

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn: Brigitte Maurer, kandnr. 6 og Hanna Skår, kandnr. 13

Faglig samarbeid...eller har alle nok med sitt?

Dato:

19.06.22

Totalt antall sider: 63

Abstract

Professional collaboration in hospitals is important in relation to patient treatment, profession and quality development, as well as resources tied to daily operations. It is the managers who have the responsibility to make plans for the development of the professional collaboration and the collaborative culture.

The clinic organizational structure was implemented at the University Hospital of North Norway (UNN HF) in 2008. The intention of the extensive reorganization was, amongst other things, to tie the different specialist units better together, and to increase the professional collaboration both internal and across departments and clinics.

This study aims to bring forth knowledge on how six department managers characterize professional collaboration and collaborative culture.

The study's thesis question is:

How do managers describe the collaborative culture and the professional collaboration in a transversal clinic structure at UNN HF?

This will be answered out from the following research questions:

1. *How do the managers work on developing the professional collaboration?*
2. *How do the managers characterize the collaborative culture and the professional collaboration within their own department and clinic, and across clinics?*
3. *What is experienced as inhibiting or promoting professional collaboration?*

Six semi-structured qualitative interviews were conducted with department managers at two clinics at UNN HF. Out of the six managers, two oversaw departments which were spread over several locations.

The study shows that it seems like there is little systematic work with promoting professional collaboration, and that this kind of work has little support from the management. The informants do acknowledge the value of professional collaboration, but the professional collaboration outside of their own department seems to be poorly embedded at the departments included in this study. The reason for this is, amongst other things, scarce economic resources, and a hectic day-to-day management. In addition, several of the informants claim that UNN has not developed a culture for collaboration. The study contributes to insight on what decisive elements that can influence if a professional collaboration will succeed or not. The study also shows how the department managers administrative responsibilities displace the time they have available for professional collaboration.

Forord

Denne masteroppgaven er vårt avsluttende arbeid på Master i Helseledelse ved Nord Universitet. Dette har vært en prosess som vi har lært mye av både om sykehuset som organisasjon og fått et utvidet perspektiv på eget lederskap. Faglig samarbeid har vært et tema som har engasjert oss både som studenter og som ledere. Forskningsprosessen har tidvis vært frustrerende, slitsom og utfordrende. Vi har hatt mange gode diskusjoner og refleksjoner underveis. Temaet som er valgt, håper vi kan bidra til at faglig samarbeid ved UNN HF kan utvikles og forankres på en bedre måte. Vi håper at de diskusjonene vi har i oppgaven kan brukes til inspirasjon for dette utviklingsarbeidet.

Vi ønsker å berømme professor Pål Pedersen og Anita Eide for måten studiet er organisert på. Gjennom studiet har vi blitt kjent med andre ledere som jobber innenfor ulike fagfelt i Helse Nord. Vi har sammen med disse fagpersoner delt erfaringer og drøftet problemstillinger samt etablert et nettverk som vi er svært takknemlig for.

Takk til vår veileder professor Sverre Ole Grepperud for gode råd og veiledning underveis.

Vi føler oss privilegerte som har fått muligheten til å ta denne utdanningen. Uten tilrettelegging fra våre ledere avdelingsleder Gry Tufte-Gerhardsen og overlege og seksjonsleder Stig Hegna, ville det vært vanskeligere å få gjennomført studiet. Tusen takk til dere.

Takk til våre familier for tålmodighet og gode klemmer underveis.

Til slutt ønsker vi å takke hverandre for et utrolig godt samarbeid.

Harstad, 19.06.22

Enhetsleder Brigitte Johanne Maurer og seksjonsleder Hanna Skår

1.0 Innledning.....	5
2.0 Teoretisk rammeverk.....	8
2.2 Teoretisk perspektiv på faglig samarbeid og samarbeidskultur	8
2.2.1 Hemmende og fremmende determinanter for faglig samarbeid.....	9
2.2.2 Organisatoriske determinanter	9
2.2.3 Relasjonelle determinanter	9
2.2.4 Systemiske determinanter	10
2.3 Organisasjonskultur.....	11
2.4 Organisasjonsstruktur	14
2.4.1 Kommunikasjoner i organisasjoner.....	15
2.5 Tverrgående klinikkstruktur	16
2.6 Sykehus en kompleks arena for ledelse.....	17
2.6.1 Ledelse av endringsprosesser	18
3.0 Metodisk tilnærming	19
3.1 Hermeneutisk tilnærming	19
3.2. Forskerrollen og egen forforståelse	20
3.3 Hvordan fikk vi tilgang til forskningsfeltet.....	22
3.3.1 Utvelgelse av intervjupersoner.....	22
3.4 Kvalitative forskningsintervju.....	24
3.5 Transkripsjon.....	25
3.6 Fremgangsmåte for analyse av datamaterialet	26
3.7 Forskningsetiske overveielser	26
3.8 Studiens pålitelighet og gyldighet	28
3.8.1 Pålitelighet.....	28
3.8.2 Gyldighet.....	29
3.8.3 Metodekritikk	30
4.0 Presentasjon av empirien.....	32
4. 1 Faglig samarbeid; krav, planer og betydning	32
4.1.1 Krav til faglig samarbeid.....	32
4.1.2 Planer for og betydning av faglig samarbeid	32
4.2 Karakterisering av faglig samarbeid og faglig samarbeidskultur.....	35
4.2.1 Faglig samarbeid innad i egen avdeling	35
4.2.2 Faglig samarbeid innad i egen klinikk	36
4.2.3 Faglig samarbeid på tvers av klinikkgrenser	37
4.2.4 Samarbeidskultur.....	39
4.3 Hemmere og fremmere for faglig samarbeid	39
4.3.1 Organisatoriske faktorer.....	40
4.3.2 Økonomiske og administrative faktorer	42
4.3.3 Relasjonelle faktorer	44
4.5 Oppsummering av hovedfunn	46
5.0 Diskusjon.....	48
5.1 Hvordan arbeides det med utvikling av faglig samarbeid?	48
5.2 Svak samarbeidskultur relatert til organisasjonskultur	52
5.2.1 Organisasjonskultur og implementeringen av LUO-prosjektet	56
5.3 Hva oppleves som hemmere og fremmere for faglig samarbeid?.....	58
5.3.1 Organisatoriske determinanter	58

5.3.2 Relasjonelle determinanter	61
5.3.3 Systemiske determinanter	64
6.0 Konklusjon	67
6.1 Oppsummering av hovedfunn	67
6.2 Forslag til videre forskning	68
Litteraturliste	69
Vedlegg 1	72
Vedlegg 2	74
Vedlegg 3	77
Vedlegg 4	79

1.0 Innledning

Fram til 2006 var sykehusene i Harstad og Narvik en del av Hålogalandssykehuset, men grunnet mye interne stridigheter, vedtok Helse Nord i 2006 oppløsning av dette foretaket. De bestemte videre at Harstad og Narvik sykehus skulle bli en del av Universitetssykehuset Nord-Norge Helseforetak (UNN HF) fra 1. januar 2007. Styret ved UNN HF vedtok i desember 2007, at 50 avdelinger skulle omorganiseres til 10 klinikker med tilhørende stabsenheter og driftssenter. Denne omstillingsprosessen, betegnet som Langsiktig Utvikling og Omstillinger-prosjektet (LUO). Klinikstrukturen ble innført i august 2008.

Den nye organisasjonsstrukturen skulle redusere avstanden mellom kjernevirksomheten og toppledelsen og tydeliggjøre lederlinjen i organisasjonen. Den «nye» toppledelsen utgjorde, etter prinsippene om enhetlig ledelse, klinikkjefene og avdelingslederne. Omstillingen ført også til innføringen av et ekstra ledernivå (klinikkjef) med faglig gjennomgående ledelse. Dette grepet skulle knytte fagmiljøene sammen for blant annet å bedre samarbeidet innad i klinikkene og på tvers av klinikker. I saksfremlegget til styret ved UNN HF fremheves samarbeids- og samhandlingsgevinsten man forventer ved etablering av klinikker og med en klinikkjef som ivaretar gjennomgående faglig ledelse.

“Klinikkene må utvikle godt samarbeid på tvers av fagmiljø og klinikker. Klinikksjefene skal ha et helhetlig resultatansvar for klinikkene. Dette innebærer også styring og rapportering knyttet til område for samarbeid og samhandling. Klinikksjefene skal sammen med avdelingslederne utgjøre et tverrfaglig team som fungerer godt sammen. Det må etableres tydelige samhandlingsrutiner, felles fora og lignende som også går på tvers av avdelinger innad i klinikken.” (UNN 2007, styresak 84/2007 kap. 4.2)

En senere evaluering av LUO-prosjektet skulle vurdere om den nye klinikstrukturen hadde bidratt til å forbedre den organisatoriske funksjonaliteten (Oxford Research, Vinn Bedriftskompetanse, 2012). Denne evalueringen konkluderte med at UNN HF hadde utfordringer som måtte gripes fatt i. Blant annet hevdes det at samhandlingen og samarbeidet på tvers var blitt skadelidende og sykehuset hadde ikke etablert strukturer som ivaretok behovet for å jobbe på tvers. Hver avdeling og klinikk var «seg selv nærmest», og

klinikkstrukturen hadde medført «silotenkning». Evalueringen konkluderer med at man må få til en utvikling i retning av en mer felles kultur noe som igjen stiller krav til ledelsen. Forventningene til ledelses utøvelse måtte tematiseres og konkretiseres da ledere er sentrale rollemodeller og kulturbærere (Oxford Research et al, 2012).

I denne studien fokuserer vi på det faglige samarbeidet og samarbeidskulturen internt i en tverrgående klinikkstruktur. Formålet er å undersøke hvordan ulike ledere karakteriserer samarbeidet og samarbeidskulturen ved seks forskjellige avdelinger i UNN HF og om innføringen av klinikkstrukturen har påvirket det faglige samarbeidet internt i sykehuset? Vi håper studien kan gi innsikt i eksisterende faglige samarbeid og samarbeidskultur. Videre håper vi å få synliggjort hvilke utfordringer lederne opplever når det gjelder det faglige samarbeidet og hvilke faktorer som påvirker det.

Vi håper studien kan bidra til økt forståelse for hva som må til for å forbedre det faglig samarbeid og utvikle en faglig samarbeidskultur.

Vår problemstilling og forskningsspørsmål er som følger;

Problemstilling:

Hvordan beskriver ledere samarbeidskulturen og det faglige samarbeidet i en tverrgående klinikkstruktur ved UNN HF?

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan arbeides det med å utvikle det faglige samarbeidet?
2. Hvordan karakteriserer avdelingsledere samarbeidskulturen og det faglige samarbeidet innad i egen avdeling og klinikk og på tvers av klinikkgrensene?
3. Hva oppleves som hemmere og fremmere for faglig samarbeid?

Vår oppgave begrenser seg til å intervju 6 avdelingsledere ved to ulike klinikker. Lederne har et helhetlig resultat- og driftsansvar for sine respektive avdelinger.

Oppgaven består av seks kapitler. I kapittel 2. presenteres oppgavens teoretiske rammeverk. Kapittel 3 omhandler oppgavens forskningsdesign og metode. Videre i kapittel 4 følger en

presentasjon av studiens empiri. I kapittel 5 diskuteres studiets funn i lys av det valgte teoretiske rammeverket. I kapittel 6 følger konklusjon og tanker om videre forskningsmuligheter.

2.0 Teoretisk rammeverk

Det teoretiske rammeverket skal belyse ulike teoretiske perspektiver som er relevant for å belyse problemstillingen og studiens forskningsspørsmål samt danne en ramme for vår analyse av empirien.

Faglig samarbeid i sykehus kan gi ressursmessige gevinster, og muligheten til utvikling av fag- og kvalitetsforbedringer. Forutsetning for godt faglig samarbeid beskrives av San Martin-Rodriguez, Beaulieu, Damour, Ferrada-Videla (2005). Når det gjelder ledelse har vi valgt å vektlegge endringsledelse. Dette er en avgjørende og vanskelig lederoppgave som stiller store krav til ledernes kommunikasjonsferdigheter og tilstedeværelse. Dette valget begrunnes i at organisasjonsendringer lykkes sjeldent dersom ikke kulturen i organisasjonen tas hensyn til ved endringsprosesser (Berg, 2005). Vi mener at dette er et relevant perspektiv i diskusjonen av sammenhengen mellom en svak samarbeidskultur som preges av manglende felleskap og helhetstenkning.

2.2 Teoretisk perspektiv på faglig samarbeid og samarbeidskultur

Samarbeid og samhandling brukes ofte om hverandre. I denne studien har vi valgt å bruke begrepet samarbeid, fordi der rettes fokuset mot mennesker som har valgt å arbeide sammen for å oppnå et felles mål. Det handler i motsetning til samhandling, om en større grad av forpliktelse og deltagelse. Forpliktelse innebærer å holde sin del av avtalen og bidra med nødvendige ressurser for at felles mål skal nås (Ness og Søreide, 2014).

Utvikling av en god intern samarbeidskultur er en prosess som tar tid og forutsetter en langsiktig innsats fra både ledelse og ansatte. En god samarbeidskultur er inkluderende og preget av nærvær, interaksjon og likeverd. Gjennom møteplasser og dialog utvikles en gjensidighetskunnskap som fører til man oppnår en felles forståelse for hva som er målet med det faglige samarbeidet. Man deler en felles oppfatning og forståelse for verdien av faglig samarbeid (Ness et. al., 2014). Faglig samarbeid har alltid vært viktig for god pasientbehandling. I tillegg stiller den økende grad av profesjonell spesialisering og organisatorisk fragmentering nye krav til faglig samarbeid og utvikling av en god samarbeidskultur.

2.2.1 Hemmende og fremmende determinanter for faglig samarbeid

Det finnes flere beskrivelser av hva som kjennetegner et godt samarbeid. Artikkelen «*The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*» av San Martin-Rodriguez et. al. (2005) danner oppgavens teoretiske rammeverk med ulike beskrivelser av determinanter som er viktige og nødvendige for å få til et vellykket faglig samarbeid. Denne artikkelen gjennomgår teori og studier knyttet til samarbeid i helse- og sosialsektoren. Determinantene er systematisert på følgende tre nivåer; organisatoriske determinanter, relasjonelle determinanter og systemiske determinanter.

Dette er determinanter som ifølge San Martin-Rodriguez et. al. (2005) må være til stede for at et samarbeid kan kalles vellykket. I tillegg understrekes viktigheten av et godt lederskap. Vi har valgt å strukturere det teoretiske rammeverket ut fra de sentrale konklusjonene i denne artikkelen.

2.2.2 Organisatoriske determinanter

Administrativ støtte og tilrettelegging sikter blant annet til hvor godt samarbeidsfokus er forankret hos ledelsen. Lederstøtte er en sentral og viktig suksessfaktor. Lederens ansvar for å støtte opp om samarbeid som fokusområde trekkes frem som viktig for å skape et godt samarbeidsklima. Å implementere samarbeid krever ledere som har evne til å formidle visjoner om samarbeid til sine ansatte og skape en prosess der aktørene blir enige om felles mål for samarbeid. Uten et slikt lederfokus øker sjansen for at samarbeidet forvitrer. Også organisasjonens verdigrunnlag hvor verdier som åpenhet, deltakelse og gjensidig avhengighet trekkes frem som sentrale for å utvikle en kultur for godt samarbeid (San Martin-Rodriguez et. al., 2005). I tillegg forutsetter et godt samarbeid at det i organisasjonen er etablert interne kommunikasjonssystemer og møtearenaer der informasjon og erfaringer kan utveksles. Et vellykket samarbeid krever videre at man toner ned hierarkiske strukturer. Dette til fordel for en horisontal struktur som legger til rette for delt beslutningstaking og kommunikasjon (San Martin-Rodriguez et. al., 2005).

2.2.3 Relasjonelle determinanter

San Martin-Rodriguez et. al. (2005) hevder at skal man lykkes med samarbeid, må aktørene oppleve samarbeid som nyttig og nødvendig. Om ikke viljen er til stede, kan samarbeid

oppleves forstyrrende for egne arbeidsoppgaver. Viljen kan også henge sammen med oppfatninger aktørene har om hverandre. Har aktørene positive oppfatninger om hverandre spiller dette en vesentlig rolle for inngåelse av nye samarbeid.

Å bygge tillit krever tid, engasjement og tålmodighet. Tillit kan sies å henge sammen med aktørenes kunnskap om «de andre» og går både på å ha tillit til at andre har relevant kunnskap og erfaringer, og å oppleve at andre har tillit til det en selv kommer med. Tillit og respekt er en grunnleggende verdi i relasjoner som fungerer. Så lenge aktørene har respekt for hverandre vil det være enklere også å være uenige om ulike saker. Å vise respekt for hverandre handler om å ta vare på hverandre, og anerkjenne den andres synspunkter (San Martin-Rodriguez et. al., 2005).

2.2.4 Systemiske determinanter

Systemiske determinanter handler i hovedsak om faktorer som befinner seg utenfor organisasjonen. Dette kan være sosiale, kulturelle, utdanningsmessige og profesjonelle faktorer. Dype kulturelle verdier i en spesiell faggruppe, kan også stå i motsetning til de fellesskapsverdiene som et samarbeid må tuftes på. Utdanningssystemet virker også å være en avgjørende determinant for samarbeid. Dette henger sammen med sosialiseringprosessen i de ulike helsefaglige utdanningsforløpene. I tillegg er økonomiske og bemanningsmessige ressurser avgjørende for om man skal lykkes med faglig samarbeid.

San Martin-Rodriguez et. al. (2005) konkluderer på følgende måte:

« Even though the above conditions may be necessary, they are not sufficient, because in complex health care systems professionals cannot, on their own, create all the necessary conditions for success. Organizational determinants play a crucial role, especially in terms of human resource management capabilities and strong leadership » (San Martin-Rodriguez et al, 2005, p: 145)

All form for samarbeid påvirkes altså av disse tre determinantene på forskjellige nivåer. Vi har valgt å utarbeide et skjema basert på San Martin-Rodriguez et. al. (2005) over ulike hemmende og fremmende determinanter for samarbeidsrelasjoner.

Determinanter	Hemmere	Fremmere
Organisatoriske	<ul style="list-style-type: none"> • Hierarkisk organisasjonsstruktur • Uklar ansvarsfordeling • Svak ledelsesforankring • Mangel på felles mål • For stor arbeidsbelastning 	<ul style="list-style-type: none"> • Flat organisasjonsstruktur • Klar ansvarsfordeling • Felles mål • Felles møteplasser • Nok tid/ressurser • God ledelsesforankring
Relasjonelle	<ul style="list-style-type: none"> • Liten vilje og interesse for samarbeid • Lite kunnskap om andre • Mangel på tillitt 	<ul style="list-style-type: none"> • Vilje og interesse for samarbeid • Tillitt til andre • Kunnskap om andre
Systemiske	<ul style="list-style-type: none"> • Mangel på økonomiske ressurser 	<ul style="list-style-type: none"> • Økt fokus på samarbeid i utdanningene • Øremerkede midler

Fig:1: Hemmende og fremmende faktorer for samarbeid ifølge San Martin-Rodriguez et. al. (2005).

2.3 Organisasjonskultur

En viktig betingelse for at strategier implementeres, er at organisasjonskulturen støtter opp om de valgte strategiene (Grund, 2006). Alle organisasjoner har en kultur som inneholder

felles verdioppfatninger for hvordan man oppfører seg, prater og organiserer handlinger. Kulturen i en organisasjon er en sammensmeltning av de normene, verdiene, oppfatningene og handlingsformene som kjennetegner hvordan grupper og individer fungerer sammen for å få arbeidet utført (Ingstad, 2019). Det handler ikke bare om hva man tenker eller ønsker i en organisasjon, men hvordan medlemmene faktisk opptrer og hvilke holdninger de har (Bang, 2011). Kulturen blir dermed sentral når det gjelder å forstå adferdsmønstre og prosesser i organisasjoner.

Videre hevdes det at organisasjonskulturen er nøkkelen både til suksess på kort sikt, og – hvis den ikke håndteres riktig - fiasko på lang sikt. Kultur kan gi konkurransefordeler, men kan også skape hindringer for nødvendige endringer som organisasjonen trenger for å oppnå suksess (Jacobsen, 2004). Jo sterkere kulturen er, jo større tillit har ansatte til sin leder, til sine kollegaer og andre ansatte i organisasjonen. Tillit mellom personer og grupper er ofte et resultat av samhandling over tid. Tillit tar lang tid å bygge, men kan brytes ned relativt raskt (Jacobsen og Thorsvik, 2021).

«Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser 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 den 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» (Schein, 1985 i Jacobsen et. al., 2021, s. 124).

Ut fra denne definisjonen knyttes «kultur» til en gruppe som deler et sett av grunnleggende antakelser som handler om oppfatninger og meninger i organisasjonen. Disse tas for gitt. Dette er etablerte sannheter innad i en gruppe og som er så selvfølgelige at ingen stiller spørsmålstegn ved dem. Slike grunnleggende antakelser kan være vanskelig å endre. «De er inne i hodet» på medlemmene, og mange ganger er ikke medlemmene selv klar over hva slags antakelser de bærer med seg. Schein (1985) hevder videre at kultur er basert på læring. Det er gjennom det en viser hvordan man tilpasser seg organisasjonen og gruppen (Jacobsen et. al., 2021).

Kulturen utvikles etter hvert som man lærer å tilpasse seg omgivelsene og lærer og mestre kommunikasjon og tilpasning innad i organisasjonen. Videre vil kulturen opprettholdes så lenge den oppfattes som riktig og testes kontinuerlig opp mot virkeligheten gjennom praksis.

Den vil sannsynligvis bli endret dersom grunnleggende virkelighetsoppfatninger viser seg ikke å stemme. Den rådende kultur i en gruppe vil bli lært bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte, tenke og føle på stilt overfor spesifikke problemer (Jacobsen et. al., 2021).

Ifølge Schein kan en kultur analyseres ut fra de følgende tre kjerneelementene; artefakter, verdier og grunnleggende antakelser (Jacobsen et. al., 2021):

Artefaktene er synlige og handler om de kulturelle uttrykk som vi kan se og høre, samt fysiske strukturer. Det er viktig ut fra et lederspesspektiv å bevisstgjøre seg på symbolverdien i ord og handlinger. Det er det ledere faktisk gjør og sier som betyr noe. Ikke hva de kanskje tror at de gjør (Jacobsen et. al., 2021).

Verdier sier noe om hva som er ønskelig og godt, hva som verdsettes og hva man er opptatt av å ivareta og fremme. Noen verdier kan være formalisert og nedtegnet i organisasjonens verdikart (Ingstad, 2019). Organisasjoner har ofte både åpne og skjulte verdier. De åpne kaller Bang (2011) for *forfektede* verdier. Det er ofte stor enighet om og ønskelig å innfri disse. Dette er verdier som organisasjonen kommuniserer til medarbeidere og omgivelsene i form av visjoner og målsetninger. De skulte verdiene eller *bruksverdiene* blir det ikke snakket så mye om, men disse kan allikevel virke styrende på adferden. Dersom det ikke er samsvar mellom disse ulike verdsettene kalles dette inkonsistens.

Normer kan beskrives som uskrevne regler som angir hva som er passende å gjøre i gitte situasjoner. Dette er bestemte prinsipper eller regler som mennesker forventes å følge (Jacobsen et. al., 2021).

Grunnleggende antakelser og felles virkelighetsoppfatninger, viser til organisasjonskultur på et ubevisst nivå og blir omtalt som en del av kulturen som tas for gitt. Dette er basert på tilpasninger og tidligere erfaringer som kulturen ubevisst tar i bruk for å løse problemer. Man har en felles antakelse om hva som fungerer best i organisasjonen. Sammen med organisasjonens felles sett av normer, verdier og artefakter danner den grunnleggende antakelsen det kulturelle uttrykket i organisasjonen. Vi kan på en måte si; «sånn gjør vi det her hos oss» (Jacobsen et. al., 2021).

Organisasjoner kan være systemer som har en felles homogen kultur. Imidlertid skjer det ofte at det utvikles kulturer som eksisterer samtidig i en og samme organisasjon. Slik eksisterer det ofte *subkulturer* innenfor organisasjonens grenser. En subkultur kan betraktes som noe som utvikles i en undergruppe som samhandler jevnlig med hverandre og som identifiserer seg selv som en distinkt gruppe i organisasjonen. Denne gruppen deler et sett av felles utfordringer og som handler på grunnlag av gruppens kollektive verdier, normer og virkelighetsoppfatninger.

Kultur- og subkultur kan utvikles i enhver gruppe forutsatt at følgende betingelser er til stede (Colbjørnsen, 2004):

- gruppen må ha vært lenge sammen til å ha opplevd og delt bekymringsfulle problemer
- den må ha hatt mulighet til å løse problemene og observert effekten av disse
- nye medlemmer sosialiseres inn i kulturen

Det er mye som kan rives ned og «ødelegges» når avdelinger slås sammen og enheter avvikles. Når omtrent alt flyter, kan kulturen representere det stabile som kan redusere spenninger og være identitetsskapende. Til tross for felles strategier, mål og styringssystemer, så er det ofte kulturen som holder det hele sammen. Spesielt ved enkelte fusjonerte lokalsykehusene er det en «kampvilje» om å bevare og utvikle sitt lokalsykehus. Denne kulturen har en sterkt historisk forankring. Ut fra et ledelsesperspektiv vil påvirkning av en såkalt bevaringsorientert kultur kreve et klokt og godt lederskap (Berg, 2005)

2.4 Organisasjonsstruktur

En organisasjon kan beskrives utfra hva som er formålet med at de ulike aktørene er samlet. Jakobsen et. al. (2021) beskriver en organisasjon som et sosialt system som er bevist konstruert for å løse oppgaver og idealisere bestemte mål. Med et sosialt system menes mennesker som skal samhandle med hverandre i den konteksten de er i. En organisasjon kjennetegnes gjerne hvordan den er bygd opp, altså den strukturen organisasjonen har. Den formelle organisasjonsstrukturen, viser hvordan arbeidsoppgaver skal fordeles og hvordan beslutningsmyndigheten fordeles mellom ansatte og ledelsen. Å forstå strukturen er nødvendig for å forstå hvilke aktører som er involverte i beslutninger, og dermed hvilke saker som blir tatt opp og vektlagt (Jakobsen et. al., 2021). Organisasjonens strukturer er bevisst

bygd opp fordi man mener at denne strukturen er best egnet til å oppnå de målene og resultatene som organisasjonen ønsker å oppnå.

I følge Mintzberg har så godt som alle organisasjoner et hierarki. Dette kan medføre at “den rette linjen” fra toppledelsen til ansatte via mellomleder, blir lengre. Det er topplederens ansvar å legge opp strategier og stake ut kursen for virksomheten og føre resultatkontroll (Jakobsen et.al., 2021). Klinikklederne og avdelingsledere, sammen med direktør, utgjør toppledelsen.

Videre deler Mintzberg organisasjoner inn i ulike typer, der sykehus er eksempel på et profesjonelt byråkrati eller en ekspertorganisasjon. Ifølge Strand (2007) er ekspertorganisasjoner preget av at virksomheten er styrt av deltagerens ekspertkunnskap. Denne er preget av at virksomheten er styrt av denne ekspertkunnskapen. De ansatte i den kliniske virksomheten er tildelt stor beslutningsmyndighet og har en sterk profesjonsidentitet. Dette kan føre til at denne type organisasjoner er vanskelig å styre. Harsvik, Lippestad, Kjekshus, Mortensen, Torvik og Vareide (2005) hevder at ingen organisasjonsform er optimal. Den fremmer noe på bekostning av noe annet. Derfor modereres ofte organisasjonsstrukturer i håp om å reversere bi-effekter.

2.4.1 Kommunikasjoner i organisasjoner

Organisasjoner formes og utvikles gjennom kommunikasjon. For at en organisasjon skal fungere, må medlemmene snakke sammen, de må forstå hva andre snakker om og de må kunne sende informasjon til hverandre. Organisering dreier seg i all hovedsak om kollektiv handling, at flere jobber sammen om å nå et mål (Jakobsen et. al., 2021).

Studier viser at det er mer utstrakt kommunikasjon mellom ansatte innen en formell organisasjonsenhet, og at kommunikasjonsmengden avtar betraktelig når man krysser en formell organisatorisk grense. Årsaken til dette handler blant annet om fysisk nærhet på arbeidsplassen og at medlemmene har felles erfaringer som gjør det lettere å snakke sammen. Dette er fellesskap der tilliten er høy og man henter støtte hos hverandre (Jakobsen et. al., 2021).

2.5 Tverrgående klinikkstruktur

Tverrgående klinikkstruktur innebærer at ulike fag og funksjoner organiseres i egne selvstendige enheter med enhetlig ledelse på tvers av geografiske lokasjoner (Pettersen og Solstad, 2020). Strukturen skal blant annet tydeliggjøre ledelseslinjen i organisasjonen. Klinikkene er vertikalt styrte funksjonelle enheter med et helhetlig resultatansvar både for pasientbehandlingen og for det økonomiske driftsresultat.

Tverrgående ledelse kan fremme hensiktsmessig bruk av ressurser og fordeling av arbeidsoppgaver og funksjoner på tvers av sykehus. Svakheten er at lederen av klinikken er mindre tilgjengelig på de enkelte institusjoner. Beslutningslinjene kan oppleves lange og dette kan resultere i utydelige ansvarslinjer og usikkerhet, og at målformuleringer og strategier ikke forankres helt ut i sykehuset (NOU 2016:25).

Berg (2005) hevder at innføringen av klinikkstrukturen merkes spesielt på de tidligere nokså integrerte lokale sykehus. De har mistet sine smådriftsfordeler, og blir en del av et system der den industrielle stordriftslogikken dominerer. «Satt på spissen: samtidig som de har mistet smådriftsfordelene er de pådyttet stordriftsulemper» (Berg, 2005, s. 99).

Frich (2016) hevder at innføringen av klinikkstrukturen har ført til et stort lederspenn der den vertikale dialogen settes i strekk. Hvert ekstra ledernivå vil ha en merkostnad for kommunikasjonen internt i organisasjonen, både «oppover» og «nedover» ved å gi økt avstand mellom det strategiske toppledernivået og ledernivået nær den kliniske virksomheten.

Kravet om enhetlig ledelse har ført til endringer i organiseringen av sykehusene. Dette kravet har blant annet ført til at flere sykehus er slått sammen og det er etablert større og mer komplekse tverrgående enheter. I tillegg har antall ledernivå økt. Den vertikale dialogen har blitt mer utfordrende, som følge av det som beskrives som en mer detaljert eier- og virksomhetsstyring fra myndighetens side. Rommet for faglig ledelse nedenfra har blitt mindre samtidig som omfanget av ytre styring og regulering har økt. (NOU 2016:25).

2.6 Sykehus en kompleks arena for ledelse

Sykehus er kanskje våre mest avanserte og mest utviklede organisasjoner med tanke på antall beslutninger og handlinger som må koordineres hver dag. Her behandles komplekse problemer av høyt kvalifiserte yrkesutøvere som har stor autonomi i sin yrkesutøvelse. Deres primære oppgave er å yte god behandling til pasientene. Profesjonsverdiene står sterkt i sykehussektoren og det er alltid pasientens beste som styrer de valg og handlinger som gjøres (Strand, 2007).

Samtidig opplever sykehusene trykk både fra omgivelsene og fra politiske myndigheter knyttet til å få mer helse ut av hver krone (Harsvik et. al., 2005).

Ny offentlig styring, New Public Management (NPM), kom for fullt inn i offentlig forvaltning på 80-tallet, og ble ytterligere forsterket da helsereformen ble innført i spesialisthelsetjenesten i 2002 (Berg, 2005). Det ble lagt større vekt på mål- og resultatstyring, blant annet gjennom økt bruk av styringsindikatorer (Nyland og Pettersen, 2018). Dette kommer blant annet til uttrykk i oppdragsdokumentet (OD) fra Helse- og omsorgsdepartementet der det stilles mange og detaljerte krav til de regionale helseforetakene. Oppfølging og rapportering på resultat er blitt en viktig del av styringsverktøyene. Når en så innretter den overordnede styringen etter enkelte resultatmål, så ender det ofte bland annet med måltall på økonomi, budsjettbalanse, “produserte” DRG¹-poeng, liggetid og fristbrudd². Dette er faktorer som medfører at handlingsrommet til ledere påvirkes direkte og indirekte (Nyland et. al., 2018).

Sykehus er, som beskrevet, i økende grad underlagt administrative styringssystemer. Dette kan føre til at det oppstår verdikonflikter når fag møter økonomi. Det handler om to logikker som møtes; en profesjonell logikk og en økonomisk- administrativ logikk, (Johansen, Olsen og Solstad 2015). Den økonomisk- administrative logikk innebærer at man styrer etter økonomisk rasjonalitet og har fokus på økonomistyring. På den andre siden har man den profesjonelle logikken, som skal sikre organisasjonen best mulig i overensstemmelse med faglige verdier. Det handler om å behandle den enkelte pasient på best mulig måte. Dette spenningsforholdet mellom fag og administrasjon er utfordrende for ledelse av en ekspertorganisasjon som et sykehus (Strand, 2007).

¹ Diagnoserelatert gruppe (DRG) ved et pasientklassifisertsystem hvor sykehusopphold i somatiske institusjoner klassifiseres og brukes i beregning av inntekt.

² Et fristbrudd oppstår når frist for prioritert helsehjelp er passert og ventetid sluttdato ikke er satt.

Lederskap i sykehus innebærer at en leder må ta et helhetlig ansvar for alle sider av virksomheten. For ledere kan dette være en vanskelig balansegang. De har både det faglige og det administrative ansvaret. Dette gjør ledelse av sykehus som en krevende oppgave (NOU 2016:25).

2.6.1 Ledelse av endringsprosesser

I denne studien har vi valgt å definere ledelse som «*en prosess rettet mot å påvirke andre menneskers tenkning, holdninger og atferd for å oppmuntre til innsats for og nå felles mål*» (Jacobsen et. al., 2021, s. 405). Vi forstår av dette at ledelse skal påvirke andre mennesker til å utvise en adferd som gjør at organisasjonen når sine mål. En leders oppgave er å bygge relasjoner slik at man får medarbeidere med seg i oppgaveløsningen for å nå organisasjonens mål. Når lederen klarer å bygge relasjoner vil man kunne påvirke medarbeiderne og sammen skape endringer.

Å lede endringsprosesser er utfordrende og er ifølge Grund (2006) en av de viktigste og vanskeligste lederoppgavene. Lederes oppgave er å lage strategier for endringsprosessene der motkrefter identifiseres og håndteres. Motkrefter kan være både rasjonelle og av mer følelsesmessig art. Effektivitet og aktivt lederskap er en kritisk suksessfaktor for å skape endringer. Omstillingsprosesser må alltid forankres i toppledelsen. Denne må utvise klart og bevisst lederskap for å revitalisere en organisasjon og få den til å omstille seg til andre rammebetingelser (Grund, 2006)

Endringsprosesser i sykehus lykkes sjelden dersom ikke toppledelsen tar fagmiljøer på alvor og anerkjenner deres kompetanse og engasjement for eget fag. Grund (2006) mener det er nærmest umulig å få i gang gode endringsprosesser hvis de ikke er forankret i fagmiljøene. Han henviser til Lewin (1951) som deler inn endringsprosesser i organisasjoner i ulike faser. I forhold til vår studie er den første fasen som kalles oppløsningsfasen som er den mest relevante. Denne fasen vil vi i kapittel 5.2 diskutere opp mot studiens problemstilling.

3.0 Metodisk tilnærming

I denne studien ønsket vi å undersøke hvordan ledere opplever faglig samarbeid og samarbeidskultur innad i egen avdeling, klinikk og på tvers av klinikkgrenser. Vi ønsker å beskrive og fortolke informantenes opplevelser. Det er mulig ved en kvalitativ forskningsmetode. Kvalitative metoder kan åpne for forskning på felter der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt, der problemstillingen som skal utforskes er sammensatt og kompleks, og der vi stiller oss åpne for et mangfold av mulige svar. Denne metoden egner seg når en ønsker å få vite mer om menneskers erfaringer, opplevelser og tanker (Malterud, 2018). For å samle empiriske data om lederes opplevelser innen studiens tema kan intervju være en hensiktsmessig metode å anvende til dette. Denne studiens vitenskapsteoretiske ståsted er forankret i en hermeneutisk forskningstradisjon blant annet inspirert av Gadamer (2010) «Sannhet og metode».

3.1 Hermeneutisk tilnærming

Hermeneutikk er læren om fortolkning av mening i tekster. Formålet er å komme fram til en gyldig og felles forståelse av meningen i en tekst (Malterud, 2018). En hermeneutisk tilnærming er fokusert på forståelse. Man er opptatt av å utvikle nye forståelsesrammer og å skape meningssammenhenger som ikke kan forstås umiddelbart. I denne studien har vi valgt det kvalitative forskningsintervju. Hensikten med kvalitative intervju er å skape forutsetninger for forståelse av de meninger som skapes i dialogen mellom intervjuer og informant (Gadamer, 2010).

Den fremste representanten for den filosofiske tradisjon innenfor hermeneutikken, er den tyske filosof Hans Georg Gadamer. Han står sentralt når det gjelder hermeneutikkens betydning for den vitenskapsteoretiske debatt. Gadamer ønsket ikke å utvikle noen metodelære, men redegjøre for betingelsene for forståelse innenfor de humanistiske vitenskaper. Det handler om hva vi mennesker gjør når vi forstår noe (Gadamer, 2010). Videre beskriver han noen sentrale forutsetninger for forståelse, som vil ha betydning for selve intervjusituasjonen med informantene. Det gjelder spesielt det han skriver om den *ekte* samtale, og hvor fordommer er en betingelse for forståelse. Gadamer tilnærmer seg fenomenet forståelse gjennom modellen av en samtale, eller det han kaller en ekte samtale. Utgangspunktet for en hermeneutisk situasjon,

er når mennesker samtaler om en sak. Samtalen, eller dialogen, blir selve midlet for forståelse. Dialog må sees i en vid betydning. Hensikten med å velge dialogen som metode, er jo nettopp å skape forutsetninger for forståelse av de meninger som skapes i dialogen mellom intervjuer og informant. Vår overordnede hensikt har vært å forstå meningen med eller betydningen av det som sies og erverve fortolkningsviten. Tekstens kvalitet er nemlig avhengig av selve intervjusituasjonen (Malterud, 2018).

Forståelse av en tekst begynner aldri på et kunnskapsmessig eller forståelsesmessig nullpunkt. Gadamer (2010) skriver om *fordommer*. Ifølge han er ikke fordommer nødvendigvis noe negativt, noe vi bør kvitte oss med. Nei, fordommer kan vi verken unngå eller være foruten. De er ikke til å unngå fordi vi tilhører historien. Videre kan vi ikke være dem foruten fordi forståelse bygger på fordommer. Altså uten *forforståelsen* skulle det ikke være mulig å forstå. Det er viktig å avsløre ufruktbare fordommer, mens de fruktbare skal vi bevisstgjøre og bruke. Men jo mer vi vet om et område, desto mer artikulert er vår forståelse og desto større er risikoen for at det den andre sier, tolkes inn i vårt mønster. Vi lytter ikke. Gadamer (2010) sier vi må være villige til å sette våre fordommer på spill, for å få dem i spill.

3.2. Forskerrollen og egen forforståelse

Denne studien innebærer at vi studerer en del av vår egen virkelighet. Å forske på eget felt innebærer at det kan være vanskelig å distansere seg til et felt man har god kjennskap til og arbeider innenfor, fordi man er en del av miljøet og virksomheten til daglig. Malterud (2018) refererer til dette som «feltblindhet». Denne profesjonelle feltblindhet kan sies å være innebygd og kan således styre forskningen. Det kan være vanskelig å stille de gode «utenfra spørsmålene» til et felt man har inngående kjennskap til. Dermed kan man også gå glipp av viktig kunnskap og nyanser.

Å forske i egen organisasjon kan i tillegg ha en rollemessig utfordring. I denne studien, og spesielt i intervjusituasjonene, vil vi ikke nødvendigvis bare oppleves som «forskere», men også som kollegaer. Dette har vi reflektert over og tenker at vårt fokus må være hva målet med studien er og hvordan vi best kan forholde oss for å oppnå målet (Malterud, 2018). Det handler om å være åpen for saken vi undersøker. Vi må våge å stille spørsmål ved «ting vi tar for gitt». Det handler om å være åpen og undrende i forhold til det vi hører. Åpenhet for det uventede og

villighet til å lytte. Se og forstå blir avgjørende slik at vår forforståelse er åpen for undring og at vi ifølge Gadamer (2010) dermed kan forstå noe nytt.

Samtidig gir den tilknytningen vi har til forskningsfeltet oss kunnskap om organisasjonen som helhet. Denne feltkunnskapen og forforståelsen behøver ikke være negativ så lenge den gjøres eksplisitt og at vi har et reflektert forhold til betydningen av dette (Malterud, 2018). Vi må også våge å stille de «vanskelige» spørsmålene, men på en nysgjerrig og undrende måte.

I kvalitativ forskning er det viktig å klargjøre egen forforståelse. Dette fordi forståelse av en handling, tekst eller tale aldri begynner på et kunnskapsmessig eller følelsesmessig nullpunkt. Denne forforståelsen handler om de historiske og individuelle forutsetninger og erfaringer som mennesker har med seg (Gadamer, 2010). Dette er den «ryggsekken» vi bringer med oss inn i prosjektet og påvirker måten vi samler, leser og tolker data på (Malterud, 2018). I kvalitativ forskning er det viktig å klargjøre egen forforståelse.

Vi er begge utdannet sykepleiere og har jobbet mange år i det operative felt nær pasientene. De senere år har vi vært ledere av hver vår kliniske avdeling ved et lokalsykehus ved UNN HF. Erfaringsbakgrunnen som ledere kan være en inngang til forståelse, samtidig som den kan gjøre det vanskelig å distansere seg til et felt man har godt kjennskap til og arbeider innenfor. Dette fordi vi er en del av miljøet og virksomheten til daglig. Dersom vi skal prøve å artikulere noe om denne erfaringsbakgrunnen, så er det noen forhold som fordrer en utlegning. Som ledere opplever vi at både organisasjons- og lederstrukturen er kompleks og komplisert. Vi mener at klinikkstrukturen har «fragmentert» lokalsykehusene som kan føre til at både samarbeid og koordinering av pasientforløp påvirkes.

Vår forforståelse består også av studiens valgte faglige perspektiv og forskningsbasert kunnskap. Johannessen et al (2009) hevder at mye av data som brukes i samfunnsforskningen er, «teoriimpregnerte», det vil si at forskeren sjelden starter med blanke ark og går løs på en undersøkelse helt uten oppfatninger av det som skal undersøkes. De teorivalg vi har gjort, er basert på forskningsbaserte variabler som kan påvirke faglig samarbeid og samarbeidskultur i en organisasjon. Det at vi har valgt å vektlegge organisasjonskultur og endringsledelse, er bunnet i de erfaringer og refleksjoner vi selv har om hva som kan bidra til å fremme de nevnte faktorene i en tverrgående klinikkstruktur. De valgte teoretiske perspektivene må ikke påvirke forskningsprosessen slik at vi preges av forutinntatthet som kan hindre ny forståelse. Vi må

ikke plassere oss i veien for alternative forståelser og perspektiver. Vi må unngå det Malterud (2018) beskriver som «å følge egne spor» både i intervjusituasjonen og i fortolkningen av empirien. For å være åpen for det uventede og fremmede må vi være villige til å lytte og forstå.

Vi må ha et aktivt forhold til vår forforståelse. Men samtidig var det denne «bagasjen» som avgjorde vårt valg av forskningstema.

3.3 Hvordan fikk vi tilgang til forskningsfeltet

For oss var det tidlig klart at vi ønsket informanter fra egen organisasjon. Etter å ha søkt Norsk senter for forskningsdata (NSD) om godkjenning til å gjennomføre intervjuene. Vi tok kontakt med Human Resource (HR) avdelingen ved UNN HF og ba om råd om hvordan vi skulle gå fram for å få de godkjenningene vi trengte for å kunne gjennomføre vår studie med informanter fra sykehuset. Til slutt var det leder av Forskning- og utdanningsavdeling ved UNN HF som ga oss endelig tillatelse.

3.3.1 Utvelgelse av intervjupersoner

All forskning krever utvalgsstrategier som fører til at materialet inneholder data om det fenomenet vi vil utforske (Malterud, 2018). Å velge ut informanter er av stor betydning både for kvantitative og kvalitative tilnæringer. I kvalitative studier er det i praksis ingen begrensninger i antall intervjuer, men det er vanlig at et utvalg består av 5-15 informanter. Ofte er det på forhånd vanskelig å avgjøre hva som vil være *nok* intervjuer (Johannessen et al, 2009). Etter samtale med veileder, bestemte vi oss for å gjennomføre 6 (seks) intervjuer med avdelingsledere ved to klinikker ved UNN HF. Dette er et håndterbart antall gitt den tiden vi har hatt til rådighet. I tilfelle med studentprosjekter, må man kanskje begrense seg til 5-10 intervjuer (Johannessen et al, 2009).

Hvem som velges ut, er avhengig av forskningsspørsmålene. Vi gjorde et såkalt strategisk utvalg fordi vi mente at avdelingslederne var hensiktsmessige informanter med hensyn til at disse kunne uttale seg på en reflektert måte om de aktuelle forskningsspørsmålene. (Johannessen et al, 2009).

Denne studiens utvalgs-kriterier er som følger;

1. Avdelingsledernivå
2. Rolle inn mot toppledelse og det operative nivå

Ansvarsområder til avdelingslederne er blant annet (UNN 2022):

- Helhetlig drifts- og resultatansvar for å levere de tjenester som avdelingen er pålagt i henhold til oppdrag, budsjett, krav til faglighet og kvalitet
- Sikre at avdelingens oppdrag og målsetting innen pasientbehandling blir oppnådd.
- Sørge for god samhandling internt
- Utøve og ivareta arbeidsgiveransvaret ved avdelingen
- Leder for avdelingens lederteam
- Medlem av klinikkledelsen, og forventes å aktivt bidra i klinikkledelsens arbeid

Vi fikk informanter på avdelingsledernivå fra to ulike klinikker ved UNN HF Tromsø.

Informantene 1 og 5 er ledere for avdelinger som kun er lokalisert ved UNN Tromsø.

Informantene 2 og 6 er avdelingsledere for avdelinger som er fordelt ved UNN Harstad, UNN Narvik og UNN Tromsø.

Informant 3 og 4 leder avdelinger lokalisert i Tromsø, samtidig som de har fagansvar for sine fagfelt ved de lokale sykehusene. I tillegg har de også ansvar for å betjene/støtte lokalsykehusene med legetjenester innenfor deres fagområde (Vedlegg 1).

Informant:	Dato:	Lengde intervju:
Pilot	04.04.2022	39 minutter
Informant 1	05.04.2022	1 time og 19 minutter
Informant 2	06.04.2022	1 time og 2 minutter
Informant 3	06.04.2022	1 time og 22 minutter
Informant 4	07.04.2022	52 minutter
Informant 5	07.04.2022	1 time og 2 minutter
Informant 6	08.04.2022	1 time og 13 minutter

Fig. 2 Skjematisk oversikt over intervjuene, dato og lengde på hvert intervju.

Under intervjuene brukte vi Teams med opptak og transkripsjonsfunksjon, men på tross av transkripsjonsfunksjonen, måtte vi bruke en del tid på å renskrive intervjuene. Alle som deltok som informanter, fikk tilbud om å godkjenne intervjuene etter at intervjuene var ferdig

transkribert. Dette var det kun en av seks som ønsket å lese igjennom intervjuet, men ønsket ikke at noe skulle fjernes eller endres etter å ha lest igjennom intervjuet.

3.4 Kvalitative forskningsintervju

Et kvalitativt intervju kan beskrives som en samtale som kretser rundt noen spesifikke temaer som forskeren har bestemt på forhånd (Tjora, 2012). Det er en metode som kan sikre et datamateriale med høy detaljrikdom, og er den mest anvendte metode innenfor kvalitativ metode. Formålet med kvalitativt intervju er å beskrive eller frembringe forståelse av et fenomen gjennom informantens beskrivelser og fortolkning. Det handler ifølge Gadamer (2010) å skape forutsetninger for forståelse av de meninger som skapes i dialog mellom intervjuer og informant. Informantene forteller om sine opplevelser, men svarer også på de innspill og oppfølgingsspørsmål som stilles underveis. Det kan være spørsmål og innspill som kan føre til en bedre forståelse av hva en spesiell sak handler om. Dette kan man gjøre gjennom å oppmuntre til refleksjon gjennom mer åpne oppfølgingsspørsmål som gir informantene mulighet til å gå ytterligere i dybden på et tema. «Kan du si noe mer om det?» «Kan du klargjøre det?» «Kan du gi meg noen eksempel på det?» For at oppfølgingsspørsmålene skal være gode, forutsetter det at intervjuer virkelig lytter og er nærværende i relasjonen.

I intervjusituasjonen må vi også tillate at informantene kan komme inn på tema som intervjuer ikke nødvendigvis har tenkt ut på forhånd, men som synes viktig for informanten, og dermed vise seg relevant for undersøkelsen (Tjora, 2012).

Kvalitative intervju kan ha ulike grader av struktur. På den ene siden har man ustrukturerte intervju med åpne spørsmål og på den andre siden det strukturerte intervju med enten åpne eller lukkede svaralternativer (Johannessen et al, 2009). Det følger fordeler og ulemper med ulik grad av struktur. Struktur gjør det lettere å sammenligne data, men begrenser samtidig fleksibiliteten i intervjusituasjonen. Innimellom disse ytterpunktene finner man det semistrukturerte intervju hvor det benyttes intervjuguide med temaer og spørsmål for å fange opp underliggende data. Disse er utledet av problemstillingen og man kan oppnå en balanse mellom fleksibilitet og standardisering, fordi man stiller samme spørsmål til ulike informanter samtidig som temaer informanten selv bringer på bane følges opp (Johannessen et al, 2009).

De empiriske funnene til denne studien bygger på semistrukturerte intervjuer med forhåndsdefinerte spørsmål, men at oppfølgingsspørsmålene vokser naturlig frem i intervjusituasjonen.

I forbindelse med den praktiske gjennomføringen av intervjuene, kan det være hensiktsmessig å dele inn intervjuet i faser; innledning, selve gjennomføringen med spørsmål og til slutt avslutningen. I innledningen er det viktig å betrygge informantene ved kort å informere om prosjektet, forsikre informantenes konfidensialitet og hva som skjer med lydfilen når intervjuet er ferdig. Under gjennomføringen vil vi støtte oss på intervjuguiden (Vedlegg 2), men vil være åpne for fleksibilitet. Her er det helt avgjørende at vi ikke styrer samtalen mot felt der egen eksisterende kunnskap allerede befinner seg. Da beveger man seg bare innenfor rammene av egen forforståelse (Gadamer, 2010). Det handler om å gi rom for flertydighet. Avslutningen brukes til å avrunde intervjuet, åpne opp for spørsmål og kommentarer samt takke for deltakelse (Malterud, 2018).

Det finnes også utfordringer forbundet med kvalitative intervju. Informasjonen som fremkommer gjennom intervjuet, avhenger av relasjonen mellom forsker og informant. Her er det flere faktorer som kan påvirke intervjuet. For at det skal fremkomme (relevante) data, må informanten oppleve intervjuet som legitimt og ønske å medvirke (Johannessen et al, 2009). I tillegg er situasjonen og rammen rundt intervjuet viktig. Intervjuene ble gjennomført på teams. Teams er en informasjonskanal som både informantene og vi bruker til daglig. Vi kan ikke se at dette har forringet kvaliteten og atmosfæren i intervjusituasjonen.

3.5 Transkripsjon

Intervjuene ble transkribert fortløpende med hjelp av Teams. I etterkant samkjørte vi disse transkripsjonene med lydopptakene for å korrigere og oppklare eventuelle feil i transkripsjonene. Dette var tidkrevende. Den som selv var i samtalen, husker momenter som kan oppklare uklarheter som er av betydning for meningen i transkripsjonen og styrke validiteten av analyse materialet (Malterud, 2018). I transkripsjonsprosessen bli vi kjent med materialet og dette la til rette for et nytt møte med teksten, som ga rom for refleksjon.

3.6 Fremgangsmåte for analyse av datamaterialet

Den kvalitative dataanalyse har som mål å gjøre det mulig for en leser av forskningen å få kunnskap om saksområdet det forskes på, uten selv å måtte gå gjennom de data som er generert i løpet av prosjektet (Tjora, 2012). Analysearbeidet av datamaterialet har skapt mye frustrasjon og usikkerhet. Hadde vi greid å generere nok interessante data? Hvordan skal vi legge opp analysen slik at vi besvarer problemstillingen og de forskningsspørsmålene på en relevant måte?

Vi valgte innledningsvis å lese gjennom hvert intervju på en intuitiv og åpen måte. Deretter startet vi analysen med å kode de transkriberte intervjuene. Dette skulle vise seg å bli et tidkrevende arbeid. Alle utsagn i den bearbejdede teksten ble markert med farger. Som eksempel kan nevnes at fargen gul omhandlet fenomenet faglig samarbeid. Samtidig markerte vi også i teksten ulike elementer eller faktorer som informantene trakk fram ved faglige samarbeid. Dette gjorde vi med hver intervju-utskrift. Etter hvert utkrystalliserte det seg relasjonsbunter av kodete setninger som vi identifiserte som meningsbærende (Johannessen et al, 2009).

Deretter utviklet vi kategoriene vi mente gjenspeilet sentrale tema som var relevant for problemstillingen og forskningsspørsmålene samt de tema som var fokusert i intervjuguiden. Vi betegnet også delvis kategoriene med begreper fra problemstillingen og forskningsspørsmålene eller vi brukte beskrivende utsagn fra informantene. Denne prosedyren førte til at vi endte opp med tre hovedkategorier:

- Faglig samarbeid; krav, plan og betydning
- Karakteriseringer av faglig samarbeid og faglig samarbeidskultur
- Hemmere og fremmere for faglig samarbeid

3.7 Forskningsetiske overveielser

Når begrepet overveielser brukes, er det fordi en slags etisk forståelse bør ligge implisitt i all forskning, strengt tatt uavhengig av de formelle juridiske kravene til forskning.

Samfunnsforskningen bør formulere høyere krav enn dem som oppstår i de fleste sosiale

situasjoner, blant annet fordi man bryter inn i andre menneskers arena og fordi resultatene skal offentliggjøres (Tjora, 2012). I følge Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) (2016, Kapittel A, § 4) må forskeren forsikre seg om at forskningen ikke bryter med lover og regler eller utgjør en risiko for mennesker. Vi har forsikret oss om at vår forskning ikke bryter med lover og regler da vi har sendt inn meldeskjema til NSD og dette ble godkjent i tråd med personvernloven 29. mars 2022 (Vedlegg 3).

Johannesen et. al. (2009) trekker frem at det er spesielt noen forskningsetiske retningslinjer som forskeren plikter å tenke gjennom. Det er retten til selvbestemmelse og autonomi og respekt for privatliv og å unngå skade.

Vi mener at retten til selvbestemmelse og autonomi er ivaretatt ved at informantene har gitt et informert og frivillig samtykke til å delta, og de kunne til enhver tid, og av egen fri vilje trekke seg fra prosjektet uten å begrunne hvorfor. Johannesen et. al. (2009) trekker videre frem at forskeren må være spesielt aktsom i tilfeller hvor informanter bistår ved å la seg intervju, og når de direkte eller indirekte kan gjenkjennes. Vi så at det kan være en mulighet for at våre informanter indirekte kan gjenkjennes ved offentliggjøring av prosjektet. Det kan være av personer som har inngående kjennskap til sykehusets og som kan danne seg en formening hvem den enkelte informant er. For å minimalisere dette reduserte vi bakgrunnsdata om informantene til et minimum for på den måte å redusere gjenkjenningsskade. Den indirekte faren for gjenkjenning informerte vi informantene om og dette ble også nedfelt i samtykkeerklæringen (Vedlegg 4).

Vi håper vi har evnet å vise tilstrekkelig aktsomhet overfor informantene i hele forskningsprosessen og at vi ikke på noen måte setter dem i et uheldig lys. I tillegg var det helt opp til den enkelte hva de ønsket å svare på eller ikke. I tillegg fikk alle tilbud om å lese gjennom transskripsjonen fra intervjuet og komme med korreksjoner. Dette handler om å utvise respekt for informantenes privatliv og unngå å skade dem.

De ble også informert om hvordan opplysningene de ga ville bli brukt og hvordan materialet ville bli oppbevart. Etiske overveielser i forbindelse med gjennomføringen av intervjuene, ble i hovedsak knyttet til selve intervjusituasjonen. Deltakerne deltok frivillig og ga oss av sin tid og delte sine erfaringer med oss. Denne velvilligheten må ivaretas på en etisk forsvarlig måte.

3.8 Studiens pålitelighet og gyldighet

Pålitelighet (reliabilitet) handler om intern logikk gjennom hele forskningsprosjektet, mens gyldighet (validitet) handler om den logiske sammenhengen mellom prosjektets utforming og funn og de spørsmål man søker å finne svar på (Tjora, 2012).

3.8.1 Pålitelighet

Innenfor all type samfunnsforskning vil forskeren ha et eller annet engasjement i temaet det forskes på. Innenfor en positivistisk forskningstradisjon er idealet nøytrale og objektive observatører. Forskerens engasjement i tematikken vil da kunne betraktes som støy i prosjektet ved at det kan påvirke resultatene. Innenfor den fortolkende tradisjonen, som kvalitativ forskning er basert på, har man innsett at en fullstendig nøytralitet ikke kan eksistere (Tjora, 2012). Forskerens kunnskap er en ressurs, men hvordan den brukes i analysen må gjøres eksplisitt.

Pålitelighet knytter seg til hvilke data som brukes, måten de samles inn på og hvordan de bearbeides (Johannessen et al, 2009). Dette handler om troverdighet i forskningsresultatene. Det handler om prosjektets utføring er gjort på en tillitsvekkende og pålitelig måte (Kvale og Brinkmann, 2015). Vi håper det fremkommer at vi på en systematisk og sammenhengende måte har evnet å gjøre forskningsprosessen gjennomiktig ved å gi detaljerte beskrivelser av både valgt forskningsmetode og den analysemetode som er benyttet i studien. Videre håper vi at det fremkommer tydelig hva som er referert fra intervjuene og hva som er våre vurderinger av den informasjonen som informantene ga. Å bruke opptak av intervjuene og kunne legge frem direkte sitater fra informantene kan styrke påliteligheten. Deres stemme gjøres da mer synlig.

Vi har også redegjort for valg av informanter og hvilke relasjoner vi har til disse. Vi valgte begge å delta ved alle intervjuene, men hadde på forhånd avtalt rollefordelingen oss imellom.

Kvale et. al. (2015) reiser også spørsmål om pålitelighet i forhold til intervjuer og spørreteknikker. Vi har diskutert og endret intervjuguiden betraktelig. Opprinnelig kjente vi

på vår manglende erfaring som «forskere» og utarbeidet en svært detaljert intervjuguide. Vi tenkte at dette kunne «trygge» oss i intervjusituasjonen. Etter hvert i prosessen, og etter samtale med veileder, erkjente vi at dette kunne påvirke informantene i for stor grad, og ødelegge noe av dynamikken i det Gadamer (2010) kaller den «ekte samtalen». Dermed våget vi å åpne mer opp omkring de hovedtema som forskningsspørsmålene fokuserte på. Vi ønsket at de skulle gi så frie beskrivelser som mulig.

Vår forforståelse og studiens teoretiske rammeverk er også et viktig aspekt som kan forme forskningen vår i større eller mindre grad. Vi håper at vårt teoretiske rammeverk er begrunnet og at det kommer tydelig frem hvordan dette har styrt forskningsspørsmålene, intervjuene og de tolkningene som gjøres.

Intervju er en samtaleprosess hvor både intervjuer og informant påvirker dynamikken i intervjusituasjonen. Vi kan derfor ikke garantere at dersom noen andre intervjuet de samme informantene, hadde fått de samme resultatene. I forsøk på å øke studiens troverdighet endret vi intervjuguiden og det var et forsøk på å ikke lede informantene i for sterk grad. I selve intervjusituasjonen har vi forsøkt å fremstå så åpen og tillitsfull som mulig, slik at informantene kunne svare ærlig.

3.8.2 Gyldighet

Validitet i kvalitative undersøkelser dreier seg om i hvilken grad forskerens funn på en riktig måte reflekterer studien og representerer virkeligheten (Johannessen et al, 2009). Dette handler om hvordan forsikre leseren om at studiens funn er et produkt av informantene og konteksten som er undersøkt (Lincoln og Guba (1985) sitert i Johannessen et. al., 2009). Lincoln og Guba argumenterer for å vurdere gyldigheten ut fra hvor godt man har representert informantenes konstruksjoner av virkeligheten, og kaller dette kvalitetskriteriet for troverdighet. Studiens troverdighet kan styrkes ved å tilbakeføre resultatene til informantene for å få bekreftet resultatene, eller la kollegaer analysere datamaterialet for å se om de kommer fram til sammen fortolkning av det (Johannessen et al, 2009). Respondentvalidering er ikke uten utfordringer. Mulige ulemper er selvsensur i tilfeller hvor informanten har uttalt seg kritisk.

Vi har gjennom vår studie tatt opp alle intervjuer og transkribert disse ordrett.

Transkripsjonen ble tilbudt oversendt alle informantene slik at de fikk mulighet til å korrigere datamaterialet. En informant valgte dette, men hadde ingen korrigeringer. I tillegg så har arbeidet med denne masteroppgaven økt vår forståelse av faglig samarbeid. Vi har også erfart at nye synspunkter og perspektiver har kommet frem under diskusjoner og at disse direkte har påvirket fokuset under intervjuet med informantene. Vi håper at vi evnet metodisk å vise at det er en sammenheng mellom studiens problemstilling og forskningsspørsmålene (Tjora, 2012).

3.8.3 Metodekritikk

Som tidligere beskrevet, tok intervjuene lang tid. Årsakene til dette var at vi ønsket å gi informantene rom til å komme med sine beskrivelser og tanker uten for mye inngripen fra vår side. Dette medførte en meget stor mengde av data som skulle analyseres. Det er mulig at vi i sterkere grad skulle holdt oss til intervjuguiden. Samtidig ser vi at det er utdypninger av uttalelser som vi ikke har vært nok oppmerksom på. For eksempel sier en av informantene at: “Dårlig samarbeid handler om noe annet enn klinikkstrukturen”. I intervjusituasjonen etterspurte vi ikke hva dette “noe annet” var. Eksempler på “glipper” er det flere av. Blant annet handler dette om selvmotsigelser som ikke ble fulgt opp i intervjusituasjonen. Eksempel på dette kan være at begrunnelsen for svakt faglig samarbeid ble tillagt klinikkstrukturen og senere i intervjuet ble det hevdet at klinikkstrukturen ikke var et hinder for faglig samarbeid.

Disse «glippene» kan handle om at vi har ingen tidligere erfaring som forskere. Et annet moment er at informantene har en høyere lederposisjon enn oss. Dette kan også ha bidratt til at selve intervjusituasjonen ble noe ustrukturert og dette medførte at vi ikke bad noen av informantene om å klargjøre åpenbare selvmotsigelser.

Under hele forskningsprosessen har vi diskutert hvordan vår forhåndsviten og forforståelse kunne påvirke analysearbeidet. Vi valgte begge å lese gjennom intervjuene flere ganger og gjorde hver vår fortolkning. Deretter samkjørte vi dette. Ved flere anledninger måtte vi gå tilbake til intervjuutskriftene og bli enig om hvilke fortolkninger vi skulle ende opp med. I de fleste tilfellene handlet dette om at utsagn var tatt ut av den sammenhengen det framkom i under intervjuet. Vi har også diskutert om utvalget av informanter kunne vært annerledes og

om dette kunne gitt studien et bredere tilfang av data. Dersom tidsrammen for oppgaven hadde vært videre, så kunne det vært av interesse og intervjuet klinikklederne i forhold til hvordan de opplever at forankringen av faglig samarbeid er i sykehuset. Her kunne fokuset vært rettet mere mot sammenhengen mellom organisasjonskulturen og faglig samarbeid. Ut fra den tiden vi har hatt til rådighet så står vi som forskere inn for måten studien er gjennomført på og resultatene som foreligger.

4.0 Presentasjon av empirien

Vi har valgt ut informanter fra to klinikker (Se organisasjonskart vedlegg 1). Avdelingene er organisert svært forskjellige se kapittel 3.3.1 Utvelgelse av intervjupersoner, side 22.

4.1 Faglig samarbeid; krav, planer og betydning

Et av studiens forskningsspørsmål var hvordan det arbeides ved avdelingene med å utvikle det faglige samarbeidet. Her rettes fokuset mot krav til faglig samarbeid, hvilke planer som foreligger og hvordan informantene vurderer verdien av faglig samarbeid.

4.1.1 Krav til faglig samarbeid

I intervjuet med informantene stilte vi spørsmål om det ikke forelå et *krav* om faglig samarbeid både fra Helse Nord og fra UNN HF. Flere av informantene ba oss spesifisere og utdype hva vi mente med spørsmålet. De var usikre på hva vi mente, og dette fremkommer i våre data. Det virker som det er ulike oppfatninger om hvordan krav til faglig samarbeid skal tolkes, og hvor ansvar for dette fokusområdet ligger. Informant **3** mener at det ikke foreligger noe krav fra organisasjonens toppledelse og styre om faglig samarbeid: «*Føler ikke at vi har krav på oss for å få det til. Selv om det kan ha noe for seg*». Andre sier de oppfatter at det foreligger et krav om faglig samarbeid, men at det handler om samarbeid om den daglige driften.

Informant **6** er oppmerksom på at det finnes et krav og har en klar formening om hvordan de kan innfri kravet, men at dette vanskeliggjøres grunnet forskjellige geografiske lokalisasjoner. Informant **2** forteller at de hele tiden oppdaterer seg på nye retningslinjer og prøver å innfri disse så godt som mulig. Det fremkommer ikke i intervjuet hvilke retningslinjer informanten referer til.

4.1.2 Planer for og betydning av faglig samarbeid

Planlegging av drift tar mye tid, lederne må ofte bruke ettermiddagene og kveldene for å løse de administrative utfordringer som er knyttet til den daglige driften av avdelingene. Alle ønsker å jobbe med fagutvikling i avdelingene og ser nødvendigheten av det, men dette opplever de må nedprioriteres grunnet manglende tid.

Samtlige av informantene er involvert i strategiplan arbeidet i egen avdeling sammen med de respektive klinikklederne. Strategiplanarbeidet virker i hovedsak å involvere medisinskfaglig rådgivere, avdelingsledere og klinikksjefene. På klinikknivå er det i stor grad fokusert på funksjonsfordeling, utdanning av nye leger og vaktplaner. Strategiske diskusjoner innad i klinikker og i avdelinger som er spredt over flere geografiske lokalisasjoner, fokuserer i hovedsak på områder som omhandler daglig drift. Utvikling av målrettet faglig samarbeid, virker ikke å være et fokusområde. Strategiarbeidet oppleves som komplisert fordi arbeidssituasjonen er presset og prioritering av dette arbeidet blir vanskelig. I tillegg vurderes verdien av involvering av dette arbeidet ulikt.

En av informantene mener at avdelingslederne ikke er involverte når overordnede visjoner endres midt i en strategiperiode og dette oppleves frustrerende.

«Også er det alltid morsomt å få strategiplaner og nye visjoner. Nå er jo omsorg byttet ut med lagspill og hva i all verden betyr det da? Skal du sende ut en mail til de ansatte og si at nå driver vi på med lagspill ved UNN HF og det er slutt på omsorg, for de neste årene driver vi med lagspill. Det gir jo ingen mening for de ansatte, så da er jeg nødt til å oversette alle slike bestillinger til vår situasjon. For oss kan det bety at vi setter ned tverrfaglige grupper på tvers av seksjonene. Og du vil ikke kalle det å jobbe etter mottoet lagspill selv om det i prinsippet er det. Og det er jo fascinerende at slike som oss tar imot slike bestillinger og oversetter dritten til å bli noe veldig pent nede på gulvet.»

Mange av informantene har vært involvert over tid i UNN HF sitt strategiske utviklingsarbeid. Flere uttrykker at strategiarbeid er komplisert. For mye av strategien som diskuteres og handlingsplaner som legges, omhandler aktiviteter utenfor egen avdeling. I tillegg opplever flere informanter at det ikke er rom i hverdagen til å jobbe med langsiktig planlegging. Informant 4:

«Jeg skulle ønske jeg kunne jobbe proaktivt med å lage strukturer og planer litt fram i tid, istedenfor å bare drive å brannslukking her og nå.»

Informant 2 sier at de ble koblet inn på det strategiske arbeidet mot 2035 på et senere tidspunkt enn resten av klinikken. Dette oppleves som problematisk.

«Det forventes at vi skal ha arbeidet klart på innen to måneder. Dette er et arbeid de andre har brukt to år. Så dette er helt umulig»

Informant 3 jobber strategisk med å opprette et senter for ...pasienter i en egen klinikk. Utover dette jobbes det ikke med utvikling av faglig samarbeid ved UNN HF.

«Det jobbes ikke med faglig samarbeid strategisk fra toppledelsen»

Det er flere informanter som forteller at de har en form for samarbeid med kommunene, uten å utdype hva dette går på. Som den eneste, relaterer informant 5 at kravet om faglig samarbeid ikke bare omhandler innad i UNN HF, men også krav om faglig samarbeid med primærhelsetjenestene.

“Vi har også et ansvar ut imot kommunene og da igjennom å skape pasientens helsetjeneste med gjennomgående pasientforløp. Vi prøver på dette, men vi kunne blitt bedre på dette igjennom kommunikasjon med både hjemmesykepleie og fastlegene. Det som er synd, er at vi ikke har de samme tekniske løsningene, slik at det kunne blitt bedre flyt rundt informasjonen rundt pasienten”

Flere av informantene sier at de er involvert i arbeidet med *strategiplanen* frem til 2035 innad i klinikken og i toppledergruppen. Dette handler primært om funksjonsfordeling, hvordan vaktfunksjonen skal være og utdanningsstillinger. Informant 6 beskriver dette:

«Vi har jobbet godt sammen med den strategiske utviklingsplanen der vi har fått funksjonsfordelt arbeidsoppgavene mellom de tre ulike lokalisasjonene. Den er jeg ganske fornøyd med.»

Alle informantene ønsker å jobbe med fagutvikling og at avdelingen som en enhet kan få tid og rom til å kunne sette felles mål for framtiden. Det oppleves som at man blir bombardert med bestillinger ovenfra med lite forståelse for hvordan arbeidshverdagen oppleves.

Informant 3:

“Da ville jeg ha brukt mer tid på å utvikle faget rett og slett. Planlegge hvor vi skal som avdeling, hva vi skal satse på, hvilke forbedringsprosjekter skal vi sette i gang. Slike ting blir skadelidende når du bruker veldig mye tid på andre administrative oppgaver GAT³, personalportalen og alt det styret med økonomi. Døgnet skulle gjerne hatt flere timer”

Informant 1 *“Jeg kunne tenke meg å bruke mye mer tid sammen med seksjonslederne for å få et mer konsolidert lederteam og felleskap. (...) At vi kunne brukt mer tid på å planlegge veien videre mer enn at vi bare får instruksjoner om hva vi skal gjøre. Det er lite tid til nytenkning”*

4.2 Karakterisering av faglig samarbeid og faglig samarbeidskultur

4.2.1 Faglig samarbeid innad i egen avdeling

Våre funn viser at de fleste av informantene opplever det faglige samarbeidet innad i egen avdeling som godt. Dette samarbeidet knytter flere av informantene til pasientbehandlingen innad i egen avdeling. Fire av informantene (1,3,4,5) beskriver det faglige samarbeidet innad i egen avdelingen som godt. Disse informantene har drifts- og resultatansvar for seksjoner lokalisert i Tromsø. Dette interne samarbeidet er knyttet til pasientene fordi de må bruke den kompetansen de har til best mulig bistand og hjelp til pasientene.

Informant 6 har drifts- og resultatansvaret for en avdeling som strekker seg over tre lokalisasjoner. Informanten erkjenner at det er utfordrende å lykkes med faglig samarbeid over lange avstander.

«Vi har ikke felles mål for samarbeid og avstandene gjør det vanskelig. Vi får ikke den daglige praten og relasjonsbyggingen. Her kan vi bli bedre».

Videre hevder informanten at mangelen på faglig samarbeid går ut over pasientbehandlingen:

«Vi har strevd over år med det faglige samarbeidet. Dette fordi vi ikke har jevnlig kontakt med fag på agendaen hvor vi har blitt enige om felles tilnærming, felles pasientforløp og felles håndtering av problemstillinger. Vi ser at det har blitt sånn tilfeldig, noe som for

³ GAT er UNN HF sitt personalstyringssystem

eksempel har gitt variasjon i ventetid mellom lokasjonene. Vi setter pasienter til operasjon uten å sjekke hvilken kapasitet og ressurser som er tilgjengelig hos hverandre».

Informant **2** har også avdelingen spredt geografisk, men beskriver samarbeidet innad i avdelingen som godt. Målet med det faglige samarbeidet er at de skal gjøre hverandre gode og understreker at de store avstandene gjør det spesielt viktig å få til et godt faglig samarbeid.

«Vi er alle i Region Nord og vi skal ha et tett samarbeid. Jeg opplever at vi samarbeider godt over de geografiske lokasjonene. Seksjonslederne har et godt samarbeid og de er i samme lederteam som jobber tett og har de samme utfordringene».

4.2.2 Faglig samarbeid innad i egen klinikk

Alle informantene opplever det vanskelig å få til faglig samarbeid innad i egen klinikk. Informant **2**, som beskriver samarbeidet innad i avdelingen som godt, mener samarbeidet innad i klinikken er dårlig. Årsaken til dette begrunnes i «ulogisk» faglig sammensetning av de ulike avdelingene i klinikken. I tillegg handler det om manglende relasjonsbygging internt og at det ikke er kultur for samarbeid ved UNN HF. *«Alle er litt i sin egen boble. Så dessverre er jo livet sånn».* Informanten hevder at det på et overordnet ledelsesnivå ikke blir tatt noen avgjørelser i forhold til samarbeid i den faglige virksomheten.

Informant **3** beskriver det faglige samarbeidet innad i klinikken som positivt på enkelte områder. Samarbeidet er knyttet til pasientforløp og i tillegg er det et samarbeid mellom sengepostene i klinikken om overbelegg.

«Ellers så er ikke det faglige samarbeidet så veldig på plass på tvers av avdelingene i klinikken».

Informanten fremhever imidlertid et faglig samarbeidsprosjekt i klinikken som de er stolte av. Avdelingene i Tromsø har klart å lage en felles prosedyre for sine pasienter på tvers av avdelinger og klinikker. Dette er en pasientgruppe som får veldig intensiv behandling der svært mange enheter er involvert. Denne felles prosedyren skal sørge for et sømløst behandlingstilbud:

«Pasientene skal få den samme behandlingen uansett hvor de er. Slikt arbeid er givende for da blir menneskene kjent med hverandre på tvers av seksjoner og enheter. På den måten blir det faktisk bedre. Vi får ulike innspill fra forskjellige mennesker som ser ulike ting knyttet til pasientene».

Når det gjelder konkrete pasientsituasjoner, så oppleves at godt samarbeid med oppgaveglidning til det beste for pasienten.

4.2.3 Faglig samarbeid på tvers av klinikkgrenser

Den største utfordringen med faglig samarbeid knyttes til samarbeidet på tvers av klinikkgrenser. Flere informanter mener dette handler primært om ressurser og et begrenset økonomisk handlingsrom innenfor egen avdeling og klinikk.

Informant 1 forteller om et eksisterende faglig prosjekt for forebygging og behandling av en plagsom og alvorlig komplikasjon som immobile pasienter kan pådra seg. Deres store mål var å etablere en poliklinikk knyttet til dette fagområde slik at de kunne bistå andre avdelinger i UNN HF og kommunehelsetjenesten i form av undervisning og veiledning. Avdelingen har avsatt faglige ressurser til prosjektet, men ingen andre avdelinger eller klinikker er villig til å stille med økonomiske midler og de personalressursene som prosjektet trenger for å kunne videreføres.

«Våre ideer og tanker er gode, men vi får ikke noen andre med på det. Til tross for at det faglig er kjemperelevant først og fremst for pasientene. Men det frigjøres altså ikke en ressurs i UNN til denne type arbeid. Det mest sannsynlige blir at de ressursene vi har brukt til prosjektet blir dratt til sengeposten igjen».

Informanten har prøvd å få nødvendige ressurser til prosjektet fra UNN HF:

«Men vi får ikke noe svar i UNN, sånn at jeg begynner å bli lei av å være i en organisasjon som ikke sier ja eller som sier nei. Men som lar en henge i luften og bare sier vi får se hva som skjer».

Informant 4 har ulike erfaringer med samarbeid mellom ulike klinikker. Informanten forteller at de har fått til et godt samarbeid på tvers av klinikkgrenser innenfor en pasientgruppe. De har avklarte ansvarsområder som gjør at samarbeidet forenkles.

«Vi har fordelt ansvaret for pasientene innenfor alder med en annen klinikk i Tromsø. Alle pasienter under 65 år, er det vi som har ansvaret for. Alle over 65 år er det en avdeling i en annen klinikk, som har ansvaret for, og dette får vi til å fungere kjempebra».

Informanten opplever derimot det faglige samarbeidet som mer komplisert der de ikke har beslutningsmyndighet over andres klinikkers pasientbehandling der de har fagansvaret.

«Vi ser at det er store sprik i tallene for når vi starter behandling innenfor en pasientgruppe ved de forskjellige lokalisasjonene. Slik kan det ikke være da pasientene må ha samme tilbud uansett hvor de befinner seg. Dette er noe vi har måtte jobbe med. Vi må ha like prosedyrer og dette er noe vi må ta initiativ til».

Et uformelt og profesjonelt samarbeid som fungerer, er legenes faglige samarbeid knyttet til behandling av pasienter som tilhører deres faglige fagområde. Dette samarbeidet krysser både avdelings- og klinikkgrenser. Informant 5 har drifts- og resultatansvar for en avdeling i Tromsø, men sier at UNN HF også omfatter sykehusene i Harstad og Narvik som også har et faglig ansvar for samme fagområde. Det faglige samarbeidet mellom legene oppleves som godt. De samarbeider om kvaliteten på kirurgisiden og faglige prosedyrer.

«Det er såpass lite miljø i Nord-Norge på de forskjellige delene av fagområde. Legene kjenner hverandre godt, så jeg tror de har lett for å kontakte hverandre, rett og slett».

Informant 3 har, i tillegg til avdelingen i Tromsø, det faglige ansvaret for legene ved enheter som behandler pasienter innenfor sitt fagfelt på dagtid ved et lokalsykehus og det andre skal serves med legetjenester. Samarbeidet med lokalsykehusene er dårlig, og dette begrunner han med at disse fagområdene ved lokalsykehusene ligger i andre klinikker.

Informant 6 kjenner til at det er varierende erfaringer hvor godt avdelingene samarbeider på tvers av klinikkene. Informanten mener det er lettere innenfor lokalsykehusene å jobbe på tvers i den daglige driften.

«Ved lokalsykehusene er det kortere avstander og lettere å få til et samarbeid, mens innad i UNN er det tilnærmet ikke noe faglig samarbeid på tvers».

4.2.4 Samarbeidskultur

Samarbeidskulturen beskrives av informantene som fragmentert der alle i hverdagen har nok med sitt og er i sin «egen boble». Disse beskrivelsene relaterer flere informanter til det strevet de har i hverdagen med å nå egne mål og det de til daglig sliter med på avdelingene.

Resultatet er at de vil beskytte seg selv og sin avdeling. En informant hevder at dersom han skulle henvende seg til en annen klinikk for å be om hjelp, så ville de sett rart på han.

Informant **6** forteller at den faglige samarbeidskulturen ved UNN HF er en utfordring i seg selv.

«Jeg bruker å si at verden styres av gode og dårlige relasjoner. Og har du gode relasjoner til folk som handler om nærvær, jevnlig kontakt og at man har litt kjemi, så trenger man ikke være enige om alt. Da er det mye lettere, uavhengig om du er i samme avdeling eller klinikk. Men i UNN så er det litt sånn mitt og ditt».

Informant **5** mener sykehuset som helhet mangler en felles kultur og gir følgende begrunnelse for dette:

«Vi sitter veldig i hver vår silo. Egentlig og spesielt nå når økonomien blir verre og trangboddhet blir verre rundt omkring. Vi er veldig opptatt av vår egen silo. Og det har blitt bare verre og verre med årene, fordi alle avdelingene er så presset både bemanningsmessig og arealmessig».

4.3 Hemmere og fremmere for faglig samarbeid

De systemiske determinantene til Rodriguez et. al (2005) er inkludert i kategoriene som omhandler økonomiske og administrative faktorer (kapitel 4.3.2).

Våre funn viser at de fleste informantene har interne møteplasser i egen avdeling, hvor det snakkes om faglige utfordringer og problemer, hvor man løser dette sammen internt i avdelingen. Utenfor avdelingene viser våre funn viser at når det handler om en

situasjonsbestemt utfordring vedrørende pasienter, så løser man disse igjennom samarbeid internt i klinikken og på tvers. Imidlertid viser studien at man i klinikken og på tvers av klinikker, ikke klarer å planlegge og utvikle faglig samarbeide i et langsiktig og målrettet perspektiv.

Studien viser at alle informantene har klare tanker hvilke forbedringspunkt som ville kunne ha fremmet faglig samarbeid innad i egen klinikk og på tvers av klinikkene. Fokuset på økonomi og ressurser trekkes frem som en sentral hemmer for faglig samarbeid, som igjen går utover den relasjonelle kontakten mellom enhetene.

4.3.1 Organisatoriske faktorer

Alle informantene opplever at *klinikkstrukturen* ved UNN HF ikke er optimal for å få løst oppdraget om økt faglig samarbeid. Enkelte av informantene har gjort seg noen tanker om UNN HF sin størrelse, hvor de mener at UNN HF sin utvidelses mulighet har nådd sitt fulle potensiale. Med tanke på befolkningsveksten og rekrutteringsmuligheter av spesialister, mener flere at Helse Nord burde fordele oppgaver og funksjonene mellom sykehusene i Helse Nord på en annen måte enn de gjør i dag. Informantene opplever også at ledelsen ved UNN HF ikke er flinke nok til å løfte blikket og se at UNN HF kanskje nå har nådd en grense i forhold til demografi og tilgjengelige ressurser. Internt i UNN fører dette til intern konkurranse om ressurser som igjen fører til at man ikke ser seg selv som en del av en helhet da alle kjemper for seg selv. Dette er forhold informantene mener hemmer faglig samarbeid og påvirker den faglige samarbeidskulturen.

Informant **3** opplever det som hemmende at fagfeltet er spredt så vidt igjennom hele organisasjonen. Hadde man klart og samlet dette fagfeltet i en klinikk, ville dette ha fremmet faglig samarbeid. Informanten sier følgende:

“Sykehuset er blitt for stort. Det er lang vei mellom de ulike avdelingene og makten. Jeg tror personlig at klinikkstrukturen som sykehuset er organisert i er utdatert og at den er hemmende for den videre utviklingen av UNN HF totalt sett. Rett og slett fordi den faglig sett ikke er organisert logisk. Derfor mener jeg at klinikkstrukturen har utspilt sin rolle, og at man burde ha startet på nytt enten ved å lage nye klinikker eller færre”.

Informant **5** har gjort seg tanker om at fagsammensetningen i noen klinikker er ulogisk, og mener dette går utover pasientbehandlingen. Informanten sier at man tidligere kunne styre avdelingen friere med hensyn til disponering av tildelt budsjett, dette har endret seg etter klinikkstrukturen ble innført, med stort fokus på måloppnåelse og budsjett balanse. Informanten er derimot glad for at det nå er klinikkleder som må stå ansvarlig overfor direktøren for et eventuelt økonomisk underskudd:

“Nå er jeg skjermet for dette, for nå er det klinikkleder som får det, og akkurat nå er jeg bare glad for det”

Våre funn viser at flere av informantene ikke knytter manglende faglig samarbeid til klinikkstrukturen. Uavhengig av hvordan den faglige virksomheten er organisert på så er det ikke organiseringen i seg selv som hemmer eller fremmer det faglige samarbeidet. En reorganisering i seg selv vil ikke løse utfordringene knyttet til kultur, manglende relasjoner og at verdien av faglig samarbeid verdsettes ulikt i UNN HF. Informant **4** har gjort seg slike tanker vedrørende klinikkstrukturen, men informanten utdypet ikke videre.

Informant **6** ser verdien av å være en del av noe større. Det kommer ikke fram via intervjuene om det i seg selv skulle bidra til en bedre samarbeidskultur og økt faglig samarbeid.

Informanten sier:

“Jeg har landet på at jeg synes det er bra og en fordel av å være del av noe større. Det er bra å være organisert i samme ramme uansett om du kaller det seksjoner, avdelinger eller noe som helst. Så tror jeg det er en fordel.”

Enkelte av informantene drar fram ulogisk *faglig organisering* av klinikkene som en faktor som hemmer faglig samarbeid. Informant **3** opplever at klinikkstrukturen er «utdatert», men dersom denne strukturen videreføres ønsker informanten at alle pasienter som tilhører dennes fagfelt samles i en egen klinikk.

Informant **2** mener at avdelingen er så stor at den burde vært en egen klinikk også ut ifra et økonomisk perspektiv.

“Vi kunne vært en egen klinikk fordi vi er så store og komplekse, for at den økonomiske gevinsten vi kunne ha fått også med tanke på pasientene. Vi er den eneste avdelingen i klinikken som går i økonomisk balanse og med overskudd. Dette overskuddet blir brukt for å dekke underskuddet til andre avdelinger i klinikken. Dette oppleves som urettferdig

Mange av informantene opplever å ha et for stort spenn for hva de skal ha ansvar for og oversikt over. Dette fører blant annet til manglende oppfølging av personalet og utvikling av fag og felles strategier innad i egen avdeling. Informant **5** forteller:

“Vi skulle hatt bedre tid til å tenke strategisk og jobbet med strategisk tanker og utviklet faget og lagt til rette, tenker jeg. Det hadde jeg ønsket at det var mye bedre tid til på og å følge opp personalet. Vi sliter jo nå. Nå har jo jeg veldig stort kontrollspenn da, så vi sliter jo med å få gjennomført utviklingssamtaler på de her, som jeg har ansvaret for.”

4.3.2 Økonomiske og administrative faktorer

Under alle intervjuene, ble økonomi og rapporteringer et tilbakevendende tema. Informantene ga tydelig uttrykk for frustrasjon og oppgitthet over at dette tar så mye av deres arbeidshverdag. Dilemmaene de gir uttrykk for, er at økonomi og administrasjon tar i tid mye plass, slik at det faglige utviklingen blir skadelidende. Dette fordi lederne har et drift- og resultatansvar, kan de ikke bort prioritere dette arbeidet. Informant **5**:

“Det er jo litt av frustrasjonen for veldig mange. Det sitter liksom en gruppe oppi administrasjonen som finner ut at ja, det må vi ha en rapport på, så sitter en annen gruppe og sier ja det må vi ha en rapport på. Så da blir det to bestillinger til meg som leder på samme område. Så da må jeg levere to rapporter. De som bestiller snakker ikke sammen. Det er svært frustrerende.”

En annen informant uttrykker:

“Vi bombarderes jo hele tiden med mailer om ting vi skal gjøre, bestillinger og ekstremt mye økonomi. Min rolle er å prøve å tolke de bestillingene fra ledere over meg om hva dette konkret betyr for oss før jeg tar dette videre ned til neste ledd. Vi som ledere må tolke informasjonen om hva bestillingene er da det ofte er veldig diffuse bestillinger.

En informant hevder: *“Det som tar mest tid er veldig mange rapporter, jeg skal ha et overblikk hele tiden. Nå føler jeg det er mye økonomi og man stagnerer litt i jobben med å tenke fremover.”* Alle uttrykker en frustrasjon over manglende tid til annet enn å løse budsjettkravene som de pålegges, noe som ofte resulterer i ad hoc løsninger for å løse en problemstilling der og da. De fleste oppgir at de opplever at de ofte driver med daglige brannslukninger i forhold til daglig drift av seksjonene og rapporteringer med korte tidsfrister. Alle informantene ønsker at de hadde mer tid til å kunne arbeide med langsiktige mål for avdelingen de leder.

Det er flere av informantene som har lederansvar for kun en avdeling i Tromsø, men som samtidig har ansvar for ventelister og fagprosedyrer i andre avdelinger og klinikker. Informantene med et slikt ansvar, kan oppleve dette som utfordrende. Dette fordi de har et ansvar for å oppdatere fagprosedyrerne i en avdeling som de ikke har *noen beslutningsmyndighet* for. Dette gjør at de ikke har myndighet til å beslutte hvordan det skal jobbes med ventelister, hvilke pasienter som skal prioriteres, de mangler kontroll på hvilke fagprosedyrer som blir brukt og i tillegg har de ingen påvirkning på hvordan de andre forvalter sine ressurser. Informant **4** sier som følgende på spørsmål om hva som er utfordrende med geografiske avstander:

“Jeg tenker det er ikke like mange treffpunkter, den ene spesialisten utenfor Tromsø har ikke et miljø eller et sikkerhetsnett som kontrollerer kvaliteten på det den gjør. Her i Tromsø kan man diskutere og reflektere sammen om de vanskelige casene på morgenmøtene for dette har vi en struktur på.”

Informant **3** som har like utfordringer som informant **4** sier som følgende:

“Her i Tromsø er poliklinikkene mer eller mindre sykepleierstyrt, mens på de andre lokalisasjonene er det legestyrt. Hvorfor er det slik, fagprosedyrerne ligger der, men jeg har ingen beslutningsmyndighet til å si at nå skal dere organisere det slik i Harstad. Jeg har prøvd å hinte om hvordan vi gjør det i Tromsø, men opplevde at det ikke falt i god jord.”

Vi får også en forståelse for at det også innenfor de forskjellige fagprofesjonene er forskjell på om det finnes et faglige samarbeidet i den daglige driften. Informant **5** sier:

«Kvalitet på kirurgi siden så er det nok kvalitet og fagprosedyrer hvor det blir samarbeidet om, når det gjelder sykepleie siden den sida, så tror jeg ikke det er så mye samarbeid og diskusjoner rundt det».

4.3.3 Relasjonelle faktorer

Våre funn viser at *relasjonelle* faktorer, er noe de fleste informantene trekker fram som en viktig faktor for hvor vidt man lykkes med faglig samarbeid over organisasjonsgrensene. Relasjonelle faktorer, oppleves av informantene som både hemmer og fremmer for å lykkes med faglig samarbeid.

Informant **4** fremhever at når nye ledere ansettes, forrykker dette noe av dynamikken som har vært der tidligere. Det gjør noe med den etablerte tilliten som eksisterte. Denne tilliten må hele tiden jobbes med: *«Denne må opparbeides på nytt»*. De samarbeidsarenaene man tidligere hadde ved å arrangere sosiale tilstelninger på tvers av enhetene i avdelingen er blitt redusert og dette gjør at det i dag er vanskeligere å samarbeide. Men informanten konkluderer med at det fortsatt er et samhold i egen klinikk. Et samhold som informanten mener, er mye større enn med andre klinikker.

En informant opplever at når man har gode personlige relasjoner til andre er det lettere å si ja til de man har en relasjon til, enn til de man ikke kjenner.

Informant **3** opplever at det interne samarbeidet om pasientbehandling og overbelegg mellom de ulike avdelingene innad i egen klinikk i Tromsø er positivt. Imidlertid tillegger informanten:

“Ellers så er det faglige samarbeidet ikke på plass på tvers av avdelingene. Alle har nok med sitt. Det er et evig jag og strev med å nå egne mål og det man strever med.”

Hvorledes informantene bygger relasjoner utenfor egen avdeling er forskjellig. Informant **4** opplever at ved at lederteamet driver utadrettet møtevirksomhet ut mot de andre lokalisasjonene, skaper dette en tillit.

“Vi får tydelige tilbakemeldinger når vi er i Harstad at det er veldig fint at dere kom. At det var fint å snakke med oss og det å møte oss. På denne måten får de et ansikt til dem de skal forholder seg til i Tromsø og dette skaper en relasjon som gjør det enklere å ta kontakt hvis man strever med noe lokalt.”

Flere informanter opplever at relasjonene blant de ansatte i egen avdeling og klinikk er noe som må jobbes med kontinuerlig. Flere trekker fram at det er lettere å bli kjent igjennom felles møtearenaer i form av sosiale arrangement og faste møtearenaer. Informant **6** har gjort seg noen erfaringer i løpet av årene som leder, og sier at hvis noe skulle ha vært gjort annerledes, så ville informanten satset på fag og miljø på en annen måte.

“Hvis jeg skulle ha spolt tilbake med alt det jeg vet i dag, da ville jeg begynt med relasjonsbygging i form av fagdager. Ved at folk møtes igjennom fag og noe sosialt, bryter man ned de ulike forestillingene om hverandre.”

Informant **2** har fått til å skape felles møtearenaer på tross av avstander får til et godt faglig samarbeid på tvers av alle lokalisasjonene. Denne avdelingslederen har etablert et lederteam der seksjonslederne i hele avdelingen deltar, og de har et godt samarbeid og jobber tett med fellesutfordringer. De har etablert et læringsnettverk for faglig utvikling, hvor seksjonsledere og fagansatte deltar. Etableringen av dette nettverket er et prosjekt som er initiert fra seksjonslederne.

“Vi er alle i Region Nord og vi skal ha et tett faglig samarbeid og jeg opplever at vi samarbeider godt over de geografiske lokalisasjonene.”

Flere av informantene fremhever viktigheten av at alle er like viktige for pasientbehandlingen. Dette er noe som internt i avdelingene fremmer det faglige samarbeidet. For å lykkes med det faglige samarbeide internt, avholdes det alt fra fagkvelder og fagdager på de fleste avdelingene. Temaene er forskjellige, men de er av slik karakter at det favner over alle yrkesgruppene i avdelingene. Informant **5** sier:

“Vi kjører fagkvelder og fagdager hvor temaene er forskjellige. Ofte er temaene arbeidsmiljø, kultur, kulturbygging og sånne ting, før vi avslutter med noe sosialt på kvelden. Vi opplever at det er like viktig med både fag og miljø da vi blir kjent på en annen måte enn i den vanlige hverdagen. Vi har merket godt disse to årene med pandemi hvor vi ikke har fått avholdt dette”.

Alle informantene forteller at det finnes en møtестruktur innad i ledergruppen ifra avdelingsledernivå opp mot klinikkledernivået. De informantene som har avdelinger som er

spredt over flere lokalisasjoner har ikke har like mange treffpunkter med dem som er perifert sammenlignet med dem som de ser hver dag og som de møte i korridorene. Dette betyr ikke at de ikke ser nødvendigheten av å skape en møtestruktur og møtearenaer både fysisk og digitalt med samarbeidspartnere ved andre lokalisasjoner. Informant **6** sier:

«Vi må skape samarbeidsarenaer hvor vi lager en felles agenda hvor vi snakker om både store og små utfordringer. Det er også viktig at det ikke er bare de andre som kommer til oss, men at også vi kommer til de andre.»

Informantene med faglig ansvaret for pasienter innenfor deres fagfelt ved lokalsykehusene, mener at mangel på faglig samarbeid er et resultat av klinikkstrukturen og manglende opplevelse av fellesskap. Dette er noe som hemmer det faglige samarbeidet. Informant **3** sier:

«Vi er der kun for å levere en tjeneste rett og slett og ha poliklinikk. Alt annet har vi jo ingenting med å gjøre (...) jeg har null kontakt med lederne som styrer (...) enheten for eksempel i Harstad annet enn når vi har diskutert hvor ofte vi skal komme dit og jobbe der».

4.5 Oppsummering av hovedfunn

Her presenteres studiens hovedfunn i henhold til de tre hovedkategoriene:

- Faglig samarbeid; krav, planer og betydning

De fleste av informantene opplever ikke at det foreligger et «krav» om faglig samarbeid fra UNN HF's toppledelse og Helse Nord. Den usikkerheten de gir uttrykk for i denne forbindelsen virker å ha sammenheng med at faglig samarbeid er mangelfullt forankret i sykehuset og at arbeidet omkring utvikling av dette virksomhetsområde har svak lederstøtte. Faglig samarbeid utover egen avdeling er begrenset og det foreligger få faglige samarbeidsprosjekt som ikke omhandler daglig drift av avdelingene. Samtlige informanter fremhever imidlertid at faglig samarbeid er en viktig verdi og at dette har betydning for pasientbehandlingen.

- **Hva karakteriserer faglig samarbeid og samarbeidskultur?**

Våre funn viser at de fleste av informantene opplever at samarbeidet internt i egen avdeling fungerer godt. Samarbeidsutfordringene øker betraktelig i omfang når det gjelder faglig samarbeid innad i egen klinikk og på tvers av klinikkgrenser. Informantene begrunner hovedsakelig mangelen på faglig samarbeid med knappe økonomiske ressurser og tid. I tillegg hevder flere av informantene at det ved UNN ikke utviklet en kultur for samarbeid.

- **Hva hemmer og fremmer faglig samarbeid?**

Våre funn viser at de fleste informantene opplever at mangelen på tid, ressurser og møtearenaer er de mest sentrale faktorene som hemmer faglig samarbeid. Alle informantene ga tydelig uttrykk for frustrasjon og oppgitthet over at økonomi og rapportering tar så mye av deres arbeidshverdag. Dette resulterer i at ledelse av den faglige utviklingen blir skadelidende. I tillegg uttrykker alle informantene frustrasjon over for korte tidsfrister i forhold til de rapporteringene som de pålegges å levere.

For dem som lykkes med faglig samarbeid er det igjennom relasjonsbygging etablert gjensidig tillit til hverandre over store geografiske avstander. Studien viser videre et faglig samarbeid mellom leger som fungerer godt på tross av organisatoriske grenser. Dette er et samarbeid som er tillitsbasert og der de profesjonelle verdiene står sterkt. Hvorvidt man lykkes med det faglig samarbeid, beror også på hvor sterkt det faglig samarbeid som verdi er forankret i ledelse og at det arbeides kontinuerlig med å utvikle faglig samarbeid.

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet diskuterer vi hovedfunnene knyttet til de tre forskningsspørsmålene. Hovedfunnene i hver kategori relateres til det teoretiske rammeverket som er presentert i kapittel 2.

5.1 Hvordan arbeides det med utvikling av faglig samarbeid?

I dette kapitlet vil vi på et mer prinsipielt grunnlag diskutere «krav» og forventninger til økt faglig samarbeid og informantenes manglende kjennskap til om dette «kravet» foreligger. I tillegg vil vi diskutere arbeidet knyttet til strategisk utvikling og hvilke planer som foreligger i forhold til dette virksomhetsområdet. Studien funn kan antyde at det foreligger en sammenheng mellom informantenes usikkerhet i forhold til «kravet» om faglig samarbeid og det strategiske utviklings- og planarbeidet innenfor dette virksomhetsområde. Samtidig viser studien at informantene mener at faglig samarbeid er viktig for faglig utvikling og det behandlingstilbudet som pasientene får.

Våre funn viser at faglig samarbeid er utfordrende og det kan virke som at arbeidet rundt å fremme faglig samarbeid er lite systematisk. Det kan virke som det er opp til den enkelte avdelingsleder om dette er et område det skal jobbes med. Dette gjelder spesielt samarbeid med andre fagmiljø utenfor egen avdeling. Manglende systematisk arbeid rundt dette virksomhetsområde bidrar til manglende helhetstenkning som var en av hovedmålsettingene med innføringen av klinikkstrukturen ved UNN HF. I styresaken der klinikkstrukturen ble vedtatt, understrekes det at klinikkjefene skal sammen med avdelingslederne utgjøre et team der det skal etableres tydelige samhandlingsrutiner, felles fora og lignende som går på tvers av avdelinger og klinikker (UNN HF Styresak 84/2007).

Informantenes usikkerhet om det foreligger et «krav» om faglig samarbeid kan belyses fra ulike perspektiv. Jakobsen et. al. (2021) hevder at en organisasjon kan beskrives utfra hva som er formålet med at de ulike aktørene er samlet og er bevisst konstruert for å løse oppgaver og nå bestemte mål. Studiens funn viser at resultatene som foreligger omkring dette målområde ikke virker å være nådd. Vi tenker at skal UNN HFs visjoner om fellesskap,

lagspill og faglig samarbeid lykkes, bør dette forankres på alle ledernivå. Forankringen og lederstøtten må være utvetydig. Lederstøtten tenker vi kan handle om og formidle til avdelingslederne hvilke forventninger som er tillagt deres rolle i forhold til faglig samarbeid. De nærmeste lederne til informantene kunne gitt lederstøtte i form av samtaler omkring tema og hva informantene kunne trenge av drahjelp og ressurser for å komme videre. Vi tenker at her kunne man starte med avdelingsledere og seksjonsledere i en klinikk. Dette kunne utgjøre et team som sammen kunne støtte og bistå hverandre og initiere ulike samarbeidsprosjekt.

Det er toppledelsen som har et hovedansvar for at mål og verdier materialiseres i konkrete handlingsplaner på klinikkene og i avdelingene. Dersom samarbeid er en klar forventning fra det strategiske ledernivå der direktør og klinikk-sjefeten sitter, så kan det ut fra studiens funn tyde på at dette «kravet» ikke er kommunisert godt nok ut til de ulike avdelingslederne. Jakobsen et. al. (2021) påpeker viktigheten av god kommunikasjon for at en organisasjon skal nå sine mål. De hevder at kommunikasjonen er selve «limet» i en virksomhet. For at en organisasjon skal fungere må medlemmene snakke sammen og de må forstå hva andre snakker om. Frich (2016) mener at innføringen av klinikkstrukturen har medført et stort lederspenn der den vertikale dialogen settes i strekk. Dermed utgjør hvert ledernivå en merkostnad for kommunikasjonen internt i organisasjonen og dette medfører at avstanden mellom toppledernivået og ledernivået nær den operative virksomheten økes. Vi våger å tenke at når flere informanter er usikre på hvilke forventninger som er knyttet til deres lederskap med hensyn til dette virksomhetsområde, så kan det handle om svikt i den vertikale dialogen. Dette kan ha ført til at ansvaret for utviklingen og arbeidet med faglig samarbeid ikke er forankret tydelig nok på klinikk og avdelingsnivå. Den manglende systematikken i dette arbeidet kan være et resultat av mangel på klare strategier og mål for samarbeid. Lederens oppgave blir da å ha fokus på mål og strategier for å kunne lede sine medarbeidere i utarbeidelsen og gjennomføringen. Få frem det beste i hver enkelt og sette sammen gode lag (Spurkeland, 2020).

Viktigheten av forankringen på ledelsesnivå understrekes blant annet av Rodriguez et al (2005) som en viktig forutsetning for å lykkes med faglig samarbeid. Skal man få til faglig samarbeid er lederstøtte avgjørende. Ledelse er en prosess mot å påvirke andre menneskers tenkning, og atferd for å oppnå felles mål (Jakobsen et. al., 2021). Det handler om at den vertikale dialogen må være så god at toppledelsen får øvrige ledere i sykehuset med seg i oppgaveløsningen for å nå målet om økt faglig samarbeid innad i UNN HF:

Vi tror at det også er et poeng at toppledelsen står i et press fra departementet og helse Nord på å levere på de detaljerte kravene som stilles. Det handler om forventningene at de styrer etter definerte resultatmål som for eksempel måltall på økonomi, budsjettbalanse, «produserte» DRG-poeng, liggetid og fristbrudd. Vi antar at det presset de er utsatt for oppleves nok sterkere enn det studiens informanter opplever i forhold til mål- og resultatstyring. Dette kan være en «forklaring» på hva som fokuseres i de strategiske diskusjonene som toppledelsen har med klinikksjefene.

Studien viser at informantene er involvert i UNN HF arbeid med å utvikle en ny *strategiplan* fra 2025 til 2035. Informantene er delaktig i utviklingen av ny strategiplan i egen klinikk og flere opplever dette som komplisert. Årsakene til dette er at disse diskusjonene handler om områder som ikke berører den enkeltes avdeling og den faglige virksomheten de har mest fokus på. Mye av diskusjonene rettes mot funksjonsfordeling mellom de ulike enhetene, vaktordninger og forhold som omhandler den daglige driften av avdelingene. Ut fra studiens funn kan vi ikke fastslå at det innad i klinikkene har vært diskusjoner knyttet til hvilke grep som må tas av lederne for å øke omfanget av faglig samarbeid. Vi kan heller ikke konkludere med at slike styringssignaler er gitt fra toppledelsen. Dette tenker vi henger sammen med at de fleste av informantene ikke opplever at det foreligger en forventning eller et krav til økt faglig samarbeid. Det virker ikke å være et godt nok systematisk arbeid knyttet til utvikling av økt faglig samarbeid med fagmiljø utenfor egen avdeling.

Det faglige samarbeidet innad i de fleste avdelingene fremstår som godt. Informantene er også opptatt av å videreutvikle og opprettholde eksisterende kultur for samarbeid. Dette er noe flere informanter ønsker de kunne fokusert mer på i ditt lederskap. Faglig samarbeid utover egen avdeling, innad i egen klinikk og på tvers av klinikkgrenser virker å fremstå som mangelfullt. Unntakene er en avdeling som er spredt over flere lokasjoner der samarbeidet er formalisert og to faglige utviklingsprosjekt som ikke omhandler den daglige driften av avdelingene. Det ene prosjektet må etter alt å dømme avsluttes siden ingen andre avdelinger eller klinikker er villige til å bidra med nødvendige ressurser. Dette er et prosjekt som mange enheter burde vært interessert i å bidra til. Senere i diskusjonskapitlet vil vi diskutere økonomiske ressurser og forankring som avgjørende for å lykkes med faglig samarbeid (Rodriguez et. al, 2005). Et slikt prosjekt kunne vært forankret på et høyere nivå i sykehuset og inngått som et faglig prosjekt i en overordnet handlingsplan for utvikling av faglig

samarbeid på tvers av organisasjonsgrensene. Et prosjekt som ville kommet mange pasienter til gode.

Et samarbeidsprosjekt som ikke omhandler UNN HF, men som er rettet mot kommunehelsetjenesten er i utvikling. Avdelingen som har initiert dette prosjektet ser det ansvaret de har ut mot kommuner og sammen med disse skape pasientens helsetjeneste med gjennomgående pasientforløp. Informanten ser et stort forbedringspotensial med prosjektet, men har tro på at dette er en viktig oppgave for UNN HF. Denne type faglige samarbeidsprosjekter mot kommunehelsetjenesten er også en av målsettingene i eksisterende strategiplan for UNN HF.

Studien viser videre et faglig samarbeid mellom leger som fungerer godt på tross av organisatoriske grenser. Dette er et samarbeid som er tillitsbasert og der de profesjonelle verdiene står sterkt. Disse relasjonene har utviklet seg over tid og dette faglige samarbeidet bidrar til at de kan løse den pasientrettede behandlingen på en bedre måte. Rodriguez et. al. (2005) understreker viktigheten av at skal man lykkes med samarbeid, må aktørene oppleve samarbeid som nyttig og nødvendig.

Et interessant funn i studien var at flertallet av informantene mente at faglig samarbeid er en viktig verdi og at lykkes man med dette, så vil behandlingen man tilbyr pasientene bli bedre. En av informantene hadde arbeidet med å øke det faglige samarbeidet mellom de geografisk spredte lokalisasjonene gjennom etablering av et læringsnettverk som inkluderer alle seksjonslederne og fagansatte. Denne viljen og interessen for faglig samarbeid har bidratt til en fellesskapsfølelse der kulturen tidligere var preget av konflikter og intern konkurranse. Ved en annen avdeling har fagfolk ved tre sengeposter utviklet en felles fagprosedyre knyttet til en spesielt utsatt pasientgruppe. Dette samarbeidsprosjektet skal sikre alle pasienter som tilhører deres fagfelt lik behandling, uansett hvor behandlingen blir gitt. Dette samarbeidsprosjektet oppleves av informanten som givende og uttrykker stolthet over at de har fått det til.

Samtlige informanter ser også at faglig samarbeid utenfor egen avdeling forutsetter at fagfolk møtes og deler felles erfaringer og utfordringer. At de kan bli kjent med hverandre og kan oppleve et fellesskap. Innad i de ulike avdelingene har man møteplasser og fagdager der fagfolk møtes. Dette virker å være godt forandret i ledelsen på avdelingene. Spørsmålet er om

noen av disse erfaringene kan benyttes på en slik måte at også andre fagmiljø kan inviteres inn til ulike faglige arrangement. Det er også lederens oppgave å ta initiativ til denne type samhandling. Ledelse er å skape synergier mellom mennesker (Spurkeland, 2020).

5.2 Svak samarbeidskultur relatert til organisasjonskultur

I dette kapitlet vil vi starte med en diskusjon omkring studiens første forskningsspørsmål som fokuserer på hvordan lederne karakteriserer det faglige samarbeidet og samarbeidskulturen innad i egen avdeling og klinikk og på tvers av klinikker.

Våre funn viser at det faglige samarbeidet kan karakteriseres som mangelfullt. Det kan virke som det er opp til den enkelte avdelingsleder hvordan faglig samarbeid skal forankres. Samarbeidet får et tilfældighetens preg over seg. I tillegg viser vår studie en mangel på samarbeidskultur, ikke bare ved avdelingene og klinikkene, men flere informanter fremhever at denne mangel på en felles kultur for samarbeid gjelder UNN HF som helhet. Disse funn står i sterk kontrast til et av formålene med LUO- prosjektet, nemlig å utvikle en ny og felles organisasjonskultur ved sykehuset. Med bakgrunn i våre funn, har vi her valgt en diskusjon av funnene med fokus på forbindelsen mellom samarbeidskultur og sentrale kjerneelementer i en organisasjonskultur. Hvordan en svak samarbeidskultur kommer til uttrykk i studien, mener vi altså *kan* relateres til organisasjonskulturen. Vi kan ikke konkludere med at denne sammenhengen omfatter hele UNN HF. På tross av denne reservasjonen, mener vi diskusjonen om sammenhengen mellom svak samarbeidskultur og organisasjonskultur er interessant.

Bang (2011) hevder at organisasjonskulturen og samarbeidskulturen gjenspeiler hverandre. Kultur handler ikke bare om hva man tenker eller ønsker i en organisasjon, men hvordan medlemmene faktisk opptrer og hvilke holdninger de har. Kulturen har altså en avgjørende betydning for hvordan ting foregår i en organisasjon (Ingstad, 2019).

Våre funn viser at samtlige informanter *ser* verdien av faglig samarbeid. Derimot kan beskrivelser som at «alle er i sin boble» eller «alle har nok med sitt» og «man må beskytte seg selv og sine» være utsagn som er betegnende ikke bare på en svak samarbeidskultur, men også på en organisasjonskultur der faglig samarbeid ikke er en dominant felles verdi (Bang, 2011). Resultatene fra vår studie er sammenfallende med de funn som fremkom i evalueringsrapporten til Oxford Research et. al. (2012). Rapporten konkluderte blant annet

med at organisasjonskulturen fremsto fragmentert og at organisasjonskulturen virket å være forankret i den enkelte avdelings lokale kultur. I det daglige arbeidet følte de ulike profesjonene seg først og fremst forpliktet overfor sitt fag, sine pasienter og sine kollegaer (Oxford Research et. al, 2012).

Skal strategien om økt faglig samarbeid lykkes, må faglig samarbeid som verdi forankres i organisasjonskulturen (Berg, 2005 og Jacobsen et. al., 2021). I tillegg viser studien at de beskrevne faglige samarbeidsprosjekt, som kan defineres utenfor daglig drift i avdelingene er svært begrenset. Ett faglig samarbeidsprosjekt står i fare for å avvikles. Dette begrunner informanten med at prosjektet er interessant for mange, men når det kommer til å bidra med økonomiske og faglige ressurser, så stopper det opp. Caglio og Ditillo (2008) hevder at kampen om knappe ressurser kan gi opphav til samarbeidsproblemer. Når allokering av ressurser bærer preg av et nullsumspill vil partene i en horisontal relasjon oppleve motstridende interesser, og følgelig ønske å opptre i egeninteresse. Alle parter verner om sine interesser.

Våre funn viser videre at samtlige informanter mener at faglig samarbeid er en viktig for at den helsetjenesten de leverer overfor pasientene kan bli bedre. Å si at faglig samarbeid er en viktig verdi kan diskuteres ut fra hvilken type verdier det er snakk om. Bang (2011) problematiserer skillet mellom *forfektede verdier* og *bruksverdier*. Forfektede verdier eller åpne verdier er de som ledelsen har tro på og som er nedfelt i visjoner til organisasjonen. UNN HF's *forfektede* verdier frem mot 2025 er kvalitet, trygghet, respekt og lagspill. Direktøren håper dette «treffer» ledere og er et godt fundament for videre arbeid med blant annet samarbeid og erfarings- og kompetanseutveksling i sykehuset (Strategiplan for UNN HF, 2015-2025).

Bruksverdiene eller skjulte verdier blir det ikke snakket så mye om, men det er disse verdiene som kan styre informantenes atferd og viser hva de etterstreber (Bang, 2011). De fagre ord uttrykt i strategiplaner har lett for å bli utvannet og kanskje forsvinne når visjoner og forfektede verdier skal omsettes i den kliniske hverdagen (Haugtomt, 2003).

Dermed blir spørsmålet i hvilken grad disse forfektede verdiene styrer atferden ute i avdelingene i det daglige. Vår studie viser at på dette område har avdelingene en utfordring. Samtlige informanter forfekter verdien av faglig samarbeid, men det er med få unntak det er samsvar mellom de forfektede verdiene og bruksverdiene. Det handler ikke bare om hva man

tenker eller ønsker i en organisasjon, men hvordan medlemmene faktisk opptrer og hvilke holdninger de har (Bang, 2011). Selv etter evalueringsrapporten til Oxford Research for ti år siden, fremstår fortsatt samarbeidet tilfeldig og fragmentert. Ut fra vår studie kan virke som det er opp til den enkelte avdelingsleder om verdien av faglig samarbeid skal synliggjøres gjennom strategisk og målrettet arbeid.

Et annet interessant funn i studien mener vi synliggjør ulik verdimesig forankring, og at mellomledere kan ha en nøkkelposisjon for en utvikling mot mer faglig samarbeid i praksis. Dette funn handler om de to avdelingene som er spredt over flere lokasjoner. Ved informant **2** sin avdeling er det etablert et regionalt samarbeid for utvikling av et kulturelt fellesskap der erfarings- og kompetanseutveksling vektlegges. I denne avdelingen er det samsvar mellom forfekte verdier og bruksverdier. Initiativet til dette «interne» samarbeidsnettverket kom fra de tre seksjonslederne ved avdelingen. Grund (2006) mener at mellomledernes rolle i endringsprosesser er helt sentrale for å lykkes. Han hevder videre at mellomlederne kan bli organisasjonens viktigste ressurs for å få til endringer.

Informant **6** forfekter også verdien av faglig samarbeid, har ikke lyktes med å utvikle dette innad i egen avdelingen. Det hevdes at avstand mellom lokasjoner kan åpne for utvikling av forskjellige kulturer. Å lede på avstand er utfordrende. I tillegg kan avstand i seg selv begrense kommunikasjonen som følge av at man ikke har anledning til å møtes hyppig nok. Rodriguez et al (2005) og Pettersen et. al. (2020) hevder at nærhet understøtter og utvikler felles kulturer. Fjernledelse blir på mange måter motsatsen til nærledelse. Det er nærliggende å anta at ved fjernledelse så utelukkes aspekter som er mulig ved nærledelse. På den andre siden tenker vi at begge har de samme sentrale elementene ved ledelse som handler om at lederskap i bunn og grunn handler om å organisere arbeidet slik at sykehuset kan nå sine mål. Forskjellen ligger i hvordan lederskap utøves.

Det er også en tett forbindelse mellom verdier i en organisasjon og *grunnleggende antakelser*. Disse antakelsene er noe en betrakter som sant. Disse er gjerne ikke bevisste, men styrer i stor grad atferden til medlemmene (Bang 2011, Jacobsen et. al., 2021). Man kan se på dette som erfaringsbaserte mønster som har vist seg å fungere og som skaper en distinkt sjel i organisasjonen (Bang, 2011). Dette mønstret fungerer også som en forklaringsmekanisme for ulike situasjoner. «Det er klinikkstrukturen som gjør faglig samarbeid vanskelig». Våre funn

kan tyde på at kulturarven ved flere avdelinger også kan ha ført til en felles antakelse hva som fungerer best for den enkelte avdeling. «Du gjør din jobb, så gjør jeg min».

Selv om organisasjonskulturen kan gi grunnlag for sosiale fellesskap, er det ikke slik at alle organisasjoner preges av en felles samlende kultur. Det er ikke uvanlig at det dannes egne sosiale grupper med sin egen kultur. Slik kan det eksistere *subkulturer* innenfor organisasjonens grenser (Jacobsen et. al., 2021). Kulturforskjeller kommer av hvordan virksomheten er drevet over år og det er ofte et rasjonale for hvorfor den drives slik.

Subkulturer kan også støtte opp om organisasjoners overordnede målsettinger, men for mange kan de ende opp som «siloforsvarere» uten evne og vilje til å se om avdelingens kultur støtter opp om den overordnede strategien om økt faglig samarbeid (Jacobsen et. al., 2021). I tillegg er de fleste sykehus funksjonelt strukturert etter de forskjellige medisinske spesialiteter som «eier» spesielle pasientgrupper og sykdomskategorier. I det daglige arbeidet føler de ulike profesjonene seg først og fremst forpliktet overfor sitt fag, sine pasienter og sine kollegaer (Steihaug, 2017). Disse profesjonsverdiene kan stå i motsetning til den felles kultur UNN HF ønsker å utvikle. Strand (2007) hevder at dette er en utfordring for en ekspertorganisasjon. «Profesjonelle» subkulturer kan være sterke.

På bakgrunn av studiens funn stiller vi spørsmål om de kulturene og identitetene som preget disse 10 avdelingene, *forut* for fusjonen i 2007 og innføringen av tverrgående klinikkstruktur i 2008, fortsatt eksisterer og vedlikeholdes. Dette på tross av målet om at en tverrgående klinikkstruktur, med enhetlig ledelse, skulle skape en kultur preget av fellesskap og samarbeid. Vi våger en påstand om at mangelen på den verdimesige forankringen og grunnleggende antakelser om samarbeid hos de fleste av informantene gir et bilde på en organisasjonskultur som er splittet i mange subkulturer. Våre funn kan tyde på at de fleste av informantene «verner» sine «interne» kulturer som i hovedsak er preget av godt samarbeid og samhold.

Et annet sentralt spørsmål vi ønsker å stille på er hva UNN HFs avdelingslederne *måles* på?

Dersom UNN HF som organisasjon forfekter verdier som fellesskap og samarbeid som grunnlag for ledelse, så burde disse verdiene også komme til uttrykk i hva som etterspørres og rapporteres på disse områdene. Studien viser at informantene opplever at det som etterspørres i rapporter er knyttet til resultatmål i forhold til økonomi, kostnadseffektivisering og budsjettbalanse. Dette står i kontrast til LUO-prosjektets intensjon om at også faglig

samarbeid skulle inkluderes i avdelingenes rapportering. Dette er sammenfallende med Berg (2005) som hevder at sykehusene som ekspertorganisasjoner i økende grad er underlagt administrative styringssystemer. Lockertsen og Østgård (2016) hevder at dersom sterk budsjettstyring og prestasjonsmål er det som er dominerende i organisasjonen, vil enhetene ofte bli betraktet som isolerte.

5.2.1 Organisasjonskultur og implementeringen av LUO-prosjektet

Berg (2005) hevder at i iveren etter stordriftsfordeler undervurderte man ofte de kulturelle omkostningene som er forbundet med sammenslåinger. Omfattende omorganiseringer kan skape mye uro og frustrasjon når avdelinger slås sammen. Når omtrent alt flyter, kan kulturen representere det stabile som kan redusere spenninger og være identitetsskapende. Til tross for felles strategier, mål og styringssystemer, så er det ofte kulturen som holder det hele sammen når omtrent «alt flyter». Kulturen representerer det stabile som kan redusere spenning og være identitetsskapende (Bang, 2011). Om ikke lederne klarer å skape en prosess der man blir enige om felles mål og verdier, har organisasjonen en utfordring i forhold til måloppnåelse.

Vi våger også å stille spørsmål ved om den svake samarbeidskulturen og en fragmentert organisasjonskultur preget av mangel på fellesskap og mange subkulturer, *kan* ha sammenheng med hvordan LUO-prosjektet ble planlagt og implementert ved UNN HF i 2008. Å lede endringsprosesser er utfordrende. Ifølge Grund (2006) er det en av de viktigste og vanskeligste lederoppgavene. Lederens oppgave er å lage strategier for endringsprosessene der motkrefter identifiseres og håndteres. For å endre en kultur er det en forutsetning at man som ledere faktisk kjenner den eksisterende kulturen, samt at lederne må være bevisst hva man ønsker å endre til. Det er viktig å forstå hvordan man påvirker og endrer kulturer i en organisasjon. Den ligger der som en usynlig kraft som kan hindre eller hjelpe organisasjonen til å nå sine mål (Jacobsen et. al., 2021).

Mange omstillingsprosesser mislykkes er at ledere i stor nok grad involverer fagmiljøene i stor nok grad. Endringsprosesser i sykehus lykkes sjelden dersom ikke toppledelsen tar fagmiljøer på alvor og anerkjenner deres kompetanse og engasjement for eget fag. Grund (2006) mener det er nærmest umulig å få i gang gode endringsprosesser hvis ikke de er forankret i fagmiljøene. Han henviser til Lewin (1951) som deler inn endringsprosesser i organisasjoner i ulike faser.

I forhold til vår studie er den første fasen som kalles *oppløsningsfasen* mest sentral. Utfordringene i oppløsningsfasen er å etablere en forståelse i organisasjonen for at det er behov for endringer. Toppledelsen må på en effektiv og aktiv måte kommunisere en tydelig og inspirerende endringsvisjon der man definerer klare og realistiske mål for endringer.

Vi har ikke inngående kunnskap om hvordan planleggingen av denne omfattende organisasjonsendringen ble gjennomført. Dersom man ser på tidsrommet mellom vedtak om innføring av tverrgående klinikkstruktur og implementeringen, så er tidsrommet svært kort med tanke på en så stor endringsprosess og hvilke reaksjoner som kan oppstå i de ulike avdelingskulturene. Disse avdelingene var før innføringen av klinikkstrukturen delt inn i avdelinger etter fagområder og ledelsen i avdelingen var vanligvis delt mellom overlegen og avdelingssykepleieren. Lederne sto nær den kliniske virksomheten og profesjonsverdiene sto sterkt.

Spørsmålet er om toppledelsen evnet å skape en forståelse i organisasjonen for at endring var nødvendig og handlet i tråd med dette. Ble det utviklet en strategisk utviklingsplan som viste formålet med endringen og gjorde man seg kjent med hvordan ulike kulturer og fagmiljøer opplevde organisasjonsendringen. Jacobsen et. al. (2021) hevder at motstand mot endringer må håndteres dersom endringsprosessen skal være vellykket. De mener at det er viktig at ledelsen er tidlig ute med informasjon om hva som er situasjonen og hvorfor det er nødvendig å gjennomføre endringer, og involvere medarbeidere i beslutningsprosessene. Dette for å redusere usikkerhet, avklare misforståelser og fremme oppslutning om endringene. Dette handler om kommunikasjon og tilstedeværelse og personlig engasjement fra toppledelsens side (Jacobsen et. al., 2021).

Å utvikle samarbeidende kulturer er et lederansvar der verdien av samarbeid kommuniseres tydelig. Hvordan ledere vurderer denne verdien kan knyttes opp mot hvilke grunnleggende antakelser ledere har om samarbeid. Ledere på alle nivå i sykehus bør ta seg tid til å kommunisere til hverandre grunnleggende verdier den enkelte mener er viktig for sykehuset som helhet, og hvordan de vurderer verdien av samarbeid. Dette kan være både vanskelig og brysomt, men alternativet er å tie om dette temaet. Det er her avgjørende å få fram ulike forståelser og oppfatninger som lederne har. Det handler om å utvikle avdelingenes verdibevissthet om faglig samarbeid. Dette kan være en krevende oppgave ettersom det faktisk handler om å overvinne egne grunnleggende antakelser og å få opp de skjulte

verdiene. Det handler om å forstå hva som skal til for at avdelingene og klinikkene skal utvikles og få ting til å skje slik at nye kulturorienteringer etableres. Organisasjonskultur kan ikke programmeres, men skapes i samspill Bang (2011).

Vi har her diskutert hvordan lederne i studien vurderer verdien av samarbeid i og utover egen avdeling. Disse har vi knyttet opp mot hvilke verdier og grunnleggende antakelser lederne har om faglig samarbeid. I tillegg har vi diskutert om den lokale avdelingskulturen også bidrar til et «vi» og «dem»-perspektiv. Disse elementene i avdelingenes organisasjonskultur mener vi må sees i sammenheng med karakteristikken av faglig samarbeid. Vi har også diskutert sammenhengen mellom organisasjonskultur og samarbeidskultur og om hvordan omfattende endringsprosesser kan påvirke organisasjonskulturen og dermed samarbeidskulturen.

5.3 Hva oppleves som hemmere og fremmere for faglig samarbeid?

5.3.1 Organisatoriske determinanter

Studien viser at det sterke fokuset på administrative lederoppgaver og rapporteringskrav tar uforholdsmessig mye tid av avdelingslederens arbeidsdag. Dette skaper mye frustrasjon og en oppgitthet over at utviklingen av avdelingenes faglige virksomhet må vike for de administrative kravene de pålegges «ovenfra».

Informantene opplever det utfordrende å få til faglig samarbeid, men ser viktigheten og behovet for dette. Ifølge San Martin-Rodriguez et. al (2005) må et godt samarbeidsfokus være forankret hos ledelsen. Dette er en sentral og viktig suksessfaktor for å lykkes med faglig samarbeid. Studien antyder at faglig samarbeid som virksomhetsområde, ikke er godt nok forankret i toppledelsen. Organisasjonen UNN HF virker ikke å ha en tydelig strategisk plan for utvikling av faglig samarbeid. Det kan virke som om faglig samarbeid ikke er en høyt prioritert lederoppgave på noen av nivåene. Opplevelsen av manglende forankringen, mener vi er en klar hemmer for faglig samarbeid.

De informantene som har ansvaret for å utvikle de faglige prosedyrene innenfor sine fagfelt, opplever at det er liten vilje og interesse for samarbeid for eksempel om fristbrudd og hvordan legeressursene skal brukes på en best mulig måte. Det å ikke skulle ha noen beslutningsmyndighet ovenfor hvordan faglige prosedyrer utføres på andre enheter, oppleves

som en hemmer for faglig samarbeid. De mener at dersom de kunne hatt beslutningsmyndighet innenfor sitt eget fagfelt, ville de kunne brukt mer tid på pasientbehandling og mer effektiv ressursutnyttelse.

San Martin-Rodriguez et. al., (2005) og Ness et. al., (2014) hevder at et godt samarbeid i en organisasjon, forutsetter at det er etablert interne kommunikasjonssystemer og møtearenaer. Der informasjon og erfaringer kan utveksles. Studien viser at de fleste avdelingene har etablert faste møtearenaer, der informasjon og erfaringer utveksles. Dette er noe som fremmer et faglig samarbeid i avdelingen. Derimot er det ikke etablert tilsvarende møtearenaer, utenfor egen enhet og dette hemmer det faglige samarbeidet. Faste møtearenaer bidrar til at man får bedre kjennskap til hverandre, hvor man kan styrke tilliten til hverandre slik at man i felleskap kan bli enige om felles mål for et eller flere faglige prosjekter.

Berg (2005) og Nyland et. al. (2018) problematiserer virkningen av NPM⁴ da helsereformen ble innført i spesialisthelsetjenesten i 2002, med påfølgende sammenslåing av sykehus til helseforetak og innføring av klinikkstruktur. Disse utviklingstrendene preger UNN slik det fremstår i dag (Lenvik og Tufte Gerhardsen, 2018). I den nye strukturen som ble vedtatt for UNN HF i 2008, lå det en tydelig forventning at den atferden lederne skulle utvise var i samsvar med de forutsetningene og målsettingene som lå i strukturen. Altså en lederatferd i samsvar med modellens forutsetninger er en nøkkel for å lykkes, men kanskje også det mest utfordrende. Innføringen av klinikkstrukturen med enhetlig ledelse, innebærer derfor at informantene som avdelingsledere må ta et helhetlig ansvar for alle sider av virksomheten ved avdelingene. Informantene har ulikt syn på om selve klinikkstrukturen hemmer faglig samarbeid. Det er flere informanter som sier at det ikke er strukturen i seg selv som hemmer det faglige samarbeidet. De hevder at det ikke er etablert en samarbeidskultur i UNN HF, dette sammen med mangel på tid, ressurser og økonomi hemmer faglig samarbeid.

San Martin-Rodriguez et. al (2005) hevder at et vellykket samarbeid krever at man toner ned de hierarkiske strukturer, dette til fordel for en horisontal struktur som legger mer til rette for delt beslutningstaking og kommunikasjon. Flere av informantene opplever at det er store avstander ved UNN HF Tromsø, som hemmer faglig samarbeid på tvers i egne klinikker og

⁴ Ny offentlig styring

over klinikkgrensene. Dette fordi UNN HF oppleves stort og uoversiktlig. Det er vanskelig å bli kjent og bygge relasjoner. «Alle har nok med sitt».

Organisasjoner formes og utvikles gjennom kommunikasjon. For at en organisasjon skal fungere, må medlemmene snakke sammen. Den vertikale kommunikasjonen skjer i linjeorganisasjonen og er hierarkisk. Frich (2016) hevder at innføringen av klinikkstrukturen har ført til et stort ledelsesspenn der den vertikale dialogen er blitt mer utfordrende, som følge av det som beskrives som mer eier- og virksomhetsstyring fra myndighetenes side, og av økning i antall lederstillinger. Spesielt i den vertikale kommunikasjonen er det rom for feiltolkninger etter hvert som informasjonen «drypper» nedover eller «oppover i organisasjonen. Dagens styringsstruktur fører til at målformuleringer og strategier ikke forankres ned i organisasjonen (Frich, 2016). Et eksempel i vår studie er utfordringene en avdelingsleder står overfor når visjoner endres midt i en strategiperiode. Denne endringen må informantene kommunisere «nedover» i sin avdeling og her ligger en kritikk om at diskusjoner omkring visjoner for UNN HF må forankres og kommuniseres «nedover» i organisasjonen på en helt annen måte.

Et annet perspektiv som vi tenker kan påvirke deres ledelseshverdag er at budsjettene avdelingene tildeles har en såkalt innsatsstyrt komponent. Det vil si at produserte DRG-poeng utgjør en stor del av avdelingenes budsjett. Dette handler om «produksjon» av flest mulig pasientbehandlinger. I tillegg skal de rapportere på ulike styringsindikatorer som oppfattes av informantene som svært belastende. Nyland et al. (2018) hevder at når en innretter den overordnede styringen etter resultatmål, så ender det ofte med å måle og rapportere på de mål som kan eller skal måles. Faren her er at intensjonen om faglig samarbeid ved innføringen av klinikkstrukturen, ikke følges opp på tilsvarende måte som andre måltall følges opp av toppledelsen.

Vår studie viser at alle informantene er oppgitt over alle pålegg om rapporter som skal leveres. Berg (2005) hevder at sykehusene er i økende grad underlagt administrative styringssystemer utenpå og ved siden av den operative virksomheten. Målstyringen og budsjetttrammer er noe informantene i vår studie merker i sin hverdag. Samtidig uttrykker flere av informantene at rapportering er en del av deres administrative ledelsesoppgaver. Det er rapporteringsmengden som er for stor. I tillegg er problemet at det er alt for korte tidsfrister og at de ikke alltid forstår hva det er det er forventet å rapportere på.

Det sterke økonomiske og administrative presset informantene oppgir de utsettes for, kan også være en forklaring på hvorfor UNN HF virker å fremstå med en organisasjonskultur som er fragmentert i ulike subkulturer med en svak faglig samarbeidskultur. De samarbeidsutfordringene som fremkommer i studien, kan sees i lys av for knapt økonomisk handlingsrom, noe som igjen kan gi kapasitets- og ressursutfordringer. De fleste av informantene har ikke tid eller mulighet til å prioritere faglig samarbeid utover egen avdeling. «De har nok med å få hverdagen til å gå rundt». De ser ikke seg selv som en del av en organisasjon, som sammen jobber for pasientene. Det er altså mangel på helhetstenkning (Lenvik et. al., 2018). Lederne opplever dette som en vanskelig balansegang. Sykehus er, som tidligere beskrevet, i økende grad underlagt administrative styringssystemer. Det stilles store krav til økonomi-, mål- og resultatstyring (Grund, 2006). Dette er faktorer som informantene i vår studie fremhever som belastende. Den frustrasjonen de gir uttrykk for, kan handle om to verdisett som møtes; en profesjonell logikk og foretakslogikken (Johansen, et. al., 2015).

Informantene opplever at rommet for faglig ledelse har blitt mindre samtidig som omfanget av ytre styring og regulering har økt. Strand (2007) beskriver ledere i en ekspertorganisasjon som er rekruttert inn for å påta seg en rolle for sitt fagområde. Ledelse utover det som har faglig autoritet har liten plass.

Noen av informantene uttrykker at toppledelsen ved UNN HF ikke innser viktigheten av at den vertikale kommunikasjonen i ledelsen må bli bedre. Ut fra våre funn kan det virke som at avstanden fra de som styrer økonomien og fatter de mer overordnede beslutningene til avdelingslederne som også skal utøve faglig ledelse, har blitt lengre. Berg (2005) kaller dette en slags dekobling i lederstrukturen.

5.3.2 Relasjonelle determinanter

San Martin-Rodriguez et. al. (2005) understreker at skal man lykkes med samarbeid, må aktørene oppleve samarbeid som nyttig og nødvendig. Om viljen ikke er til stede, kan samarbeid oppleves forstyrrende for egne arbeidsoppgaver. Videre hevdes at tillit og kunnskap om «de andre» er en sentral forutsetning for å lykkes.

Samtlige av informantene innser at faglig samarbeid er viktig. De fleste av informantene beskriver samarbeidet innad i egen avdeling som godt. Her har de gode samarbeidsrelasjoner

og har interne møtearenaer der samarbeid diskuteres. Dette gjelder også en av informantene som har avdelingen spredt over flere lokasjoner. Utfordringene for disse informantene oppstår når fokuset for faglig samarbeid skal inkludere andre fagmiljø i egen klinikk eller på tvers av klinikkgrenser. Ut fra studiens funn virker det som de fleste av informantene ikke har prioritert å bygge relasjoner med andre fagmiljø. Relasjoner som kunne bidratt til at ulike miljø får bedre kjennskap til hverandres hverdag og hvilke faglige utfordringer de strir med. Det er ikke etablert kommunikasjonssystemer og møtearenaer der informasjon og erfaringer utveksles (San Martin-Rodriguez et al, 2005). Ifølge San Martin-Rodriguez et al (2005) er dette en hemmer for faglig samarbeid. Denne mangel på felles møtearenaer kan også sees i sammenheng med den tidligere diskusjonen i kapittel 5.2 om en subkultur ved flere avdelinger der den viktigste forpliktelsen virker å være overfor «seg selv og sine».

Skal man få til faglig samarbeid er lederstøtte avgjørende. I tillegg fremmes faglig samarbeid når ledere ser på samarbeid som nyttig og nødvendig, og evner å formidle denne interessen til sine ansatte (San Martin-Rodriguez et. al., 2005). Når pandemien brøt ut, ble sykehusene i helseforetaket omgjort til selvstendige enheter. Vi var da ledere for hver vår kirurgiske sengepost. Vårt utgangspunkt i denne situasjonen var at dersom vi «slår sammen» disse sengepostene, så vil vi kunne drifte på en mer ressurseffektiv måte.

I utgangspunktet hadde vi som ledere et tillitsfullt forhold og en relasjon preget av erfaringsutveksling og gjensidig støtte. Både viljen og interessen for samarbeid var til stede hos oss som ledere. Lederteam ble slått sammen og de felles utfordringer kunne diskuteres. Det handlet om fordeling av operasjonskapasitet, fordeling av personell på tvers av seksjonsgrenser, utvikling av felles prosedyrer knyttet til pandemien og smittehåndtering og hvordan vi skulle møte motstand i personalgruppene. Sistnevnte ble en utfordrende og krevende ledelsesoppgave. Dette handlet om tilstedeværelse og å kommunisere nødvendigheten av samarbeid. Vårt mål var å bygge en kultur som fremmet faglig samarbeid. En kultur der de ansatte ved sengepostene ikke lenger så på seg selv som ulike enheter, men som del av en større enhet som i fellesskap skulle møte utfordringene vi sto i. Vi opplevde viktigheten av et lederteam som sammen kunne møte de felles utfordringene vi sto overfor, var helt avgjørende for at vi lyktes med samarbeidet.

Etter hvert opplevde vi at relasjonene mellom de to personalgruppene endret karakter. Kulturen endret seg fra «vi» og «dem» til «oss». Vi tenker at felles informasjonsmøter og det

faglige samarbeidet vi initierte var et viktig grep. Jevnlige felles møtearenaer og diskusjonsforum skapte etter hvert en opplevelse av fellesskap. Det faglige samarbeidet er fortsatt i utvikling selv om vi nå organisatorisk igjen tilhører hver vår klinikk.

Mangelen på kjennskap til hverandre, hemmer et faglig samarbeid på tvers. Det at informantene ikke har kjennskap til hverandre, gjør det enklere å si nei enn ja når de blir forespurt om hjelp fra andre. Det tar tid å skape gjensidige relasjoner og i en hektisk lederhverdag kan det være lite tid og rom til dette. Mangel på tid blir en hemmer for samarbeid. Det er flere som ser at det er utfordrende å ikke kjenne hverandre bedre enn det de gjør. De mangler oversikt for å kunne utnytte de faglige ressursene på en god måte. Det oppleves som mange antar mye om de andre, uten å egentlig ha oversikt over og kjennskap til hvordan hverdagen til de andre fagmiljøene egentlig er.

San Martin-Rodriguez et. al. (2005) sier at tillit og manglende kjennskap til hverandre, kan skape en uvilje mot faglig samarbeid. Føler aktørene i et faglig samarbeid en tilhørighet og en tillit til dem som de samarbeider med, vil aktørene ha større sannsynlighet med suksess i det faglige samarbeidet. Dette fordi aktørene vil ha en større tålmodighet og vilje til å hjelpe hverandre. Når man har tillit til andre, er det ikke behov for å bruke mye ressurser på å etterprøve om de snakker sant eller opptrer slik de har sagt de vil gjøre. For å oppnå tillit må to forhold være på plass. Det må være en sterk fellesskapskultur, og de ansatte må ha tilegnet seg dyder som lojalitet, ærlighet og pålitelighet.

Å bygge tillit mellom mennesker tar tid. Det må være en vilje mellom aktørene å bli kjent med hverandre. Å skape en tillit til noen som du aldri har møtt fysisk, skaper en usynlig barriere som vanskeliggjør å bygge opp en felles kultur for faglig samarbeid. Vi tenker at behovet for å møte faglig samarbeidspartnere fysisk, er mye viktigere nå enn tidligere, da hverdagene er hektiske hvor mye av kommunikasjon skjer gjennom digitale medier eller i «forbifarten». Verdien av å ha avsatt tid til å se andre og bekrefte dem kan ha en stor effekt for resultatoppnåelse. Ved ikke å sette av tid til nettopp dette, kan det er lett oppstå forestillinger om andre, som kanskje ikke stemmer med hvorledes andre virkelig er.

Studien viser videre at faglig samarbeid mellom leger fungerer godt på tross av organisatoriske grenser. Dette er et samarbeid som er tillitsbasert og der de profesjonelle verdiene står sterkt. Disse relasjonene har utviklet seg over tid og dette faglige samarbeidet bidrar til at de kan løse den pasientrettede behandlingen på en bedre måte. San Martin-Rodriguez et. al. (2005) understreker viktigheten av at skal man lykkes med samarbeid, må

aktørene oppleve samarbeid som nyttig og nødvendig. Et interessant funn i studien var det faglige samarbeidet en av avdelingene som er spredt over flere lokasjoner har etablert. Der tok seksjonslederne et initiativ til å etablere et læringsnettverk som inkluderer alle seksjonslederne og fagansatte. Denne viljen og interessen for faglig samarbeid har bidratt til en fellesskapsfølelse der kulturen tidligere var preget av konflikter og intern konkurranse.

Ved å kunne møte hverandre fysisk og bli kjent med den andres stemme, toneleie når de snakker og ansiktsuttrykk, skapes det reelle bilder av andre. På denne måten blir det lettere å unngå mistolkninger om den andre når det kommer forespørsel om et faglig samarbeid igjennom felles prosjekter (San Martin-Rodriguez et. al, 2005).

«Bestillingene ovenfra» kommer gjerne via mail og omfatter i noen tilfelle rapportering om det samme. Å kommunisere via indirekte kommunikasjonskanaler er krevende og sjansen for feiltolkninger er stor. Dette bekreftes av flere informanter; de må fortolke hva som ligger i de ulike bestillingene.

Studien viser videre at informantene vektlegger viktigheten av et godt arbeidsmiljø og flere involverer seg sterkt i den daglige driften av sengepostene. De bruker mye tid på «brannslukking» av situasjoner og problemer som er knyttet til den daglige driften av sengepostene. Noen av informantene har store avdelinger med mange ansatte og disse lederoppgavene i tillegg til administrative oppgaver som kommer fra toppledelse, bidrar til at andelen administrasjon utgjør en vesentlig del av deres lederskap.

5.3.3 Systemiske determinanter

San Martin-Rodriguez et. al. (2005) hevder at økonomiske og bemanningsmessige ressurser er avgjørende for å lykkes med faglig samarbeid. Våre funn viser at informantene opplever et stort trykk i forhold til økonomi og resultatoppnåelse. Det er flere informanter som har gjort seg tanker om at UNN HF ikke klarer å drifte avdelingene og klinikkene effektivt nok. Fordi at de ser at med et faglig samarbeid kunne man utnyttet for eksempel personellressurser og kompetansen på en bedre måte.

I følge San Martin-Rodriguez et. al (2005), kan dype kulturelle faglige verdier i en spesiell faggruppe, kan stå i veien for fellesskapsverdien som samarbeid er tuftet på. I helhet er alle

fagarbeiderne en viktig del av UNN HF for å få den daglige driften i UNN HF til å gå rundt. Legene har stor faglig autoritet og er sentrale premissleverandører i sykehus. Legenes meninger og avgjørelser veier tungt i den daglige driften. Dette kan skape friksjoner og vanskeliggjøre faglig samarbeid innad i egen avdeling og på tvers av klinikkene. Ifølge Strand (2007) er ekspertorganisasjoner preget av at virksomheten er styrt av deltageres ekspertkunnskap. De ansatte i den kliniske virksomheten er tildelt stor beslutningsmyndighet og har en sterk profesjonsidentitet. Dette kan føre til at denne type organisasjoner er vanskelig å styre. Studien viser at flere av informantene henviser til legenes samarbeid når de gir konkrete beskrivelser av faglig samarbeid.

Det virker for oss som at legene har et faglig samarbeid seg imellom uavhengig av lokalisasjoner. Fagmiljøene innenfor UNN HF er i utgangspunktet små, og dermed kjenner som oftest legene en eller flere av hverandre ved de forskjellige avdelingene ved de forskjellige lokalisasjonene. Dette resulterer i at de gjerne ringer hverandre for å konferere med hverandre i problemstillinger vedrørende pasienter. Et slikt faglig samarbeid ganger som oftest pasientene, da avklaringer mellom legene om ansvarsforhold og behandlingsmetode blir avklart uten at pasienten må sendes mellom de ulike lokalisasjonene. Profesjonsverdiene står sterkt i sykehussektoren og det er alltid pasientens beste som styrer de valg og handlinger som gjøres (Strand, 2007).

Det oppstår ikke uventet konflikter mellom aktører i en ekspertorganisasjon og den byråkratiske delen av organisasjonen. Det går på fag versus administrasjon. Fagfolkene i en ekspertorganisasjon orienterer seg heller motstridende om de administrative detaljene, mens lederen er nødt til å holde rede på retningslinjer og en del detaljer for å fylle sin rolle (Strand, 2007). Noen av studiens informanter velger bevisst å «skåne» de fagansatte fra administrative og økonomiske forordninger. De sier at dette kan påvirke et godt arbeidsmiljø og skape usikkerhet. Et element i dette er at de som ledere vil opprettholde sin faglige legitimitet. De kan ikke begrunne slike pålegg med faglige argumenter. Strand (2007) hevder at god ledelse i ekspertorganisasjoner innebærer blant annet å la folk gjøre det de er gode til.

Lederens hovedoppgave er å legge til rette de sosiale og organisatoriske forutsetningene for at disse kreftene kan bli utløst. Dette inkluderer at lederne skaffer til veie de ressursene fagfolkene trenger for å kunne utføre sin gjerning ut fra et profesjonelt verdigrunnlag. Ledelse i

ekspertorganisasjoner handler i stor grad i å beskytte medarbeidernes autonomi og skjerme dem fra eksternt press (Jacobsen et. al., 2021).

Disse dilemmaene og konfliktene som ledere i ekspertorganisasjoner opplever, er ikke til å unngå (Strand, 2007).

6.0 Konklusjon

6.1 Oppsummering av hovedfunn

Klinikkstrukturen ble implementert ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN HF) i 2008. Intensjonen med den omfattende omorganiseringen var blant annet å knytte fagmiljøene bedre sammen og for å øke det faglige samarbeidet både internt og på tvers av avdelinger og klinikker. En evalueringsrapport i 2012 konkluderte med at innføringen av klinikkstrukturen ikke hadde gitt de gevinstene man forutså. Samhandlingen og samarbeidet på tvers var blitt skadelidende og klinikkstrukturen hadde medført «silotenkning» (Oxford Research et. al., 2012).

I denne studien ønsket vi å fokusere på det faglige samarbeidet og samarbeidskulturen internt i en tverrgående klinikkstruktur ved UNN HF. Formålet var å undersøke hvordan ulike ledere karakteriserer samarbeidet og samarbeidskulturen ved seks forskjellige avdelinger i UNN HF og om innføringen av klinikkstrukturen har påvirket det faglige samarbeidet internt i sykehuset? Vi håpet studien kunne gi innsikt i eksisterende faglige samarbeid og samarbeidskultur og hvilke utfordringer avdelingsledere opplever når det gjelder det faglige samarbeidet og hvilke faktorer som kan påvirke dette.

De fleste av informantene opplever ikke at det foreligger et «krav» om faglig samarbeid fra UNN HF's toppledelse og Helse Nord. Den usikkerheten de gir uttrykk for i denne forbindelsen virker å ha sammenheng med at faglig samarbeid er mangelfullt forankret i sykehuset og at arbeidet omkring utvikling av dette virksomhetsområde har svak lederstøtte. Faglig samarbeid utover egen avdeling er begrenset og det foreligger få faglige samarbeidsprosjekt som ikke omhandler daglig drift av avdelingene. Samtlige informanter fremhever imidlertid at faglig samarbeid er en viktig verdi og at dette har betydning for pasientbehandlingen. De fleste av informantene opplever at samarbeidet internt i egen avdeling fungerer godt. Samarbeidsutfordringene øker betraktelig i omfang når det gjelder faglig samarbeid innad i egen klinikk og på tvers av klinikkgrenser. Informantene begrunner hovedsakelig mangelen på faglig samarbeid med knappe økonomiske ressurser og tid. Alle informantene ga tydelig uttrykk for frustrasjon og oppgitthet over at økonomi og rapportering tar så mye av deres arbeidshverdag. Dette resulterer i at ledelse av den faglige utviklingen blir skadelidende. I tillegg uttrykker alle informantene frustrasjon over for korte tidsfrister i forhold til de rapporteringene som de pålegges å levere.

For dem som lykkes med faglig samarbeid er det igjennom relasjonsbygging etablert møtearenaer der man over tid har utviklet tillit til hverandre selv over store geografiske avstander. Studien viser videre et faglig samarbeid mellom leger som fungerer godt på tross av organisatoriske grenser. Dette er et samarbeid som er tillitsbasert og der de profesjonelle verdiene står sterkt. Hvorvidt man lykkes med det faglig samarbeid, beror også på hvor sterkt det faglig samarbeid som verdi er forankret i ledelsen og at det arbeides kontinuerlig med å utvikle faglig samarbeid.

Det er to funn i studien som har vært spesielt interessant. Det første er at klinikkstrukturen i seg selv ikke oppfattes av informantene å være et hinder for faglig samarbeid. De kan være uenig både om størrelse på klinikkene, økonomifordeling dem imellom og sammensetning av faggrupper i klinikkene. Strukturen i seg selv er i følge informantene ikke en hemmer. Det andre interessante funnet er at samtlige informanter hevder at det finnes ikke noe faglig samarbeidskultur ved UNN HF og et utsagn som går igjen i intervjuene er «alle har nok med sitt og sine».

6.2 Forslag til videre forskning

Hvordan man skal få økt det faglige samarbeidet på tvers av alle fagmiljø og organisasjonsgrensene kan også være et interessant forskningsspørsmål. Det kunne vært interessant å få vite noe om hva de lederne som er nærmere den operative enheten tenker hvilke grep som må til for å få til det faglige samarbeidet og hvordan de tenker ressurser kan anskaffes for å gjennomføre felles prosjekter. Innenfor hvilke faglige områder kan det samarbeides om og hvem som bør inngå i et slikt samarbeid?

Litteraturliste

Bang, H. (2011). *Organisasjonskultur*. 4.utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Berg, O. (2005). *Fra politikk til Økonomi, Den norske helsepolitikens utvikling det siste sekel*. Tidsskriftets skriftserie, Den norske Legeforening

Caglio, A. og Ditillo, A. (2008). *A review and discussion of management control in inter-firm relationships: Achievements and future directions*. DOI: 10.1016/J.AOS.2008.08.001.

Business Accounting Organizatio and Society Corpus ID: 154316086

Colbjørnsen, T. (2004). *Ledere og lederskap*. Bergen: Fagbokforlaget

Frich, J. (2016). Styring og ledelse på det utførende nivå (sykehusene), kap. 4. I: *Mellom politikk og administrasjon, Rapport bestilt av Den norske Legeforening*. Magnussen, J., Vrangbæk, K., Martinussen P. og Frich, J. Universitetet i Oslo

Gadamer, H.G. (2010). *Sannhet og metode*. Pax Forlag

Grund, J. (2006) *Sykehusledelse og helsepolitikk, Dilemmaenes tyranni*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Harsvik, T.H, Lippestad, J.W., Kjekshus, L.-E., Mortensen, T.F., Torvik L.H.W. og Vareide, P.K. (2005). *Rapport om gjennomgang og evaluering av ledelses- og organisasjonsstrukturen ved Ullevål Universitetssykehus*. Sintef. ISBN: 8214037867

<http://hdl.handle.net/11250/2475839>

Haugtomt, S.A. (2003). *Samarbeid over virksomhetsgrenser - en forutsetning for god pasientbehandling*. I: tidsskrift for Den norske legeforening, 123: 2462-4

Ingstad, K. (2019) *Organisasjon og ledelse i helsefag og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Jacobsen, D.I. (2004). *Organisasjonsendring og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget

Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2021). *Hvordan organisasjoner fungerer*, 5. utgave.

Bergen: Fagbokforlaget

Johansen, S.T., Olsen, T.H. og Solstad, E. (2015). *An insider view of the hybrid organisation: How managers respond to challenges of efficiency, legitimacy and meaning*. March 2015

Journal of Management & Organization, DOI:[10.1017/jmo.2015.1](https://doi.org/10.1017/jmo.2015.1)

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*, 3.utgave. Oslo:

Gyldendal Akademiske

Lenvik, J. og Tufte-Gerhardsen, G. (2018). *Pasienten først og sist Sammen tar vi ansvar – eller gjør vi det*. Masteroppgave i helseledelse ved Nord Universitet.

Lockertsen, I.K. og Østgård, M. (2016). *Hvordan skape et samarbeid*. Masteroppgave i økonomi og administrasjon ved NTNU

Ness, I.J. og Søreide, G.E. (2014) The Room of opportunity: Understanding phases of creative knowledge processes in innovation, *Journal of Workplace learning*, 26 (8): s. 545-560

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4.utgave. Oslo: Universitetsforlaget

NOU, 2016:25. *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten – Hvordan bør statens eierskap innrettes framover*. Helse- og omsorgsdepartementet.

[NOU 2016: 25 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

Nyland, K. og Pettersen, I.J. (2018). *Penger og helse, Fra enkel til kompleks styring i helsesektoren*. Bergen: Fagbokforlaget

Oxford Research, VINN, Bedriftskompetanse (2012), *Evaluering av LUO-prosjektet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF*

Pettersen, I.J., Solstad, E. (2020). *Kan vi lede via sosiale medier? Om fjernledelse og kommunikasjon*, NTNU Open, Journal article, 2020,36 (3) s. 210-225

San Martin – Rodriguez, L., Beaulieu, M-D, Damour, Ferrada-Videla, D. (2005). *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*, Journal of Interprofessional Care, May, 2005.

Spurkeland, L. (2020). *Relasjonsledelse*, 5. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Steihaug, S. (2017). *Samarbeidsutfordringer i norsk helsetjeneste – betydning for klinisk arbeid*. Tidsskrift for omsorgsforskning, side 205-215, Nr.20, november 2017

Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*, 2.utgave. Bergen: Fagbokforlaget

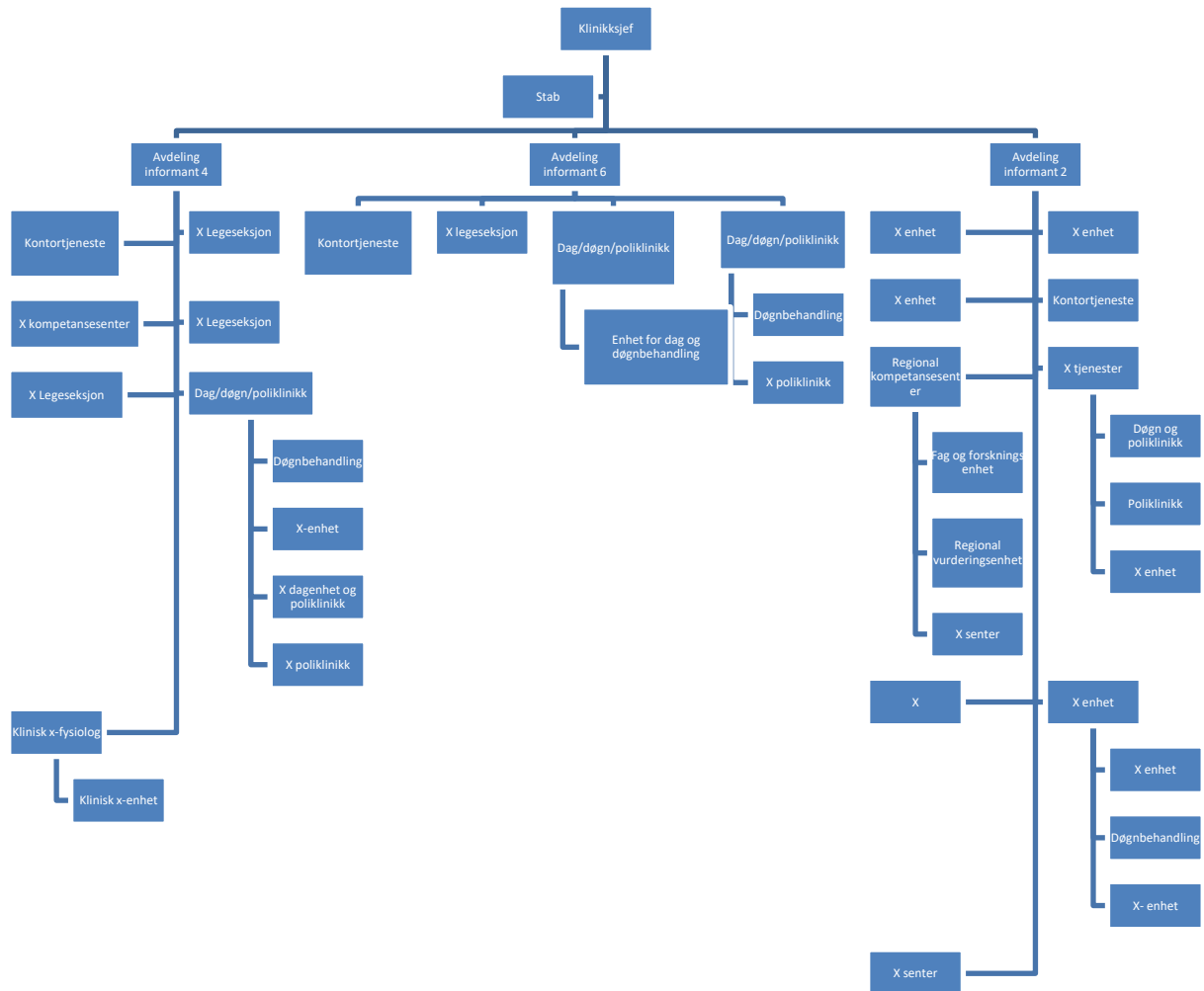
Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*, 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Universitetssykehuset Nord-Norge HF, (2022, hentet 14 juni), Stillingsutlysning
Avdelingsleder Lungemedisinsk avdeling,
<https://arbeidsplassen.nav.no/stillinger/stilling/720a2cc0-859e-44f8-a07a-6b621a1729d5>

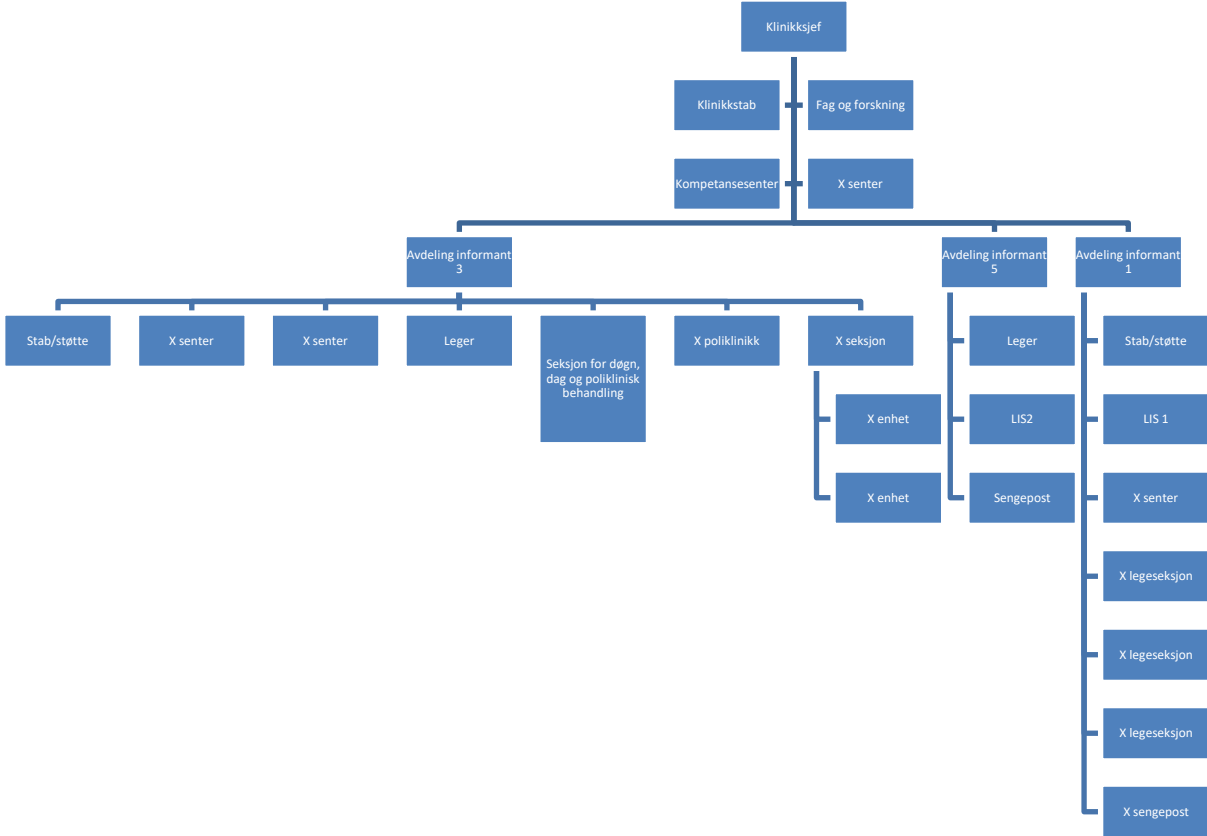
Universitetssykehuset Nord-Norge HF, (2015-2015). *Strategiplan for UNN HF*, 2015-2015
[Microsoft Word - Strategisk utviklingsplan_endelig versjon.docx \(unn.no\)](#)

Vedlegg 1

Organisasjonskart klinikk 1.



Organisasjonskart klinikk 2.



Vedlegg 2

Minne om at informanten til enhver tid kan trekke seg fra intervjuet og at vedkommende får tilbudet om å lese gjennom transkripsjonen. Vi kommer ikke til å stille spørsmål på en slik måte at kollegaer kan identifiseres blir brudd på taushetsplikten for informanten.

Hovedfokus i prosjektet vårt er faglig samarbeid og ledelse i en klinikkstruktur.

Hvordan opplever ledere at klinikkstrukturen påvirker faglig samarbeid innad i egen avdeling og klinikk, samt på tvers av klinikkgrenser?

- *Hvordan beskriver ledere faglig samarbeid innad i egen avdeling og klinikk?*
- *På hvilken måte påvirker klinikkstrukturen det faglige samarbeidet?*
- *Hvordan kan ledere bidra til en positiv faglig samarbeidskultur?*
- *Hvordan beskriver ledere det faglige samarbeidet på tvers av klinikkgrenser?*

Innledende spørsmål

Hvilken ledererfaring har du (både fra UNN og annen)

Kan du beskrive hva som er ditt ansvarsområde som avdelingsleder

Hvilke arbeidsoppgaver synes du selv tar mest tid og som er viktig å prioritere?

Faglig samarbeid

Hvordan vil du beskrive det faglige samarbeidet (formelle og uformelle)

- innad i egen avdeling? (Obs spredte lokasjoner)
- samarbeid på tvers av klinikkgrenser

Hva tenker du kan fremme/ hemme faglig samarbeid?

Det er klare krav om faglig samarbeid fra departement og styret. Hvordan jobbes det i forhold til disse kravene.

Hvordan jobber dere i ledergruppen strategisk med utvikling av faglig samarbeid? Beskriv hvilke mål dere har satt? Hva må til for å nå disse?

I Harstad opplevde vi under pandemien at det ble etablert et tettere samarbeid på tvers av alle organisasjonens grenser. Har du det samme inntrykket? Hva tror du årsaken til dette er?

Organisasjonskultur

Hvordan vil du beskrive samarbeidskulturen:

- i egen avdeling (Obs spredte lokasjoner)
- i egen klinikk (Obs spredte lokasjoner)

Kan du beskrive hvordan ledergruppen og du som avdelingsleder jobber for å utvikle en felles kultur preget av fellesskapsfølelse og felles identitet?

Hvordan kan ledere bidra til en positiv faglig samarbeidskultur

Organisasjon/ klinikkstruktur og ledelse

Hvordan vil du som avdelingsleder beskrive sykehuset som organisasjon?

Har klinikkstrukturen bidratt til å knytte fagmiljøene tettere sammen?

Hvordan påvirker klinikkstrukturen din ledelseshverdag? (Husk å få inn her at sykehuset er spredt over 3 lokasjoner. Opplever du at dette skaper utfordringer for deg som leder og spesielt i forhold til faglig samarbeid.

Hvilke lederegenskaper tenker du er viktig at du som avdelingsleder har?

Som ledere innehar vi ulike roller som skal ivareta sykehuset som organisasjon er.

Rolle knyttet til administrasjon, rolle knyttet mot det relasjonelle, rolle knyttet til å skape visjoner og fokus mot fremtiden og en rolle knyttet mot mål og resultater.

Hvor vil du plassere deg i forhold til de 4 ulike typene?

Teorien sier at kommunikasjonen er selve limet i organisasjonen. Da lurer jeg på om du kan beskrive kommunikasjonen horisontalt og vertikalt i avdelingen og klinikken. På hvilken måte foregår denne kommunikasjonen?

Avslutningsvis lurer vi på om det er noe du ønsker å nevne før vi avslutter

Husk: Grev etter at de er presis, gi eksempler, hvem dro det i gang, uformelt eller formelt, hvem samarbeid med hvem.

Beskriv, beskriv.....

Kan du si noe mer om det

Kommunikasjon mellom de ulike avdelingene/enhetene. Horisontalt.

Noe mer om detKan du utdype det.....

Vedlegg 3

Vurdering

29.03.2022

Referansenummer

899644

Prosjekttittel

Hvordan opplever ledere at klinikkstrukturen påvirker samarbeid innad i egen avdeling og klinikk, samt på tvers av klinikkgrenser?

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Handelshøgskolen / Marked, organisasjon og ledelse

Prosjektansvarlig

Pål Andreas Pedersen

Student

Brigitte Johanne Maurer

Prosjektperiode

25.01.2022 - 23.06.2022

[Meldeskjema](#)

Dato

29.03.2022

Type

Standard

Kommentar

OM VURDERINGEN Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg. TYPE

OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet. LOVLIG

GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med

kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: · lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen · formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål · dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet · lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet
DE

REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>. Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson ved Personverntjenester: Silje Fjelberg Opsvik Lykke til med prosjektet!

b222a247f

Vedlegg 4

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvordan opplever ledere at klinikkstrukturen har påvirket samarbeidet innad i egen avdeling og samarbeidet på tvers av klinikkgrenser?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få kunnskap om i hvilken grad og på hvilke områder dette samarbeidet er.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål med prosjektet

Prosjektet er en masteroppgave innen Helseledelse ved Nord Universitet. Vi ønsker å belyse og få kunnskap om hvilke muligheter lederne ser i forhold til samarbeid innad i en avdeling som er spredt på flere lokasjoner. I tillegg ønsker vi å få ledernes synspunkter og tanker om utfordringer knyttet til dette og hva som de tenker må til for å lykkes i denne type samarbeid. Vi ønsker også å få belyst hvilke muligheter og utfordringer de ser i samarbeid på tvers av klinikker.

Vi ønsker i den forbindelse å intervjuere ledere på ulike nivå ved ortopedisk avdeling i Nevro-Ortopedi- og Rehabiliteringsklinikken (NOR-klinikken) og ledere ved kirurgisk avdeling i Kirurgi, Kreft- Kvinneklinikken (K3K)

Hvem er ansvarlig for prosjektet?

Professor Sverre Ole Grepperud ved Nord Universitet er vår veileder og dermed prosjektansvarlig.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å intervjuere ledere på ulike nivå ved de to avdelingene. Dere som ledere har ulikt ansvars- og myndighetsområde, men vi tenker at dere kan fortelle oss hvilke opplevelser og erfaringer dere har når det gjelder samarbeid både innad i en avdeling og på tvers av klinikkgrenser.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i dette prosjektet vil du bli intervjuet om dine opplevelser og erfaringer som leder når det gjelder dette samarbeidet. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuene som vil

bli lagret på en sikker måte, og disse vil bli slettet så fort data er transkribert. I denne prosessen vil du bli anonymisert. Du vil, om du ønsker det, få tilsendt kopi av det transkriberte intervjuet og gis anledning til å komme med korrigeringer i ettertid.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke deg fra intervjuet, og helt frem til prosjektets slutt trekke deg fra undersøkelsen. Prosjektet er oppmeldt til Personvernombudet for forskning, NSD

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysninger om deg til formålene vi har beskrevet i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun vi som intervjuere som har tilgang til lydopptakene
- Du vil bli anonymisert og gis en kode som kun vi kjenner identiteten til
- Lydopptakene vil inntil de slettes lagres kryptert på datamaskin

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 23.06.2022. Lydopptak slettes fortløpende og transkripsjoner vil slettes innen utgangen av denne dato.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- å få rettet personopplysninger om deg
- få slettet personopplysninger om deg
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger, og
- å sende en klage til personvernombudet (NSD)

Hva gir oss rette til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS har vurdert behandlingen av personopplysninger og funnet at dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Spørsmål til studien?

Dersom du i ettertid har spørsmål i forbindelse med masteroppgaven kan du kontakte oss på

Student Brigitte Johanne Maurer

Brigitte.johanne.maurer@unn.no

Telefon +477701522

Student Hanna Skår

Epost

+4777015411

Professor Sverre Ole Grepperud ved Nord Universitet

s.o.grepperud@medisin.uio.no

Telefon+47 22845033

Med vennlig hilsen

Brigitte Johanne Maurer og Hanna Skår

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at opplysninger om meg publiseres med den muligheten at jeg kan gjenkjennes indirekte

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 23.06.2022

.....
.....

(Signert av prosjektdeltaker, dato)