

Ida Kristiansen Lockertsen og Merete Østgård

# Hvordan skape et samarbeid

## How to create a co-operation

**MASTEROPPGAVE - Økonomi og administrasjon/siviløkonom  
Trondheim, Mai 2016**

Hovedprofil: Økonomistyring

Veileder: Kari Nyland



NTNU har intet ansvar for synspunkter eller innhold i oppgaven.  
Framstillingen står utelukkende for studentens regning og ansvar.



## Forord

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på et toårig masterstudium innen økonomi og administrasjon ved Handelshøyskolen i Trondheim. Oppgaven utgjør 30 studiepoeng innenfor fordypningsretningen økonomistyring.

Tema for oppgaven er samarbeid, og hvordan det skapes. Vi har utforsket temaet ved å studere en klinikk ved St. Olavs Hospital. Intensjonen har vært å avdekke hvilke styringsmekanismer som benyttes for å skape et samarbeid. Studien er basert på dybdeintervjuer og observasjon. Arbeidet med masteroppgaven har vært lærerikt og interessant, samtidig som det har vært en krevende prosess.

Vi ønsker å rette en stor takk til vår veileder Kari Nyland, som har gitt gode og konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. I tillegg vil vi benytte anledningen til å takke alle våre informanter ved St. Olavs Hospital for deres deltagelse.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Trondheim, 23 mai 2016

Ida Kristiansen Lockertsen

---

Merete Østgård

---

## Sammendrag

Riksrevisjonen utleverte i 2015 en rapport om styring av pleieressurser i helseforetak. Ett av funnene var at «samarbeid kan føre til mer effektiv bruk av pleieressursene» (Riksrevisjonen, 2015). Rapporten sa imidlertid ingenting om hvordan et slikt samarbeid skapes. Dette dannet bakgrunnen for vårt tema og valg av problemstilling:

*Hvilke styringsmekanismer benyttes for å skape et samarbeid mellom sengeposter?*

Videre presenterte vi det teoretiske rammeverket vårt der ulike styringsmekanismer og bruken av dem ble belyst. For å besvare problemstillingen benyttet vi dybdeintervju og observasjon som datagenereringsmetoder i vår casestudie av en klinikk ved St. Olavs Hospital.

Studien vår avdekket et mangfold av styringsmekanismer som påvirker samarbeidet mellom sengepostene i klinikken. Vi kategoriserte mekanismene innunder administrativ og sosial styring i henhold til det teoretiske rammeverket. Videre oppdaget vi at det var en gjensidig påvirkning mellom styringsmekanismene, som bidro til at de forsterket effekten av hverandre. Det viste seg også at enkelte av styringsmekanismene brukes interaktivt av ledergruppen for å kunne involvere seg i driften. Til slutt fant vi ut at de ulike styringsmekanismene, bruken av dem og den gjensidige innvirkningen de har på hverandre samlet bygger en felles kultur som fremmer samarbeid. Kulturen har hatt en sterk påvirkning på de ansatte på alle nivåer i klinikken, samtidig som de kontinuerlig er med på å skape kulturen gjennom sin atferd. En felles kultur har sørget for at sengepostene ikke lenger ser seg selv som ulike enheter, men som deler av en større helhet - klinikken.

Funnene ga oss derfor grunnlag for å besvare problemstillingen vår. Vi fant ut at for å kunne skape et samarbeid mellom sengepostene må det benyttes både administrative og sosiale styringsmekanismer. Styringsmekanismer som jobber for det samme målet bidrar til å danne et felles sett med verdier som implementeres i ansatte på alle organisatoriske nivåer. På den måten bygges en kultur som støtter opp om samarbeidet.

## **Abstract**

Riksrevisjonen presented a report on the management of nursing resources, which found that co-operation can lead to higher efficiency (Riksrevisjonen, 2015). The report does not say anything about how such a co-operation could be achieved and this provided the basis for our topic and choice of research question. On this basis, we formulated the following research question:

*What management control mechanisms are used to create co-operation between wards?*

We then presented our theoretical framework where different control mechanisms and their usage were illuminated. To answer the research question we conducted a case study of a clinic at St. Olavs Hospital, where data was generated through observation and interviews.

Our study revealed multiple control mechanisms that affect the co-operation between wards. We categorized them as either administrative control or social control in accordance with the theoretical framework. Furthermore, we discovered that these mechanisms can enhance each others effects through mutual influence. It also came to light that to involve themselves in the day to day operations of the ward, the management team make interactive use of some of these control mechanisms. Finally, we found that these control mechanisms, their use, and their impact upon each other create a common culture that promotes co-operation. This culture has had a strong influence on the employees at all levels in the clinic, while they continuously contribute to it through their behaviour. A common culture has seen to it that the wards no longer consider themselves as different entities, but as part of the larger clinic as a whole.

Our findings then gave us grounds to answer our research question. We found that to be able to achieve co-operation between wards, usage of both administrative control and social control are required. Control mechanisms that work together towards the same goal contribute to creating a common set of values that are implemented in the employees at all organizational levels. In this way, a culture is built and perpetuated that supports and upholds this co-operation culture.

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	i
<b>Sammendrag</b> .....	ii
<b>Abstract</b> .....	iii
<b>Innholdsfortegnelse</b> .....	iv
<b>Figuroversikt</b> .....	vi
<b>Tabelloversikt</b> .....	vi
<b>1. Innledning</b> .....	1
<b>1.1 Bakgrunn</b> .....	1
<b>1.2 Problemstilling og avgrensning</b> .....	2
<b>1.3 Definisjon av sentrale begreper og forklaringer</b> .....	3
<b>1.4 Oppgavens videre struktur</b> .....	4
<b>2. Teoretisk rammeverk</b> .....	5
<b>2.1 Ulike typer styringsmekanismer</b> .....	5
<b>2.1.1 Administrativ styring</b> .....	7
<b>2.1.2 Sosial styring</b> .....	9
<b>2.1.3 Selvstyring</b> .....	11
<b>2.1.4 Sammenhengen mellom de ulike styringstypene</b> .....	11
<b>2.2 Hvordan bruke styringsmekanismer for å skape samarbeid</b> .....	12
<b>2.2.1 Trossystemet</b> .....	12
<b>2.2.2 Avgrensningssystemet</b> .....	13
<b>2.2.3 Diagnostiske styringssystemer</b> .....	14
<b>2.2.4 Interaktive styringssystemer</b> .....	14
<b>2.2.5 Samspillet mellom de fire systemene</b> .....	15
<b>2.3 Styring og samarbeid</b> .....	15
<b>3. Metode</b> .....	17
<b>3.1 Hva er metode?</b> .....	17
<b>3.2 Vitenskapsteoretisk bakgrunn</b> .....	17
<b>3.3 Våre metodiske valg</b> .....	19
<b>3.4 Valg av forskningsdesign og forskningsmetode</b> .....	20
<b>3.4.1 Utvikling av problemstilling</b> .....	20
<b>3.4.2 Valg av forskningsdesign</b> .....	21
<b>3.4.3 Valg av kvalitativ metode</b> .....	21
<b>3.5 Datagenereringsmetode</b> .....	22
<b>3.5.1 Dybdeintervju</b> .....	23

3.5.2 Observasjon .....	24
3.6 Utvalgsmetode.....	26
3.7 Dataanalyse .....	27
3.8 Etiske overveielser i forskningen .....	27
3.9 Undersøkelsens kvalitet .....	28
3.9.1 Reliabilitet .....	29
3.9.2 Validitet .....	30
3.9.3 Ekstern validitet .....	30
4. Empiri.....	32
4.1 Kontekstbeskrivelse .....	32
4.1.1 Helsesektoren i Norge .....	32
4.1.2 St Olavs Hospital .....	32
4.1.3 Klinikken ved St. Olavs Hospital .....	33
4.2 Klinikk med samarbeid .....	34
4.2.1 Mål .....	34
4.2.2 Planlegging og handling.....	36
4.2.3 Evaluering og tilbakemelding .....	46
4.3 Oppsummering av empiriske funn .....	48
5. Analyse .....	49
5.1 Det er et mangfold av styringsmekanismer .....	49
5.1.1 Administrative styringsmekanismer.....	50
5.1.2 Sosiale styringsmekanismer .....	52
5.2 Styringsmekanismene henger sammen og har en gjensidig påvirkning på hverandre .....	53
5.3 Ledelsen bruker styringsmekanismene interaktivt for å fremme samarbeid mellom sengepostene .....	55
5.4 Ulike styringsmekanismer bygger sammen en kultur for samarbeid .....	57
6. Avslutning .....	62
6.1 Konklusjon.....	62
6.2 Studiens bidrag .....	64
6.3 Forslag til videre forskning .....	65
Referanseliste.....	67
Vedlegg .....	69
Vedlegg 1: Intervjuguide .....	69
Vedlegg 2: Observasjon .....	75
Vedlegg 3: Informert samtykke .....	77

## **Figuroversikt**

Figur 1: Hopwoods tre ulike former for styring (Hopwood, 1976, s. 22) .....	6
Figur 2: Styringsystem som en pakke (Malmi og Brown, 2008, s. 291) .....	6
Figur 3: Simons' levers of control (Simons, 1995a, s. 39).....	12
Figur 4: Dobbel fortolkning (Nyeng, 2004, s. 80).....	19
Figur 5: Våre metodiske valg .....	19
Figur 6: Klinikken vi studerer .....	33

## **Tabelloversikt**

Tabell 1: Oversikt over intervjuene.....	26
Tabell 2: Oversikt over observasjonene .....	26
Tabell 3: Ulike styringsmekanismer.....	50
Tabell 4: Hvordan bygge en kultur.....	58



Riksrevisjonens rapport viser at «det er store forskjeller i effektiv styring og bruk av pleieressurser ved helseforetakene. Mer effektiv bruk kan frigjøre ressurser til behandling av flere pasienter» (Riksrevisjonen, 2015b). På bakgrunn av dette sier riksrevisor Per-Kristian Foss «vi anbefaler mer samarbeid for å oppnå en samlet sett mer effektiv bruk» (Riksrevisjonen, 2015b).

## **1. Innledning**

Riksrevisjonen (2015) fant ut at samarbeid mellom sengepostene i sykehuset kan gi mer effektiv bruk av pleieressursene. Det som ikke kom frem i undersøkelsen var hvordan dette samarbeidet skapes og opprettholdes – det er dette vi ønsker å studere.

### **1.1 Bakgrunn**

#### *Utfordringer i helsesektoren*

De potensielle fordelene knyttet til effektivitet i helsesektoren handler om mer enn å spare penger, det handler om å kunne gi flere pasienter den behandlingen de trenger til rett tid. Helsesektoren i Norge i dag er preget av lange helsekøer og fordelingsproblematikk. Dette skaper en misnøye som til stadighet preger nyhetsbildet, og det reiser spørsmål knyttet til effektiviteten: «bruker vi ressursene på best mulig måte?» (Pettersen et al., 2008, s. 16). Det handler om å gjøre tingene riktig og å gjøre de riktige tingene. Vår studie finner sted ved St. Olavs Hospital i Trondheim, en by preget av befolkningsvekst samtidig som befolkningen blir eldre. I tillegg viser statistikk at mangelen på helsepersonell i helse-Norge er økende (SSB, 2009). De utfordringene som helsesektoren står ovenfor nå, krever en mer effektiv bruk av tilgjengelige midler enn det vi har per i dag (Helsedirektoratet, 2015).

#### *Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene*

Høsten 2015 kom Riksrevisjonen med en oppdatert rapport om pleieressurser i helseforetakene; «Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene» (2015). I denne rapporten viser Riksrevisjonen til at samarbeid mellom sengeposter kan føre til mer effektiv bruk av pleieressursene. Samarbeid presenteres dermed som en mulig løsning som kan tilrettelegge for at ressursene brukes på en effektiv og hensiktsmessig måte.

I rapporten fremgår det at blant de sengepostene med høy produktivitet samarbeider åtte av ti med andre enheter for å kunne håndtere sykefravær og uforutsett variasjon i pasientbelegget. Av de sengepostene som har lav produktivitet, er det bare halvparten som har et slikt samarbeid. Videre ble det avdekket at 40% av sengepostene med høy produktivitet har daglige møter med andre sengeposter, hvor de vurderer om det er nødvendig med omdisponering av personale. Det viser seg at sengeposter som har slike formaliserte samarbeid, utveksler personale oftere enn andre sengeposter (Riksrevisjonen, 2015).

### ***Vår studie***

I denne studien skal vi undersøke en klinikk ved St. Olavs Hospital for å finne ut hvordan et slikt samarbeid skapes. Det gir oss mulighet til å se hvordan effektivitet, gjennom samarbeid, praktiseres i et helseforetak. Samarbeid virker som et potensielt svar på effektivitetsproblemet, så vår oppgave blir derfor å finne ut hvordan klinikken har skapt samarbeidet på tvers av sengepostene. Det innebærer å avdekke bakenforliggende årsaker til at samarbeidet har oppstått og se på hvilke mekanismer som er med på å opprettholde et samarbeid over tid.

Denne studien gjennomføres av to økonomistudenter, så «samarbeidsskapingen» settes derfor inn i en økonomifaglig kontekst når vi knytter det opp til styring.

## **1.2 Problemstilling og avgrensning**

På grunnlag av vår bakgrunn og valg av tema har vi formulert følgende problemstilling:

*«Hvilke styringsmekanismer benyttes for å skape et samarbeid mellom sengeposter?».*

For å kunne besvare problemstillingen vår har vi tatt utgangspunkt i tre forskningsspørsmål:

- Hvilke styringsmekanismer eksisterer?
- Hvordan brukes styringsmekanismene av ledelsen?
- Hvordan skapes et samarbeid mellom sengepostene?

Vi gjennomførte en casestudie av en klinikk ved St. Olavs Hospital, da vi mente det ville gi best utgangspunkt for å besvare problemstillingen. Klinikken vi valgte å studere skiller seg fra

andre klinikker ved sykehuset nettopp fordi den har fått til et samarbeid mellom de ulike sengepostene internt i klinikken. For å belyse problemstillingen gjennomførte vi ett åpent intervju med avdelingssjefen, samt seks dybdeintervjuer med seksjonsledere og sykepleiere ved klinikken. I tillegg gjennomførte vi en observasjon. Grunnet studiets omfang og tidsbegrensning er oppgaven avgrenset til å gjelde denne ene klinikken.

### **1.3 Definisjon av sentrale begreper og forklaringer**

For å kunne begrense oppgavens fokus ser vi det som nødvendig å forklare og tydeliggjøre sentrale begreper som benyttes i oppgaven. Begrepet «styringsmekanismer» inngår i det engelske begrepet «management control systems», eller styringssystemer som det blir på norsk. Malmi og Brown (2008) gir en forklaring på både styringssystem, styringsmekanismer og relasjonen mellom de to begrepene:

*«Those systems, rules, practices, values and other activities management put in place in order to direct employee behaviour should be called management controls. If these are complete systems, as opposed to a simple rule, then they should be called MCSs (management control systems).» (Malmi og Brown, 2008, s. 290)*

Malmi og Brown sin definisjon kan imidlertid gi inntrykk av at styringssystemer og de tilhørende mekanismene som benyttes hovedsakelig er verktøy for ledelsen. Det er viktig for oss å ikke utelukke andre styringsmekanismer som er benyttet av sykepleierne, som også kan bidra til samarbeidet mellom sengepostene. Vår oppgave vil derfor bygge på et utgangspunkt om at styringsmekanismer inkluderer alle tiltak som blir implementert og støttet av ansatte på alle organisatoriske nivå i klinikken.

Begrepet «samarbeid» har mange ulike definisjoner i litteraturen i dag. Samarbeid vil i denne oppgaven omfatte kommunikasjon rundt, og oppfølging av, pasientlogistikk. Det innebærer en hensiktsmessig plassering av pasienter ved den mest kapable sengeposten, samt overgangen av personell mellom sengepostene for å bistå med hjelp ved behov.

## **1.4 Oppgavens videre struktur**

I kapittel 2 presenteres det teoretiske rammeverket som både har lagt føringer på oppgavens oppsett og besvarelse av problemstillingen. For å kunne identifisere ulike styringsmekanismer benytter vi oss av Hopwoods tre ulike styringsformer og Malmi og Browns teori om styringssystemer som en pakke. I tillegg viser Simons' «levers of control» hvordan styringsmekanismer brukes. I slutten av teorikapittelet knytter vi teorien om styringsmekanismer opp mot horisontal styring. Teorien har dannet grunnlaget for hvordan empirien ble innhentet og den videre analysen.

I kapittel 3 presenterer vi de metodiske valgene vi har tatt underveis i studien. Vi introduserer først vår vitenskapsteoretiske bakgrunn og utviklingen av problemstillingen. Deretter begrunnes valgene vi har tatt i forbindelse med valg av forskningsdesign, datainnsamlingsmetode, utvalgsmetode og dataanalyse. Til sist kommer en gjennomgang av de etiske overveielserne vi har tatt stilling til i løpet av studien, før vi går over til å diskutere undersøkelsens totale kvalitet.

Kapittel 4 innledes med en kort kontekstbeskrivelse av St. Olav Hospital og den klinikken hvor vi foretok undersøkelsen. Deretter presenteres empirien som er samlet gjennom dybdeintervjuer og observasjon. Empiriske funn oppsummeres i slutten av kapittelet.

I kapittel 5 analyseres de empiriske funnene som ble identifisert i kapittel 4 med utgangspunkt i det teoretiske fundament som ble forklart i kapittel 2.

Kapittel 6 utgjør det siste kapittelet i denne studien. Her oppsummeres funnene og samlet sett utgjør de en konklusjon på problemstillingen. Avslutningsvis reflekterer vi rundt studiens bidrag og kommer med forslag til videre forskning.

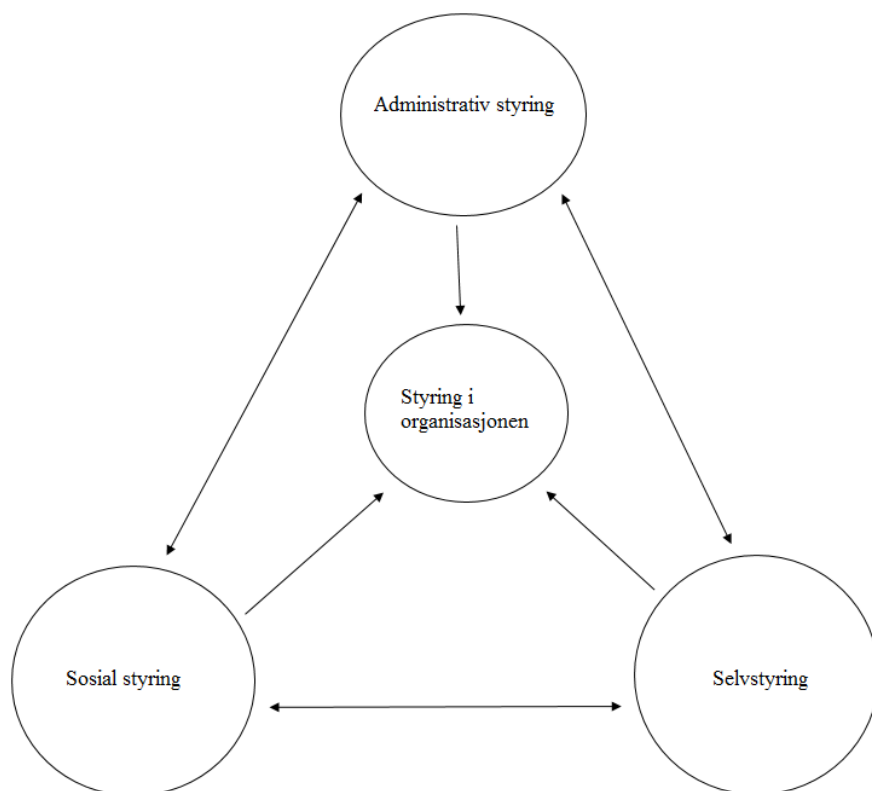
## 2. Teoretisk rammeverk

I teorikapittelet presenteres det teoretiske rammeverket som benyttes for å besvare problemstillingen: *hvilke styringsmekanismer benyttes for å skape et samarbeid mellom sengeposter?* Formålet med kapittelet er å forbedre leserens forutsetninger for å kunne forstå vår tilnærming til problemstillingen og oppgavens empiriske funn. Det teoretiske rammeverket er basert på et sett med normative teorier. Første del av teorikapittelet omhandler ulike typer styringsmekanismer. For å kunne identifisere og forklare styringsmekanismene benytter vi oss av Hopwoods tre styringsformer og Malmi og Browns rammeverk om styringssystemer som en pakke. Andre del av teorikapittelet omhandler bruken av styringsmekanismer, hvor vi har valgt å benytte oss av Simons' «levers of control» som teoretisk utgangspunkt. Avslutningsvis knytter vi tidligere teori opp mot horisontal styring for å vise hvordan det teoretiske rammeverket henger sammen med samarbeid innad i organisasjonen.

### 2.1 Ulike typer styringsmekanismer

Styring er den prosessen som sikrer optimal ressursbruk i tråd med organisasjonens mål (Anthony, 1965). Styringsprosessen kan deles inn i fire faser: mål, planlegging, handling og evaluering. Samlet utgjør disse fasene en styringssirkel (Anthony og Young, 2003), og det kan benyttes flere ulike styringsmekanismer i hver av dem.

Hopwood og Malmi og Brown presenterer ulike styringsmekanismer. Hopwood (1976) mener det eksisterer tre former for styring i organisasjoner. De tre styringsformene kaller han: administrativ styring, sosial styring og selvstyring.



Figur 1: Hopwoods tre ulike former for styring (Hopwood, 1976, s. 22)

Malmi og Brown (2008) har skrevet om styringssystemer som en pakke, og er dermed med på å forsterke fokuset på sentrale styringsmekanismer i organisasjoner. Hovedårsaken til at de laget dette rammeverket var å gi en overordnet oversikt av styringssystemer, som har resultert i at deres inndeling også går mer spesifikt inn på de ulike styringsmekanismene enn det Hopwood gjør. De ulike delene av Malmi og Browns styringssystem er presentert i figuren nedenfor.

<b>Kulturell styring</b>						
Klaner		Verdier			Symboler	
<b>Planlegging</b>		<b>Kybernetikk</b>				<b>Belønning og kompensasjon</b>
Langtids-planlegging	Handlingsplanlegging	Budsjett	Finansielle mål	Ikke-finansielle mål	Hybrider	
Styringsstruktur		<b>Administrativ styring</b>			Retningslinjer og prosedyrer	
		Organisasjonsstruktur				

Figur 2: Styringssystem som en pakke (Malmi og Brown, 2008, s. 291)

I litteraturen er det flere ulike forståelser av begrepene styringssystem og styringsmekanismer. Johanson og Madsen (2013) hevder at organisasjoner eller virksomheter benytter en rekke ulike mekanismer og samlet vil de utgjøre organisasjonens styringssystem eller styringspakke. Abernethy og Chuas forklarer styringssystem som «en kombinasjon av styringsmekanismer som er designet og implementert av ledere for å øke sannsynligheten for at de ansatte vil handle i tråd med organisasjonens mål» (Malmi og Brown, 2008, s. 289). Merchant og Van der Stede kommer med en litt bredere definisjon: «det er menneskene i organisasjonen som får ting til å skje. Styringssystemer er nødvendig for å hindre ansatte fra å gjøre noe organisasjonen ikke vil at de skal gjøre, eller ikke burde. Dersom organisasjonen kan stole på at de ansatte alltid gjør det som er til det beste for organisasjonen, vil det ikke være noe behov for styringssystemer» (Malmi og Brown, 2008, s. 289). Begge disse definisjonene handler om å håndtere ansattes atferd. Malmi og Brown (2008) gir en bredere definisjon av styringssystemer enn det tidligere forskere har hatt en tendens til å gjøre. Det er også denne definisjonen vi tar utgangspunkt i gjennom studien vår:

*«Those systems, rules, practices, values and other activities management put in place in order to direct employee behaviour should be called management controls. If these are complete systems, as opposed to a simple rule, then they should be called MCSs (management control systems)» (Malmi og Brown, 2008, s. 290).*

De teoretiske rammeverkene til Hopwood og Malmi og Brown belyser ulike typer styringsmekanismer som er delvis overlappende. Malmi og Brown sitt bidrag er mer detaljert og benyttes derfor til å gi en mer utfyllende forklaring av Hopwoods styringsmekanismer: administrativ styring, sosial styring og selvstyring. Vi velger å betrakte Malmi og Browns kulturelle styring og Hopwoods sosial styring som sammenfallende. De resterende styringsmekanismene i Malmi og Browns rammeverk anses som en videre utbrodering av Hopwoods administrativ styring.

### **2.1.1 Administrativ styring**

Administrativ styring er et verktøy som ledere kan benytte for å påvirke de ansattes handlinger (Carlsson-Wall et al., 2011). Budsjetter, planlegging og standarder gir mellomledere og ansatte muligheten til å se sammenhengen mellom organisatoriske mål og deres egne handlinger (Hopwood, 1976). Mens Hopwood presenterer budsjett som en type administrativ styring, skiller Malmi og Brown (2008) mellom fire grunnleggende

kybernetiske prinsipper i administrativ styring. Disse er budsjetter, finansielle mål, ikke-finansielle mål og hybrider. Budsjetter er sentrale i styringssystemer; de kan ha en rekke bruksområder som å gi grunnlag for ressursfordelingsbeslutninger. Finansielle mål er en styringsmetode som brukes for å holde ansatte ansvarlig for konkrete økonomiske mål. Ikke-finansielle mål kan benyttes til å identifisere driverne til ytelse hos mennesker. De ikke-finansielle målene utfyller de finansielle målene der de ikke strekker til. Til slutt er hybrider et system som inneholder både finansielle og ikke-finansielle mål (Malmi og Brown, 2008).

Planlegging kan betraktes som en *ex ante* form for styring. Det vil si at det først settes mål, og deretter dirigeres innsats og ressurser i samme retning. Videre kan planlegging gjøre det enklere å koordinere på tvers av ulike avdelinger eller områder i organisasjonen. På den måten kan ledere styre aktiviteten til grupper og enkeltpersoner, og sikre at de handler i tråd med det som fører til ønsket organisatorisk resultat. Det er normalt å skille mellom to ulike typer planlegging: handlingsplanlegging og langtidsplanlegging. Handlingsplanlegging handler om å etablere mål og tiltak knyttet til umiddelbar fremtid. Langtidsplanlegging tar opp viktigheten av å etablere mål og tiltak for en lengre tidsperiode. Handlingsplanleggingen har et taktisk fokus, mens langtidsplanleggingen har et mer strategisk fokus (Malmi og Brown, 2008).

Malmi og Brown (2008) trekker også fram styringsstruktur og organisatorisk struktur som sentrale deler ved administrativ styring. Styringsstruktur omfatter de formelle linjene av myndighet og ansvar som eksisterer i organisasjonen. Ansvarslinjene og hierarkiet som ligger til grunn i organisasjonen blir definert av styringssystemet. Dette fører til at den interne maktstrukturen kommer til syne. Medarbeidere fra ulike funksjoner og organisatoriske enheter møtes for å koordinere aktiviteter, både vertikalt og horisontalt. På møtene setter deltakerne en agenda, og denne agendaen legger føringer på atferden til medlemmene i organisasjonen. Enhver organisasjon har en organisasjonsstruktur som kan oppmuntre til ulike former for kontakt og relasjoner mellom organisasjonsmedlemmene. Ansattes atferd blir styrt gjennom funksjonell spesialisering, som bidrar til forutsigbar atferd blant de ansatte (Malmi og Brown, 2008).

De fleste store organisasjoner og selskaper benytter seg også av formelle regler og prosedyrer for å regulere atferden til mellomledere og ansatte. Andre regler blir gitt verbalt eller læres gjennom erfaring og utføring. Retningslinjer og regler forteller hvor mye autoritet og myndighet ledere og ansatte har, og de forklarer under hvilke omstendigheter de kan ta



beslutninger og avgjørelser uten godkjenning, samt hvilke de må ha godkjenning til å gjennomføre (Hopwood, 1976). Retningslinjer og prosedyrer er en type handlingsstyring som spesifiserer hvordan oppgaver skal gjøres, samt forklarer hvilke handlinger som er tillatt (Malmi og Brown, 2008). Mange virksomheter er utsatt for mye usikkerhet, slik at forhåndsbestemte regler er vanskelig å følge. Det er da nødvendig at mellomledere og ansatte bruker skjønn (Hopwood, 1976).

Den formelle administrative styringen flytter fokus over på konsekvensene av ansattes atferd, heller enn atferden i seg selv. Det gir lederne mulighet til å evaluere de ansattes prestasjoner ut i fra standarder, istedenfor inntrykk (Hopwood, 1976). Evaluering knyttes ofte opp mot belønning og kompensasjon i styringslitteraturen. Malmi og Brown (2008) har belønnings- og kompensasjonssystem som en del av deres rammeverk og sier at det handler om å motivere og øke innsatsen til enkeltindivider og grupper i organisasjonen. Det gjøres ved å vise sammenhengen mellom individenes aktiviteter og organisasjonens mål. Belønning kan benyttes som et verktøy for å gi økt motivasjon og insentiver. Dette kan være med på å styre innsatsens retning, varighet og intensitet (Malmi og Brown, 2008).

Andre typer styringsmekanismer som lederen kan benytte er opplæring av personell, møter og sosialiseringsprosesser. Videre kan tilegning av ny kunnskap, gjennom opplæring og kurs, og formidlingen av dette til andre ansatte i organisasjonen føre til bedre prestasjoner (Hopwood, 1976). Dersom ledere forsøker å skape en felles kultur, klassifiseres dette også som administrativ styring (Carlsson-Wall et al., 2011).

### **2.1.2 Sosial styring**

Sosial styring oppstår gjennom felles normer og gjensidig forpliktelse som deles av medlemmene i en gruppe. En slik form for styring utvikles gjennom ansikt-til-ansikt diskusjoner og interaksjon. Normene som blir etablert i gruppen har en stor innflytelse på oppførselen og atferden til de ansatte. Uformelle retningslinjer blir adoptert, og det dannes en sosial enighet om hva som regnes som god oppførsel og akseptert prestasjon. Sosial styring fremkommer gjennom den uformelle interaksjonen mellom grupper som gjør sitt vanlige arbeid (Carlsson-Wall et al., 2011). Normer som utvikler seg i organisasjoner kan godt komme på initiativ fra ledelsen. Normene kan for eksempel være knyttet til prestasjoner, standarder om gjensidig hjelp eller ressursbruk i organisasjonen (Hopwood, 1976).

Styring oppnås ikke bare ved bruk av formelle midler tatt i bruk av ledelsen, men også av det gjensidige presset individene påfører hverandre. Sosial styring er ansett som mer effektiv til å styre de ansattes atferd enn den styringen som kommer fra ledelsen. Individene stiller krav til hverandre, og gir hverandre tilbakemeldinger dersom det er brudd på de etablerte normene (Hopwood, 1976).

Normene som inngår i Hopwoods' sosial styring finner vi også igjen i Malmi og Brown sitt rammeverk, men der er de underlagt kulturell styring. Malmi og Brown (2008) definerer organisasjonskultur som de verdier, sosiale normer og tro som er felles for medlemmene i organisasjonen og som har innflytelse på deres handlinger og tanker. Malmi og Brown (2008) har identifisert tre sentrale aspekter ved kulturell styring; verdibasert styring, symbolbasert styring og klaner. Verdibasert styring går ut på at ledere danner grunnleggende verdier, formål og retning for organisasjonen, som det er ønskelig at underordnede skal adoptere. Uttrykte visjoner, tro og formål er derfor en del av trossystemet i organisasjonen. Verdibasert styring er sammenfallende med det Simons (1995a) kaller trossystemer. Symbolbasert styring handler om at organisasjonen skaper synlige uttrykk, som bygg og kleskode, for å utvikle en bestemt type kultur. Det kan for eksempel være påkrevd at ansatte bærer uniform for å vise profesjonalitet. Innad i organisasjoner eksisterer det gjerne et sett med uformelle og formelle normer som vil påvirke ansattes atferd, og dette kan skape det Malmi og Brown kaller for klanstyring. Klaner kan eksistere som subkulturer, mikrokulturer eller enkeltgrupper innad i organisasjoner. Klan-styring fungerer ved å etablere verdier og holdninger gjennom seremonier og ritualer hos klanen. Medlemmene i klanene blir utsatt for en sosialiseringssprosess som inspirerer til et sett av ferdigheter og verdier. En organisatorisk enhet, divisjon og gruppe profesjoner (for eksempel leger eller regnskapsførere) som eksisterer innad i en organisasjon kan bli ansett som en klan. Dersom verdiene, troen og de sosiale normene som er etablert i organisasjonen, har en innflytelse på ansattes atferd kan det klassifiseres som et styringssystem (Malmi og Brown, 2008).

I følge Malmi og Brown (2008) er kulturell styring plassert øverst fordi kulturen vil gjennomsyre organisasjonen og slik legge føringer for de resterende styringsmekanismene. Enkelte kulturer er spesielt preget av det samarbeidet som eksisterer mellom de ansatte. Samarbeidskulturer er karakterisert som spontane, uforutsigbare og frivillige. Samarbeidet utvikles og understøttes av medlemmene, og de opplever det som verdifullt. Det er lav grad av formelle og fastlagte møter, og høy grad av korte, hyppige og uformelle møter (Hermansen et

al., 2004). En felles kultur er en grunnleggende forutsetning for en desentralisert organisasjon (Malmi og Brown, 2008).

### **2.1.3 Selvstyring**

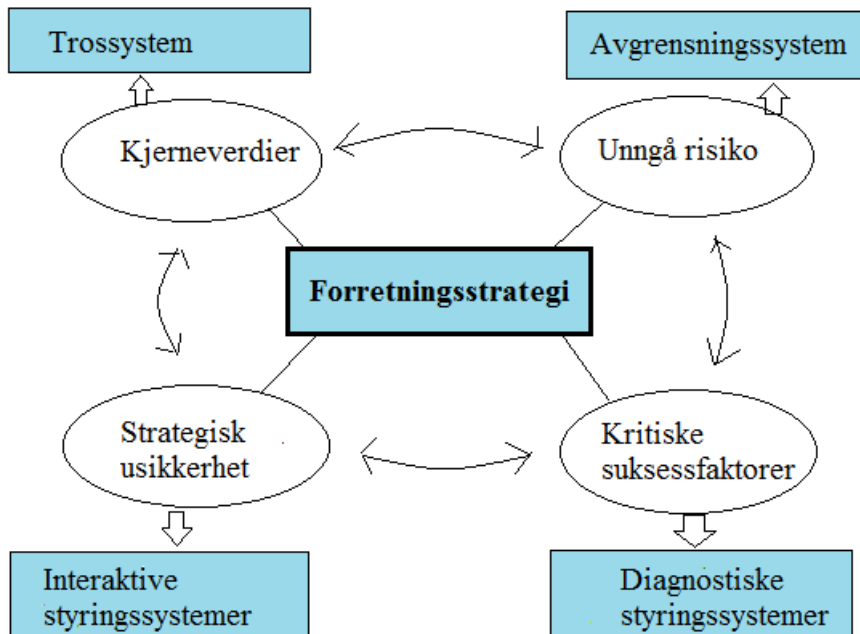
Grensen mellom sosial styring og selvstyring kan være litt uklar da de to vil være tett knyttet til hverandre. Ifølge Hopwood (1976) må alle former for styring til slutt komme til uttrykk gjennom handlingene til den enkelte leder og medarbeider. Carlsson-Wall et al. (2011) sier at selvstyring handler om individets eget syn, og hans eller hennes integritet og tilnærming til rollen som en profesjonell. Hvilke personlige verdier personen innehar og hvordan individet vil handle dersom han fulgte magefølelsen er sentrale elementer av selvstyring (Carlsson-Wall et al., 2011). Når den administrative og sosiale styringen blir internalisert av medlemmene i bedriften, så fungerer de som en type personlig styring over holdninger og atferd (Hopwood, 1976).

### **2.1.4 Sammenhengen mellom de ulike styringstypene**

Administrativ styring, sosial styring og selvstyring er alle presentert separat. Likevel kan de tre styringstypene aldri betraktes som uavhengig av hverandre. De forskjellige styringsformene henger sammen og har en gjensidig påvirkning på hverandre, slik som pilene i figur 1 illustrerer (Hopwood, 1976). Når målet er å designe et effektivt styringssystem er det nødvendig å ha kunnskap om hvordan de ulike styringsmekanismene overlapper, utfyller eller motvirker hverandre. Dersom ulike styringsmekanismer ikke blir studert i sin helhet, kan en av konsekvensene bli at styringsmekanismenes gjensidige avhengighet og påvirkningskraft blir oversett. Dette kan videre resultere i at feilaktige beslutninger fattes (Malmi og Brown, 2008). Dersom de tre styringstypene trekker i retning av det samme formålet, kan den totale mengden styring som utøves være betydelig. Når sosial styring og selvstyring er forenelig med administrativ styring, vil det oppstå høy grad av styring uten at de ansatte føler seg styrt. De ulike styringstypene kan også jobbe mot hverandre. Dersom en type styring har motstridende formål i forhold til en annen type styring, kan resultatet bli at effekten til hver av styringsformene blir betraktelig redusert.

## 2.2 Hvordan bruke styringsmekanismer for å skape samarbeid

Simons (1995a) har laget en modell kalt «levers of control» som omhandler bruken av styringsmekanismer. Simons introduserer et rammeverk for implementering og styring av forretningsstrategi, hvor hver av de fire systemene representerer ulike måter å bruke styringssystemer på (Simons, 1995a). Hvordan styringsmekanismer brukes er avhengig av hva virksomheten ønsker å oppnå.



Figur 3: Simons' levers of control (Simons, 1995a, s. 39)

Figuren viser fire nøkkelvariabler som Simons mener bør analyseres og forstås, for å lykkes med strategiimplementeringen. De nevnte variablene er kjerneverdier, unngåelse av risiko, kritiske suksessfaktorer og strategiske usikkerheter. Det er ulike levers of control, eller ulik bruk av styringssystemer, tilknyttet hver av de fire variablene: trossystemer, avgrensningssystemer, diagnostiske styringssystemer og interaktive styringssystemer. Disse systemene kan fungere samtidig, og er derfor også nært knyttet til hverandre selv om de har ulike oppgaver (Simons, 1995a). Under følger en presentasjon av de ulike systemene.

### 2.2.1 Trossystemet

Alle organisasjoner er skapt for å dekke et behov. Organisasjoner kan ha ulike kjerneverdier som: «beste kundeservice i verden» eller «fremragende prestasjoner». Et trossystem kan betraktes som organisasjonens uttrykte verdier, formål og visjon, og fungerer som et

styringssystem for å verne om kjerneverdiene. Trossystemet har til hensikt å formidle disse kjerneverdiene ut i organisasjonen, samt å inspirere og veilede i den organisatoriske søkeprosessen. Det vil si at når det oppstår problemer med strategiimplementeringen hjelper trossystemet aktørene med å avgjøre hva som betraktes som et problem og hva slags løsninger de skal se etter. I situasjoner hvor det er fravær av problemer, motiveres individer til å søke etter nye måter å skape verdier for organisasjonen (Simons, 1995a). Et trossystem skal inspirere og skape engasjement omkring organisasjonens kjerneverdier. Medarbeidere tror, gjennom å se ledernes handlinger, at organisasjonens mål og visjoner representerer sterkt forankrede verdier (Simons, 1995b). Kjerneverdiene blir formelt kommunisert ut i organisasjonen og systematisk forsterket av toppledelsen. Ønsket er at underordnede skal adoptere verdier og visjoner, og selv handle i tråd med disse. Ledelsen har et ansvar for å hjelpe de ansatte med å forstå organisasjonens formål og deres egen rolle i å nå disse målene. Spesielt mellomlederne betraktes som viktige bidragsyttere for å implementere verdiene slik at de kommer til uttrykk gjennom handling i organisasjonen (Simons, 1995a). Et trossystem gjør at medarbeidere i desentraliserte organisasjoner får en klar forståelse av hvilke kjerneverdier som ligger til grunn i organisasjonen og hvilken plass de selv har i organisasjonen. Dersom en organisasjon har klare kjerneverdier vet de ansatte hva som anses som korrekt atferd eller handling i ulike uforutsigbare situasjoner (Simons, 1995b).

### **2.2.2 Avgrensningssystemet**

I søket etter kjerneverdier og nye løsninger må ledelsen sette grenser. De må informere de ansatte om hva som ikke er tillatt (Simons, 2000). Trossystemer motiverer til organisatoriske søk etter nye muligheter, mens avgrensningssystemer legger begrensninger på denne søkeprosessen. Grenser etableres basert på en avveining mellom risiko og muligheter. Det er umulig for ledere å ha fullstendig oversikt over alle problemområder og muligheter organisasjonen står overfor. Derfor er det mer meningsfullt at ledelsen begrenser handlingsrommet ved å etablere en minimumsstandard enn å diktere hva slags muligheter aktørene skal søke. Topplederne formidler regler om hva som ikke er lov, og satser på at individuell kreativitet hos de ansatte vil skape verdier innenfor de gitte rammene. Fordelen med dette systemet er at det tillater ledere å delegerer ansvar videre nedover i organisasjonen, noe som bidrar til kreativitet og fleksibilitet i oppgaveløsningen (Simons, 1995a). Å opprette regler knyttet til atferd og oppførsel er viktig, spesielt for organisasjoner som preges av uforutsigbare omgivelser (Simons, 2000).

For at organisasjonen skal unngå unødvendig risiko er det etablert to former for grenser de ansatte må forholde seg til: forretningskikk og strategiske grenser. Forretningskikk, i form av forbud og sanksjoner, utvikles gjerne som en respons på bestemte hendelser. Over tid vil disse systemene utvikles etter hvert som organisasjonen lærer hva slags atferd som er uønsket. Det er i tillegg ønskelig at ansattes atferd støtter opp om de uttalte organisatoriske strategiene. Strategiske grenser har som hovedmål å begrense handlingsrommet når det søkes etter muligheter, og gi en føring på hva slags søkeaktiviteter som ikke aksepteres (Simons, 1995a).

### **2.2.3 Diagnostiske styringssystemer**

Diagnostiske styringssystemer er et verktøy for top-down overvåkning som brukes av ledelsen. Strategien kobles sammen med målene, og implementeringen overvåkes. I litteraturen presenteres to hovedårsaker til hvorfor diagnostiske styringssystemer burde benyttes. For det første skal det bidra til implementering av strategi som er utviklet av ledelsen. Uten slike systemer er det ikke mulig for ledelsen å implementere strategier på en effektiv måte. For det andre blir ikke tiden til ledelsen sløst bort når diagnostiske styringssystemer brukes. Det konstante behovet for overvåkning reduseres og slik frigjøres ledernes begrensede tidsramme (Simons, 2000).

Hensikten bak diagnostiske styringssystemer er å avdekke organisasjonens kritiske suksessfaktorer. Kritiske suksessfaktorer er de faktorene som må oppnås eller implementeres for at en organisasjon skal lykkes med sin forretningsstrategi. Diagnostiske styringssystemer legger begrensninger på innovasjonsevne og mulighetsskaping, for å sikre forutsigbar måloppnåelse knyttet til nåværende strategi. Motparten til diagnostiske styringssystemer er interaktive styringssystemer som stimulerer til søk og læring, og tillater framveksten av nye strategier gjennom identifiserte muligheter og trusler (Simons, 1995a).

### **2.2.4 Interaktive styringssystemer**

Interaktive styringssystemer er formelle informasjonssystemer som ledere bruker for å regelmessig involvere seg i beslutningsaktivitetene til medarbeiderne. Det gjøres gjennom at lederne møter de ansatte ansikt-til-ansikt og former en løpende dialog. Interaktiv styring forteller hvilke områder organisasjonen bør fokusere på (Simons, 2000). I tillegg til å avdekke kritiske suksessfaktorer som kan forsterke organisasjonens strategi, må ledelsen avdekke usikkerheter som kan være til hinder for måloppnåelse. Strategisk usikkerhet er usikkerhet og situasjoner som kan true organisasjonens forretningsstrategi. Usikkerheten stammer fra en

forskjell i den informasjonen som er nødvendig for å utføre en oppgave, og mengden informasjon organisasjonen er i besittelse av (Simons, 1995a).

### **2.2.5 Samspillet mellom de fire systemene**

Styring av forretningsstrategien oppnås ved å integrere de fire systemene; trossystem, avgrensningssystem, diagnostisk styringssystem og interaktiv styringssystem. Hvor godt en strategi blir implementert er avhengig av hvor godt de ulike systemene utfyller hverandre når de benyttes samtidig (Simons, 2000). Simons (2000) sier at strategisk styring oppnås når alle de fire systemene jobber sammen for å realisere nåværende strategier og skape framtidige strategier. To av styringssystemene – trossystemer og interaktive styringssystemer – motiverer deltakerne i organisasjonen til å lete etter nye løsninger som kan forbedre organisasjonen. Disse klassifiseres som positive systemer. De to andre systemene – avgrensningssystemer og diagnostiske styringssystemer – begrenser deltakernes handlingsrom og hjelper ledere å disponere tiden sin hensiktsmessig. De kan klassifiseres som negative systemer. Diagnostiske styringssystemer forsøker å avgrense lederens oppmerksomhet til de kritiske områdene, mens interaktive styringssystemer krever større grad av involvering og søk etter nye muligheter. Trossystemet og avgrensningssystemet sikrer at kjerneverdier og regler blir forstått av alle i organisasjonen (Simons, 2000).

## **2.3 Styring og samarbeid**

Horisontal styring vil si styring som sørger for at oppgavene som utføres på samme hierarkiske nivå er samordnet, slik at de ansatte jobber mot det samme målet (Burch et al., 2010). Litteraturen vektlegger horisontal styring som en aktivitet som foregår mellom ulike organisasjoner (Fallan og Nyland, 2013). Van der Meer-Kooistra og Scapens (2008) mener oppdagelser knyttet til et interorganisatorisk samarbeid, er like relevant for å forstå relasjoner innenfor en og samme organisasjon. Ut ifra et slikt tanke sett kan de ulike sengepostene i klinikken betraktes som miniorganisasjoner.

Sengepostene kan skape et gjensidig samarbeid dersom klinikken er preget av løs styring slik at aktørene på operativt nivå gis handlingsrom. Det må videre etableres et styringssystem som fremmer samarbeidet innad i organisasjonen. Faktorer som kan hindre samarbeid er sterk budsjettstyring og prestasjonsmål, og dersom dette er dominerende i organisasjonen vil

enhetene ofte bli betraktet som isolerte og konkurrerende. Interorganisatorisk samarbeid kan oppnås ved å bruke styringssystemer som støtter opp om samarbeidet. Organisatoriske grenser må løses opp og dette må understøttes av hele styringssystemet til organisasjonen, både gjennom administrativ styring, sosial styring og selvstyring.



### 3. Metode

De metodiske valgene som ligger til grunn for denne studien presenteres i dette kapittelet. Vi beskriver hvilke valg vi har tatt underveis for å kunne innhente aktuell og nødvendig informasjon som er med på å belyse vår problemstilling «hvilke styringsmekanismer benyttes for å skape et samarbeid mellom sengeposter?». Først kommer en beskrivelse av hva samfunnsvitenskapelige metode er og vårt vitenskapsteoretiske ståsted, før vi beskriver valg av forskningsstrategi- og design. Videre forklares utvalgsmetoden vår, og deretter går vi gjennom de datagenereringsmetodene som er benyttet i oppgaven. Avslutningsvis vil vi ta for oss etiske overveielser som er blitt gjort underveis i vår studie samt undersøkelsens kvalitet.

#### 3.1 Hva er metode?

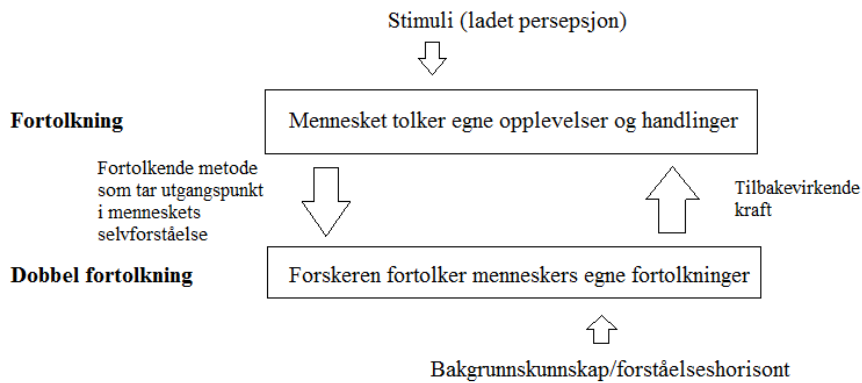
Metode kan ses på som en vei til målet, der metoden gir oss framgangsmåter som kan benyttes for å beskrive, forklare eller kartlegge virkeligheten. Johannessen m. fl. (2010, s. 29) sier at samfunnsvitenskapelig metode «*dreier seg om hvordan vi skal gå fram for å få informasjon om den sosiale virkeligheten, og ikke minst hvordan denne informasjonen skal analyseres, og hva den forteller oss om samfunnsmessige forhold og prosesser*». Ut fra dette kan vi si at metode gir oss en planmessig fremgangsmåte for hvordan undersøkelser gjennomføres (Nyeng, 2004). Gjennomgang av metodevalgene tvinger oss til å se konsekvensene av å velge, eventuelt ikke velge, mellom de ulike alternativene. For å kunne ta metodiske valg må vi som forskere være klar over hvilket vitenskapelig ståsted vi innehar. Årsaken til dette er at «*hvordan vi stiller oss i forhold til en rekke vitenskapsteoretiske problemstillinger, er bestemmende for hvilke forskningsmetoder vi kan akseptere å bruke*» (Nyeng, 2004, s. 7). Det innebærer å ta stilling til eget vitenskapsteoretisk ståsted før vi tar metodiske valg.

#### 3.2 Vitenskapsteoretisk bakgrunn

Ifølge Nyeng (2004) vil det forskeren oppfatter og tilegner seg av kunnskap være knyttet til det menneskelige ståsted i verden. Alt vi foretar oss er formet av kulturen vi lever i, faglige perspektiver og interesser (Nyeng, 2004). Hvordan vi betrakter verden påvirker hvilke metodiske valg vi tar.

For å kunne forklare vårt vitenskapsteoretiske utgangspunkt tar vi for oss de sentrale begrepene ontologi og epistemologi. Bevissthet rundt vårt ontologiske og epistemologiske ståsted er nødvendig for å kunne trekke gode metodiske beslutninger. Ontologi er læren om det værende, altså det som eksisterer og hvordan verden ser ut. Mens epistemologi representerer læren om kunnskap (Nyeng, 2012). I menneskevitenskaplig forskning er det to ulike hovedretninger: positivismen og hermeneutikken. «Ifølge den positivistiske vitenskapsteorien finnes det rene erfaringsdata som kan sikre at kunnskap blir objektiv» (Nyeng, 2012, s. 45). Hermeneutikk betyr derimot å fortolke, så det handler om å søke forståelse av meningsfulle fenomener (Nyeng, 2004).

I vår masteroppgave benytter vi oss av en casestudie for å kunne belyse problemstillingen vår; *«hvilke styringsmekanismer benyttes for å skape et samarbeid mellom sengeposter?»*. Vi er interessert i å avdekke subjektive meninger og fortolkninger av fenomenet samarbeid. Det betyr at den kunnskapen vi henter inn er avhengig av informantenes forståelse og tolkninger. Siden det er disse subjektive fortolkningene som danner grunnlaget i vår studie, og ikke objektive data, kan vi si at vårt ontologiske utgangspunkt er i tråd med hermeneutikkens syn. Hovedoppgaven i hermeneutikken er å utvikle en forståelse av meningen i konkrete menneskelige forhold, sosiale strukturer og aktiviteter. Vi kan si at virkelighetssynet vårt er sosialt konstruert, som betyr at virkeligheten konstrueres i sosial interaksjon. Menneskelige handlinger er kontekstuelle, så de må ses i sammenheng for å kunne gi mening. Vi kan ikke bare observere mennesker fra utsiden, vi må inn i hodene deres og vi må derfor snakke med dem for å ikke gå glipp av meningsinnholdet (Nyeng, 2004). Når vi forsøker å avdekke meningsinnholdet og informantenes selvforståelse av fenomenet «samarbeid», har informantene alt foretatt egne fortolkninger som de presenterer videre til oss som deres oppfatninger. Vi forsøker deretter å tolke informantenes fortolkninger ut fra vår bakgrunnskunnskap. Nyeng (2004) kaller dette for dobbel hermeneutikk eller dobbel fortolkning.



Figur 4: Dobbel fortolkning (Nyeng, 2004, s. 80)

Når vi som forskere fortolker andres fortolkninger er det en viss mulighet for at noe av meningsinnholdet mistolkes eller går tapt. For å sikre validiteten i oppgaven var det derfor viktig for oss å få bekreftet at det vi fant var i overensstemmelse med det informantene mente. Vi sendte derfor statene tilbake for godkjenning.

### 3.3 Våre metodiske valg

I figuren nedenfor presenteres hovedtrekkene ved de metodiske valgene vi har tatt underveis i studien.



Figur 5: Våre metodiske valg

### 3.4 Valg av forskningsdesign og forskningsmetode

Forskningsdesign og forskningsmetode omhandler utvikling av problemstilling, valg av forskningsdesign og avveining mellom kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. Videre presenteres de valgene vi har tatt innenfor hver av disse temaene.

#### 3.4.1 Utvikling av problemstilling

«Forberedelsesfasen til et forskningsprosjekt starter med en idé, som utformes til et tema og deretter presiseres til en problemstilling» (Johannessen et al., 2010, s. 53). Problemstillingen forteller hva undersøkelsen skal gi svar på, den avgrensar temaet og legger føringer for videre arbeid. Den gir retningslinjer for valg av teori og forskningsmetode. Teoriene og metodene som velges skal gjøre det mulig for oss å besvare problemstillingen. Problemstilling kan defineres som et «spørsmål som blir stilt med et bestemt formål, og på en så presis måte at det lar seg belyse gjennom bruk av samfunnsvitenskapelige metoder» (Halvorsen, 2008, s. 35). Enhver problemstilling kan analyseres ut i fra tre ulike dimensjoner. I første omgang avdekker analysen om problemstillingen er uklar eller klar. Andre dimensjon forteller om problemstillingen er forklarende eller beskrivende, og den siste dimensjonen handler om vi ønsker at funnene skal være overførbare eller ikke (Jacobsen, 2005).

Økonomistyring er et veldig stort, omfattende og eklektisk fagområde, som inneholder mange ulike tema som kan være aktuelle å studere. I vår utforskning av ulike tema kom vi over en rapport fra Riksrevisjonen som omhandlet helseforetak. Rapporten heter «Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene» (Riksrevisjonen, 2015). Et av funnene i rapporten var at samarbeid mellom sengeposter fører til effektivitet, men rapporten sa ingenting om hvordan et samarbeid skapes. Dette fattet vår interesse, og vi ønsket derfor å beskrive dette samarbeidet. Det resulterte i følgende problemstilling:

«Hvilke styringsmekanismer benyttes for å skape et samarbeid mellom sengeposter?».

Vi visste relativt lite om det vi skulle undersøke, så vi formulerte en åpen problemstilling (Jacobsen, 2005). Dette betyr at vi har en eksplorerende undersøkelse som skal beskrive mekanismene som benyttes for at sengeposter skal kunne samarbeide. Videre klassifiserer vi vår problemstilling som beskrivende, da vi forsøker å beskrive et fenomen (samarbeid) på et

gitt tidspunkt. Siden studien finner sted i en gitt kontekst er ikke målet at funnene våre skal være overførbare til andre organisasjoner.

### **3.4.2 Valg av forskningsdesign**

Forskningsdesignet må ses i sammenheng med problemstillingen i oppgaven. Spesielt to avgjørelser måtte tas ved valg av forskningsdesign. Det første vi måtte ta stilling til er om designet er intensivt eller ekstensivt, altså om vi går i dybden eller bredden. Videre måtte vi ta stilling til hvilken type studie vi gjennomfører.

Intensive design fokuserer på nyanser og detaljer. Det blir forsøkt å få fram et helhetlig bilde av en situasjon eller fenomen. Dette betyr å gå i dybden på noen få enheter, samtidig som mange variabler forskes på (Jacobsen, 2005). Siden vi har en beskrivende problemstilling som forsøker å avdekke et fenomen, virket et intensivt design som det beste valget for studien vår. Begrunnelsen for dette var at vi ønsket å gi en helhetlig beskrivelse av det samarbeidet vi studerte. Vi var altså ute etter å få fram hver enkelt persons forståelse og tolkning av fenomenet.

Vår studie betegnes som en casestudie, som er en type intensiv forskningsdesign.

Problemstillingen vår er formet på en slik måte at den legger sterke føringer for valg av potensielle informanter og kontekst. Tjora (2012) definerer casestudier som «*en undersøkelse som benytter en allerede eksisterende grense for hva og hvem undersøkelsen inkluderer og ekskluderer*» (Tjora, 2012, s. 35). Dette betyr altså at studieobjektet er avgrenset i tid og rom.

I vår studie er casen avgrenset i rom ved at vi studerte én klinikk ved St. Olavs Hospital, dette betyr at vi hadde et enkeltcasestudie (Johannessen et al., 2004). Samarbeidet mellom de ulike sengepostene i klinikken ga oss begrensningen knyttet til *hva* vi ønsket å studere. Det betyr altså at caseobjektet vi studerte er knyttet til en aktivitet ved klinikken. For å kunne avdekke det totale bildet av klinikkens interne samarbeid studerte vi flere analysenivåer.

Avdelingssjefen, seksjonslederne og sykepleierne utgjorde de tre analysenivåene i denne studien.

### **3.4.3 Valg av kvalitativ metode**

Det neste steget i forskningsprosessen omhandler valg av datatilnærming. For å kunne besvare problemstillingen vår anså vi kvalitative primærdata som sentrale. Gjennom det kvalitative

forskningsintervju forsøkte vi å forstå verden sett fra informantenes ståsted. Vi ville vite hvordan de beskriver opplevelsene sine eller artikulere handlingsvalgene sine (Kvale og Brinkmann, 2015). I følge Jacobsen (2005, s. 124) bør forskere benytte seg av kvalitative datainnsamling *«når vi ønsker nyanserte beskrivelser av hvordan mennesker forstår og fortolker en situasjon, og/eller når vi har en uklar problemstilling og har behov for eksplorering. Eksplorering vil ofte kreve åpenhet og fleksibilitet, noe kvalitative tilnærminger gir»*. En av årsakene til at vi valgte kvalitativ datagenereringsmetode er fordi problemstillingen vår og teorikapitlet fokuserer på aspekter som «kultur» og «verdier», som ikke så lett lar seg avdekke ved kvantitative datainnsamlingsmetoder. I følge Kvale og Brinkmann (2015) skaper dessuten kvalitativ metode en nærhet mellom forsker og forskningsobjekt, samtidig som informanten kan forklare sine tolkninger, meninger og forståelse av fenomenet.

### **3.5 Datagenereringsmetode**

Tjora (2012) skiller mellom tre kvalitative forskningsmetoder: observasjon, intervju og dokumentstudier. Videre sier Tjora (2012) at begrepet datagenerering kan brukes istedenfor datainnsamling og årsaken til dette er at empiriske data ikke finnes i virkeligheten, men blir konstruert ved forskning.

I denne oppgaven har vi valgt å benytte oss av et åpent intervju, seks dybdeintervjuer og observasjon for å generere data. Vi ønsket at informantene skulle fortelle oss om sine erfaringer, oppfatninger, samt komme med konkrete eksempler fra arbeidshverdagen. Siden samarbeid er et sosialt fenomen, vil intervjuene få fram kompleksiteten og ulike nyanser ved samarbeidet, og dette er også årsaken til at vi har valgt dybdeintervju som én av våre datagenereringsmetoder. Under det åpne intervjuet med avdelingssjefen og de seks dybdeintervjuene merket vi at det de omtaler som «planleggingsmøter» er sentrale for å legge planer for det videre samarbeidet i løpet av arbeidsdagen. Vi valgte derfor å foreta observasjon av disse møtene. Nedenfor følger en nærmere beskrivelse av våre datagenereringsmetoder.

### 3.5.1 Dybdeintervju

Innenfor kvalitativ forskning er ulike former for intervju den mest utbredte datagenereringsmetoden (Tjora, 2012). Seks av intervjuene våre var dybdeintervjuer. Vi benyttet oss av relativt åpne spørsmål som ga informantene muligheten til å gå nærmere inn på områder som interesserte dem. Dette ga også informantene en mulighet til å prate om temaer som vi på forhånd ikke hadde planlagt. Som Tjora (2012, s. 105) sier, vi studerer «*verden sett fra informantens ståsted*». Videre skal vi redegjøre for hvordan dybdeintervjuene ble gjennomført.

*«En viktig forutsetning for å lykkes med dybdeintervjuer er at man greier å skape en avslappet stemning hvor informanten føler at det er greit å snakke åpent (...), hvor det er lov å tenke høyt, og hvor digresjon er tillatt»* (Tjora, 2012, s. 110). For å skape en avslappet atmosfære, valgte vi å gjennomføre dybdeintervjuene på møterom eller kontorer i klinikken vi studerte. Dette ga oss også et innblikk i informantenes arbeidshverdag og en dypere forståelse av det som ble tatt opp i intervjuene. Det faktum at intervjuene ble gjennomført ved deres arbeidsplass, la forholdene godt til rette for at atmosfæren skulle være god og åpen, samtidig som informantene skulle føle seg trygge og komfortable.

I forkant av hvert dybdeintervju sendte vi en kort beskrivelse av hva oppgaven vår omhandlet, hva vi ville studere, at vi ønsket å benytte oss av lydopptaker, hva dette betyr for dem og hva som kommer til å skje med datamaterialet. Dette ble også gjennomgått enda grundigere da vi møtte informantene for intervju. Før selve intervjuet begynte ba vi informantene lese og signere skrivet om informert samtykke fra personvernombudet for forskning, før de fikk stille eventuelle spørsmål de hadde. Ved gjennomføring av intervjuene beregnet vi en romslig tidsramme på litt over én time. Det bidro til å gi informantene tid til å reflektere over spørsmålene før de svarte. I løpet av intervjuet vekslet vi på hvem som stilte informantens spørsmål. Den andre hadde fokus på å lytte til informantens historie og stille oppfølgingsspørsmål dersom noe trengte en videre oppklaring. Det ga en naturlig flyt i samtalen. I tråd med det Tjora (2012) sier måtte vi balansere mellom å få tak i informantens subjektive mening samtidig som vi måtte holde oss til strukturen i intervjuet.

Intervjuet med avdelingssjefen på klinikken skiller seg fra dybdeintervjuene. Dette intervjuet klassifiseres som et åpent intervju, da det var en samtale mellom oss og avdelingssjefen hvor innholdet i liten grad var forhåndsbestemt (Jacobsen, 2005). Avdelingssjefen fikk i forkant

vite hva vi ønsket å studere. I tillegg satte vi oss inn i relevant teori på forhånd og hadde derfor noen temaer vi ønsket å prate om. Det åpne intervjuet var det mest tidkrevende intervjuet vi gjennomførte, samtidig som det ga oss god innsikt i hva som foregår på klinikken. Videre fikk vi noen innspill til hva vi kunne spørre de andre informantene om.

For å forsikre oss om at vi fikk informasjon som var relatert til tema og problemstilling, benyttet vi oss av en intervjuguide (se vedlegg 1). Den ble brukt som en sjekklister for å kontrollere at vi hadde fått svar på det vi ønsket. Dersom informantene hadde problemer med å svare for seg, eller ga kortfattede svar, benyttet vi oss av intervjuguiden for å hjelpe de videre. Intervjuguiden vår var strukturert etter Tjoras (2012) tre faser; oppvarming, refleksjon og avrundning. Oppvarmingsspørsmålene handlet om deres bakgrunn, stilling og arbeidsoppgaver, og har til hensikt å skape en følelse av trygghet (Tjora, 2012). Videre var refleksjonsspørsmålene strukturert rundt Anthony og Youngs styringssirkel. Styringssirkelen er delt inn i fire faser; 1) mål, 2) planlegging, 3) handling og 4) evaluering og tilbakemelding (Pettersen et al., 2008). Til slutt avrundet vi intervjuet med å spørre om de hadde noe å tilføye og takket for deltakelsen.

Under alle våre intervjuer benyttet vi lydopptaker etter samtykke fra informantene. Tjora (2012) poengterer at dette kan føre til at informantene begrenser seg i forhold til hvilken informasjon de gir. Selv om alle informantene samtykket til bruk av lydopptaker, var vi veldig opptatte av å forklare hvorfor vi ønsket å benytte lydopptaker både skriftlig og muntlig før intervjuet ble gjennomført. På bakgrunn av dette virket informantene fortrolige og komfortable med at intervjuet ble tatt opp. Bruk av lydopptaker ga flere positive resultater. For det første kunne vi lagre intervjuene, for det andre ga det oss en mulighet til å gjennomføre en fullstendig transkribering fra lydopptak til tekst. Til slutt ga lydopptakeren oss mulighet til å konsentrere oss om intervjuets dynamikk og tema. Dette er alle fordeler som Kvale og Brinkmann (2015) trekker frem som positive konsekvenser av å benytte lydopptaker.

### **3.5.2 Observasjon**

Det ble klart for oss under dybdeintervjuene at mye av samarbeidet og planleggingen av samarbeidet finner sted ved klinikkens planleggingsmøter. Vi var urolige for at vi i intervjuene fokuserte på et for snevert bilde av samarbeidet og slik begrenset vårt eksplorative syn. Vi valgte derfor å foreta observasjon av disse møtene. Tjora (2012) sier at hensikten med



observasjon er å avdekke hva informantene faktisk gjør, fremfor hva de sier at de gjør. Observasjon blir derfor ofte brukt som en supplerende metode som gir forskerne en mulighet til å studere informantene fra en ny synsvinkel (Johannessen et al., 2004). Gjennom intervjuene fikk vi forklart hva som foregår på disse møtene, og vi ønsket derfor, med våre egne øyne, å se hvordan dette foregikk i praksis.

I metodelitteraturen er det spesielt to dimensjoner vi må ta hensyn til når vi skal foreta en observasjon. Det er grad av åpenhet ovenfor dem som studeres og grad av deltakelse (Johannessen et al., 2004). Da vi valgte å benytte oss av observasjon som datagenereringsmetode måtte vi få tillatelse fra avdelingssjefen. Tidspunkt for observasjonene ble også avtalt sammen med henne. Klinikken har tre planleggingsmøter i løpet av 24 timer; klokken 08:05, 15:30 og 21:00. Vi ble enige om at vi skulle delta på to, klokken 08:05 og klokken 15:30, da avdelingssjefen var tilstede på begge disse møtene. Ingen av de andre deltakerne på møtet visste på forhånd at vi kom til å være der og observere den dagen. Før møtet startet fikk deltakerne beskjed om hensikten med vår tilstedeværelse. Alle visste da at de ble observert av oss, noe som klassifiseres som en åpen observasjon (Johannessen et al., 2010). Vi hadde ingen aktiv rolle under observasjonen, så det kalles derfor en ikke-deltakende observasjon (Johannessen et al., 2010). Grunnet hurtigheten i møtene kan vi ikke se at vår observasjon hadde noen spesiell effekt på deltakernes atferd. Møtedeltakerne hadde fokus på hverandre, og avdelingssjefen sa også etter møtene at de følte som helt vanlige møter.

Under møtene benyttet vi oss av feltnotater. Vi hadde på forhånd laget en oversikt over faktorer vi skulle være observante på (se vedlegg 2). Det ble helt klart for oss at deltakerne på møtet var drillet på rutinene. Informasjon ble gitt fort, det ble tatt hurtige beslutninger og gjort avtaler angående videre kommunikasjon utover dagen. I etterkant av hvert planleggingsmøte foretok vi en debriefing sammen med avdelingssjefen, slik at vi fikk stilt nødvendige spørsmål og oppklart usikkerheter. Dette ble gjort for å forsøke å unngå det Tjora (2012) kaller inntrykksmessig drukning, altså at det skjer så mye at det blir utfordrende å legge merke til og oppfatte alt som foregår.

### 3.6 Utvalgsmetode

Det kan være vanskelig å avgjøre hvor mange intervjuer som må gjennomføres i ulike studier. Studentprosjekter er ofte begrenset til færre enn ti intervjuer grunnet tidsbegrensninger (Johannessen et al., 2010). Utvalget i studien vår bestod av totalt syv informanter, og vi sitter igjen med et inntrykk av at det ga tilstrekkelig med data for å besvare problemstillingen vår. Via veilederen vår ble vi satt i kontakt med avdelingssjefen. Videre ble et strategisk utvalg av informanter satt sammen ved bruk av snøballmetoden. Snøballmetoden innebærer ifølge Tjora (2012) at forskeren får forslag etter hvert om hvem som kan være relevant å intervju.

Da alle intervjuene var gjennomført hadde vi snakket med informanter fra alle nivåene i klinikken, noe som forsterker funnene i vår oppgave. Nedenfor følger en oversikt over våre informanter og observasjonene.

7 Intervjuer				
Dato	Varighet	Informant	Type intervju	Sted
12.02.2016	90 min.	Avdelingssjef	Åpent intervju	Avdelingssjefens kontor
09.03.2016	60 min	Seksjonsleder B	Dybdeintervju	Seksjonsleder Bs kontor
10.03.2016	85 min	Seksjonsleder C	Dybdeintervju	Avdelingssjefens kontor
11.03.2016	65 min	Seksjonsleder A	Dybdeintervju	Seksjonsleder As kontor
15.03.2016	55 min	Sykepleier 3	Dybdeintervju	Datarom ved sengeposten
16.03.2016	60 min	Sykepleier 1	Dybdeintervju	Møterom ved sengeposten
17.03.2016	55 min	Sykepleier 2	Dybdeintervju	Møterom ved sengeposten

Tabell 1: Oversikt over intervjuene

Observasjoner				
Dato	Klokkeslett	Varighet	Sted	Deltakere
07.04.2016	08:05	Ca. 10 minutter	Møtelokale ved sengepost A	Avdelingsleder, 2 seksjonsledere (+1 driftsleder og 4 stjernesykepleiere
07.04.2016	15:30	Ca. 20 minutter	Møtelokaler lokalisert midt i klinikken	Avdelingsleder og 4 stjernesykepleiere

Tabell 2: Oversikt over observasjonene

### **3.7 Dataanalyse**

Målet med en analyse er å gi leseren økt kunnskap på det området som forskes på, uten at leseren må gå gjennom all data som er generert gjennom studien (Tjora, 2012). I forkant av analysen måtte dybdeintervjuene transkriberes, kodes og kategoriseres, og observasjonen måtte struktureres på en hensiktsmessig måte.

Å transkribere betyr at intervjuene transkriberes fra muntlig til skriftlig form. Informasjonen blir lettere å jobbe med siden den blir oversiktlig og strukturert (Kvale og Brinkmann, 2015). Dette ble gjort ved at vi lyttet til lydopptaker og transkriberte rådataen fra intervjuene. Slik sikret vi at all informasjon som ble gitt også ble nedskrevet. Transkribering er et omfattende og tidkrevende arbeid, og etter transkriberingen var ferdigstilt kodet vi informasjonen for å hente ut den relevante empirien. Videre ble alle informantene anonymisert ved at de ble gitt en egen kode. Informantene ble omkodet fra navn til avdelingsleder, seksjonsleder A, seksjonsleder B, seksjonsleder C, sykepleier 1, sykepleier 2 og sykepleier 3. Empirien ble så samlet sammen, der observasjonen utfyller intervjuene. Empirikapittelet er strukturert etter styringssirkelen til Anthony og Young (Pettersen et al., 2008).

Selve analysekapittelet er strukturert etter det vi fant som hovedfunn i studien. I analysen forsøkte vi å se sammenhenger mellom de empiriske funnene vi hadde generert og vårt teoretiske rammeverk.

### **3.8 Etiske overveielser i forskningen**

I alle typer kvalitativ forskning ligger det ulike etiske betraktninger til grunn siden vi er i nær kontakt med de vi undersøker (Tjora, 2012). Det er spesielt tre etiske retningslinjer som er sentrale; informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser for informantene (Kvale og Brinkmann, 2015).

#### ***Informert samtykke***

De mest sentrale forutsetningene for informert samtykke er at informanten gis informasjon om undersøkelsens formål og deltar frivillig. Informanten skal også bli gitt muligheten til å trekke seg fra undersøkelsen dersom han eller hun ønsker det (Kvale og Brinkmann, 2015). I forkant av intervjuene sendte vi et informasjonsskriv som forklarte hva studien handlet om, i

tillegg presenterte vi studien muntlig da vi møtte informantene for intervju. Dette ble gjort for å forsikre oss om at informantene forsto informasjonen som ble gitt til dem. Før intervjuet startet leste informanten også gjennom et samtykkeskjema (se vedlegg 3, som de deretter signerte. I dette skjemaet ble blant annet informantens rett til å trekke seg når som helst forklart. Videre var oppgavens formål presentert, det ble informert om hva deltakelse i studien innebar og hvordan informasjonen fra dybdeintervjuene ville bli behandlet.

### ***Konfidensialitet***

Konfidensialitet betyr at data som kan identifisere informantene ikke skal avsløres, og at de skal behandles på en sikker måte (Kvale og Brinkmann, 2015). I samtykkeskjemaet ble det informert om at klinikken og informantenes navn skulle holdes skjult. Det vil likevel være mulig å identifisere hvilken klinikk studien omhandler dersom noen har gode kjennskaper til St. Olavs Hospital. Dette vil så kunne føre til at avdelingssjefens identitet blir avdekket. Siden seksjonslederne er kodet som seksjonsleder A, B og C, og klinikken har flere seksjonsledere enn de vi intervjuet så kan vi anta at deres identitet holdes skjult.

### ***Konsekvenser for informantene***

Den siste etiske retningslinjen handler om hvilke konsekvenser undersøkelsen har for informantene. Kvalitativ forskning er preget av en sterk åpenhet, som kan få informantene til å si noe de i ettertid angres på (Kvale og Brinkmann, 2015). For å hindre at informantene skulle angre på noe som hadde blitt sagt, sendte vi all relevant data og sitater til dem for tilbakemelding i etterkant. Informantene fikk dermed mulighet til kontrollere at de ble korrekt gjengitt og at sitatene ikke var tatt ut av den naturlige konteksten. Vi ba også informantene gi beskjed om det var tatt med noe de ikke ønsket vi skulle benytte videre i studien. Dette ble gjort for å sikre minst mulig negative konsekvenser for informantene.

## **3.9 Undersøkelsens kvalitet**

Innenfor forskning er det viktig å stille seg kritisk til hvordan gjeldende data er samlet inn, samt kvaliteten på disse dataene. I metodelitteraturen vurderes kvalitative data ut fra tre kvalitetsindikatorer; reliabilitet, validitet og ekstern validitet (Johannessen et al., 2004). Nedenfor drøftes våre metodiske valg opp mot disse tre kvalitetsindikatorerne.

### 3.9.1 Reliabilitet

Reliabilitet, også kalt pålitelighet, handler om at det skal eksistere en intern logikk gjennom hele forskningsprosjektet. Det sies at en undersøkelse har god reliabilitet når den i liten grad styres av faktorer som det ikke er blitt redegjort for (Tjora, 2012).

I kvalitativ forskning er et av flere idealer at forskerne skal være nøytrale og objektive, men samtidig sier Tjora (2012) at fullstendig nøytralitet ikke er mulig å oppnå. Et mål hos oss som forskere var at vi skulle opptre mest mulig likt under alle intervjuene. Vi var begge til stede under alle intervjuene og byttet på underveis hvem som stilte spørsmål og hvem som lyttet. Dette kan bety at informantene har blitt utsatt for mye stimuli, kanskje mer enn nødvendig. Likevel er det urealistisk å anta at alle intervjuene hadde blitt gjennomført helt likt dersom kun én av oss hadde gjennomført intervjuene. Årsaken til dette er at det eksisterer en interaksjon mellom to parter i et intervju – forskeren og informanten. De vil kunne påvirke hverandre på ulike måter, og ingen informant er helt lik. En stor fordel ved å være to som gjennomførte intervjuene var at vi oppdaget ulike poeng og stiller ulike oppfølgingsspørsmål. To hoder er ofte bedre enn ett. Vi ser derfor både fordeler og ulemper ved å ha gjennomført intervjuene slik vi gjorde det.

I kvalitative undersøkelser er vi som forskere instrumenter i prosessen og vi har vår egen erfaringsbakgrunn. Det kan gjøre det utfordrende for andre forskere å gjenskape samme kontekst som vi studerte (Johannessen et al., 2004). Vårt engasjement kan påvirke påliteligheten i studien, så vi har derfor forsøkt å være bevisst på egen innvirkning. I metodelitteraturen blir dette betraktet som både støy og en ressurs (Tjora, 2012).

Engasjementet og driven vi har hatt rundt studien har vært med på å drive arbeidet framover, så vi har ansett vårt engasjement som en ressurs.

Under intervjuene benyttet vi oss av lydopptaker. Dette påvirker påliteligheten på både godt og vondt. Alle informantene godkjente bruk av lydopptaker, men samtidig kan det ha ført til at informantene begrenset seg og med vilje utelot noen faktorer. Det som styrker påliteligheten til undersøkelsen er at lydopptakeren ga oss mulighet til å benytte direkte sitater, slik at informantens stemme synliggjøres i så stor grad som mulig (Tjora, 2012). For å forsterke påliteligheten ytterligere ba vi informantene om å bekrefte at informasjonen i empirien var korrekt. De fikk på denne måten mulighet til å gjøre korrigeringer, komme med endringer og utdypende forklaringer der de anså det som nødvendig.

### **3.9.2 Validitet**

Johannessen med flere (2004, s. 228) sier at validitet handler om «*i hvilken grad forskerens funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten*». Det handler altså om det vi har undersøkt var det vi hadde som mål å undersøke, og om det kan besvare problemstillingen vår (Tjora, 2012).

Spørsmålene i intervjuguidene er utformet med utgangspunkt i det teoretiske rammeverket som ble benyttet i denne studien. Analysen ble belyst og forklart ut fra det teoretiske rammeverket for å sikre at funnene ikke skulle stamme fra egne tolkninger og meninger.

Grunnet informantenes ulike stillinger var vi oppmerksomme på at de kan ha ulike oppfatninger av begrepene vi benyttet, og dermed kunne tolke de ulikt. Dette kan påvirke validiteten til studien. Vi forsøkte å forhindre det ved å stille åpne spørsmål. Samtidig merket vi at flere av informantene tok opp og vektla de samme tingene, noe som styrker validiteten til funnene våre. Flere av informantene følte de malte et glansbilde som virket for godt til å være sant, samtidig som de påpekte at det er slik situasjonen faktisk er ved klinikken. Vi opplevde at alle informantene følte en nærhet til temaet vi undersøkte. De hadde gode kunnskaper, og brukte praktiske eksempler for å belyse poengene sine. Dette var med på å forsterke validiteten til studien. Et annet tiltak som forsterker validiteten til oppgaven vår er at vi sendte relevant data tilbake til informantene for godkjenning jf. reliabilitet. På den måten sikret vi at funnene og empirien virket realistisk og sann for informantene.

Vi har i denne studien benyttet oss av det som kan betraktes som en type metodetriangulering, da vi har benyttet to ulike metoder – observasjon og intervju. Denne trianguleringen bidrar til å styrke tilliten til resultatene, og slik validiteten (Johannessen et al., 2004). Da vi gjennomførte observasjonene ved klinikken hadde vi også debriefing med avdelingssjefen etter hvert møte. Vi fikk dermed anledning til å stille spørsmål og få hjelp til fortolkning av noen som har et større innblikk i konteksten. På denne måten sikret vi at det vi observerte og informasjonen vi hadde trukket ut var korrekt.

### **3.9.3 Ekstern validitet**

Ekstern validitet belyser hvorvidt funnene våre kan overføres til lignende fenomener eller situasjoner (Johannessen et al., 2004). Vår undersøkelse handlet om samarbeid mellom sengeposter i en gitt klinikk. Vi har forsøkt å avdekke hva som ligger til grunn for dette

samarbeidet, hvordan det gjennomføres, og hva som bidrar til at det fungerer. Vi har med andre ord avdekket hva som har skapt en samarbeidskultur i klinikken. Det betyr ikke at dette er den eneste måten å skape et samarbeid, men vi har belyst vesentlige mekanismer i denne klinikken. På bakgrunn av dette hevder vi at vår studie utdypet og forklarer fenomenet samarbeid på en god måte. Vi vil derfor påstå at studien vår har en forskningsmessig verdi, da den kan gi utvidet kunnskap på området. Studien vår kan være til inspirasjon for andre organisasjoner som forsøker å skape samarbeid og vi forklarer hva som ligger til grunn for at denne klinikken har lyktes.

## **4. Empiri**

I dette kapitlet presenteres datagrunnlaget som er lagt til grunn for besvarelsen av vår problemstilling: «hvilke styringsmekanismer benyttes for å skape et samarbeid mellom sengeposter?». Konteksten for oppgaven er St. Olavs Hospital, så innledningsvis gir vi en kort casebeskrivelse.

### **4.1 Kontekstbeskrivelse**

#### **4.1.1 Helsesektoren i Norge**

Helse- og omsorgsdepartementet, med helseministeren som øverste leder, har ansvaret for helsetjenestene i Norge og sitter som øverste organ (Regjeringen, 2014b). Norge er videre delt inn i fire helseregioner. I hver av disse regionene finnes det et regionalt helseforetak som har ansvaret for å tilby spesialiserte helsetjenester til befolkningen (Regjeringen, 2014a).

Spesialisthelsetjenesten omfatter blant annet somatiske og psykiatriske sykehus, behandlingssentre, poliklinikker, og opptrening- og rehabiliteringsinstitusjoner (Regjeringen, 2014b). Det er Helse- og omsorgsdepartementet som styrer de fire regionale helseforetakene: Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF (Regjeringen, 2014b).

#### **4.1.2 St Olavs Hospital**

St. Olavs Hospital eies av Helse Midt-Norge og er et universitetssykehus som ligger i Trondheim (Stolav, 2016a). Sykehuset har en hierarkisk organisasjonsstruktur. Øverst sitter styret og administrerende direktør med sin stab. Under toppledelsen er det 20 klinikker med sine respektive klinikkjefer.

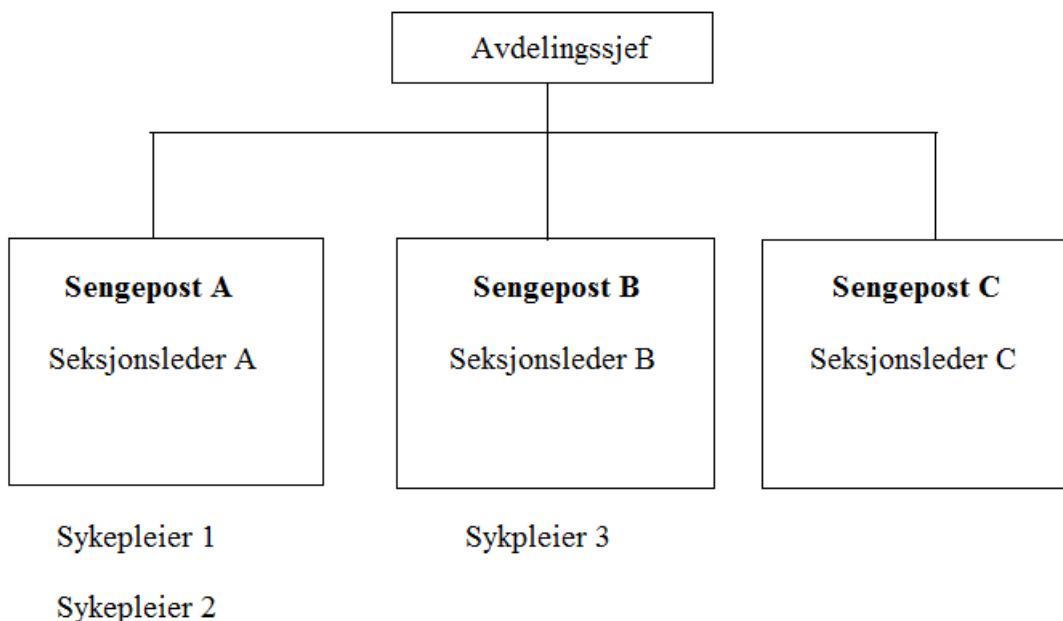
Da staten overtok styringen av Regionssykehuset i Trondheim i 2002 var det starten på en totalomveltning for sykehuset. Samme år vedtok Stortinget at det skulle bygges et nytt universitetssykehus på Øya i Trondheim. Allerede den sommeren gikk startskuddet, og den første grunnsteinen som utgjør St. Olavs Hospital i dag ble lagt. I 2010 var sykehuset ferdigstilt, med unntak av Kunnskapssenteret som ble ferdig i 2013 (Haugen, 2013).



### 4.1.3 Klinikken ved St. Olavs Hospital

Klinikken endret struktur da de skulle flytte inn i nybygget i 2010. Da ble klinikken samlet i én etasje. Videre ble det vedtatt å ha to avdelingssjefer; en avdelingssjef for legene og en avdelingssjef for sykepleierne. De anså det som hensiktsmessig å sette en lege til å lede de andre legene, og en sykepleier til å lede sykepleierne. Vår studie er basert på sykepleierne, og alle informantene er dermed hentet fra sykepleierenheten i klinikken. Avdelingssjefen for sykepleierenheten, heretter referert til som avdelingssjefen, ble gitt relativt frie tøyler til å styre sykepleierenheten. Et av hennes overordnede mål var å styrke klinikksam arbeidet, da hun mente det ville bidra til bedre tjenester og mer effektivitet.

Klinikken består av sju enheter, deriblant laboratorium, poliklinikk, flere sengeposter og intensivavdeling. Ordet «enhet» referer dermed til en av de syv enhetene internt ved klinikken. Hver av enhetene har en seksjonsleder, og sammen med avdelingssjefen utgjør disse seksjonslederne «ledergruppen». Vi har tatt utgangspunkt i tre heldøgns sengeposter i klinikken, og studert det samarbeidet som foregår mellom dem. I oppgaven belyses synspunktene til informanter fra tre ulike organisatoriske nivå; avdelingssjefen, seksjonslederne og sykepleiere. Informantenes stilling og hierarkiske relasjon er presentert i figuren nedenfor.



Figur 6: Klinikken vi studerer

Kliniknavnet holdes skjult av etiske hensyn, men tittel og posisjon er oppgitt i det avgrensede organisasjonskartet. Seksjonslederne og sykepleierne er plassert under tilhørende sengeposter.

## **4.2 Klinikk med samarbeid**

Empirien i denne studien har blitt hentet inn ved hjelp av dybdeintervju og observasjon. Intervjuguiden som ble benyttet under dybdeintervjuene var strukturert etter styringssirkelen av Anthony og Young. Styringssirkelen gir også grunnlag for den overordnede strukturen av empirikapittelet. Det vil si at vi ser på mål, planlegging, handling og evaluering knyttet opp til å skape et samarbeid mellom sengepostene. Planlegging og handling presenteres som en samlet post i empirien siden planlegging og gjennomføring av samarbeidet er tett knyttet sammen. Observasjonsdata benyttes supplerende for å gi et mer utdypet bilde av det faktiske samarbeidet som foregår i klinikken.

### **4.2.1 Mål**

Nyansatte som starter ved klinikken får tildelt en velkomstbrosjyre med «Velkommen til Klinikken», hvor det står følgende:

*«Det overordnede mål for klinikken er at pasienter får de tjenester innen diagnostikk, behandling og sykepleie som de har behov for, så raskt som mulig og med en kvalitet som er i samsvar med de prinsipper og verdier sykehuset bygger på. Visjonen er å tilby fremragende behandling til befolkningen i Midt-Norge.»*

Avdelingssjefen er opptatt av at nyansatte skal introduseres til et visst tankesett fra første stund. Hun vil at sykepleierne skal jobbe sammen for å tilby pasientene best mulig behandling. Intensjonen er å skape en klinikk som jobber samlet for å tilby befolkningen et helhetlig og kvalitetssikret tilbud.

### ***Helhetlig klinikk***

Ledelsen er opptatt av at alle ansatte forstår viktigheten av å jobbe mot det samme målet. Dette er en klinikk hvor alle sengepostene i utgangspunktet er i stand til å ta seg av de samme pasientene, men de tre sengepostene har spesialisert seg på ulike problemområder. Det vil si

at det finnes en liten variasjon i pasientgruppene mellom de tre sengepostene. Seksjonslederne ønsker at sykepleierne skal identifisere seg med klinikken som helhet, slik at de kan samarbeide om å nå målet.

*«Vi har et mål om at alle skal se klinikken som en helhet, pasienten er vår pasient, ikke sengeposten sin pasient. Pasienten skal ha så god behandling som mulig, uansett hvilken enhet han ligger på. Ingen er bedre enn det svakeste ledd.»* (Seksjonsleder C)

*«Vi skal ha respekt og vise samarbeidsevne og –vilje til våre kolleger. Vi skal ha en «vi»-holdning; vi som jobber på denne klinikken, og ikke bare vi på denne sengeposten.»* (Seksjonsleder A)

*«Vi er ikke bare den avdelingen her og den avdelingen der. Vi er alle et team. Ikke jeg og dem, det er vi.»* (Seksjonsleder B)

Samlet innsats mot felles mål bidrar til at klinikken kan levere bedre tjenester til befolkningen. Personalet har et ansvar for å gi pasientene rett behandling til rett tid, og det innebærer et samarbeid for å få sendt pasientene til rett behandlingssted.

*«Vi gjør det vi kan for at hver enkelt pasient skal få den beste behandlingen på den riktige avdelingen. Det fordrer til at folk som jobber på de ulike avdelingene må gjøre sitt ytterste for at det her samarbeidet skal fungere.»* (Sykepleier 1)

### ***Pasienten i sentrum***

Informantene uttrykker at det eksisterer visjoner og kjerneverdier som har en betydning i deres arbeidshverdag. Spesielt synet på pasienter går tydelig igjen hos informantene:

*«Den viktigste jobben vi gjør er å sørge for at pasientene føler seg godt ivaretatt og velkommen, de skal kjenne at det er trygt å komme hit og at vi er kompetente sykepleiere.»* (Seksjonsleder C)

*«Det er viktig for oss at det vi gjør her på klinikken skal gjenspeile hva St. Olav står for. Vi skal ha en arbeidsmoral i hvordan vi behandler pasienter og pårørende. Vi skal være høflige og imøtekommende. Pasienten er alltid i fokus.»* (Sykepleier 2)

Informantene vektlegger ivaretagelse av pasientenes behov, og ser dette som kjernen for sin virksomhet. Den opplevelsen som pasienter og pårørende sitter igjen med etter endt sykehusopphold skal være positiv. Selv i de situasjonene hvor sykehusoppholdet avsluttes med pasientens bortgang, settes det inn nødvendige ressurser for å gi pasienten en verdig avslutning. Én av seksjonslederne formulerer det på denne måten:

*«Vi har en politikk på at hvis folk er døende så er det alltid fastvakter på dem, som sitter der hele tiden. Ingen skal dø alene her.» (Seksjonsleder B)*

#### **4.2.2 Planlegging og handling**

I følge informantene ønsker St. Olav å være et sykehus i toppklassen. For å klare det må de være i stand til å tilby pasientene det de har behov for. Det er mange ulike oppgaver som skal gjøres i løpet av en arbeidsdag, derfor er både planlegging og gjennomføring av samarbeid viktig for å sørge for at alt blir gjort.

##### ***Opplæring av nyansatte og temadager***

Nyansatte sykepleiere får opplæring innad i en av sengepostene, med tett oppfølging og tilrettelegging i starten. De følger erfarne sykepleiere for å lære av dem, og etter hvert som de nyansatte blir tryggere i jobben får de tildelt mer ansvar. Det tar tid å opparbeide kompetanse og å bli kjent med de ulike rutinene. Det er vanlig at nyansatte har redusert stillingsbrøk ved klinikken til å begynne med. Dette fører til at flere velger å fylle opp arbeidsplanen sin ved å ta ledige vakter ved andre sengeposter internt i klinikken. Sykepleiere har en grunnleggende utdanning og opplæring som gjør dem i stand til å jobbe på alle sengepostene i klinikken. Utover dette sendes de nye på kurs som er opprettet for nyansatte.

Når det ansettes nye på klinikken er avdelingssjefen krystallklar på at de nyansatte skal *opplæres* i å tenke på klinikken som helhet, ikke bare den enkelte sengeposten de er ansatt. Sykepleierne som får fast ansettelse gjennomfører i den anledning *hospiteringsdager* på alle enhetene i klinikken. Baktanken med dette er at de skal bli kjent med de andre sengepostene. Seksjonsleder A mener også at dette kan føre til at terskelen for å hjelpe til på andre sengeposter blir lavere. Dette underbygger en «vi»-følelse for klinikken, siden de ansatte ikke er knyttet til bare én post.

Det blir i tillegg arrangert tre obligatoriske *temadager* i året hvor fagutviklingssykepleiere har ansvaret for å sette opp et program. Sykepleierne får mulighet til å komme med forslag for hva de ønsker å lære mer om. Temadagene gir de ansatte faglig påfyll og gir grobunn for faglige diskusjoner på arbeidsplassen i ettertid.

*«Vi har temadager tre dager i året hvor vi får faglig påfyll. Vi får opplæring i helt grunnleggende ting som er felles for alle på sykehuset, eller vi får spesialisert undervisning som er viktig her på denne klinikken. (...) Jeg tror at faglig påfyll hjelper fordi det er lettere å spørre folk om råd når de har vært med på det samme. Vi kan diskutere (...).» (Sykepleier 3)*

### **Planleggingsmøter**

Klinikken har tre *planleggingsmøter* i løpet av døgnet. De er klokken 08:05, 15:30 og 21:00, og er startet opp i regi av avdelingssjefen. De tre planleggingsmøtene holdes hver eneste dag, uansett om det er en hverdag, helg eller helligdag. På morgenmøtet deltar avdelingssjefen og seksjonslederne. Dersom en av seksjonslederne ikke er på jobb den dagen, trer en såkalt stjernesykepleier inn som stedfortreder og representant for sin sengepost. Det vil si at det er denne stjernesykepleieren som sitter med ansvar for drift og pasientplassering for sengeposten på det aktuelle skiftet. Møtet som foregår på ettermiddagen består vanligvis av stjernesykepleiere og avdelingssjefen. På kveldsmøtet er det kun stjernesykepleiere som er tilstede.

På disse planleggingsmøtene diskuteres totalbildet av klinikken. Store deler av møtetiden går med på å avklare pasientlogistikken. De tar for seg pleietyngde og pasientplassering, samt fordeling av personalressurser. Det er en gjennomgang av pasienter som ligger i mottak som skal ha en plass på klinikken og antall ledige plasser hver enkelt sengepost har eller kan komme til å få i løpet av vekten. Ut ifra dette må de bestemme hvor nye pasienter skal plasseres. Pasienter skal bli plassert ved den posten som er best i stand til å møte akkurat denne pasientens behov. Pleietyngden må også vurderes slik at det blir en fornuftig fordeling mellom de ulike sengepostene.

*«På det halv fire møtet så får vi ofte melding om en eller to som skal opp fra mottak i løpet av kvelden. (...). Vi ser hva som er av plass, også hender det seg vi må overflytte noen pasienter som er ferdigbehandlet. På møtet planlegger vi hvor det er larest å*

*legge pasienten i forhold til diagnose, også gjør vi klart til de. Hvis det er noen plasser det er veldig travelt så prøver vi å skjerme de litt.» (Sykepleier 3)*

Observasjonen ga oss et videre innblikk i den praktiske gjennomføringen av samarbeidet på planleggingsmøtene. I forkant av planleggingsmøtene, på morgen og ettermiddag, hadde avdelingssjefen skrevet ut en oversikt over belegget på hele sykehuset, og sjekket akuttdatabasen som viser hvilke pasienter som ligger i mottak og trenger sengeplass ved klinikken.

Avdelingssjefen startet begge møtene med å gå runden rundt bordet og spørre hver enkelt representant om hvordan situasjonen var ved deres enhet. Deltakerne svarte fortløpende på spørsmålene: hvor mange ledige plasser har dere? Hvor mange pasienter får dere inn? Hvor mange pasienter forventer dere å kunne skrive ut i dag? Kan noen av pasientene deres flyttes for å frigjøre plass om det er nødvendig? Deltakerne satt fremoverlent med albue på bordet, og øynene deres fulgte med på avdelingssjefen under møtet. Kommunikasjonen var formell og rett på sak. Det hele foregikk svært raskt for en utenforstående. Etter alle seksjonslederne og stjernesykepleierne hadde lagt fram situasjonen på de ulike enhetene oppsummerte avdelingssjefen samlet overlegg for klinikken på daværende tidspunkt.

Sykefravær ved en av sengepostene ble et tema på morgenmøtet. Da avdelingssjefen spurte om det var noen av enhetene som hadde behov for hjelp i løpet av dagen sa stjernesykepleier ved sengepost A at en av sykepleierne hadde blitt syk. De hadde klart å løse problemet på dagvakt, men kunne ha behov for hjelp på ettermiddagsskiftet. En mulig løsning som ble tatt opp var å se om noen hadde meldt inn ønske om kveldsvakt i frie-timer-databasen.

Da vi kom tilbake for å observere på ettermiddagsmøtet hadde de funnet en løsning for sengepost A som hadde en sykepleier for lite på ettermiddagsvakt. En sykepleier fra en annen enhet på klinikken kunne være på den sengeposten det skiftet. Da ble det totalt tolv på jobb ved klinikken på ettermiddagen i stedet for tretten som det opprinnelig skulle vært. De løste derfor bemanningsmangelen ved én av sengeposten ved å låne en sykepleier fra en annen enhet i klinikken. På ettermiddagsmøtet fikk stjernesykepleierne beskjed fra avdelingssjefen om situasjonen og ble bedt om å kontakte enheten med mindre bemanning for å høre om de trengte hjelp med noe i løpet av vakt.

På ettermiddagsmøtet dukket det også opp en annen utfordring. Avdelingssjefen gikk den vanlige runden rundt bordet og spurte hvordan situasjonen var ved de ulike enhetene. Totalt sett hadde klinikken tre ledige sengeplasser. Avdelingssjefen betraktet dette som et problem da de forventet flere innreiser enn det i løpet av ettermiddagen og kvelden. For å øke antall ledige plasser spurte avdelingssjefen: «kan vi flytte noen pasienter til x-klinikken?» (en annen klinikk ved sykehuset). Stjernesykepleier fra sengepost C fortalte at de hadde flere kategori 1 pasienter (relativt enkle pasienter) som muligens kunne flyttes. Avdelingssjefen ringte x-klinikken og spurte om det var mulig å flytte over i hvert fall én pasient til deres klinikk. X-klinikken svarte at de hadde kapasitet til å ta imot to pasienter.

Begge planleggingsmøtene vi fikk observere ble avsluttet med at avdelingssjefen ønsket alle sammen en god vakt. Etter møtet gikk representantene direkte tilbake til sin avdeling.

Planleggingsmøtene har blitt så innarbeidet som en del av praksisen på klinikken at de går sin gang uavhengig om seksjonslederne er til stedet eller ikke. Alle sykepleierne får prøvd seg i rollen som stjernesykepleier på tur og får dermed bedre innsikt i koordineringen og samarbeidet som foregår på tvers av sengepostene i sykehuset. Avdelingssjefen mener at planleggingsmøtene har hjulpet de ansatte med å se fordelene av å samarbeide:

*«Planleggingsmøtene har bidratt til at de ansatte ser behovet for å jobbe sammen, og at det gir både faglige og sosiale gevinster.» (Avdelingssjef)*

Avdelingssjefen sin holdning til samarbeid ser også ut til å være gjennomgående hos flere av informantene, og på alle organisatoriske nivå:

*«Samarbeid er helt avgjørende for å få arbeidshverdagen til å gå opp.»*  
(Seksjonsleder C)

*«Jeg vil ikke si at det bare er viktig, det er en forutsetning for at klinikken skal kunne driftes på en effektiv måte.» (Sykepleier 1)*

### ***Koordinering mellom planleggingsmøtene***

Hovedandelen av pasientene ved sykehuset klassifiseres under det som kalles for ø-hjelp (øyeblikkelig hjelp), som medfører at all informasjon ikke er tilgjengelig på

planleggingsmøtene. Dersom det skulle skje noe uforutsett i løpet av skiftet kontakter seksjonslederne, eller eventuelt stjernesykepleierne, hverandre per telefon. Den driftsansvarlige, enten det er seksjonsleder eller stjernesykepleier, har alltid med seg det de kaller for «calling». Dette er en telefon, som brukes for å holde kontakten med de andre postene, mottak og pasientkoordinator på sykehuset.

På observasjonsdagen fikk vi anledning til å snakke med de som hadde hatt driftsansvar for sengepostene i løpet av dagvaktene. Hensikten var å belyse den kontakten de hadde hatt med hverandre mellom planleggingsmøtene. De fortalte at det hadde vært kontakt på kryss og tvers mellom mottak, intensivavdelingen, beleggskoordinator og sengepostene i løpet av vaktene. Det var tydelig at kontakten mellom de ulike enhetene i sykehuset strekker seg langt utover de enkelte sengepostene.

### ***Budsjett***

Avdelingssjefen har et totalbudsjett som gjelder for hele sykepleiertjenesten på klinikken. Det er hun som står ansvarlig for at seksjonslederne underlagt hennes enhet holder seg innenfor de økonomiske rammene.

Seksjonslederne skal sørge for at grunnbemanningen ved sengepostene er i orden til enhver tid, og de må forholde seg til budsjettet når beslutninger omkring bemanning skal fattes. Seksjonslederen har månedlige møter med økonomiansvarlig og avdelingssjefen, hvor de samlet vurderer budsjettet til hver sengepost med hensyn på lønn og innleie. Avdelingssjefen mener dette er med på å sikre at seksjonslederne forstår tallene de opererer med. Dersom en sengepost har behov for ekstra innleie over en gitt periode så vil lønnskostnadene for den aktuelle sengeposten øke. Seksjonslederne må kunne gjøre rede for beslutningene de har tatt for sin sengepost, men totalbildet på hele klinikken tas med i betraktningen. Seksjonsleder B beskriver det på denne måten:

*«Alle har egne budsjetter, men vi må uansett se på det totale. Noen går i pluss, noen går i minus, men totalt sett ser vi det samlet.» (Seksjonsleder B)*

Det at budsjett hovedsakelig er et lederansvar, kommer også tydelig frem i intervjuene med sykepleierne. Sykepleierne opplever ikke at økonomiske beslutninger har en stor innvirkning



på deres arbeidshverdag. For dem er det viktig at økonomien ikke legger begrensninger på tjenestene som ytes. En av sykepleierne beskriver det slik:

*«For oss på gulvet så bryr vi oss ganske lite om det økonomiske, vi tenker på pasienten. (...) vi kan fint si ifra til sjefene våre at vi må ha mer bemanning for å ta godt vare på pasienten.»* (Sykepleier 3)

Ifølge avdelingssjefen har samarbeid innad i klinikken gitt klare økonomiske fordeler. Av et budsjett på nærmere 143 millioner ble resultatet minus 700 000 i perioden 2014 til 2015. I samme periode økte avdelingsoppholdet med 1%.

Det er ikke alt som kan planlegges på forhånd i et sykehus, mye kan skje i løpet av en arbeidsdag. Dersom pleietyngden blir større enn forventet eller det blir sykdom, så kan det føre til at de ansatte ikke har mulighet til å få gjort alle arbeidsoppgavene sine. Det vil si at den med driftsansvar står ansvarlig for å løse problemer som oppstår.

*«Hvis det er sykdomsfravær så må jeg vurdere om vi må leie inn noen. Eller har vi noen som kan hjelpe til eller gå over fra en annen enhet?»* (Seksjonsleder C)

På observasjonsdagen fikk vi være vitne til et konkret eksempel på hvordan samarbeid innad i klinikken sparer kostnader. På planleggingsmøtet kom det frem at det var sykdom. Problemet ble løst ved at en sykepleier fra en annen enhet ved klinikken gikk over til sengepost A. Som tidligere nevnt førte dette til at de gikk tolv i stedet for tretten på ettermiddagsskiftet, fordelt på hele klinikken. Avdelingssjefen beregnet at dersom de skulle leid inn en annen sykepleier for å ta vekten hadde det kostet klinikken 3200 kr. Hvis de måtte ha leid inn en sykepleier som ville fått overtidsbetaling, hadde prislappen kommet på 4300 kr.

### ***Frie timer og jobbrotasjon***

Deltidsstillinger og vikariater er vanlig innenfor helsesektoren, så det er ikke alle som får jobbet den mengden de ønsker. Klinikken har satt i verk et tiltak, kalt «frie timer» for å tilby ansatte ønsket stillingsandel og fleksibilitet i arbeidstiden. Det er flere ansatte som ikke har en 100% stilling ved klinikken, og de har mulighet til å få den resterende stillingsprosenten sin i frie timer. Ansatte setter seg opp på de vaktene de ønsker seg, og det hjelper dem med å fylle opp til en 100% stilling i løpet av en tremånedersperiode. De ansatte kan ønske seg vakter ved

ulike sengeposter, ikke bare der de har fast ansettelse. Avdelingssjefen mener at dette medfører fordeler for både klinikken og de ansatte:

*«Dette fører til at de ansatte kan ta vakter på andre enheter på klinikken. (...) en vinn-vinn situasjon for alle parter. Vi får beholde kompetansen, og er sikre på at den faglige utførelsen er slik som vi forventer. De ansatte får ønsket stillingsandel, får arbeide i kjent arbeidsmiljø, benyttet sin fagkompetanse og får fleksibilitet i en liten del av sin stilling.»* (Avdelingssjef)

Et annet tiltak som har blitt satt i gang av ledelsen er *jobbrotasjon*. Det ligger en intensjon bak ordningen som er å styrke samarbeidskulturen innad i klinikken. Dette er en frivillig ordning som er tilgjengelig for de ansatte, og går ut på at to sykepleiere fra ulike sengeposter kan bytte arbeidssted i for eksempel én måneds tid. Dette gir sykepleierne innsikt i hverandres hverdag og de lærer å jobbe annerledes.

### ***Ledelsen sin rolle***

Seksjonslederne har ansvar for fag, personal, økonomi og daglig drift ved sin sengepost. I tillegg blir tilretteleggingen av samarbeid ansett som et lederansvar av seksjonslederne.

*«Vi må legge til rette for samarbeidet.»* (Seksjonsleder C)

Sykepleierne støtter opp om at ledelsen sitter med et særskilt ansvar for tilrettelegging av samarbeid på tvers av sengepostene. Det å ha en god innstilling til samarbeid og selve gjennomføring av samarbeidet blir ansett som et felles ansvar blant informantene. En sykepleier sier følgende om ansvar for samarbeid mellom sengepostene:

*«Du kan godt si at det starter med ledelsen. At ledelsen må ha noen kjerneverdier for hvordan man skal drifte en avdeling. (...) men det er alle sammen sitt ansvar, vi må etterleve det. Det er vi som jobber på gulvet som må bruke det i praksis i hverdagen.»*  
(Sykepleier 1)

For å skape en arbeidsplass med samarbeid om arbeidsoppgavene, ser ledelsen det som sitt ansvar å være gode rollemodeller for sine ansatte. De forsøker å gå foran som forbilder, slik at sykepleierne også skal syns at det er positivt å gå over og hjelpe til der det trengs. Det skapes

slik en felles forståelse for hvilken betydning dette samarbeidet har. En sykepleier uttrykte at seksjonslederen hennes var et forbilde for samarbeid og behjelpelighet ved å alltid være behjelpelig selv. Hun mente at seksjonslederen viste sykepleierne hvordan han ønsket at kolleger innad i sengeposten, og på tvers av sengeposter, skal behandle hverandre.

Ledelsens overordnede ansvar for klinikken som helhet og samarbeidet som trengs for å få det til å fungere har spesielt blitt forsterket av ett tiltak igangsatt av avdelingssjefen.

Avdelingssjefen har fått innlagt *helgejobbing* i ledergruppen sin turnus. Lederne uttrykker den positive effekten dette tiltaket har ført med seg:

*«Jeg må være en synlig leder. Når de ser at vi lederne er med å drar lasset sammen med de ansatte, så er det også en selvfølge at de skal hjelpe hverandre i hverdagen. Hvis noen trenger hjelp til å re opp en seng så kan jeg gjøre det. Trenger noen at jeg skal hjelpe til på kjøkkenet og lage mat, så gjør jeg det.»* (Avdelingssjef)

*«Vi kan hjelpe til med stell, re senger og vi kan legge folk. (...) vi er med og drar lasset. Lederne er tilstede og hjelper til med alt. På helg er det jeg som har det overordnede ansvaret for klinikken.»* (Seksjonsleder B)

Den lederen som har helgevakt sitter med det overordnede lederansvaret. I tillegg hjelper de til der det trengs. På denne klinikken er lederne mottakelig for å ta vanlige sykepleiervakter om det er vanskelig å få tak i personale.

Sykepleierne sitter også med inntrykket av at lederne tar del i arbeidet, og at det bidrar til å skape en «vi»-kultur på klinikken:

*«Det er ikke bare sykepleierne og hjelpepleierne som er på jobb. Lederne våre, inkludert avdelingsleder jobber i helgene. De drar lasset sammen med oss, og bidrar til «vi»-følelsen.»* (Sykepleier 2)

### **Hjelpekultur og fellesskap**

Klinikken er preget av en sterk hjelpekultur ifølge samtlige informanter. Det er et fokus på likheter blant de ansatte ved sengepostene fremfor ulikheter, noe som også understøttes av kleskoden deres. Alle informantene var kledd i de samme hvite draktene uavhengig av

organisatorisk nivå. Ved hjelp av felles mål forenes ansatte på alle organisasjonsnivåer i klinikken, de er der alle av samme grunn – pasienten. Avdelingssjefen er opptatt av å skape et felleskap.

*«Det som er helt grunnleggende for oss som jobber i helsesektoren, er at vi må vite hvorfor vi er her. Vi er her ene og alene fordi pasientene trenger behandling, pleie og omsorg. Og da er de ingen som kan si at dem ikke kan gå og hjelpe til på andre enheter hvis pasienten trenger det.» (Avdelingssjef)*

Avdelingssjefen uttrykker at denne hjelpekulturen nå har vokst seg så sterk at sykepleiere som har det rolig på sin vakt, kan ringe rundt til de andre enhetene for å spørre om de har behov for hjelp. Sykepleierne går vanligvis ikke over til en annen sengepost for en hel vakt, men hjelper heller til med enkeltoppgaver for å avlaste. Sykepleierne sier at de opplever at alle har en positiv holdning til å hjelpe hverandre, både innad på sengeposten og mellom sengepostene.

*«Alle er positive og skjønner at det er slik vi må gjøre det. Vi har to tun på min sengepost og der hjelpes vi til. Det er ikke noe verre å viderebringe det til rundt hjørnet eller over gangen.» (Sykepleier 2)*

Hva informantene legger i begrepet «vi som jobber her» gir en indikasjon på hvor de plasserer de organisatoriske grensene. Klinikken ser ut til å være preget av en «vi»-følelse ut ifra informantenes beskrivelser.

*«Mine kolleger er på klinikken. Alle sykepleiere, hjelpepleiere, ledere, leger og fysioterapeuter er mine kolleger.» (Sykepleier 2)*

*«Jeg syns alle sammen som jobber på sykehuset er mine kolleger. Om dem er leger, sykepleiere, hjelpepleiere eller vaskehjelp har ikke noe å si. Vi jobber alle sammen på det samme bruket, og mot det samme målet. (...). Så jeg ser på alle som mine kolleger, men det er klart at det blir tettere kollegabånd med de jeg jobber tettere med. De på min sengepost er jo mine hverdagskolleger.» (Sykepleier 1)*

Flere av sykepleierne trekker et skille mellom sine nærmeste kolleger og kolleger på generell basis. I første gruppen inngår ansatte ved den samme sengeposten, mens den andre gruppen omfatter ulikt fagpersonell ved hele sykehuset.

### ***Sosiale sammenkomster***

En viktig forutsetning for å kunne få til et samarbeid innad i klinikken er at sykepleierne forstår, respekterer og hjelper hverandre når behovet er der. Sykepleierne uttrykker at samarbeidet innad i klinikken nettopp fungerer så godt som det gjør fordi de ansatte gjør ting sammen på fritiden. Det arrangeres sosiale sammenkomster både i regi av klinikken og på eget initiativ fra de ansatte.

Avdelingssjefen iverksatte felles *julebord* og *sommerfest* for hele klinikken fra og med 2010. Det utnevnes en komité med ansatte fra ulike enheter for å planlegge festene. De sosiale arrangementene som er for hele klinikken bidrar til å skape sosiale tilknytninger mellom sykepleiere fra forskjellige sengeposter ifølge avdelingssjefen.

Noen av sammenkomstene planlegges av sykepleierne, slik som *hytteturer*, *grilling* og *lønningspils*. Lønningspils arrangeres av de enkelte sengepostene, men ansatte fra andre sengeposter er invitert til å være med. Nylig tok ansatte ved sengepost B initiativ til en skitur til Åre, og da ble hele klinikken invitert til å delta. I tillegg gjør de små ting i arbeidshverdagen, som å arrangere en felles grilling når det er meldt finvær. Samtlige informanter mener at disse tiltakene er med på å skape en «vi»-følelse som klinikken er veldig opptatt av.

### ***Stor arbeidsmengde***

Sosiale sammenkomster styrker samholdet i klinikken og det kan gjøre det enklere å spørre om hjelp når det trengs. Noen arbeidsvakter er mer hektiske enn andre, og da syns sykepleierne at det kan være godt å få hjelp fra en annen sengepost.

*«Hvis jeg ser at mengden arbeid overstiger det jeg ser jeg kan klare å gape over, og jeg ser at det blir vanskelig å få hjelp av egne kolleger på min sengepost, da ringer jeg og ber om hjelp.» (Sykepleier 1)*

Det er stor enighet blant informantene om at den som spør etter hjelp blir møtt med imøtekommenhet og får den hjelpen de trenger. Seksjonsleder fra sengepost B mener at noen dager er så hektiske at det dessverre kan bli glemt i alt kaoset. Sykepleierne oppmuntres likevel til å spørre om hjelp når de ikke føler seg i stand til å løse den foreliggende oppgaven.

Sykepleierne er av den oppfatning at det å spørre om hjelp er en nødvendighet når arbeidsmengden blir stor. Samtidig bemerker de et forbedringspotensiale når det kommer til det å innse og innrømme at de trenger hjelp. Flere av informantene uttrykker at terskelen for å spørre om hjelp er knyttet til både stolthet for arbeidet og pasientenes behov. Det resulterer i at de syns det er lettere å tilby hjelp til andre enn å spørre etter hjelp selv:

*«Jeg tror vi er flinkere til å tilby hjelp enn å spørre om hjelp selv. (...). Du skal jo fikse jobben din, så det er litt terskel for å ringe og spørre om å få hjelp selv om du vet at de kan hjelpe til. Litt greit om man får til å snu det selv også. (...). Litt stress det takler vi bare, men hvis du ser at det begynner å gå utover pasientene da ringer vi. (...) hvis du ser at du ikke har mulighet til å rekke over alt mens du er på jobb eller at viktige prosedyrer må utsettes, da ringer du og spør om noen kan hjelpe til. Det er ofte ikke så veldig mye man trenger av hjelp heller, før det stabiliserer seg. (...) Jeg oppfatter det som at de andre jeg jobber med også har den samme oppfatningen.» (Sykepleier 3)*

#### **4.2.3 Evaluering og tilbakemelding**

Klinikken gjennomfører en anonym arbeidsmiljøundersøkelse én gang i året. En av seksjonslederne trekker frem et viktig funn som ble avdekket ved forrige arbeidsundersøkelse:

*«Arbeidsmiljøundersøkelsen i fjor viste at de ansatte ønsket mer tilbakemelding. Den viktigste formen for tilbakemelding få du fra de som jobber tett innpå deg.»*

(Seksjonsleder C)

Ledergruppen har mye kontakt seg imellom for å kunne drive klinikken som helhet. Dette skaper er plattform for å kunne gi hverandre råd, støtte og tilbakemeldinger. Seksjonslederne opplever stort utbytte av fellesskapet innad i gruppen. Ledergruppen er i tillegg opptatt av at sykepleierne skal gi hverandre tilbakemeldinger når de har fått hjelp fra en annen sengepost.

Avdelingssjefen, seksjonslederne og sykepleierne er enige om hvordan personalet skal behandle hverandre når de mottar hjelp fra andre sengeposter. Den som kommer over for å hjelpe til skal bli tatt imot på en imøtekommende måte. Det skal være klart på forhånd hvilke oppgaver de trenger hjelp til, slik at sykepleieren som kommer vet nøyaktig hva han eller hun skal gjøre. Det er også viktig for dem at det takkes for hjelpen som har blitt gitt.

*«Hvis det kommer en som hjelper oss så er vi flinke til å si i fra at vi setter utrolig stor pris på å få hjelp og sørger for at de blir tatt godt i vare på når de er her.»*

(Seksjonsleder C).

Praksisen med å vise takknemlighet for mottatt hjelp har blitt så vanlig for de ansatte at de betrakter det som vanlig folkeskikk. Det å ikke skulle hjelpe til når andre har behov for hjelp er helt utenkelig for informantene.

*«Det handler om vanlig folkeskikk. Vi skal si tusen takk for hjelpen, eller godt jobbet.*

*På lik linje som at du sier hade bra når du går hjem for dagen.»* (Sykepleier 2)

Når en sykepleier har gått over for å hjelpe til ved en annen sengepost kan det også bli et tema i ettertid, på planleggingsmøtene eller andre settinger hvor ledergruppen møtes.

Tilbakemeldinger og ros som blir gitt på disse møtene viderebringes til sykepleieren som hjalp til ved en annen enhet. Seksjonslederne snakker sammen om hjelpen som har blitt gitt mellom sengepostene; på den måten sikrer de at samarbeidet som har skjedd blir satt fokus på.

### **4.3 Oppsummering av empiriske funn**

Nedenfor presenterer hovedfunnene i denne studien. Funnene utgjør den videre strukturen for analysen i neste kapittel.

Funn 1: Det er et mangfold av styringsmekanismer som påvirker samarbeidet mellom sengepostene i klinikken.

Funn 2: Styringsmekanismene henger sammen og har en gjensidig påvirkning på hverandre.

Funn 3: Ledelsen bruker styringsmekanismene interaktivt for å fremme samarbeid mellom sengepostene.

Funn 4: Ulike styringsmekanismer, bruken av styringsmekanismene og den gjensidige innvirkningen de har på hverandre bygger en kultur som fremmer samarbeid.

Metodiske funn: Observasjon avdekket ny informasjon; det eksisterer også et samarbeid på tvers av klinikkene.



## 5. Analyse

Hovedfunnene som ble avdekket i empirien vil i dette kapittelet analyseres opp mot det teoretiske rammeverket. Det gir oss grunnlag for å kunne svare på forskningsspørsmålene og problemstillingen vår. Problemstillingen var som følger: *hvilke styringsmekanismer benyttes for å skape et samarbeid mellom sengeposter?*

De empiriske funnene gir svar på forskningsspørsmålene som ble stilt i innledningskapitlet. Studien ga oss imidlertid to empiriske funn som vi mener besvarer det første forskningsspørsmålet: «Hvilke styringsmekanismer eksisterer?». For å kunne gi en mer oversiktlig presentasjon har vi valgt å presentere de to første funnene separat. Det tredje empiriske funnet gir svar på forskningsspørsmål nummer to: «Hvordan bruker ledelsen styringsmekanismene?». Forskningsspørsmål nummer tre: «Hvordan skapes et samarbeid mellom sengepostene?», besvares ut i fra det fjerde empiriske funnet.

### 5.1 Det er et mangfold av styringsmekanismer

Et av de viktigste funnene i denne studien er at vi kan identifisere flere styringsmekanismer, som sammen utgjør klinikkens styringssystem. Mangfoldet av styringsmekanismer gjør at alle de ulike fasene i styringssirkelen imøtekommes. Klinikken oppnår dermed en helhetlig styring da det er mekanismer som trekker mot samarbeid både i mål-, planleggings-, handlings- og evalueringsfasen.

I tabellen nedenfor oppsummerer vi de mest sentrale mekanismene som ble identifisert gjennom studien. Styringsmekanismene har blitt kategorisert under administrativ styring og sosial styring i henhold til teorikapitlets inndeling.

	<b>Styringsmekanismer</b>
<b>Administrativ styring</b>	Opplæring av nyansatte Hospiteringsdager Frie timer Jobbrotasjon Planleggingsmøter Stjernesykepleier Temadager Ledergruppen jobber helgevakter Totalbudsjett Julebord og sommerfest (sosialiseringsprosesser)
<b>Sosial styring (og selvstyring)</b>	Felles kultur og trossystem Pasienten i sentrum (kjerneverdi) Hytteturer, grilling og lønningspils Kleskode - hvite drakter Tilbakemelding på atferd

Tabell 3: Ulike styringsmekanismer

Vi vil gi en nærmere forklaring av koblingen mellom type styring og de ulike styringsmekanismene nedenfor, men først vil vi redegjøre kort for tabellen og plasseringen av enkelte styringsmekanismer. Styringsmekanismer som stammer fra sosial styring og selvstyring presenteres samlet da de henger svært tett sammen med hverandre. I tillegg er noen av de styringsmekanismene som sykepleierne benytter seg av plassert under administrativ styring. Det skyldes at det er mekanismer som er iverksatt av avdelingssjefen eller ledergruppen. Til slutt er budsjettansvar et krav fra sykehusledelsen, men plasseres som administrativ styring siden det er en del av ledergruppens ansvarsområde.

### **5.1.1 Administrative styringsmekanismer**

Administrativ styring kan betraktes som et ledelsesverktøy som er egnet til å påvirke de ansattes handlinger (Malmi & Brown, 2008), og vi har identifisert en rekke ulike mekanismer i klinikken som gjør nettopp det. Det at klinikken befinner seg i samme etasje og at en sykepleier ble satt til å lede de andre sykepleierne i 2010 har vært grunnleggende

forutsetninger som har banet vei for andre tiltak fra ledelsen. Malmi og Brown (2008) sier at styringsstrukturen består av de formelle linjer av ansvar og myndighet som er fordelt i organisasjonen, og det er tydelig i empirien at avdelingssjefens myndighet har fått gjennomslag i klinikken. Hopwood (1976) viser til *opplæring av personell* som en administrativ styringsmekanisme, som er med på å forme ansattes tankesett og atferd. De ansatte påvirkes helt fra starten av ved hjelp av opplæringsprotokoller og *hospiteringsdager* hvor den helhetlige klinikken innprentes. Videre er det innført både *frie timer* og *jobbrotasjon*, hvor intensjonen er å få sykepleierne til å ta vakter ved andre enheter i klinikken. Tiltakene er ikke pålagt, men er heller et tilbud til de som ønsker mer fleksibilitet med hensyn på hvor de kan jobbe.

Hopwood (1976) plasserer møtevirksomhet under administrativ styring, og Malmi og Browns (2008) beskrivelse av handlingsplan som er knyttet til umiddelbar fremtid treffer godt med funksjonen til *planleggingsmøtene*. Planleggingsmøtene utgjør en arena for daglig koordinering som er sentralt for å skape samarbeid mellom enhetene i klinikken. Viktigheten av denne arenaen ble påpekt under intervjuene og videre konstatert gjennom observasjon. Sykepleierne blir invitert til å delta på møtene gjennom den rullende rollen som *stjernesykepleier*, slik at de også kan se behovet og nytten av samarbeidet. *Temadager* er et annen felles møtepunkt for de ansatte som er med på å skape horisontale relasjoner mellom sykepleierne. Det sosiale nettverket sykepleierne skaper seg gjennom møte med andre, øker sannsynligheten for å ta kontakt når det er behov for hjelp.

Avdelingssjefens innføring av *helgejobbing* for lederne har gitt ledergruppen bedre innsikt i den operative driften ved de ulike enhetene, samt gitt dem mulighet til å bli bedre kjent med de ansatte. Ledergruppen er også underlagt et *budsjettansvar*. Ifølge Malmi og Brown (2008) er budsjett en styringsmekanisme som er ment å gi brukerne bedre beslutningsgrunnlag. Det at budsjettet vurderes totalt ved denne klinikken bidrar til at seksjonslederne er mer villig til å samarbeide om kostnadene og tar bedre beslutninger for klinikken som en helhet.

Avdelingssjefen har tatt initiativ til både felles *julebord* og *sommerfest* for klinikken, for å skape et fellesskap på tvers av sengepostene. Når ledelsen har et ønske om å skape en felles kultur slik som er tilfellet ved denne klinikken så mener Carlsson-Wall et al. (2011) at det er en form for administrativ styring. Igangsetting av slike sosialiseringprosesser er en av flere måter lederne kan skape bedre prestasjoner for organisasjonen (Hopwood, 1976). Malmi og

Brown (2008) sier at sosialiseringsprosesser som inspirerer til et sett med verdier kan danne klaner innad i organisasjoner. På den måten kan julebord og sommerfest forene de ulike sengepostene til en samlet klinikk.

### **5.1.2 Sosiale styringsmekanismer**

Hopwood (1976) sier at sosial styring oppstår når medlemmer av en gruppe har et felles sett med normer, og disse normene kan blant annet være knyttet til gjensidig hjelp. Informantene anser samarbeid som en forutsetning for å kunne drive klinikken, og det kan dermed betraktes som en norm. Ifølge Malmi og Brown (2008) er verdier, normer og tro med på å danne organisasjonens kultur. Ut ifra empirien kan det se ut til at klinikken har utviklet en *felles kultur*. Alle informantene er klare i sine prioriteringer; uttrykket «*pasientens beste*» fremsto nærmest som et mantra hos samtlige informanter, noe som også har lagt sitt preg på empirikapitlet. Pasientens beste er helt klart en kjerneverdi i klinikken, og de ansatte har et felles *trossystem* som skaper engasjement rundt pasientenes velbefinnende. Fokuset rundt pasienten er så tydelig hos informantene at det ser ut til å være koblet opp til deres personlige verdier og tilnærming til rollen som en profesjonell. Det er integrert i de ansatte på en slik måte at det faller innunder Hopwoods' (1976) beskrivelse av selvstyring.

Sykepleierne får anledning til å møte ansatte fra andre sengeposter når de deltar på julebord og sommerfest. Det arrangeres samtidig sosiale aktiviteter ved klinikken som ikke er i regi av ledelsen. Eksempler på slike sosiale sammenkomster er *hytteturer*, *grilling* og *lønningspils*. Det kan se ut til at det har oppstått en slags samarbeidskultur innad i klinikken da alle inviteres til å delta. Hermansen et al. (2004) beskriver samarbeidskulturer som spontane, uforutsigbare og frivillige. Når ledelsen ikke står for initiativet så vil det eventuelle presset om å delta stamme fra andre ansatte og kan betraktes som sosial styring. Ifølge Hopwood (1976) er den sosiale styringen vel så effektiv som tiltak fra ledelsen. Slike uformelle samlinger er med på å bryte ned grensene mellom sengepostene, og bidrar dermed til at sykepleierne kan se ansatte fra andre sengeposter som sine kolleger. Sykepleierne mener de sosiale arrangementene er med på å gjøre samarbeidet mellom sengepostene enklere.

Informantene er mer opptatt av likhetene mellom sengepostene enn forskjellene. Malmi og Brown (2008) sier at symbolbasert styring omhandler organisasjonens synlige uttrykk, og en *kleskode* kan både være med på utvise profesjonalitet samtidig som den skaper en kultur. Både avdelingssjefen, seksjonslederne og sykepleierne går med de samme hvite draktene.

Hvite arbeidsantrekk er vanlig i et sykehus, men det kan også være med på å skape en følelse av likeverd og fellesskap blant de ansatte.

Brudd på normene som har blitt etablert på arbeidsplassen vil føre til *tilbakemeldinger* fra medarbeidere (Hopwood, 1976). Empirien viste at det er helt utenkelig at noen skulle motsette seg å hjelpe til. Å hjelpe medarbeidere blir ansett som en del av jobben deres og er dermed tydelig inkorporert i normene.

## **5.2 Styringsmekanismene henger sammen og har en gjensidig påvirkning på hverandre**

Styringsmekanismene kan ikke betraktes som isolerte og statiske. Administrativ styring, sosial styring og selvstyring påvirker hverandre slik pilene i figur 1 viser (Hopwood, 1976). Dette poenget ligger også sentralt hos Malmi og Brown (2008), hvor enhetene i et styringssystem må ses på som en helhet. Empirien viser en klar sammenheng mellom de ulike styringsmekanismene som preger klinikken vi har studert ved St. Olavs Hospital. I mange styringssituasjoner benyttes flere mekanismer samtidig, da de støtter opp og forsterker hverandre (Malmi & Brown, 2008).

Noen av styringsmekanismene får sterkere effekt når de virker sammen med de andre styringsmekanismene. Et eksempel på dette er hvordan *nyansatte får opplæring* som bidrar til en fellesskapsfølelse og hjelpekultur på sikt. Det blir tydelig presisert at selv om de ansettes ved sengeposten så jobber de for klinikken, så en «vi-på-klinikken» holdning blir etablert tidlig hos de ansatte. Denne følelsen forsterkes videre av de som har jobbet lenge på klinikken siden «vi»-holdningen har blitt integrert i deres *trossystem*. Både sosial styring og selvstyring opprettholder et tankesett som opprinnelig ble initiert av ledelsen. På den måten legger administrativ styring føringer for kulturen i organisasjonen, samtidig som kulturen er med på å forsterke budskapet om en helhetlig klinikk.

Beslutninger knyttet til budsjett har innvirkning på alle ansatte, men forventningene om budsjettoverholdelse er spesielt rettet mot ledelsen. Selv om hver sengepost med tilhørende seksjonsleder blir vurdert individuelt med hensyn på budsjettoppfølging, så ligger hovedfokuset på et *helhetlig økonomisk bilde* av klinikken. Når seksjonslederne prioriterer

totalbudsjettet fremfor eget budsjett, så vil de være tilbøyelig til å dele på ressursene. Samarbeid er gunstig for det totale budsjettet samtidig som det gjør det enklere å imøtekomme pasientenes behov. Lavere forbruk vil også være fordelaktig for pasientene siden flere kan få hjelp til rett tid. For ledelsen vil dermed budsjett og verdiene knyttet til *pasienten i sentrum* være to sider av samme sak. Styringsmekanismene forsterker hverandre og støtter begge opp om samarbeid på tvers av sengepostene. Hopwood (1976) sier at når ulike former for styring trekker i retning av det samme målet, blir den totale mengden styring stor, og det ser ut til å være tilfellet med disse to styringsmekanismene.

Gjennom sitt driftsansvar er det naturlig at både avdelingssjefen og seksjonslederne evner å se fordelene med samarbeid mellom sengepostene. Rollen som *stjernesykepleier* gir en midlertidig utvidelse av sykepleierens ansvarsområde. Stjernesykepleieren må delta på planleggingsmøter og holde kontakten med de andre sengepostene i løpet av skiftet. Det betyr at det er hun som må vurdere om sengeposten hennes trenger hjelp, eller om hun har kapasitet til å hjelpe en annen sengepost som sliter. Skillet mellom «vi» og «de andre» viskes ut når sykepleierne involveres i beslutningsprosessen. Beslutningsmyndigheten er desentralisert, som ifølge Malmi og Brown (2008) ikke er mulig uten at det ligger en *felles kultur* til grunn. Teorien antyder at det allerede må foreligge et felles sett med verdier og normer blant de ansatte hvis funksjonen som stjernesykepleier skal ha noen effekt. På samme tid kan desentraliseringen bidra til at det faktisk skapes en slik kultur, siden sykepleierne gis anledning til å forstå hva som foregår på de andre sengepostene.

Avdelingssjefen har gjennom administrativ styring involvert seg i sosialiseringprosessen og forsøkt å skape et fellesskap ved å arrangere *julebord* og *sommerfester*. Intensjonen er å skape et bånd mellom de ansatte i klinikken, men det ville ikke fungert dersom de ansatte ikke så nytten av det selv. Siden sykepleierne på eget initiativ arrangerer felles *hytteturer*, *grilling* og *lønningspils*, kan det tyde på at avdelingssjefen har lyktes med sosialiseringprosessen. Hopwood (1976) forklarer at den sosiale styringen har større innvirkning på de ansattes atferd enn ledelsens styring. Det at sykepleierne viderefører sosialiseringen på andre arenaer viser at fellesskapet har plantet seg i kulturen. Slike tiltak, uansett om det er administrativ eller sosial styring, er med på å bryte barrierene for å gå over til andre sengeposter for å hjelpe til.

Empirien viser at det eksisterer administrativ styring, sosial styring og selvstyring side-om-side i klinikken. Hopwood (1976) betegner administrativ styring som et ledelsesverktøy,

sosial styring som et gjensidig press mellom ansatte, og selvstyring som indre verdier og tilnærming til rollen som profesjonell. Alle disse formene for styring er på ulikt vis med på å påvirke ansattes handlinger. *Helgevakter* er en styringsmekanisme som kommer fra administrativt hold. Dette tiltaket gir ledelsen anledning til å fungere som rollemodeller for sykepleierne ved at de selv er imøtekommende og inkluderende med ansatte fra ulike sengeposter. Ledergruppen viser i handling hvordan de ønsker at sykepleierne skal opptre. Når ledergruppen deltar i de vanlige arbeidsoppgavene viser de også at alle jobber mot det samme målet. De *hvite uniformene* bidrar til at det er lite som skiller lederne fra sykepleierne når de jobber helgevakter. Samtlige informanter uttrykker en sterk forpliktelse til *pasientene* sine, og når lederne jobber helg blir båndet mellom ledere og sykepleiere forsterket. En av sykepleierne mente at ledelsens helgejobbing bidrar til «vi»-følelsen, og at det er med på å skape fellesskap og kultur. Helgejobbingen og hvite uniformer støtter opp om en helhetlig klinikk hvor samarbeid for pasientens beste er en selvfølge. Det er ganske enkelt uakseptabelt for de ansatte å nekte samarbeid, for da går det på bekostning av pasientene. Sykepleiernes forventninger til hverandre og rollen som profesjonell er i så henseende med på støtte opp om intensjonen bak helgejobbingen. Det at styringsmekanismene fungerer sammen og forsterker hverandre gjør det mulig at en pluss en blir lik tre. Hopwood (1976) poengterer at når det oppstår høy grad av alle former for styring vil ikke de ansatte føle seg styrt, og det ser ut til å være tilfellet ved denne klinikken.

### **5.3 Ledelsen bruker styringsmekanismene interaktivt for å fremme samarbeid mellom sengepostene**

Empirien viser at ledelsen involverer seg aktivt i sykepleiernes arbeid. Avdelingssjefen og seksjonslederne er tilstedeværende i driften ved sengepostene og klinikken generelt. Simons' (2000) beskrivelse av interaktive styringssystemer vektlegger ledernes kontinuerlige interaksjon og dialog med sine medarbeidere. Ledelsen reduserer usikkerhet knyttet til informasjon om den daglige driften ved å holde en åpen kommunikasjon med de ansatte (Simons, 1995a). For å gi lederne et bedre innblikk i dag-til-dag aktivitetene er det innført tiltak og skapt arenaer som kobler de organisatoriske nivåene sammen. To sentrale mekanismer i den sammenheng er avdelingssjefens iverksetting av planleggingsmøter og ledergruppens helgejobbing.

Intensjonen bak *planleggingsmøtene* var å skape en felles arena for kommunikasjon, pasientkoordineringen og samarbeid mellom sengepostene. Intervjuene avdekket at avdelingssjefen hadde en sentral rolle i innføringen av planleggingsmøtene. Møtene gir henne tilgang på informasjon om aktivitetene i klinikken, som bidrar til at hun kan involvere seg i den operative driften. Gjennom observasjonen fikk vi i tillegg se hennes aktive rolle i gjennomføringen av møtene. Det var tydelig at hennes styring og deltakelse på planleggingsmøtene la føringer på de beslutningene som ble tatt. Planleggingsmøter fungerer i den forstand som en styringsmekanisme som her blir brukt interaktivt av avdelingssjefen. Disse planleggingsmøtene blir brukt av avdelingssjefen for å vise seksjonslederne og sykepleierne hvorfor samarbeid mellom sengepostene er viktig. Gjennom møtene gis de innblikk i hvordan situasjonen er ved de andre enhetene. Tiltaket har tydeligvis også fungert siden sykepleierne i dag sier at dette samarbeidet er en forutsetning for å kunne drifte klinikken.

Innføring av *helgejobbing* er et annet klart eksempel på en styringsmekanisme som er innført og blir brukt interaktivt av ledelsen for å involvere seg i driften. Helgejobbing gir avdelingssjefen mulighet til å jobbe på gulvet sammen med sykepleierne. Det gir henne anledning til å vise de ansatte at hun er med og drar lasset, samtidig som hun får førstehåndsinformasjon om den daglige driften. Det vil gi henne et bedre grunnlag til å lede klinikken på en helhetlig måte, og legitimerer hennes styring av planleggingsmøtene. Initiativet om helgejobbing kom opprinnelig fra avdelingssjefen, men angår naturligvis hele ledergruppen. Når seksjonslederne har sin vakthelg får de ansvar for hele sykepleierenheten ved klinikken. Det fordrer en involvering i alle aktiviteter ved klinikken, og ikke bare ved sin egen enhet. Seksjonslederne jobber interaktivt når de har helgevakt, siden de selv deltar i de vanlige arbeidsoppgavene. Som øverste tilstedeværende leder er det forventet at de skal være tilgjengelig og hjelpe til i hele klinikken. Når de beveger seg fra én sengepost til den neste blir det enklere å se behovet for å jobbe sammen for å få driften til å gå rundt.

Avdelingssjefen er selv en *sykepleier som leder andre sykepleiere*, noe som også var et bevisst strategisk grep i omstruktureringsprosessen i 2010. Alle informantene har den samme generelle sykepleierutdanningen i bunnen. Siden lederne snakker samme «språk» som de under seg kan det bidra til å gjøre kommunikasjonen enklere. Det vil gjøre dem i bedre stand til å tilegne seg relevant informasjon både gjennom planleggingsmøtene og helgejobbingen. På den måten kan den felles faglige bakgrunnen hjelpe lederne med å involvere seg interaktivt



i virksomheten. Felles referansepunkt på tvers av nivåer gjør at styringsmekanismer som planleggingsmøter og helgejobbing kan benyttes for å skape et samarbeid mellom sengepostene.

#### **5.4 Ulike styringsmekanismer bygger sammen en kultur for samarbeid**

Ulike administrative og sosiale styringsmekanismer som eksisterer og brukes i klinikken bygger sammen en kultur som fremmer samarbeid. Noen av styringsmekanismene er initiert fra avdelingssjefen eller ledergruppen, mens andre er igangsatt av sykepleierne.

I Malmi og Brown (2008) sitt rammeverk om styringssystemer som en pakke er kulturell styring plassert øverst i figuren siden kulturen griper inn og gjennomsyrrer de andre styringsformene. Vi ser ut ifra empirien at de andre styringsmekanismene er sterkt knyttet sammen med kulturen som eksisterer innenfor klinikken. Kultur er en styringsmekanisme i seg selv, men den er også en del av resultatet som vi sitter igjen med etter at andre styringsmekanismer har satt sitt preg. Empirien viser at de ansatte deler et sett felles verdier knyttet til *pasienten i sentrum*. Sykepleierne og seksjonslederne mener at samarbeid er et viktig virkemiddel for å kunne drifte klinikken og gi pasientene nødvendig behandling. De felles verdiene strekker seg utover hver av sengepostene, og fører til at klinikken har et felles ståsted og jobber mot det samme målet.

I tidligere funn har vi avdekket hvilke styringsmekanismer som finnes i klinikken, sett på hvordan de henger sammen og hvordan de brukes. I dette siste funnet knyttes dette sammen til en helhetlig prosess som handler om å bygge en kultur for samarbeid innad i klinikken. Nedenfor presenterer vi tre faser som vi mener er naturlige å gå gjennom for å danne en kultur som fremmer samarbeid. Hvert av stegene oppnås gjennom ulike styringsmekanismer som er iverksatt av avdelingssjefen, ledergruppen eller sykepleierne. Kulturen støttes dermed opp av mekanismer innenfor både administrativ styring, sosial styring og selvstyring. Det gis en nærmere forklaring av de ulike fasene og tilhørende styringsmekanismer nedenfor tabellen.

Fase	Styringsmekanisme	Initiert av
Fase 1: Danne relasjoner (Skape bekjenskaper, relasjoner og vennskap på tvers av sengeposter)	Hospitering for nyansatte	Ledergruppen
	Temadager	Ledergruppen
	Felles julebord og sommerfest	Avdelingssjefen
Fase 2: Vise nytten av samarbeid (Vise behovet for samarbeid og hvordan det gjennomføres)	Frie timer	Ledergruppen
	Jobbrotasjon	Ledergruppen
	Planleggingsmøter	Avdelingssjefen
	Helgevakter for ledergruppen	Avdelingssjefen
Fase 3: Etablere en felles kultur (Tiltak fra sykepleierne som forsterker «vi»-kulturen og slik forbedrer samarbeidet)	Grilling, hytteturer og lønningspils	Sykepleierne
	Tilbakemelding på atferd	Sykepleierne
	Felles verdier og trossystem (Pasienten i sentrum)	Sykepleierne og ledergruppen

Tabell 4: Hvordan bygge en kultur

Enhetene ved klinikken var delt før ombyggingen av St. Olavs Hospital i 2010. Kulturen var preget av ord som «de» og «oss», noe ledelsen med avdelingssjefen i spissen ville endre på. Ønsket til ledelsen var at det skulle skapes en felles kultur hvor sykepleierne hjelper hverandre og samarbeider om pasientene når det er behov for det. For å kunne skape en samarbeidskultur er det viktig at sykepleierne blir kjent med hverandre på tvers av sengepostene. Avdelingssjefen og ledergruppen iverksatte derfor flere styringsmekanismer for å skape bekjenskaper mellom de ulike enhetene. Samlet utgjør disse tiltakene *fase én* i tabellen.

*Hospitering* er et tiltak fra ledelsen som skal sørge for at alle nyansatte blir kjent med andre sykepleiere på tvers av sengepostene. Gjennom dette tiltaket «tvinges» nyansatte til å sosialisere seg med medarbeidere utenfor egen sengepost, samtidig som de får et innblikk i hvordan det kan være å jobbe andre steder i klinikken. Avdelingssjefen har i tillegg bestemt at det skal arrangeres *felles julebord* og *sommerfest*, som gir sykepleierne mulighet til å bli kjent, både på selve arrangementet og i planleggingsfasen. Siden festene skal planlegges av en

komité med representanter fra de ulike enhetene kan det allerede her bli etablert vennskap mellom sykepleierne. *Temadagene* bidrar til felles kunnskap og kompetanseheving. Tilegning av felles kunnskap kan åpne for diskusjoner rundt temaer som engasjerer de ansatte på arbeidsplassen. Selv om sykepleierne skal inneha den nødvendige kompetansen til å jobbe ved de andre sengepostene, så kan likevel kompetanseheving på temadagene gjøre sykepleierne enda tryggere i arbeidet sitt. På denne måten kan temadagene gjøre det lettere å gå over til en annen sengepost for å hjelpe til. Hospitering, felles julebord, sommerfest og temadager gir sykepleierne anledning til å lære hverandre å kjenne i en mer uformell setting.

Styringsmekanismene i fase én er alle initiert av ledergruppen og det viser deres ønske om å bidra aktivt i de ansattes sosialiseringprosesser. En slik involvering fra ledelsen sin side samsvarer med Hopwoods (1976) plassering av sosialiseringprosesser innunder administrativ styring. Intensjonen er å danne arenaer hvor vennskap og relasjoner på tvers av enheter kan skapes.

*Fase to* handler om å vise sykepleierne hvorfor det er behov for samarbeid mellom sengepostene og hvordan samarbeidet kan gjennomføres i praksis. Derfor har avdelingssjefen og ledergruppen tatt i bruk ulike styringsmekanismer knyttet til sykepleiernes arbeidshverdag som: *frie timer, jobbrotasjon og planleggingsmøter*. Ikke alle som jobber i helsesektoren i dag har fulltidsstillinger, og da kan frie timer være med på å dekke ansattes behov for fleksibilitet. Planleggingsmøtene gjør at sykepleierne selv får prøvd seg på drifts- og koordineringsansvar gjennom stjernefunksjonen. Frie timer, jobbrotasjon og planleggingsmøter gir i tillegg sykepleierne anledning til å se hvordan arbeidshverdagen er ved andre enheter. De tre styringsmekanismene bidrar samlet sett til at sykepleierne kan se behovet for samarbeid, ved å avkrefte gamle myter om at de selv har det mer travelt enn alle de andre.

For å vise de ansatte hvordan samarbeidet foregår benytter ledergruppen seg interaktivt av helgevakter for å involvere seg i driften. Avdelingssjefen og seksjonslederne ønsker å være synlige ledere og vise hvordan sykepleierne kan samarbeide med hverandre. Sykepleierne ser at lederne ikke bare snakker om samarbeidet på et ideelt og abstrakt plan, men tar også del i det selv. Ledernes handlinger fungerer derfor som symboler. Gjennom ledernes helgevakter forsterkes altså verdiene som ligger til grunn i den helhetlige klinikken og sykepleierne ser gevinsten av å samarbeide.

Styringsmekanismene som ble innført i fase én og to sørger for å skape bekjentskaper og viser de ansatte nytten av å samarbeide. Uten slike tiltak fra ledelsen vil det være vanskelig for de på operativt nivå å danne en kultur for samarbeid. På den andre siden så er den sosiale styringen langt sterkere enn den administrative. Det betyr at hvis det ikke hadde oppstått en felles oppslutning blant de ansatte om å samarbeide så ville ikke tiltakene fra ledelsen hatt så stor effekt på kulturen.

*Fase tre* handler derfor om å etablere en felles kultur innad i klinikken som støtter opp om samarbeidet mellom sengepostene. Flere av styringsmekanismene som er sentrale her er iverksatt av sykepleierne. Det er tydelig at sykepleierne setter pris på de felles arrangementene (julebord og sommerfest) som er initiert fra avdelingssjefens side. Dette har ført til at sykepleierne selv arrangerer sosiale sammenkomster, både i arbeidstiden og på fritiden. I løpet av arbeidshverdagen kan sykepleierne ha felles *grilling* for hele klinikken, og på fritiden er det *lønningspils* og *hytteturer* hvor alle er velkomne til å delta. Empirien viser i tillegg at disse sosiale sammenkomstene på fritiden bidrar til å redusere terskelen for å be om hjelp når det trengs.

For å kunne skape en felles kultur for samarbeid som opprettholdes over tid må samarbeidet implementeres i de ansattes *trossystem*. Ifølge Simons (1995b) er ledelsens ønske at medarbeiderne skal adoptere organisasjonens verdier og visjon, og selv handle i tråd med disse. Når alle de ansatte har like verdier vil både atferd og holdninger være mer sammenfallende. Den sterkeste kjerneverdien i denne klinikken er «pasienten i sentrum». Sammenhengen mellom samarbeid på tvers av sengepostene og pasientens beste er åpenlys for informantene, og da er de villige til å gjøre det som trengs for å dekke pasientens behov. Det innebærer at trossystemet styrer sykepleierne til å finne den beste måten å hjelpe pasienten på. Samarbeidskulturen som startet med ledelsens sosialiseringssystemer blir dermed støttet opp av sosial styring og selvstyring, i henhold til Hopwoods (1976) rammeverk. Det foregår sosial styring siden det eksisterer et gjensidig press og forventninger om at de skal samarbeide, både fra ledergruppen og fra andre sykepleiere. Siden sykepleierne også stiller krav til seg selv om å samarbeide, er det en form for selvstyring. Når trossystemet er såpass sterkt som det er i denne klinikken så reduseres behovet for andre former for styring. Det betyr at de andre styringssystemene til Simons ikke blir like nødvendige. Klinikken lykkes i å skape et samarbeid fordi samarbeidet har blitt et mål og en verdi i seg selv. Samarbeidet muliggjør også i den forstand bedre behandling av pasientene. Hvis en sykepleier

ikke forholder seg til trossystemet som eksisterer blant de ansatte så vil hun få *tilbakemelding* på at hun ikke handler i tråd med de sosiale normene.

Videre viser det seg at det foregår samarbeid både vertikalt og horisontalt i klinikken, og det kan se ut til å ha bidratt til en helhetlig implementering av samarbeidet. Denne samarbeidskulturen har derfor påvirket de organisatoriske grensene som omfavner klinikken. Simons (1995a) sitt avgrensningssystem tar opp de begrensningene de ansatte pålegges i arbeidet sitt. Når målet var å få de ansatte til å samarbeid så gikk avdelingssjefen bevisst inn for å plassere organisasjonsgrensene rundt klinikken fremfor de enkelte sengepostene. Ifølge Van der Meer-Kooistra og Scapens (2008) kan interorganisatorisk samarbeid benyttes for å studere relasjonen mellom enheter innenfor samme organisasjon. Hvis hver enkelt sengepost fungerer som en egen liten organisasjon, så blir det vanskelig å skape et samarbeid. Det kan oppstå konkurranse fremfor samarbeid mellom enhetene. Gjennom styringsmekanismene jobber ledelsen for å skape et fellesskap i klinikken. Dette gjøres ikke for å ekskludere andre klinikker i sykehuset, men for å forene enhetene i klinikken. Det bidrar til at sengepostene anser seg selv som en del av en større organisasjon, fremfor flere konkurrerende organisasjoner.

Alle styringsmekanismene vi har trukket frem i dette funnet har sammen bidratt til å skape en felles kultur som fremmer samarbeid. Malmi og Brown (2008) sier at når en organisasjon har en felles kultur, kan ledelsen føle seg trygg på at medarbeiderne vil handle og tenke ut i fra en felles forståelse. Det kan tyde på at dette har skjedd i denne klinikken, spesielt siden sykepleierne har tatt ledergruppens ønsker til seg og gjort det til sitt eget. De første to fasene var iverksatt av ledergruppen, mens i den tredje fasen ser vi hvordan tiltakene har påvirket de ansatte til å skape og forsterke den eksisterende kulturen. Det er først når de ansatte selv ser nytten av samarbeidet og innfører egne tiltak som støtter en samarbeidskultur, at tankesettet virkelig har festet seg i de ansatte og kulturen – det har blitt skapt et samarbeid mellom sengepostene.

## 6. Avslutning

I dette avsluttende kapittelet gir vi en konklusjon på oppgavens problemstilling med utgangspunkt i hovedfunnene fra analysen. Videre reflekterer vi rundt studiens bidrag, før vi avslutningsvis presenterer forslag til videre forskning.

### 6.1 Konklusjon

Hensikten med denne masteroppgaven har vært å oppnå en forståelse for hvordan et samarbeid skapes. Vi formulerte problemstillingen «*hvilke styringsmekanismer benyttes for å skape et samarbeid mellom sengeposter?*» Gjennom intervju og observasjon avdekket vi fire empiriske funn som vi mener besvarer problemstillingen vår.

Hovedfunn én viser at det fins et mangfold av styringsmekanismer innad i klinikken. Styringsmekanismene kan kategoriseres som administrativ styring på den ene siden og sosial styring og selvstyring på den andre siden etter Hopwood sitt rammeverk. Noen av mekanismene er innført av avdelingssjefen og ledergruppen, mens andre er innført av sykepleierne. Videre retter noen av styringsmekanismene seg mot ledergruppens atferd, mens andre skal styre atferden til sykepleierne. De sentrale administrative styringsmekanismene vi oppdaget i klinikken er: *opplæring av personell, hospiteringsdager, frie timer, jobbrotasjon, planleggingsmøter, stjernesykepleier, temadager, totalbudsjett, ledergruppens helgevakter, felles julebord og sommerfester*. De sosiale styringsmekanismene vi identifiserte omfatter *felles kultur og trossystem, pasienten i sentrum, hytteturer, grilling, lønningspils, kleskode og tilbakemelding*. Administrative og sosiale styringsmekanismer bidrar på hver sin måte til utviklingen av et samarbeid mellom sengepostene.

Studiens andre funn er at de ulike styringsmekanismene henger sammen og har en gjensidig innvirkning på hverandre. Hopwood (1976) hevder at når flere styringsmekanismer er rettet mot det samme målet kan den samlede effekten være betydelig. Et av eksemplene vi trakk frem i analysen for å vise denne effekten var *helgevakter for ledergruppen* (administrativ styring), *kleskode* (sosial styring) og *pasienten i sentrum* (sosial styring/selvstyring). Det at lederne deltar i den operative driften og at alle er kledd likt uavhengig av organisatorisk nivå skaper en fellesskapsfølelse. Når både lederne og sykepleierne også deler verdier knyttet til pasientens ivaretagelse blir det lettere å jobbe mot det samme målet. De forsterker og

bekrefter disse verdiene hos hverandre når de interagerer, og det støttes opp av både de administrative og sosiale styringsmekanismene. Hver for seg bidrar styringsmekanismene til samarbeid, men når de jobber sammen kan én pluss én bli lik tre siden de forsterker effekten av hverandre.

Det at avdelingssjefen har brukt noen av de administrative styringsmekanismene interaktivt for å fremme samarbeid utgjør studiens tredje funn. Styringsmekanismene benyttes interaktivt både for å skape samarbeid og for å vise hvordan et samarbeid gjennomføres i praksis. Simons (2000) trekker fram ledernes kontinuerlige interaksjon og dialog som vesentlig for å kunne bruke styringsmekanismer interaktivt. Avdelingssjefen og ledergruppen har gjennom styringsmekanismene *planleggingsmøter* og *helgevakter* involvert seg i det daglige arbeidet til sykepleierne. Funnet blir spesielt tydeliggjort i observasjonen gjennom avdelingssjefens aktive deltakelse og styring av planleggingsmøtene. Avdelingssjefen og ledergruppen bruker planleggingsmøtene interaktivt for å tilegne seg informasjon om klinikkens pasientsituasjon og det skaper en arena for koordinering og samarbeid. Gjennom helgejobbingen blir ledergruppen enda mer delaktige i samarbeidet siden de jobber sammen med sykepleierne på gulvet.

Det fjerde funnet i studien vår belyser sammenhengen mellom samarbeid og kulturen i klinikken. Vi fant ut at kulturen skapes ved hjelp av både de administrative og sosiale styringsmekanismene. Det vil si at de foregående funnene om hvilke styringsmekanismer som eksisterer, innvirkningen de har på hverandre og hvordan de brukes er med på å skape en kultur for samarbeid. I tillegg er flere av de sosiale styringsmekanismene med på å opprettholde og forsterke kulturen. Vi mener at en kultur for samarbeid skapes gjennom tre faser. *Første fase* handler om å danne horisontale relasjoner og å etablere bekjentskaper på tvers av sengepostene. *Fase to* har til hensikt å vise nytten av samarbeid, samt å vise hvordan et samarbeid gjennomføres. Den *tredje fasen* handler om at sykepleierne må tilegne seg samarbeidskulturen og selv være med på å forsterke den.

For å skape en samarbeidskultur må samarbeidet implementeres i de ansattes trossystem. Kultur for samarbeid gjennomsyrrer alle de organisatoriske nivåene i klinikken og sikrer effektiv drift. To av Simons' styringssystemer kommer til syne i det daglige arbeidet i klinikken, og det er gjennom ledelsens interaktive styring og et felles trossystem blant de ansatte. Det faktum at trossystemet er så sterkt i klinikken fører til at det er mindre behov for

de resterende bruksmåtene i Simons' rammeverk. Samtidig kan det se ut til at ledelsen har benyttet seg av en form for avgrensningssystem, for å skape en egen kultur som omfavner kun denne ene klinikken. Samarbeidet som eksisterer mellom sengepostene har blitt integrert i de ansatte og utgjør i dag en del av kulturen.

Utenom de empiriske funnene masteroppgaven ga, avdekket vi også et metodisk funn. Da vi gjennomførte intervjuene gikk vi inn med en forforståelse av hva som ville vært en hensiktsmessig avgrensning av informanter. Vi tok utgangspunkt i det samarbeidet som foregår mellom sengepostene innenfor én klinikk, og hentet alle våre informanter derfra. Gjennom observasjon ble disse grensene utfordret og vi så derfor nye sider ved samarbeidet som vi ikke fant i intervjuene. Det viste seg at samarbeidet strekker seg ut over denne klinikken. Klinikken samarbeider også med andre klinikker for å få pasientlogistikken til å gå opp.

## **6.2 Studiens bidrag**

Vi har et ønske om at denne masteroppgaven skal gi et bidrag til forskningen om hva slags styringsmekanismer som kan eksistere i organisasjoner og hvordan samarbeid skapes. Vi har studert én klinikk ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Det betyr at funnene i denne studien ikke nødvendigvis kan overføres til andre klinikker eller gi svar på hvordan andre klinikker kan skape en tilsvarende samarbeidskultur. En av årsakene til dette er at vi har intervjuet et begrenset antall informanter, slik at det ikke kan utelukkes at noen sentrale aspekter kan ha falt bort. Samtidig er konteksten til denne klinikken spesiell, siden byggingen av nye lokaler ga en unik mulighet til omstrukturering.

Riksrevisjonens rapport forteller at «fire av fem sengeposter med høy arbeidsproduktivitet har samarbeid med andre enheter, mens under halvparten av sengepostene med lav arbeidsproduktivitet har et slikt samarbeid» (Riksrevisjonen, 2015, s. 50). Klinikken vi studerte er en av de som har fått til dette samarbeidet, men de er langt ifra de eneste. Det betyr at de styringsmekanismene som har blitt identifisert ved denne klinikken ikke nødvendigvis er de samme styringsmekanismene som har blitt brukt ved en annen klinikk for å få til et samarbeid.



Et sentralt funn i studien var at styringsmekanismene henger sammen. Det er ikke slik at alle styringsmekanismene vil ha like stor innvirkning på et samarbeid, men sammen med andre styringsmekanismer kan den samlede effekten utgjøre en forskjell. Derfor trengs flere styringsmekanismer som støtter opp om de samme målene.

Dessuten viste studien at samarbeidet må inkorporeres på alle nivåer i virksomheten, det hjelper ikke om ledelsen iverksetter tiltak hvis det ikke følges opp av de som jobber på operativt nivå. Samarbeidet må feste seg i kulturen slik at organisasjonsmedlemmene tar det som en selvfølge. Det å skulle skape en slik kultur for samarbeid vil være en tidkrevende jobb. Vår erfaring tilsier at innsatsen som ble lagt inn i denne klinikken for å skape en samarbeidskultur var verdt det. Det kom frem i informantenes uttrykte trivsel på arbeidsplassen, samtidig som klinikken har redusert kostnadene sammenliknet med andre klinikker. For de som er villig til å legge inn både tid og innsats for å skape en kultur for samarbeid, vil vi påstå at studien vår kan bidra til å belyse konkrete tiltak som kan benyttes for å skape en samarbeidskultur.

### **6.3 Forslag til videre forskning**

I arbeidet med denne masteroppgaven har vi ved flere anledninger kommet over ulike aspekter og innfallsvinkler som kan benyttes for å studere samarbeid i organisasjoner. I vår undersøkelse ble «samarbeidsskaping» studert på bakgrunn av syv intervjuer med informanter fra flere organisatoriske nivåer, samt observasjon av to korte planleggingsmøter på samme dag. Det kunne vært interessant å se hvilke funn andre ville oppdaget dersom de hadde intervjuet flere informanter, og hadde foretatt en mer omfattende observasjon. Observasjonen ga oss stort utbytte, og vi tror derfor at en observasjon over lengre tid kan avdekke ytterlige empiriske funn. Det kunne for eksempel bli foretatt observasjon ved den samme klinikken over en til to uker, hvor observatøren følger sykepleierne, seksjonslederne og avdelingssjefen ved ulike skift.

Vi studerte samarbeid internt i én klinikk. Avdelingssjefen ved denne klinikken er spesiell, siden hun er leder for sykepleiertjenesten ved klinikken. Det er ikke alle klinikkene ved sykehuset som har en slik organisasjonsstruktur. Et videre innblikk i forskjellene mellom vår klinikk og en annen klinikk med en annen struktur kunne gitt en bedre forståelse for hva som

gjør klinikken annerledes. Det ville gjort det mulig å si enda mer om betydningen av lederens rolle i å skape et samarbeid.

Videre består sykehus av mange ulike klinikker som tilbyr forskjellige tjenester. Siden pasientens behov ofte er sammensatt trengs en viss form for kommunikasjon og samarbeid mellom ulike klinikker. Det kunne derfor også vært lærerikt å studere samarbeidet mellom klinikkene, for å avdekke hvordan samarbeid skapes i en slik kontekst.

## Referanseliste

- Anthony, R. N. (1965) *Planning and Control Systems: a Framework for Analyses*. Boston: Division of Research , Harvard University Graduate Business School of Business Administration.
- Anthony, R. N. og Young, D. W. (2003) *Management control in nonprofit organizations*. New York: McGraw-Hill.
- Burch, T., Vanebo, J. O. og Dehlin, E. (2010) *Organisasjon og organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Carlsson-Wall, M., Kraus, K. og Lind, J. (2011) The interdependencies of intra- and inter-organisational controls and work practices - The case of domestic care of the elderly, *Management Accounting Research*, 22, s. 313-329.
- Fallan, L. og Nyland, K. (2013) *Perspektiver på økonomistyring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Halvorsen, K. (2008) *Å forske på samfunnet: En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Haugen, A. (2013) *Historien om St. Olavs Hospital* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://data.stolav.no/no/Om-oss/Historikk/104185/>.
- Helsedirektoratet. (2015) *Nøkkeltall: Norge i et internasjonalt perspektiv* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/nokkeltall/nokkeltall-norge-i-et-internasjonalt-perspektiv> (Hentet: 04.02 2016).
- Hermansen, M., Løw, O. og Petersen, V. (2004) *Kommunikasjon og samarbejde - i profesjonelle relationer*. København: Alinea.
- Hopwood, A. (1976) *Accounting and human behaviour*. New-Jersey: Prentice-Hall.
- Jacobsen, D. I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johannessen, A., Kristoffersen, L. og Tufte, P. A. (2004) *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. og Christoffersen, L. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: abstrakt forlag.
- Johanson, D. og Madsen, D. Ø. (2013) *Økonomisk styring i Norge*, Tilgjengelig fra: <https://www.magma.no/okonomisk-styring-i-norge>.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Malmi, T. og Brown, D. A. (2008) Management control system as a package: opportunities, challenges and research, *Management Accounting Research*, 19, s. 287-300.
- Nyeng, F. (2004) *Vitenskapsteori for økonomer*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Nyeng, F. (2012) *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Pettersen, I. J., Nyland, K., Magnussen, J. og Bjørnenak, T. (2008) *Økonomi og helse* Cappelen Akadmisk Forlag.
- Regjeringen. (2014a) *De regionale helseforetakene* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene/id528110/> (Hentet: 20.01 2016).
- Regjeringen. (2014b) *Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/> (Hentet: 19.04 2016).
- Riksrevisjonen. (2015) Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/StyringPleieressurseneHelseforetakene.aspx>.
- Riksrevisjonen. (2015b) *Store forskjeller i effektiv styring og bruk av pleieressurser ved helseforetakene* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/pressemeldinger/Sider/StyringPleieressurseneHelseforetakene.aspx>.
- Simons, R. (1995a) *Levers of control*. Boston: Harvard University Press.
- Simons, R. (1995b) Control in an age of empowerment, *Harvard business review*.
- Simons, R. (2000) *Performance measurement and control systems for implementing strategy*. New Jersey: Prentice-Hall.
- SSB. (2009) *Helsepersonell - ettertraktede yrkesgrupper i framtiden* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/forskning/mikrookonomi/arbeidsmarked/helsepersonell-ettertraktede-yrkesgrupper-i-framtiden> (Hentet: 06.04 2015).
- Stolav. (2016a) *Universitetssykehuset i Trondheim* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/om-oss> (Hentet: 21.01 2016).
- Tjora, A. (2012) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Van der Meer-Kooistra, J. og Scapens, R. W. (2008) The governance of lateral relations between and within organisations, *Management Accounting Research*, 19, s. 365-384.

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Intervjuguide

### Seksjonsleder

#### Innledningsspørsmål

1. Kan du fortelle kort om din bakgrunn?
  - Utdanning?
  - Tidligere jobberfaring
2. Kan du fortelle oss litt om din stilling?
  - Hvor lenge har du jobbet her?
  - Hva er ditt ansvarsområde?
    - o Din rolle på sengeposten?
    - o Din rolle på sykehuset?
3. Hva er dine vanlige arbeidsoppgaver?
4. Hvilken myndighet har du til å ta beslutninger og avgjørelser i din stilling?
5. Kan du fortelle oss om samarbeidet mellom sengepostene på din arbeidsplass?

#### Målutforming

6. Har dere noen mål knyttet til samarbeid?
7. Benytter du budsjetter som et verktøy i din arbeidshverdag?
  - I hvilken sammenheng benytter du budsjettall?
8. Har dere ikke-finansielle mål i din sengepost?
  - Hvilke?
9. Blir budsjetter og andre ikke-finansielle planer presentert for de ansatte?
  - I hvilken grad er det forventet at de skal ta hensyn til dette i sitt arbeid?
10. Har budsjett en betydning når det kommer til samarbeid mellom sengeposter?

#### Planlegging

11. Hvem sitt ansvar er det å tilrettelegge for samarbeid mellom sengepostene og utføringen av selve samarbeidet?
  - Hva er din rolle i dette?
12. Hva er gjort, konkret fra ledelsens side, på din arbeidsplass for å tilrettelegge for samarbeid mellom sengepostene?
13. Hva mener du de ansatte kan gjøre/har gjort som bidrar til samarbeid mellom sengepostene?
14. Hva er din rolle i bemanningsplanleggingen her på klinikken?
  - Setter seksjonslederne opp turnusen sammen?
15. Tar du hensyn til samarbeid mellom sengeposter ved bemanningsplanleggingen?
  - Når dere setter opp turnus, er det noe fokus på at alle skal jobbe med forskjellige kollegaer, slik at alle jobber med alle?
  - Samarbeider eller kommuniserer du med andre seksjonsledere når du setter opp turnus, eller gjør dere det individuelt?
16. Planlegges bemanning på kort eller lang sikt? Eller begge deler?
  - Når/i hvilken sammenheng benytter du hver av dem?

## Kompetanse

17. Får de ansatte opplæring ved en eller flere avdelinger ved ansettelse?
  - Er det noen form for etteropplæring av sykepleiere slik at de kan jobbe ved flere sengeposter?
18. Er det noe fokus på videreutdanning?
19. Blir de ansatte sendt på kurs?
  - Hva slags kurs?
  - Hvor ofte?
20. Behandles ansatte ulikt pga. utdanning og kompetanse?
  - Av ledelsen?
  - Av kollegaer?
  - Ved fordeling av arbeidsoppgaver?
21. Eksisterer det retningslinjer, prosedyrer eller manualer for hvordan sykepleierne på sengepostene skal gjøre jobben sin?
  - Hvis de ansatte ikke vet hva de skal gjøre i en gitt situasjon, hvor kan de henvende seg?

## Gjennomføring

22. Hvordan foregår samarbeidet?
  - Kan du gå gjennom/beskrive en dag på jobb når det gjelder samarbeid?
  - Hvordan gjennomføres samarbeidet i praksis?
23. Hvordan vil du beskrive samarbeidet mellom sengepostene?
  - Hva samarbeides det om hos dere og hvordan organiseres det?
  - Flyttes personale og/eller pasienter?
24. Er samarbeid mellom sengepostene viktig i den type arbeid dere driver med?
  - Hvorfor er det viktig?
25. Er det viktig med tillit mellom de ansatte for å drive med det arbeidet dere gjør?
  - Føler du at tillit en forutsetning for å kunne få til et samarbeid?
26. Hvordan styres samarbeidet mellom sengepostene?
27. Hva gjør du for at det skal være greit for sykepleierne å gå mellom de ulike sengepostene?

## Kultur

28. Hvilke verdier ønsker du at sykepleierne skal ha?
29. Hvem klassifiserer du som dine kollegaer?
  - Hvor går grensen på «vi» og «de andre»?
30. Hva kjennetegner kulturen på din sengepost?
  - Språk, fysiske gjenstander, hjertesaker osv.
31. Eksisterer det subkulturer, eller enkeltgrupper, i sengeposten?
32. Hvilke tiltak har ledelsen gjennomført for å skape en kultur og et godt sosialt miljø?
33. Hva har sykepleierne gjort for å skape et godt miljø på arbeidsplassen?
34. Hvilke sosiale tilstelninger er det for de ansatte?
  - Fest, lønningspils o.l.?
  - Hvem arrangerer?
  - Hvem inviteres?

## Evaluering

35. Hvilke forventninger har du til sykepleiernes evne til å samarbeide på tvers av sengepostene?
36. Hvordan evaluerer du arbeidet til sykepleierne?

- Vurderer du sykepleiernes prestasjoner ut ifra resultatene de leverer?
  - o Hvordan vurderer dere i så tilfelle det?
- Hva slags atferd er det ønskelig at sykepleierne skal ha?
  - o Hva gjør dere for å oppnå ønsket atferd?
- 37. Belønnes de ansatte for samarbeid mellom sengeposter?
  - Økonomisk eller annen form for annerkjennelse?
    - o Annerkjennelse fra medarbeidere?
    - o Annerkjennelse fra ledelsen?
- 38. Er det noen form for sanksjon for å ikke samarbeide?
- 39. Hvilke forventninger har du til de andre sengepostlederne for å legge til rette for samarbeid mellom sengepostene?
- 40. Hvordan evalueres arbeidet ditt? Og av hvem?
  - Evalueres sengepostene under ett, eller hver for seg?
- 41. Eksisterer det en kultur hos dere, hvor dere kan gi tilbakemeldinger til hverandre om hvordan arbeidet utføres?
  - Mellom sengepostlederne?
  - Mellom sengepostleder og sykepleierne
  - Mellom sykepleierne?

Da har vi stilt de spørsmålene vi ønsket å stille. Har du noen synspunkter eller innspill på faktorer som fremmer samarbeid mellom sengepostene, som vi ikke har gått gjennom så langt i dette intervjuet?

Takk for din deltakelse!

## Sykepleier

### Innledningsspørsmål

1. Kan du fortelle kort om din bakgrunn?
  - Utdanning?
  - Tidligere jobberfaring
2. Kan du fortelle oss litt om din stilling?
  - Hvor lenge har du jobbet her?
  - Hva er ditt ansvarsområde?
    - o Din rolle på sengeposten?
    - o Din rolle på sykehuset?
3. Hva er dine vanlige arbeidsoppgaver?
4. Hvilken myndighet har du til å ta beslutninger og avgjørelser i din stilling?
  
5. Kan du fortelle oss om samarbeidet mellom sengepostene på din arbeidsplass?

### Målutforming

6. Eksisterer det noen uttrykte visjoner som er knyttet til hvordan dere skal ha det og hvordan dere skal opptre her på hjertemedisin?
7. Har dere noen uttrykte visjoner knyttet til samarbeid mellom sengepostene?

### Planlegging

8. Hvem sitt ansvar er det å tilrettelegge for samarbeid mellom sengepostene?
9. Hva er gjort, konkret fra ledelsens side, på din arbeidsplass for å tilrettelegge for samarbeid mellom sengepostene?
10. Hva mener du de ansatte kan gjøre/har gjort som bidrar til samarbeid mellom sengepostene?
11. I hvilken grad påvirker du bemanningsplanleggingen ved sengeposten din?
12. Er det noe fokus på at alle skal jobbe med forskjellige kollegaer i løpet av en turnus, slik at alle jobber med alle?

### Kompetanse

13. Fikk du opplæring ved en eller flere avdelinger ved ansettelse?
  - Er det noen form for etteropplæring av sykepleiere slik at dere kan jobbe ved flere sengeposter?
14. Er det noe fokus på videreutdanning?
15. Blir dere sendt på kurs?
  - Hva slags kurs?
  - Hvor ofte?
16. Er det stor forskjell i utdanning, kompetanse og erfaring hos de ansatte?
17. Føler du at dere behandles ulikt pga. utdanning og kompetanse?
  - Av ledelsen?
  - Av kollegaer?
  - Ved fordeling av arbeidsoppgaver?
    - o Opplevs oppgavefordelingen i så tilfelle som meningsfull?
18. Eksisterer det retningslinjer, prosedyrer eller manualer for hvordan du som sykepleier skal gjøre jobben din?
  - Hvis du ikke vet hva du skal gjøre i en gitt situasjon, hvor kan du henvende deg?



## Gjennomføring

19. Hvordan vil du beskrive samarbeidet mellom sengepostene?
  - Kan du gå gjennom/beskrive en dag på jobb, med fokus på samarbeidet?
  - Hvordan gjennomføres samarbeidet i praksis?
  - Hva samarbeides det om hos dere og hvordan organiseres det?
  - Flyttes personale og/eller pasienter?
20. Hva skal til for at du ber om hjelp fra andre sengeposter?
21. Hva tenker om å gå over til en annen sengepost og hjelpe til hvis det trengs?
22. Har du, eller har du hatt, en %-stilling i frie timer?
  - Har du i den anledning ønsket deg eller hatt en vakt ved en annen sengepost?
23. Hvordan er kulturen for å ta kontakt og be om hjelp og for å tilby hjelp til andre sengeposter?
24. Er samarbeid viktig i den type arbeid dere driver med?
  - Hvorfor er det viktig?
25. Er det viktig med tillit mellom de ansatte for å drive med det arbeidet dere gjør?
  - Føler du at tillit en forutsetning for å kunne få til et samarbeid?

## Verdier og kultur

26. Hvilke verdier vektlegger du som sykepleier?
  - Opplever du at disse samsvarer med dine kollegaers verdier?
27. Hvem klassifiserer du som dine kollegaer?
  - Hvor går grensen på «vi» og «de andre»?
28. Hva kjennetegner kulturen på din sengepost?
  - Hva skiller din sengepost fra andre?
  - Språk, fysiske gjenstander, hjertesaker osv.
29. Eksisterer det subkulturer, eller enkeltgrupper, i sengeposten?
30. Hva har dere, altså sykepleierne, gjort for å skape en kultur og et godt sosialt miljø?
  - I helgene/senvakt bakes det noe? Er det felles kake på fredag?
31. Hva har ledelsen gjort for å skape et godt miljø på arbeidsplassen?
32. Hvilke sosiale tilstelninger er det for dere?
  - Fest, lønningspils o.l.?
  - Hvem arrangerer?
  - Hvem inviteres?

## Evaluering

33. Hvilke forventninger har ledelsen til deg når det kommer til samarbeid mellom sengepostene?
34. Hvordan evalueres arbeidet ditt av ledelsen?
  - Har du medarbeidersamtaler med lederen din? Er samarbeid mellom sengeposter et tema som blir tatt opp der?
35. Hvilke forventninger har du til dine medarbeidere?
  - Gis det tilbakemelding om dette ikke innfris?
36. Hvilke forventninger har dine medarbeidere til deg?
  - Gis det tilbakemeldinger om dette ikke innfris?
37. Hvilke tilbakemeldinger gis etter at du har gitt eller mottatt hjelp til andre sengeposter?
  - Viser det en form for takknemlighet, eller er det ikke nødvendig?

Da har vi stilt de spørsmålene vi ønsket å stille. Har du noen synspunkter eller innspill på faktorer som fremmer samarbeid mellom sengepostene, som vi ikke har gått gjennom så langt i dette intervjuet?

Takk for din deltakelse!

## Vedlegg 2: Observasjon

(Husk å unngå dekkbegrep. Dekkbegrep innebærer tolkning. Eks. skriv at x smilte og nikket, ikke at x var enig i det som ble sagt)

1. Hvem deltar på møtet? (Stilling)

### Før møtet

2. Beskrivelse av det som foregår før møtet starter
  - a. Beskriv vår plassering i rommet og deltakernes reaksjon på vår tilstedeværelse (hvordan tar de oss imot?)
  - b. Hva gjør deltakerne før møtet starter? (Sitter de på mobil eller snakker de med hverandre osv.)
  - c. Er det faste plasser på møtet? Plasseres stolene vendt i en bestemt retning? Mot én person?
3. Hvem snakker sammen og hva snakker de om? (Jobbprat eller sosialt og uformelt)

### Møtet

4. Beskrivelse av deltakerne og gruppedynamikken
  - a. Hva sies, gjøres og hvordan er kroppsspråket?
  - b. Hvem tar ordet og starter møtet? Hvordan foregår dette?
  - c. Hva slags rolle har de ulike deltakerne? (Pass på dekkbegrepene her) (Se om rollen til avdelingssjefen er ulike på de to møtene)
  - d. Hvordan kommuniserer deltakerne med hverandre? (Faguttrykk, Fort/langsomt, oppmuntrende/befalende, formelt/uformelt)
  - e. Hvordan foregår oppgavefordelingen/arbeidsfordelingen?
    - i. Er det noen som påtar/tildeler oppgaver?
    - ii. Legges noen planer som gjelder utover dagen?
  - f. Hvordan tas beslutninger på møtet?
    - i. Hvordan uttrykker deltakerne enighet/uenighet? (Nikker, smiler, verbalt osv.)
5. Beskrivelse av konteksten
  - a. Hvordan ser møterommet ut? (Bilde?) (Noen distraherende elementer, de verktøyene som trengs eller plain?)

- b. Legger utformingen av rommet føringer på møtet?
- c. Er alle sitteplassene like(verdige)?
- d. Er møterommet lukket eller åpent for de som ikke deltar på møtet?  
(Er det forstyrrelser underveis i møtet?)
- e. Hva slags klær har deltakerne? Er det like?

**Avslutning av møtet**

- 6. Hvordan avsluttes møtet? Av hvem?
- 7. Hva snakker eventuelt deltakerne om etter at møtet er over?

**Andre kommentarer:**

## Vedlegg 3: Informert samtykke

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## *”Hvilke styringsmekanismer benyttes for å skape et samarbeid mellom sengeposter i sykehus?”*

### **Bakgrunn og formål**

I forbindelse med masterstudiet i økonomi og administrasjon ved NTNU avd. Handelshøyskolen i Trondheim skal studentene gjennomføre et forskningsprosjekt. I den anledning ønsker vi å undersøke og beskrive hvilke faktorer (styringsmekanismer) som fremmer samarbeid mellom sengeposter i klinikker ved St. Olavs Hospital.

Vi ber derfor om å få intervju deg som leder/sykepleier, siden du sitter på verdifull informasjon som vi kan bruke i våre studier. Studien er veiledet av Kari Nyland, førsteamanuensis ved NTNU, avd. Handelshøyskolen i Trondheim.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Vi ønsker å gjøre en beskrivende studie omkring samarbeidet ved ulike sengeposter i en klinikk ved St. Olavs Hospital. For å få til dette ser vi for oss intervju ca. 9 arbeidere samt deres nærmeste leder i avdelingen.

Intervjuet vil ha en varighet på omtrent 1 time og det vil bli brukt en intervjuguide med spørsmål knyttet til temaet vårt. Det vil bli brukt en lydopptaker under intervjuet så langt informanten godtar dette. Tid for intervju kommer til å bli avtalt med hver enkelt respondent. Det er ønskelig at samtalen foregår uforstyrret.

Spørsmålene som stilles vil omhandle samarbeid innad i en avdeling og samarbeid mellom avdelinger. Vi vil også ta opp temaer som vi tenker kan tilrettelegge eller motarbeide et samarbeid.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

All informasjon gitt under intervjuet vil bli behandlet strengt konfidensielt. Dataene vil kun bli benyttet av oss, forfatterne av masteroppgaven og veileder. Opplysninger som navn på ansatte, klinikk på sykehuset vil ikke framkomme i vår oppgave og skal ikke kunne spores tilbake.

Data som innhentes vil blir lagret på et låst kontor ved Handelshøyskolen i Trondheim. Navnelister vil blir holdt separat fra øvrig data.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 26 mai 2016. Etter denne datoen vil data som er innhentet bli slettet.

### **Frivillig deltakelse**

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

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Merete Østgård på tlf 46768918 eller Ida Kristiansen Lockertsen på tlf 48114707. Veileders navn er Kari Nyland og kan kontaktes på tlf: 73 55 99 80.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

## **Samtykke til deltakelse i studien**

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

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)