

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn på kandidat: Lisa Berle Haug
Carlo Markus Mortensen

De sa vi skulle se til andre!

- En studie av kunnskapsoverføring ved bygging av sykehus.

Dato: 20.06.16

Totalt antall sider: 80

Forord

Denne oppgaven er motivert med bakgrunn i ledelse innenfor spesialisthelsevesenet hvor vi er så heldig å få jobbe i det daglige. Vi har begge jobbet som ledere ved siden av vårt studie i MBA Helseledelse ved Handelshøgskolen i Bodø, Nord Universitet. Før og under studiet har vi i vårt daglige virke vært involvert i de to nye sykehusbyggeprosjektene i Vesterålen og Kirkenes. Vår veileder, Professor Inger Johanne Pettersen, har under studiet lyktes å koble oss sammen til å skrive denne masteroppgaven med de to nye sykehusbyggene som bakgrunn.

Gjennom studiet og arbeidet med denne oppgaven, sitter vi igjen med en ny og god ballast til vår videre jobb som ledere. Selve skriveprosessen har vært en krevende prosess som hadde sin spede start i november 2015. Den har gitt mange sene kveldstimer og helger, og har vært krevende både for oss som studenter og våre familier.

Når vi nå endelig setter punktum for denne oppgaven er vi ikke nødvendigvis 100% fornøyd med oppgaven, men vi er på den andre siden 100% fornøyd med at oppgaven endelig leveres fra våre hender. Punktum må på et eller annet tidspunkt settes, og som Kvale (1997) skriver avsluttes analysefasen oftere som følge av utmattelse enn fordi materialet er ferdig analysert.

Vi vil gjerne takke alle som har bidratt underveis i prosessen. Først sender vi en stor takk til våre informanter som har delt sine erfaringer med oss. En takk går også til våre arbeidsgivere som har lagt til rette for oss på best mulig måte under studiet, og gitt oss denne fantastiske muligheten til å få påfyll i vår kunnskapsbank. En stor takk går til våre familier som har oppmuntret oss, lest gjennom materialet og vært veldig overbærende under både oppgave og studie. Doktorgradsstipendiat Linn Ebeltoft Sparby fortjener å nevnes og takkes spesielt for gode innspill og korrekturlesning. Til slutt vil vi takke Professor Inger Johanne Pettersen som dyktig har veiledet oss gjennom reisen denne oppgaven har vært.

Vesterålen og Kirkenes 20.06.16

Lisa Berle Haug og Carlo Markus Mortensen

Sammendrag

Formål

Formålet med denne oppgaven er å studere kunnskapsoverføring og læring i og mellom nye sykehusbygg. For å belyse dette har vi valgt å ta for oss de to siste nye sykehusbyggene i Helse Nord, Vesterålen sykehus og Kirkenes sykehus.

Metode

Vi gjorde dokumentanalyse av nye sykehusbygg fra konkrete sykehusprosjekt. Under dokumentanalysen søkte vi etter begreper som indikerte læring, kunnskapsoverføring og erfaringsoverførsel i og mellom sykehusprosjekter. Videre foretok vi semistrukturerte intervju ved begge sykehusene med bruk av en intervjuguide. Materialet er analysert i lys av teoretiske perspektiver på læring og kunnskapsoverføring i organisasjoner. Vi har dratt særlig vekselsel på begrepene læringssirkel, fjernledelse, deltidsaktører og rammer.

Resultat

I dokumentanalysen var det lite som tydet på en strukturert tilnærming til læring i og mellom nye sykehusbygg. Intervjuene tyder imidlertid på at det til en viss grad foregår kunnskapsdeling, erfaringsutveksling og læring. Prosesser er dårlig dokumentert og informasjon tilflyter kun enkeltindivider involvert i prosjektet. Videre er det en knapphet på ressurser som gir utfordringer for kunnskapsoverføring og læring.

Diskusjon

Det foregår læring på det individuelle nivået, men mangel på struktur og tid gjør at kunnskapen forblir intern eller i beste fall overføres til et fåtall som er til stede ved muntlig overføring. Fjernledelse spiller også en rolle for kunnskapsoverføring og læring. Mange deltidsaktører bidrar til mangel på skriftlig overføring av kunnskap. Når kunnskap ikke blir tilgjengeliggjort, bidrar dette til at en ikke får en organisasjonell læring. Det skjer et brudd i læringssirkelen i det kunnskapen er ervervet og skal overføres til handling. Der stopper det gjerne opp på grunn av trange rammer som gjør at gode intensjoner eller endringer underveis ikke kan iverksettes.

Konklusjon

Det foregår erfaringsutveksling og læring på det individuelle plan. Mangel på struktur, sentrale føringer og incentiver bidrar imidlertid negativt for mulighetene for en organisasjonell læring. Det tas liten høyde for endringer og utvikling innen helsevesenet når rammer for prosjektene legges. Det bør legges rammer og føringer for det ovennevnte i fremtidige nye sykehusbygg.

Abstract

Purpose

The purpose of this study is to explore knowledge transfer and learning within and between new hospital projects. We have chosen to study the latest two hospital building projects in Helse Nord, Vesterålen Hospital and Kirkenes Hospital.

Methods

We performed an analysis of documents involved in the building process, and searched for terms that indicated learning, knowledge transfer and experience exchange. Further, we conducted semi structured interviews with informants involved in both hospital projects. The material was analyzed in the light of theoretical perspectives on learning and knowledge transfer in organizations. Especially important concepts are the learning circle, remote management, part-time actors and frames.

Result

In the document analysis, there was little evidence for a structured approach to learning within and between new hospital buildings. On the other hand, interviews suggest that learning, knowledge transfer, and experience exchange to some extent do take place. However, processes are poorly documented, and information only flows to individuals involved in the project. Furthermore, a shortage of resources provides challenges on several levels.

Discussion

Learning at the individual level do take place, but the lack of structure and time contributes to the knowledge remains within the actor, or at best is transferred to a small number of actors present at oral exchanges of information. Remote management also play a role in the transfer of knowledge and learning. A breach on the learning circle occurs when the knowledge acquired and is to be transferred into action. Many part-time actors contributes to the lack of a written transfer of knowledge. This means that we do not accomplish organizational learning as that knowledge is not being made available. Scarce resources seems to be a reason for good intentions or changes underway is not allowed.

Conclusion

Knowledge transfer, exchange of experience and learning at the individual level is taking place. However, lack of structure, guidelines and incentives seems to hinder organizational learning. Further, there seems to be taken too little account of future changes and developments in health care when projects are first developed. There should be sufficient

resources as well as guidelines for knowledge transfer within and between hospital in future hospital building projects.

How Projects Really Work (version 1.0)

Create your own cartoon at www.projectcartoon.com



How the customer explained it



How the project leader understood it



How the analyst designed it



How the programmer wrote it



How the business consultant described it



How the project was documented



What operations installed



How the customer was billed



How it was supported



What the customer really needed

Innholdsfortegnelse

Forord	i
Sammendrag	ii
Abstract.....	iii
1.0 Innledning.....	1
1.1 Valg av tema.....	1
1.2 Presiseringer og avgrensinger.....	2
1.3 Begrepsavklaring	3
1.4 Oppgavens struktur	4
2.0 Teori	5
2.1 Læring	5
2.1.1 Enkel- og dobbelkretslæring.....	5
2.1.2 Læring i organisasjoner.....	7
2.1.3 Individuell læring	8
2.1.4 Erfaringsoverføring	10
2.2 Organisasjons og endringer	11
2.5 Fjernledelse.....	14
2.6 Deltidsaktører	15
2.7 Økonomiske forhold ved sykehusbygg.....	16
2.7.1 Økonomistyring og budsjett	17
3.0 Metode.....	18
3.1 Forforståelse	18
3.2 Validitet og reliabilitet	19
3.3 Valg av metode.....	20
3.3.1 Kvalitativt forskningsintervju.....	20
3.3.2 Dokumentanalyse	21
3.4 Valg av informanter og intervjuguide	22
3.5 Gjennomføring av undersøkelsen.....	22
3.6 Vitenskapelig ståsted	23

3.7 Kritikk av metode	24
4.0 Resultat	25
4.1 Presentasjon av funn fra dokumentanalyse	25
4.1.1 Dokumenter fra Nordlandssykehuset Vesterålen	25
4.1.2 Dokumenter fra Nye Kirkenes Sykehus	26
4.1.3 Dokumenter fra Sykehuset Østfold	27
4.1.4 Oppsummering	27
4.1.5 Prosjektkostnad for Vesterålen Sykehus og Kirkenes Sykehus	28
4.2 Opplevelse av kunnskapsdeling i eget prosjekt	28
4.2.1 Lite skriftlig kunnskapsoverføring.....	28
4.2.2 Kunnskapsdeling blir ikke tatt hensyn til.....	30
4.2.3 Hvor søker informantene kunnskap	32
4.2.4 Vilje til kunnskapsdeling	33
4.3 Erfaringer med læring	33
4.3.1 Opplevelse av læringsprosessen.....	34
4.3.2 Mangel på kunnskapsdeling	34
4.3.3 Prosjektarbeid.....	36
4.3.4 Hva ville man gjort annerledes i eget prosjekt.....	38
4.4 Fjernledelse.....	39
4.5 Deltidsaktører og ressurser	41
4.5.1 Rollekonflikter.....	41
4.5.2 Ressursinnsatsen	42
4.5.3 Tretthet hos individer og i organisasjonen.....	46
4.6 Oppsummering av funn for videre diskusjon.....	48
5.0 Diskusjon	49
5.1 Brist på erfaringsoverføring og strukturerte føringer.....	49
5.2 Brist i lærings sirkelen.....	51
5.3 Distanse, et hinder?	54
5.4 Brennes lyset i begge ender?.....	56
5.5 Våre erfaringer og sykehusbygg som læringsarenaer	57
6.0 Konklusjon og implikasjoner.....	60
Litteraturliste.....	62

Vedleggsoversikt	64
Vedlegg 1: Oversikt over gjennomgåtte dokumenter	64
Vedlegg 2: Forespørsel om tillatelse til å intervju	66
Vedlegg 3: Kvittering NSD	67
Vedlegg 4: Intervjustatistikk	68
Vedlegg 5: Samtykkeskjema i forbindelse med dybdeintervju	69
Vedlegg 6: Intervjuguide - Læring i organisasjoner	70

1.0 Innledning

Formålet med denne oppgaven er å studere læring i og mellom nye sykehusbygg. Vi har valgt å ta for oss de to nye sykehusbyggene i Helse Nord. Vesterålen sykehus stod ferdig og ble tatt i bruk i 2014. Nye Kirkenes sykehus er nå under bygging og i slutfasen av organisasjonsutvikling, og skal etter planen tas i bruk i april 2017. Vi jobber begge som ledere ved henholdsvis Nordlandssykehuset Vesterålen og Finnmarkssykehuset Kirkenes. Dette gjør at vi sitter nært og har roller ved disse prosjektene. Med det som bakteppe har vi opplevd vi at det er mangler i prosjektene som vi ikke helt har klart å sette fingeren på, og som har gjort at vi ønsker å belyse dette nærmere. Ved diskusjoner oss imellom i den tidlige fasen av vår forskning har vi kommet frem til at vi opplever at det er en mangel på struktur i læringen innad i prosjektene. Vi har begge sittet på møter som har mer preg av idédugnad, enn planmessig tilnærming til når det skal utveksles erfaringer internt eller hentes læring fra andre aktører.

1.1 Valg av tema

Sykehuset er en offentlig eid tjenesteprodusent som skaper verdier i samfunnet i form av helsetjenester. I et samfunn der innovasjon, endring og omstilling blir stadig viktigere, øker også interessen for hvordan læring skjer i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2014). Det har de seinere årene vært gjennomført en rekke reformer, lovendringer, endringer i organisering og økonomiske rammer. Samtidig er mange av våre sykehus blitt modne for utskiftninger. Det ses i den sammenheng på hvordan man kan bygge effektive bygg, som er tilpasset dagens helsevesen. I den forbindelse tvinger det også seg frem nye måter å organisere sykehusene.

Vi vil i denne oppgaven studere de to siste nye sykehusbyggene i Helse Nord. Vi ønsker å utforske i hvilken grad de forskjellige prosjektene har dratt nytte av andre og hverandre, og om de har benyttet seg av de læringseffektene det er i å se til hverandre. Vi har i liten grad funnet andre studier på dette området, og vi mener derfor det vil være interessant også for leseren å se om de funn vi gjør kan bidra til mer strukturerte tilnærming til læring i nye sykehusbygg. Vår hypotese er at det i liten grad er samlet en strukturert måte på hvordan læring kan overføres fra et prosjekt til et annet. Med bakgrunn i kunnskap om kunnskapsorganisasjoner, endringer og de utfordringer det medfører, vil det for oss være interessant å undersøke om det er suksesskriterier i prosesser som er gjort og hvordan vi bedre

kan lære av det som er overførbart. Vi vil også vise til etableringen av det nasjonale kompetansesenteret Sykehusbygg HF som har alle fire helseregioner som eier for å underbygge aktualiteten av denne oppgaven, hvor man på nasjonalt nivå har sett at det er behov for et kompetansemiljø i etableringen av nye sykehusbygg i Norge. Vi vil knytte våre funn opp mot relevant teori fra helseledelse for å belyse tema og problemstilling.

Vi har derfor utviklet følgende problemstilling:

Hvilke utfordringer finnes ved erfaringsutveksling og læring i og mellom sykehus i helseforetak i forbindelse med nye sykehusbygg?

Vi har i forbindelse med vår studie utviklet et forskningsspørsmål som går mer direkte inn på konteksten vi forsker i:

Hvordan foregår erfaringsutveksling og læring i og mellom nye sykehusbygg i Helse Nord, spesifikt ved lokalsykehusene i Vesterålen og Kirkenes?

Vi vil videre i denne oppgaven studere hvordan vi i helsevesenet kan bruke tidligere erfaringer inn mot nye sykehusbygg, og hvordan bevissthet rundt læring og erfaringsutveksling kan være faktorer for å samle tidligere erfaringer og suksesskriterier. Med bakgrunn i vår nærhet til forskningsfeltet stiller vi oss i forkant av vår studie spørsmål om sentrale beslutningstakere i disse prosjektene har tilstrekkelig grunnlagsinformasjon i forkant av beslutninger, og om læring og erfaringsutveksling er en del av det som danner dette grunnlaget. Vårt utgangspunkt for dette er vår antakelse om at det ved oppstart i slike prosjekter ikke foreligger noen overordnet strategi for læring. Avslutningsvis vil vi i denne oppgaven presentere forslag til hvordan man kan ha en strukturert tilnærming til læring ved nye sykehusbygg. Vi vil i oppgaven utforske med utgangspunkt i teori og empiri hvordan tidligere nye sykehusbygg har dratt læring av hverandre, og om det er systematisert læring.

1.2 Presiseringer og avgrensinger

Vår studie omfatter lokalsykehus i Helse Nord. Vi har i denne oppgaven studert to nye sykehusbyggeprosjekter. Vi vil derfor ikke gå inn på sykehusreformer, samhandlingsreformer, medisinsk utvikling eller medisinskteknisk utvikling og deres påvirkning på dagens organisering og betydning for organisasjonens struktur og kultur selv om det er faktorer som påvirker de nye byggene. Vi vil likevel komme inn på temaet i oppgaven der hvor det er naturlig, men vil ikke gi utførende teoretisk beskrivelse av dette.

Vi vil i oppgaven ikke komme inn på aktører som ikke har en direkte tilknytning til de organisasjoner vi forsker i. Vi vil likevel nevne kontraktører og lignende der det er naturlig, men kan ikke gå detaljert inn på dette. Vi har i denne oppgaven ikke studert prosjektprosessene, men informantenes opplevelse og erfaringer av å være aktører i dette. Det er i oppgaven informantenes opplevelse og tolkning som kommer frem.

1.3 Begrepsavklaring

Læring - en prosess der mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap, og endrer sin adferd på grunnlag av denne kunnskapen. Læring brukes om det man tar til seg av kunnskap eller ferdigheter, som mentale læringsprosesser hos det enkelte individ eller som synonymt med undervisning. Læring handler om bevisste eller ubevisste endringsprosesser. Viser til kapittel 2.1 læring.

Erfaringsoverføring – Overførsel av kunnskap mellom individer og organisasjoner. Erfaringsoverføring løser kunnskap som er lært fra et prosjekt med den hensikt å bruke det i den nåværende eller fremtidig prosjekt (Nettport.com.). Viser til kapittel 2.1.4.

Sykehusbygg – Bygging av sykehus i Vesterålen og Kirkenes.

Utfordring – Noe som krever kamp, hardt arbeid (for å overvinne) (Norsk ordbok) Vi bruker i denne oppgaven ordet utfordring synonymt med *noe å bryne seg på* (Synonymordboka.no), og legger selv i det begrepet at det er et problem som krever en innsats for å løses.

Helseforetak – Helseforetak, samlebetegnelse på regionale helseforetak (RHF) og helseforetak (HF), opprettet etter at staten tok over ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene 1. januar 2002. Det er staten gjennom Helse- og omsorgsdepartementet som står som eier av de regionale helseforetakene. Videre er det staten gjennom de regionale helseforetakene som eier helseforetakene. De regionale helseforetakene har et styre utpekt av departementet, og helseforetakene har et styre utpekt av de regionale helseforetakene. Helseforetaksloven krever at både regionale helseforetak og helseforetak ledes av et styre og en daglig leder (Store medisinske leksikon). I vår oppgave er det Finnmarkssykehuset HF og Nordlandssykehuset HF som er utvalgsriteriet for studien.

1.4 Oppgavens struktur

Denne oppgaven er delt inn i 6 deler. Etter en innledende introduksjon har vi valgt å beskrive tema og problemstilling for oppgaven.

I andre kapittel presenteres teori, og vi behandler begrepene læring, organisasjonsstruktur og organisasjonskultur, transformasjonsledelse, fjernledelse, deltidsaktører og økonomi. Disse teoretiske beskrivelsene vil bidra til å belyse tematikken i oppgaven.

Metoden for oppgaven beskrives i kapittel 3, og vi presenterer de valg som er gjort med hensyn til forskningsdesign og datainnsamling. Ved dybdeintervju av sentrale personer i de to sykehusprosjektene i Vesterålen og Kirkenes vil vi gjøre en semistrukturert tilnærming til dette. Vi har også gjort et utvalg av dokumenter der vi analyserer prosjektrapporter og styresaker fra de to nye sykehusprosjektene for å se om vi der kan gjenfinne noen form for læring og erfaringsoverføring fra forutgående prosjekter. I tillegg har vi gjennomgått dokumenter fra Sykehuset Østfold for å dra inn et perspektiv på hva som er gjort tidligere ved andre nye sykehus.

Vi går deretter over til resultat i kapittel 4 hvor vi setter helseforetakene inn som forskningskontekst, og beskriver funnene vi har gjort ved dokumentanalysen. Videre har vi samlet de empiriske funnene fra intervjuene.

Deretter analyserer vi de funnene sammen med egne erfaringer og teorien i kapittel 5, og dette danner tyngden bak analysen i oppgaven.

Avslutningsvis i kapittel 6 kommer en kort oppsummering og konklusjon hvor vi forsøker å samle de løse trådene. Vi reflekterer rundt de funn vi har gjort, og om det er mulig å trekke noen konklusjoner på hele eller deler av funn i forhold til problemstillingen.

2.0 Teori

Vi vil i dette kapittelet redegjøre for de teorier vi benytter for å belyse vårt forskningsspørsmål og problemstilling. Teorien som presenteres knytter vi opp mot de funn vi har gjort i datainnsamlingen, for på den måten å ha gode teoretiske referanser til å kunne diskutere de funnene vi har gjort. Vi velger også å ta med teori som virksomhetsstyring og økonomi for å belyse konteksten og størrelse på de de nye sykehusprosjektene vi studerer.

2.1 Læring

Læring brukes om det man tar til seg av kunnskap eller ferdigheter, som mentale læringsprosesser hos det enkelte individ eller som synonymt med undervisning. Læring handler om bevisste eller ubevisste endringsprosesser. Det finnes flere definisjoner av læring, men det meste av litteratur knytter begrepet opp mot forandring av adferd. Felles for litteratur om læring knyttes begrepet læring til en kunnskaps- og en handlingskomponent. Jacobsen & Thorsvik definerer læring som en prosess der mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap, og endrer sin adferd på grunnlag av denne kunnskapen (Jacobsen & Thorsvik, 2014).

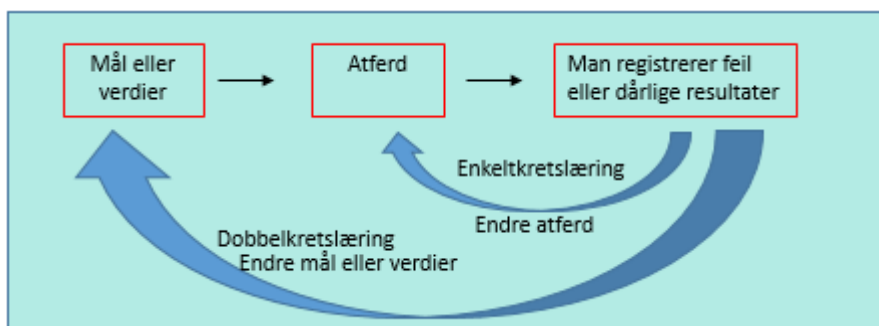
For at organisasjoner skal kunne være konkurransedyktige må de tilpasse seg omgivelsene som har blitt mer komplekse og turbulente. For å skaffe seg legitimitet må organisasjonene stadig tilpasse seg nye krav og forventninger. Skal en organisasjon klare å fange opp og analysere endringer må de ha evne til å tilpasse seg planlagt og bevisst. En må finne ut hva konsekvensene av endringer blir, og kan på den måten tilpasse organisasjonens mål og strategier, kultur, struktur og maktforhold til nye forutsetninger. Læring betyr at organisasjoner bygger opp en kunnskapsbase. I vår tid blir produksjon av varer og tjenester stadig mer kunnskapsintensiv. Dermed blir det stadig viktigere at organisasjonen evner å tilegne seg kunnskap og utnytte den. Organisasjoner er i stadig endring, både planlagt og tilfeldig. Hvis endringen skal være planlagt må organisasjonen være i stand til å lære. Man må alltid måle og vurdere hva man oppnår. Deretter må man endre for å gjøre ting bedre. (Jacobsen & Thorsvik, 2014. s. 253).

2.1.1 Enkel- og dobbelkretslæring

Jacobsen & Thorsvik (2014) påpeker at selv om definisjonen av «læring i organisasjoner» er ulike, har alle til felles at de inneholder både en kunnskaps- og en handlingskomponent. I de

fleste definisjoner av læring er det en prosess som fører til at man endrer praksis. Chris Argyris har sammen med kollegaer utviklet en læringsteori som skal få oss til å stille spørsmål og identifisere hva man egentlig lærer, og hva som skal til for at en organisasjon kan beskrives som lærende. Den tradisjonelle tenkingen omkring læring er at vi motiveres av mål, og at vi forsøker å endre adferd ut i fra tidligere erfaringer. I Argyris' teori er det også et premiss at all intendert adferd er motivert av noe vi ønsker å oppnå. Argyris ble opptatt av å utvikle en teori som beskriver læringen som finner sted når man blir flink til å gjøre noe, og deretter begynner å tvile på om læringen gir de resultatene man egentlig ønsker. Spørsmålet om læring blir dermed ikke bare knyttet til hvordan man kan gjøre ting bedre, men også knyttet til spørsmålet: hvorfor skal man gjøre ting bedre? Man forskyver fokuset fra at man er opptatt av hvordan man skal gjøre ting bedre, til å stille spørsmål ved selve målet og vurdere situasjonen på nytt.

Argyris' teori viser at «hvordan-læring» er en helt annen type læring enn «hvorfor-læring». Han navngir disse to formene for læring «enkelkretslæring» og «dobbelkretslæring». I figuren under er forskjellen illustrert.



Figur 2.1 Enkelkretslæring og dobbelkretslæring

I enkelkretslæring er det målene eller verdien som styrer adferden. Man stiller ikke spørsmål ved om det er dette man virkelig ønsker, men er bare opptatt av å forbedre adferden. I denne formen for læring ligger det implisitt at man overhodet ikke stiller moralske eller etiske spørsmål. Man tar for gitt at det man streber etter å oppnå, er både riktig og viktig. Enkelkretslæring er den mest utbredte typen læring og holdning. Argyris påpeker at de fleste organisasjoner praktiserer enkelkretslæring. Resultatet av det er at organisasjoner foretar justeringer først når problemet har oppstått og man er nødt til å handle. På denne måten skaper man ikke lærende organisasjoner, man tilfører ikke ny kunnskap, men heller småjusteringer og brannslukning innenfor eksisterende kunnskap. Et eksempel for å forklare

enkelhetslæring er termostaten. Når den oppdager at rommet er for varmt, slår den av ovnen. Når den oppdager at rommet er for kaldt slår ovnen seg på igjen. Den opererer kun i én modus, termostatens reaksjon er automatisk og det forekommer ingen eller lite læring, og det er heller ikke nødvendig med innsikt for å starte den. Flere forskere hevder at medlemmer i organisasjoner etablerer strategier, retningslinjer og prosedyrer, for deretter å bruke tiden til å oppdage og korrigere avvik fra «reglene».

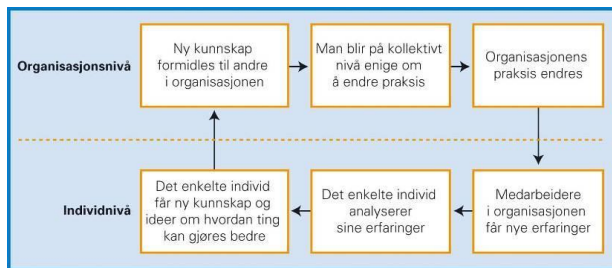
Det som kjennetegner dobbelkretslæring er at man over tid erfarer at resultatene som man oppnår, ikke innfrir det man ønsker. På den måten begynner man å stille spørsmål ved om hvorfor det man gjør, virker mot sin hensikt. Kan det være at de mål og verdier som ligger til grunn for måten man jobber på, ikke er de mål og verdier man ønsker å oppnå? Argyris mener at målet må være å ha dobbelkretslæring tilstede for å skape en læringskultur i en organisasjon. Slik at man vurderer og endrer grunnleggende verdier og antagelser. I denne læringsformen er medarbeiderne i stand til å reflektere over om «reglene» selv bør endres, og ikke bare hvorfor et avvik har oppstått. I dobbelkretslæring kreves det kreativitet og evnen til kritisk tenkning. Effektiv dobbelkretslæring er ikke basert på folks følelser. Denne typen læring hjelper medarbeidere å forstå hvorfor en bestemt løsning fungerer bedre enn en annen for å løse et problem eller oppnå et mål. Den viktigste forskjellen mellom enkeltkretslæring og dobbelkretslæring er viljen til konstant å vurdere og stille spørsmål ved de mål og verdier man setter seg. Argyris argumenterer med at man bør legge vekt på tre ting for å utvikle evnen til å lære (Jacobsen og Thorsvik, 2014):

- Legge vekt på å få så «sann» informasjon som mulig.
- Legge vekt på at valg av handlingsalternativ skal være basert på kunnskap.
- Man bør kontinuerlig vurdere konsekvensene av de handlinger man gjør, og stille spørsmål om det er dette man egentlig ønsker

2.1.2 Læring i organisasjoner

Læring i organisasjoner skjer både på individnivå og organisasjonsnivå. Læringen i organisasjoner begynner med at individer i organisasjonen får ny kunnskap og nye ideer om hvordan noe kan gjøre annerledes. Det enkelte individet analyserer sine erfaringer, for deretter å formidle den nye kunnskapen til andre i organisasjonen. På denne måten oppnås en kollektiv læring og man kan i fellesskap bli enige om å endre praksis. Som en konsekvens av at medarbeiderne får ny kunnskap og erfaring vil organisasjonens praksis endres. Forutsetningen for organisatorisk læring er at de enkelte individer i organisasjonen lærer, og

at læringen spres til andre i organisasjonen. Etter at organisasjonen har utviklet og iverksatt tiltak på bakgrunn av ny kunnskap, må tiltakene evalueres med tanke på hvor god eller dårlig løsningen var. Jakobsen og Thorsvik (2014) illustrerer denne måten å jobbe på i en læringssirkel.



Figur 2.2 Læringssirkelen – sammenheng mellom læring på individ- og organisasjonsnivå.

Intern læring er nøkkelbetingelser for læring i organisasjoner. Organisatorisk læring innebærer at flere mennesker i organisasjonen lærer, og at organisasjonen handler på grunnlag av den nye kunnskapen som er tilegnet. Når det er flere individer, ikke bare et, kompliseres læringsprosessen (Jakobsen og Thorsvik, 2014).

2.1.3 Individuell læring

Læring foregår både på individ- og organisasjonsnivå, og har en kunnskaps- og handlingskomponent. Innenfor individuell læring omfattes både formell og uformell læring.

Læring pågår i alle livets faser, og en viktig del av livet er å kunne lære av egne erfaringer. Læringen foregår i relasjoner til andre personer, institusjoner og organisasjoner. Vi lærer alene og sammen med andre. Erfaringslæring er helt enkelt forståelsen av at vi lærer fra opplevelser og erfaringer på samme måte som fra lesing av bøker eller ved å høre på forelesninger e.l. Men erfaringslæring er ikke nødvendigvis noe som skjer automatisk. Man må selv være aktiv og reflektere over hva man har gjort i praksis. Erfaringslæring er en prosess, ikke en oppsamling av fakta. Man må klare å se konsekvensene av en handling etter den er utført. Erfaringslæringsprosessen starter altså med det den tradisjonelle læringen vanligvis slutter med en selvstendig handling.

Erfaringslæringen er en kontinuerlig læringsprosess det mange elementer er knyttet sammen i en læringssirkel. Sirkelen består av ulike faser. Som ved læring i organisasjoner, må man også ved individuell læring sette seg mål og utvikle planer, iverksette tiltak gjennom handlingsplaner, vurdere, og reflektere over det som faktisk skjer og kunne foreta nødvendige

korrigeringer. Forskeren David A. Kolb har utviklet en enkel modell for å illustrere grunnpilarene i erfarings basert læring.



Figur 2.3 Kolbs lærings sirkel med 4 elementer

Tankegangen i modellen er at læringen er en runddans gjennom faser, og at denne bevegelsen er en kontinuerlig prosess. Kolbs modell for erfaringslæring anskueliggjør overgangen fra erfaring til læring (Kolb, 1984).

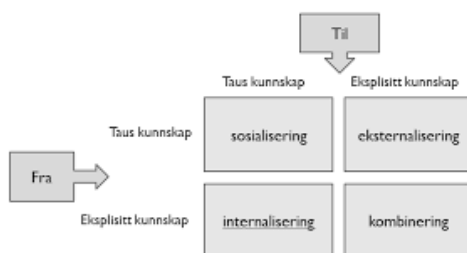
Første elementer I Kolbs lærings sirkel er konkret erfaring, vi erfarer verden gjennom egne sanser. Her omhandles både konkrete handlinger vi utøver i en gitt situasjon og følgene vi straks ser eller opplever som resultat av handlingen. Det andre elementet omhandler hvordan vi på en bevisst og konstruktiv måte prøver ut nye måter å løse problemer på. Ved å observere og beskrive meningen med ideer og situasjoner, klarer vi å forstå dem. Vi lærer at sannsynligheten for at de samme reaksjonene vil gjenta seg hvis vi handler på samme måte en gang til. I det tredje elementet etableres abstrakte begreper eller generalisering. Observasjon og refleksjon fører til danning av begreper og generalisering ved å bruke logikk og ideer, som igjen fører til at hypoteser prøves ut i fremtidig handling. Her kan man spørre seg selv om det finnes noen bakenforliggende prinsipp for sammenhengen mellom handling og registrert effekt. Fjerde element viser fremtidige handlinger og utprøving i nye situasjoner. Modellen til Kolb viser hvordan praktisk erfaring gir refleksjon, som videre fører til grunnlag for teori og utprøving, som igjen gir grunnlag for praktisk erfaring osv. (Kolb, 1984).

Kolb uttrykker at samtlige elementer kan innlede sirkelen. Man kan forstå den som en åpen sirkel. Sirkelen gjentar seg stadig, men modifiseres som regel etter siste «runde». Læringen blir derfor en vedvarende prosess med omlæring og omskolering. I Kolbs teoritradisjon ses læring og problemløsning som gjensidige størrelser. Problemløsning uttrykker det aktive elementet læringsprosessen er forankret i. Man forutsetter i erfaringslæring at egen og andres adferd og opplevelser gjennomgår systematiske observasjoner det slutninger trekkes og

spørsmål stilles. Kombinerer man egenskapene ved læring og problemløsning og forstår disse som en del av samme prosess, vil man bedre forstå hvordan vi fra hukommelsen trekker frem erfaringer som kjennetegnes ved begreper, regler og prinsipper og deretter bruker disse som retningslinjer i nye situasjoner. På samme måte omdanner vi ofte begrepene, reglene og prosessene slik at de skal passe bedre. Dette er både en aktiv og en passiv prosess, samtidig som den også både er konkret og abstrakt (Kolb,1984).

2.1.4 Erfaringsoverføring

I organisasjoner skjer mye læring kun hos det enkelte individ. Kunnskapen er skjult for andre enn den som innehar den. Slik kunnskap kalles taus kunnskap. Kunnskapsdelingen er en forutsetning for at det skal foregå læring i organisasjoner. Kunnskapsdeling handler om reaksjonen mellom personene kunnskapen skal overføres mellom og kunnskapen. Taus kunnskap er den enkeltes erfaringer som har utviklet over tid, ting som man bare vet, men ikke klarer å sette ord på eller formidle til andre. I definisjonen av taus kunnskap er det ikke uvanlig at den enkelte verken er seg bevisst eller reflekterer over at man har slik kunnskap. I kontrast til taus kunnskap står eksplisitt kunnskap, det vil si erfaringer og forhold som man kan sette ord på, og som ofte preger samtaler og diskusjoner blant ansatte omkring arbeidsoppgaver, utfordringer og muligheter som man ser for organisasjonen. Eksplisitt kunnskap nedfelles ofte skriftlig og settes i system i form av strukturer, rutiner og prosedyrer. Den viktigste forutsetningen for å utvikle lærende organisasjoner er å avdekke og formulere den tause kunnskapen. Dernest må denne informasjonen gjøres tilgjengelig for flere, slik at den kan testes ut å bli praktisk nytte for hele organisasjonen. Jakobsen og Thorsvik illustrerer gjennom figuren nedenfor hvordan Nonaka har analysert hva forholdet mellom henholdsvis taus og eksplisitt kunnskap i organisasjonen kan bety for læring i organisasjoner, og ender opp med 4 former for læring som i varierende grad kan prege organisasjoner (Jacobsen og Thorsvik, 2014).



Figur 2.4 Fire ulike former for læring

1. Sosialisering - Fra taus til taus kunnskap

Kunnskapen kan bli spredd uten at de bevisst forsøker å overføre kunnskapen. To nøkkelord vil her være observasjon og lære av hverandre, f.eks. to kolleger. Forutsetter fysisk nærhet.

2. Eksternalisering - Fra taus til eksplisitt kunnskap

Den tause kunnskapen blir gjort tilgjengelig enten i muntlig form eller nedfelt skriftlig, slik at den kan læres bort. Individkunnskapen blir gjort tilgjengelig og man kan vurdere denne type kunnskap. F.eks. at en fremragende ansatt forklarer hemmelighet bak suksessen, altså hvordan han jobber osv. og formidler videre.

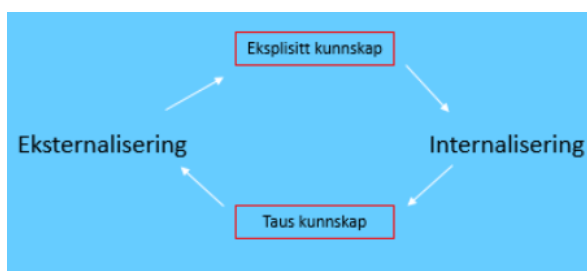
3. Kombinering - Fra eksplisitt kunnskap til eksplisitt kunnskap

Her systematiseres kunnskap som allerede er tilgjengelig i organisasjonen. Vi kan forstå dette som utvikling og forbedring.

4. Internalisering - Fra eksplisitt til taus kunnskap

Her blir eksplisitt kunnskap tatt i bruk av flere ansatte i organisasjonen, og som tilpasser og omdanner denne kunnskapen om til egen taus kunnskap. For eksempel en lærer som forsøker ulike undervisningsmetoder, men at hennes tause kunnskap vil virke inn på opplegget.

Det er punkt 2 og 4 som har størst potensiale i organisasjoner. Hvis man klarer å stimulere til slik læring, vil taus og eksplisitt kunnskap forsterke hverandre i en læringsspiral. Det betyr at organisasjoner, for å fremme gode læringsprosesser blant ansatte, både må lage systemer som bidrar til at taus kunnskap blir formulert og gjort eksplisitt, og systemer som bidrar til at eksplisitt kunnskap blir tatt i bruk og blir en integrert del av de ansattes tause kunnskap (Jacobsen og Thorsvik, 2014).



Figur 2.5 Hvordan taus og eksplisitt kunnskap kan forsterke hverandre

2.2 Organisasjons og endringer

Et helhetlig perspektiv på organisasjoner sier noe om hva som kjennetegner organisasjoner, og hvordan organisasjonsstrukturen definerer hvordan arbeidsoppgaver skal fordeles og hvordan beslutningsmyndighet er fordelt mellom medarbeidere og ledere. Ved å definere

organisasjonsstrukturen setter vi fokus på hvordan vi kan utforme organisasjonen for å realisere organisasjonens mål, og hvordan vi kan tenke systematisk omkring arbeidsdeling og spesialisering, og hvordan dette kan fremme kompetanse og ytelsesevne. Ved å sette fokus på dette søker vi å finne hvilke koordineringsmekanismer som vil være mest hensiktsmessig for å realisere målene, og hvilke effekter dette har på atferd.

Organisasjonsstrukturen gir organisasjonen dens form, samtidig som den angir hvilke krav som formelt stilles til alle dens medlemmer. Hovedhensikten er å påvirke adferd i spesiell retning, selv om det ikke alltid er samsvar med hensikt og hva som faktisk skjer. Organisasjoner er bygd opp av mennesker, og er sosiale systemer. Dermed forekommer det brister mellom formelle forventninger og hva som faktisk skjer. Dernest er det ikke alltid slik at formell makt og innflytelse i en organisasjon følger den hierarkiske strukturen. Makt kan være fundert i andre elementer slik som fagkunnskap, informasjon og personlige egenskaper (Jacobsen og Thorsvik, 2014).

Det eneste som skiller organisasjonskultur som fenomen fra mer generell kultur er at den utvikles innenfor organisasjonsmessig sammenheng. Organisasjonskultur kan ha sterke effekter på adferden til medlemmer i organisasjonen. I all hovedsak er der fem generelle effekter på adferd vi ser; Tilhørighet og fellesskap, Motivasjon, Tillit, Samarbeid og koordinering og Styring. Organisasjonskultur har et eksplisitt fokus på opplevelse, tanker og meninger som er felles for flere personer i en bestemt sosial sammenheng og bygger på grunnleggende antakelser om normer og verdier i en gitt gruppe.

Organisasjonskultur kan gi grunnlag for sosialt fellesskap, og gi en følelse av tilhørighet som er viktig for den enkelte. Dette kan gi den enkelte trygghetsfølelse, der man er med i en gruppe der mennesker tenker og handler relativt likt. Slikt fellesskap er en viktig faktor for å skape trivsel, og mange definerer seg ut fra hvor man jobber og hva man jobber med. Dette skaper lojalitet til organisasjonen, og slår positivt ut med stabilitet i arbeidsforholdet. Skaper man en sterk organisasjonskultur som ansatte identifiserer seg i, og et sosialt fellesskap, kan dette virke motiverende for den enkelte. Gjennom sosialisering i fellesskapet kan det skapes motivasjon for å yte mot satte mål og verdier, og den enkelte får en følelse av å jobbe mot noe større som går ut over en selv. Et mål som er større enn en selv har vist seg å ha sterk motiverende effekt.

Når en sterk kultur er etablert, desto større tillit er det mellom leder og ansatt, og de ansatte seg imellom. Der vil oppstå et mindre kontrollbehov, og tilliten vil fungere som et substitutt for informasjon og administrativ kontroll. Tillit er basis for å fordele handlefrihet og skaper dermed fleksibilitet i organisasjonen. Sist men ikke minst vil organisasjonen bli mer mottakelig for å fornye seg organisasjonsmessig. Forutsetninger for tillit i en organisasjon er at man har en sterk fellesskapskultur og at ansatte verdsetter lojalitet, ærlighet og pålitelighet. Slikt tar lang tid å bygge, og er ofte et resultat av samhandling over tid.

Alt dette medvirker til at samarbeid blir enklere og hierarkiske nivåer utviskes, som igjen fører til at koordinering av aktiviteter blir enklere ved at folk ønsker å samarbeide og ikke blir tvunget til samarbeid. Organisasjoner med utstrakt tillit mellom ledere og medarbeidere kan være mer effektive enn organisasjoner hvor man bruker mer tradisjonelle byråkratiske og administrative virkemidler. I litteraturen viser man til at struktur og kultur kan være like viktige for hvordan organisasjoner fungerer, og at de gjensidig påvirker hverandre og prosessene og adferd i organisasjoner (Jacobsen og Thorsvik, 2014).

Organisasjonsstruktur og organisasjonskultur er uløselig sammensatt, og må ses i sammenheng ved transformasjonsledelse. Den eneste styringsformen for ledere på sykehus som er en mangerasjonell organisasjon er kommunikasjon og samarbeid. De forskjellige aktørene må velge å ville tenke og handle på en ny måte. Sykehuset som kunnskapsorganisasjon har den største kapitalen i sine ansatte. Ved å vektlegge utvikling av medarbeidere, varierte karriereveier, deltakelse, variasjon og utfordringer for medarbeidere, vil man også kunne utnytte de menneskelige ressurser bedre. I kunnskapsorganisasjoner må du vinne medarbeiderne for at de skal velge å støtte opp om et felles mål. Du vinner medarbeiderne ved å spille på deres følelser og utnytte deres behov. Det er viktigere at medarbeidere føler seg ivaretatt, enn at de er ivaretatt. Moderne ledelsesteori tar utgangspunkt i at alle har en egeninteresse, og dermed kan det oppstå interessekonflikter mellom organisasjonens mål og den ansattes egeninteresse (Jacobsen og Thorsvik, 2014). Kommunikasjon er en viktig del av prosessen i transformasjonsledelse. Det er en dynamisk prosess der forholdet mellom mottaker og sender hele tiden endres ved at kommunikasjonen går to veier og fortolkes. Evne til å sette seg inn i mottakerens situasjon betyr at avsender må ha kjennskap til mottakerens arbeidshverdag, og tilpasse budskapet til dette. Avsenderen må forstå kulturen mottakeren befinner seg i, og vokte seg for at ikke budskapet drukner i et informasjonshav som gjerne kan være problematisk i store organisasjoner. Likeledes må

avsender vektlegge at det man ønsker å formidle tilpasses situasjoner, og at utformingen og formidlingen vekker tillit hos mottaker (Jacobsen og Thorsvik, 2014).

2.5 Fjernledelse

Ledelse er en spesiell adferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og adferd (Jacobsen og Thorsvik, 2014, S.416).

Det finnes mange definisjoner på ledelse, men det er stor enighet om definisjonen over. Når ledelsen skjer innenfor rammer i en organisasjon, er hensikten vanligvis å få andre til å arbeide for å realisere bestemte mål, å motivere dem til å yte mer. De ansatte må trives i arbeidet. Definisjonen over knytter ledelse nært opp til begrepet «makt». Ledelse skal få mennesker til å handle på en spesiell måte og dermed benytte seg av ulike teknikker for å få noen til å gjøre det man ønsker (Jacobsen og Thorsvik, 2014).

I masteroppgaven «Utfordringer ved fjernledelse» skriver forfatteren at Antonakis og Atwater (2002) betrakter ledelse som en påvirkningsprosess. Dynamikken i påvirkningsprosessen er avhengig av hvor nært eller fjern den som ledes er fra ledelsen. Det finnes mye litteratur på definisjonen av avstand og ledelse og hvilken betydning avstand har for ledelse og produksjon. Forfatteren skriver videre at Antonakis og Atwater (ref. Stefanussen, 2010) har presentert avstand langs 3 dimensjoner; oppleve hyppighet av interaksjon mellom leder og de som skal ledes, fysisk avstand mellom leder og de som ledes og sosial og psykologisk avstand til leder (oppfattet lederavstand). I denne oppgaven begrenser vi oss kun til betydningen av geografisk avstand. Forfatteren trekker også frem at Napier & Ferris (ref. Stefanussen, 2010) anser at fysisk avstand kan føre til at kvaliteten på interaksjoner mellom leder og den som ledes forringes. Dette vil påvirke relasjonen mellom partene. Når lederen sitter på en annen lokalisasjon vil muligheten for å bygge relasjoner bli betraktelig mindre på grunn av avstanden og dermed kan det påvirke prestasjonene. Flere undersøkelser har vist at kommunikasjon avtar ved økende geografisk avstand. Den som ledes av en geografisk fjern leder kan i større grad oppleve en mindre tilgjengelighet når lederen ikke er fysisk tilstede. Mye teori støtter tanken om at fysisk avstand reduserer fjernleders mulighet til kontinuerlig oppfølging, støtte og anerkjennelse til den som ledes. Dette vil kunne påvirke den enkeltes prestasjon, som igjen kan virke inn på det kvalitative og kvantitative utbyttet i organisasjonen. Avolio & Kahai (ref. Stefanussen, 2010) har også trukket frem at sosial nærvær og tilstedeværelse av ledelsen er den viktigste faktoren som skiller fjernledelse fra nærledelse.

Det kan være vanskelig for et team å oppnå en felles forståelse uten å være sammen. Felles forståelse anses som vanskeligere å oppnå over avstand enn med samlokaliserte team og personer (Stefanussen, 2010).

2.6 Deltidsaktører

Prosjekter dreier seg ofte om adhocoppgaver som faller utenfor den normale virksomheten. Disse er ofte tverrfaglig og unike. Det kan være en del forskjeller mellom et prosjekt og den normale virksomheten. Prosjektet dreier seg ofte om sammensatte og kompetansekrevede oppgaver. Prosjekter som arbeidsform for problemløsning har vokst frem og har aldri vært større enn i dag. Mange organisasjonsutviklingsprosjekt er omfattende og kostbare å administrere (Jacobsen & Torsvik, 2014).

Det er flere særegne trekk knyttet til å jobbe i prosjekt. Et par av kjennetegnene er at prosjektdeltagerne har dobbel tilknytning til prosjektet og basisorganisasjonen, samt at deltagerens tilknytning til prosjektet er skiftende og midlertidig. For at prosjektet skal fungere i praksis må man involvere personer med forskjellig kunnskap, erfaring og administrativ tilhørighet. Brukergruppen blir ofte brukt for å tilføre lokale erfaringer som er verdifullt for prosjektet. Brukergruppen består av fremtidige brukere av prosjektet. Faglig kunnskap og erfaringer fra involverte personer er nøkkelfaktoren for å lykkes. Man må se viktigheten av å utnytte de ulike kompetansene. Det handler om å finne riktig balanse for å gi de ulike personene spillerom til å lykkes. Ved å bruk fremtidige brukere av det som kommer ut av prosjektet, vil deltagerne ha intensiver med sin kunnskap og relevante erfaring til å komme frem til best mulig løsning på sluttproduktet (Haraldstad, 2011).

I og med at deltagerne i prosjektet ofte har dobbel tilknytning til prosjektet og basisorganisasjonen kan det ofte være utfordrende med tiden. Det kan være flere årsaker til at tiden føles eller blir for knapp. Er oppgaven for omfattende, kan man for lite om oppgaven eller er tiden brukt på andre ting? I arbeidslivet som deltidsaktør kan man oppleve at noen henger på deg en ny oppgave som helst skulle vært gjort i går. I andre tilfeller kan man selv styre hvordan du skal disponere tiden og på den måten styre hvor mye tid du skal bruke og hvordan du skal bruke tiden på de forskjellige oppgavene. Det handler om prioritering. Hvis man ikke prioriterer rett, er det fort gjort at jobben blir gjort feil eller at den blir mangelfull. Det krever vesentlig lenger tid å rette opp feil og mangler som oppdages sent i prosessen. Et godt grunnarbeid vil alltid betale seg senere i et prosjekt. Det viser seg i praksis at når man

bruker tid til å tenke gjennom, planlegge og prioritere et arbeid, vil arbeidet gå raskere og gi et bedre sluttresultat (Mathiassen & Forsth, 1988).

2.7 Økonomiske forhold ved sykehusbygg

Nye sykehusbygg er store og kostnadskrevende prosjekter. Vi vil i dette kapitlet komme inn på forhold som påvirker dette. Størrelsen på prosjektet sier noe om hvor stort prosjektet er med tanke på antall personer som er involvert, tid, prosjektøkonomi og fysisk størrelse. Organisasjonsstrukturen blir påvirket av antall personer som er involvert i prosjektet. Med et økt antall prosjektmedarbeidere, fordeles arbeidsoppgavene naturlig nok på flere og kan også bli oppdelt i mindre grupper. Prosjektene får tildelt en økonomisk ramme og må forholde seg til disse. Det setter begrensninger og har innvirkning på styringsopplegget. Størrelsen på prosjektet vil ha betydning for hvor mange arbeidere som trengs, organiseringen og hvor lang tid man trenger. De økonomiske midlene er en utfordring for de fleste prosjekter å få på plass. Et viktig moment for prosjekter er at de rene økonomiske uttellingene ofte ikke samsvarer med den faktiske innsatsen som gjøres. Det er vanlig at det gjøres mye ekstraarbeid som ikke bokføres. Utfordringen til små prosjekter er å benytte seg av den kunnskapen brukeren har, med de økonomiske rammene en har til rådighet til å utforme den mest optimale løsningen. Det koster å bygge nytt sykehus og den totale byggekostnaden bør vær innenfor rimelige grenser. Men hva er innenfor rimelighetens grenser? Og hvordan skal dette avgjøres? Det man vet sikkert, er at hvis man overskredet de fastlagte budsjetttrammene, så skaper man større problemer enn bare sårede følelser. Det nye bygget er en form for kapitalavsetning eller investering, og bør over tid gi en form for «avkastning». Det er derfor viktig at driften i bygget ikke setter tilbakebetalingen av renter og avdrag på byggelån i fare. De medisinske behandlings- og diagnostiske metoder forandres hele tiden og det vil være en fordel at man finner byggeløsninger som er smidige og fleksible. Bygget bør være slik at man kan gjøre både store og små innvendige endringer innen relativt rimelige tids- og kostnadsrammer. Utformingen og plasseringen av bygget bør ha rom for fremtidige utvidelsesmuligheter (Seterelv et al, 1979).

2.7.1 Økonomistyring og budsjett

Økonomistyring blir i de fleste lærebøker fremstilt som en prosess som foregår kontinuerlig over tid. Økonomistyringen består av fire elementer med tette koblinger:

- Definisjon av strategi og overordnede mål
- Planlegging (budsjettering)
- Aktivitetsoppfølging (handlinger)
- Rapportering (regnskap) og evaluering

Styringsprosessen foregår på flere plan; det strategiske, overordnede nivået og det operasjonelle nivået. Man bruker det administrative nivået for å binde strategien og det operative nivået sammen. Det administrative nivået er tradisjonelt det som dominerer økonomistyringen i helsevesenet. Den ideelle økonomiske styringsprosessen starter i prinsippet med utforming av en strategisk plan. Denne inneholder alle avdelingens planer og koordineres med forutsetningene i de styringsdokumentene eieren har vedtatt. Prosessen kan påvirkes av eksterne forhold som endringer i budsjetttrammer, ny teknologi, pasientgrupper som fremmer krav og medieoppmerksomhet. Årsbudsjettet eller økonomiplanen er bindeleddet mellom det strategiske og det operative styringsnivået (Pettersen et al, 2008). Både private og offentlige virksomheter bruker budsjetter i den økonomiske styringen av aktiviteter og virksomhetsområder. Måten budsjettet er satt om på kan variere i de ulike virksomhetene.

Et budsjett er et handlingsprogram.... Uttrykt i økonomiske termer, alt basert på angitte forutsetninger for en begrenset framtidig periode.

(Boye et al. 1999, Ref. Pettersen et al, 2008, S. 145)

Forfatterne i boken Økonomi og helse beskriver at budsjett antas å bygge på en uttrykt plan for hva som skal skje i en kommende periode. Vanligvis opererer man med budsjett over et år. Man lager budsjettplanen ut i fra implisitte og eksplisitte forutsetninger om pris- og lønnsutvikling, aktivitetsnivå og produktivitet. Viser det seg at forutsetningene er urealistiske, justeres budsjettet slik at målestokken gir mest mulig sammenligningsgrunnlag (Pettersen et al, 2008).

3.0 Metode

Vi vil i det følgende presentere og drøfte de metodiske valg vi har gjort i masteroppgaven. Metode er en måte å gå frem på for å samle empiri, og er på så måte et hjelpemiddel for å kunne beskrive virkelighetene eller empirien. Metoden forteller om hvilke fremgangsmåter man kan anvende for å kartlegge virkeligheten, uavhengig av om den oppfattes som objektiv eller en menneskelig fortolkning (Jacobsen, 2000).

Vi har valgt å bruke en kvalitativ tilnærming til problemstillingen, og har brukt intervju av sentrale personer i de to sykehusprosjektene vi har studert, og til dels dokumentanalyse av rapporter fra prosjektene.

3.1 Forforståelse

Det er våre oppfatninger som påvirker analysen. Vårt utgangspunkt for dette er vår antakelse om at det ved oppstart i slike prosjekter ikke foreligger noen overordnet strategi for læring og kunnskapsoverføring.

Ved å redegjøre for forforståelsen, klargjøre en for utgangspunktet for tolkningen (Olsson og Sørensen, 2003).

Dette er med på å fortelle noe om hvilket vitenskapelig ståsted vi har i måten vi innsamler data på. Hvilken metode man velger kommer an på hvilket syn man har på hva virkeligheten, eller hvilken vitenskapsteoretisk retning man vender seg til. Den grunnleggende uenigheten om hva virkeligheten er (ontologi), og hvordan man kan vite noe om denne virkeligheten (epistemologi) har vært gjenstand for debatt i århundre (Jacobsen, 2000).

Forforståelse er erfaringer, hypoteser, faglige perspektiver og den teoretiske referanserammen vi tar med oss inn i prosjektet, før det starter. Det påvirker måten vi samler inn og leser data på. Det er en viktig motivasjon for å sette i gang med prosjekt og hvorfor akkurat dette er aktuelt å se nærmere på (Malterud, 2003).

Vi hadde ved inngangen til denne masteroppgaven en hypotese om at det i liten grad var samlet en strukturert måte på hvordan læring kan overføres fra et prosjekt til et annet. Vi har underveis forstått at det skjer læring, men knyttet til individnivå og på en ustrukturert måte.

3.2 Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet er kvalitetskriterier innen kvalitativ forskning. Med intern validitet er betydningen om vi har fått tak i det vi har ønsket, og med ekstern validitet menes om vi kan generalisere funnene til andre sammenhenger. I begrepet reliabilitet ligger det om det er pålitelighet i dataene vi har innhentet (Jacobsen, 2000).

Det er flere måter å gå frem for å vurdere validiteten i en studie som denne. Man kan undersøke konklusjonene opp mot andre undersøkelser eller gå gjennom de kritisk selv (Jacobsen, 2000). I og med at det er lite materiale rundt vår problemstilling fra tidligere er det vanskelig å validere den opp mot tidligere undersøkelser, spesielt siden vår oppgave går så spesifikt inn nye lokalsykehus. Gyldigheten av studiet avgrenses til å omhandle lokalsykehus. Bakgrunnen for dette er funn som omhandler deltidsaktører og fjernledelse som må antas å være annerledes enn i store sykehus. Det vil ofte være deltidsaktører og fjernledelse som gir et annet utgangspunkt for de utfordringer vi finner i oppgaven (ibid.). Vi har derfor vært kritiske til egne funn og konklusjoner, til tross for at en innen kvalitativ forskning ikke kan generalisere på samme måte som innen kvantitativ forskning, kan funnene være overførbare. Vi vurderer at våre funn kan ha betydelig overføringsverdi, og håper at våre funn blir tatt hensyn til både innen og utenfor vår organisasjon når stadig nye lokalsykehus skal bygges.

Når det gjelder reliabiliteten kan vi stille spørsmål om det kan ha vært faktorer ved selve undersøkelsen som kan ha påvirket svarene (Jacobsen, 2000). Her må vi være kritiske til om eventuelle intervju effekter, for som Jacobsen skriver vil en samtale eller et intervju alltid formes av partene som deltar. Her vil det derfor ikke være snakk om å fjerne intervju effekter, men å forsøke å følge råd om god intervjuteknikk for å gjøre intervjusituasjonen mest mulig positiv. Videre kan vi stille spørsmål om vi har tolket utsagnene til våre informanter riktig. Vi er selv en del av de organisasjoner og prosjekter vi undersøker i, og det kan ha påvirket analysen. Analysen kan derfor være preget av våre erfaringer. Subjektive personlige erfaringer kan ikke generaliseres. På den andre siden kan det at vi er en del av organisasjonene, gir en kontekstforståelse da vi sitter nært praksis og har personlig erfaring, det vil gi en fortolkning som er basert på egne erfaringer, noe som kan sikre validiteten og reliabilitet. Vår tolkning er subjektiv og står for egen regning. Det skaper en nær praksisevaluering. Det er et generelt problem ved kvalitative studier som vi mener vi har klart å ta høyde for ved at vi har rettet oppmerksomheten vår på det. Vi kan stille samme kritiske spørsmål både til utvalget av dokumenter vi har analysert, og måten vi har analysert de på.

Det kan derimot være en styrke for studien vår at vi kjenner organisasjonene og prosjektene, og at vi har kjennskap til dokumenter og hvor det eventuelt kan være erfaringsutveksling og læring å finne. Vi har likevel med oss at vi kan tolke feil, og ha studert et galt utvalg av dokumenter når vi vurderer reliabiliteten.

Vi ender opp med å trekke slutninger på at vår oppmerksomhet på at vi er deler av forskningen gir både styrker og svakheter ved studien, men mener at reliabiliteten og validiteten er ivaretatt også fordi vi har triangulert undersøkelsen med intervju og dokumentanalyse (Jacobsen, 2000).

3.3 Valg av metode

I denne masteroppgaven foretar vi en undersøkelse som skal danne det empiriske grunnlaget for en analyse. Når vi velger undersøkelsesmetode står vi overfor ulike metoder som kan gi bilde av virkeligheten. Vi skiller mellom kvalitative og kvantitative metoder som begge kan gi innsikt og øke kunnskap innen et bestemt område. Kvantitativ tilnærming er strukturert og systematisk, og tar sikte på å formidle forklaringer ut fra informasjon av målbare enheter. Kvalitativ tilnærming har til hensikt å fange opp meninger og opplevelser, og lar seg på den måten ikke tallfeste eller måle. Den kvalitative metoden går i dybden, og har til formål å få frem sammenheng og helhet, og på den måten skape en forståelse (Dalland, 2007).

Det blir dermed opp til forskeren i den konkrete problemstillingen å ta stilling til hvilken metode som egner seg best for å belyse det man ønsker å undersøke. Forskeren må selv vurdere og ta valget om det er kvantitativ eller kvalitative data som best belyser dette ved valg av metode (Jacobsen, 2000).

3.3.1 Kvalitativt forskningsintervju

Kvale (1997) karakteriserer kvalitative forskningsintervju som en samtale med en struktur og et mål. Rollefordelingen mellom deltakerne i intervjuet setter strukturen. Intervjueren stiller spørsmål og følger opp de svarene som informanten gir på spørsmålet. Kvalitative intervju bærer mer preg av dialog enn rene spørsmål. Men de to partene er ikke likestilte i intervjusituasjonen i og med at intervjueren stiller spørsmålene og dermed kontrollerer situasjonen. Kvale legger vekt på at det med et kvalitativt forskningsintervju menes et intervju der formålet er å innhente beskrivelser av den intervjuedes oppfatning av verden, med henblikk på en kvalitativ tolkning av meningen i de beskrevne fenomener. Det egner seg i så

måte best til avklare et uavklart tema nærmere, og få en nyansert beskrivelse av temaet. Det har til hensikt å frem hvordan mennesker fortolker og forstår situasjoner (Johannessen et al, 2009).

I følge Jacobsen (2000) er fordelene med en kvalitativ tilnærming først og fremst at den legger få begrensinger på de svarene en informantene gir, da metoden fordrer bruk av åpent intervju med semistrukturerte intervjuguider. Vi har valgt en åpen intervjuguide, med noen fremsatte påstander med fem mulige svaralternativer. Vi har valgt å ha med påstandene for å få klare svar på noen viktige områder av vårt studie. Dette fordi det er informantenes virkelighetsforståelse vi er ute etter, noe som gir høy intern gyldighet og egner seg godt til å få frem det spesifikke og unike ved informantenes kontekst. Etter utarbeidelsen av intervjuguiden har vi koblet alle spørsmål og påstander opp mot det teoretiske utvalget i oppgaven. Etter dette har vi analysert alle de transkriberte intervjuene for å kunne plukke ut sitater som viser tilbake på vår problemstilling og teorier vi har benyttet. Deretter har vi samlet resultatene og kategorisert de inn i hovedpunkter sett opp mot et teoretisk perspektiv (Jacobsen, 2000).

3.3.2 Dokumentanalyse

Jacobsen (2000) skriver i sin bok at dokumentundersøkelser egner seg til blant annet å få tak i hva mennesker faktisk har sagt og gjort. Dokumenter er objektive spesielt i form av referater. Forskere kan benytte seg av offentlige dokumenter og referater. Bruk av slike data innebærer at vi benytter oss av data andre har samlet inn. De viktigste sidene ved bruk av dokumentanalyse er utvelgelsen av dokumenter, og hvor stor troverdighet de har. Bruk av dokumentanalyse blir i Jacobsens bok behandlet som en kvalitativ metode. Ved bruk av slik sekundærdata har vi ikke samme kontroll over materialet slik som ved data vi har samlet inn selv (Jacobsen, 2000). Innhenting av dokumenter er gjort ved internettsøk nasjonalt på de siste sykehusene som er bygget i Norge. Vi har også kontaktet forskjellige aktører rundt prosjekter for å få tilgang til dokumenter. Dokumentanalyse er en anerkjent forskningsmetode, og vi har i denne studien gått gjennom forskjellige dokumenter slik som prosjektbeskrivelser, rapporter, styresaker og referater fra noen av de seneste sykehusbygg i Helse-Nord. Vi har også sett til Helse Sør-Øst og ett av deres seneste sykehusbygg for å utvide perspektivet og belyse dokumentanalysen fra en ekstern side. Vi har foretatt en selektiv utvelgelse av tilgjengelige dokumenter der det for oss som ledere og forskere har vært naturlig

å forvente og finne erfaringsoverførsel og læring i og mellom prosjekter. I vedlegg 1 har vi detaljert listet opp de dokumenter vi har gjennomgått.

3.4 Valg av informanter og intervjuguide

På bakgrunn av problemstilling og forskningsspørsmål har vi valgt ut informanter som har vært sentrale aktører i de prosesser som har vært rundt nybyggene på Vesterålen og Kirkenes. Vi gjorde et utvalg på seks informanter, for å sørge for å dekke de samme nivåer ved begge de sykehus vi studerte. Dessverre meldte den ene informanten forfall. Vi har intervjuet respondentene over to uker i uke 15 og 16 (Vedlegg 4). Vi har forsøkt å operasjonalisere problemstillingen ut fra hvilke forhold vi ønsket å studere. Intervjuguiden er laget med inndeling i tema, hvor det har vært noen åpne spørsmål og noen påstander. Samme guiden er brukt under alle intervjuene. Intervjuguiden er med som vedlegg til denne oppgaven (vedlegg 6).

3.5 Gjennomføring av undersøkelsen

Vi skrev brev til direktørene ved Nordlandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF hvor vi redegjorde og presenterte formålet med oppgaven. Vi ba da om tillatelse til å foreta dybdeintervjuer av sentrale personer i de to nye sykehusbyggene (vedlegg 2). Deretter sendte vi en søknad til NSD for å innhente tillatelse til å gjøre intervjuene (vedlegg 3). I løpet av april skrev vi en e-post med forespørsel til informantene hvor vi redegjorde for studien og forskningsspørsmålet, og de ble forespurt om de kunne tenke seg å delta i studien ved å stille til intervju. Intervjuene ble avtalt til tidspunkt som passet respondentene. Som vedlegg i e-posten var eget samtykkeskjema med redegjørelse for studien (vedlegg 5). Vi foretok i forkant prøveintervju for å teste ut tidsbruk og intervjuguiden. Under intervjuene benyttet vi lydopptaker, og dette ble klargjort før intervjuet startet.

Under alle intervjuene har vi hatt en opplevelse av en god stemning. Intervjuene bar preg av å være en samtale hvor respondentene kunne snakke fritt ut fra de åpne spørsmålene, og hvor vi i noen tilfeller kom med tilleggsspørsmål for å få utdypet svarene. Ved enkelte anledninger foretok vi fortolkninger av svarene for å rette de tilbake til respondenten for å se om vår forståelse av svaret var riktig. Det ble uansett en anledning for respondentene til å utdype eller presisere hva de mente. Alle intervjuene hadde en varighet mellom 25 og 35 minutter, og det oppfatter vi som om at vi har hatt en intervjusituasjon som har gitt respondentene en mulighet til å svare fritt ut fra sin fortolkning av spørsmålene. Vi har ingen opplevelse av at

respondentene snakket om noe annet enn det de hadde svart under intervjuet etter at lydopptakeren ble slått av. Det har vært diskutert om bruk av lydopptaker kunne påvirke dataene ved at respondentene kunne føle seg mer bundet til det som kommer på tape. De ble i forkant av intervjuene gjort oppmerksom nok en gang på at dataene skulle anonymiseres, og alle opptak slettes etter at oppgaven var ferdig. Dette i tråd med søknaden som ble sendt NSD. Likefullt har lydopptakeren blitt en del av konteksten som vi ikke kan komme utenom når vi har valgt å bruke det. Etter intervjuene snakket vi umiddelbart sammen om våre inntrykk fra intervjuene, og noterte ned stikkord som blant annet gikk på selve intervjuet og tanker omkring teoretiske koblinger. I etterkant har vi transkribert alle intervjuene, og har deretter plukket ut sitater for å belyse empirien ut fra forskningsspørsmålene.

3.6 Vitenskapelig ståsted

Vesterålen er ferdig med sitt nye sykehusbygg, og Kirkenes er under et år fra å flytte inn i sitt nye bygg. Vi opplever derfor at vi har et utgangspunkt vi kan analysere ut fra i Vesterålen, med bakgrunn i hvordan de løste utfordringer som et av de første nye lokalsykehusene i Norge på flere tiår, for deretter å se hvilke læring som har skjedd mellom prosjektene. Vi er begge ledere ved hver sitt sykehus som vi undersøker, og har dermed begge vært del av hvert vårt nye sykehusbygg. Dermed sitter vi begge med opplevelser av hvordan de to prosjektene har løpt frem, og hvilke utfordringer som har ligget der til. Vi ønsket med denne studien å utforske om vår antakelser av læring i prosjektene stemmer, og hadde en nysgjerrighet på hvor det eventuelt har vært en brist i kunnskapsoverføring. Det kan like gjerne være det at vi har vært for distansert i prosessene til at vi har sett helheten, og et underliggende ønske om å selv lære mer om temaet. Vi har opplevd tidlig i prosessen når vi har snakket med kollegaer i de forskjellige foretakene om tema for oppgaven at det er noe som er etterspurt, og fått mye støtte for valg av oppgave. Vi opplever derfor at det er flere i organisasjonene som ønsker å få et litt dypere innblikk i hva som foregår i disse prosessene, som skrider frem på sidelinjen av vår ordinære drift og daglige oppgaver.

Vi har et fortolkende utgangspunkt ved vår forskning (Jacobsen, 2000). Det er slik vi ser det den beste tilnærmingen vi kan i og med at vi er så nære det vi forsker i og på. Det er derfor vanskelig å skulle kunne finne en objektiv sannhet i de svarene vi søker, og en kvalitativ tilnærming er derfor den beste. Det ontologiske synet vårt blir dermed at det er informantenes opplevelse av å være aktører i nye sykehusbyggeprosjekter vi forsker på, ved at vi tester våre empiriske funn opp mot teoretiske rammer og egne erfaringer. Epistemologisk er

utgangspunktet at det er umulig å trekke informantenes opplevelse inn som objektive funn. Vi har en fortolkende forskningsmetode som danner grunnlag for våre funn. Det vi finner er avhengig av hva vi er interessert i, og at vi bare finner en delvis og subjektiv forståelse av de fenomener vi studerer. Det er derimot interessant at vi mener at flere individer vil kunne oppfatte samme fenomener på samme måte vi har gjort (ibid.).

3.7 Kritikk av metode

Vi har denne studien benyttet en kvalitativ tilnærming til problemstillingen. Ulemper ved en kvalitativ forskningsmetode er at den er ressurskrevende, og at man bare involverer et fåtall personer. Dette gjør noe med hvor representativ oppgaven vil bli, da man kan hevde at personene ikke er representative for andre enn seg selv. Den eksterne gyldigheten vil derfor som regel være lav. Komplekse data kan også føre til at man mister oversikten, og derfor ubevist føre til filtrering av informasjon. Studien kan på den andre siden gi kunnskap og gyldighet for området vi undersøker i. Ved en kvalitativ tilnærming og nærhet til feltet kan vi være bedre rustet til å velge ut riktige informanter, og bygge opp en intervjuguide som er direkte rettet inn mot det vi undersøker (Jacobsen, 2000).

Med bakgrunn i at vi jobber som ledere ved de sykehus vi forsker i og har vært aktører i prosjektene er det en svakhet at vi stiller med en forforståelse i forhold til prosessene. Vi har selv dannet oss et bilde av virkeligheten ut fra vårt ståsted, og det kan farge både intervjusituasjon, utvalg av informanter og vår tolkning av empiri. Vi er aktører og har dermed egen tolkning av situasjoner vi har vært involvert i som blir brukt i analysen. Dette kan medføre at våre funn blir påvirket av egne opplevelser. Vi har likevel gjort vårt ytterste for å ikke komme i en situasjon der vår forforståelse påvirker funnene.

Vi har intervjuet relativt få personer til denne studien, som også kan oppfattes som en svakhet ved studien. Utvalget er derimot sentrale personer i de forskjellige nye sykehusbyggene, og dermed vil svakheten med antallet til en viss grad veies opp. Vi har også selv erfaringer som vi vil trekke med oss, som også er en styrke ved analysen.

4.0 Resultat

Vi redegjør her for resultatene i vår studie. I dette kapitlet sammenfattes dokumentanalyse og informantenes erfaringer. Vi deler funn inn under hovedpunkter og illustrerer disse med sitater fra informantene. Etter hvert av underkapitlene vil vi sammenfatte hva informantene har sagt for å hjelpe leseren videre i forskningen vår.

4.1 Presentasjon av funn fra dokumentanalyse

Dette kapitlet gir en oppsummering av de funn vi har gjort ved dokumentanalyse, samt gi en oversikt over kostnadene ved prosjektene slik at leseren skal få en forståelse av prosjektets størrelse. Vi gir også en beskrivelse av de funn vi gjorde ved analyse av dokumenter fra Sykehuset Østfold for å belyse funnene fra et ekstra perspektiv, og få frem eventuelle ulikheter mellom sykehus i Helse Nord sett opp mot Helse Sør-Øst. Dokumentene er listet opp i egen tabell (vedlegg 1).

Ved gjennomgang av dokumentene har vi søkt etter ord og sammenhenger som:

- Se til andre sykehusbyggprosjekter.
- Lære fra andre nye sykehusbyggeprosjekter.
- Erfaringer andre nye sykehusbyggprosjekter har gjort.
- Samtaler med prosjektmedarbeidere, prosjektledere eller prosjekteiere fra andre sykehusbyggprosjekter.
- Beslutninger fattet på grunnlag av andre sykehusbyggprosjekters erfaringer.

4.1.1 Dokumenter fra Nordlandssykehuset Vesterålen

Ved gjennomgang av «Driftsmodell» ser vi at det er en detaljert beskrivelse av de forskjellige funksjoner, avdelinger og enheter ved Nordlandssykehuset Vesterålen. Den peker på ansvarsforholdene til de enkelte prosjektlederne, pasientforløp og støtteprosesser. Det vises også til risikovurderinger og tiltak i denne rapporten. Vi finner ikke noe ved dokumentanalysen som viser at man har en bevisst holdning til tidligere gjennomførte OU-prosesser¹. Det vises ikke til noen andre tidligere prosjekter når man gjør risikoanalyser eller

¹ OU-prosess: Organisasjonsendringer skjer hele tiden. Slike endringer er både villete og ikke-villete. Organisasjonsutvikling (OU) defineres som villet eller intendert endringsarbeid for å oppnå en bedre fungerende organisasjon. OU tar utgangspunkt i at det er treghet i alle systemer, også organisasjoner. Det er derfor viktig å skape klima, en atmosfære for endringer. Man må sette fokus på å endre holdninger og oppfatninger. Effektiv organisasjonsendringer må starte med en kulturendring (Sørås I. 2007).

tiltak i forhold til disse. I dokumentgjennomgangen kan vi heller ikke se at det i de forskjellige delprosjekter henvises til lignende.

I internrevisjonen vises det tidlig til at et av formålene med revisjonen er at denne også skal bidra til erfaringsoverføring og læring for øvrige sykehusbygg i regionen. Når vi videre ser på denne anbefaling som tas opp i styresaken spesifikt på det som gjelder gevinster av ikke økonomisk karakter og direktørens vurdering, finner vi at det anses som tilstrekkelig med PassOpp-rapporter fra perioden for ivaretagelse av dette. Vi kan altså ikke se at det anbefales iverksatt andre tiltak enn det som allerede eksisterer i regionen.



Figur 4.1 Nordlandssykehuset Vesterålen

4.1.2 Dokumenter fra Nye Kirkenes Sykehus

Ved gjennomgang av dokumenter og referater fra Nye Kirkenes Sykehus er det lite som tyder på at man har en struktur rundt læring fra tidligere prosjekter. Styringsdokumentet har ingen referanser til for eksempel Nordlandssykehuset Vesterålen som er nærliggende å sammenligne seg med, å høste erfaringer fra. Vi finner ingen dokumentasjon på at man har sett til andre prosjekter, selv om vi kan se en struktur på prosjektfasene. Det vises ikke i det skriftlige materialet at det er en fast agenda for erfaringsutvikling med andre nye sykehusbygg. Det vises ikke i en tidsplan at det er faser i prosjektet hvor man ønsker å se til tidligere prosjekter. Vi kan likevel se at man har en prosjektplan som går gjennom samme faser som andre prosjekter har gjort, og slik sett er det en likhet. Det er beskrevet på sykehusets intranettside for Nye Kirkenes sykehus at det er gjort en rekke studiebesøk til andre nye sykehus spesielt i de tidlige fasene, men det er ingen referat å finne fra disse

besøkene. I en gjennomgang av malen for delprosjekter finnes det et egen punkt der man kan liste opp relevante tidligere erfaringer fra andre prosjekter/virksomheter.



Figur 4.2 Nye Kirkenes Sykehus

4.1.3 Dokumenter fra Sykehuset Østfold

Ved gjennomgang av «Samlet plan SØ 2015» for dette sykehuset finner vi en detaljert beskrivelse av de ulike prosesser som skal sys sammen. Dette er altså et overordnet dokument for de samlede aktiviteter i årene 2014-2015, og er sykehusets prosjektorganisering av arbeidet med ny sykehusstruktur i Østfold. Dette er en gjennomgang av alle aktiviteter, beslutningsarenaer eksternt og internt, samt de forskjellige områder med ansvarlig for gjennomføring. Under de kapitler hvor man kan tenke at det kan være naturlig at det er pekt ut noen til å se til lignende prosjekter slik som kvalitet og dokumentasjon, opplæring og kommunikasjon er det ikke nevnt noe om at man ser til andre for læring. Heller ikke i dokumentets slutfase der risiko- og sårbarhetsanalyser og risikostyring er elementer, er det sett til liknende prosjekter. Det er ikke nevnt at man vil se til for eksempel nye Akershus Universitetssykehus for risikofaktorer under innflytting og oppstart av drift i et nytt stort sykehus.

4.1.4 Oppsummering

Felles for de tre sykehusene er at det i driftsmodellen inneholder en detaljert beskrivelse av de forskjellige funksjoner, avdelinger og enheter. Alle sykehusene har en prosjektplan som kan sammenliknes med hverandre. Ved Nordlandssykehuset Vesterålen finner vi ikke noe skriftlig som tyder på at sykehuset har sett til andre lignende prosjekter i forbindelse med risikoanalyser og tiltak rundt disse. Ved Kirkenes Sykehus er det også lite som tyder på at de har sett til lignende prosjekter. Dette til tross for at Vesterålen foretok en internrevisjon der et

av formålene var at denne skulle kunne bidra til erfaringsoverføring og læring for øvrige sykehusbygg i regionen. Heller ikke Sykehuset Østfold har beskrevet noe som tyder på at det har sett til lignende prosjekter. Som nevnt tidligere er det et punkt i delprosjektmalen til Nye Kirkenes Sykehus der man kan liste opp tidligere relevante erfaringer fra andre prosjekt/virksomheter. Man kan derfor se på dette som en føring for å se til andre.

4.1.5 Prosjektkostnad for Vesterålen Sykehus og Kirkenes Sykehus

Prosjektkostnaden er alle kostnader forbundet med utførelsen av et prosjekt. Her inngår felleskostnader, bygning, VVS-installasjoner, elkraft, tele og automatisering samt en del andre installasjoner. I tillegg kommer utendørs arbeid og entreprisekostnader med mer. I entreprisekostnadene ligger blant annet prosjektering, administrasjon, infrastruktur, MVA, utsmykking av bygget og i vårt tilfelle også rivning av det gamle sykehuset i Vesterålen. I tabellen under viser vi hvordan kostnadene ble prosjektert i forkant av byggingen i henholdsvis Vesterålen og Kirkenes.

	Vesterålen prosjektert 15.03.09	Kirkenes prosjektert Jan- 2016
Prosjektkostnad P50	791,7 mill	1310 mill
Margin for usikkerhet	54,6 mill	150 mill
Prosjektkostnad P85	864,3 mill	1460 mill

Tabell 4.1

Det nye sykehusbygget i Vesterålen realiseres innenfor en samlet kostnadsramme på ca. 1 milliarder kr.

4.2 Opplevelse av kunnskapsdeling i eget prosjekt

Kunnskapsdeling og kunnskapsoverføringer vesentlig faktorer for å oppnå læring i en organisasjon. Vi vil videre presenterer informantenes utsagn rundt disse faktorene.

4.2.1 Lite skriftlig kunnskapsoverføring

Informantene forteller at der er en svikt i den skriftlige kunnskapsoverføringen i begge de to sykehusene vi undersøker, og at det kan være et av de største hindrene for læring i organisasjonen. Mangel på skriftlig dokumentasjon fra møter, referater, blir på så måte et hinder for at andre på et senere tidspunkt lærer av de erfaringer som er gjort, og kunnskapen blir personavhengig.

Informant 1:

Med kunnskapsdeling er det som er vesentlig fra mitt ståsted at det er noe jeg betrakter som skriftlig informasjon. Det er viktig at det er skriftlig og at det er noe man kan overlevere og distribuere og at det ligger igjen en historie om det som skjer i en organisasjon underveis i et prosjekt. Har jo drevet mye med prosjektjobbing tidligere og det på mange måter nøkkelen til å finne ut hvor du skal og hvor du har vært. Da må det ligge igjen noe skriftlig bak det hele veien som gjør at du kan ta ut effektene av kunnskapsdeling etterpå.

Informantene utdyper dette videre slik:

Det føler jeg ofte gjøres i min penn, men det er ikke så spesielt mange andre som bruker det. Det har noe med hverdagen å gjøre selvfølgelig. Hvor lang tid har du, og hvor lang tid tar det deg å gjøre det.

En annen side ved mangel på skriftlig dokumentasjon er at det er en mangel på det fra tidligere prosjekter også. En av informantene våre peker på dette.

Informant 5:

Så vi prøvde å få tak i det som var i markedet av rapporter og sånne ting. Vi sømfarte alt som var av sånne ting. Men det var ingenting annet som var i sånn småskala av informasjon om det som var i prosess og skulle være med. Det var litt nybrottsarbeid det vi drev på med. Vi prøvde jo å dra erfaringer likevel, for noe kunne jo sammenlignes på prosesstyring og sånne ting.

Den ene informanten oppsummerer på slutten av intervjuet på en fin måte hva som oppleves som en av hovedutfordringene når det kommer til kunnskapsdeling og læring i prosjektet.

Informant 1:

Jeg savner på mange måter at det er alt for mye muntlig og for lite skriftlig. Det er vel den røde tråden i det jeg forsøker å si her. Det er på mange måter kun de som er tilstede når bildet blir tatt som mottar den. Det er en svakhet sånn sett.

Våre informanter har en oppfatning av at det finnes lite skriftlig informasjon fra tidligere, og at det er noe som fortsetter i eget prosjekt. Det blir sett på som en svakhet.

4.2.2 Kunnskapsdeling blir ikke tatt hensyn til

Videre er det en stor enighet blant informantene i at det vesentlige med kunnskapsdeling er at det gjøres på en slik måte at det skaper en felles forståelse blant de involverte i møter eller arbeidsgrupper. Informantene sier alle at det i stor grad er en svikt i kunnskapsdeling, og formulerer det slik:

Informant 1:

Det er et vanskelig ord egentlig, men kunnskapsdeling er at du legger igjen kompetansen din på en slik måte at andre kan tilegne seg den. Da blir det gjennom at du gjør et arbeidsstykke eller at du forsøker å oppsummere og prøver å holde trådene egentlig. Og det er jo den store utfordringen at han der "Noen eller andre" ivaretar den rollen for det blir veldig mye detaljer, men helhetstanken har lett for å ramle når man løser enkeltproblemer i rekkefølge.

En av informantene svarer noe annerledes på spørsmålene rundt kunnskapsdeling, som retter seg direkte inn mot læring. Informanten uttrykker at for at læring skal kunne foregå må det gå i begge retninger, og ikke kun er avhengig av at det er en sender av et budskap men også at det er mottakere som vil lære.

Informant 3:

Jeg er nok bevisst på å dele det, men jeg får likevel ganske mange tilbakemeldinger på at jeg kunne vært flinkere. Men da svarer jeg tilbake at da må det være noen som er interessert i å lytte.

Når det gjelder om læring er viktig i egen organisasjon, er informantene delte i svarene på det. De syntes det er viktig, men at de ikke har en opplevelse av at det er en prioritert oppgave fra deres oppdragsgivere. En av informantene sier det på denne måten:

Informant 3:

Nei, det er ikke førsteprioritet. Vi er ikke best på kunnskapsdeling, det tror jeg jeg vil si.

Under oppfølgingen av dette spørsmålet utdyper informanten:

Informant 3:

Hvis jeg tenker Helse Nord som vår moderorganisasjon, så tenker jeg at Helse Nord burde hatt mye sterkere føringer på kunnskapsdeling når vi startet prosjektet. De sa vi skulle se til andre, det har det vært i hele prosjektet. Men de har ikke sagt at vi skal ha det formelt. Det har vært når vi har ønsket informasjon fra andre Men det har ikke vært noen systematikk.

Dette utsagnet støttes langt på vei av alle informantene, og en av de andre informantene sier det på denne måten:

Informant 5:

Ikke noe sånn strukturert lagt opp, men det er klart alle har med seg masse erfaring og de fleste var jo interessert i å dele på denne erfaringen. Men det var ikke systematisert, det var mer sånn du har gjort dine erfaringer som avdelingsleder og du har gjort dine erfaringer så deler vi på det også ser vi hva vi klarer å få til av det.

Informantene viser siden til at det er vanskelig å få en kunnskapsdeling grunnet mangel på arenaer for dette, mest på grunn av mangel på struktur og kontinuitet innen egen organisasjon.

Informant 4:

Det er på mange måter strukturerte arenaer med et litt ustrukturert innhold.

Informanten utdyper dette videre slik:

Jeg har et konkret eksempel nå, der vi har erfart i vårt prosjekt at vi har valgt å leid inn ganske mye personell, og bidra etter mitt syn litt for lite selv ser jeg nå i etterkant, og da har på en måte mitt klare innspill å deling av kunnskap til de andre prosjektene, at hør her, vi er nødt til å ha mer egne folk i det, fordi det sikrer oss en bedre prosess.

Dette belyses også av en av de andre informantene fra en litt annen side. Informanten påpeker at kontinuiteten raskt blir en mangelvare.

Informant 5:

Og folk var enten hos en annen arbeidsgiver eller ikke tilgjengelig. Så det var liksom kjempe vanskelig, du måtte begynne på null hele tiden. Bygge din egen vei. Så det er jo litt sånn bortkastet, da drar du ikke erfaringer fra det som er gjort før.

Vi fremsetter under alle intervjuene en påstand til alle informanter for å belyse deres opplevelse av strukturert tilnærming til læring fra andre lignende prosjekter. Vi observerer ut fra denne påstanden at våre informanter er delte i opplevelsen av struktur rundt tilnærming til læring fra lignende prosjekter. Det samme viser sitater fra våre informanter, hvor de peker på mangel på kunnskapsdeling, struktur og kontinuitet.

Oppsummert opplever altså våre informanter at det er en mangel på struktur, kunnskapsdeling og kontinuitet i byggeprosjektene de er aktører i.

4.2.3 Hvor søker informantene kunnskap

Når vi stiller spørsmål som retter seg direkte inn på selve prosjektet informantene var en del av, kommer det opp forskjellige problemstillinger. En av informantene er spesifikt inne på prosjektdeltakelse fra de involverte partene, og viktigheten av å benytte den interne kunnskapen.

Informant 2:

Ja, kunnskapsdeling i forbindelse med planlegging av sykehusbygg er å trekke inn brukere å få dem til å være med på å gi premisser for det bygget vi skal planlegge. Det er en viktig del av kunnskapsdeling. For brukerne er ikke eiere av prosjektet, men de er veldig viktige premissgivere for utformingen, sånn at den første fasen av kunnskapsdeling er jo å få premissene for hvordan bygget skal utformes og organiseres.

Under oppfølgingsspørsmål til informantene søkte vi opplysninger om hvor de henter egen læring fra, og hvor det for de ville være naturlig å søke kunnskap som de selv ikke besitter.

Informant 2:

Du søker kunnskap i miljøene som finnes rundt prosjektet, man har jo en form for nettverk.

Informanten utdyper det med at man søker læring ikke nødvendigvis fra noen som har bygd sykehus tidligere, men fra generelle erfaringer andre i nettverket har gjort seg under andre store prosjekter. Vi ser også at den interne kunnskapen ansees som viktig, og at deltakelse fra den kliniske virksomheten dermed ansees som viktig for et vellykket prosjekt.

4.2.4 Vilje til kunnskapsdeling

Informantene snakker videre om hvordan informasjonsflyten er en viktig del, og knytter dette til prosjektet, strukturer og hierarkier. En av informantene påpeker at det kan oppleves som at ikke alle i egen organisasjon er like villig til å dele kunnskap og ser viktigheten av det.

Informant 1:

Skulle gjerne sagt ja på at det er viktig og sånn, men jeg opplever ikke det. Men det er viktig, det er det ikke noe tvil om. Men det er klart at som i alle andre organisasjoner så er det revirer, og informasjon er makt, og det oppleves jo slikt overalt.

Informanten peker siden på at lagdelingen i organisasjonen kan være et hinder for kunnskapsdeling og læring.

Informant 1:

Så er det slik at det er så mye strukturer i en sånn stor organisasjon hvor lagdelingen er slik at informasjonen flyter ikke så mye opp og ned som man kunne ønske seg. Det merkes godt i slike ganske hierarkiske strukturer som vi har her.

Det blir også vist til en annen side når det kommer til kunnskapsdeling og læring:

Informant 5:

Jeg tror vi blir stadig flinkere til å dele informasjon og at man har respekt for folk sitt kunnskapsområde på tvers av linjer og avdelinger og sånn. Jeg har vært så lenge at jeg syntes jeg ser en endring.

Informantene har ulike forståelser av hvordan strukturen på kunnskapsdeling er. Noen av informantene sier at det er hierarkier og lagdelinger i organisasjonene. Dette forteller informantene kan være til hinder for suksess i forhold til læring i denne type prosjektarbeid.

4.3 Erfaringer med læring

Læringen i de prosjektene er avhengig av flere faktorer. I dette kapitlet blir det nærliggende å se nærmere på læringsprosessen, kunnskapsdeling, prosjektarbeid og de erfaringer informantene har gjort seg i prosjektet som omhandler læring.

4.3.1 Opplevelse av læringsprosessen

Det var mange i de to organisasjonene vi har studert i som tilegner seg kunnskaper i de prosessene de jobber i inn mot nytt sykehusbygg. En av informantene sammenfattet hvordan individuell læring i en prosess som de har vært del av kan ha en positiv effekt i organisasjonen på denne måten:

Informant 5:

Ja, det er jo å dele med de andre den erfaringen man har gjort samtidig som man tar med seg den forskningsbaserte kunnskapen. Man tar erfaring og forskning og det her i lag, og deler på det. Samtidig som man er åpen for det at når de stiller spørsmål eller har tenkt igjennom det, at man er åpen for at det de har tenkt kan være en del av en videre prosess. Slik at man får en dobbeltfunksjon av læring og kunnskapsdeling. Sånn tenker jeg at kunnskapsdeling er, fordi at når jeg presenterer noe for noen får jeg ofte tilbakemelding og spørsmål som jeg kanskje ikke har tenkt igjennom og det gir meg også en læring. Selv om jeg deler mine erfaringer vil det også gi meg en læring tilbake.

Vi fremsatte under alle intervjuene en påstand om læringsprosessen i prosjektet har vært godt strukturert. Opplevelsen til de forskjellige spriker noe. Tre av informantene sier her at de er enten helt uenig eller uenige i at læringsprosessen har vært strukturert, mens en er nøytral. Det er kun en av informantene som er enig. Vi har valgt å dra ut sitatet som viser den individuelle læringen sett opp mot organisasjonen, og at informantene er noe delte i opplevelsen av læringsprosessen.

4.3.2 Mangel på kunnskapsdeling

Sitatene fra informantene gir oss et bilde av hva utfordringene ligger i. En av informantene trekker frem det som egentlig er basen i utfordringene slik:

Informant 1:

Utfordringen er jo hva vi bruker kunnskapen til. Det er der problemet er altså.

Informanten utdyper dette senere i samtalen når vi kommer tilbake til temaet på denne måten:

Informant 1:

Oppmerksomhet har det vært, men i hvilken grad det brukes, det er det jeg savner litt. Det du faktisk tar tak i og det er overførbart og videreutviklet, så blir det litt i hvilken grad du velger å bruke det. Så blir det litt slik at du sitter og finner opp det samme hjulet selv etterpå likevel altså.

Dette støttes langt på vei av de andre informantene, hvorpå en annen formulerer det slik:

Informant 2:

Fordi at kunnskapen vi kan tilføre brukergruppen må jo omsettes i organisasjonsutvikling. Der er jeg ikke sikker på at man klarte å ta ut gevinsten. Man har ikke hengt med på organisasjonsutviklingen.

Det påpekes samtidig at det er en vilje og et ønske om at det skal læres mellom prosjekter, og mellom nye sykehusbygg spesielt. Det viser seg tydelig i dette utsagnet fra en informant.

Informant 3:

Vi fikk helt klar beskjed om at vi er nødt til å begynne å se til hverandre og lære av hverandre. Det er den siste tydelige beskjed om å lære av hverandre.

Det støttes av alle de andre informantene, og følges opp med et av de andre utsagnene slik:

Informant 4:

Det blir sett på som viktig, men det blir ikke ivaretatt godt nok. Kort oppsummert så er det sånn at det blir sagt og festtalen rundt det, men i det praktiske tar vi ikke tak i det og faktisk gjør det.

Informantene sier det mangler en konsistens i læringen, og at det savnes en struktur på hvordan man skal benytte seg av den kunnskapen man tilegner seg.

Informant 1:

Igjen blir det at du skal forhøre deg hva andre gjør, men så er det hva du velger å bruke og i hvilken grad det påvirker en beslutning etterpå er jeg mer usikker på.

Det kan nok være flere årsaker til dette, men en av informantene sa på generelt grunnlag noe om hvordan det kan henge sammen i sammenhenger i Helse Nord hvor læring kunne ha vært en naturlig del av et samarbeid på tvers av klinikker og foretak.

Informant 3:

Jeg holdt på å si, de store ønsker ikke å lære av de små. Kanskje mer den følelsen, og da er det egentlig ikke interessant hva vi driver på med selv om vi driver godt. Jeg tror det kommer av at vi er små, og ikke betyr noe i den store sammenhengen. Jeg tror det er der det ligger.

Når vi utdyper spørsmålet til å dreie seg direkte rett inn på prosjektet blir svaret noe annerledes, og informanten snakker om tid og økonomi.

Informant 3:

De har jo sagt hva som gikk galt, og hva vi ikke måtte gjøre og hva vi måtte passe på. Blant annet OU-prosessen. Men så sitter vi her og dagene går og pengene rår.

Informantene peker på at tid og økonomi er faktorer som påvirker mulighetene til kunnskapsoverføring og læring. Samtidig blir det påpekt at det kommer føringer på at det skal foregå læring mellom prosjekter, men de uttrykker at det ikke blir lagt til rette for det med tanke på at rammene i prosjektene er trange.

4.3.3 Prosjektarbeid

Informantene sier under intervjuene at læringsprosessen kunne være vanskelig på grunn av manglende forutsetninger for dette før de og andre prosjektdeltakere blir satt inn i en rolle. De snakker spesifikt om det å bygge sykehus som for de aller fleste er noe de ikke har vært med på tidligere. Vi stiller spørsmål om de kliniske delen av virksomheten har vært involvert, og får et utdypende svar på det.

Informant 5:

Så ja de er med, men de har ikke nødvendigvis forutsetninger til å gjøre de valgene som de blir satt til. Det jeg har sagt i slike forbindelser er det at, det bør være og det skal settes ned ansatte som en gruppe. Men de må settes i stand til å gjøre en god jobb før de blir satt i slike grupper.

Informanten kommer tilbake til dette temaet på avslutningen av intervjuet og med et forslag til hvordan dette kan løses:

Informant 5:

Forutsetningene er så himla stor i forskjell. Så det å gi de en basispakke der de får ei opplæring på hva er det som er fokuset deres og hva er det som er deres oppdrag. Hva er det på en måte de skal være ansvarlig for tror jeg ville vært kjempeviktig dersom jeg skulle gjort en slik prosess en gang til. Selv om vi hadde god involvering underveis er det noe som gnisset hele tiden.

Flere av informantene kommer også inn på hvordan læring i slike prosesser påvirkes av at man ikke har nok interne kunnskaper på slike prosjekter, og at kunnskapen og læringen forsvinner ut med innleid hjelp.

Informant 4:

I tilfellet vårt er det egentlig en innleid som får den ekstrakompetansen og får til og med betalt for det og kan ta det med seg som kunnskap til neste prosjekt.

De påpeker også viktigheten av at man har med egne ansatte i prosjektet for å få med de ønskede endringer, og at det kommer av at innleid ekspertise ikke besitter denne kunnskapen omkring de behovene som oppstår underveis.

Informant 5:

Det er noe med at noen som kjenner klinikken også er med i selve byggeprosjektet slik at du kan få gjort de endringer som faktisk er nødvendig. De som kommer utenfra som er rene sykehusbyggere de har ikke den kunnskapen nødvendigvis. Noen kan jo ha det, men ikke alle.

Som en oppsummering peker informantene på viktigheten av den interne kunnskapen for at prosjektet skal lykkes, og hvordan den påvirker mulighetene for å få et velfungerende nytt sykehus.

4.3.4 Hva ville man gjort annerledes i eget prosjekt

På slutten av alle intervjuene oppsummerer informantene litt omkring hvordan de ville ha gjort ting annerledes dersom de hadde startet inn i prosessen med den kunnskapen de besitter i dag om de prosjektene de har vært involvert i.

Informant 2:

Ja, vi var jo veldig stolt av at holdte datoene. Det betyr jo at vi var veldig bevisst på å holde fremdriften. Kanskje hvis vi skulle være kritisk til oss selv så ble det litt vel mye fokus på slutten. Vi skulle å sluppet det litte grann og ikke vært så stram. Jeg syns vi hadde veldig god fremdrift, men kanskje brukte vi makta vår for mye mot slutten.

Informantene sier altså at datoer overskygger fokuset på gode resultater, og dermed ville de ha lyttet litt mer til erfaringer og kunnskaper fra andre tilknyttet organisasjonen. Det siktes her til at den kliniske delen ikke har fått gehør på slutten i prosjektet på grunn av stram tidsstyring. Informantene påpeker at man i de tidlige fasene av prosjektet låste seg selv fast i de føringer som var gitt, og på mange måter ble gissel for manglende kunnskaper om det å bygge nytt sykehus.

Informant 5:

Når valgene er tatt... Som ledere måtte vi jo skrive under på at det som vi hadde sagt måtte vi stå for. I ettertid ble det dokumentasjon, og når noe ble klaget på så har du på en måte godkjent det i en tidligere fase uten å forstå kanskje de forutsetninger som du da var med på i planprosessen.

Informanten utdyper dette under et oppfølgingsspørsmål slik:

Informant 5:

Jeg ville startet tidligere med OU-prosessen, jeg ville latt OU-prosessen ha gått hånd i hanske med byggeprosjektet. Jeg ville ha koblet de tettere. Det ene legger forutsetninger for det andre. I de store rammer ville jeg ha startet mye tidligere, og jeg ville kjørt de parallelt, for at bygg og organisasjon skal passe i hop. Bygget gir noen forutsetninger for organisasjon, og organisasjon gir noen forutsetninger for bygg.

Dette utsagnet støttes av alle informantene og er noe som går igjen i alle intervjuer.

Felles for alle informanter er at de ønsker seg bedre tid slik at de kan knytte prosesser tettere sammen, og ta hensyn til tidligere erfaringer. De uttrykker at de blir gissel av stramme tidsplaner.

4.4 Fjernledning

Beslutningstakere ved begge sykehusbyggene er lokalisert ved hovedsetet til foretakene som er i henholdsvis Bodø og Hammerfest. Flere av informantene antyder at andre prosjekter ved hovedsetet stjeler oppmerksomheten, og påpeker at dette faktumet har hatt betydning for deres nye sykehusbygg. Leverandøren av prosjekteringen av sykehusbyggene er også lokalisert andre steder enn der det bygges. Det har skapt en avstand fra de som bygger, de som beslutter og de som utfører. Informantene uttrykker det som problematisk, og ville om de hadde muligheten gjort noe for å minske avstanden. En av våre informanter trekker frem det som har virket som den største utfordringen på prosjektet på denne måten:

Informant 4:

Det er det rent praktiske i tillegg til at det nok er lokalisasjonmessig. Det praktiske er at man fysisk ikke sitter her, det spiller kanskje den største rollen i det.

Ved oppfølgende spørsmål rundt svaret utdyper informanten det slik:

Informant 4:

Da må jeg faktisk være ufin. Den største utfordringen i det prosjektet her det har vært at det er her. Foretakssetet sitter en annen plass. Det er et stort behov for et nytt sykehus der også og det er et stort ønske om et nytt sykehus der foretaksledelsen sitter. Men vi kom først. Det som skjer automatisk er at med en gang vårt sykehus blir dyrere og større, er det mindre igjen til neste prosjekt. Det betyr at det er mindre igjen til foretakssetet sitt prosjekt. Det har vært den største utfordringen i det her prosjektet. Man har ikke klart å se isolert på det her prosjektet, man har sett på konsekvensen av at det her prosjektet blir større, da blir det mindre igjen til noen andre.

Utsagnet støttes langt på vei av flere av de andre informantene, som mener distanse har vært problematisk for prosjektet. Dette går på flere punkter på hvorfor distansen har virket som et hinder for dem, og en av informantene formulerer og konkretiserer det med følgende utsagn i forbindelse med spørsmål omkring det at prosjekteiere med beslutningsmyndighet har satt seg godt nok inn i underliggende data før beslutninger skal tas.

Informant 5:

Det var høyst variabelt. Det var noen ganger vi måtte utsette saken for klinikk sjefen ikke hadde lest dokumenter som sin avdelingsleder hadde utarbeidet. Mens andre ganger var de veldig godt forberedt og hadde lest og undersøkt sånn at det var begge sider. Det ble nok slik på grunn av distansen, det er en ting. Men du har jo også det at (.....) stod i akkurat like store omveltninger. Når man bygger på to plasser er det nok slik at fokuset er der man blir mest påmint det. Det tror jeg ikke er vond vilje men sånn er vi mennesker bygd.

Utfordringen med distanse har informantene vist til på forskjellige måter, og på forskjellige områder. En av informantene påpeker at distanse har en betydning når leverandøren av prosjektet ikke er på samme plass som beslutningstakere. Informanten mener beslutningene kommer for seint, og at avstanden blir et hinder tidsmessig.

Informant 1:

Det andre jeg ville sett nærmere på er den avstanden det er mellom leverandøren av prosjektledelse og sykehuset, at vi mangler et bindeledd der som sitter nærmere prosjektledelsen. Det er til dels stor avstand mellom det her, og det handler om å ta beslutninger underveis. Beslutningene er ikke synkron. Det betyr at behovet for en beslutning oppstår, men man er ikke i stand til å gi den før det er for seint. Dermed har tiden tatt beslutningen for deg.

Avstanden mellom arbeidsgruppen og styringsgruppen har også hatt betydning for beslutninger. Informanten føler at det ga både en viss frihet samtidig som det satte begrensinger for beslutninger.

Informant 5:

Men det var ikke noe sånn strukturert i for eksempel styringsgruppa, for vi var jo organisert med arbeidsgrupper og styringsgruppa. Vi hadde jo også den fordelene eller ulempen at vi hadde ingen av de øverste lederne på plassen, alle satt ved hovedsetet til foretaket.

Siste punktet en av informantene påpeker med distanse mellom eget prosjekt og foretaksledelse går på informasjonsbiten i prosjektet. Det kommer frem at avstanden til

prosjektet etter informantens mening ikke ga en entusiasme hos de informasjonsansvarlige, og på den måten ble et hinder.

Informant 3:

Ambisjonen var god, reint praktisk var det ikke gjennomført like godt som ambisjonen. Jeg kan og si hvorfor. Etter mitt syn, så har ikke informasjonsavdelingen i foretaket gjort sin jobb i den saken. Der det sitter to stykker en annen plass og ingen har egentlig tatt vårt nye sykehus alvorlig.

Oppsummert i dette avsnittet mener informantene at avstand er til hinder for at man ser på prosjektet som viktig. Prosjektets eiere er ikke lokalisert der byggingen foregår. Dette gjør at avstand er til hinder for raske beslutninger når det er nødvendig. Det som opptar beslutningstakere virker for informantene å være det som er nærmest rent fysisk, og gjør at de som jobber i prosjektet føler seg glemt eller ikke sett.

4.5 Deltidsaktører og ressurser

De aller fleste av våre informanter har hatt nytt sykehusbygg som en bi-del av sin stilling. Dette kan for mange være en belastning, og fører til at prosjektmedarbeiderne sitter igjen med en følelse av at de ikke får gjort en god nok jobb noen av de plasser de er satt til å jobbe. Informantene blir på mange måter deltidsaktører i det de driver på med. Det har vi sett i stor grad også gjelder andre som på et eller annet punkt blir trukket inn i prosjektet, når de skal sette seg inn i slike store prosjekter ved siden av normale driftsoppgaver.

4.5.1 Rollekonflikter

Informantene uttrykke at det er problematisk at de besitter flere roller når de skal være viktige bidragsyttere i det å bygge nytt sykehus. De belyser en situasjon hvor de opplever at det er slik på grunn av for stram økonomi i prosjektet. En av våre informanter forteller dramatisk om hvordan rollene kolliderer på denne måten:

Informant 1:

Nei, startet optimistisk med en dobbeltrolle innen bygg, og samtidig når OU-prosessen ble startet ble jeg forsøkt tillagt rolle også der. Det gikk vel et halvt år som lyset ble brent i begge ender. Det skal jo da sies at det å ha en pågående situasjon med i min daglige jobb ikke bidro til at lyset brant noe saktere.

Dette utsagnet følges opp av en av de andre informantene som forteller om at dette strekker seg ut på flere i organisasjonen, men denne informanten mener at det kanskje dreier seg om hvordan ansatte prioriterer sine arbeidsoppgaver.

Informant 2:

Det er kanskje mer det at man ikke har kapasitet og tid til å henge med på karusellen. For eksempel driftspersonellet som har med driften av sykehuset, at de har tid til å delta i møtene hvor viktige premisser blir diskutert. Forutsetningen for byggingen blir gjennomgått. Det er ikke viljen det står på, det er kanskje prioriteringen.

Riktignok kommer det litt senere inn som en bisetning at det dreier seg om den totale arbeidsbelastningen.

Informant 2:

Når det gjaldt selve gjennomførelsen av selve byggearbeidet, så var det kanskje litt lite kapasitet hos drift og eiendom, de som er vaktmestere der, det savnet vi litt.

Informantene opplever at det å skulle være aktører i et slikt stort prosjekt ved siden av sine vanlige driftsoppgaver er problematisk. Det blir en situasjon hvor de opplever at de ikke har betingelser til å gjøre noen av jobbene bra nok, og de ser at andre som trekkes inn i prosjektet lider under det samme.

4.5.2 Ressursinnsatsen

Alle informantene mener at det totalt er lite ressurser som er satt inn på slike store prosjekter, og det sies blant annet på denne måten:

Informant 4:

Og så det her med ramme. Jeg skulle ønske ... på neste prosjekt ville jeg ha brukt mer tid på å diskutere at rammen faktisk er dekkende fordi det oppdraget man har fått. For det er det ikke i de aller fleste prosjektene. Der er ønske om bygning mye større enn midler som settes til disposisjon. Det burde man brukt mer tid på å diskutert på forhånd istedenfor å komme til den konklusjonen ut i fasen, for det er umulig å lykkes fullt ut når man har kjempehøye ønsker og krav og litt for lite penger. Det burde vært avklart tidligere.

Informanten sier her at totalrammen for prosjektet oppleves som for liten, og at det skaper utfordringer når nye krav til bygget og funksjon kommer underveis i prosjektet. Det setter en begrensning for at man lykkes fullt ut i å få et bygg som rommer alle krav. Den totale ressursmangelen er noe som kommer frem fra alle intervjuobjektene, og er noe de alle ville endret på.

Informant 1:

Definitivt er ressursmangelen, bidraget fra foretaket inn i sitt eget prosjekt alt for lav. Vi skal ha fullt trykk og vi skal ha alle mulige normale driftsoppgaver gående samtidig med det her. I hvert fall sånn som det har vært gjort med at man skal løse det med å smøre det ut over hele organisasjonen så er det jeg ser for meg er den største svakheten med prosjektgjennomføringen. At man har puttet på alt for lite ressurser. Det gjør og på mange måter at du jobber på ettertid hele veien. Du jobber som pløgen som skyfler snø, du rekker aldri å komme opp på snøhaugen å jobbe.

Ved oppfølgingsspørsmål om å utdype dette tilføyer informanten dette:

Informant 1:

Men om den finnes alltid internt det er jo Du tar jo Små sykehus som har det her, de har jo ikke noe ressurser i utgangspunktet. De er allerede effektivisert så mye et det er ikke noe mye bufferkapasitet noen plass. Det er som oftest de som sitter i roller i driften som og da gjennom sin rolle må gjøre dette tilleggsarbeidet her og. Det er klart det går ikke opp til slutt det altså.

Informanten peker her på at ressursmangelen gjør at det blir en belastning på organisasjonen på grunn av at rammen er for liten. Organisasjonen får en utfordring når alle oppgaver rundt prosjektet skal løses, og velger å fordele dette ut bredt i organisasjonen. Det oppleves for informanten som en vanskelig oppgave da det ikke finnes slakk i systemet. Enklere sagt fra en annen informant.

Informant 3:

Det er jo sånn at er pengene brukt opp, så er det brukt opp i linja, det er ingen som har noe mulighet til å kreve noe. Ingen sparebøsse å slå hull på.

Når vi på slutten av intervjuene stiller spørsmål på hvordan de ville ha lagt opp prosjektet om de fikk endre det slik de ville var det stor enighet omkring at man ville sett på ressurser. Det går i all hovedsak på den totale rammen er liten, og at det gir konsekvenser som gjør at man ikke kan innfri de ønsker brukerne av bygget har, og de føler på at de selv blir satt i en posisjon der det er de som sier nei og stopp:

Informant 2:

Vi skulle hatt mer penger på budsjettet. Hvis jeg i ettertid skulle vært litt, det er ikke så reint lite preget av at vi må ha sagt nei til brukerønsker fordi vi rett og slett ikke har hatt penger til det. Så for å gi et 100% godt prosjekt så burde vi ha satt av mer penger til sånn oppbygningsfase, men er det 98% bra prosjekt så er det jo bra, det som er synd er jo at vi måles på bagateller av brukerne og de er veldig sur for at vi ikke klarer å rydde opp.

Dette synliggjøres tydelig fra to av de andre informantene også med tanke på at stramme rammer har gjort at man ikke har kunnet høre de kliniske delene av virksomheten i stor nok grad, og at brukerne av bygget på mange måter blir skadelidende.

Informant 1:

Så er det det paradokset hele veien at bufferen i prosjektet er så liten og så tynn. Alle vet om det men ingen gjør noe med det. Nå er det pest eller kolera vi velger mellom stort sett hele tiden da. Løser du et problem må du faktisk skape et nytt gjennom at investerer du litt en plass er det en annen plass det må tas bort. Det å holde på sånn, da blir det mye dårlige løsninger, det blir mye dårlige holdninger også til prosjektet. Det er synd at budsjettammen er så stram at ikke får gjort det optimale når det legges så mye penger i et sånt prosjekt så skulle man gjerne hatt litte granne mer. Man presses inn i så veldig stramme budsjettammer.

Informant 3:

Alt har ikke kunnet blir innfridd på grunn av penger. Jeg tenker at det er kjempeviktig at den kliniske delen høres. Det har jo vært mitt mandat inn i styringsgruppe også, å ta den kliniske biten. Som alle vet så har jeg ikke vunnet de kampene.

Utsagnet støttes langt på vei av flere av de andre informantene. De påpeker andre effekter av trange rammer i forhold til når det skal overføres kunnskaper og læring mellom prosjekter, og

dra nytte av de erfaringer og ønsker som den kliniske delen av virksomheten har. Når vi stiller spørsmål om den kliniske delen av virksomheten er viktig at høres, svarer en av informantene slik:

Informant 4:

Nei, ikke en viktig del. En del av ja, men ikke en viktig del av. Det er bestandig sånn at de harde fakta vinner over gamle erfaringer. Det blir et tillegg til en avveining og en avgjørelse som skal gjøres, men det er, som jeg kommer på i farta, ingenting som er utslagsgivende i sånne saker.

Vi følger opp med; Kan du spesifisere hva du mener med harde fakta?

Kroner, ører, kvadratmeter, fysiske gjenstander er harde fakta. Myke fakta, kunnskapsoverføring.

En annen side av begge de nye sykehusprosjektene er at det har vært stor fokus på å holde oppe aktiviteten i alle faser av prosjektene. Dette har gjort at alle som har vært ute i deler av prosjektene har hatt prosjektjobbene i tillegg til sine ordinære jobber. Alle informantene forklarer at de har opplevd det belastende mens det har pågått, men vi aner likevel at de i ettertid har en viss stolthet rundt det at de har lyktes med det.

Informant 3:

Dette har vært noe som alle har gjort ved siden av jobb til ordinær drift, og driften har gått selv om det har vært to ute eller sytti ute i forbindelse med prosjektet. Vi har klart å opprettholde virksomhetstall uavhengig av prosjektet.

Informantene beskriver at det er et fåtall som blir frikjøpt helt til å jobbe med sykehusprosjektene. Dokumentasjon av prosjektene er et eksempel som de opplever har lidd under det faktum at prosjektdeltakere har vært tvunget til å prioritere tiden sin mellom prosjekt og normale driftsoppgaver. En av informantene forklarer det slik:

Informant 1:

Det har noe med hverdagen å gjøre selvfølgelig. Hvor lang tid har du, og hvor lang tid tar det deg å gjøre det.

Videre forklarer samme informant at tiden har spilt en rolle for hvor godt beslutningstakere har satt seg inn i prosjektet som helhet og i forhold til beslutningsmøter underveis i prosjektet:

Informant 1:

Nei. Ferdig med det. Definitivt ikke. Det oppleves litt sånn at når du jobber med noe mye selv og er veldig inni det og ser hele det store bildet og er helt klar på at man må få en riktig beslutning. Så møtes du og det er ingen som her lest noe eller gjort noe på forhånd. Men slik er nå verden, vi er travelt opptatt alle sammen.

Når vi utdyper spørsmålet for å se om informanten har en tanke på hva som ligger bak dette forklares det på denne måten:

Informant 1:

Det har kanskje noe med at vi har litt lite ressurser internt som kan sikre at man har en oppegående styringsgruppe på det området. Ressursmangel er definitivt noe jeg ville ha gjort noe med.

Det som i stor grad går igjen i dette avsnittet er at informantene påpeker at det er for trange rammer til begge prosjektene. Informantene mener at dette medfører at den kliniske delen ikke høres i så stor grad som de selv ønsker. Videre forteller informantene at de på mange måter føler at de kommer i en skvis mellom lojalitet overfor budsjett og de ønsker de selv har for et vellykket prosjekt. De trange rammene har ført til at store deler av prosjektarbeidet fordeles ut i organisasjonen til flere ansatte, på toppen av deres vanlige driftsoppgaver. Dette går igjen i hele organisasjonen, også opp til beslutningstakere.

4.5.3 Tretthet hos individer og i organisasjonen

Informantene merker en tretthet både hos seg selv og ellers i organisasjonen når prosjektet blir en tilleggsoppgave til den ordinære jobben for de involverte. Dette var noe vi fikk inntrykk av under flere forskjellige faser av intervjuene med de forskjellige informantene. Vi ønsker å dra frem to eksempler på dette, hvor den ene informanten med oppgitthet forklarer hvorfor det ikke er så enkelt å følge opp egne ambisjoner med tanke på å dele egne erfaringer skriftlig og muntlig med andre.

Informant 4:

Jeg er bevist på det, men er heller ikke god nok til det. Så svaret er vel her litt det samme som det forrige, i festtalen ja, men i det praktiske dessverre ikke og jeg tror hvis jeg skal tolke litt samtidig så tror jeg at det her relatert ned til et generelt tidspress. Man rekker på en måte ikke alle gode ambisjoner, man rekker ikke over det i praksis.

Informanten følger dette opp videre under intervjuet når det vi snakker om det oppleves som andre er villig til å dele av kunnskaper skriftlig og muntlig.

Jeg opplever ikke at noen ikke vil dele, men jeg tror det er det samme konseptet der, både til meg selv og til prosessene som sådan at det blir rett og slett for travelt og det gjør til at man ikke deler så mye som skulle ha gjort, det er ikke alltid nok fokus på det. Det er ikke ansett som viktig nok, når det på en måte er travelt.

I det andre utsagnet blir det direkte uttalt at det oppleves som en tretthet i organisasjonen og hos den enkelte. Utsagnet kommer i forbindelse med en oppsummering fra informanten som gikk på kunnskapsdeling, og hvor de selv søker informasjon for å løse sine oppgaver.

Informant 5:

I liten grad. Det er som jeg sier. De var jo villig veldig mange, men det var en tretthet og det å bruke hele arbeidsdagen og det å serve andre og det at folk var gått over i andre stillinger og jobber. Det var ikke noen struktur som la til rette for det.

Vi sporer også en oppgitthet og usikkerhet fra en av informantene når det er innleid hjelp i prosjektene som har mye kunnskaper, mens de selv opplever å bli litt kastet til ulvene med dette som en tilleggsoppgave til sin vanlige jobb. Informantene forklarer det på denne måte når de møter noen som kommer fra firma med stor ekspertise og dette som fulltidsjobb.

Informant 5:

Når det kommer noen eksperter som liksom vet at det skal være enten slik eller slik, og er veldig tydelig. Eller vi er veldig underdanig i forhold til de, så tror vi at de vet så mye bedre enn det vi gjør. For vi har jo aldri gjort det her, mens de har jo gjort her mange ganger. Du får en slags maktubalanse i det her, som gjør det at du kanskje ikke kommer frem med de synspunktene dine.

Dette er noe også tre av de andre intervjuobjektene har snakket om på forskjellige måter. De opplever at den innleide hjelpen besitter mye kunnskaper, som ikke blir igjen i organisasjonen når prosjektet er over. Dette er noe de gjerne skulle endret på.

Tretthet i organisasjonen og hos den enkelte informant på grunn av stort arbeidspress og manglende interne ressurser er et gjennomgående trekk. Det er en oppgitthet og en tretthet å observere hos hver enkelt av informantene, og informantene snakker samtidig om at de opplever liknende tretthet ut i organisasjonen. Informantene føler de ikke får satt i verk sine gode intensjoner og ambisjoner, og på grunn av arbeidspress ikke får gjort en god dokumentasjon av jobben de har gjort.

4.6 Oppsummering av funn for videre diskusjon

Når vi oppsummerer funnene fra tidligere i dette kapitlet kan vi samle resultatene i følgende utfordringer:

Skriftlig overføring	Lærings sirkelen	Distanse	Rammer
Lite skriftlig overføring av kunnskap internt i prosjektet. Lite skriftlig dokumentasjon.	Brudd i lærings sirkelen	Distanse mellom arbeidsgrupper og styringsgruppe	Deltidsaktører har normale driftsoppgaver ved siden av å bygge nytt sykehus.
Informanter opplever lite føringer fra Helse Nord om kunnskapsdeling mellom prosjekter.	Mangel på læring i Helse Nord på tvers mellom klinikker og foretak.	Distanse mellom prosjekteier og der sykehuset bygges oppleves som utfordrende	Lave rammer fører til at oppgaver spres over flere arbeidstakere som får dette i tillegg til normale driftsoppgaver
Mangel på strukturert tilnærming til kunnskapsdeling og læring.	Prosjektdeltakere tar kunnskapen med seg når prosjektet er over. Læringen forsvinner med innleide folk.	Innleid hjelp besitter stor kompetanse som deltidsaktører ikke føler de har.	Tidspress fører til at beslutningstakere ikke setter seg godt nok inn i prosjektet
Tid og økonomi virker å være faktorer som spiller negativt inn på mulighetene for læring	Manglende forutsetninger for å være med i prosjekter/prosesser	Distanse mellom leverandør, beslutningstakere og der sykehuset bygges gir utfordringer.	Tretthet i organisasjonen og manglende entusiasme.

Tabell: 4.2 Funn

Disse utfordringene blir diskutert videre i neste kapittel.

5.0 Diskusjon

I det følgende vil vi drøfte våre hovedfunn; skriftlig overføring, læringssirkelen, distanse og rammer. Vi finner fra forrige kapittel at det foregår lite dobbelkrets læring i forbindelse med de to nye sykehusbyggene vi har studert. Det er brudd i læringssirkelen på flere områder. Det er lite eksplisitt kunnskapsoverføring, som fører til en internalisering av kunnskapen. Vi finner lite som tyder på tiltak rettet mot en forsterkning av koblingen mellom taus og eksplisitt kunnskap. Informantene har en følelse av at det er trange rammer i prosjektene. Vi ser at dette kan være medvirkende årsaker til deltidsaktører og fjernledelse og de utfordringer det gir. Vi vil til sist i dette kapitlet av oppgaven også trekke med en del egne erfaringer fra det å være aktører i prosjektene, og reflektere over våre erfaringer fra forskningsprosessen.

5.1 Brist på erfaringsoverføring og strukturerte føringer

I denne studien finner vi at det er lite skriftlig overføring i og mellom prosjekter. Det oppleves en mangel på dokumentasjon, og strukturerte føringer fra Helse Nord som omhandler kunnskapsdeling. Tid og økonomi virker å være faktorer som spiller negativt inn på nye sykehusbygg som læringsarenaer.

Det er en brist på erfaringsoverføring og strukturerte føringer fra prosjekteiere og Helse Nord til de som jobber i prosjektene. Ved gjennomgangen av alle dokumenter er det lite som tyder på at det er en strukturert læring mellom prosjekter, eller internt i arbeidsgrupper. Funnene våre antyder at det kan være flere årsaker til disse manglene, hvorpå alle informantene viser til at det er en mangel på skriftlig overføringer mellom og i nye sykehusbygg. Ved analyse av dette viser det seg at tiden er en av hovedårsakene. Informantene finner ikke tid til skriftliggjøring av de erfaringer de selv har gjort, eller de erfaringer man har hentet fra andre prosjekter. Det er altså ikke en mangel på kunnskapsoverføring, men som en av informantene påpeker er det kun de som er tilstede når bildet blir tatt som får denne kunnskapen. Figur 2.4 viser hvordan taus og eksplisitt kunnskap kan påvirke en organisasjon. Vi ser dermed at vi får en internalisering av kunnskapen på grunn av at det nedfelles lite skriftlig fra disse møtene. Dette er en sårbarhet ved de nye sykehusbyggene vi har studert, og som det også påpekes av Jacobsen og Thorsvik (2014) danner grunnlag for læring i en organisasjon. Det enkelte individ gjør seg erfaringer og formidler dette ut i organisasjonen, slik at kollektiv læring oppstår. Kollektiv læring innebærer at flere mennesker i organisasjonen lærer, og at organisasjonen handler på grunnlag av dette. Figur 2.2 gir en visuell fremstilling av dette.

Med måten erfaringsoverføring foregår på i de to prosjektene vi har undersøkt, vil det bli vanskelig å endre praksis og man oppnår ingen kollektiv læring. Når erfaringene ikke overføres bredt i organisasjonen i for eksempel dokumenter, rapporter eller referater har grunnlaget for læringen bortfalt, da det kun er noen individ som besitter den nye kunnskapen.

Kolb (ref. Jacobsen og Thorsvik, 2014) påpeker at erfaringslæring er en prosess og ikke noe som nødvendigvis skjer automatisk. Forutsetningen for organisatorisk læring er at de enkelte individer i organisasjonen lærer, og at læringen spres til andre i organisasjonen. Man må selv være aktiv og reflektere over hva man har gjort i praksis. Det kan virke som det ikke blir satt av tid eller ressurser til dette i disse to prosjekter. Den enkelte blir sittende med kunnskapen, og haster videre til neste oppgave. Skriftliggjøring av kunnskapen den enkelte har gjort seg, vil tvinge frem en refleksjon da man setter av tid til dette. Skriftlig overføring blir i så måte en konsekvens og en handling. Vi kan knytte elementene i Kolbs læringssirkel (ibid.) tett opp mot dette, og vi mener at de danner grunnpilarene i erfaringsbasert læring. Figur 2.3 viser denne prosessen. Erfaringslæring kan på den måten skape positive ringvirkninger for organisasjonen dersom prosessen blir satt i et system i prosjektet hvor det også er avsatt ressurser til dette arbeidet. Vi får også en langsiktig gevinst av dette dersom prosjektarbeidet er med på å etablere rutiner hos den enkelte og i organisasjonen på skriftlig overføring av kunnskap.

Våre informanter hadde sammenfallende oppfatninger når vi snakket om kunnskapsdeling og informantenes generelle oppfatning av de, og det var til dels stor enighet om grunnprinsippene av hvordan kunnskapsoverføringen bør skje. Informant 1 påpeker at for vedkommende er den skriftlige biten viktig, og at det er en svikt i dette leddet. Dette kan ses som en brist i læringssirkelen ved at det ikke etableres læring fra erfaringer. Bristen oppstår mellom observasjon og refleksjon, frem til etableringen og utprøving. Vi får dermed et brudd i læringssirkelen som Jacobsen og Thorsvik (2014) har illustrert. De påpeker at intern læring er nøkkelbetingelser for læring i organisasjonen. Bruddet kommer der flere mennesker i organisasjonen skal lære, ved at kunnskapen den enkelte har fått, ikke formidles til andre i organisasjonen. Våre funn tyder imidlertid på at overføringen skjer, men den foregår bare muntlig. Dette kan forstås som at kunnskapen forblir også taus på grunn av at den enkelte ikke får tid til å sette seg ned å tenke og reflektere over de erfaringer som er gjort. Denne tiden kan man sette av i organisasjonen mener vi, ved at det kommer føringer på at det skal

være mer skriftlig overføring. Eksplisitt kunnskap nedfelles skriftlig, og gjøres på den måten tilgjengelig for andre.

Flere av informantene mente også at læring ikke var høyt prioritert generelt i organisasjonen. Det at informantene mener at det er manglende skriftlige føringer som går direkte på erfaringsoverføring og kunnskapsdeling er et eksempel på at det ikke blir høyt nok prioritert. Det avsettes heller ikke tilstrekkelig med ressurser til å følge opp de føringer som legges. Våre informanter viser til at de selv er aktive i innhenting av læring fra andre prosjekter eller for de naturlige arenaer for kunnskapsinnhenting. Vi ser ved dokumentgjennomgangen at det er føringer i OU-prosessen i Kirkenes for at man skal se til andre prosjekter. Spørsmålet er hvordan man så sprer kunnskapen ut i organisasjonen. Jacobsen og Thorsvik (2014) peker på at læring betyr at man bygger opp en kunnskapsbase i organisasjonen. Dersom man i disse prosjektene har fokus på å dokumentere og spre kunnskap, vil man få en gevinst ved at det samtidig bygges opp en kunnskapsbase. På den måten vil man samtidig legge grunnlag for en lærende organisasjon.

Man risikerer brudd i læringssirkelen hvor ord skal gå til handling. Vi tolker at informantene er frustrerte på grunn av mangel på solide føringer fra oppdragsgiver i forhold til kunnskapsoverføring både internt i eget prosjekt, men også fra tidligere prosjekter. *Å skulle se til andre* blir bare ord fra ledelsen dersom det ikke er noen systematikk rundt kunnskapsdeling og læring. De ser også at det mangler en form for struktur på hvordan læring bør foregå mellom nye sykehusbygg, og at det kanskje er på grunn av manglende føringer fra Helse Nord. Vi ser også at det vil være positive effekter ved skriftlig overføring i forhold til mangelen på kontinuiteten som kan oppstå i slike prosjekter.

5.2 Brist i læringssirkelen

Det andre hovedfunnet vårt var at det var brudd i læringssirkelen. Jacobsen og Thorsvik (2014) skiver at moderne ledelsesteori tar utgangspunkt i at alle har en egeninteresse, og at det dermed kan oppstå konflikter mellom mål og egeninteresse. Det oppleves slik at enkelte i organisasjonen ikke er like villige til å dele på informasjon og kunnskap, og at informasjon er makt. Ut i fra informantens utsagn tolker vi at dette er på grunn av makt og frykt for egen posisjon. Dette er i så fall noe som er til hinder for læring i organisasjoner. Nå er ikke dette noe som ytres av alle informantene, og er derfor ikke noe konklusivt å trekke ut fra dette utsagnet. Det som likevel er av interesse å diskutere er at dette utsagnet kom fra noen som har

jobbet andre plasser enn i spesialisthelsetjenesten, og ikke har lang fartstid i organisasjonen. Vi stiller spørsmål ved om det kanskje oppleves slik når du kommer ny inn i en organisasjon som en erfaren arbeidstaker, og har noe å sammenligne med fra andre organisasjoner. De andre informantene har ikke samme ballast med seg, og ser det kanskje ikke like tydelig. En av informantene med lang fartstid i organisasjonen viser til at man i dag er flinkere til å dele kunnskap enn tidligere. Vi ser at disse sammenhengene mellom mål og egeninteresse kan være en medvirkende årsak til brist i læringssirkelen.

Kommunikasjon er en viktig del av prosesser i transformasjonsledelse (å flytte inn i nye sykehusbygg krever endring i organisasjonen), og avsender må evne å sette seg inn i den andres situasjon (Jacobsen og Thorsvik, 2014). Vi kan overføre dette direkte til hva de to informantene referer til, og begge har forskjellige utgangspunkt for sine uttalelser. Vi ser likevel at de opplever at det er noen som er opptatt av å bevare egeninteresser fremfor å samarbeide om organisasjonens mål om et godt prosjekt. Dette er helt klart noe som setter begrensinger for læring i organisasjonen. Dette kan selvsagt ha noe med hvilken organisasjonskultur man befinner seg i og har vært en del av tidligere. Etter den ene informantens mening er der en bedring å spore, og Jacobsen og Thorsvik (2014) påpeker at dette er resultater av samhandling over tid. Samarbeid blir enklere og hierarkiske nivåer viskes ut. Det den andre informanten opplever kan ses i lys av dette og være et signal på at den ansatte er kommet ny inn i organisasjonen, og dermed blir ikke samarbeidet like enkelt. Vi ser dermed at kontinuitet i prosjekter er av betydning, og en forutsetning for at læring skal lykkes. Det bør tilstrebes at sentrale aktører i slike store prosjekter er personer man kan forvente blir stabile aktører i organisasjonen over tid. Struktur og kultur i prosjektarbeid blir noe man blir nødt til å se på samlet da de avhenger av hverandre. Vi finner i denne sammenhengen at det er en manglende kultur i organisasjonen som fremmer læring.

En annen viktig del av våre funn viser til at det skjer kunnskapsdeling i prosjektene, men de blir ikke tatt hensyn til. Hvor er det da læringen brister, og hva er årsaker til dette? Vi finner i resultatet at det er en svikt mellom sender, budskap og mottaker. Jacobsen og Thorsvik (2014) påpeker at læring i organisasjoner har en handlings og kunnskapskomponent. Vi har i våre funn sett at det stopper opp når beslutninger skal tas, og stiller oss spørsmål ved hvorfor det stopper opp? Informantene sier at innspill fra den kliniske delen av virksomheten ikke alltid blir tatt hensyn til, og at disse myke verdiene ikke prioriteres like mye som kroner og øre. Vi kan dermed si at kunnskapsoverføringen ikke har ført til en handling som endre praksis. Det

stopper altså opp, og det blir på den måten ingen læring. Det er andre verdier som teller tyngre, og vi har forståelse for at kroner og ører noen ganger overskygger ønsker fra de ansatte. Det vi frykter er at det kan bli altoverskyggende, og få for stor plass. At fremdriften i prosjektet er viktigere enn resultatet. Vår tolkning av dette blir at man som prosjekteiere blir mer opptatt av hvordan kan man løse utfordringen som kommer på bordet, fremfor å tenke på hvorfor kom utfordringen på bordet?

Vi har i intervjuene fått frem at det som tas lite hensyn til er tiden et slikt stort prosjekt tar, og at det ikke er tatt høyde for de endringer i helsevesenet (eksempelvis samhandlingsreformen eller endrede medisinske behandlingsformer slik som variceroperasjoner som har gått fra døgn til dag til timebehandling) som kommer. Prosjektene går over flere år, og tiden er med på å vanskeliggjøre læring i prosjektene. Man har ikke kunnet forutse alt, og da er det for seint å gjøre de nødvendige endringer, gjerne på grunn av økonomi. Argyris (ref. Jacobsen og Thorsvik, 2014) teori påpeker at det er stor forskjell på hvordan-læring og hvorfor-læring. Dette er en sak som har blitt tydelig for oss under vår forskning, og vi tolker det slik at det er for lite rom for hvorfor-læring i disse prosjektene. Det kan selvfølgelig være flere grunner til dette. Kunnskap om viktigheten av hvorfor-læring kan mangle hos beslutningstakere. Figur 2.1 gir et godt bilde på hvordan-læring og hvorfor-læring foregår i praksis. Denne figuren viser et tydelig bilde på de problemer som oppstår i organisasjonen når praksis ikke endres på bakgrunn av de erfaringer som er gjort i organisasjonen. Økonomiske rammer er låst slik at det ikke er rom for å gå til problemløsning som er naturlig under dobbelkretslæring. Man har ikke før prosjektene starter forutsett at mål og verdier vil endres underveis, og det tas ikke høyde for de kostnader det medfører. Selv om en av våre informanter påpeker at de har fått beskjed om at de er nødt til å lære av hverandre, legges det ikke til rette for det. Sykehusenes oppdrag og føringer endres hele tiden via blant annet utvikling, oppdragsdokument og nasjonale standarder, og når prosjektene løper over flere år vil det for oss være naturlig å se på dette i fremtidige prosjekter.

Prosjektdeltakernes manglende kunnskap om prosjektarbeid er også et av funnene som er vesentlig å se på. Det er i begge prosjekter behov for og bruk av innleide ressurser. Denne faktoren gjør at læringen i prosjektene blir mindre, og noe av forutsetningene for gode OU-prosesser og organisasjonsendringer blir borte. Dette avhenger av kunnskapsfaktorene og kunnskapsdelingen. Jacobsen og Thorsvik (2014) skriver at mye læring skjer hos det enkelte individ og at kunnskapen er skjult for andre enn de som har den. Med innleid hjelp vil

kunnskapen fortsatt være skjult for hele organisasjonen, da disse aktørene tar med seg den kunnskapen de allerede har og den de har ervervet i prosjektet når de igjen forlater organisasjonen. Kunnskapsdeling er en forutsetning for at det skal foregå læring i organisasjoner, og handler om relasjon mellom personene kunnskapen skal overføres mellom. Når vi samtidig ser at det er lite som skriftliggjøres mens prosjektene skrider frem, forblir kunnskapen taus hos den som innehar den. Eksplisitt kunnskap nedfelles ofte skriftlig og settes i system. Når den tause kunnskapen ikke blir avdekket, utvikles ikke våre organisasjoner til å bli lærende. Den gjøres ikke tilgjengelig for flere, og kommer dermed ikke til praktisk nytte for hele organisasjonen (Jacobsen og Torsvik, 2014).

Når vi samtidig har sett i vår studie at prosjektdeltakerne føler seg underdanige og kunnskapsløs i forhold til den innleide hjelpen, tror vi det er noe som også er med til å bidra at den kunnskapen de har ervervet forblir taus. Det er sannsynlig at de føler at deres erfaringer og kunnskaper fra prosjektet ikke er tilstrekkelig gode nok til at det bør deles. Den ene informanten vår mente at det bør gis en form for opplæring før man starter i denne type prosjekter, en basispakke.

5.3 Distanse, et hinder?

Distanse virker å ha en betydning for erfaringsutveksling og læring i og mellom nye sykehusbygg. Vi finner at det er distanse mellom arbeidsgrupper og styringsgrupper. Prosjekteier og de nye sykehusene er lokalisert på forskjellige plasser, og dette oppleves for informantene som utfordrende. Viser leder mer interesse for prosjekter som ligger nær dem? Innleid prosjektstøtte besitter stor kompetanse som deltidsaktører føler de ikke har. Distanse mellom leverandør, beslutningstakere og der sykehuset faktisk bygges gir utfordringer.

Distanse virker å være til hinder for enda bedre prosjekter. Alle våre informanter viste mye følelser og oppgitthet rundt det faktum at de mener at distanse har hatt store konsekvenser og har vært problematisk for prosjektet. Napier & Ferris (ref. Stefanussen, 2010) anser at fysisk avstand er til hinder for gode relasjoner, og utbytte i organisasjonen. Våre informanter er tydelige på at aktørene i prosjektet opplever en manglende entusiasme og involvering fra ledelsen på grunn av distansen mellom dem og prosjektet. Vi opplever underforstått at våre informanter i liten grad føler seg sett, og at de har opplevd liten støtte og anerkjennelse i forhold til det de har jobbet mye med. Det er en distanse, eller fysisk avstand, mellom arbeidsgrupper og styringsgrupper som spiller en rolle for denne opplevelsen. Avolio & Kahai

(ref. Stefanussen, 2010) trekker frem at det er vanskelig for et team å oppnå en felles forståelse uten å være sammen. Vi ser at det kan være flere faktorer som spiller inn i saken. Avstanden har ført til at informantene mistenker at deres prosjekt har mindre betydning for foretakssetet siden de ikke er samlokalisert. En annen faktor kan være at foretaksledelsen ikke klarer å formidle at de har et felles mål på grunn av at de ikke tilbringer tid sammen. Stefanussen (2010) påpeker at det skapes en felles forståelse ved å se hverandre i uformelle sammenhenger og ha uformelle samtaler. Dette er viktige elementer som kan bli borte ved fjernledelse. Den andre delen er selvsagt at de nære prosjekter kan stjele mer oppmerksomhet av akkurat samme grunn, og at beslutningstakere kan oppleve det som vanskelig på grunn av den fysiske avstanden å skaffe seg forståelse for prosjektet. Våre informanter opplever at foretakssetene har fokus på det nære, og en av våre informanter trekker frem at slik er nå bare mennesker. Lokalisasjon virker for oss å ha en betydning for både prosjektdeltakere og prosjekteiere.

Kulturen for læring i organisasjonen blir også påvirket av distansen. Vi får en manglende nærhet og småprat som gir grobunn for bygging av en kultur der læring er i førersetet. Avstand blir på den måten et hinder både i prosjektarbeidet og den daglige interaksjonen i foretakene hvor ledere kan bygge kulturer for kunnskapsdeling og læring. Jacobsen og Thorsvik (2014) påpeker at organisasjonskultur og organisasjonsstruktur er uløselig sammensatt. Vi er derimot tvilende til at en strukturell endring som ikke innbefatter noe på avstandsledelse vil ha en effekt på kulturbygging inn mot en mer lærende organisasjon. Disse to henger tett sammen, og man kan ikke se disse separat dersom man ønsker å foreta en endring.

Vi har selv som aktører i prosjektene opplevd at ledelse og avstand har en betydning når beslutninger skal tas. Jacobsen og Thorsvik (2014) trekker frem at ledelse handler om å få mennesker til å handle på en bestemt måte. Vår erfaring fra vårt daglige virke er at fokuset lett dreier seg mot at avstand har en betydning for dette. Vi har sittet i møter der beslutningstakere ikke har satt seg inn i dokumenter til det aktuelle møtet. Det gir oss en opplevelse at vårt nye sykehus ikke er viktig for de, at de ikke prioriterer oss. Dette gir uheldige relasjoner i møtene, og skaper en egen distanse mellom «oss» og «de». Det er som Napier & Ferris (ref. Stefanussen, 2010) påpeker et hinder for god kommunikasjon, og bygger ikke opp til gode prestasjoner. Leverandør av prosjektet har en fysisk avstand til selve bygget som oppleves som utfordrende. Det blir påpekt at det mangler et bindeledd mellom leverandør, prosjektet og

beslutningstakere. Dette fører til at beslutninger tar for lang tid, og at tiden blir en faktor som blir utslagsgivende. Tiden «tar beslutningen» på grunn av fremdriften i prosjektet. Vi tolker disse utsagnene til at fokuset på fremdriften og tidsplaner sammen gjør at behov for endringer som oppstår underveis i prosjektet ikke blir tatt tak i og endret på grunn av avstand eller mangel på et bindeledd. Napier & Ferris (ref. Stefanussen, 2010) peker på fysisk avstand forringer kvaliteten på interaksjoner. Relasjoner bygges ikke, og vi opplever at helhetsbildet blir borte. Det fører til at noen som ikke ser helheten til slutt skjærer igjennom på sviktende grunnlag, og tiden tar på den måten beslutninger som i ettertid er uheldige for det nye sykehusbygget.

Vi finner også i utsagnene fra våre informanter at de opplever at de er underdanige i forhold til leverandører, og ønsker å kunne sette mer spor i prosjektene selv. De ønsker flere egne folk i prosjektene. Det er likevel en mismatch på dette området, da man samtidig erfarer at man selv mangler kompetanse. Den individuelle læringen ble vanskelig grunnet manglende kunnskaper ved inngangen til prosjektet, og det vanskeliggjorde i neste omgang den organisasjonelle læringen. Haraldstad (2011) skriver det er viktig å utnytte de ulike kompetanse. Brukergrupper blir ofte brukt for å få tilført lokal kompetanse, og faglig kunnskap og erfaringer fra involverte personer er nøkkelfaktorer for å lykkes. Informantene antyder at prosjektdeltakerne ikke har kunnskap nok når de går inn i slike store prosjekter. Dette gjelder i hele organisasjonen, hvor prosjektmedarbeidere besitter for lite kunnskaper om hva prosjektarbeid inn mot nytt sykehus betyr, samtidig som den totale interne kunnskapen er for lav på området som tvinger frem at man leier inn ekstern ekspertise. Dette kan medføre at læringen forsvinner med de eksterne ekspertene, samtidig som de interne ressursene blir lammet av manglende kunnskaper i forhold til den jobben de blir satt til å gjøre.

5.4 Brennes lyset i begge ender?

Det fjerde og siste funnet er spørsmålet om prosjektdeltakerne brenner seg ut ved å ha dobbeltroller over lengre perioder. De aller fleste som er involvert i prosjekter rundt bygging har også drift som skal opprettholdes samtidig. Våre funn viser at det var utbredt i begge de nye sykehusprosjektene. Mathiassen & Forsth (1988) peker på at prosjektarbeid ofte gir utfordringer med tiden på grunn av dobbel tilknytning til basisorganisasjonen og prosjektet. Arbeidet med å planlegge det nye sykehuset kom på toppen av de normale driftsoppgaver, altså ble det ingen reduksjon i de andre oppgaver de hadde til daglig. Haraldstad (2011) peker på at det ofte kjennetegner prosjekter at prosjektdeltakerne har en dobbel tilknytning til

prosjektet og basisorganisasjonen og at deltakernes tilknytning ofte er skiftende og midlertidig. De blir deltidsaktører. Informantene uttrykker noe som vi tolker som en tretthet og oppgitthet, som gikk både på den ekstra belastningen og at det totalt ble satt inn så lite ressurser i prosjektet. Vi tolker ut fra informantenes utsagn at de mener lyset brennes i begge ender. Dette gjelder både deres egen rolle i selve prosjektet og for andre personer som jobber i prosjektet. Vår tolkning blir dermed er at man bruker opp de ressurser man har til rådighet. Våre informanter forteller at det er ingen reduksjon i drift, som kunne vært et avbøtende tiltak for å minske totalbelastningen for de ansatte. Det blir heller ikke satt inn ekstra personer som fristilles totalt til kun prosjektjobben, som kunne vært et annet svar på utfordringen med at belastningen blir stor. Isteden bruker man et tiltak som er å legge ekstra belastningen ut over flere personer i tillegg. En av respondentene påpeker dette i sitt intervju, at man er allerede så effektivisert at det finnes ingen buffer i systemet, «*Alle er så travelt opptatt*».

En annen side ved dette er at det vil handle om prioriteringer av arbeidsoppgaver. Dersom det prioriteres feil vil jobben ofte bli utført feil eller mangelfull. I slike prosesser blir det da vanskelig å rette opp de feil som blir gjort seint i prosessen. Vi ser at opplevelsen til de involverte støttes i litteraturen, og at dette er elementer som er verdt å ta med seg videre til kommende prosjekter. Vår opplevelse etter intervjuene er at det har gått ut over flere deler av prosjektene at det bare er et fåtall som blir frigitt helt eller delvis til prosjektene. Dokumentasjon av prosjektene er et eksempel som trolig har lidd under det faktum at prosjektdeltakere har vært tvunget til å prioritere tiden sin mellom prosjekt og normale driftsoppgaver. Samtidig blir det påpekt at det kommer føringer på at det skal foregå læring mellom prosjekter, men vi opplever ut fra intervjuene at det ikke blir lagt til rette for det med tanke på at rammene i prosjektene er trange. Vi tolker med bakgrunn i informantenes svar at mangel på læring i prosjektet til dels er todelt. Informantene påpeker at tid og økonomi er faktorer som påvirker mulighetene til kunnskapsoverføring og læring.

5.5 Våre erfaringer og sykehusbygg som læringsarenaer

Vi gikk inn i dette prosjektet med en forforståelse om at det er en mangel på læring i slike prosjekter, og en mangel på kunnskapsoverføring i og under prosjektet. Vi har under studien sett at det foregår kunnskapsdeling, men det er en mangel på struktur. Kunnskapsdelingen foregår muntlig og det medfører at læringen i organisasjonen blir liten. Jacobsen og Thorsvik (2014) peker på viktigheten kunnskapsformidling for en god organisasjonell læring. Vi har fått en dypere forståelse for hvor utfordringene sitter enn når vi gikk inn i studien. Vår nærhet

til feltet har samtidig gjort oss oppmerksomme på at vi selv har bidratt til at organisasjonell læring blir liten, ved å godta muntlige føringer og dobbeltroller. Studien vår har gitt oss en bekreftelse på at det er flere i organisasjonene som deler vår opplevelse av at vi kunne brukt mer ressurser på læring i organisasjonen. Vi kan sammen bidra til endringer. Det er enkelt i en travel hverdag å hoppe over et referat, uten å tenke på at det gir konsekvenser for læring i organisasjonen. Vi holder selv kunnskapen vår taus, og lar ikke vår stemme bli hørt ved at vi godtar arbeidsoppgaver ved siden av vårt daglige virke. Det kan være at de prosjekter vi blir innlemmet er så spennende at vi ikke vil la de glippe for oss, men spørsmålet er om vi gjør organisasjonen en bjørnetjeneste ved at det i stor grad blir oss selv og andre som deltar direkte i prosjektene som lærer. Mye tyder på at særlig økonomien spiller en stor rolle for at prosjektene skal bli bra, og at den har innvirkning på mer enn kun kvadratmeter og innhold i bygget.

Det påpekes også fra våre informanter at det er viktig å få med seg den kliniske virksomheten når nye sykehus skal bygges. Vi er enige i dette, og ser også de positive effektene det kan ha for organisasjonen. Organisasjonens kultur vil styrkes ved denne typen involvering, samtidig som det nye sykehusbygget vil få en dimensjon der de ansatte føler de skal jobbe i et bygg de selv har hatt innflytelse på under byggeprosjektet. Jacobsen og Thorsvik (2014) peker på involvering av de ansatte, og sier kommunikasjon og samarbeid er viktige elementer for vellykkede endringsprosesser. Å flytte inn i nytt sykehus er for mange en stor endring, og det krever derfor mye av ledere og prosjekter for å sørge for en god involvering av de ansatte.

Å bygge nytt sykehus er en sammensatt prosess. Det er prosjekter som går over flere år. Disse to sammen gjør nye sykehusbygg til en krevende læringsarena. Det foregår flere parallelle prosesser i et sykehus slik som normale driftsoppgaver samtidig med forskjellige prosjekter. Helhetsvurderingen av prosessene knyttet til sykehusbygg gjør at vi kan se på dette som en læringsarena. I teorikapittelet har vi skrevet om hvordan læring på både individnivå og organisasjonsnivå kan påvirke prosessene underveis. For å støtte analysen ytterligere har vi tatt inn en del andre teorier som vi mener er vesentlig for å støtte opp analysen av problemstillingen.

Når læring finner sted på en arbeidsplass, vil den alltid påvirkes av den sammenheng den finner sted i. Arbeidsplassens kontekst som formål peker også på effektivitetsbestrebelse og ledelsesretten som viktige vilkår for læring. Formål og maktstruktur legger føringer for læring

på arbeidsplassen, medarbeidernes interesser og perspektiver virker også inn på læringen (Illeris, 2012). Sykehuset som læringsarena vil også fortsette etter at det er innflyttet i nytt bygg. Læringsprosessen må skje før, under og i tiden etter byggeprosjektene. Det vil alltid pågå læring i denne typen organisasjoner, og vi må være villig til å ta inn over oss de endringer og føringer som kommer i helsevesenet raskt.

6.0 Konklusjon og implikasjoner

Manglende føringer for skriftlig dokumentasjon får konsekvenser for læring og kunnskapsdeling i og mellom nye sykehusbygg. Mangel på skriftlig kunnskapsoverføring fører til at prosjektdeltakere ikke deler sin kunnskap eksplisitt og fører til internalisering av kunnskap i organisasjonen. Det betyr at organisasjoner, for å fremme gode læringsprosesser blant ansatte, både må lage systemer som bidrar til at taus kunnskap blir formulert og gjort eksplisitt, og systemer som bidrar til at eksplisitt kunnskap blir tatt i bruk og blir en integrert del av de ansattes tause kunnskap (figur 2.5). Vi opplever derfor en brist i lærings sirkelen, da det virker som man ikke tar hensyn til de erfaringer som legges frem. En skriftlig informasjonsflyt vil skape en base for læring i hele prosjektet, og i tillegg ha en positiv effekt i hele organisasjonen da denne prosessen er kontinuerlig og ikke nødvendigvis stopper opp ved prosjektets slutt. Det skriftlige må gjøres tilgjengelig bredt i organisasjonen, også til de ansatte som er viktige aktører og premissleverandører i de nye byggene. Det er viktig at det kommer tydelig frem at man høster erfaringer fra andre, da det vil øke tilliten til eget prosjekt. Dette bør i teorien føre til endringsprosesser i organisasjonen som omdanner kunnskapen til læring, noe som i prinsippet fører til både en kunnskaps og en handlingskomponent. Her kunne Helse Nord gitt tydelige overordnede føringer i oppdragsdokumentet for skriftlig informasjonsflyt. Vi ser selvsagt at dette er ressurskrevende, men etter vår mening er det viktig at det gis føringer og avsettes ressurser til denne jobben for å muliggjøre organisatorisk læring.

Tid, økonomi og avstand bidrar også til at nye sykehusbygg ikke klarer å foreta endringer som er nødvendige på grunn av sentrale føringer og et helsevesen i stadig endring. Det blir på en måte en mangel på læringskultur i disse prosjektene når man ikke har lyktes å innføre en dobbelkretslæring. Prosjektene drar gjerne ut i tid, og i Nordlandssykehuset Vesterålen ble eksempelvis tidshorisonten rundt 14 år fra prosjektstart til innflyttet bygg. Alle disse forholdene bidrar til de utfordringer vi finner i de to nye sykehusbyggene vi har forsket i. I dokumenter fra delprosjektene til OU-prosessen i Kirkenes finner vi en planlagt aktivitet hvor man skal se til tidligere prosjekter. Det er første eksempel på en føring hvor noen i prosjektene spesifikt blir bedt om å se til andre. Vi mener dette er dårlig kommunisert ut i organisasjonen, og først vil bli tilgjengelig for flere i organisasjonen når sykehuset nesten er innflyttet. Det kan etter vår mening med fordel være en planlagt aktivitet å se til andre også i

byggeprosjektfasene. Da vil vi få tydelig føring fra oppdragsgiver på at kunnskapsdeling er viktig og at det er viktig å lære fra andre.

Det er viktig for oss å understreke viktigheten av et av utsagnene som kom frem under intervjuene. En av informantene påpeker at prosjektet er 98% bra, men det er de to siste prosentene man blir husket for. Vi ser tydelig at begge de prosjektene vi har forsket i gir bra sluttprodukt, og i de fleste tilfeller er det mer enn godkjent. Det er lett at det som er negativt blir overskyggende. Det er flotte nye sykehus som bygges, og befolkningen i nord er heldige som har et spesialisthelsevesen hvor man kun ønsker det aller beste. Det vi tar med oss er at alle jobber for pasientens beste.

Vi finner i vår studie og fra egne erfaringer at det i denne type prosjekter ikke blir tatt tilstrekkelig høyde for de endringer som oppstår underveis i prosjektene som løper over flere år. Disse endringer dreier seg om den medisinske utviklingen som skjer raskt, og er umulig å forutse og legger nye rammer for bygget. Det samme gjelder for de sentrale føringer og incitamentene som legges med tanke på oppbygningen av det totale helsetilbudet til befolkningen. Både faglig utvikling og oppdragsdokumentet endrer sykehusets struktur/oppbygning og organisering. Det finnes ingen rammer for å gjøre disse endringene underveis i prosjektet, og vår studie viser at dette er noe som må tas høyde for i fremtidige prosjekter. Trange rammer gjør at vi får deltids-/distanseaktører som har prosjektet som tilleggsoppgave til normal drift. Dette skaper utfordringer for kunnskapsdeling og læring i og mellom nye sykehusbygg. En form for opplæringspakke for prosjektmedarbeider bør implementeres. Som vår studie viser er det gevinster med å legge føringer og rammer for dette, både for prosjektet og den fremtidige organisasjonen. Vi mener det er viktig at våre funn blir tatt hensyn til når nye lokalsykehus skal bygges i fremtiden.

Litteraturliste

Christensen, S., & Kreiner, K. (1994). *Prosjektledelse i løst koblede systemer. Ledelse og læring i en ufuldkommen verden*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag

Dalin, Å. (1999), *Veier til den lærende organisasjon*, Cappelen Damm Akademisk Forlag

Dalland, O. (2002). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gjøvik: Norsk Forlag AS.

Development, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey

Haraldsstad, L (2011), *Styringsmessige forskjeller i store og små prosjekter*,
Masteroppgave

<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/135614/BE%20501-1%202011%20Vsr%20Lars%20H.%20Haraldstad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Illeris, K (2012), *Læring*, Gyldendal Norsk Forlag AS

Jacobsen, D. I. (2000), *Hvordan gjennomføre undersøkelser*, Høyskoleforlaget

Jacobsen, D. I., Thorsvik, J. (2014), *Hvordan organisasjoner fungerer*, Fagbokforlaget

Johannesen, A., Kristoffersen, L. & Tufte, P.A, (2009) *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*, Abstrakt forlag

Kolb, D. (1984), *Experiential Learning: Experience as The Source of Learning and*

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Tano Aschehoug

Mathiassen, O. & Forsth, L.R, (1988), *Prosjekt*, PDC – printing data center A/S, 1930
Aurskog

Nettport.com

(http://nettport.com/no/systems_engineering/prosjektledelse_av_komplekse_systemer/laering_og_kunnskapsutveksling_i_prosjekter.php)

Olsson H. og Sörensen S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gyldendal Akademisk.

Pettersen, I.J., Magnussen, J., Nyland, K. & Bjørnenak, T. (2008), *Økonomi og helse*, Cappelen akademiske forlag

Seterelv, W. Bergsland, K. Wang, E. (1976) *Evaluering av sykehusbygg: planlegging, økonomi, kvalitet*

(<http://www.nb.no/nbsok/nb/032627b832d91c951a58e415ed1dd6fd?lang=no#18>)

Stefanussen, F. (2010), *Masteroppgave; utfordringer med fjernledelse*, Universitetet i Tromsø (<http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/2628/thesis.pdf?sequence=2>)

Store medisinske leksikon, <https://sml.snl.no/helseforetak>

Synonymordboka.no, <http://www.synonymordboka.no/no/?q=utfordring>

Sørås, I (2007), *Organisasjonsutviklingsprosess i sykehus*, Universitetsforlaget

Vedleggsoversikt

Vedlegg 1: Oversikt over gjennomgåtte dokumenter

Finmarkssykehuset HF Nye Kirkenes Sykehus	HF Nye	Fremdriftsplan prosjekt Nye Kirkenes Sykehus- konseptfase	
Finmarkssykehuset HF Nye Kirkenes Sykehus	HF Nye	Styringsdokument for byggefasen	18.03.14
Finmarkssykehuset HF	HF	Tertialrapport	04/2016
Helse Finnmark HF	HF	Hovedfunksjonsprogram Nye Kirkenes Sykehus	10.12.09
Helse Finnmark HF	HF	Idekonseptfase- renoveringsprosjekt ved Kirkenes sykehus	01.12.08
Helse Finnmark HF	HF	Nye Kirkenes Sykehus skisseprosjekt	04/2010
Helse Finnmark HF	HF	Styringsdokument – forprosjekt Nye Kirkenes Sykehus	04.06.12
Helse Nord HRF	HRF	Vedlegg sak 78-2014 Internrevisjonsrapport	07/2014
Helse Nord IKT	IKT	IKT i nytt sykehus	?
Nordlandssykehuset HF	HF	Driftsmodell NLSH Vesterålen	02/2014
Nordlandssykehuset HF	HF	Melding om internrevisjon nytt sykehusbygg Vesterålen	20.03.14
Nordlandssykehuset HF	HF	Styresak 78-2014- internrevisjonsrapport	07/2014
Nordlandssykehuset HF	HF	Zefyr hotell NLSH	?
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	AMU- sak 3/2014	06.02.14
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	AMU- sak 36/12	30.05.12
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Driftsmodell nye Nlsh Vesterålen	05.02.14
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Forprosjekt bok 1 (konklusjon, rammer, prosjektbeskrivelse)	01.09.09
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Notat- organisasjonsutvikling «Nytt sykehus Vesterålen»	30.05.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 01	17.09.12
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 02	16.10.12
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 03	30.10.12
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 04	18.11.12
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 05	11.12.12
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 06	16.01.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 07	04.02.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 08	18.02.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 09	06.03.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 10	03.04.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 12	29.05.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 13	19.06.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 14	04.09.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 15	18.09.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 17	23.10.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 18	13.11.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 19	27.11.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr.	11.12.13

	20/flyttemøte	
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 21	15.01.14
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 22	12.02.14
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 23	26.02.14
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr. 25	26.03.14
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-arbeidsgruppemøte nr.11	17.04.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-styringsgruppemøte nr. 01	21.08.12
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-styringsgruppemøte nr. 02	25.09.12
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-styringsgruppemøte nr. 03	06.11.12
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-styringsgruppemøte nr. 04	04.01.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-styringsgruppemøte nr. 05	05.02.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-styringsgruppemøte nr. 06	19.02.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-styringsgruppemøte nr. 07	29.04.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-styringsgruppemøte nr. 09	28.05.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-styringsgruppemøte nr. 10	17.06.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-styringsgruppemøte nr. 11	03.09.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-styringsgruppemøte nr. 12	08.10.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-styringsgruppemøte nr. 13	29.10.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-styringsgruppemøte nr. 14	19.11.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-styringsgruppemøte nr. 15	03.12.13
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-styringsgruppemøte nr. 16	11.03.14
Nordlandssykehuset Vesterålen	Referat OU-styringsgruppemøte nr. 17	21.11.14
Nordlandssykehuset Vesterålen	Risikovurdering	18.02.14
Nordlandssykehuset Vesterålen	Risikovurdering OU prosess «Nytt sykehus Vesterålen»	
Nye Kirkenes Sykehus	Arbeidsgruppemøte	22.01.16
Nye Kirkenes Sykehus	Møtereferat: OTG	03.09.15
Nye Kirkenes Sykehus	Møtereferat: OTG	12.11.15
Nye Kirkenes Sykehus	Møtereferat: OTG	08.12.15
Nye Kirkenes Sykehus	Møtereferat: OTG	10.12.15
Nye Kirkenes Sykehus	Møtereferat: OTG	28.01.16
Nye Kirkenes Sykehus	Møtereferat: OTG	25.02.16
Nye Kirkenes Sykehus	Møtereferat: OTG	31.03.16
Nye Kirkenes Sykehus	OU- sykehusesenger i nks	01.12.15
Nye Kirkenes Sykehus	OU delprosjektbeskrivelse mal	04.01.16
Sintef	Rapport- utvikling av metoder for evaluering av sykehusprosjekter	03/2015
St. Olavs Hospital	Prosjektrapport- dimensjon og organisering	10/2014
Sunnaas Sykehus HF	Organisasjonsutvikling prosjektrapport del 1	2011
Sykehuset Østfold	Hvordan ta i bruk Sykehuset Østfold Kalnes	Vår/2015
Sykehuset Østfold	Samlet plan	2015
Sykehuset Østfold	Samlet plan.planlegging av forberedelser til drift	2012

Vedlegg 2: Forespørsel om tillatelse til å intervju



Forespørsel om tillatelse til å intervju sentrale personer i prosjektene Nye Kirkenes Sykehus, Finnmarkssykehuset, og Vesterålen sykehus, Nordlandssykehuset.

Vedrørende forespørsel om tillatelse til å intervju Prosjektledere og prosjektdeltakere.

Vi er to studenter som skal skrive vår avsluttende oppgave på studiet MBA i økonomi og helseledelse i regi av Helse Nord på Nord Universitetet, Handelshøgskolen. Oppgaven er på 30 studiepoeng og markerer avslutningen på et studie over to år. Vi har valgt å ha Læring i organisasjoner som tema. Vårt forskningsspørsmål er som følger:

"Hvordan legger man til rette for at kunnskapsdeling blir en formalisert del av bygge- og OU-prosjekter"?

Vi planlegger å intervju to til tre sentrale personer ved hvert av de to helseforetakene. Vi ønsker å fordele respondentene til å omfatte prosjektledere og prosjektmedarbeidere. Oppgaven vil være fullstendig anonymisert.

Formålet med undersøkelsen er å kartlegge hvorvidt læring mellom ulike nye sykehusprosjekter er en formalisert og strukturert del i prosjektfasene, og i hvor stor grad man benytter seg av kunnskapsdeling. Vi vil videre undersøke om læring av andre prosjekter danner en del av beslutningsgrunnlaget for viktige beslutningspersoner i de respektive prosjektene.

Vi søker derfor om tillatelse til å innhente empirigrunnlaget for å analysere gjennomføring av læring knyttet opp mot nye sykehusbygg i Nordlandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF.

Vennlig hilsen

Lisa Berle Haug
Ass.enhetsleder medisin
Vesterålen Sykehus

Carlo Mortensen
Avdelingsleder Medisin
Klinikk Kirkenes

Vedlegg 3: Kvittering NSD



Inger Johanne Pettersen
Handelshøgskolen i Bodø Nord Universitet

8026 BODØ

Vår dato: 29.04.2016

Vår ref: 48028 / 3 / AH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.03.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

48028	Læring i organisasjoner
Behandlingsansvarlig	Nord universitet, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Inger Johanne Pettersen
Student	Carlo Markus Mortensen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.09.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 21 88

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg 4: Intervjustatistikk

Intervjuobjekt	Lokasjon	Tidspunkt	Varighet
Informant 1	Valgt av oss, nøytralt møterom. En forsker på lyd-bilde.	Uke 16	34:34 minutter
Informant 2	Valgt av informant, nøytralt møterom. Begge forskere tilstede.	Uke 16	25:52 minutter
Informant 3	Valgt av informant, informants kontor. En forsker på lyd-bilde	Uke 16	31:19 minutter
Informant 4	Valgt av oss, nøytralt møterom. En forsker på lyd-bilde.	Uke15	32:55 minutter
Informant 5	Valgt av informant, nøytralt møterom. Begge forskere tilstede.	Uke 15	31:20 minutter

Vedlegg 5: Samtykkeskjema i forbindelse med dybdeintervju.

Samtykkeskjema i forbindelse med dybdeintervju.

Vi er to studenter som går på masterstudiet i helseledelse i regi av Helse Nord RHF og Nord Universitet. Til daglig jobber vi begge som ledere i Nordlandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset. I forbindelse med våre masteroppgaver har vi utarbeidet en intervjuguide som skal belyse vår problemstilling. Hensikten er å undersøke læring i organisasjoner, direkte rettet mot nye sykehusbygg.

Vi håper du kan ta deg tid til å stille til et dybdeintervju da du har hatt en sentral rolle i fasene med byggingen av nytt sykehus. Vi har laget en intervjuguide som vi vil følge for å belyse den problemstillingen vi har valgt til masteroppgaven, og som vi håper vil gi relevant informasjon om læring i organisasjoner. Resultatet fra undersøkelsen vil bli tilgjengelig i masteroppgaven. Vi har personidentifiserende spørsmål for å kunne skille mellom informantene våre. De innsamlede data vil bli behandlet med full anonymitet, og det vil ikke bli mulig å kunne identifisere informantene i oppgaven. Vi har forståelse for at dere får mange henvendelser. Vi håper likevel at du kan ta deg tid til å stille til intervju som vil vare rundt en time.

Vi vil benytte lydopptak under samtalen.

Dine resultat blir behandlet fullstendig konfidensielt, og blir tilintetgjort sammen med opptak av intervjuene når vi har gjort våre analyser. Du har på ethvert tidspunkt full anledning til trekke din deltagelse fra undersøkelsen.

Takk for hjelpen!

Vennlig hilsen

Lisa Berle Haug
Ass.enhetsleder medisin
Nordlandssykehuset, Vesterålen

Carlo Mortensen
Avdelingsleder medisin
Klinikk Kirkenes

Dato: _____

Underskrift _____

Vedlegg 6: Intervjuguide - Læring i organisasjoner

Vi vil innlede alle intervjuene med å presentere oss selv, samt gi en kort innføring i tema og forskningsspørsmål i forhold til masteroppgaven.

(Oppfølgingsspørsmål underveis: forklar, utdyp, gi eksempler, hvorfor, hvordan. Begynn gjerne: kan du fortelle meg...)

Bakgrunnsinformasjon

1. Hva heter du?
2. Hva slags utdanning og/eller faglig bakgrunn har du?
3. Hvor lange har du vært ansatt i organisasjonen?
4. Hadde du samme stilling under hele prosessen?

Arbeidssituasjon

5. Hvilke prosjekter er du involvert i nå?
6. Hvilke arbeidsoppgaver og ansvarsområder har du i dag?

Læring og Kunnskapsdeling i OU- og byggeprosjekter

7. Hva legger du i begrepet kunnskapsdeling?
8. Hva forbinder du med å dele kunnskap og erfaring i din arbeidssammenheng?
9. Blir kunnskapsdeling sett på som viktig i organisasjon?
 - Kan du nevne noen konkrete eksempler på kunnskapsdeling i din organisasjon?
10. Er du bevisst på å dele kunnskap og erfaringer?
 - I så fall hvordan utveksles denne kunnskapen og erfaringen?
11. Opplever du at andre ansatte er villig til å dele kunnskaper og erfaringer knyttet til byggeprosjektet?
 - Har du opplevd motvilje til dette? (For eksempel for å bevare sin posisjon?)
12. Påstand: I vårt prosjekt var det en strukturert tilnærming til læring fra andre lignende prosjekter:

Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt Enig

Arenaer for kunnskapsdeling knyttet til prosjektet

13. Opplevde du i prosessen at det var tilrettelagt for kunnskapsdeling fra andre lignende prosesser?

14. Hvilken arena for kunnskapsdeling (f.eks. rapporter fra andre prosjekter ble gjennomgått) og erfaringsutveksling (for eksempel sentrale personer fra lignende prosjekter ble spurt) var det i så tilfelle?

- Kan du utdype?

15. Opplevde du at kunnskapsdeling og erfaringsutveksling var en fast agenda i beslutningsprosesser?

- Ble noe av dette referatført eller overført til styringsdokumenter?

16. Opplevde du at kunnskapsoverføring var en del av grunnlaget for viktige beslutningsprosesser?

- Kan du utdype?

17. Hvem var deltakere i beslutningsprosesser?

- Føler du at de hadde satt seg godt nok inn i underliggende informasjon/data i forkant av beslutningsmøter?

18. I hvor stor del opplevde du at de kliniske delene av virksomheten var en del av viktige beslutningsprosesser i de tidlige fasene av prosjektet?

- Var de en del av noen form for høringsinstans?
- Kan du utdype?
- Mener du det er viktig at den kliniske delen høres?

19. Var det noen bevisst kommunikasjonsstrategi ut fra prosjektet i de tidlige faser?

- Opplevde du at det dekket kunnskapsbehovet i organisasjonen?

20. påstand: Jeg syntes læringsprosessen i dette prosjektet har vært godt strukturert.

Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt Enig

21. Påstand: Jeg opplevde at prosjektplanleggingen var detaljert og helhetlig.

Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt Enig

22. Påstand: Jeg opplevde at prosjektet ga en god oversikt over fremdriften i de forskjellige fasene.

Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt Enig

Evaluering av prosjektprosessen

23. Opplevde du at erfaringer fra andre sykehusprosjekter i Norge ble viet nok oppmerksomhet i det prosjektet du var en del av?

24. Hva synes du om prosessen i ettertid?

- Er det noe som kunne vært gjort bedre eller annerledes?