

MASTEROPPGAVE

Emnekode:

BE311E

Navn på kandidater:

Monica Dybwad og Lisbeth Gaustad Johansen

«Har dåkker ikkje lært?»

En studie av sykepleieres erfaringer fra organisatoriske endringsprosesser, og hva vi kan lære av disse.

Dato: 20.juni 2016

Totalt antall sider: 72

FORORD

Denne masteroppgaven er avsluttende del av et Masterprogram i helseledelse ved Nord universitet, Bodø. Masterprogrammet er et erfaringsbasert MBA program laget på oppdrag fra Helse Nord RHF.

Å skrive denne oppgaven har vært lærerikt så vel som interessant. Prosessen med å skrive sammen har bidradd til at vi har blitt godt kjent med hverandre, vi har utvekslet erfaringer som gjør at vi har fått ett større perspektiv og lært mer enn hva vi tror vi ville gjort hver for oss.

Vi vil derfor takke hverandre for inspirasjon, mye latter og godt samarbeid gjennom hele oppgaveskrivingen.

Vi ønsker videre å takke førsteamanuensis, Kari Nyland, for konstruktiv veiledning og kritikk underveis i skrivingen.

Takk til våre informanter som har bidradd med tid og erfaringer. Alle har vært positive og inspirerende.

Takk til våre arbeidsgivere som har gitt oss muligheten til å delta på studiet, og til våre nærmeste kolleger som har bidradd med gode innspill til oppgaven.

Sist, men ikke minst, en stor takk til våre familier som har stått last og brast ved våre sider og heiet oss fram. "Turen har vært strabasios, men nå som vi endelig er ferdige, så viser det seg at utsikten er flott"!

20.06.16

Monica Johansen Dybwad

Lisbeth Gaustad Johansen

SAMMENDRAG

Fusjoner av sykehus er ikke et nytt fenomen, ei heller sammenslåinger innad i sykehus, det være seg klinikker eller avdelinger. Hensikten med denne studien er å belyse sykepleieres oppfatning av endringsprosesser som allerede har blitt gjennomført. Vi ønsker å lære av erfaringene til sykepleiere som har deltatt i prosessen for å se på hva man bør ta hensyn til ved framtidige endringsprosesser.

Studien er gjennomført i to klinikker ved Universitetssykehuset Nord-Norge og er en kvalitativ studie som er basert på sju intervju. Resultatene av intervjuene har dannet bakgrunnen for våre funn sammen med relevant teori og egne erfaringer.

Våre hovedfunn viser at før man går i gang med endringsprosesser er det viktig å starte med planleggingen i god tid. Sykepleierne bør involveres ved å bidra med sin kunnskap i planlegging av ny sammenslått avdeling. I tillegg vil informasjon og kommunikasjon være viktig gjennom hele prosessen. Ved å gjøre dette kan man få motiverte og aktivt deltagende sykepleiere som kan bidra til å dra prosessen framover.

Lederkapasiteten i avdelingen må opprettholdes eller styrkes. Ledere og dedikerte endringsagenter kan bidra til å sikre fremgang i prosessen. På denne måten kan en danne grunnlag for å jobbe mot en ny felles kultur.

Institusjonalisering av endringen og organisasjonskulturen tar tid. Graden av institusjonalisering kan se ut til å være avhengig av flere faktorer. Endringen må få lov til å "sette seg" i organisasjonen og bli prøvd ut før man iverksetter nye endringer. Det kan være nødvendig å skifte ut sykepleiere og sengepostene bør flytte til ny lokasjon sammen, i stedet for at den ene skal "flytte inn" til den andre. Dette kan bidra til at endringen blir institusjonalisert.

Relevant teori viser til 8 punkter for suksessfull endring. Punktene kan være nyttige å bruke men bør ikke følges slavisk. Endringsprosesser krever tilbakeblikk og justeringer hele veien, og bør sees på som en iterativ prosess.

ABSTRACT

Hospital mergers is not a new phenomenon, nor mergers within hospitals - departments or hospital wards. The purpose of this study is to highlight the nurses' perspective of changes that have already occurred. We want to learn from the experiences of nurses who have participated in the consolidating process to understand what to consider when changes are proposed in the future.

This qualitative study, comprising seven interviews, was conducted at two clinics at the University Hospital of North Norway. The findings from the interviews provide the framework for discussion together with relevant theory and personal experiences.

Our main findings show that it is vital to have an extensive planning process before implementing the changes. Nurses should be included and asked to contribute with their knowledge and experience when planning a new merged department. In addition, information and communication will be vital throughout the process. This may result in nurses being more motivated and invested in the consolidating process, which in turn facilitates the success of the merger.

The department's managerial capacity should be maintained or strengthened. Managers and a dedicated guiding coalition may contribute to and secure the progress of the proposal. This will generate a foundation for a new merged culture.

It takes time to anchor the changes and corporate culture, and it depends on several factors. New procedures must be given time to work and function before additional changes are added. Some employees might need to be replaced and the departments should move to a new location together rather than moving into an established environment. This might be the key to success and can contribute to anchor the change.

Relevant theory highlight eight steps for a successful change. These steps can be useful but should be adapted to the process of change and not followed stringently. Reorganization should be seen as an iterative process that demands flexibility, continued adjustments and revisions.

Innholdsfortegnelse

FORORD	i
SAMMENDRAG	ii
ABSTRACT	iii
Innholdsfortegnelse	iv
1.0 INNLEDNING	1
1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Aktualisering.....	3
1.3 Forskningsspørsmål.....	3
1.4 Begrepsavklaringer.....	4
1.4.1 Organisatoriske endringsprosesser:.....	4
1.4.2 Erfaringer:.....	5
1.4.3 Kliniske avdelinger:.....	5
1.5 Avgrensninger.....	5
1.6 Presiseringer.....	5
1.7 Oppgavens struktur.....	5
2.0 TEORI	6
2.1 Virksomhetsstyring.....	6
2.2 Profesjonelle byråkrati-ekspertorganisasjon.....	7
2.3 Ledelse generelt, og ledelse av ekspertorganisasjoner/sykehus.....	8
2.4 Endringsprosesser.....	10
2.4.1 Kotters 8 trinn for suksessfull endring.....	13
2.4.2 Jacobsen og Thorsviks 8 trinn for suksessfull endring.....	21
2.4.3 Oppsummering.....	21
3.0 METODE	22
3.1 Innledning.....	22
3.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	22
3.3 Forskningsdesign.....	23
3.4 Valg av informanter.....	23
3.5 Datainnsamling.....	24
3.6 Validitet, generalisering og reliabilitet.....	26
3.7 Metodekritisk refleksjon.....	26
4.0 EMPIRI	28
4.1 Innledning.....	28
4.2 Bakgrunn, endringskoalisjon og visjon.....	29
4.3 Kommunikasjon av visjon, kommunikasjon generelt og informasjon.....	33
4.4 Skape handlekraft, fjerne hindringer og generere kortsiktige gevinster.....	35
4.5 Suksesshistorier og kulturimplementering.....	41
5.0 ANALYSE	44
5.1 Innledning.....	44
5.2 Involvering og tid til planlegging.....	44
5.3 Informasjon og tid til institusjonalisering.....	47
5.4 Lederkapasitet og endringsagenter.....	51
5.5 Kulturbærere.....	54
5.6 Endringsprosessen som en iterativ prosess - bidrag til teorien.....	58
6.0 AVSLUTNING	59
Litteraturliste	62
Vedlegg 1.....	65

1.0 INNLEDNING

“Klokken var kvart på tre. Vi var kommet til pasient nummer 6 i fellesrapporten og enda var det 10 pasienter igjen å få rapport om! Det eneste jeg klarte å tenke på var hva jeg skulle ha til middag. Hvordan i all verden hadde jeg havnet her? Tre måneder tidligere hadde vi blitt innkalt til personalmøte. Det skulle spares 15 millioner kroner, og vår sengepost måtte slås sammen med en annen sengepost. Planene var at vi skulle redusere antall senger og dreie mer av aktiviteten fra døgnopphold til dagbehandling. Kompetansen skulle nyttiggjøres på tvers av fagområdene, spisskompetansen skulle ivaretas, men alle skulle kunne det generelle. I tiden som fulgte gikk det rykter om hvor mange som kom til å miste jobben. Det var klart at vi ikke trengte alle ansatte når vi nå skulle halvere sengetallet. Vi opplevde en voldsom utrygghetsfølelse og det var veldig demotiverende å være sykepleier. Jeg følte meg som en brikke som bare kunne flyttes på for å få det hele til å gå opp. Det ble satt ned noen arbeidsgrupper for å se på hvordan sammenslåingen skulle gjøres, men likevel opplevde vi ikke særlig grad av medbestemmelse. Alt gikk så fort! Plutselig var dagen der da vi skulle flytte. Vi følte oss som inntrengere i den nye avdelingen og stadig som om vi kun var på besøk. Alt var rotete, vi ble tildelt pasienter som vi ikke hadde kompetanse til å ivareta. En del kolleger fra min avdeling ble sagt opp, de ble overflødige. Noen valgte å si opp selv, de fikk tilbud om jobb andre steder. Det var kaos. Så her satt jeg da, midt i rapporten - og lurte på hva jeg skulle ha til middag. Jeg orket ikke mer! Jeg ville også slutte!

*Når jeg nå etter noen år ser tilbake minnes jeg en spesiell dag da en av topplederne var innom på pauserommet for å ta en kaffe. Vedkommende fortalte at man skulle gjennom en større sammenslåing i en annen klinikk. Tanken slo meg: Hvordan kunne de finne på noe slikt når vi hadde så dårlig erfaring her? Min umiddelbare reaksjon var **“Har dåkker ikkje lært?!”**”*

Historien over er konstruert og basert på intervjuer som vi har gjort med sykepleiere fra to ulike klinikker i Universitetssykehuset i Nord-Norge, heretter kalt UNN. Sykepleierne har vært en del av organisatoriske endringer hvor det i begge klinikker er slått sammen to sengeposter. Vi har ønsket å skape en nærhet til problemstillingen ved å gi leseren et innblikk i de erfaringene som noen av sykepleierne har hatt i endringsprosessene.

1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema

“Change is the only constant” mente en gresk filosof, Heraclitus av Ephesos, allerede ca 500 år før Kristus. (http://www.ancient.eu/Heraclitus_of_Ephesos/) En Romersk embetsmann hos keiser Nero ved navn Petronius som døde år 66 etter Kristus skal angivelig ha sagt:

“Vi arbeidet hardt, men hver gang det begynte å fungere ble nye planer om omorganisering iverksatt. Jeg lærte meg senere i livet at vi er tilbøyelige til å møte hver ny situasjon gjennom omorganisering. Jeg lærte også hvilken vidunderlig metode dette er til å skape en illusjon om fremgang - mens det i virkeligheten forårsaker kaos, ineffektivitet og demoralisering.” (oversatt fra et sitat som henger på UiT, Campus Harstad.) (<http://www.goodreads.com/quotes/92278-we-trained-hard-but-it-seemed-that-every-time-we-were>)

Disse sitatene kan vi relatere til den dag i dag. Samfunnet er i konstant endring, og av og til får man ikke prøvd ut en endring før en ny står for tur. Vi ser endringer innen offentlig og privat sektor, men også i egen organisasjon og i andre nærliggende organisasjoner har vi sett avdelinger bli slått sammen og samlokalisert.

Utfordringene generelt i helsevesenet oppleves for mange som stadig økende. Det stilles store forventninger til både ledere og ansatte. Resultater og kostnader skal gi effektiv drift med god pasientbehandling. Det sies at vi må være endringsvillige, ikke endringsmotvillige.

Våre antakelser er at endringsprosessene ofte bærer preg av for dårlig planlegging, ansatte som ikke er tilstrekkelig involvert og prosesser som preges av tilfeldigheter. Sammenslåinger skaper ofte sterke følelser hos de som er en del av dette. Våre erfaringer er at ansatte til tider har en sterk motstand mot forandringene, og vedtakene om sammenslåing skaper ofte mye støy og uro. Gjennomføringsprosessene tar ofte lengre tid enn man først hadde antatt, ansatte opplever en “ad-hoc” -prosess, hvor det er kort tid mellom beslutning og iverksetting av endringsprosessen.

Vi som skriver denne oppgaven er begge spesialsykepleiere og har for tiden vårt daglige virke som mellomledere i henholdsvis UNN og Universitetet i Tromsø, Norges Arktiske Universitet (UiT). Vi har begge egne og nære erfaringer fra hva det vil si å være i en endringsprosess og vil derfor trekke inn egne erfaringer i oppgaven.

Vi har valgt ut to klinikker i UNN. Avdelingene vi skriver om i oppgaven er sengeposter som er slått sammen i felles lokaler, med felles drift og personalgruppe, og der personalet også jobber på tvers av fagfeltene.

1.2 Aktualisering

New Public Management (NPM) ble introdusert som styringsprinsipp på 1990-tallet.

Bakgrunnen var offentlig styringssvikt som gjorde at offentlig sektor overførte modeller fra privat næringsliv for blant annet å øke effektivisering. Det førte til at alle statlige bedrifter ble pålagt å innføre mål og resultatstyring (Busch et.al, 2003).

Da Helseforetaksreformen ble innført i 2002 var dette under sterk influering av NPM. Dette medførte blant annet at helseforetakene ble gitt politiske føringer via oppdragsdokument som sykehusene ble satt til å følge. På denne måten ble makt og innflytelse delegert ned til den enkelte virksomhet, noe som stilte store krav til omstilling, ny læring og ansvarliggjøring (Busch et al. 2003).

Styret i UNN iverksatte våren 2007 et prosjekt, LUO - langsiktig utviklings- og omstillingsprosjekt. Dette ble gjort på bakgrunn av at driftssituasjonen viste et misforhold mellom oppgaver og tilgjengelige ressurser. Det var behov for å se på oppgaver, tydeliggjøre arbeidsprosesser og skape klarere ledelseslinjer (Neset et al. 2012).

1.3 Forskningsspørsmål

Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleieres oppfatning av endringsprosesser som allerede har blitt gjennomført. Vi ønsker å lære av erfaringene fra sykepleiere som har deltatt i prosessen for å se på hva man bør ta hensyn til ved framtidige endringsprosesser. Studien vil underbygges av ulike teorier, empiri, samt egne erfaringer, og på denne måten håper vi oppgaven vil kunne bidra til ny kunnskap og samtidig øke forståelsen til leseren. Med utgangspunkt i temaet har vi utledet følgende problemstilling:

«Organisatoriske endringsprosesser; hvilke erfaringer har sykepleiere i kliniske avdelinger, og hva kan vi lære av disse?»

For å belyse problemstillingen har vi valgt å intervjuet et utvalg sykepleiere, både ledere og ”vanlige” sykepleiere.

Vi har valgt to forskjellige klinikker der begge har slått sammen to sengeposter i felles lokaler med felles drift og personalgruppe. Sengepostene er nær i fagfelt. I oppgaven kaller vi disse for avdeling A og avdeling B.

Avdeling A: To sengeposter, A1 og A2, blir slått sammen på grunn av økonomiske innsparinger og fordi man skal utnytte den sykepleierfaglige kompetansen på tvers av fagområder. Man planlegger færre senger da driften skal styres mer fra døgnopphold til dagbehandling.

Avdeling B: To sengeposter, B1 og B2, slås sammen. Bakgrunnen her er også reduksjon i sengetall og store innsparingskrav til klinikken. Klinikken gjør en faglig vurdering for å se hvilke avdelinger som egner seg best sammen.

1.4 Begrepsavklaringer

1.4.1 Organisatoriske endringsprosesser: Organisasjon og endringsprosess/organisasjonsendring defineres først hver for seg, deretter kobles disse sammen.

Organisasjon:

“Organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål” (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s 18).

Endringsprosesser/organisasjonsendring:

Ifølge Kvalshaugen og Wennes kan organisasjonsendringer forstås som *“en målrettet og strukturert prosess for å bevege organisasjonen fra nåværende tilstand til en fremtidig ønsket tilstand”* (Kvalshaugen og Wennes, 2012, s 36).

Organisatorisk endringsprosess:

Vi legger til grunn en operasjonalisering av denne prosessen og velger å bruke John Kotter (1996) til dette. Derfor vil vår definisjon av en organisatorisk endringsprosess bli: fra vedtaket om sammenslåingen er fattet, og budskapet om dette selges inn til de ansatte, til endringen blir en institusjonalisering av kulturen i den nye avdelingen.

1.4.2 Erfaringer:

Store Norske Leksikon definerer erfaring som “*fellesbetegnelse på den informasjon individet erverver gjennom sansning og handling.*” (<https://snl.no/erfaring>) I vår sammenheng, fritt tolket som den kunnskapen man besitter etter at man har vært gjenstand for ytre påvirkninger over en viss tid.

1.4.3 Kliniske avdelinger:

I følge Store Norske leksikon så er klinisk noe “*som foregår ved sykesengen, som har å gjøre med pasientbehandling og praktisk medisin.*” (<https://sml.snl.no/klinisk>)

En klinisk avdelinger i vår sammenheng er en sengepost på et sykehus der man behandler pasienter.

1.5 Avgrensninger

På grunn av oppgavens omfang har vi valgt å ikke gjøre spesifikke målinger på om endringsprosessene har ført til forbedringer eller økt effektivitet. Vi vil heller ikke i stor grad komme inn på hvilke innvirkninger de organisatoriske endringene har på pasienten.

1.6 Presiseringer

Denne oppgaven baserer seg på sykepleieres erfaringer. Det innebærer at det spesielt under drøftingene i analysekapittelet vil bli fremstilt en del tanker og følelser som kom tydelig frem under intervjuene. Følelser vil alltid være en del av det å være sykepleier og vi mener at det er riktig å anerkjenne disse. Vi vil derfor presisere at det følgelig vil være en del følelser beskrevet i empiri- og analysekapittelet slik de fremkom fra informantene. Underveis i oppgaven vil vi bruke begrepet sengepost og avdeling om hverandre.

1.7 Oppgavens struktur

I kapittel 1 har vi valgt å presentere en historie basert på intervju av informantene samt gi en kort begrunnelse for valg av tema. Videre har vi presentert forskningsspørsmålet vårt og gjort noen begrepsavklaringer. Kapittel 2 redegjør for relevant teori i henhold til tema og problemstilling som danner bakgrunnen for diskusjon opp mot empiri i analysekapittelet. I

kapittel 3 beskrives forskningsdesign og vi kommer kort inn på vitenskapsteori og metodekritikk. Kapittel 4 tar for seg empiri hvor vi presenterer relevante deler av intervjuene. Vi oppsummerer kapittelet med å presentere våre fem hovedfunn. I kapittel 5 analyserer vi hovedfunnene og diskuterer disse opp mot teorien. Kapittel 6 oppsummerer våre funn, og på bakgrunn av sykepleiernes erfaringer tillater vi oss å komme med råd i forhold til hva man bør ta hensyn til ved framtidige sammenslåinger.

2.0 TEORI

Flere har forsket på organisatoriske sammenslåinger. Mange har sett på fusjoner innenfor industri og privat sektor, som eksempel Oscar Amundsen (2003) og Stensaker og Szumilas (2009). Fusjoner i et makro-perspektiv dominerer i både litteratur og forskning. Noen har også sett på fusjoner innen helsesektoren, og ofte er det sammenslåinger av sykehus som blir forsket på (blant andre Elsa Solstad, 2007 og Soki Choi, 2011). Vi har ikke funnet mye forskning som tar for seg sammenslåinger innad i sykehus, på avdelings- eller enhetsnivå. Denne oppgaven er et bidrag til å belyse endringsprosesser på det laveste nivået i sykehus. For å forstå hensikten bak sammenslåingene velger vi å se på virksomhetsstyring generelt og styring i helsesektoren spesielt. Videre mener vi at ledelse har en viktig rolle i forhold til virksomhetsstyring, og vi vil se dette opp mot virksomhetsstyring innenfor helsesektoren. I tillegg har en studie gjort av Soki Choi (2011) vist at ledelse har mye å si for resultatene av fusjonsprosesser, derfor ønsker vi først å si noe generelt om ledelse av ekspertorganisasjoner, deretter kort presentere noen av hennes funn før vi til slutt i teorien konsentrerer oss om endringsprosesser. Vi har valgt å bruke Kotter (1996) som rammeverk for oppgaven. Kotter presenterer åtte trinn for suksessfull endring noe vi mener passer inn i prosessene vi skal belyse.

2.1 Virksomhetsstyring

Virksomhetsstyring kan defineres som *“Summen av de strukturer, prosesser og verktøy som brukes for å styre aktivitet, ressurser og risikoeksponering i en virksomhet”* (Hagness, Vatne, Nordheim, Magma.no 4/2014).

Vi ser på virksomhetsstyring fra et overordnet nivå hvor organisasjoner, hos oss- sykehus, utformer strategier for hvordan de skal nå planlagte mål. Går man noen år tilbake var

strategiimplementering mest forbeholdt det private markedet. Dette har endret seg og har i dag blitt vanlig også i offentlig sektor (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Vi mener det er sterkt samsvar mellom strategiimplementering og organisatoriske endringsprosesser. Slik vi ser det handler de sammen men også hver for seg om å sette i verk en ønsket endring/retning for organisasjonen. Graden av suksess vil være avhengig av de ansattes involvering og engasjement i prosessen. Prosessen går over tid og er ikke fastlåst; en må hele tiden ta hensyn til endringer og påvirkninger underveis. Informasjon og kommunikasjon er nøkkelfaktorer for suksess, og ledelse og struktur har sterk innvirkning på hvorvidt en lykkes i prosessen (Crittenden og Crittenden, 2008).

Politiske føringer setter rammer for hva helsevesenet skal satse på i årene fremover. Disse føringene går fra toppen og ned til det operative nivå hvor en må iverksette tiltak for å følge strategi og nå gitte mål for organisasjonen. Det mange i helsevesenet opplever er krav om økt effektivitet med mindre ressurser, og da gjerne tilgang til mindre ressurser nærmest pasienten, altså på laveste nivå. I tillegg ser man at det stilles høyere krav til kvalitet og kvalitetssikring.

Sykehus er ofte store og komplekse organisasjoner. Det arbeider flere profesjoner med sin spesialistkompetanse side om side, og det stilles høye krav til samhandling mellom disse. Det er flere ulike organisasjonsmodeller innenfor sykehusverdenen. I UNN har man valgt en matriseorganisering med klinikk og senterstruktur med direktør og viseadministrerende direktør på toppen. Innad i klinikkene og sentrene er det ledere på flere nivå (Pettersen et.al, 2008).

2.2 Profesjonelle byråkrati-ekspertorganisasjon

Sykehus som profesjonelle byråkrati kjennetegnes som autoritetshierarkier hvor spesialkompetansen er å finne i det man kan kalle produksjonslinjen, altså nært pasienten. Som blant annet Mintzberg beskriver kan man se på det som en omvendt pyramide (Mintzberg, 1998). Det vil si at beslutninger går fra de som står nærmest pasienten (den profesjonelle helsearbeider) og oppover, ikke motsatt, ovenfra og ned. I denne beskrivelsen ville man tenke at sykehus styres nedenfra og ledes ovenfra (Pettersen et.al 2008).

Ifølge Strand (2007) betegnes et sykehus som en ekspertorganisasjon. Ekspertorganisasjonen er i stor grad basert på ansatte med yrkesmessig status og erfaring. Dette er ansatte som er selvstendige yrkesutøvere som respekterer og anerkjenner organisasjonen de er ansatt i. De er gjerne høyt ansatte, selvstendige og profesjonaliserte yrkesgrupper, som eksempel kan nevnes

leger og psykologer som gir monopoliserte tjenester. Andre yrkesgrupper innenfor ekspertorganisasjoner kan være sykepleiere. De anses ikke til å ha full profesjonsstatus da de har kortere utdanning, og har ikke helt monopoliserte arbeidsområder.

Den profesjonelle yrkesutøveren er selvgående og har lite behov for instruksjoner, oppgaver og mål fra andre, deriblant ledelsen. Veiledning eller faglig utveksling foregår i kollegiet. Responsen på arbeidet gis gjennom tilbakemeldinger fra pasienter og i det faglige miljøet (Strand, 2007).

Sett i vår sammenheng kan vi si at styring i et sykehus vil være preget av at vi har med pasienter å gjøre. Det betyr at fagpersonen/eksperten som befinner seg nærmest pasienten isolert sett ser på det pasientnære, mens toppledelsen må ta hensyn til politiske føringer og budsjetttrammer. Vi mener at det kan være vanskelig å se forskjell på styring og ledelse innenfor helsesektoren.

Både styring og ledelse er virkemidler som påvirker organisatoriske resultater og ansattes atferd. Ifølge Røvik (2014) er forskjellen på styring og ledelse definert som:

“Styring er en sentralisert, direktivlignende påvirkning utøvd indirekte, bl.a. gjennom formelle strukturer og formaliserte prosedyrer og rutiner. Ledelse handler om desentralisert, direkte og gjerne dialogbasert påvirkning primært utøvd i relasjonen mellom den enkelte leder og ansatte” (Røvik, 2014, s 146.)

De siste tiår har endring fra ledelse mot styring blitt sterkere. Om vi ser på sykehus (men også andre store organisasjoner) har utviklingen gått mot oppbygging av tunge HR avdelinger (human resource) som har gått fra å være et råd og støtteorgan for ledelsen til i dag å være i stab nært opp til toppledelsen. HR-innsatsen (i dag) anses som å være organisasjonens virkemiddel for å nå organisasjonens målsetninger (Røvik, 2014). Mange vil nok mene at handlingsrommet er tatt fra ledere nærmest de ansatte og pasienten. I store organisasjoner tas ofte avgjørelser på et høyere nivå i samarbeid med HR. Beslutningene er allerede tatt når de signaliseres nedover til leder med personal og driftsansvar.

2.3 Ledelse generelt, og ledelse av ekspertorganisasjoner/sykehus

Hensikten med ledelse i en organisasjon er som oftest å få andre til å arbeide for å realisere organisasjonens mål, få de ansatte til å trives og motivere dem til å yte mer (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Vi snakker om direkte og indirekte ledelse hvor en leder kan påvirke medarbeidernes organisasjonsatferd. Direkte ledelse kan være møter med medarbeidere, deltakelse på ulike arrangement og meldinger via e-mail. Det omfatter alle former for kommunikasjon og samhandling mellom leder og underordnede. Her fokuserer vi på hvordan direkte ledelse kan påvirke medarbeidernes holdning, tenkning og atferd (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Indirekte ledelse kan vi dele i to hovedformer, verdibasert ledelse og strategisk ledelse. Felles for disse er at lederen påvirker medarbeiderne uten å samhandle direkte med dem. For det første kan en leder påvirke medarbeiderne indirekte ved å påvirke gjennom utvikling av kultur. Her kan en leders væremåte og handlemåte eksemplifisere hva som er ønskelig og passende atferd. Lederen kan enten forsøke å styrke normer og verdier blant medarbeiderne eller forsøke å forandre dem. Dette skjer oftest gjennom muntlig kommunikasjon eller gjennom produksjon av tekst. Dette kan også kalles verdibasert ledelse. For det andre kan lederen påvirke medarbeiderne ved å bruke mål, strategi og organisasjonsstruktur i tillegg til opplæring og sosialisering samt formelle program for rekruttering. Dette kan kalles strategisk ledelse (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Eksperten kan ifølge Strand (2007) være motvillig mot administrative detaljer, mens leder er nødt til å følge gitte retningslinjer. Leder må stimulere til god kommunikasjon for å skape et felles fora for samarbeid på tvers i organisasjon. Det handler om at leder legger til rette for at eksperten får gjøre det den er god på, altså utøve faget.

Som leder av ekspertorganisasjonen kan du oppleve at du har mindre innflytelse på fagfolk i den operative virksomheten. Leder vil bli målt ut fra resultater og status i fagmiljøet (Strand, 2007).

Denne type ekspertorganisasjon er fullstendig avhengig av den faglige kompetanse som den enkelte yrkesutøver innehar. Det er en organisasjon i kontinuerlig endring og utvikling hvor kvalitet, resultat og omdømme er viktig.

Mange eksperter i sykehus anser seg selv på toppen av pyramiden mens de ser på ledelse og administrasjon "nederst" for å tjene eksperten slik at han kan utøve faget best mulig, altså som tidligere nevnt, omvendt pyramide (Mintzberg, 1998).

Som leder for fagansatte, sykepleiere og leger, vil du ofte måtte vise at du duger i deres øyne. Hvis du som leder ikke innehar en av fagprofesjonene kan det være vanskelig å få gehør fra de fagansatte når det kommer til avgjørelser som betinger faglig kompetanse. Som leder uten

fagkompetanse vil du på mange måter ansees som «lavere» i hierarkiet enn de fagansatte, men som leder er du «høyere» opp i hierarkiet. Dette er i seg selv en utfordring.

Teorien formidler at organisatoriske endringsprosesser er utfordrende, dette er noe vi selv erfarer i praksis. Det vil derfor, som Soki Choi (2011) hevder i sin avhandling, være viktig at prosessen er godt planlagt med blant annet god ledelse. Det er med andre ord mange grunnleggende momenter som må være på plass for å lykkes.

Choi (2011) har i sin studie sett på sammenslåingen av Huddinge universitetssykehus og Karolinska universitetssykehus. I denne studien så hun blant annet på sammenslåingen av to kirurgiske og to medisinske klinikker.

Hennes undersøkelse viste at ledelse og lederatferden hadde mye å si for resultatet av prosessen. I klinikk X drev leder en ovenfra og ned-ledelse som tjente toppledelsens visjon uten å inkludere de ansatte. De ansatte følte seg overkjørte og sluttet. Denne prosessen mislyktes.

I klinikk Y ble det opprettet en tandemledelse (kompaniskap mellom klinikkssjefer i de to klinikkene som ble fusjonert) med ledere som jobbet sammen oppover og nedover i organisasjonen for å bygge bro mellom de to klinikkene. De la opp til en involverende og demokratisk prosess og gikk foran og viste vei. De fremsto som en enhetlig ledelse med felles mål. De inkluderte de ansatte, hadde en åpen dialog og implementerte ansattes forslag til forbedringer.

De ansatte følte at de var både sett, hørt og ikke minst verdifulle. Det var liten turnover og samholdet mellom de ansatte ble veldig sterkt. I klinikk Y ble det en suksessfull prosess (Choi, 2011, study III).

2.4 Endringsprosesser

Endringsprosesser er noe av det viktigste og vanskeligste for en leder (Martinsen, 2013). Å forstå bakgrunnen for endringer, og få være delaktig i beslutninger kan bidra til et langt større engasjement samtidig som at forutsetningen for å lykkes sannsynligvis blir større. Det finnes ulike teorier for å planlegge endringsprosesser i en organisasjon. Vi har valgt Kotter (1996) som rammeverk for endringsprosesser i vår oppgave. Vi vil senere under dette kapittelet presentere hans åtte trinn for suksessfull endring.

Ifølge Jacobsen og Thorsvik, (2013) kjennetegnes dagens moderne organisasjoner av endringer og ikke forutsigbarhet. Dette ser vi i egen organisasjon hvor endringsprosesser oppleves som viktig men også vanskelig. Markedet stiller krav om effektivisering og forbedring av de produkter og tjenester som allerede tilbys. Det forventes også at organisasjoner utvikler nye produkter og tjenester som skal konkurrere i markedet.

Det kan være utfordrende for en organisasjon å balansere daglig drift opp mot behovet for nye endringer. Dette er behov som må ivaretas for å tilpasse nye krav i for eksempel et sykehus. Uavhengig av ny utvikling må kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Som eksempel har man gått mer over fra åpen kirurgi til kikkhullskirurgi ved enkelte inngrep ved noen sykehus. Vi ser robot-teknologi som gir et kortere og mer skånsomt forløp med mindre komplikasjoner og raskere rehabilitering for pasienten. Vi har kommet langt i forhold til at flere pasienter behandles og utredes med poliklinisk dagbehandling. Dette er utvikling som har innvirkning på den daglige driften i et sykehus og som naturlig nok gir endringer i forhold til drift og struktur.

En organisatorisk endringsprosess vil ha stor innvirkning på alle nivå i organisasjonen. Ulike roller og funksjoner innad i virksomheten vil merke endringen likt men også ulikt. Med dette mener vi at det er forskjell mellom opplevelsen på de ulike nivå i sykehuset. En direktør vil oppleve endringsprosessen forskjellig fra klinikkjef, avdelingsleder og leder nærmest pasienten. Den største forskjellen i opplevelse vil nok være mellom direktørnivå og den ansatte nærmest pasienten, for eksempel sykepleieren.

Det kan også være utfordrende der hvor avstanden mellom toppledelsen og ansatte nærmest pasienten er stor. Ofte er behovet for endringer besluttet og styrt fra toppen noe Martinsen (2013) også viser til. De som jobber nærmest pasienten har ikke blitt hørt, de har heller ikke vært delaktig i beslutninger. Det viser seg også at mange ikke vet verken hensikten eller årsaken til at beslutninger er tatt. De har likevel en opplevd motstand mot endringen. Motstand mot endring kan skyldes uvitenhet og mangelen på å være fleksibel (Martinsen, 2013).

I artikkelen "*Når endringer tar overhånd*" (Stensaker et al. 2002), sier forfatterne at beskrivelsene av hyppige endringsprosesser blir opplevd veldig forskjellig ut fra hvilket ståsted du har. Toppledelsen beskrev at de så klare sammenhenger og logiske koblinger mellom ulike endringsprosesser, mens ansatte og mellomledere ikke klarte dette. De mente at

de organisatoriske endringene var overdrevne. Forfatterne fant flere grunner til dette, men mest relevant for vår oppgave var at det som regel er på lavere nivå i en organisasjon at endringene faktisk skjer, og at de ansatte på dette nivået må håndtere forandringene i arbeidsoppgaver og daglige rutiner. Topplederne hadde ofte et mer helhetlig bilde og mer informasjon i forhold til endringsprosjektene noe som gjorde at de nettopp så koblinger mellom de ulike endringsprosjektene.

Forfatterne fant også at det var en forskjell mellom topplederne og de andre ansatte der man som toppleder hadde arbeidet med endringene i lang tid før de ble aktuelle å formidle nedover i organisasjonen, noe som gjorde at topplederne hadde lengre tid til å forstå og absorbere endringene. Dette gjorde også at topplederne følte seg ferdige med endringsprosjektene i det de delegerte dette ned i organisasjonen for at de ansatte da skulle begynne å jobbe med endringene.

Ifølge Martinsen, (2013) er motstand mot endringer et vanlig fenomen hos både enkeltmennesket og organisasjoner.

Jacobsen og Thorsvik, (2013) viser også til flere grunner til motstand mot endringer: Vi vil nevne noen av disse som vi mener har størst betydning i forhold til vår oppgave. Frykt for det ukjente der for eksempel de ansatte frykter for hva som skal skje med jobbene deres, og om de vil bli overtallige. Tap av identitet - identiteten som de har som for eksempel akuttsykepleier vil "bli mindre verdt" i den nye avdelingen. Symbolsk orden endres - de vante plasseringene av vaktrom eller kontor endres. Endring av maktforhold - de ansatte får mindre innflytelse i den nye avdelingen. De har vært vant til å være den alle hører på og ser opp til. Sosiale bånd som brytes - tap av gode kolleger som de har jobbet med lenge. Det kan være at kolleger sier opp selv, eller at de blir overtallige. Personlig tap - økonomiske konsekvenser ved å i ytterste konsekvens miste jobben.

Stensaker et. al, (2002) har definert begrepet overdreven endring. De mener at begrepet består av både for mange endringer samtidig og for mange endringer over tid. Å starte flere prosesser samtidig eller for tett kan gi for store og kompliserte utfordringer noe som kan gjøre endringsprosessene u håndterlige. Altså at nye endringer starter/iverksettes før den forrige endringen er ferdig implementert. Forfatterne beskriver at det er både aktive og passive håndteringsmåter som ansatte kan reagere med. Den ene av de passive håndteringsmåtene er å distansere seg fra endringene ved å gjøre minst mulig. BOHICA (Bend Over Here It Comes Again), (Stensaker et al. 2002, s 19), eller en endringstretthet som vi vil kalle det.

En annen håndteringsmåte er av aktiv karakter, Exit, som medførte at ansatte sa opp og valgte å finne seg jobb andre steder. De som sa opp var ofte ansatte i gode posisjoner som hadde lett for å finne seg jobb andre steder. Begge disse håndteringsmåtene ser vi er relevante for vår oppgave både på bakgrunn av egne erfaringer og erfaringer gjort av noen av våre informanter.

Vi kan ikke komme bort fra at organisasjoner må være i stadig endring. Endringer kan være styrt eller planlagt. Hennestad et.al, (2012) beskriver endringsprosessen fra eksisterende tilstand (A) til fremtidig tilstand (B). Tiden mellom A og B er endringstilstanden C, altså tiden man jobber med endringen. Dette er den mest kritiske perioden i prosessen og samtidig veldig avgjørende for hvordan resultatet blir. Hennestad et.al, (2012) viser videre til Nadlers 4 betraktninger rundt effektiv organisasjonsendring. Skal endringen være effektiv er det tre forhold som må være til stede.

En må ønske at organisasjonen skal være annerledes enn det den er i dag. Om ikke har vi ingen endringsoppgave. Vi må gjøre noe selv for å få det til. Om ikke overlater vi utviklingen til tilfeldighetene. Sist, men ikke minst, må vi praktisere endringsledelse. Altså fokusere på den perioden der vi skal realisere ønsket fremtid.

2.4.1 Kotters 8 trinn for suksessfull endring

John Kotter har i sin bok *“Leading Change”* fra 1996 beskrevet 8 trinn som en organisasjon bør gjennomføre, i riktig rekkefølge, for at den skal få til en suksessfull endring. Denne “oppskriften” til Kotter mener vi er relevant å bruke i vår oppgave for å se på hva som har vært gjort, og ikke vært gjort, i sammenslåingene som vi har sett på.



Figur 1. Kotters 8 trinn til en suksessfull endring.

Trinn 1. Skape en forståelse av nødvendighet

Ifølge Kotter er det viktig å skape en form for “krise-stemming” eller en følelse av nødvendighet for endringer i organisasjonen. De ansatte i organisasjonen må få en forståelse av at en endring er det eneste riktige for at organisasjonen skal utvikle seg, fortsatt være konkurransedyktig og/eller å møte de utfordringene som dukker opp. Ansatte som ikke ser nødvendigheten av endringer vil heller ikke bidra positivt i endringsprosessen. Fra ledelsen sin side er det av avgjørende betydning at denne nødvendigheten både kommuniseres og etterleves av minimum 75 % av lederne for å få en god start på endringsprosessen. Kotter mener at dette første trinnet er det viktigste i hele modellen. Hvis man ikke klarer å skape en stor nok forståelse av nødvendigheten for den foranliggende endringen, så vil resten av prosessen bli uhyre utfordrende (Kotter, 1996). I en profesjonell organisasjon som sykehus vil de ansatte være kritisk til hvordan budskapet om årsaken til endringen kommuniseres.

Dette fordi mange i utgangspunktet er kritiske til endringer, nettopp fordi fagautonomien står sterkt i denne type organisasjon. Økonomiske incentiver vil ofte ikke falle i “god jord”.

Trinn 2. Lage en endringskoalisjon

Det er viktig at de ansatte blir overbevist om at endringen er nødvendig. Her kommer ifølge Kotter nødvendigheten av å etablere en koalisjon av gode endringsledere i hele organisasjonen som kan fronte endringen inn. Gode endringsledere kan være sentrale personer i organisasjonen, både ledere og sterke ansatte med kunnskap og autoritet som kan gå foran som gode eksempler og “framsnakke” den forestående endringen. Denne koalisjonen må ha troverdighet i organisasjonen og ha et tydelig delegert ansvar og eieforhold til endringsprosessen (Kotter, 1996). I vår sammenheng kan man kanskje se etter gode sykepleieledere som kan lede an i prosessen og også faglig dyktige sykepleiere som blir vel ansett i avdelingen av de andre ansatte.

Jacobsen og Thorsvik, (2013) viser til såkalte "endringsagenter" som blir sentrale aktører i organisasjonen under styrte endringer. Denne type endringer er gjerne endringer hvor man allerede har en ide om hvordan ting kan gjøres. Prosessen går gjennom ulike faser og er planlagt. Det nevnes to ting som er spesielt viktig for å lykkes:

- At endringsagentene klarer å skape et opplevd behov for endring.
- Å klare å håndtere den motstand en møter mot endringene.

For at organisasjonen skal lykkes med endringen må endringsagentene klare å skape en opplevelse av nødvendighet for endring, dette kan gjøres ved å skape en form for opplevd press (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Martinsen (2013) sier også at det er særdeles viktig at ansatte i nøkkelstillinger får direkte ansvar i endringsprosesser, også her kalt endringsagenter. Dette bør være personer som støtter visjonen og endringen med både ord og handlinger (Martinsen, 2013).

Trinn 3. Lage en visjon og strategi

Å skape en visjon er viktig for å gi de ansatte i organisasjonen et “bilde” av framtiden etter endringen ifølge Kotter. Det kan også være med på å forhindre forvirring og usikkerhet hos de ansatte i forhold til hvilken retning organisasjonen skal bevege seg i. En god og klar visjon vil være med på å gi de ansatte en retning for hvor de skal ende opp etter endringen, og også motivere de ansatte til å jobbe mot denne visjonen. Det vil også være viktig å legge opp til en strategi for hvordan man skal nå visjonen, noe som også kan gi mening til den enkelte ansatte i forhold til hvordan han/hun skal arbeide (Kotter, 1996). Hvis vi ser på sammenhengen av dette trinnet i vår oppgave, så kan det være viktig at det blir skissert et mål for hvordan den sammenslåtte avdelingen skal se ut og hva synergieffektene vil være av sammenslåingen. Hva vil bli bedre for pasienten? Hvis man kan gi en troverdig forklaring på hva som skal bedres i forhold til pasienthverdagen, så vil man kanskje få en bedre oppslutning om visjonen enn om man kun skisserer at endringen bunner i et økonomisk incentiv.

Jacobsen og Thorsvik (2013) mener at et mål er en beskrivelse av hva organisasjonen ønsker å oppnå, og en strategi er beskrivelser av hvordan organisasjonen skal nå de satte målene.

Mål og strategier kan, og bør absolutt, ha en påvirkning på hvordan de ansatte i organisasjonen handler og tenker, og i tillegg ha en virkning på hvordan organisasjonen tilpasser seg omgivelsene.

Vi kan anta at mål og strategier kan ha en motiverende effekt på de ansatte i organisasjonen. De får en retning og en beskrivelse av hvordan de skal arbeide for å nå målene. Vi kan også anta at det å ha klare mål og strategier kan ha en styrende funksjon i forhold til beslutninger som tas, hvilke kriterier som skal vektlegges og i hvilken retning organisasjonen skal arbeide mot. For å få støtte og ressurser fra omgivelsene kan det å ha kjente målsettinger fungere som

en legitimitetsfaktor hvis organisasjonen klarer å tydeliggjøre at den faktisk arbeider mot disse, og at omgivelsene oppfatter at organisasjonen har "gode og riktige" verdier.

I tillegg kan vi si at mål kan fungere som evalueringskriterier for det arbeidet den enkelte og organisasjonen utfører. Hvor effektiv en organisasjon eller den enkelte er knyttes til i hvor høy grad målene blir nådd og med hvilken ressursbruk (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Trinn 4. Kommunisere visjonen

Hvis endringen skal kunne ta form i hele organisasjonen er det ifølge Kotter viktig med kommunikasjon. Lederne bør sørge for å formidle klart og tydelig hva visjonen er og igjen sørge for at den er forstått av alle i organisasjonen. Her har Kotter noen prinsipper i forhold til kommunikasjonen. Hvis vi drar disse prinsippene inn i vår sammenheng kan vi si at det vil være viktig at ledelsen i klinikken kommuniserer visjonen så enkelt som mulig. Hvis det er vanskelig å forstå selve visjonen, så må den brytes ned til et språk som alle kan forstå. Bruk av metaforer kan av og til hjelpe til med å tydeliggjøre budskapet. Det bør også brukes forskjellige kommunikasjonskanaler. Det er kanskje ikke nok å sende ut en mail for å kommunisere visjonen siden det er vanskelig for de ansatte på sykehus å sette av tid til å lese mail. I tillegg kan det hende at det sendes ut så mye mail at budskapet drukner i all annen informasjon som også sendes ut via mailsystemet. Intranett på sykehuset kan også være en kommunikasjonskanal som kan være nyttig å bruke. Det er ofte ansatte i ledige stunder, spesielt på nattevakt, kan sitte og orientere seg på intranettet til sykehuset. Visjonen bør komme tydelig fram der. Kommunikasjonen kan foregå på informasjonsmøter der selve endringen er tema, visjonen bør gjentas på avdelingsmøter og kanskje under avvikling av lunsj på et mer uformelt nivå. Kraften av gjentakelse bør ikke undervurderes.

Klinikkledelsen og endringskoalisjonen bør gå foran som gode eksempler. Kotter bruker "*Walk the talk or lead by example*" (Kotter, 1996, s 95). Det å vise gjennom sin adferd og handling at også ledelsen jobber i tråd med visjonen er ofte mer virkningsfullt enn å bare kommunisere visjonen gjennom ord. Til slutt i Kotters prinsipper om kommunikasjon så mener han at det er viktig å være åpen for spørsmål og å oppmuntre til dialog rundt visjonen. De ansatte må få lov til å komme med spørsmål og kommentarer i forhold til visjonen og i tillegg få oppklart eventuelle misforståelser som kan oppstå hvis informasjonen ikke blir forstått riktig. Det er også viktig å være åpen for en justering av visjonen dersom det viser seg at den inneholder mangler (Kotter, 1996).

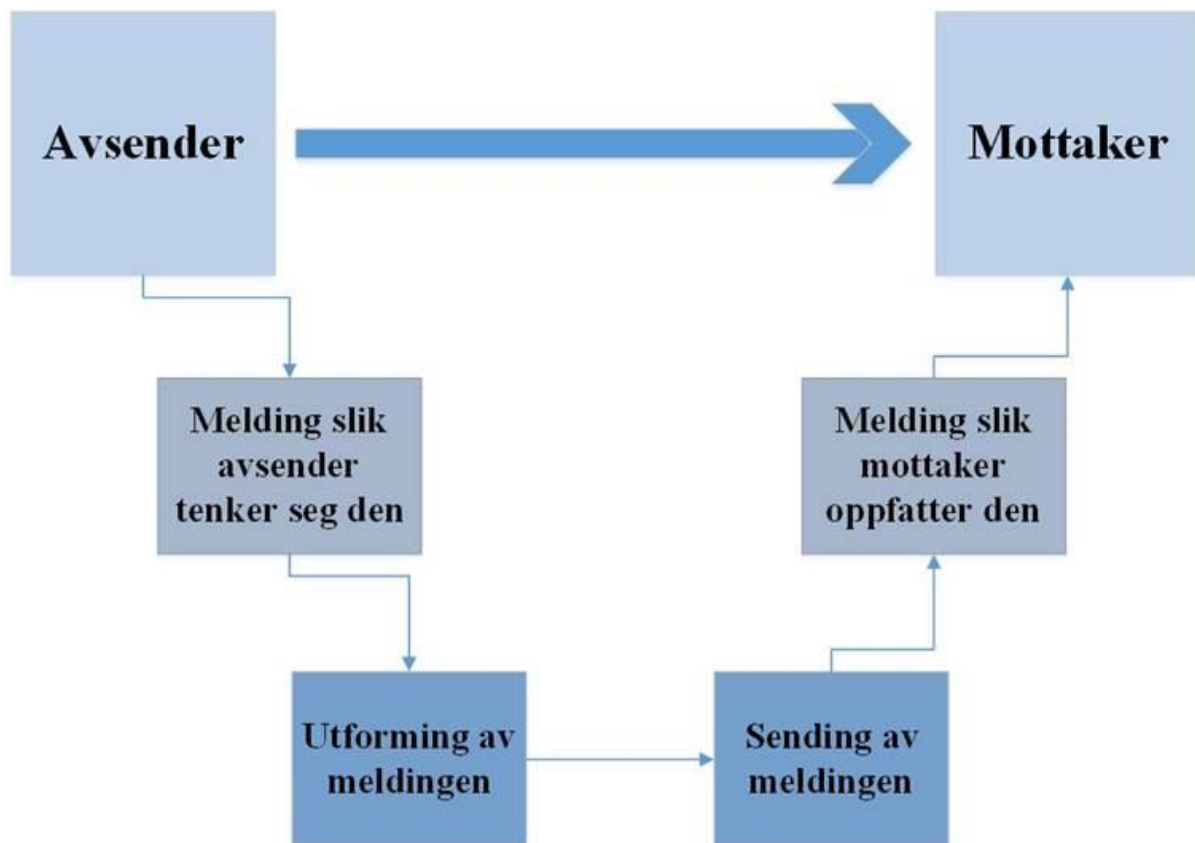
Kommunikasjon

Jacobsen og Thorsvik, (2013) skriver i oppsummeringen av kommunikasjon i sin bok, *Hvordan organisasjoner fungerer*:

“Kommunikasjon er avgjørende for informasjonsgrunnlaget når organisasjoner utvikler sin visjon og setter sine mål, og når ansatte fatter beslutninger og handler på vegne av organisasjonen.” (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 300).

Hvis vi i vår sammenheng bryter dette ned til å se på kommunikasjon i forhold til beslutninger, kultur og læring, så ser vi at kommunikasjon ser ut til å være en av de viktigste prosessene i alle organisasjoner, og en av nøkkelfaktorene i en velfungerende organisasjon. Når beslutninger tas i en organisasjon, så er kvaliteten på beslutningene avhengig av hvor godt informasjonsgrunnlaget er. All informasjon som er tilgjengelig må formidles til beslutningstakerne og også være mulig å få tak i når det er behov for den. I forhold til kultur, så utvikles den gjennom kommunikasjon. Ønsker man at f.eks. visjonen skal bli en del av kulturen må denne formuleres og gjøres forståelig før den kommuniseres til medlemmene i organisasjonen. Denne kommunikasjonen vil være avgjørende for å danne et grunnlag for et godt arbeidsmiljø og for å skape en organisatorisk identitet gjennom kultur bygging. Når det så kommer til læring, så forutsetter det en tilbakemelding på det man har besluttet og iverksatt, for å starte en refleksjon over resultatene av beslutningen. For å få tilbakemeldinger er det avgjørende at erfaringer blir kommunisert tilbake til beslutningstakerne og for at læring skal finne sted er det viktig at det kommuniseres i forhold til hva disse tilbakemeldingene betyr for så å ta stilling til hvilke implikasjoner dette vil medføre (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

I en kommunikasjonsprosess har man en avsender og en mottaker der personer eller grupper utveksler, overfører eller sender informasjon, idéer, følelser og holdninger mellom hverandre. I en god kommunikasjonsprosess er man avhengig av at avsenderen anvender et språk som mottakeren forstår.



Figur 2. Kommunikasjonsprosessen

Trinn 5. Skape handlekraft og fjerne hindringer

I en endringsprosess blir mange ansatte involvert og det er viktig at disse får mulighet til å utvikle seg i tråd med visjonen. Kotter mener det må være anledning for de ansatte å komme med ideer og tiltak som kan bidra i prosessen. Organisasjonsstrukturer kan endre seg i prosessen, og ansatte kan oppleve å få endrede oppgaver og ansvarsområder. Her vil kompetanseheving av disse ansatte være et viktig trekk for å sørge for at flest mulig av de ansatte føler at de blir ivaretatt og bidrar til å dra i riktig retning i henhold til visjonen. I en sykehusavdeling kan det å sette sammen arbeidsgrupper som kan jobbe på tvers av fagene i forhold til hvordan kompetansen til de enkelte skal kunne utnyttes på best mulig måte være en måte å forsøke å heve kompetansen på. Det kan også være en del hindringer som gjør at prosessen ikke går i positiv retning. Det kan være strukturer, ansatte som aktivt arbeider imot endringen og/eller kompensasjonsordninger som gjør at ansatte i stedet for å arbeide i henhold til visjonen heller arbeider for sin egen vinnings skyld. Her må ledelsen ta grep og forsøke å fjerne disse hindringene. Det vil ofte være ansatte som ikke vil være med på

endringsprosessen, og som vil jobbe aktivt mot visjonen. I et sykehus kan det være vanskelig å forsøke å “nøytralisere” disse ansatte. I ytterste konsekvens kan oppsigelser være aktuelt, men stillingsvernet innenfor offentlig sektor er veldig sterkt, så dette kan være utfordrende (Kotter, 1996).

Trinn 6. Generere kortsiktige gevinster

Kortsiktige gevinster er ifølge Kotter en viktig del i endringsprosessen. Disse er det viktig for ledelsen og endringskoalisjonen å planlegge i tråd med visjonen. Når disse kortsiktige gevinstene er oppnådd kan det markeres og feires for å motivere de ansatte som er positive til endringen og som jobber for denne, at det lønner seg å gjøre en innsats. De kortsiktige gevinstene er med på å gi ledelsen og endringskoalisjonen troverdighet til å gjennomføre endringen som planlagt (Kotter, 1996).

I et sykehus kan kortsiktige gevinster og delmål være økt pasientgjennomstrømning ved et langsiktig mål om å, på sikt, øke kapasiteten og redusere ventelister. Det kan også være en kortsiktig gevinst å åpne en ny operasjonsstue i forbindelse med det samme langsiktige målet. Dette kan være anledninger til å markere og feire de ansattes innsats og videre motivere til å jobbe framover mot det endelige målet.

Trinn 7. Bygge videre på endringen

Store endringsprosesser kan ta flere år. Det er ifølge Kotter viktig å kontinuerlig arbeide videre i retning av visjonen. Ledere og endringskoalisjonen må sørge for at de ansatte fortsatt ser verdien av endringen og bygge videre på de kortsiktige gevinstene. Fremdriften må opprettholdes, og noen ganger kan det være nødvendig å endre litt på både visjon og strategi for at de ansatte fortsatt skal føle nødvendigheten av endringen (Kotter, 1996). Vi tenker at motivasjon og samspill i kollegiet vil være viktige faktorer for å gå i samme retning.

Trinn 8. Institusjonalisere endringen i kulturen

Siste trinn i Kotters endringsmodell er å forankre endringen i organisasjonskulturen. Når endringen er gjennomført er det viktig at den blir en del av hverdagen og tradisjonen i organisasjonen, en del av organisasjonskulturen. Kotter mener at det er først når de ansatte ser

fordelene med endringene og disse endringen har ført til en bedre og kanskje mer effektiv organisasjon at disse blir implementert som “det er slik vi gjør det her hos oss”. Ledelsen og endringskoalisjonen bør fortsette å kommunisere suksesshistorier fra endringsprosessen til de ansatte for å opprettholde nødvendigheten av selve endringen (Kotter, 1996).

Organisasjonskultur

“Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antagelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon - som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene” (Jacobsen og Thorsvik 2013, s130).

Kultur kan populært beskrives som “slik gjør vi det hos oss”. Organisasjonens kultur er mønster av handlinger som har bygget seg opp over tid.

Jacobsen og Thorsvik (2013) sier at kultur eksisterer på tre kulturelle nivå. Grunnleggende antakelser, verdier og normer og artefakter. Disse påvirker hverandre gjensidig.

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

Verdier og normer sier noe om hva som er ønskelig og godt, og hva man ønsker å fremme og ivareta, samt hva som er passende atferd i ulike sosiale sammenhenger. Verdier angir hva som er viktig å strebe etter å få til og hva som verdsettes mens normer gir retningslinjer, prinsipper og begrensninger for atferd.

Artefakter er de uttrykk for kultur som kan observeres. Dette kan være tekst, språk, konkrete gjenstander og atferd. For å forstå disse artefaktene, må de tolkes. Det er viktig å være oppmerksom på at ulike individer tolker artefakter ulikt. Artefakter som finnes i organisasjoner kan deles inn i tre hovedgrupper. 1) Det mennesket sier. Herunder kan man fortelle historier for å få fram meninger. 2) Atferd (det mennesker gjør). Dette kan symbolisere grunnleggende verdier, normer og antakelser i en organisasjon. For eksempel en leder som går mye rundt blant de ansatte kan signalisere liten avstand mellom de "på gulvet" og ledelsen. 3) Fysiske gjenstander. Herunder organisasjonens logo, utformingen av bygninger, innredning, bruk av uniformer, utsmykning og lignende (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Å bygge kultur er vanskelig og tar tid. Som virkemiddel i en organisasjon med sterke fagpersoner, ulike faggrupper og stort spenn i oppgaver er det å skape en felles plattform vanskelig. Muligheten for påvirkning varierer med organisasjonens utviklingsnivå. En ny organisasjon er lettere å påvirke enn en som allerede har en etablert kultur (Martinsen, 2013).

Kultur kan ikke vedtas og implementeres. Det må settes i gang tiltak for å binde sykehuset og de ansatte sammen.

Interessante antagelser om ledelse i denne sammenheng (Birkenshaw, 2013) er at man kan skape mest mulig effektive medarbeidere ved å forsterke de ansattes relasjon til arbeidsplassen og lederen gjennom engasjement.

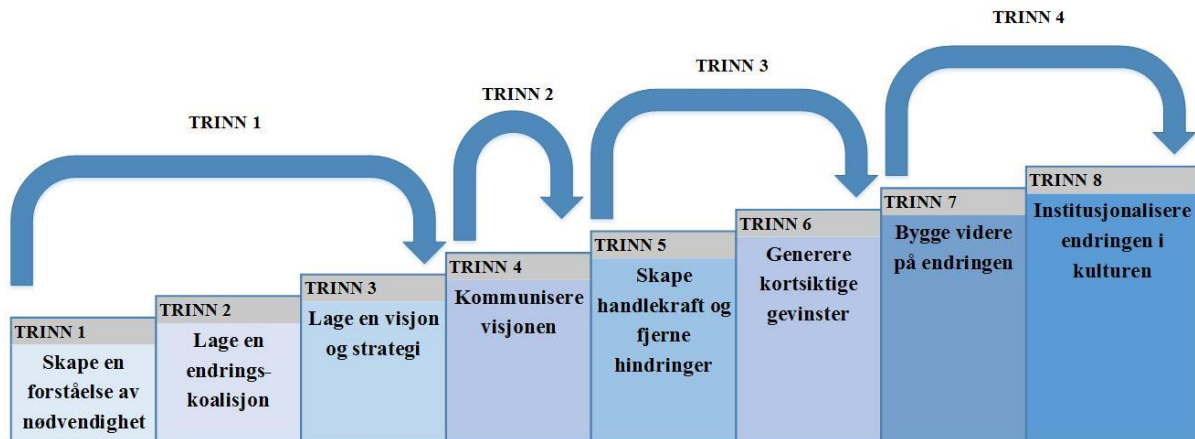
2.4.2 Jacobsen og Thorsviks 8 trinn for suksessfull endring

Til sammenligning med Kotters 8 prinsipper for endring ser vi at Jacobsen og Thorsvik, (2013) også har åtte trinn som en forutsetning for en vellykket endring. Disse åtte trinnene har nesten nøyaktig de samme kriteriene for å lykkes som hos Kotter. Som eksempel anser Jacobsen og Thorsvik det som viktig at visjon for endring kommer ut i organisasjonen slik at alle får ta del i den, og bli en del av den. Til forskjell fra Kotter mener Jacobsen og Thorsvik at visjon må komme før man går ut til de ansatte om endringen. Informasjon til ansatte ses på som viktig for at de skal forstå hva som skal endres og hvorfor slik at ansatte motiveres for endringen. Også i deres teori må det være skapt en følelse av "krise" for at ansatte skal se nødvendighet av en endringsprosess. De sier også at kortsiktige mål, et team som er i stand til å lede endringsprosessen, strukturelle trekk og utvikling av kultur er viktige momenter (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

2.4.3 Oppsummering

Implementering av ny strategi er et ledd i organisatoriske endringsprosesser. Over har vi sett på Kotter og Jacobsen & Thorsvik. De har alle hovedfokus på åtte trinn for å lykkes i endringsprosesser. Slik vi ser det brukes trinn som dette for at det skal bli lettfattelig og enkelt, det er en måte å bryte prosessen ned til en "oppskrift" som alle lettere kan forstå. Problemet sett i en organisatorisk sammenheng ved å gjøre det lettfattelig kan være faren for å miste helheten. Man følger slavisk punktene steg for steg.

Vi har videre i vår oppgave valgt å slå sammen Kotters 8 trinn til 4 for å forenkle framstillingen.



Figur 3. Forskernes 4 trinn til analysen utledet av Kotters 8 trinn.

3.0 METODE

3.1 Innledning

I vår masteroppgave belyser vi sykepleieres erfaringer i organisatoriske endringsprosesser og hva en kan lære av disse. Vi ser på utfordringer ansatte og ledere møter når de skal slå sammen sengeposter i sykehus. For å besvare våre empiriske spørsmål har valg av metode og tilnærming vært viktig. Vi har lagt vekt på muligheten til å få fram erfaringer gjennom dialog noe som har influert på vårt valg av metode.

3.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Fenomenologi stammer fra det greske ordet for fenomen, og man kan si at det er læren om det innlysende. I fenomenologisk forskning vil forskeren forsøke å få fram subjektive erfaringer og hva bakgrunnen for disse erfaringene er hos, i vår sammenheng, intervjuobjektene. Vi forsøker å beskrive det intervjuobjektene oppfatter som virkeligheten for dem (Nyeng, 2012). I tillegg bruker vi en hermeneutisk tilnærming som betyr at vi fortolker det som intervjuobjektene oppfatter som virkeligheten. Dette foregår gjennom dialog i intervjuene. Vi prøver å forstå hva som ligger bak svarene vi får i intervjuene (Nilsen, 2012). Den hermeneutiske sirkel benyttes der vi ser nye måter å se utsagnene på etter å ha gått tilbake og

lest på nytt og på nytt. Vi prøver å finne meningen med hva informanten mener for så å sette dette inn i meningssammenhenger (Johannessen et al. 2011).

3.3 Forskningsdesign

Forskning er en prosess som går gjennom flere faser. Utgangspunktet er ønsket om å finne ny kunnskap eller mer kunnskap om noe forskeren ser som interessant (Johannessen et al. 2011). For å gå i dybden og belyse vår problemstilling har vi valgt kvalitativ metode med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Dette for å best få frem menneskets forståelse og erfaring rundt fenomenet vi ønsker svar på i studien.

Fordelen med kvalitativ metode er at det gir oss en fleksibel tilnærming i intervjuet. Det gir oss muligheten til å justere spørsmål underveis, stille nye spørsmål men også gi informanten rom for å utdype sine svar. Vår tilstedeværelse i intervjuet gir også en større nærhet og forståelse for erfaringer informanten sitter med i forhold til problemstillingen i studien.

Vi har valgt å gjennomføre semistrukturerte intervju for å prøve å få fram intervjuobjektens opplevelse i endringsprosessene. Et semistrukturert intervju gjennomføres med en intervjuguide som en mellomting mellom en åpen samtale og en lukket spørreskjemasamtale. Det innsamlede materialet utgjør så bakgrunnen for analysen (Kvale og Brinkmann, 2009).

I starten av prosjektet undret vi oss over om sammenslåinger av sykehusavdelinger var noe som var dårlig planlagt, og at det ikke var særlig involvering av ansatte. Vi laget en intervjuguide med bakgrunnen i vår undring og tok utgangspunkt i Kotters 8 trinn for suksessfulle endringsprosesser for å få svar på våre spørsmål om hvordan planleggingen var, om de ansatte var involvert og eventuelt på hvilken måte.

Etter å ha gjennomført pilotintervjuet justerte vi litt på selve intervjuguiden, og etter hvert som de andre intervjuene ble gjennomført fant vi at enkelte justeringer igjen ble nødvendig. Intervjuguiden er vedlagt oppgaven som vedlegg nummer 1.

3.4 Valg av informanter

Utvalget av klinikker og informanter var delvis tilfeldig. Vi kjente til en sammenslåing i egen organisasjon, og tok kontakt med klinikkjefen i den aktuelle klinikken, og avtalte et pilotintervju. I løpet av dette intervjuet fikk vi tips til sammenslåinger i andre klinikker, og

valgte tilfeldig en av disse. Valg av informanter ble gjort på bakgrunn av tips fra ledere og ansatte som kjente til de aktuelle endringsprosessene. Alle informantene har deltatt frivillig.

Vi valgte å intervju sykepleiere i to klinikker. Klinikksjef som ble intervjuet har en annen profesjonsbakgrunn. I avdeling A valgte vi å intervju en leder og to sykepleiere. To av informantene hadde deltatt i hele prosessen. En av informantene kom som nyansatt inn etter ca. to måneder.

I avdeling B valgte vi, i tillegg til klinikksjef (som pilot), å intervju to ledere og en sykepleier. Tre av informantene hadde vært med i hele prosessen. En av disse informantene ble etter noen måneder borte fra jobb i kortere perioder før hun sluttet.

3.5 Datainnsamling

Pilotintervjuet ble ikke gjennomført på informantens hovedarbeidssted av praktiske årsaker. De andre intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidssted. Intervjuene ble foretatt mellom 17. februar og 3. mars. Alle informantene var positivt innstilt og ga skriftlig samtykke. Samtlige intervju ble i sin helhet tatt opp ved hjelp av båndopptaker også etter samtykke fra informantene. Å bruke båndopptaker bidro til at vi lettere kunne konsentrere oss om intervjuet.

Vi hadde på forhånd blitt enige om hvem som skulle starte med å stille spørsmål til informanten. Dette fungerte veldig bra og vi fikk en god flyt under intervjuene.

Intervjuguiden ble ikke distribuert til informantene på forhånd av intervjuene, men det ble opplyst i forespørselen om deltakelse at intervjuene ville dreie seg om sammenslåingen de hadde vært gjennom.

Noen av informanten var ivrige og innledet intervjuet med å fortelle historier fra sammenslåingen før vi fikk startet med intervjuguiden. Disse intervjuene varte også lengre og ble ikke like strukturerte som enkelte av de andre intervjuene. Forskerne lot de prate for senere å komme inn på spørsmålene i intervjuguiden. Andre informanter svarte direkte på spørsmålene. Utfordringen var å få informantene til å fortelle omkring sammenslåingen, slik at vi fikk mer informasjon og forsto bedre hva de mente. Dette krevde at vi som intervjuere var bevisst informantene og lyttet aktivt. Kvale sier at det er intervjuernes evne til å få informanten til å snakke fritt som er viktig for å få frem interessant kunnskap og for å få frem informantens mening (Kvale og Brinkmann, 2009).

Alle intervjuene ble transkribert i løpet av de nærmeste dagene etter at intervjuet var foretatt. Forskerne delte antall intervju, en forsker transkriberte fire intervju og den andre tre intervju. For å kvalitetssikre hørte vi begge gjennom samtlige intervju og skrev ned sitater som utmerket seg fra de intervjuene som vi ikke hadde transkribert selv. Dette for å kvalitetssikre at vi ikke gikk glipp av viktig informasjon.

Når intervjuene var ferdig transkribert ble de sortert etter tema for å lettere kunne se sammenhenger og funn opp mot hverandre. Her arbeidet vi induktivt for å ikke ha en forutbestemt mening om hvilke temaer som skulle velges (Nyeng, 2012). Vi trakk ut sitater fra de forskjellige intervjuene og fargekodet disse under ulike tema. Det ble sendt sitatsjekk til informantene hvorpå vi etter tilbakemeldinger måtte justere litt i empirikapittelet.

Intervjuene ble gjennomført i følgende rekkefølge:

Informant	Avdeling	Dato	Varighet	Stilling
1	A	29.02.16	52 min	Sykepleieleder
2	A	29.02.16	30 min	Sykepleier
3	A	01.03.16	44 min	Sykepleier
4	B	03.03.16	30 min	Sykepleieleder
5	B	03.03.16	56 min	Sykepleieleder
6	B	29.02.16	78 min	Sykepleier
7 (pilotintervju)	B	17.02.16	61 min	Klinikkssjef

Tabell 1: Gjennomføring av intervju

3.6 Validitet, generalisering og reliabilitet

Validitet: Handler om gyldighet. Måler vi det vi tror vi måler? (Kvale og Brinkmann, 2009). Å validere funn er å vurdere om våre konklusjoner er riktige. Dette viser seg å være utfordrende ved kvalitative metoder. I kvalitativ metode vil en høy validitet si at andre forskere vil komme fram til de samme resultatene som oss (Johannessen et. al, 2011). Vi mener det styrker vår validitet at noen av våre funn sammenfaller med funn gjort i andre studier, uten at vi av den grunn kan konkludere med at det er en sannhet. Funnene kan ses opp mot hverandre i en sammenheng noe som styrker validiteten. Egne erfaringer og teori underbygger denne sannhet. I tillegg mener vi at det at informantene hadde mange sammenfallende erfaringer også er noe som styrker validiteten.

Generalisering. Kan våre funn overføres til andre sammenhenger? Begrensningen i antall informanter som vi har intervjuet kan være med på å knytte en usikkerhet til om de funn som vi har gjort i analysen er direkte overførbare til lignende prosesser i andre sammenhenger. Det kan imidlertid se ut som at noen av våre funn sammenfaller med funn gjort i andre studier, (Meyer og Stensaker, 2005 og Amundsen og Kongsvik, 2012), noe som gjør at vi kan si at noen av våre funn tenderer til å kunne generaliseres, men at dette må sees opp mot den konteksten som det sammenlignes med.

Reliabilitet: Handler om pålitelighet og nøyaktighet i forhold til utvelgelse av informanter, innsamling av data og deretter bearbeiding av data (Johannessen et.al, 2011). Valg av metode kan påvirke resultatet. Vi startet med pilotintervju for å ha muligheten til å endre spørsmål i intervjuguiden, eventuelt legge til nye spørsmål. Dette mener vi kan være med på å styrke reliabiliteten. Vi anser det også som en styrke at vi har vært to som har transkribert intervjuene og at informantene har fått sine sitater til gjennomlesning og mulighet til å korrigere. En svakhet kan være at informantene påvirkes av i intervjuerne blant annet gjennom relasjonen som oppstår under intervjuet og intervjuernes egne erfaringer. Vi har selv erfaringer fra endringsprosesser i og med at vi har deltatt i lignende prosesser. Det gjør at muligheten for subjektiv påvirkning er til stede. Dette er tatt hensyn til for å prøve å unngå at resultatet skal bli farget av egne erfaringer slik at reliabiliteten svekkes.

3.7 Metodekritisk refleksjon

Vi har sett på to endringsprosesser i to ulike klinikker. En svakhet med studien kan være at prosessene er noen år tilbake i tid, og informantene vi valgte kan trolig ha fått et mer nyansert tilbakeblikk på prosessen de hadde vært en del av. Det kan virke som om informantene ikke

hadde problemer med å huske situasjoner eller hendelser fra sammenslåingene, men det kan også hende at informantene har diskutert dette så mange ganger at de har blitt “enige” om historiske “sannheter”.

Vi ser også at det kan være både en svakhet og en styrke at forskerne selv har erfaring fra lignende prosesser som vi studerer. Vi har på bakgrunn av det forsøkt å ikke stille ledende spørsmål under intervjuene. Vi ser likevel at vi har en viss forutinntatthet som kan komme frem i oppgaven som helhet.

Forforståelsen til forskerne kan være med på å farge svarene som informantene gir. Vi har en sykepleiefaglig tilnærming inn i intervjuet med annerledes “briller” på enn det intervjuere med en annen fagbakgrunn ville hatt. Intervjuobjektene vil svare til oss som sykepleiere. Det kan være annerledes enn hvordan de ville ha svart til andre intervjuere. Vi kunne kanskje ha gått inn med et mer kritisk blikk i bearbeidelsen av intervjuene for å undersøke enda nærmere om vår forforståelse kommer til uttrykk.

Narrativene (historiene som informantene forteller) er kontekstualiserte ut fra de konkrete sammenslåingene vi har undersøkt. Vi har ikke vært ute etter å etterprøve historiene, men har ønsket å få fram meningssammenhengen i disse. En følgeforskning i løpet av endringsprosessene ville muligens gitt andre funn enn de vi har kommet fram til i løpet av våre kvalitative intervju. Det er også mulig at en kvantitativ metode ville gitt andre svar på informantenes erfaringer fra sammenslåingene. Da vi heller ikke var ute etter eksempelvis å teste en modell, eller måle i hvilken grad informantene var fornøyd med prosessgjennomføringen mener vi at vi har gjort et riktig valg i å bruke en kvalitativ metode.

Oppsummering: Metodekapittelet gir en beskrivelse av vitenskapelig ståsted og tilnærming til forskningsspørsmålet. Vi har redegjort for vårt valg av metode for å belyse erfaringer sykepleiere opplever når sengeposter i sykehus slås sammen og hva vi kan lære av disse. Gjennom valg av metode har vi også kommet frem til funn som svarer på problemstillingen, og at noen av funnene til en viss grad kan generaliseres.

4.0 EMPIRI

4.1 Innledning

Fellestrekk for casene i oppgaven er at det kan tyde på at begge prosessene er basert på et langsiktig utviklings og omstillingsprosjekt, LUO, innenfor aktuelle Helseforetak (HF).

LUO-prosjektet hadde følgende mål:

- *Styrke UNN som universitets- og regionsykehus*
- *Forbedre lokalsykehusfunksjonene*
- *Oppnå økonomisk handlingsrom*
- *Redusere de ansattes opplevelse av misforhold mellom oppgaver og ressurser*
- *Bidra til en ny, felles organisasjonskultur i hele UNN.*

(Neset et al.2012, s 9)

I tillegg kom det føringer fra Helse-Nord utfra oppdragsdokumentet for 2012 for den behandlingsfaglige virksomheten:

“Fortsatt vri aktiviteten fra døgnopphold til dag- og poliklinisk behandling, både innen somatisk virksomhet og psykisk helsevern” (Neset et al.2012 s. 11).

LUO og Oppdragsdokument for 2012, slik vi tolker det kan sees på som en strategi for å redusere antallet heldøgns pasienter. Reduksjon av heldøgnsenger vil gi sengeposter med færre senger, dette gir igjen muligheten til å slå sammen små sengeposter til større enheter hvor man kan utnytte pleieressurser på tvers av fag. Strategien vil kunne gi effektiv drift og økonomisk handlingsrom.

Vi har intervjuet tre informanter fra avdeling A, og fire informanter fra avdeling B. I avdeling B ble det gjennomført et pilotintervju med en av informantene. Informantene har deltatt aktivt i endringsprosessene. En informant i avdeling A, kom som ny ansatt tre måneder etter prosessen startet.

I avdeling A vil informantene rangeres som informant 1, 2 og 3.

I avdeling B vil informantene rangeres som 4, 5, 6 og 7.

Videre vil informantene omtales som “hun”. Av hensyn til informantene og klinikkene vil vi ikke nevne årstall for sammenslåingen, men angi omtrent hvor mange år tilbake vi snakker om. De to casene fremstilles kronologisk. Vi har ikke fulgt Kotters trinn slavisk i intervjuguiden da vi var redd for å begrense informanten slik at vi gikk glipp av viktig informasjon.

Vi ønsker likevel å bruke Kotter som rammeverk i empiri kapittelet men velger, som vist i figur 3, å slå sammen de 8 trinnene til 4 for å forenkle framstillingen. Vi vil også på starten av hvert trinn forsøke å gi en kort framstilling av hvilke deler av intervjuene vi mener passer inn på det aktuelle trinnet.

4.2 Bakgrunn, endringskoalisjon og visjon.

De tre første trinnene til Kotter har vi valgt å slå sammen til ett. Her vil vi presentere deler av intervjuene som omhandler i hvilken grad informantene visste om hva bakgrunnen for sammenslåingene var. Ble det skapt en form for “krisestemning” slik at de ansatte var innforståtte med at endringen var nødvendig? Videre ser vi på om det var satt ned en endringskoalisjon som kunne være premissleverandører for å drive endringsprosessen framover. Til sist på dette trinnet spør vi om det var en visjon eller mål for endringsprosessen.

Avdeling A:

Sengepost A1 og A2 slås sammen til en avdeling, A. Prosessen startet for et par år siden. De ansatte og leder fikk vite om sammenslåingen ca. fire måneder i forkant. Vi har intervjuet en leder og to ansatte som deltok i prosessen. Lederen, som er informant 1 var ansatt på sengepost A1 før de ble slått sammen. Av de andre to var en ansatt på sengepost A2 og den andre ansatte kom ny til den sammenslåtte avdelingen (avdeling A) ca. tre måneder etter sammenslåingen.

De to sengepostene som ble slått sammen var hver for seg middels store sengeposter. Det totale sengetallet ble redusert etter sammenslåingen.

Vi startet med å spørre om de ansatte var orienterte om bakgrunnen for sammenslåingen, og om de hadde fått informasjon god tid i forkant.

Informant 1 sier at hun mener bakgrunnen for sammenslåingen var av økonomisk art og en reduksjon av sengetall i forhold til størrelsen på avdelingen. Da vi spurte informanten om det var et styrevedtak som var bakgrunnen for denne endringen svarte hun:

"Ja, det regner jeg med at det var" (Informant 1).

Videre spurte vi om hun var godt orientert:

"Om det var så detaljert akkurat, men vi skjønnte jo hvorfor, døgn til dag, og utnytting av sengekapasiteten" (informant 1).

Informant 2 var ikke tilsatt på noen av de nevnte avdelinger før sammenslåingen. Hun var derfor heller ikke orientert om bakgrunnen for den. På tilsetningsintervjuet fikk hun informasjon om sammenslåingen og at nye ansatte skulle kunne rullere mellom fagfeltene, de skulle selvfølgelig også få opplæring deretter. I starten skulle hun kun jobbe med ett av fagene. Etter hvert ville det bli forventet at man skulle "buffre" hverandre.

Informant 3 sier selv at hun tenker at det var økonomiske aspekt som var bakgrunnen for sammenslåingen. Hun kom fra en allerede sammenslått sengepost og som tillitsvalgt fikk hun via en kollega, over telefon, vite om sammenslåingen.

"Tredd nedover, sånn var det"(informant 3).

Kotter viser til i trinn 1 at det er viktig å skape en form for "krise-stemning", eller følelse av nødvendighet for endringer. Han sier også at det er viktig at ansatte blir overbevist om at endringen er nødvendig. Kotter hevder at gode endringsledere er viktig i hele organisasjonen. I intervjuene av avdeling A kan det se ut som at dette fokuset ikke har blitt sett på som viktig.

I avdeling A kom det ikke frem noen klar visjon som ansatte var kjent med. Ingen av informantene hadde kjennskap til mål for sammenslåingen annet enn økonomiske aspekt, reduksjon av antall senger og at man skulle benytte pleieressursene på tvers av fagkompetansen. Det er nevnt at pasientstrømmen var tenkt styrt fra døgnopphold til dagbehandling og at dette blant annet var bakgrunnen for å redusere antall senger. I tillegg skulle flere pasienter behandles på dagenheten.

Avdeling B:

To sengeposter, B1 og B2 slås sammen til en, avdeling B. Prosessen startet for mer enn fem år siden. Dette var ikke bare en sammenslåing mellom to sengeposter men også en endring i organisasjonsmodellen. De ansatte ble informert om endringen, uklart hvor lang tid i forkant. Informantene her er to ledere på ulike nivå, informant 4 og 5. Informant 6 var på dette tidspunktet ansatt på sengepost B2. Dette er også to middels store sengeposter, sengetallet ble også her redusert betraktelig. Den nye avdelingen måtte kort tid etter samlokalisering flytte og sammenslås med en tredje sengepost. Denne prosessen vil vi ikke fokusere på her. Informant 4 svarer følgende når hun blir spurt om bakgrunnen for sammenslåingen:

"Vet ikke om det var uttalt noen spesiell grunn. Om jeg husker rett var det mindre behov for sengeplasser. Tror det var noe med LUO-prosessen. Flere avdelinger ble sammenslått. Klinikkdannelser og diverse" (informant 4).

Vi spurte informanten om hun hadde inntrykk av at det var økonomiske incentiver for sammenslåingen:

"Ja, det er det jo bestandig. Det var ikke for å ivareta fagene, kan ikke huske i alle fall at det ble sagt" (informant 4).

Informanten fikk forståelsen av at man skulle bruke personalet mer effektivt. Man skulle ikke bare kunne ett fagområde. Man ønsket blant annet å spare penger på innleie av vikarer. Dette gjaldt hele klinikken.

Informant 5 sier:

"Vi fikk beskjed om at det var brukt for mye av budsjettet på sykehuset, vi skulle spare inn, det skulle bli færre senger. Vi fikk beskjed om at det skulle være færre ledere" (informant 5).

Informant 5 sier at avgjørelsen om sammenslåingen var tatt øverst på klinikkledernivå og kom deretter ned i klinikken. Avgjørelsen var også godkjent av styret.

Informant 6 mener det var sparing som var bakgrunnen for sammenslåingen. Både informant 5 og informant 6 sier at det også skulle reduseres i antall ledere.

"Når vi ble sammenslått skulle vi ha seksjonssykepleier, det er jo en ny tittel man lager, for da kan man jo putte ting..., og slik som jeg ser det så er en seksjonssykepleier en sammenslåing av en avdelingssykepleier og en oversykepleier, så de fire stillingene der ble plutselig - simsalabim - til en stilling" (Informant 6).

Her beskriver informanten at fire lederstillinger gjøres om til en. Informant 6 sier videre at reduksjon i antall senger også var en av bakgrunnene for sammenslåingen. Hun sier at sengetallet ble halvert. Pasientene skulle sentreres over fra døgnopphold til dagbehandling, og det ble opprettet en dagenhet. Tidligere lå disse pasientene på sengeposten, men nå skulle de tas imot på en ny dagenhet.

Vi spurte også informantene i avdeling B om de var kjent med klinikkens/avdelingens visjon.

"Ja, den store visjonen var at sykepleierne skulle være generalister samtidig som vi skulle ta vare på spisskompetansen, og det er veldig vanskelig" (informant 4).

Informant 5 sier at visjonen ikke var klar før selve sammenslåingen. De aktuelle sengepostene ble slått sammen så fort da de allerede var sent ute.

Det kan se ut som at verken ledere eller ansatte er godt nok kjent med bakgrunnen for de organisatoriske endringsprosesser de har deltatt i. En av lederne har deltatt i beslutningsprosessen og er derfor kjent med bakgrunnen og deler av saksgangen i vedtaket. Fellestrekket kan se ut til å være at informantene har forstått at endringen har økonomiske incentiver og en dreining av pasientstrømmen fra døgnopphold til dagbehandling. Alle ser ut til å ha forstått at pleierressursene skal utnyttes på tvers av fagene.

Det er kun en av informantene som har sagt noe om endringsagenter. Hun sa de hadde ansatte som deltok i arbeidsgrupper, disse kunne ses på som endringsagenter. Det kunne tyde på at flere av informantene hadde kjennskap til hva endringsagenters oppgaver ville være i en endringsprosess.

En av informantene fortalte at hun i ettertid syntes det var et stort problem at man kort tid etter sammenslåingen var på flyttefot igjen. Hun sa at roen ikke hadde lagt seg i den sammenslåtte avdelingen og om de hadde fått vært i ro i ett eller to år til, så hadde det kanskje stabilisert seg der og de hadde mer tålt neste flytting. Hun fortalte at i begynnelsen trodde de det ikke, at de skulle gjennom en ny prosess så snart.

4.3 Kommunikasjon av visjon, kommunikasjon generelt og informasjon.

Vi har i dette trinnet valgt å kun bruke Kotters fjerde trinn. I vår oppgave ser vi at kommunikasjon og informasjon går hånd i hånd, og ikke kan deles opp. Vi har derfor valgt å slå dette sammen.

Vi ønsket å se på hvordan informasjon og kommunikasjon til de ansatte fungerte under omorganiseringen. Fikk de tilstrekkelig og god informasjon?

I avdeling A hadde de før sammenslåingen gjennomført kartleggingssamtaler med de ansatte. Det skulle bli en overordnet leder slik at det var viktig at hun kunne få innsikt i blant annet kompetansen til de ansatte hun ikke kjente fra før. Gjennom kartleggingssamtalene skulle de få oversikt over hvem som eventuelt sluttet og hvem som var med videre.

"Den jobben ble gjort ganske grundig, så visste vi jo godt faktisk hvilke personer vi hadde og at vi hadde nok kompetanse" (informant 1).

Informant 1 gir uttrykk for hvor viktig det er å nå de ansatte med god informasjon. Det skapes uro i personalgruppen om det blir mangel på informasjon, det fikk hun erfare.

" Det var forferdelig mye uro. Uroen var på grunn av mangel på informasjon og plan, hva som kom til å skje, ting skjedde så brått, de hadde ikke fått vite noe. Det viktigste med sånn som det her, mener jeg, er god tid, informasjon og god planlegging" (informant 1).

Informant 2 ble først ansatt etter sammenslåingen. Hun sier at noe av det viktigste i endringsprosesser må være å få informasjon underveis og at man blir hørt.

Informant 3 hadde vært involvert i en sammenslåing tidligere. Hun sier:

“Jeg tror det gikk opp for meg når det var sammenslåing nummer to hvor lite egentlig din mening har å si og at man føler at fagpersoner ikke blir hørt. Nå tenker jeg ikke på meg, men vi hadde spesialsykepleiere på avdelingen som kunne fått til gode løsninger, men de ble ikke spurt” (informant 3).

Samlet sett mener informantene at de fikk delta lite i prosessen med sine innspill. Det var dårlig med informasjon og derfor vanskelig å kunne forberede seg på hva som skulle skje. Det var mye rykter og spekulasjoner uttaler en av informantene.

I klinikk B uttaler en av lederne at når det gjaldt informasjon videreformidlet hun egentlig bare den informasjonen hun selv fikk fra *“de høyere opp i systemet”*.

"Egentlig hadde ikke vi som nærmeste ledere i systemet så mye vi skulle ha sagt egentlig" (informant 4).

Informant 4 blir spurt om hun synes det ble gitt nok informasjon, til henne som leder og ut til personalet.

"Ja, det ble jo hele tiden informert. Det var hele tiden informasjonsmøter. Vi fikk mailer" (informant 4).

Informant 5 som også var leder uttaler at det var flere møter med tillitsvalgte (heretter TV) og ansatte representanter. De gjennomførte samtaler med alle ansatte og hadde fellesmøter.

«Jeg mener at det var gitt god informasjon. Men det vil alltid være noen som ikke har fått med seg informasjonen. Jeg gikk rundt, hadde samtaler med alle i den perioden. Det er bestandig slik at du ikke har fått gitt god nok informasjon. Du vet når ansatte går i turnus, er ikke alle til stede på informasjonsmøtene. Det skrives referat, og jeg husker at når jeg hadde møte med tillitsvalgte var det noen som sa “det der visste vi ikke.” Men da må dere lese det som kommer ut! Da svarte de ofte "ja men det har vi jo ikke tid til"» (informant 5).

Informant 6 sier hun ikke hadde kjennskap til hvem som jobbet på den sengeposten de skulle slås sammen med. Det var vanskelig når de skulle fordele arbeidsoppgaver. De kjente ikke hverandre og hadde derfor ikke oversikt over hvem som var sykepleier, hjelpepleier eller

assistenter. De visste ikke hvilken kompetanse og kunnskap de andre hadde, og ble heller ikke informert om dette.

"Du hadde ikke en gang oversikt over hva det er det slags folk jeg jobber sammen med? Så der var det jo også veldig dårlig informasjon" (informant 6).

Både i avdeling A og avdeling B kommer viktigheten av informasjon i endringsprosesser frem. Flere informanter sier at det var god informasjon, men at det aldri blir nok informasjon. Det er vanskelig å nå alle, samtidig oppfattes informasjon forskjellig blant ansatte. Det kan tyde på at kommunikasjon av visjon eller delmål ikke har vært fokus i verken avdeling A eller avdeling B

4.4 Skape handlekraft, fjerne hindringer og generere kortsiktige gevinster.

Her har vi slått sammen Kotters femte og sjette trinn. Under dette trinnet har vi hatt mest fokus på faglighet og kompetanseheving. Videre har vi sortert følgende under dette trinnet: flytting, medvirkning, ledelse og struktur/endring. Vi har også gått inn på ansatte som ikke bidrar positivt i endringsprosessen, og at disse blir sett på som en hindring.

Kotters sjette trinn i forhold til å planlegge for kortsiktige gevinster og å eventuelt feire disse har ikke vært berørt i intervjuene, og vil følgelig heller ikke bli omtalt i empirien. Vi kommer imidlertid til å komme inn på dette i analysen.

Vi kjenner til profesjonelle utøvere i ekspertorganisasjoner hvor den faglige autonomi og kompetanse blir sett på som viktig i utøvelsen av faget. Informantene i avdeling A sier at det var vanskelig for sykepleierne å jobbe på tvers av fagområdene. Legene mente det var faglig uforsvarlig. De ville ikke gå visitt med ukjente sykepleiere som ikke hadde faglig tyngde på deres fagfelt. Som en informant uttalte:

"Man jobber jo beinhardt hele tiden for å holde det flytende, og at vi sikrer kompetansen, sikrer fagutvikling. Du må være på "høgget". Du må holde hjulene i gang. Kompetansen er jo det vi er mest redd for at vi skal miste" (informant 1).

Hun sier videre at selv om de er en avdeling er det komplekst fordi du må forholde deg til tre forskjellige fagområder og legegrupper.

Flere av informantene har nevnt at det kanskje vil være bra at noen av de ansatte som er negative i forhold til sammenslåingene slutter. Noen av de ansatte som jobbet i avdeling A sluttet av egen fri vilje. Informant 1 svarer følgende på kommentaren fra forsker om at det faktisk ikke blir bedre før de som stritter imot har sluttet: *“Nei, det er synd å si det, men sånn er det faktisk” (informant 1).*

Informant 3 mener også at ansatte som er negative bør slutte. De må på et eller annet tidspunkt bli ferdige med å stritte imot. Hun sier: *“Du kan ha en stund hvor du surker, men så må du bli ferdig med det” (informant 3).*

Rett etter sammenslåingen ble sykepleierne på avdeling B fordelt til forskjellige pasienter, også pasienter som de ikke hadde kompetanse til å ivareta. Her forteller en av informantene på avdeling B en historie om faglig forsvarlighet. Hun ble tildelt en pasient etter sammenslåingen hvor hun skulle foreta dagens målinger. Det viste seg imidlertid at pasienten hadde en tilstand som sykepleieren ikke hadde vært borti før. Hun forteller:

“Noen av de minnene jeg har som står aller sterkest i hodet, det var at jeg hadde fått tildelt pasienter husker jeg, Jeg synes det her sier litt om hvordan man gjør en sammenslåing. Heldigvis var pasienten klar og orientert ikke sant? Jeg var jo nyutdannet sykepleier, jeg visste vel ikke hva en ... var! (Forskere har utelatt navnet på tilstanden grunnet anonymisering.) Altså tenk deg, for pasienten å få en sykepleier som ikke vet hva det er. Så han sa jo “Du må ikke gjøre målinger der!” I dag så er det jo en selvfølge for meg, men det er jo ikke det. Og det er sånne minner som jeg har og det tenker jeg mye på når jeg får assistenter og får nye. Men altså det at man blir sammenslått og så blir du sendt ut til pasientene og tenk hvis pasienten ikke hadde hatt full compliance eller vært tilregnelig kanskje hadde jeg satt en veneflon i den armen. Og dette var en ting. Hvor mange andre ting var det man ikke ble opplært i eller ikke ble informert om eller hvilke kunnskaper hadde de andre?” (informant 6).

Når det gjelder fjerning av hindringer kan man samtidig se på om det er noen ansatte som man virkelig vil beholde og så ta noen grep for å bidra til at de ansatte ønsker å fortsette i jobben.

En av informantene tenkte at hun ikke orket å være i jobben sin mer. Hun satt og leste stillingsannonser da avdelingsoverlegen kom over henne og lurte på om hun også skulle

slutte. Informanten fortalte at hun ikke orket å være alene med ansvaret for pasientene fra sin opprinnelige avdeling mer. Overlegen forlangte gjennom et nytt prosjekt at det skulle opprettes en ny stilling, og at informanten skulle få den stillingen hvorpå informanten lovte at hvis hun fikk den stillingen så ville hun bli værende. *“Så sånn var det at jeg ble, for jeg fikk den stillingen” (informant 6).*

I avdeling B har de sammenfallende meninger som i avdeling A. Informant 4 mener at de ansatte må ta et valg om de ønsker å være med på sammenslåingen eller ikke. Det var noen i avdelingen som var veldig kritiske til sammenslåingen, snakket veldig høyt om dette og laget litt sur stemning i personalgruppen. Informanten mener at de stort sett klarte å “parkere” disse negative kommentarene, men den ansatte som hadde vært verst, sluttet.

Flytting

Alle informantene i avdeling A mener det ble ekstra utfordrende at den ene av de to sengepostene måtte flytte inn til den andre. Den sengeposten som flyttet inn fikk følelsen av å “være på besøk”. Man klarte ikke å etablere en felles personalgruppe eller felles pauserom. Det opplevdes som to personalgrupper i en. Først når den sammenslåtte avdelingen flyttet til ny felles lokalisasjon ble det bedre stemning.

“Men når vi ble fysisk sammenslått fungerte ikke ting optimalt, og det hadde mye med å gjøre at de fra sengepost A2 (forskeres navn på avdeling) kanskje følte at de var på besøk” (informant 1).

Hun sier videre at:

“Å flytte inn i nye lokaler som ingen har noe eieforhold til er nok ganske, altså de som flytter til noen har det ganske tøft. Om du er velkommen så er det likevel den omstillingen” (informant 1).

Informant 2 og 3 har sammenfallende erfaringer, og spesielt informant 3 gir inntrykk av at på en ny avdeling hvor alle flytter sammen, så skaper dette en følelse av at alle stiller likt.

“Det har gjort masse for miljøet at vi har fått helt nye lokaler i stedet for at det er noen som føler hele tida at de bare er der på besøk sånn at jeg synes at det har vært veldig bra” (informant 2).

“ Alle var vel egentlig enige om at når vi skulle slås sammen så var det best at alle ble flyttet til en ny plass” (informant 3).

I avdeling B har de lik erfaring som avdeling A. I endringsprosesser som dette kjennes det ekstra utfordrende å være den som flytter til de andre. Opplevelsen av manglende tilhørighet kjennes sterkt.

“ Vi hadde jo egentlig ikke lyst å flytte. Det vet jeg, det er bestandig vanskelig å være den som flytter” (informant 5).

Informant 6 sier at det føltes som at de invaderte sengepost B1 og at de syntes at det var forferdelig rotete på den avdelingen. Sengepost B2 hadde samme følelse av at de som kom fra sengepost B1 laget mye rot, og at det ble kaotisk.

Avdeling A og avdeling B erfarer begge at det er utelukkende vanskeligere i endringsprosessen å være den sengeposten som må flytte inn til en annen. At begge sengepostene i fellesskap flytter til ny lokalisasjon ved en eventuelt sammenslåing kan være medvirkende til en mer vellykket prosess.

Medvirkning

Fikk dere mulighet for å komme med innspill, fikk du medvirke når dere skulle slås sammen?

“Vi plukket ut folk slik at de kunne jobbe med ulike ting, medisinerom. En fra hver sengepost fikk jobbe i lag med medisinerommet (informant 1).

Informant 3 hadde flere verv som ansatt da de startet sammenslåingen. Vi spurte om hun eller andre ansatte var med i arbeidsgrupper eller andre fora for å delta i planlegging i forkant av flytting og sammenslåing.

“Det var vel noen som var i noen utvalg. Mye ble tatt tak i etter sammenslåingen. Det ble litt endring i forhold til vakter, så det har vært noen utvalg, men om det er bare ledere som har sittet der er jeg litt usikker på” (informant 3).

I avdeling B sier informant 4 at de hadde litt internundervisning for hverandre i forkant men at det var lite system over det.

Det var satt ned arbeidsgrupper først etter sammenslåingen.

Leder nærmest de ansatte i avdeling B sier at hennes arbeidsoppgaver i prosessen var mer å planlegge drift. Hun måtte snakke med leder på den sengeposten de skulle slås sammen med (sengepost B2), om hvordan de skulle få sammenslåingen til å fungere. Bare det med rapporter i vaktskiftet var utfordrende. De startet med å ha felles rapporter for å bli kjent med hverandres pasienter og diagnoser. De oppdaget raskt at det ikke lot seg gjøre, rapportene tok opp mot en time, noe som var alt for lenge.

“ Vi hadde vel mulighet til å uttale oss, men jeg har ikke inntrykk av at vi hadde noe vi skulle ha sagt, egentlig. Det var på en måte bestemt. Vår oppgave var mer bare å utføre og gjøre det beste ut av det” (informant 4).

Ledelse og struktur/endring

Å lede organisatoriske endringsprosesser kan være krevende. Planlegging og samarbeid vil kunne bidra til at man får en mer vellykket prosess. Våre informanter, både ledere og andre ansatte har erfart nettopp dette.

Avdeling A:

“Vi fikk to avdelingssykepleiere, og det var noe vi forlangte. Det var helt avgjørende for at vi skulle kunne få det til med ei så kompleks avdeling og så mange ansatte, så det fikk vi. Det har vært alfa og omega. Det trenger vi fortsatt” (informant 1).

Informant 2 sier at de har to ledere på den sammenslåtte avdelingen. Både ledere og ansatte samarbeider godt. I avdelingen går man over og hjelper hverandre. Noen ganger har det ene fagfeltet mye å gjøre med komplekse pasienter, da går de andre over for å hjelpe.

Avdeling B:

“Vi gikk fra å være fire sykepleieledere til å være bare en. Det sier seg selv at det var ei enorm arbeidsbelastning på den som ble igjen. Samtidig som du skal håndtere stort og smått i forbindelse med endringen” (informant 4).

“Det tar jo litt tid å bli kjent med folk, plutselig har du en haug med nye ansatte, alle med sine behov og turnuser. Vi jobbet i lag for å lage nye turnuser” (informant 4).

Informant 5 påpeker i intervjuet at dette ikke bare var en organisatorisk endringsprosess med sammenslåing av to avdelinger men også en ny organisasjonsmodell. Hun sier at sykehuset ikke hadde gode og oppdaterte rutiner for nedbemanning. Opp mot toppledelsen forsøkte de så godt de kunne å argumentere for at det ikke var mulig å spare så mye som kravene var. Det følte som om legene slapp billig unna. Det var på pleiesiden det måtte kuttes.

Det var mye motstand blant leger og sykepleiere. Det var sterke personer - uformelle ledere. Ansatte mente det var uforsvarlig med færre senger *“alt var uforsvarlig” (informant 5).*

“Vi skulle ned på antall ledere. To ble til en. Vi hadde ingen ass (assisterende leder, forskeres kommentar) og ingen fagsykepleier. Det ble få som kunne ta seg av mange ulike leder- og administrative oppgaver i endringsprosessen. Det ble umulig for sykepleielederne å klare å gjennomføre alle pålagte lederoppgaver. Jeg kjempet med nebb og klør om at vi ikke skulle gå ned på ledere i den perioden hvor vi skulle endre så mye” (informant 5).

Når informant 5 ser tilbake og tenker hva hun ville gjort annerledes i dag ville hun stått mer på for å beholde flere ledere, samt opprettholde driftsmøter på tvers av sykepleielederne og legelederne der man skulle diskutere drift, strategi og mål, og at disse skulle fungere.

Informant 6 sier at hun som ansatt så at det var vanskelig på ledersiden under sammenslåingen. Det var alt for mye for leder å gjøre. Det ble en umulig jobb. Det ble opprettet en fagstilling, men det ble lite fag og mest drift.

“Seksjonssykepleier gikk på en smell, så hun ble jo borte og så fikk vi en ny en og hun var jo bare i kort tid, fikk opplæring. Det gikk en stund så ble hun langtidssykemeldt og sluttet i stillingen” (informant 6).

Informanten uttrykker at hun mener det blir helt feil å fjerne ledere når man skal inn i endringsprosesser. Det er så pass krevende i seg selv og på bakgrunn av det vil det være ekstra viktig at man har tilstrekkelig med ledelsesressurser.

Det kan tyde på at både avdeling A og avdeling B gikk inn i endringsprosesser med kort varsel og liten tid til forberedelser.

Som vi ser i avdeling A fikk de beholde to ledere. I avdeling B ble de færre ledere noe som ga store utfordringer under prosessen. For få ledere i endringsprosesser vil selvfølgelig gi ringvirkninger til ansatte og det blir vanskelig å få prosessene gode. Som leder forventes det at du er synlig, at du ser de ansatte. Informant 1 mener at skal man få til endringer er det viktig å snakke med personalet og kartlegge kompetansen de har. Mangelen på deltagelse, informasjon, planlegging og samarbeid går igjen i både avdeling A og B. De sengeposter som har flyttet inn til en annen opplever det som ekstra belastende. Både avdeling A og avdeling B mener at de har hatt lite medvirkning.

4.5 Suksesshistorier og kulturimplementering.

I vårt siste trinn har vi slått sammen Kotters trinn sju og åtte. Fremdriften i prosessen må opprettholdes og endelig må endringen forankres i den nye avdelingens kultur.

Organisatoriske endringsprosesser kan gi ekstra utfordringer i forhold til arbeidsmiljøet, noe vi også har erfart selv. I de to avdelingene vi har studert har informantene gitt uttrykk for at arbeidsmiljøet har vært preget av de utfordringer som har vært underveis i prosessene. De kan ikke entydende si at arbeidsmiljøet har vært dårlig, men det har vært utfordringer i begge avdelinger hvor enkeltpersoner har skapt en del støy og sur stemning. Det har også vært “mobbing” av nye ansatte som kom inn underveis i prosessen. På et tidspunkt har disse utfordringene skapt negativt omdømme og problemer med rekrutteringen.

Begge avdelinger konkluderer i dag med at de har godt arbeidsmiljø. Avdeling A tror selv at de fortsatt har noe å gå på. De er ikke helt i mål når det gjelder arbeidsmiljøet, det er en kontinuerlig prosess men mange opplever miljøet som bra.

Informant 6 har nylig vært gjennom en flytting, hun ser på den som svært vellykket sett opp mot sammenslåingen for noen år siden. Forskjellen var at i den siste flytteprosessen fikk hun være med å planlegge nesten til minste detalj. Hun informerte de ansatte og de gledet seg til de skulle flytte. Hun har tro på at endringsprosesser også kan bli vellykket bare man får noe positivt inn i det.

“Skal du få en positiv personalgruppe må de nærmeste lederne være positive, og for at den nærmeste leder skal være positiv, så må jo den få være med i det som skal skje, og føle at du blir hørt. Personalet har jo masse spørsmål, og da jeg fikk være med på alle møtene så kunne jeg jo svare og så slapp det å bli masse rykter og skumle rykter. Jeg tror du kan gjøre en sammenslåing positiv, men da må folk nedenfra få være med, jeg hadde jo også verneombudet med” (informant 6).

Denne uttalelsen bekreftes også av leder over leder:

” Jeg var på sengepost og ble tatt imot av seksjonssykepleier som viste meg, full av stolthet, rundt på sengeposten hva som hadde skjedd, hvordan folk var engasjert, kompetansebygging var på plass, kvalitetsprosedyrene var på plass. Folk var ikke sykemeldt lenger og hun var veldig stolt av det. Hun var ikke stolt før. Hun kunne ikke vise fram noen ting fordi det var så splittet opp i strid og konflikt og kulturen var jo ikke der, men nå var kulturen der” (informant 7).

Vi spurte informantene om de kunne si noe om kulturen. Det var ikke alle som klarte å se sammenhenger eller svare på dette spørsmålet.

Både i avdeling A og avdeling B ser man at det har vært kulturelle utfordringer. Avdelingene som er slått sammen har hatt forskjellige kulturer.

Informant 1 i avdeling A sier at det var veldig forskjellig kultur. Den ene sengeposten ble oppfattet som veldig negativ, de hadde egne regler (dette gjaldt både leger og sykepleiere) mens den andre avdelingen hadde mer system med skrevne regler og rutiner.

Informant 3 uttaler:

“Nå har det blitt en felles kultur for det har kommet mange nye underveis. Når man har jobbet lenge på en plass og blitt glad i det og så føler du at det bare blir tatt fra deg, det er liksom en sorgprosess oppi hele frustrasjonen” (informant 3).

I avdeling B sier en av informantene:

“Ja ja ja, det er helt forskjellig kultur på de ulike avdelinger. Helt totalt forskjellig” (Informant 5).

Informanten uttaler videre at det blir slik at de du flytter til er de som eier kulturen.

Informant 6 uttaler at det var to helt forskjellige kulturer, det var også to legegrupper med vidt forskjellig kultur. I dag etter flere år konkluderer informanten med at de har en felles kultur og at de jobber godt i lag.

Når det gjelder omdømme og rekruttering nå som sammenslåingene har vært en stund og miljøene har fått satt seg uttaler ledere i både avdeling A og B følgende:

“Vi har ikke hatt noen problemer med å få besatt stillingene. Vi har veldig godt rykte utad blant studenter og høyskolen, så vi har masse søkere. Det er kanskje for at vi vinkler det slik at dette er ei veldig lærerik avdeling, vi rekrutterer til intensiv, anestesi, operasjon fordi vi har så mye spesielt. Nye som kommer synes det er spennende. Mye å lære” (informant 1).

” I sommer hadde jeg jo 6 som søkte på sommerjobb. Jeg spurte hvorfor de søkte, og da sa de at oppe på sykepleierhøgskolen gikk det rykter om at det var så godt arbeidsmiljø oppe på avdeling B, og jeg har jo flere som har vært studenter her og som så har jobbet ekstra og som har søkt seg fast jobb her. Så nå er det veldig godt arbeidsmiljø her og folk vil ikke slutte for det er så godt arbeidsmiljø” (informant 6).

Både i avdeling A og B er de enige om at det har vært utfordringer underveis. Prosessen i avdeling B har møtt større utfordringer enn i avdeling A. Selv om veien har vært lang og tung kan de i dag konkludere med at de har godt omdømme. De har et godt arbeidsmiljø i begge avdelinger og flere søkere når de har ledige stillinger. Avdeling B kan i dag med stolthet vise frem en velfungerende avdeling.

Oppsummering Funn:

Vi har følgende fem karakteristiske trekk som vi tar med oss inn i analysen for å drøfte videre.

- **Involvering av sykepleiere og god tid til planlegging ved sammenslåinger vil kunne føre til motiverte sykepleiere som bidrar positivt i endringsprosessen.**
- **For å lykkes med institusjonalisering er det viktig med god kommunikasjon og informasjon gjennom hele prosessen, samt gjøre ferdig en prosess før en ny starter.**
- **Framgang i endringsprosesser krever flere ledere og/eller aktive og dedikerte endringsagenter.**
- **For å få en institusjonalisering av kulturen i den nye avdelingen kan det være nødvendig å skifte ut ansatte og flytte sammen til nytt felles lokale.**
- **Endringsprosessen som en iterativ prosess - bidrag til teorien.**

5.0 ANALYSE

5.1 Innledning

Analysen er strukturert på bakgrunn av funnene. Vi vil under hvert funn drøfte empiri opp mot teori i forhold til problemstillingen, vi vil også dra inn egne erfaringer i drøftingen.

5.2 Involvering og tid til planlegging

Involvering av sykepleiere og god tid til planlegging ved sammenslåinger vil kunne føre til motiverte sykepleiere som bidrar positivt i endringsprosessen.

Sykepleierne vi har intervjuet peker på viktigheten av å få delta i planlegging rundt omstruktureringer og endringer som påvirker det kliniske felt og som har betydning for pasientene. Å involvere medisinskfaglig personell vil trolig gi bedre effektivitet og velfungerende løsninger for pasientene. Involvering kan også bidra til bedre samarbeid og motiverte sykepleiere i prosessen. Samlet sett mener informantene vi har intervjuet at de fikk liten mulighet til å påvirke avgjørelser. De hadde hatt noen arbeidsgrupper blant annet for å planlegge medisinerom i den sammenslåtte avdelingen, men var usikre på om TV og verneombud (heretter VO) hadde deltatt i planleggingen av selve sammenslåingen. Som en av sykepleierne uttalte: *“Vår oppgave var mer bare å utføre og gjøre det beste ut av det”*.

Crittenden og Crittenden (2008) viser til at graden av suksess når nye strategier skal implementeres vil være avhengig av de ansattes involvering og engasjement.

Ifølge Strand (2007) betegnes sykehus som ekspertorganisasjoner og medisinskfaglig personell omtales som eksperten eller den profesjonelle yrkesutøveren. Ansatte i denne type organisasjon er som regel selvstendige yrkesutøvere med høy faglig kompetanse. Den profesjonelle utøver innehar ikke bare en faglig kompetanse men også en merforståelse om pasientens opplevelse og erfaring. Det innebærer at fagpersonene forventer å bli tatt med i beslutninger som har behandlingskonsekvens for pasientene de skal behandle. Fagpersonen vil bekrefte at det er de som ser pasienten, behandler den og som observerer forløpet fra pasienten blir innlagt, starter behandling og til han reiser hjem og er ferdig behandlet. Det vil derfor for fagpersonen oppleves merkelig og ikke få ta del i viktige administrative beslutninger rundt pasientforløpet. Derfor kan det å ikke involvere sykepleieren bidra til at prosessen får et dårligere forløp da manglende involvering kan føre til demotivering av sykepleier og en sykepleier som ikke er kjent med ledelsens hensikt og forståelse av endringen.

Teorien viser til den omvendte pyramide hvor eksperten ser seg selv øverst og ledelse og administrasjon “nederst” (Mintzberg, 1998).

Medisinsk personell i ekspertorganisasjoner lar seg vanskelig lede på bakgrunn av økonomiske incentiver. Strand (2007) viser til forholdet mellom myndighet og kyndighet i ekspertorganisasjoner. Sykepleiere og leger vil være opptatte av at bakgrunnen for endringen er av hensyn til faget og pasienten som skal behandles. Ledelsen vil også være opptatt av at pasienten skal få best mulig behandling men leder har også ansvar for å holde seg innenfor gitte budsjetttrammer. Lederen vil følgelig måtte ha fokus på blant annet effektiv drift og god pasientflyt med tanke på å unngå fristbrudd.

Selv om den profesjonelle utøver har stor grad av autoritet og selvstyre i sitt daglige virke er det ikke ensbetydende med at enhver kan følge egne beslutninger. Det kreves stor grad av samarbeid mellom ledelse og de ansatte.

Som Jacobsen og Thorsvik, (2013) sier er hensikten med ledelse å arbeide for å realisere organisasjonens mål, få de ansatte til å trives og motivere dem til å yte mer. Det vil blant annet si at leder skal legge til rette for den profesjonelle utøver som er nær pasienten slik at han kan utøve faget, altså, behandle pasienten. (Strand, 2007).

Vi har selv erfart hvor viktig det er med god planlegging og delaktighet av ansatte. En av forskerne har for noen år siden vært part i sammenslåing av to sengeposter. Forarbeidet startet ca seks måneder i forkant av sammenslåingen. VO, TV og ledere valgte ut ansatte fra begge sengepostene til å delta i ulike arbeidsgrupper. De forskjellige gruppene ble gitt et mandat med tidsfrist for å planlegge felles rutiner og prosedyrer. En gruppe ble satt til å se på utstyr og inventar. Det var i tillegg en gruppe som arbeidet med turnus og vaktordninger. Det var også viktig å planlegge hvor de ulike pasientgruppene skulle ligge i forhold til hverandre i den sammenslåtte avdelingen. Denne form for medvirkning førte til at de ansatte fikk bidra med sin kompetanse og erfaring slik at vi skulle få en felles forståelse og et eierskap til en ny sammenslått sengepost.

Når det gjelder medbestemmelse i forhold til beslutninger i ulike prosesser kan det diskuteres hvor stor innvirkning ansatte eller leder på et lavt nivå i organisasjonen har på hva som bestemmes på høyere nivå. Politiske føringer og oppdragsdokumenter som kommer fra de regionale helseforetakene vil være overordnede og ikke gjenstand for diskusjon langt ned i organisasjonen. Det er ikke gitt at de ansatte har medbestemmelse i forhold til dialogavtaler som gjøres på klinikknivå. Dette er føringer som besluttes på overordnet nivå og som da kan føles som å bli *“tredd nedover”* som en av informantene sa.

En avdeling med over 40 ansatte kan ikke ta hensyn til alle ansattes ulike meninger. Beslutninger må fattes gjennom ledelse med innspill fra vernetjeneste og tillitsvalgte. Vår erfaring er at ansatte kan bli mer aktiv i forhold til TV og VO for å delta i aktuelle planer og prosesser som pågår. Det kan bidra til godt samarbeid når prosessen starter.

I 2017 forventes det i noen klinikker i UNN at dialogavtalen skal inkludere avdelings- og seksjonsnivå. Erfaringer fra tidligere år har vist at det kan være utfordrende å koordinere en fagorientert plan for en seksjon/enhet med overordnede målsetninger fra klinikknivå. Vi regner med at det med dette forventes at ansatte og ledere nærmest pasienten skal få en bedre forståelse og medvirkning i forhold til ledelsen på et høyere nivå i organisasjonen. Det er i så fall viktig at dialogavtalen blir et eget tema og redskap man eventuelt benytter aktivt og som man jobber med i personalgruppen eksempelvis på avdelingsmøter. Vi må ha en felles forståelse og et mål som vi kan strekke oss etter. Samtidig er det viktig at også ledere på toppnivå får en større forståelse for hva som skjer på nivået nærmest pasienten (Virksomhetsplanlegging i egen klinikk, ledersamling mars, 2016).

Tid til planlegging

Informantene fra begge avdelingene har hatt en oppfatning av at sammenslåingene har kommet litt "brått på". Det kunne også virke som om ledelsen hadde det travelt med å få iverksatt selve sammenslåingene, og at tiden fra avgjørelsen om sammenslåingen ble vedtatt til sengepostene skulle være flyttet sammen var uforholdsmessig kort.

Som en av informantene sa "*ting skjedde så brått, de hadde ikke fått vite noe.*" En av de andre informantene kunne fortelle at visjonen ikke var klar før selve sammenslåingen fordi de aktuelle sengepostene ble «*slått sammen så fort da de allerede var sent ute*».

Stensaker et. al (2002) fant at topplederne hadde arbeidet med endringene i lang tid før de ble delegert ned i organisasjonen for at de ansatte skulle begynne å arbeide med endringene. Dette gjorde at topplederne hadde bedre tid til å forstå og absorbere endringene enn de ansatte. Dette kan føre til at selve endringsprosessen kan oppleves av de ansatte som en prosess som skal iverksettes og skje i løpet av veldig kort tid.

Begge utsagnene fra informantene kan tyde på at opplevelsen blant ansatte nærmest pasienten er forskjellig fra forståelsen hos toppledelsen. Det er vanskelig å si noe om hvordan toppledelsen på UNN hadde forberedt disse sammenslåingene og om endringen var absorbert og forstått av de samme topplederne. Vi kan imidlertid anta at toppledelsen hadde en plan for endringene og at dette var både diskutert og gjennomtenkt på dette nivået i organisasjonen. Når de ansatte opplever at de får dårlig tid til å forberede og gjennomføre sammenslåingen, så kan det føre til at effektiviteten i avdelingen går ned. Det kan virke som om det opplevde tidspresset bidrar til at frustrasjonen blant de ansatte går opp, mens effektiviteten går ned. De ansatte kan få det så travelt med å forsøke å forberede flyttingen/sammenslåingen at viktige oppgaver blir nedprioritert noe som igjen kan føre til både feilbehandling av pasienter og økte liggedøgn på bakgrunn av dette.

5.3 Informasjon og tid til institusjonalisering

For å lykkes med institusjonalisering er det viktig med god kommunikasjon og informasjon gjennom hele prosessen, samt gjøre ferdig en prosess før en ny starter.

Våre informanter sier at de tror kommunikasjon og informasjon er noe av det viktigste for å lykkes i sammenslåinger av sengeposter. Noen av informantene beskriver at opplevelsen av å ikke få nok informasjon har vært utfordrende og noe de har kjent på gjennom hele prosessen.

Som en informant sier: *“det var forferdelig mye uro. Uroen var på grunn av mangel på informasjon”*.

Det kan virke som om det har vært en svikt i kommunikasjonen i begge endringsprosessene, noe vi kan konkludere med på bakgrunn av det sykepleierne har formidlet gjennom intervjuene. Det kan tyde på at den informasjonen som lederne hevder de har gitt ikke har blitt kommunisert på riktig måte. Det er mulig at det har blitt brukt et språk som de ansatte ikke forsto, eller så har det kanskje vært kommunisert gjennom feile kanaler.

I intervjuene kommer det frem eksempler på noe av det sykepleierne ser på som viktig informasjon. Det å vite hvem du skal jobbe sammen med og deres kompetanse og erfaring. Det er eksempler på hvor viktig det er at ansatte kan medvirke og at kommunikasjon og informasjon blir formidlet og forstått av den enkelte som er involvert i sammenslåingen. Som en av informantene sa *“Du hadde ikke en gang oversikt over hva det er slags folk jeg jobber sammen med”*. Den samme informanten fortalte en historie om den faglige forsvarligheten ved å bli tildelt en pasient som hun ikke hadde kompetanse til å ivareta. *“Altså tenk deg, for pasienten å få en sykepleier som ikke vet hva det er”*. Sykepleieren var heldig fordi pasienten var klar og orientert og kunne fortelle henne om sin tilstand, og at hun ikke måtte utføre prosedyren slik hun hadde tenkt. Informasjon om ulike diagnoser og opplæring i behandling av pasientgrupper som sykepleierne skulle ivareta burde være en selvfølge.

For å lede endringsprosesser bør en gjøre informasjonen interessant og tydelig. De avdelingene vi skriver om i oppgaven har ansatte med ulik kompetanse og alder. Interessen for informasjon vil også være forskjellig, den vil bli oppfattet og fortolket ulikt fra den enkeltes kompetanse, erfaring og interesse. Dette er hensyn man må ta høyde for om man vil nå frem. Det er viktig at avsenderen av informasjonen kjenner til mottakerens arbeidshverdag og med dette forstår å tilpasse budskapet slik at mottakeren både forstår og kan gjøre seg nytte av den (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Ved å ivareta ansatte med at informasjon blir formidlet og forstått kan institusjonalisering oppnås på et tidlig tidspunkt. I motsatt fall kan det føre til ineffektiv drift og i verste fall dårligere pasientbehandling.

En av informantene forteller at hun som leder fikk være delaktig i planlegging av en flytteprosess noen år etter sammenslåingen. Det gjorde at hun kunne informere og kommunisere ut til de ansatte hvor i prosessen de var, og hvilke tanker og planer som lå til grunn. Hun kunne trekke inn de ansatte, gjøre flyttingen til deres og dermed skape delaktighet

og engasjement blant sine ansatte. Informasjonen ble lettere å formidle, den ble oppfattet som positiv og dette smittet over på hele personalgruppen.

Kommunikasjon er ikke bare å overføre informasjon fra en kanal til en annen, den overfører også ideer, holdninger, atferd og følelser (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Vi oppfatter informasjon forskjellig, vi formidler også informasjon forskjellig ved å benytte oss av verbal og non-verbal kommunikasjon. Måten vi uttrykker oss på blir tolket av mottaker. Det kan være kroppslig, ved språk, mimikk, uttrykk og stemmebruk. Fortolkning og mening blir lagt til av mottaker og informasjon kan derfor bli oppfattet forskjellig for hvert individ. Effektiv kommunikasjon kan være når motakeren har tolket meningen med informasjonen som ble gitt i samsvar med det som var senderens intensjon (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Flere av sykepleierne kunne beskrive tiden etter sammenslåingen med en ny sengepost som tung nettopp fordi to personalgrupper som ikke kjenner hverandre fra før og som tidligere ikke har arbeidet sammen snakker forskjellig språk. Med det menes at de som arbeider sammen over tid kjenner hverandres kroppsspråk og måter å kommunisere på.

Kommunikasjon mellom kolleger som kjenner hverandre vil ofte gå lettere enn kommunikasjon som foregår mellom mennesker som ikke kjenner hverandre. Av erfaring har vi opplevd at når man har arbeidet sammen med noen over lang tid så blir en kjent med hverandres uttrykksformer som stemmebruk, mimikk og tonefall, det gjør at vi lettere forstår den andre og det den formidler via kroppsspråk. Det kan være nyttig i for eksempel akutte situasjoner da det er viktig å beholde roen samtidig som du raskt skal videreformidle informasjon til den du samarbeider med slik at en jobber effektivt uten å måtte bruke for mye tid på “snakk”.

Med utgangspunkt i det informantene sier kan det virke som at det ikke har vært kvalitetssikret at informasjonen har blitt mottatt og forstått slik det var ment fra ledernes side. På den annen side kan det hende at ledelsen har informert godt, men at sykepleierne ikke har vært mottakelige for denne informasjonen gjennom prosessen. Det kan være flere årsaker til det. Motstanden mot endringen kan ha skapt en reaksjon blant sykepleierne hvor de ubevisst har ignorert informasjonen som har kommet fra ledelsen. Det kan også hende at de har selektert ut negativ informasjon og dermed hatt fokus på den, noe som kan ha ført til at viktig og positiv informasjon ikke har blitt oppfattet. Sykepleierne kan skyldes på manglende tid for å

sette seg inn i hva som skal skje, de er ikke tilstede når informasjon blir gitt og de leser ikke mail. Noen av informantene kan ha hatt opplevelsen av å være i en informasjons “overload”, der de ikke har klart å ta inn all informasjon som har blitt kommunisert. Det har rett og slett blitt for mye informasjon på en gang. Kotter (1996) viser til at for mye informasjon lett kan drukne i all informasjon som blir kommunisert. I tillegg kan det hende at sykepleierne ikke har spilt tilbake det budskapet som de har forstått til ledelsen, og dermed har det oppstått misforståelser på bakgrunn av dårlig kommunikasjon.

Det er viktig at ledelsen sørger for at informasjonen som formidles er forstått av alle i organisasjonen. Hvis det viser seg at det er vanskelig å forstå, så må det brukes et språk som alle kan forstå (Kotter, 1996).

De to endringsprosessene som vi viser til har begge vært planlagt og styrt. Det er viktig med endringer for å utvikle seg og følge krav og endringer i markedet generelt. Ineffektiv endringsledelse vil kunne påføre den enkelte ansatte og organisasjonen unødvendig belastning (Hennestad, Revang og Stønen, 2012). Det kan tyde på at informantene ikke har vært spesielt opptatte av årsak for endring og visjonen til avdelingen. Først når en får en forståelse av noe kan man bli en del av det. Dette kan igjen gi muligheten for at den enkelte ser behovet for endring og deretter vil ønske endringen. Uansett må det jobbes med over tid gjennom kommunikasjon, informasjon og involvering. Som Hennestad et.al (2012) sier: *“vi må gjøre noe for å få det til. Ellers overlater vi utviklingen til tilfeldighetene”* (Hennestad et al. 2012, s 88).

Tid til institusjonalisering før ny endring iverksettes

Under intervjuene kom det frem at noen avdelinger hadde hatt sammenslåtte sengeposter på sommeren. En avdeling hadde tidligere vært slått sammen med annen avdeling, disse var nå adskilt og nye endringer og ny sammenslåing var gjennomført. Vi ser at mange endringer er krevende over tid, da spesielt når de ikke får etablert seg før en ny endring blir iverksatt. Som en av informantene sa: *“Roen hadde ikke fått lagt seg”*. Sykepleieren mener at det hadde vært en fordel om de hadde fått vært *“i ro”* ett eller to år til, slik at avdelingen kanskje hadde stabilisert seg så *“hadde vi mer tålt neste flytting”*.

I tillegg mener en av informantene at en ny sammenslåing ble iverksatt altfor kort tid etter den første sammenslåingen. Hun sier at de så vidt hadde flyttet inn da beskjeden om en ny sammenslåing kom, og *“til å begynne med så trodde vi det jo ikke”*.

I artikkelen “Når endringer tar overhånd” (2002) definerte forfatterne begrepet overdreven endring. Vi har valgt å kalle dette for endringstretthet. De mente at endringsprosessen kunne gi store og kompliserte utfordringer og bli uhåndterlig hvis man startet flere prosesser samtidig eller for tett. Det vil si at man startet nye endringer før den forrige endringen var ferdig implementert (Stensaker et. al, 2002).

Vi har egne erfaringer med at man ikke får tid til å gjennomføre den ene endringen før en ny iverksettes. I en avdeling som den ene av oss startet og jobbe i var det en form for resignasjon over alle endringene som ble foretatt. De ansatte hadde vært gjennom fem organisatoriske endringer på fire år. Det var endringer i organisasjonsstrukturen der sykehuset ble slått sammen med andre sykehus, for så å bli splittet opp igjen. Så fulgte det endringer i organiseringen av selve sykehuset. Så ble det innført et nytt administrativt ledd i klinikken som gjorde at de ansatte fikk lengre vei å gå for å nå klinikkjefen. Til slutt ble det en endring i forhold til hvilken klinikk avdelingen skulle tilhøre, og det ble bestemt at de skulle endre klinikktilhørighet. BOHICA var blitt et begrep i avdelingen (Stensaker et. al. 2002). De ansatte hadde prøvd å komme med innspill i forhold til prosessene som hadde blitt gjennomført, men opplevde at det ikke spilte noen rolle hva de sa eller mente siden det kom nye endringer som perler på en snor. Da det ble annonsert at det skulle komme en sjette endring var reaksjonene ganske avmålte. De ansatte bare trakk på skuldrene og sukket at alt var i grunnen som normalt – «here it comes again».

5.4 Lederkapasitet og endringsagenter

Framgang i endringsprosesser krever flere ledere og/eller aktive og dedikerte endringsagenter.

Lederkapasitet

En av informantene var veldig tydelig i intervjuet på at det var viktig å ha nok ledere når man går i gang med endringsprosesser. Hvis det var noe hun virkelig ville ha kjempet for i en ny omorganisering, så var det å ha nok ledere i prosessen som hun sa. Det er forventet at arbeidsbelastningen vil bli stor under endringer, og fokus på tilstedeværelse vil være ekstra viktig. Som en av informantene nevner var sammenslåingen av de to sengepostene bare ett av elementene i klinikkens mål. De gikk gjennom flere strukturelle og organisatoriske endringer samtidig. Det ble også innført nye systemer, alt kom på samme tid, og på toppen av det hele kuttet man i antall ledere.

Vi tenker at de fire lederne som “*simsalabim - ble til en*” som en av informantene sa, ville vært viktig å beholde for å bidra positivt inn i endringsprosessen. Presset på den ene lederen som ble stående igjen alene tenker vi må ha gjort slik at oppgaven med å både lede en sammenslått avdeling, og fronte selve endringsprosessen, ble en altfor stor oppgave. Det ble ifølge en av informantene mye for denne lederen å stå i, og hun gikk etter kort tid ut i en sykemelding.

I studien til Soki Choi (2011) fremkommer det at lederen spiller en stor rolle når det kommer til resultatet av endringsprosessen. Den klinikken der endringsprosessen ble en suksess, ifølge Choi, hadde flere ledere som både jobbet for å bygge bro mellom de to sammenslåtte klinikkene, samt at lederne involverte de ansatte og gikk foran og viste vei i prosessen. Vi tror dette er en riktig strategi for at sammenslåingen skal bli vellykket, og for at klinikken/avdelingen skal nå de mål som er satt.

Lederen kan påvirke de ansatte direkte og indirekte gjennom samhandling direkte og gjennom sin egen atferd. Her er også Kotter (1996) tydelig på at leder bør gå foran som et godt eksempel. “*Walk the talk or lead by example*” sier han i sin bok “*Leading Change*”. Direkte og indirekte ledelse (Jacobsen og Thorsvik 2013) blir svært viktig under endringsprosesser. Vi tenker spesielt på at leder må være synlig ute i praksisfeltet blant de ansatte. All form for kommunikasjon og samhandling er direkte ledelse hvor leder med sin atferd kan påvirke medarbeiderne til den riktige måten å tenke og handle på. Ved en ny organisering vil sykepleiere ha ekstra behov for en leder som kan være tydelig gjennom å styrke verdier og normer.

Erfaringsmessig ser vi at ledere har stor arbeidsbelastning og at de ofte ikke får brukt nok tid ute i praksisfeltet. Organisatoriske endringsprosesser vil trolig føre til at leder får flere og nye arbeidsoppgaver å sette seg inn i. Møteaktiviteten kan bli større, og det tilkommer nye ansatte som man skal bli kjent med. Dette kommer i tillegg til administrative arbeidsoppgaver som man er kjent med fra før.

Av egne erfaringer ser vi at leders adferd kan ha mye å si for utfallet av endringsprosesser. På eget sykehus var det en avdeling som måtte flytte lokasjon. Funksjonen skulle slås sammen til en enhet og tilbudet skulle derfor ikke være på det aktuelle sykehuset. Det var ingen av de ansatte som ønsket å flytte til den nye lokasjonen da alle hadde ansettelsesforhold ved “sitt”

sykehus. Lederen ved denne avdelingen ville miste sin jobb, men var fast bestemt på å fullføre jobben sin fram til enheten ble flyttet. Det var ingen ansatte som hadde deltatt i beslutningen om endringen, heller ikke lederen som ble den som måtte dra prosessen framover. Det ble mye støy og følelser fra de ansatte som også mente at de ville “sabotere” prosessen med å dra ned effektiviteten i den tiden som gjensto før flyttingen. Lederen sto da fram og viste de ansatte at enheten skulle være den beste avdelingen som noen gang hadde blitt lagt ned og flyttet. Det skulle leveres kvalitet til siste dag, og lederen gikk inn for å hjelpe til i det kliniske arbeidet for å vise vei og var tilgjengelig i avdelingen helt fram til flyttingen. Alle ansatte fulgte lederens forbilde og la sine følelser til side for å fortsatt levere tjenester av høy kvalitet og sørget for at effektiviteten i avdelingen gikk opp i den siste tiden før overtakelsen.

Endringsagenter

I endringsprosesser bør man tenke over om det er ansatte man ikke vil miste. Det er vanskelig å si om man skal bruke disse som endringsagenter eller om man skal gjøre de ansatte som ikke vil være med på endringen til endringsagenter. Trolig finnes det ingen fasit på hva som kan være best. Den ene sykepleieren vi intervjuet, som var den siste igjen fra sin opprinnelige sengepost, signaliserte til sin leder at hun ikke ønsket å jobbe på sengeposten mer. Lederen tok grep og fikk henne til å bli ved å “belønne” henne med ny jobb og nye oppgaver. Det er uvisst om lederen tenkte på at sykepleieren ville komme til å bli en god endringsagent, men i ettertid har det vist seg at akkurat denne sykepleieren har blitt leder for en avdeling der de ansatte virker fornøyde og trives godt. Som sykepleieren sa *“ hvordan kan de i pleien bli positiv hvis de ikke får være med på banen, og hvordan kan jeg bli positiv hvis jeg ikke blir hørt?”* Og det ble både hun og de ansatte.

Kotter sier at det må etableres en koalisjon av gode endringsledere som kan lede an i endringsprosessen, framsnakke endringen og gå foran som gode eksempler. Både Jacobsen og Thorsvik (2013) samt Martinsen (2013) har lignende teorier i forhold til viktigheten av å ha gode endringsagenter.

Det kan hende at klinikkledelsens utålmodighet etter å ta ut noe av effekten av sammenslåingen førte til at avdelingen mistet potensielle endringsagenter, samtidig kunne det oppleves som at de ville vise styrke og handlekraft ved å vise toppledelsen at klinikken klarte å spare penger ved å redusere mellomledersjiktet fra fire til en. Ifølge Kotter (1996) kan det

ses på som en kortsiktig gevinst. Utålmodigheten etter å ta ut noe av effekten av sammenslåingen kan ha vært en litt forhastet avgjørelse siden avdelingen mistet tre potensielle endringsagenter. Her ser vi at Kotters trinn 2 og trinn 6 kommer i konflikt med hverandre.

Alternativet til å ha lederne som endringsagenter kunne være å rekruttere andre ansatte med kompetanse og autoritet i miljøet til å være endringsagenter. Dette kan det tyde på ikke ble gjort i noen av disse sammenslåingene. Det kan være utfordrende å velge riktige endringsagenter i en arbeidsgruppe. Ansatte som opptrer som uformelle ledere kan også være de som vil motarbeide endringsprosesser. Det kan derfor være vanskelig for leder å gi tillit til ansatte som ikke oppleves konstruktiv i arbeidsgruppen. Disse bør være positive ansatte som kolleger ser opp til, og som sammen med leder kan dra prosessen fremover. Vi har selv erfart at det å velge endringsagenter blant velrenommerte ansatte noen ganger kan være bra. I en avdeling en av oss arbeidet ved var det spesielt en ansatt som hadde sterke meninger og synspunkter på alle avgjørelser som ble tatt. Denne ansatte var høyt respektert i kollegiet, og ble ofte satt som talsmann for de ansatte. Vedkommende var verken tillitsvalgt eller verneombud, men hadde troverdighet i arbeidsmiljøet. En stor endring skulle gjøres i avdelingen og denne ansatte ble forespurt om å lede arbeidsgruppen og dra endringen framover. Han tok fatt på oppgaven med stor iver, og fikk med seg flere andre ansatte. Denne arbeidsgruppen viste seg å være et klokt valg å opprette. Lederen av gruppen klarte å framsnakke endringen og gikk foran som et godt eksempel i forhold til å opptre slik målet for endringen var. Han viste de andre ansatte fordelene med endringen, og klarte til slutt å gjøre slik at denne endringen ble institusjonalisert i kulturen i avdelingen.

5.5 Kulturbærere

For å få en institusjonalisering av kulturen i den nye avdelingen kan det være nødvendig å skifte ut ansatte og flytte sammen til nytt felles lokale.

Ansatte som kulturbærere

En av informantene fortalte at det var noen i avdelingen som var veldig kritiske til sammenslåingen og som lagde en litt sur stemning i personalgruppen. Den som hadde vært verst sluttet og som en av de andre informantene var enig i at *“det er synd å si det, men sånn er det faktisk”* at det ikke blir bedre før de negative ansatte har sluttet.

Når en går i gang med endringsprosesser må en være forberedt på at enkelte ansatte ikke klarer å forholde seg konstruktivt til prosessen. Det kan være ansatte som rett og slett ikke ønsker å være en del av den men det kan også være ansatte som ikke aksepterer endringer som dette og som likevel ikke slutter i jobben. Disse ansatte kan bidra sterkt til at man ikke kommer videre i prosessen. Kotter (1996) viser til at ledelsen bør ta grep om slike hindringer og forsøke å fjerne disse. Flere informanter sa i løpet av intervjuene at alle ansatte burde gå i seg selv å tenke over om de ville fortsette å jobbe på den sammenslåtte avdelingen. Hvis de kom til den erkjennelsen om at de ikke ville være en del av endringen og bidra konstruktivt i kollegiet burde de vurdere å slutte. Hvis de derimot fant ut at de ville være med videre, så ville det være konstruktivt å bidra positivt inn i prosessen med å arbeide for at sammenslåingen skulle bli vellykket og i tråd med visjonen. Som en av informantene sa *“du kan ha en stund hvor du surker, men så må du bli ferdig med det”*.

Strand (2007) viser til at organisasjonskultur er en viktig faktor for suksess i organisasjonen, den bidrar til å samle de ansatte i et fellesskap blant annet for å nå bedriftens målsetting, men også for å skape tilhørighet og samhold i organisasjonen. En felles kultur bidrar til å skape orden, forutsigbarhet og mening for den enkelte. Ved å gå dypere inn og jobbe aktivt med atferd, verdier, tillit og kultur kan vi skape endringer (Strand, 2007).

Selv om omgivelsene utenfor er med på å forme avdelingens kultur vil den umiddelbare kilden for påvirkning likevel befinne seg innenfor i organisasjonen, nemlig de ansatte (Hatch, 2001).

Helse Nord (HN) definerer medarbeiderskap som følgende:

“Et forpliktende samspill som omhandler hvordan man som ansatt forholder seg til arbeidsoppgavene, arbeidsgiveren og kollegaene” (Helse Nord, Hefte kulturverdier).

Som nevnt over kan det i endringsprosesser være utfordrende å skape en felles kultur i en avdeling. Det er også vår erfaring. Det er ikke alle som bidrar til å skape en felles kultur, og disse ansatte kommer tydelig frem i miljøet. Nøytrale ansatte som lojalt forholder seg til endringer og gjør så godt de kan utmerker seg mindre da de følger forventningene. Ansatte må ansvarliggjøres i forhold til medvirkningsplikten og at alle har ansvar for kultur og arbeidsmiljø på egen arbeidsplass. Det er ikke leders ansvar alene. Det er også viktig med en tydelig leder som går foran som et godt eksempel, og viser riktig atferd, og hvordan *“vi vil ha det hos oss”* (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Det fysiske arbeidsmiljø som kulturbærer

I løpet av intervjuene kom det fram at det var utfordrende å måtte “flytte inn” til en annen sengepost. Informantene skisserte en følelse av å “være på besøk” og “invadere” den andre sengeposten. Noen av sykepleierne vi intervjuet mente at det var først når de sammen flyttet til nytt felles lokale at stemningen ble mye bedre. Dette kan ha noe å gjøre med at det i en flytteprosess vil være ansatte som i utgangspunktet ikke er positivt innstilte til selve sammenslåingen, og en “invadering” av en annen sengepost vil oppfattes som en ekstra belastning i en allerede tung prosess. Her kan vi også se en viss motstand mot å tilpasse seg andre. Det kan gi en følelse av utilstrekkelighet som kan forsterkes ved å prøve å tilpasse seg noen som allerede “bor der”. En av informantene uttrykte at det opplevdes som at det var to personalgrupper i en. Forsøket på å skape en “vi-følelse” lyktes ikke, og det var først da alle flyttet til en helt ny lokalisasjon, sammen, at alle opplevde at de stilte likt.

Som en av informantene sa hadde den ene sengeposten (før sammenslåingen) skrevne regler og klare rutiner, mens den andre sengeposten hadde mer uskrevne regler og uklare rutiner. Det kan bli utfordrende å finne en god felles plattform å jobbe ut fra når man har vært vant til ulike måter å jobbe på. En annen informant sier at de i dag, i felles avdeling, hjelper hverandre uavhengig av hvor de arbeidet før sammenslåingen. Alle svarer på “pasientklokker”, og de er ikke opptatte av hvem som “eier” pasienten. Med dette kan man si at de jobber i riktig retning i forhold til et godt samarbeid og å få institusjonalisert kulturen i avdelingen.

Jacobsen og Thorsvik (2013) viser til Scheins antagelser og fortolkninger av kultur. Her beskrives grunnleggende antagelser som selve kjernen i enhver kultur. Videre er normer, verdier og artefakter en del av det som former organisasjonskulturen. Med disse kulturelle nivå kan en forstå at tilhørighet er viktig for å skape en felles kultur (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

De aller fleste av informantene sier at det å flytte inn til en annen sengepost er særlig utfordrende. Hvis vi trekker linjer til Kotter (1996) og ser på ”innflyttingen” som et strukturelt hinder i prosessen, kan vi si at dette er noe som bør unngås i størst mulig grad. Kotter (1996) hevder at risikoen med for mange hindringer er at det kan føre til frustrerte ansatte som ikke jobber i retning av visjonen.

Jacobsen og Thorsvik, (2013) nevner flere årsaker til motstand mot endringer. Frykt for det ukjente innebærer at man må gå fra noe kjent og trygt over til noe nytt og ukjent. For mange

kan det være vanskelig å håndtere, det kan føre til tap som knyttes til hvem du er, eksempelvis anseelse i kollegiet. Sosiale bånd brytes og tap av kolleger som må slutte kan også bidra til motstand mot endringer. Kulturen er også til stede i de fysiske rom, slik som en sengepost, et vaktrom eller kontoret som man “alltid” har hatt. Disse fysiske gjenstandene, som også kalles artefakter, spiller ofte en stor rolle for de ansatte i forhold til at de representerer en kultur som de har med seg på lik linje med verdier og normer. Mange får et eierskap til eget arbeidsrom hvor de utøver sitt daglige virke. Når de så må gjøre endringer som fører til at de eksempelvis må etablere nytt kontor og få nytt vaktrom vil den sosiale orden endres og de opplever et reelt tap, noe som igjen kan føre til motstand mot endringen (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Å motivere ansatte for å lykkes tar tid. Vi har erfart at utfordringen den enkelte opplever med at det er ulike prosedyrer og rutiner mellom sengeposter som blir slått sammen kan skape misforståelser og uenigheter. Å ikke ha felles forståelse for enkle hverdagsutfordringer er med på å demotivere personalet.

Av erfaring ser vi ofte at mennesker måler seg med andre. Det kan tenkes at de som flytter inn til noen får en forsterket opplevelse av å ikke bli sett, eller hørt, og heller ikke være likestilte med de ansatte i personalgruppen som de flytter inn til.

For å etablere felles verdier, normer og forståelse i en sengepost krever det godt samarbeid over tid, hvor muligheten til å bli kjent med hverandres arbeidsmåter, etablere felles rutiner og prosedyrer er viktig. Det krever også at flere ansatte er stabile over år. For mye utskifting av ansatte vil gjøre kulturen mindre stabil. Det er de som allerede er en del av kulturen som “lærer” nye om hvordan vi gjør det “her hos oss”.

Vi tror det sjelden lar seg gjøre å slå sammen to sengeposter der de sammen får flytte til helt ny lokasjon i et allerede etablert sykehus. Det vil som regel føre til at flere enheter blir berørt og må flyttes i prosessen noe som gjør omfanget veldig stort. På eget sykehus ser vi mangelen på store nok lokaler, for få kontorer, samtalerom og undersøkelsesrom. Det er omrokeringer og det etableres felles kontorsenter for å bruke minst mulig plass til ikke-operative enheter. Da ser man at ønsket om ny felles lokasjon kan bli utfordrende å få til.

Hvis vi ser på hvor de to sammenslåtte avdelingene befinner seg i dag, så kan det virke som at resultatet av endringsprosessen har vært relativt vellykket. Informantene konkluderer med at de nå har et godt arbeidsmiljø. Det har vært en lang prosess med mange skjær i sjøen.

Gjennom hele prosessen med sammenslåingene kan det virke som informantene har hatt

kommentarer om at det har vært ting som ikke har fungert optimalt. Hvis vi ser på det siste trinnet i Kotters 8-trinns modell, så handler det om å få forankret endringen i organisasjonskulturen. Når det gjelder avdeling A, så har sammenslåingen vart i noen få år, og det kan derfor se ut som om det kan være litt for tidlig for å konkludere om sammenslåingen var vellykket på alle plan.

I avdeling B, som har vært sammenslått over noe lenger tid, og i tillegg har flyttet på nytt inn i nye lokaler, virker det som om “roen har lagt seg”. Som en av informantene sier *“Seksjonssykepleier viste meg, full av stolthet, rundt på sengeposten, hva som hadde skjedd. Nå var kulturen der.”* Dette kan tyde på at kulturen endelig har blitt implementert i avdelingen, og at de ansatte er fornøyde med hvordan det har blitt. Det har tatt tid, og avdelingen består i dag av nesten bare nye ansatte i forhold til den første sammenslåingen (over fem år tilbake i tid). Det er som sagt kun lederen som er igjen fra den opprinnelige sengepost B2. Vi ser at mye av den kompetansen som opprinnelig var i sengepost B2 har gått tapt. Noen ansatte ble sagt opp, det var også noen som sluttet underveis i prosessen. Resultatet av endringsprosessen kan se ut til å ha gått på bekostning av både menneskelige verdier og spisskompetanse. Å skape en felles kultur tar tid. Vi har selv erfart at to sengeposter som flytter sammen har hver for seg kulturelle forskjeller. Det kan variere i omfang, det er naturlig at man kjemper for den kultur, de rutiner og arbeidsmåter en er kjent med og som en føler trygghet og mestring over.

5.6 Endringsprosessen som en iterativ prosess - bidrag til teorien

Etter å ha arbeidet med denne oppgaven mener vi at organisatoriske endringsprosesser består av en kontinuerlig prosess som ikke kan følges slavisk trinn for trinn. En endringsprosess kan sees på som en iterativ prosess. Med dette mener vi at vi ikke kan se på prosessen som en trapp, men mer som et rullebånd som går kontinuerlig.

Slik vi ser det kan man ikke basere endringen på å gå trinn for trinn etter en oppskrift.

Underveis i prosessen må det hele tiden gjøres endringer, nye evalueringer og vurderinger i forhold til hvor i prosessen man befinner seg. Det kan være utfordrende å se hindringer som gjør at prosessen stopper opp. Der hindringen er identifisert kan det også by på utfordringer å justere eller fjerne disse. Dette er en prosess hvor det kontinuerlig vil være nødvendig å gå frem og tilbake mellom trinnene. Det samme gjelder mål. Det er ikke gitt at mål nås etter planen, også her kan det bli nødvendig med justeringer og endringer. I tillegg ser vi at kommunikasjon og informasjon er viktig gjennom hele prosessen, og ikke bare på ett trinn.

Vi ser i ettertid at Kotter på sin egen nettside har moderert seg i forhold til at trinnene nå presenteres som en sirkel og ikke som en trinnvis prosess. Han sier at trinnene bør gjennomføres samtidig og kontinuerlig, og presenterer sirkelen som *Accelerate's 8-Step Process (2014)*¹ (<http://www.kotterinternational.com/the-8-step-process-for-leading-change/>)

6.0 AVSLUTNING

I denne masteroppgaven har vi belyst erfaringer til sykepleiere som har deltatt i sammenslåinger av to sengeposter ved UNN. Hensikten har vært å lære av deres erfaringer for å se hva man bør ta hensyn til ved framtidige endringsprosesser. Vi har valgt å bruke en kvalitativ metode med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming for å belyse vår problemstilling. Gjennom studien og ved egne erfaringer har vi fått bekreftet at endringsprosesser kan være krevende og at det er viktig å være klar over at det er mange fallgruver som kan unngås når en skal planlegge prosessgjennomføringer.

Våre funn bekrefter i stor grad de antagelsene vi presenterte innledningsvis, og sammenfaller også i noen grad med funn gjort i andre studier, blant andre Amundsen og Kongsvik (2012) og Meyer og Stensaker (2005).

Sykepleiere vi har intervjuet har erfart at planleggingen i forkant av sammenslåingene har vært mangelfull og at de i svært liten grad har blitt involvert gjennom endringsprosessen. Informasjon og kommunikasjon har vært utfordrende. Enkelte sykepleiere har opplevd at de har fått for lite informasjon mens noen av sykepleielederne mener de har gitt tilstrekkelig informasjon. Flere endringer på kort tid har ført til at kulturen ikke har fått "satt seg" i den sammenslåtte avdelingen før en ny endring har blitt iverksatt og de ansatte har fått følelsen av å få endringene "tredd nedover" seg.

Våre funn viser at involvering av sykepleierne med deres fagkunnskap og det å bruke tid i planleggingen av sammenslåinger kan gi motiverte sykepleiere som bidrar positivt i endringsprosessen. I tillegg er det viktig med god kommunikasjon og informasjon gjennom hele prosessen.

¹ Kotter har ikke, som vi er kjent med, publisert dette.

Funnene våre viser at lederkapasiteten i avdelingen må opprettholdes eller styrkes. Ledere og dedikerte endringsagenter kan bidra til å sikre fremgang i prosessen. På denne måten kan en danne grunnlag for å jobbe mot en ny felles kultur. Institusjonalisering av endringen og organisasjonskulturen tar tid. Graden av institusjonalisering kan se ut til å være avhengig av flere faktorer. Endringen må få lov til å “sette seg” i organisasjonen og bli prøvd ut før man iverksetter nye endringer. Det kan også være nødvendig å skifte ut sykepleiere og sengepostene bør flytte til ny lokasjon sammen, i stedet for at den ene "flytter inn" til den andre. Dette kan bidra til at endringen blir institusjonalisert.

Vi ønsker at oppgaven skal komme til nytte for andre som skal i gang med endringsprosesser. Vi har selv erfaringer fra sengeposter både som ledere og sykepleiere, og vet at for å lede en endringsprosess må man tåle og stå i prosessen, og at det kan bli mange tøffe og utfordrende situasjoner som må tas tak i. Under tillater vi oss å gi en kort oppsummering med noen råd til andre som skal gjennom lignende prosesser.

Ha fokus på å utarbeide en klar og tydelig visjon. Involver og samarbeid med de ansatte. Sørg for ledelsesmessig kapasitet, motiverte endringsagenter og god kommunikasjon og informasjon gjennom hele prosessen. Vær forberedt på en smertefull prosess der man kan risikere å miste verdifull kompetanse og vær tålmodig med å vise kortsiktige gevinster.

Etter å ha arbeidet med denne oppgaven mener vi at organisatoriske endringsprosesser består av en kontinuerlig prosess som ikke kan følges slavisk trinn for trinn. Vårt bidrag til teorien er derfor at endringsprosesser bør ses på som en iterativ prosess.

Det kunne vært interessant å forsket videre på eventuelle implikasjoner for pasienter i og etter sammenslåing av sengeposter. I tillegg ville det vært interessant å undersøke effekten av sammenslåinger med tanke på økonomi og effektiv drift. Dette er imidlertid spørsmål som andre kan studere i framtidige undersøkelser.

Avslutningsvis vil vi starte som vi begynte, med en konstruert historie basert på intervjuene vi har gjort.

“Proessen fram til hvor vi er i dag har vært lang og strabasiøs. Det har nesten vært utholdelig til tider. Vi har mistet mange gode kolleger med verdifull kompetanse, ledere har

*kommet og gått, og det har vært mye støy og uro. Nå når jeg har fortalt om mine erfaringer i sammenslåingen, så slår det meg at selve avgjørelsen om sammenslåingen nok var riktig. Vi er nå en flott avdeling med fornøyde pasienter, og sykepleiere som trives. Arbeidsmiljøet er godt og vi har det generelt bra. Omdømmet vårt utad er veldig godt, og vi har ingen problemer med å rekruttere kvalifiserte sykepleiere. Jeg håper at jeg har bidratt med mine erfaringer slik at den neste endringsprosessen blir gjennomført på en bedre måte enn den vi har vært gjennom, slik at noen andre kan si: **“Jo! Nu har vi lært!”**”*

Litteraturliste

Amundsen, O. (2003). *Fortellinger om forandring: En narrativ studie av planlagt organisasjonsendring i et norsk finanskonsern*. Doktorgradsavhandling ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

Amundsen O. og Kongsvik D. (201): *Fallgruver i gjennomføring av planlagte organisasjonsendringer*. Fagbladet Økonomi & Samfunn. 1-2012

Busch T, Johnsen E & Vanebo J.O. (2003): *Endringsledelse i det offentlige*. Universitetsforlaget.

Choi S. (2011): *Radical change attempt in healthcare*. Volante Publishing

Crittenden V & Crittenden W. (2008): Building a capable organization: The eight levers of strategy implementasion. Business Horizons: 51,4.

Hagness K, Vatne M & Nordheim K. (2014): *Effektiv virksomhetsstyring*. Magma, publisert: 4/2014

Hatch M.J. (2013). *Organisasjonsteori - Moderne, Symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt Forlag.

Helse Nord: *Helse-Nords kulturverdier*. Hefte for ansatte i Helse-Nord.

Hennestad B.W & Revang. Ø. (2012): *Endringsledelse og ledelsesendring*. Universitetsforlaget

Jacobsen D.I & Thorsvik J. (2013): *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagboklaget Vigmostad og Bjørke AS.

Johannessen A, Christoffersen L & Tuft P.A. (2011): *Forskningsmetode for økonomiske-Administrative fag*. Abstrakt forlag AS.

Kotter J.P. (1996): *Leading Change*. Boston: Harvard Business School Press.

Kvale S & Brinkmann S. (2009): *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvålshaugen R & Wennes G. (2012): *Organisere og lede*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Martinsen Ø.L. (2013): *Perspektiver på ledelse*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Meyer C. og Stensaker I.G. (2005): *Hvordan organisasjoner kan utvikle endringskapasitet?* Forskningsrapport for Finansforbundet

Mintzberg H. (1998): *Covert Leadership: Notes on Managing Professionals - Knowledge Workers Respond to inspiration, not Supervision*. Harvard Business Review November/December 1998

Neset T, Bremer B, Wright E & Telle M. (2012): *Evaluering av LUO-prosjektet i Universitetssykehuset i Nord-Norge*. Oxford Research AS.

Nilsen V. (2012): *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Universitetsforlaget.

Nyeng F. (2012): *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Fagboklaget Vigmostad og Bjørke AS.

Pettersen I.J, Magnussen J, Nyland K & Bjørnenak T. (2008): *Økonomi og helse*. Cappelen Damm AS.

Røvik K. A. (2014): *Trender og translasjoner*. Universitetsforlaget

Solstad, E. (2007): *Tre sykehus – to verdener - en fusjon - en studie av reorganisering i et helseforetak*. Doktorgradsavhandling. Handelshøgskolen i Bodø.

Stensaker I. G, Falkenberg J, Meyer C. B & Haugeng A. C. (2002): *Når endringer tar overhånd*. BETA, Tidsskrift for bedriftsøkonomi #2.

Stensaker I. G. and Szumilas A. (2009): *The merger of Statoil and Hydro Oil & Energy Managin the integration process*. SNF Report No. 25/09. Institute for research in economics and business administration, Bergen.

Strand T. (2007): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Internettadresser:

Heraclitus av Ephesos: http://www.ancient.eu/Heraclitus_of_Ephesos/

Petronius: <http://www.goodreads.com/quotes/92278-we-trained-hard-but-it-seemed-that-every-time-we-were>)

Store Norske leksikon: <https://snl.no/erfaring> og <https://sml.snl.no/klinisk>

Kotter International: <http://www.kotterinternational.com/the-8-step-process-for-leading-change/>

Møter i egen klinikk:

Virksomhetsplanlegging i egen klinikk, ledersamling mars, 2016

Figurer:

Figur 1: Kotters 8 trinn til en suksessfull endring. side 13

Figur 2: Kommunikasjonsprosessen side 18

Figur 3: Forskernes 4 trinn til analysen utledet av Kotters 8 trinn side 22

Tabeller:

Tabell 1: Gjennomføring av intervju side 25

Vedlegg:

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 1

Intervjuguide:

Formålet med intervjuene er å få den enkelte respondents beskrivelse og erfaring fra fusjonsprosessen. Vi ønsker at du skal fortelle ut fra opplevelser og erfaringer du har gjort deg i prosessen du har vært en del av. Eksempler vil også være nyttig.

Opplysninger om deg selv:

- Stillingstittel?
- Hvor lenge har du arbeidet i nåværende stilling?
- Hvor lenge har du vært ansatt i foretaket?

Innledende tema:

- Når ble avdelingene fusjonert/samlokalisert?
- Hva var bakgrunnen for fusjoneringen, var det et styrevedtak, om ikke, på hvilket nivå var beslutningen tatt?
- Var du godt orientert om bakgrunnen for fusjonen? Og hvilke synspunkter hadde du til den?
- Var det noen klar visjon/mål for den sammenslåtte avdelingen?
- Hvordan vil du beskrive prosessen, fra du fikk vite om vedtaket for fusjoneringen til iverksetting/flytting?
- Hvilke forberedelser av **faglig** og eller **miljømessige** tiltak mellom avdelingene ble iverksatt før samlokalisering? Evt beskriv i korte trekk hvilke?
- Kan du med få ord beskrive den første tiden etter samlokaliseringen?

Bemanning:

- Var det tenkt at det ville bli overtallige/oppsigelser, evt var reduksjon i senger et tema?
- Hadde de ansatte som skulle samlokaliseres kjennskap til hverandre forut for fusjonen?

Spørsmål til sykepleiere:

- Var du tatt med i råd og eller forberedelser før samlokalisering ble foretatt?
- Var du godt orientert om du ville få endrede arbeidsoppgaver etter samlokaliseringen?
- Var det noen form for internundervisning/forberedelser på tvers av faggruppene i forkant?
- Er det noe i prosessen du har opplevd som vanskelig/utfordrende? Evt hva?
- Er det noe som du mener kunne blitt gjort annerledes?

Spørsmål til leder:

- Hvor lang erfaring hadde du som leder før fusjonen?
- Ble du gitt mulighet til å komme med innspill/medvirkning forut for fusjonen?
- Ble det gjort endringer i lederkabalen i forbindelse med fusjoneringen?
- Fikk du endrede arbeidsoppgaver? Evt hvordan og hva?
- Hadde fusjonen noen innvirkning på avdelingens sykefravær?
- Synes du prosessen har vært utfordrende? Evt vil du nevne hva som har vært vanskeligst?
- Hva kunne ha vært gjort annerledes?

Arbeidsmiljø/organisasjonskultur: (alle)

- Hvordan vil du beskrive arbeidsmiljøet på din avdeling?
- Har arbeidsmiljøet endret seg som følge av fusjonen?
- Har det vært satt av tid og ressurser/midler til å bygge relasjoner på tvers av personalgruppene? Hva har dere gjort?
- Kan du si noe om kulturen, før, underveis og nå?

Avslutningsvis:

- Er dere fortsatt fusjonert/samløst?
- Hvordan vil du beskrive avdelingen i dag?
- I ettertid, vil du si fusjonen var et riktig valg?
- Har du noen nøkkelord som er verdt å ta med seg til andre som skal gjennom lignende prosesser?