers, A.-K. B. (2015, 07. desember). - Mange begynner å bli slitne nå. *Sykepleien*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven - krav til informasjon til nyhenviste pasienter.
- Helse Finnmark HF. (2013). *Styresak 97-2013 Godkjenning av forprosjekt Nye Kirkenes Sykehus* (Styremøte i Helse Finnmark HF 5. og 6. september 2013). Hentet fra <http://docplayer.me/15872139-Rapport-forprosjekt-nye-kirkenes-sykehus.html>
- Helse Nord RHF. (2012). *Styresak 70-2012 Godkjenning av forprosjektrapport og beslutning om detaljprosjektering og bygging* (Styremøte Helse Nord RHF 21. og 22. juni 2012). Hentet fra <https://helse-nord.no/documents/styret/styrem%C3%B8ter/styrem%C3%B8ter%202012/20120622/styresak%2070-2012%20unn%20troms%C3%B8,%20a->

[fl%C3%B8y%20%E2%80%93%20godkjenning%20av%20forprosjektrapport%20mm.pdf](#)

Helsedirektoratet. (2011). *Veileder Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter* (IS-1369).

Helsedirektoratet. (2013). *Veileder for Hovedfunksjonsprogram* (IS-0391).

Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforl.

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg.). Bergen: Fagbokforl.

Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt.

Kolflaath, J. (2017, 16. november). Kalnes-lege: Kaldt, langt og trangt sykehus med ensomme pasienter, usikre pleiere og oppsplittet fagmiljø. Kronikk, *Fredrikstad blad*. Hentet fra <https://www.f-b.no/debatt/sykehuset-ostfold/helsevesen/kalnes-lege-kaldt-langt-og-trangt-sykehus-med-ensomme-pasienter-usikre-pleiere-og-oppsplittet-fagmiljo/o/5-59-935039>

Kotter, J. P. (1995). LEADING CHANGE - WHY TRANSFORMATION EFFORTS FAIL. *Harvard Business Review*, 73(2), 59-67.

Kotter, J. P. (2012). *Leading change*. Boston, Mass: Harvard Business Review Press.

Martinsen, K. & Eriksson, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg : tre dialoger*. Oslo: Tano Aschehoug.

Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse : i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forl.

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

Sellæg, A. (2017). Skal bygge sykehusbygg for ti milliarder i året. *bygg.no*. Hentet fra <http://www.bygg.no/article/1335452>

Skiphamn, S. S. (2017, 09. februar). Frykter at enda et nytt sykehus skal bli for trangt. *VG*. Hentet fra <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/xnWEn/frykter-at-enda-et-nytt-sykehus-skal-bli-for-trangt>

Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.

Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.

Torjesen, D. O. (2007). Kunnskap, profesjoner og ledelse ; kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste. *Tidsskrift for samfunnsforskning*.

## **Figurer**

Figur 1 Kotters 8 trinn for vellykket organisasjonsendring

Figur 2 Maslows behovspyramide (Berg, u.å, s. 6)

Figur 3 Omgivelser i ulike nivå (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 200)

## **Tabeller**

Tabell 1 Milepælsplan

Tabell 2 Intervjuplan

Tabell 3 Medvirkergrupper Nye Kirkenes Sykehus og A-fløya Tromsø

## **Vedlegg**

1. Intervjuguide medvirker
2. Intervjuguide rådgiver
3. Godkjenning Finnmarkssykehuset HF
4. Godkjenning fra UNN HF
5. Godkjenning fra NSD
6. Samtykkeerklæring
7. Mandat Kirkenes
8. Mandat Tromsø

## Intervjuguide medvirkere

### Bakgrunnsdata

Fagbakgrunn:

Stilling:

Rolle i medvirkningsprosessen:

### 1 Forberedelser og motivasjon

- A: Synes du ansattmedvirkning er viktig når man planlegger nye sykehusbygg? Hvorfor/hvorfor ikke?
- B: Forsto du din funksjon og oppgave i medvirkergruppen?
- C: Hva var din motivasjon for å delta i medvirkergruppen?
- D: Hva gjorde du for å forberede deg på oppgavene?
- E: Hva ble gjort av prosjektorganisasjon/ledelsen for å forberede deg på oppgavene?
- F: Hvordan ble det tilrettelagt for at du kunne delta i dette arbeidet? (tid, ressurser, informasjon, opplæring)
- G: Hva tenker du om din rolle i medvirkergruppen?

### 2 Samarbeid og organisering

- A: Var medvirkningsprosessen organisert hensiktsmessig? Hva var bra og hva var mindre bra?
- B: Hvordan var engasjementet i gruppen? Stilte folk opp på møtene, var de forberedt, bidro de?
- C: Hvordan fungerte samarbeidet i gruppen?
- D: Hvordan opplevde du samarbeidet/kommunikasjonen mellom medvirkergruppen, eget fagmiljø/organisasjon, prosjektledelse og prosjektrådgivere?
- E: Var gruppens kompetansesammensetning riktig? Hvis ikke, hvordan løste dere det?
- F: Hvis det oppstod uenigheter i gruppen, hvordan ble det håndtert?

### 3 Oppdraget

- A: I hvilken grad opplevde du at gruppens råd ble hensyntatt inn i beslutningsprosessene?
- B: I denne prosjektfasen var det mange detaljer som skulle gjennomgås. Kunne det vært mer standardisering, eller er det nødvendig å gå i detaljnivå? Hvorfor?
- C: Beskriv hvordan gruppen tenkte på fremtidens sykehus og pasientens helsevesen når dere ga deres råd?
- D: Hvor viktig mener du at lokal kunnskap er i medvirkninga? Gi eksempler! (Med lokal kunnskap mener vi organisasjonskultur, organisasjonsstruktur og forholdet til omgivelsene som er spesielt for din enhet, avdeling, helseforetak, geografisk plassering)
- E: Har du opplevd at lokal kunnskap har vært til hinder for å tenke nytt om fremtidens sykehus og pasientens helsevesen? Gi eksempler!

### 4 Avslutning

- A: I hvilken grad opplevde du/gruppen eierskap til prosjektet?
- B: I hvilken grad var du /gruppen med på å skape eierskap ut i klinikken?
- C: Hvordan vil du beskrive ditt ansvar for resultatet?
- D: Hvis du skulle deltatt i tilsvarende prosjekt igjen, er det noe du ville gjort annerledes, og er det noe du mener andre burde gjort annerledes?
- E: Burde medvirkningsprosessen vært organisert annerledes?
- F: Tror du resultatet vil svare til forventningene når det nye bygget tas i bruk?

## Intervjuguide rådgiver

### Bakgrunnsdata

Rolle i medvirkningsprosessen:

### 1 Forberedelser og motivasjon

- A: Synes du ansattmedvirkning er viktig når man planlegger nye sykehusbygg? Hvorfor/hvorfor ikke?
- B: Hvordan opplevde du at medlemmene i medvirkergruppen forsto sin funksjon og oppgave?
- C: Hva ble gjort for å forberede medlemmene på oppgavene?
- D: Hvordan ble det tilrettelagt for at de kunne delta i arbeidet? (tid, ressurser, informasjon, opplæring)

### 2 Samarbeid og organisering

- A: Var medvirkningsprosessen organisert hensiktsmessig? Hva var bra og hva var mindre bra?
- B: Hvordan var engasjementet i gruppen? Stilte folk opp på møtene, var de forberedt, bidro de?
- C: Hvordan fungerte samarbeidet i gruppen?
- D: Hvordan opplevde du samarbeidet/kommunikasjonen mellom medvirkergruppen, eget fagmiljø/organisasjon, prosjektledelse og prosjektrådgivere?
- E: Var gruppens kompetansesammensetning riktig? Hvis ikke, hvordan løste dere det?
- F: Hvis det oppstod uenigheter i gruppen, hvordan ble det håndtert?

### 3 Oppdraget

- A: I hvilken grad ble gruppens råd hensyntatt inn i beslutningsprosessene?
- B: I denne prosjektfasen var det mange detaljer som skulle gjennomgås. Kunne det vært mer standardisering, eller er det nødvendig å gå i detaljnivå? Hvorfor?
- C: Beskriv hvordan gruppen tenkte på fremtidens sykehus og pasientens helsevesen når de ga sine råd i medvirkningsprosessen?
- D: Hvor viktig mener du at lokal kunnskap er i medvirkninga? Gi eksempler! (Med lokal kunnskap mener vi organisasjonskultur, organisasjonsstruktur og forholdet til omgivelsene som er spesielt for din enhet, avdeling, helseforetak, geografisk plassering)
- E: Har du opplevd at lokal kunnskap har vært til hinder for å tenke nytt om fremtidens sykehus og pasientens helsevesen? Gi eksempler!

### 4 Avslutning

- A: Hvordan vil du beskrive gruppens eierskap til prosjektet?
- B: I hvilken grad bidro medvirkerne i gruppen til å skape eierskap ut i klinikken?
- C: Hvordan vil du beskrive gruppens ansvar for resultatet?
- D: Hvis du skulle deltatt i tilsvarende prosjekt igjen, er det noe du ville gjort annerledes, og er det noe du mener andre burde gjort annerledes?
- E: Burde medvirkningsprosessen vært organisert annerledes?
- F: Tror du resultatet vil svare til forventningene når det nye bygget tas i bruk?

**Fra:** Asphaug-Hansen Leif Arne

**Sendt:** lørdag 3. februar 2018 13:06

**Til:** Sivertsen Laila Strand <[Laila.Sivertsen@unn.no](mailto:Laila.Sivertsen@unn.no)>

**Kopi:** Albrigtsen Guri Annie <[Guri.A.Albrigtsen@unn.no](mailto:Guri.A.Albrigtsen@unn.no)>; Jørgensen Rita <[Rita.Jorgensen@finnmarkssykehuset.no](mailto:Rita.Jorgensen@finnmarkssykehuset.no)>

**Emne:** SV: søknad om godkjenning til gjennomføring av intervju ifm, MBA-studie  
Hei.

Klinikkssjef Rita Jørgensen bekrefter at dere kan intervju 3-4 av de ansatte der gjeldende medvirkning i forbindelse med bygging av nytt sykehus i Kirkenes.

Det vil være mest praktisk om dere gjør videre avtaler direkte med klinikkssjefen (kopimottaker her).

Med vennlig hilsen

Leif Arne Asphaug-Hansen

samhandlingsleder

Tlf: 78421105



---

Guri Albrigtsen og Laila Strand Sivertsen

Masterstudenter MBA Helseledelse

Tromsø 31.01.18

Kvalitets- og utviklingsavdelingen Finnmarkssykehuset

v/kvalitets- og utviklingssjef Anne Grethe Olsen

**Søknad om godkjenning for gjennomføring av intervjuer i forbindelse med masteroppgave i helseledelse.**

Vår masteroppgave skal handle om ansattes medvirkning i byggeprosjekter i sykehus. I den forbindelse ønsker vi å intervju 3-4 ansatte som har vært delaktig i medvirkningsprosessen i forbindelse med nytt sykehus i Kirkenes. I tillegg skal vi intervju eksterne rådgivere og ansatte fra UNN Tromsø som har deltatt i A-fløyprosjektet.

Intervjuene skal etter planen gjennomføres i løpet februar og mars.

Vi ber om Kvalitets- og utviklingssjefens godkjenning slik at vi kan gjennomføre intervjuene som planlagt.

Veileder er Kari Nyland, professor NTNU Handelshøgskolen

Med vennlig hilsen

Guri Albrigtsen og Laila Strand Sivertsen

## Vedlegg 4 Godkjenning UNN

**Fra:** Bugge Einar

**Sendt:** onsdag 31. januar 2018 10:53

**Til:** Sivertsen Laila Strand <[Laila.Sivertsen@unn.no](mailto:Laila.Sivertsen@unn.no)>

**Kopi:** Albrigtsen Guri Annie <[Guri.A.Albriksen@unn.no](mailto:Guri.A.Albriksen@unn.no)>

**Emne:** SV: søknad om godkjenning til gjennomføring av intervjuer ifm MBA

Hei.

Dette er godkjent. Deltakelse er dog frivillig.

Lykke til med oppgaven!

Med vennlig hilsen

**Einar Bugge**

Kvalitets- og utviklingssjef

**Tlf:** +47 777 55 850

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kvalitets- og utviklingssenteret

**Mob:** +47 900 81 795

Laila Strand Sivertsen og Guri Albrigtsen  
Masterstudenter MBA Helseledelse

Tromsø 31.01.18

Kvalitets- og utviklingssenteret UNN

v/kvalitets- og utviklingssjef Einar Bugge

### **Søknad om godkjenning for gjennomføring av intervjuer i forbindelse med masteroppgave i helseledelse.**

Vår masteroppgave skal handle om ansattes medvirkning i byggeprosjekter i sykehus. I den forbindelse ønsker vi å intervjuer 3-4 ansatte som har vært delaktig i medvirkningsprosessen i forbindelse med A-fløya. I tillegg skal vi intervjuer eksterne rådgivere og ansatte fra Helse Finnmark, Kirkenes sykehus.

Intervjuene skal etter planen gjennomføres i løpet februar og mars.

Vi ber om Kvalitets- og utviklingssjefens godkjenning slik at vi kan gjennomføre intervjuene som planlagt.

Veileder er Kari Nyland, professor NTNU Handelshøgskolen

Med vennlig hilsen

Laila Strand Sivertsen og Guri Albrigtsen





Inger Johanne Pettersen  
Postboks 1490  
8049 BODØ

Vår dato: 15.03.2018

Vår ref: 59334 / 3 / L AR

Deres dato:

Deres ref:

## Vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning § 31

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 19.02.2018 for prosjektet:

59334	Ansattmedvirkning i byggeprosjekter i sykehus
Behandlingsansvarlig	Nord universitet, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Inger Johanne Pettersen
Student	Laila Strand Sivertsen

### Vurdering

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

### Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

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

Vi forutsetter at du ikke innhenter sensitive personopplysninger.

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

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

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

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

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

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

Ved prosjektslutt 20.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

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

Marianne Høgetveit Myhren

Lasse André Raa

Kontaktperson: Lasse André Raa tlf: 55 58 20 59 / [Lasse.Raa@nsd.no](mailto:Lasse.Raa@nsd.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Laila Strand Sivertsen, [laila.strand.sivertsen@outlook.com](mailto:laila.strand.sivertsen@outlook.com)



# Personvernombudet for forskning

## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 59334

### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Dere har opplyst i meldeskjema at utvalget vil motta skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og samtykke skriftlig til å delta. Vår vurdering er at informasjonsskrivet til utvalget er godt utformet. Vi ber imidlertid om at det fremgår klarere av informasjonsskrivet at Nord universitet er behandlingsansvarlig institusjon, samt at det tilføyes kontaktopplysninger til daglig ansvarlig, Inger Johanne Pettersen.

### DATASIKKERHET

Personvernombudet forutsetter at dere behandler alle data i tråd med Nord universitet sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet.

### PROSJEKTSLUTT

Prosjektslutt er oppgitt til 20.06.2018. Det fremgår av meldeskjema/informasjonsskriv at dere vil anonymisere datamaterialet ved prosjektslutt. Anonymisering innebærer vanligvis å:

- slette direkte identifiserbare opplysninger som navn, fødselsnummer, koblingsnøkkel
- slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som bosted/arbeidssted, alder, kjønn- slette lydopptak

For en utdypende beskrivelse av anonymisering av personopplysninger, se Datatilsynets veileder:

<https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>

## Vedlegg 6 Samtykkeerklæring

### Samtykke til deltagelse på intervju i forbindelse med masteroppgave.

Vi er to ansatte ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) som tar masterutdanning (MBA) i helseledelse ved NORD Universitetet og som ønsker å intervju deg i forbindelse med vår masteroppgave. Vi to som skal skrive oppgaven sammen er enhetsleder ortopedi- og plastkirurgisk poliklinikk Laila Strand Sivertsen og klinisk rådgiver UNN Guri Albrigtsen. Tillatelse til gjennomføring av intervjuer er innhentet fra UNN HF og Finnmarksykehuset HF. Prosjektet er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD).

Vår masteroppgave skal handle om ansattes medvirkning i byggeprosjekter i sykehus. For å forstå hvordan de ansatte opplever å delta i slike medvirkningsprosesser ønsker vi å intervju ansatte og eksterne rådgivere som har deltatt i medvirkerprosessen ved planlegging (Funksjons- og detaljprosjektet) av henholdsvis A-fløya UNN Tromsø og nye Kirkenes Sykehus.

### Intervjuet

Vi vil begge delta på intervjuet med deg som vil ta ca 30 minutter. Du vil på forhånd få tilsendt en intervjuguide slik at du kan forberede deg på hvilke tema intervjuet vil omhandle og hvilke spørsmål vi vil stille. Under intervjuet vil det bli brukt lydopptak som vi senere vil skrive ned og bruke i vår masteroppgave. Etter dette vil lydopptakene og det nedskrevne intervjuet bli slettet. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert.

### Frivillig deltakelse

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

Dersom du har spørsmål, ta gjerne kontakt med oss.

Laila Strand Sivertsen, [laila.sivertsen@unn.no](mailto:laila.sivertsen@unn.no), tlf 92052490

Guri Albrigtsen [guri.albriksen@unn.no](mailto:guri.albriksen@unn.no), tlf 92298598

Eller kontakt vår veileder Professor Kari Nyland, [kari.nyland@ntnu.no](mailto:kari.nyland@ntnu.no), tlf 92850786

### Samtykke til deltakelse i studien

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

---

Signatur Prosjektdeltaker, dato

Samtykke kan også sendes på e-post til en av oss. Se adresser over.

## Vedlegg 7 Mandat Nye Kirkenes Sykehus

### Overordnet mandat for brukermedvirkning

Medvirkning skal skje på grunnlag av til enhver tid gjeldende rammer og forutsetninger for prosjektet, og på grunnlag av avsluttede resultatdokumenter fra foregående prosjektfase.

Ved oppstart av detaljprosjekt høsten 2013 gjelder følgende rammer:

- Forprosjekt av juni 2013 med addendum av november 2013.
- Rammer fastsatt ved behandling og godkjenning av forprosjekt i desember 2013.

Det presiseres at prosjektets rammer kan bli endret som følge av endrede rammevilkår eller andre forhold som inntreffer. Mandatet må i så fall tilpasses slike endringer.

Det overordnede mandatet for brukermedvirkning er:

- Medvirkning og rådgivning ved programmering i ulike stadier, derunder ved utarbeiding av delfunksjonsprogram og romfunksjonsprogram.
- Medvirkning og rådgivning ved prosjektering i ulike stadier, derunder ved utarbeidelse av skisseprosjekt, forprosjekt og detaljprosjekt. I detaljprosjekt inngår funksjonsprosjekt og anbudsprosjekt.
- Medvirkning og rådgivning ved utstyrsplanlegging og utstyrsanskaffelse.
- Løpende informasjon til og fra ledelsen ved de berørte klinikker og avdelinger om alle forhold av betydning for klinikk/avdeling, derunder distribusjon av aktuelle dokumenter til enhetenes ledelse.
- Løpende dialog mellom deltagere i brukermedvirkningen og de miljøer de representerer, om de spørsmål som behandles i driftsorganisasjonen.
- Behandling av saker som blir forelagt brukerorganisasjonen til uttalelse fra prosjektet eller fra driftsorganisasjonen.

**Mandatet er klippet ut av *NKS PA-bok Brukermedvirkning s 3* (internt dokument)**

**4.2.1 Mandat for gruppene:**

Det overordnede mandatet for ansattemedvirkning i forbindelse med detaljprosjektet er:

- Medvirkning og rådgivning ved uttegning av de ulike rommene og spesifisering av enkelt elementer i bygget. Rådgivning sett ut i fra et funksjonelt og driftsteknisk ståsted.
- Medvirkning og rådgivning ved utstyrsplanlegging og utstyrsanskaffelse.
- Løpende informasjon til og fra ledelsen ved de berørte klinikker og avdelinger om alle forhold av betydning for klinikk/avdeling, derunder distribusjon av aktuelle dokumenter til enhetenes ledelse.
- Løpende dialog mellom deltagere i medvirkningsgruppene og de klinikkene de representerer.
- Behandling av saker som blir forelagt medvirkergruppene til uttalelse fra prosjektet.
- Medvirkergruppene skal utarbeide kravspesifisering ut i fra krav til funksjonalitet gitt i programmet for ny A-fløy.

**Mandatet er klippet ut av et internt dokument til direktørens styringsgruppe datert 14.11.12, s 2-3.**