

# Organisasjonskultur i sykehus

Kommunikasjon og samhandling mellom  
helseprofesjoner

**Siri Anne Wisur**

Industriell økonomi og teknologiledelse

Innlevert: mai 2016

Hovedveileder: Endre Sjøvold, IØT

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse



## Problembeskrivelse

Formålet med studien er å utforske profesjongrensene som skapes av sykehuskultur, og hvordan disse profesjongrensene påvirker kommunikasjon og samhandling i sykehus. Mer konsist formulert skal følgende spørsmål besvares:

- *Hvordan er samhandlingen mellom helseprofesjoner?*
- *I hvor stor grad eksisterer stereotypisk tankegang i sykehus?*
- *Er stereotypisk tankegang tilstede allerede under utdannelsen?*

Et teoretisk rammeverk vil bli presentert med en kort innføring i organisasjonskultur i et historisk perspektiv. Videre utforskes elementer av organisasjonskultur i sykehus med fokus på samarbeid på tvers av helseprofesjoner, samt hvordan stereotypisk tankegang eksisterer på tvers av profesjongrenser.

En empirisk datainnsamling er foretatt i klinisk sammenheng i akuttmottaket ved et norsk lokalsykehus og blant medisinstudenter ved NTNU. Ved lokalsykehuset er det gjennomført en SPGR-undersøkelse samt en intervjurunde, og ved NTNU er det gjennomført en SPGR-undersøkelse.

Utfordringer for samarbeid på tvers av profesjongrensene og stereotypisk tankegang i klinikk og blant studenter blir analysert og forslag til forbedringer blir presentert.

Forskningsmessig er hensikten med denne studien å belyse organisasjonskultur i sykehus med fokus på samarbeid mellom helseprofesjoner og stereotypier fremskapt av profesjongrenser. Stereotypisk tankegang blir utforsket i klinisk og studierelatert sammenheng, og dette resulterer i unik kunnskap som tidligere er utforsket i liten grad.



## Forord

Denne avhandlingen utgjør en masteroppgave innen fagretningen Strategisk endringsledelse. Masteroppgaven representerer arbeidet i siste og avsluttende semester i den femårige sivilingeniørgraden ved Industriell økonomi og teknologiledelse ved NTNU.

Undertegnede ønsker å rette en stor takk til veileder førsteamanuensis Endre Sjøvold for god veiledning og oppfølging i arbeidsprosessen. Uten å nevne navn ønsker jeg også å takke avdelingssykepleier ved akuttmottaket ved lokalsykehuset i studien for hjelp til organisering av datainnsamlingen ved mottaket. Traumekoordinator ved lokalsykehuset fortjener også en takk, for opplysninger om organiseringen ved akuttmottaket.

Trondheim, 25. mai 2016

Siri Anne Wisur



## Sammendrag

De ulike aktørene i sykehusorganisasjonen har egne utgangspunkt og målsetninger og kan plasseres i et differensiert system kalt *de fire verdener* (Glouberman & Mintzberg, 2001b). Det finnes en rekke utfordringer for godt samarbeid mellom helseprofesjoner. Stereotypier dannes ved at de ansatte blir tilskrevet en identitet eller oppførsel ut i fra deres yrke eller posisjon, og dette kan hindre godt samarbeid (Carpenter, 1995; Sjøvold, 2006). På grunn av sykehusets rigide struktur og tradisjonelle rollemønstre er det utfordrende å oppnå en felles organisasjonskultur. En organisasjon bør vurdere kombinasjonen av flere prinsipper for å finne en god løsning for den aktuelle organisasjonen, i stedet for å etterstrebe en forhåndsbestemt fasit.

En empirisk studie ble gjennomført i akuttmottaket ved et norsk lokalsykehus og blant medisinstudenter ved NTNU. Kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode ble benyttet ved henholdsvis SPGR-undersøkelser og intervjuer. Resultatene illustrerer at de ulike helseprofesjonene har ulike prioriteringer i akuttmottaket, noe som utgjør en potensiell interessekonflikt og kan være skadelig for samarbeid. Stort tidspress i helsevesenet utgjør en utfordring for kommunikasjonssklimaet mellom profesjonene. Vi har sett eksempler på bruk av tvangsmakt og konkludert med at liberalisering av profesjonsgrensene kan ha positiv effekt på samarbeid mellom helseprofesjonene. Vi har også konkludert med at det er viktig å ha en felles forståelse for konfliktløsning for å redusere mistillit mellom profesjonene. Samarbeidsklimaet ved lokalsykehuset i studien har stort forbedringspotensial da smidighetsprofilene er avvikende i forhold til hvordan respondentene beskriver den ideelle samarbeidspartner. Til tross for forandringer av tradisjonelle mønstre i sykehus de senere år, har vi sett at stereotypier har stor betydning også i dag. Det konkluderes med at stereotypier også eksisterer blant medisinstudenter, og det foreslås å øke fokuset på interprofesjonell utdanning som en del av studieprogrammet.





## Summary

The different health professionals have their own objectives in the hospital organization and we can put them into *the four worlds* (Glouberman & Mintzberg, 2001b). There are many challenges that can prevent good cooperation between the health professionals. Stereotypes are formed when the employees are ascribed a specific identity or attitude because of their position in the organization, and this can prevent good cooperation (Carpenter, 1995; Sjøvold, 2006). Because of the rigid structure and traditional roles in hospitals, it is challenging to build a common organizational culture. An organization should consider the combination of several principles in order to obtain a beneficial solution, not aspiring a specific answer.

An empiric investigation was performed in the emergency department in a local Norwegian hospital and among medical students at NTNU. Quantitative and qualitative method was used in SPGR surveys and interviews. The results illustrate that the different health professionals have different motives in the emergency department and this can be harmful for cooperation. Short time and a big workload also represents a threat for cooperation. We have seen examples of use of forcing power and we have concluded that liberalizing the boundaries of the professions may have a positive effect on cooperation. We have also concluded that it is of great importance to obtain a common understanding of problem solving in order to reduce mistrust between the health professionals. The work environment at the local hospital in this study has a great potential of improvement because the SPGR profiles of how the respondents rate the ideal collaborator vary greatly from how the respondents rate each other. Despite that the traditional patterns in hospitals have changed, stereotypes are still of great importance. We conclude that stereotypes also exist among medical students, and interprofessional education should be in focus in the future.



## **Innholdsfortegnelse**

<b>Problembeskrivelse</b> .....	<b>i</b>
<b>Forord</b> .....	<b>iii</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>v</b>
<b>Summary</b> .....	<b>vii</b>
<b>Figurliste</b> .....	<b>xiii</b>
<b>Tabelliste</b> .....	<b>xv</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>17</b>
1.1 Bakgrunn for problemstilling .....	18
1.2 Avgrensning .....	19
1.3 Problemstilling .....	19
1.4 Struktur .....	20
<b>2 Organisasjonskultur: En innføring</b> .....	<b>23</b>
2.1 Avgrensninger .....	23
2.2 Definisjon.....	23
2.3 Historisk bakgrunn .....	26
2.4 Sterk og svak organisasjonskultur .....	27
2.5 Endring av organisasjonskultur .....	28
2.6 Oppsummering .....	29
<b>3 Verdier</b> .....	<b>31</b>
3.1 Tilpasning til omgivelsene .....	31
3.2 Verdier blant de ansatte .....	31
3.3 Oppsummering .....	32
<b>4 Antakelser</b> .....	<b>33</b>
4.1 Roller i helsevesenet .....	33
4.2 Holdninger .....	34
4.2.1 Definisjon .....	34
4.2.2 Forskjeller basert på yrke .....	35
4.3 Oppsummering .....	36
<b>5 Artefakter</b> .....	<b>37</b>
5.1 Fysiske strukturer .....	37

5.1.1	Differensiering .....	37
5.1.2	Integrasjon .....	41
<b>5.2</b>	<b>Språk .....</b>	<b>42</b>
<b>5.3</b>	<b>Ritualer og seremonier .....</b>	<b>43</b>
5.3.1	Doctor-nurse game.....	44
<b>5.4</b>	<b>Oppsummering .....</b>	<b>45</b>
<b>6</b>	<b>Makt.....</b>	<b>47</b>
6.1	Konsekvenser av makt.....	48
6.2	Samarbeid og konfliktløsning .....	49
6.3	Oppsummering .....	51
<b>7</b>	<b>Arbeid i helseteam .....</b>	<b>53</b>
7.1	Grunnleggende teamteori og SPGR.....	53
7.2	Sykehusteam i dag: Suksesskriterier og utfordringer .....	55
7.3	Selvopplyllende profetier .....	56
7.4	Oppsummering .....	59
<b>8</b>	<b>Valg av forskningsdesign.....</b>	<b>63</b>
<b>9</b>	<b>Innhenting av empirisk materiale ved lokalsykehuset.....</b>	<b>65</b>
9.1	Om lokalsykehuset i studien .....	65
9.2	SPGR-undersøkelse .....	65
9.2.1	Teori .....	65
9.2.2	Deltagere .....	68
9.2.3	Prosessen.....	69
9.2.4	Evaluering av metoden .....	69
9.3	Intervju ved lokalsykehuset.....	69
9.3.1	Teori .....	69
9.3.2	Deltagere .....	71
9.3.3	Prosessen.....	71
9.3.4	Evaluering av metoden .....	72
<b>10</b>	<b>Innhenting av empirisk materiale ved NTNU .....</b>	<b>73</b>
10.1	SPGR-undersøkelse.....	73
10.1.1	Deltagere .....	73
10.1.2	Prosessen .....	73
10.1.3	Evaluering av metode .....	74
<b>11</b>	<b>Organisering av akuttmottaket ved lokalsykehuset.....</b>	<b>77</b>
11.1	Sykepleiere .....	78
11.2	Turnusleger.....	78
11.3	Assistentleger medisin .....	79
11.4	Assistentleger kirurgi.....	79

11.5 Overleger .....	79
<b>12 Resultater fra SPGR-undersøkelsen ved lokalsykehuset.....</b>	<b>81</b>
<b>13 Resultater fra intervjuene ved lokalsykehuset .....</b>	<b>87</b>
13.1 Holdninger til samarbeid .....	87
13.2 Roller .....	88
13.3 Underliggende dynamikk .....	89
13.4 Stress .....	91
13.5 Maktforhold .....	91
<b>14 Resultater fra undersøkelsen om stereotypier .....</b>	<b>93</b>
<b>15 Samhandling mellom helseprofesjoner .....</b>	<b>99</b>
15.1 Sykehusorganisasjonen inndelt i fire verdener.....	99
15.2 Integrering som et verktøy for samarbeid.....	99
15.3 Stress påvirker samarbeid mellom profesjonene .....	102
15.4 Maktforhold utfordrer samarbeid mellom profesjoner .....	102
15.5 Holdninger i forhold til samarbeid mellom profesjoner .....	103
15.6 Den ideelle medarbeider .....	104
15.7 Oppsummering .....	104
<b>16 Stereotypier i helsevesenet .....</b>	<b>107</b>
16.1 Stereotypisk tankegang er en viktig del av organisasjonskulturen i sykehus	107
16.2 Selvoppfyllende profetier .....	107
16.3 Stereotypisk tankegang under utdannelsen .....	109
16.4 Oppsummering .....	110
<b>17 Konklusjon .....</b>	<b>113</b>
<b>Referanser .....</b>	<b>115</b>
<b>Vedlegg .....</b>	<b>119</b>
Vedlegg 1: SPGR-skjema benyttet ved lokalsykehuset .....	121
Vedlegg 2: intervju skjema benyttet ved lokalsykehuset .....	121
Vedlegg 3: SPGR-skjema benyttet for medisinstudenter ved NTNU .....	123



## Figurliste

Figur 1 Oppgavens struktur .....	20
Figur 2 Skjematisk fremstilling av forholdet mellom organisasjon og kultur (Smircich, 1983) .....	24
Figur 3 Elementer av organisasjonskultur (Schein, 1985) .....	25
Figur 4 Organisasjonskultur og prestasjon (McShane & Von Glinow, 2003) ...	27
Figur 5 Konstruksjon av en holdning (Martin, 1998) .....	35
Figur 6 De fire verdener (Glouberman & Mintzberg, 2001b) .....	39
Figur 7 De fire verdener opp ett nivå (Glouberman & Mintzberg, 2001b) .....	39
Figur 8 Koalisjoner mellom aktører i sykehusorganisasjonen (Glouberman & Mintzberg, 2001b) .....	40
Figur 9 Seks former for integrasjon (Glouberman & Mintzberg, 2001a) .....	42
Figur 10 Relative maktforhold i interorganisasjonelle forhold (De Wit & Meyer, 2010) .....	48
Figur 11 Konfliktløsning (Rahim & Magner, 1995) .....	50
Figur 12 SPGR-modellen (SPGR-instituttet) .....	54
Figur 13 Selvoppfyllende profetier (Jussim, 1986) .....	56
Figur 14 Pygmalion-effekten .....	59
Figur 15 Mal for utregning (Sjøvold, 2006) .....	67
Figur 16 Illustrasjon av hvordan personer kan markeres i SPGR-diagrammet (Sjøvold, 2006) .....	67
Figur 17 Kommunikasjonspunkter mellom de ulike aktørene i akuttmottaket .....	77
Figur 18 Oppsummering SPGR-resultater der henholdsvis kirurg, medisiner, pleier og turnuslege vurderer de ulike aktørene .....	86
Figur 19 Studentenes vurderinger av leger og sykepleiere .....	94
Figur 20 Pleiere vurderes av henholdsvis pleiere og leger .....	95
Figur 21 Leger vurderes av henholdsvis pleiere og leger .....	95
Figur 22 Den ideelle medarbeider vurdert av henholdsvis lege og pleier .....	96





## Tabelliste

Tabell 1 Overordnet struktur del I .....	21
Tabell 2 Overordnet struktur del II .....	61
Tabell 3 Kvalitative og kvantitative opplegg (Grønmo, 2004) .....	64
Tabell 4 SPGR-observasjonskategorier (Sjøvold, 2006) .....	66
Tabell 5 Svarprosent SPGR-undersøkelse .....	68
Tabell 6 Typer intervju (Robson, 2002) .....	70
Tabell 7 Deltagere intervju .....	71
Tabell 8 SPGR-undersøkelse blant medisinstudenter .....	73
Tabell 9 Overordnet struktur del III .....	75
Tabell 10 SPGR-koder for hvordan de ulike profesjonene oppfatter sykepleierne .....	81
Tabell 11 SPGR-koder for hvordan de ulike profesjonene oppfatter turnuslegene .....	82
Tabell 12 SPGR-koder for hvordan de ulike profesjonene oppfatter assistentlegene medisin .....	83
Tabell 13 SPGR-koder for hvordan de ulike profesjonene oppfatter assistentlegene kirurgi .....	84
Tabell 14 SPGR-koder for hvordan de ulike profesjonene mener den ideelle samarbeidspartner bør være .....	85
Tabell 15 SPGR-koder for hvordan medisinstudenter oppfatter henholdsvis sykepleiere og leger .....	93
Tabell 16 Overordnet struktur del IV .....	97
Tabell 17 Overordnet struktur del V .....	111



# 1 Innledning

Teamledelse og Lean produksjon i sykehus har vært et aktuelt tema de siste årene. Allmennhetens store informasjonstilgang gjør at det stilles stadig større krav til behandling og legenes kunnskap. På et sykehus er profesjonene mange og spesialiseringen høy, noe som krever god koordinasjon av de forskjellige enhetene for at systemet skal kunne fungere. St. Olavs Hospital er eksempelvis et stort sykehus med lange avstander og mange underavdelinger, og det stilles derfor høye krav til organisering. I tillegg er etterspørsel etter behandlingstjenester stor og tilgang på ressurser er begrenset. Etterspørselen etter behandling kan være variabel og uforutsigbar, siden den kan stige eller synke over kort tid, samtidig som at pasienten krever behandling i løpet av en begrenset tidsperiode. Strukturell organisering skal gjenspeile kulturen i en organisasjon og omvendt. Med tanke på kjente organiseringsproblemer i helsevesenet kan det derfor være fordelaktig med en nærmere analyse av organisasjonskulturen.

I media hører vi stadig om feilgrep fra sykehusledelsens side og at pasienter dør som følge av dårlig organisering. I en artikkel publisert i Dagbladet kom det frem at i løpet av hele 2011 og første halvdel av 2012 har det kommet inn 10 avviksmeldinger som relateres direkte til dødsfall (Dagbladet, 2012, 26.10). Det kraftige søkelyset fra mediernes side gjør det om mulig enda mer nødvendig for helseledere å finne en bedre løsning på organiseringsproblemene.

Det er viktig for kvaliteten på prestasjonene i helsevesenet at personlige hensyn og sosial status blir tilsidesatt til fordel for å rette fokus mot gode behandlingsmetoder. Pasienten er nødt til å bli satt i fokus, og behovsinstansen som pasienter utgjør, gjør at vi til en viss grad kan sammenlikne pasienter med kunder. I helsesektoren er det bokstavelig talt livsviktig at pasientene er høyest prioritert, og at de ansattes behov kommer i andre rekke.

## 1.1 Bakgrunn for problemstilling

Strukturelt er et sykehus preget av store avstander og et stort antall ansatte med spesialisering innenfor et enormt omfang. Koordinering av aktiviteter er derfor et sentralt moment, og en god organisasjonskultur er avgjørende for at de forskjellige helseprofesjonene skal kunne samarbeide godt.

Hver pasient representerer en ny pasienthistorie, som ikke nødvendigvis kan behandles via en forhåndsutarbeidet oppskrift. Med tanke på at menneskeliv kan gå tapt dersom rutiner ikke er tilfredsstillende, er det særlig viktig i sykehus at kvaliteten optimaliseres.

Forskning på organisasjonskultur kan gjøres ved å studere de synlige aspektene ved organisasjonskultur, altså artefaktene som er beskrivende for kulturen.

Organisasjonskultur består av mange elementer og kan tilnærmes fra mange innfallsvinkler. For å kunne oppnå et resultat av nytteverdi for organisasjonen kan derfor en slik spesifisering være hensiktsmessig.

Høsten 2012 utarbeidet undertegnede en prosjektoppgave for å identifisere hovedtrekk i forskningsmateriale omhandlende organisasjonskultur, med hovedvekt på organisasjonskultur i sykehus. Prosjektoppgaven fungerer som et teoretisk rammeverk for denne masteroppgaven. Et tema som utpekte seg som interessant under arbeidet med prosjektoppgaven var følgende: Hvorfor har kulturen vært tilnærmet uforandret gjennom lang tid, og hvordan kan man endre sykehusmiljøet mot et mer læringsrikt klima preget av samhold og god kommunikasjon på tvers av profesjoner? Ut i fra min tolkning av litteraturen vil det være gunstig å oppnå økt forståelse av hvordan den daglige kommunikasjonen mellom helseprofesjoner i et sykehus foregår, og hvordan kommunikasjonen påvirkes av organisasjonskulturen i sykehuset. I denne studien skal vi derfor se nærmere på organisasjonskultur i sykehus med fokus på stereotyper, arbeid i helseteam og samarbeid mellom profesjoner.

## 1.2 Avgrensning

I denne studien studeres organisasjonskulturen ved ett norsk lokalsykehus som ikke vil nevnes ved navn. Et gunstig alternativ ville være å velge et komparativt studiedesign og sammenlikne organisasjonskulturen ved flere norske sykehus, for slik å øke nytteverdien av resultatene. Med tanke på et tidsperspektiv på 20 uker anså undertegnede det som realistisk å studere ett sykehus nærmere.

I tillegg er det gjennomført en studentundersøkelse der formålet er å undersøke om fordommer og stereotyper i forholdet mellom lege og sykepleier allerede eksisterer under utdanningen. 20 ukers tidsperspektiv gjorde at det kun ble tid til å gjennomføre studentundersøkelse blant medisinstudenter. Et nyttig supplement ville være å gjennomføre en undersøkelse også blant sykepleierstudenter.

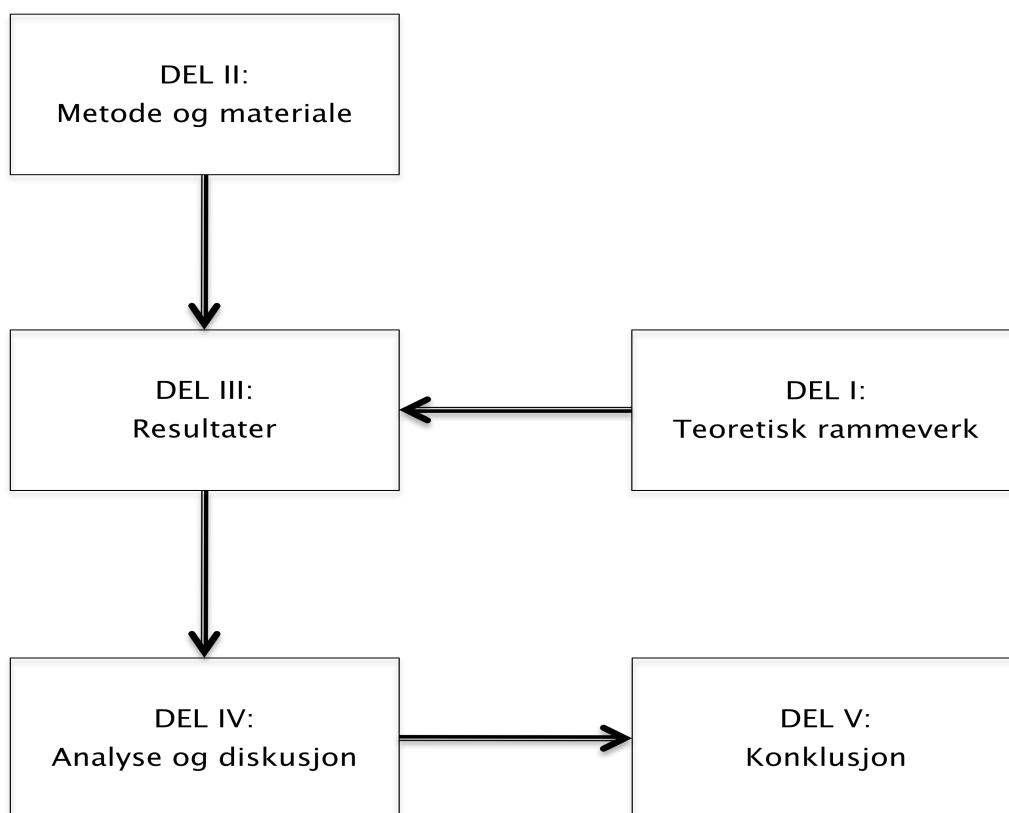
## 1.3 Problemstilling

Formålet med studien er å utforske profesjongrensene som skapes av sykehuskultur, og hvordan disse profesjongrensene påvirker kommunikasjon og samhandling i sykehus. Mer konsist formulert skal følgende spørsmål besvares:

- *Hvordan er samhandlingen mellom helseprofesjoner?*
- *I hvor stor grad eksisterer stereotypisk tankegang i sykehus?*
- *Er stereotypisk tankegang tilstede allerede under utdannelsen?*

## 1.4 Struktur

Masteroppgaven består av fem hoveddeler. I del I presenteres et teoretisk rammeverk som etter undertegnedes mening har relevans for oppgaven. Deretter beskrives valg av metode og materiale i del II. I del III presenteres resultatene. De siste oppgavedelene vil utgjøre en diskusjon (del IV), etterfulgt av en konklusjon (del V).



Figur 1 Oppgavens struktur.

# DEL I TEORETISK RAMMEVERK

I denne delen vil det teoretiske grunnlaget for studien bli presentert. I kapittel 2 presenteres organisasjonskultur på generelt grunnlag. I de neste kapitlene analyseres ulike elementer i sykehusorganisasjonen; kapittel 3 omhandler verdier, kapittel 4 antagelser, kapittel 5 artefakter, kapittel 6 makt og kapittel 7 omhandler arbeid i helseteam (tabell 1).

**Tabell 1 Overordnet struktur del**

<b>Kapittel</b>	<b>Tema</b>
<b>2</b>	Organisasjonskultur: En innføring
<b>3</b>	Verdier
<b>4</b>	Antakelser
<b>5</b>	Artefakter
<b>6</b>	Makt
<b>7</b>	Arbeid i helseteam





## **2 Organisasjonskultur: En innføring**

I denne delen presenteres organisasjonskultur på generell basis ved å nevne flere definisjoner, etterfulgt av en kort historisk innføring. Siste kapittel i denne seksjonen omhandler eksempler på sterke og svake organisasjonskulturer og er inkludert siden dette temaet er definerende for organisasjonskulturen i sykehus.

### **2.1 Avgrensninger**

Når vi snakker om organisasjonskultur er det viktig å påpeke at det blir referert til den dominante kulturen i en organisasjon. Den dominante kulturen defineres som "temaer som deles mest utbredt blant organisasjonens medlemmer" (McShane og VonGlinow, 2003, s. 450). I tillegg til en dominant kultur har organisasjoner også subkulturer.

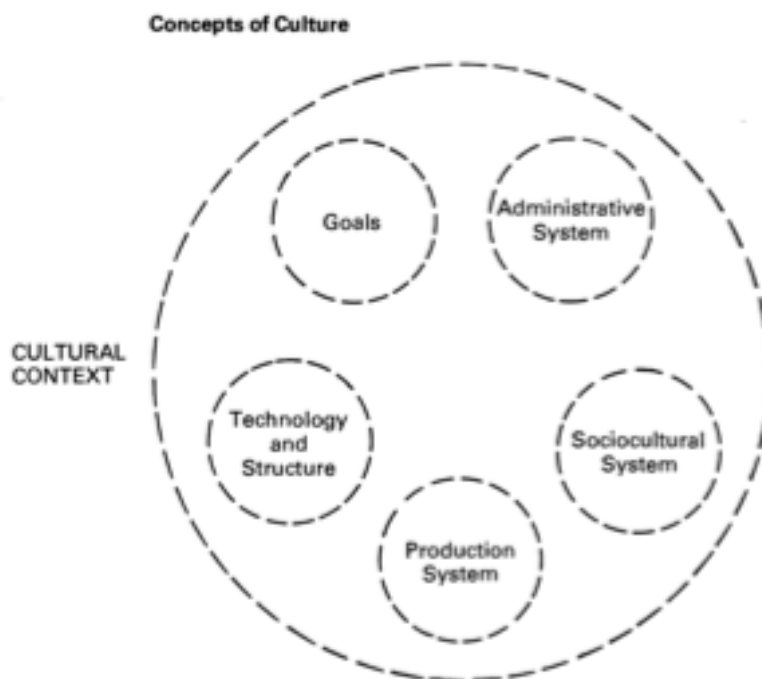
I et sykehusperspektiv kan vi tenke oss at subkulturer finnes innad i yrkesgruppene, for eksempel blant sykepleierne i en bestemt sykehusavdeling. Dersom vi velger å vurdere sykehuset som én organisasjon inkludert alle ansatte, er det den dominante kulturen som råder, og subkulturer finnes i de forskjellige avdelingene og innad blant de forskjellige helseprofesjonene.

### **2.2 Definisjon**

Fenomenet organisasjonskultur har gjennom tiden blitt definert på mange måter. Pettigrew (1979) var den første som beskrev organisasjonskultur på bakgrunn av en studie av en britisk skole. Artikkelen beskriver forskjellige tilnæringsmåter til en organisasjons fødsel, vekst og evolusjon. Videre defineres organisasjonskultur som den sosiale rammen på arbeidsplassen som gjør arbeidsoppgavene meningsfulle (Pettigrew, 1979).

Fra Pettigrew's menneskelige beskrivelse av organisasjonskultur beveger vi oss til en mer håndfast definisjon ved Martins og Terblanche (2003), som beskriver organisasjonskultur som det som fyller gapet mellom det formelle og det som faktisk skjer i organisasjonen. Under denne antakelsen er organisasjonskultur involvert i alt som faktisk foregår i en organisasjon, og synlige resultater er på en eller annen måte påvirket av kulturen (Martins & Terblanche, 2003).

Videre kommer vi i større grad inn på hvor verdifull en god organisasjonskultur kan være. I følge Smircich (1983) bidrar organisasjonskultur med flere viktige funksjoner; den gir medlemmer av organisasjonen en identitetsfølelse, den gjør at medlemmene forplikter seg til en større sammenheng enn kun individet selv. I tillegg fremmer organisasjonskultur sosial stabilitet samtidig som at den representerer normer for organisasjonsmedlemmenes oppførsel. Figur 2 viser artikkelens tilnærming til forholdet mellom organisasjon.



**Figur 2 Skjematisk fremstilling av forholdet mellom organisasjon og kultur (Smircich, 1983).**

Avslutningsvis kan vi nevne en mer konkret definisjon enn de tidligere nevnte, som beskriver organisasjonskultur som "the basic pattern of shared assumptions, values, and beliefs considered the correct way of thinking about and acting on problems and opportunities facing the organization" (Schein (1990) i McShane (2003), s. 448).

Schein (1985) illustrerer videre organisasjonskultur med et isfjell (figur 3); kun artefaktene for organisasjonskultur kan ses over vannoverflaten gjennom synlig oppførsel, mens organisasjonskultur ligger under overflaten og påvirker organisasjonen uten at en nødvendigvis forstår hvor påvirkningen stammer fra. I figur 3 er både artefaktene for organisasjonskultur og selve organisasjonskulturen tegnet inn. Artefaktene omfatter fysiske strukturer, språk, ritualer og seremonier, og historier og legender. Disse artefaktene er organisasjonskulturens synlige uttrykk, og kan benyttes til å analysere kulturen i en organisasjon, samt til å finne områder innenfor kulturen med forbedringspotensial. Selve organisasjonskulturen består av tro, verdier og antakelser. Disse er ikke synlige, håndfaste strukturer, men effekten kommer til uttrykk overalt i organisasjonen. Bakgrunnen for rekkefølgen av elementene er at jo lengre ned på figuren de befinner seg, jo mer skjer de ubevisst og blir dermed tatt for gitt.



**Figur 3 Elementer av organisasjonskultur (Schein, 1985).**

## 2.3 Historisk bakgrunn

Kulturen i organisasjoner har ikke blitt studert i særlig stor grad, men begrepet ”klima” har en lengre historie i forskningsmiljøer (Schein, 1990). Klima er derimot bare overflaten av kulturbegrepet og det er nødvendig å gjøre et større dypdykk i organisasjonens verden for å få et realistisk innblikk i en organisasjons kultur (Schein, 1990).

Cameron og Quinn (2006) mener at grunnen til ignoransen kulturperspektivet ble møtt med før 1980-tallet, er at dette perspektivet inkluderer verdier som tas for gitt; underliggende antakelser, forventninger, definisjoner og kollektive minner. I boken sies det videre at organisasjonskultur baseres på de ansattes identitet, og gir uskrevne retningslinjer for hvordan en skal oppføre seg i organisasjonen (Cameron & Quinn, 2006).

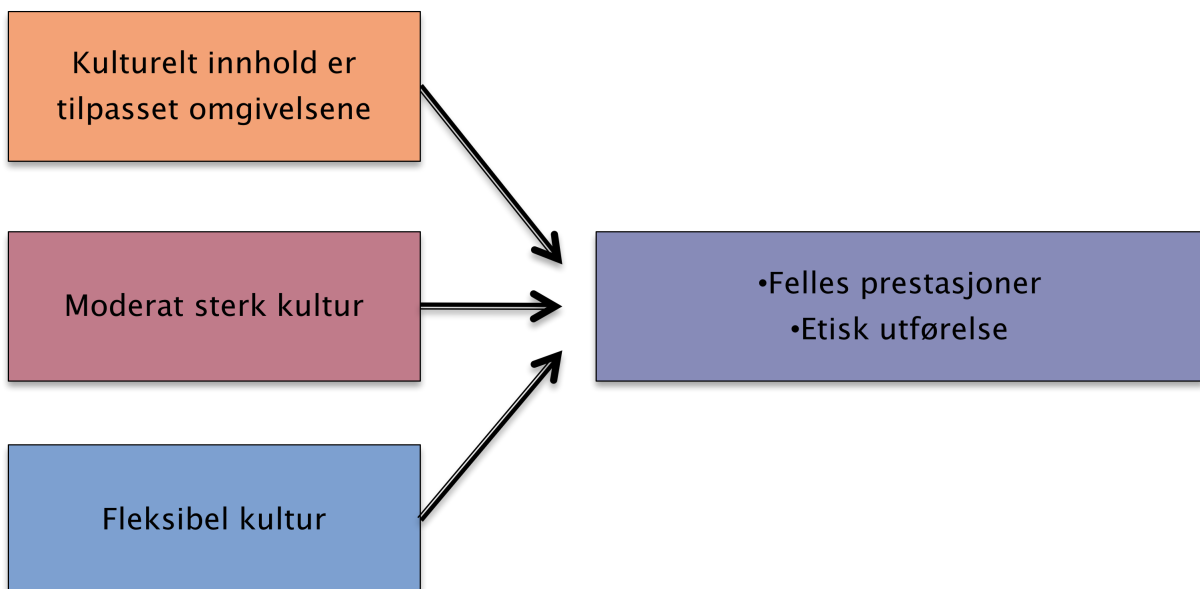
I 1940-årene ble organisasjonspsykologi utforsket av Lewiniske aksjonsstudier for grupper og individer. Det var først i 1950- og 1960-årene at denne typen psykologi ble sammenliknet med større systemer og hele organisasjoner.

Det er fem hovedperspektiver som har påvirket dagens definisjon av organisasjonskultur; bruk av spørreskjema, analytisk deskriptiv, etnografisk, historisk og klinisk deskriptiv forskning (Schein, 1990). I de senere år er det i økende grad gjort forskning på temaet organisasjonskultur, og tilnærmingen er mer deskriptiv og klinisk enn tidligere, noe som eksempelvis er tydelig i den nevnte definisjonen ved Schein (1990). En har slått fast at det er nødvendig å inneha kunnskap om organisasjonens praksis før råd gis om hvordan kulturen bør endres. Schein (1990) konkluderer med at en forening av etnografisk og klinisk deskriptiv forskning er den mest passende metoden for studie av organisasjonskultur, slik situasjonen er i dag.

## 2.4 Sterk og svak organisasjonskultur

McShane (2003) og Brunsson (1986) hevder at en god organisasjonskultur oppnås når de fleste ansatte har de samme dominante verdiene. I mange organisasjoner viser det seg at en kultur er favorabel så lenge den er i tråd med arbeidsoppgavene som skal utføres. For at organisasjonen skal kunne tilpasse seg skiftende omgivelser bør dermed kulturen være av moderat styrke (Sjøvold, 2014).

Figur 4 illustrerer at forskjellige kulturtyper kan lede til gode prestasjoner utført på etisk vis dersom kulturen tilpasses den enkelte organisasjonen. Innad i sykehusorganisasjonen er det mange typer avdelinger, og det er naturlig å tenke seg at det er ulike forutsetninger for at en operasjonsstue og en palliativ avdeling skal fungere godt, da behandlingsformålet er forskjellig (André et al, 2013). I et sykehus som helhet er tilstrømmingen av pasienter av forskjellig stabilitet, avhengig av avdelingstype, men vi kan regne antall pasienter som relativt ustabil (McShane & Von Glinow, 2003).



**Figur 4: Organisasjonskultur og prestasjon (McShane & Von Glinow, 2003).**

Med tanke på at antallet pasienter og dermed behandlingsetterspørsmål er varierende kan kanskje en fleksibel organisasjonskultur være passende i sykehusdrift.

## 2.5 Endring av organisasjonskultur

I kapittel 2.4 ble det konkludert med at det kan være gunstig å forandre sykehusstrukturen mot å bli mer fleksibel og kongruent med omgivelsene og behandlingsformålet. Det blir da naturlig å spørre seg hvordan organisasjonskulturen bør endres for å møte fremtidens krav om kongruens, både internt og i forhold til omgivelsene.

Schein (1990) presenterer case materiale som illustrerer hvordan man skal analysere organisasjonskultur, samt hvordan kulturell forandring skal tilnærmes i organisasjoner. Han poengterer at det er liten enighet om hvordan kultur skal måles og observeres og at det inneholder elementer fra både antropologi, sosiologi, sosial psykologi og organisatorisk atferd. Denne artikkelen velger å ta utgangspunkt i paradigmene sosial psykologi og antropologi. Schein (1985) løser definisjonsproblemet for organisasjonskultur ved å innføre presise dimensjoner på empiriske målemetoder for kultur; organisasjonens forhold til omgivelsene, menneskelig aktivitet, hvordan realitet og sannhet defineres, tidsorientering, synet på menneskers natur, menneskelige forhold og homogenitet i forhold til diversitet.

Kvantitative måleinstrumenter kan måle organisatorisk endring i helsesektoren. Til nå har helsereformer hatt fokus på å endre organisasjonsstruktur. Enkelte studier hevder at endring av organisasjonsstruktur ikke er tilstrekkelig for å prestere en høy kvalitet på helsetjenester, men "kulturell transformasjon" må også vektlegges (Scott, Mannion, Davies, & Marshall, 2003).

## **2.6 Oppsummering**

Organisasjonskultur er beskrevet og definert en rekke ganger gjennom historien. Dagens definisjon av organisasjonskultur har bakgrunn i fem hovedperspektiver; bruk av spørreskjema, analytisk deskriptiv, etnografisk, historisk og klinisk deskriptiv forskning. McShane (2003) har beskrevet ulike elementer av organisasjonskultur og hvilken praktisk betydning disse har for kulturen i en organisasjon.





## **3 Verdier**

Verdier er, som nevnt, en del av selve organisasjonskulturen (figur 3) og gir effekter i en organisasjon. I dette kapittelet skal vi se på to kilder med henblikk på verdier og kongruens. Brunsson (1986), beskriver organisasjonens verdier i forhold til omgivelsenes verdier og Vandenberghe (1999) har skrevet en studie om intern kongruens og at de ansattes verdier balanseres opp mot organisasjonens verdier.

### **3.1 Tilpasning til omgivelsene**

Brunsson (1986) studerer organisasjoners forhold til omgivelsene, og den reduserte handlingskraften som kan oppstå i organisasjoner dersom de ikke imøtekommer kravet om fleksibilitet i forhold til omgivelsene. For å kunne overleve må organisasjoner være kongruente med omgivelsene, enten ved å være fleksible og tilpasse seg omgivelsenes normer og verdier, eller ved å influere omgivelsene til å tilpasse seg organisasjonen. Videre skriver Brunsson (1986) at formell organisasjonsstruktur eksisterer like mye for å vise konformitet overfor omgivelsene, som for koordineringens skyld. Profittsøkende organisasjoner har en tendens til å spesialisere seg slik at deres verdier samsvarer med én del av omgivelsene, mens andre deler av omgivelsene blir neglisjert.

### **3.2 Verdier blant de ansatte**

Når en organisasjon mottar etterspørsel fra en rekke inkongruente grupper krever dette at organisasjonens interne aktiviteter er inkongruente samtidig som at organisasjonen forblir handlingskraftig. De ansatte forventes da å arbeide mot et felles mål, og et virkemiddel man bruker er ofte å implementere sterke ideologier i organisasjonen slik at man deler de samme oppfatningene og verdiene. Samtidig benyttes ledelsesmetoder, som hierarki og andre metoder for konfliktløsning (Brunsson, 1986).

De ansatte utgjør en stor del av den interne delen av organisasjonen, og helsevesenet bør derfor, i likhet med andre industrier, ta de ansattes verdier under betraktning ved evaluering av organisasjonskulturen. Vandenberghe (1999) har skrevet en studie som bekrefter teorien om at verdiene til de nyansatte korrelerer med kulturen i organisasjonen, og dette er en sterk retningsssnor på hvor lenge den ansatte vil forbli i organisasjonen eller avdelingen, altså sier dette forholdet noe om organisasjonens turnover. Videre fremgår det av artikkelen at høy turnover har innvirkning på organisasjonskulturen, siden det er kjent at en viss kontinuitet er fordelaktig for å oppnå godt arbeidsmiljø, som igjen er et produkt av kulturen (Vandenberghe, 1999). Med tanke på at et sykehus praktiserer turnusordninger, samt deltidsstillinger, er det vanskeligere å oppnå kontinuitet i arbeidet. Dette kan utgjøre en utfordring for verdigrunnlaget i sykehus. De siste årene har ineffektivitet som følge av mye tidsbruk på organisatoriske aktiviteter vært diskutert i media. Blant annet målstyring og Lean produksjon har blitt vurdert som løsninger på hvordan rapportering og kommunikasjon mellom de ansatte skal foregå mer effektivt.

En dominant organisasjonskultur defineres av "temaer som deles mest utbredt blant organisasjonens medlemmer" (2.1). Dersom man lykkes med en effektivisering vil derfor kanskje verdigrunnlaget styrkes slik at organisasjonskulturen gjenspeiler de ansattes verdier (Vandenberghe, 1999). Vandenberghe (1999) studerer altså kongruenstemaet i et internt perspektiv. Det er også viktig å huske på at verdiene til aktørene innad i sykehusorganisasjonen bør balanseres; den korporative kulturen må balanseres mot profesjonskulturen, og disse to kulturperspektivene er ikke alltid samstemte.

### **3.3 Oppsummering**

Forskningsmateriale fra Vandenberghe (1999) og Brunsson (1986) viser at organisasjonskulturen må være kongruent med både interne og eksterne aktører for at organisasjonen skal nå målsetningene sine. For å få til dette må organisasjonens verdier gjenspeile både de ansattes verdier og omgivelsenes verdier.

## 4 Antakelser

I følge enkelte forskere representerer antakelser den dypeste delen av organisasjonskulturen siden antakelser er ubevisste (McShane & Von Glinow, 2003). I dette kapittelet vil roller og holdninger i sykehusorganisasjonen bli presentert med fokus på profesjonsforskjeller, og da særlig forskjeller mellom leger og sykepleiere.

### 4.1 Roller i helsevesenet

I helsevesenet forventes en viss type oppførsel av en ansatt på bakgrunn av yrke og posisjon. En grunn til dette kan være at personen enten går inn i en bestemt rolle ut i fra yrke og posisjon fordi dette er forventet, eller at medarbeidere har en bestemt oppfattelse av yrkesoppførselen til personen, slik at den ansatte blir tilskrevet en bestemt oppførsel uten at dette stemmer overens med realiteten. Dette fenomenet kalles *stereotypier* og er beskrevet i en rekke artikler (Carpenter, 1995; Sjøvold, 2006).

Sjøvold (2006) skriver om stereotypier og at den menneskelige evnen til å danne stereotypier gir oss en god evne til å sortere informasjon i sosiale sammenhenger, samt til å ta raske beslutninger ut i fra tidligere erfaring. Disse egenskapene gjør at vi tillegger andre mennesker egenskaper uten noe vurderingsgrunnlag (Sjøvold, 2006). Carpenter (1995) skriver om stereotypier i helsevesenet, og om hvordan disse stereotypiene påvirker samarbeidet mellom profesjonene, i tillegg til hvordan stereotypisk tankegang kan endres gjennom interprofesjonell utdanning. I artikkelen sammenliknes leger og sykepleiere med tanke på hvordan de forholder seg til pasienten: Legen har et maskulint, rasjonelt og objektivt syn på pasienten, mens sykepleieren har en feminin og omsorgsfull pasienttilnærming (Carpenter, 1995). I artikkelen hevdes det at leger og sykepleiere spiller et slags rollespill. På bakgrunn av legens verdifulle tidsbruk og oppmerksomhet kan det oppfattes som at det foregår en viss prosessering av pasienter. Legens overlegne rolle understrekes av gestikulering og ansiktsuttrykk, slik at pasienten oppmuntres til å oppføre seg ærbødig overfor legen. Sykepleieren er, både på bakgrunn av sosialisering og som

en naturlig følge av tett samarbeid med legen, underdanig og kommer med få meningsytringer og oppmuntrer pasienten til å snakke minst mulig. Carpenter (1995) går så langt som å si at sykepleierens store oppmerksomhetsvielse til legen kan gå på bekostning av pasientbehandling. Det konkluderes videre med at begge profesjoner må innstille seg på forandring dersom dette rollemønsteret skal endres (Carpenter, 1995). Sykepleierstudentene i nevnte studie gjennomgikk et kurs, og resultatet ble at forventningene de hadde i forhold til leger ble mindre tydelige og mer positive etter kurset enn tidligere. Legestudentene hadde på sin side kun positive karakteristikk av sykepleiere på forhånd, og disse forandret seg ikke i løpet av kurset. Et viktig poeng i forbindelse med dette er at det er enklere å forandre enkelt observerbare fenomener (Carpenter, 1995).

## **4.2 Holdninger**

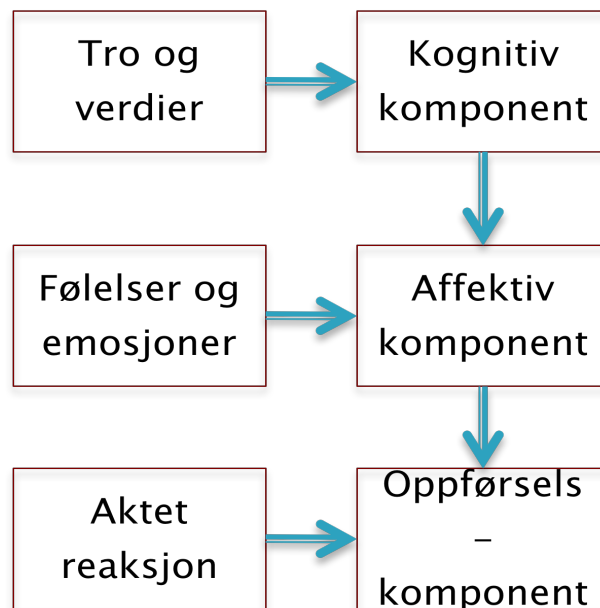
Gode holdninger blant de ansatte er viktig for å bygge en organisasjonskultur som samsvarer med organisasjonens mål og visjoner. I dette delkapittelet velges St. Olavs Hospital som illustrerende eksempel. St. Olavs Hospital har følgende visjon og verdigrunnlag: "St. Olavs Hospital – en kilde til helse og utvikling er visjonen vi strekker oss etter. Vårt verdigrunnlag, helhet, likeverd, respekt og medbestemmelse danner grunnlaget for vårt systematiske kvalitets- og forbedringsarbeid slik at vi sammen skal bli litt bedre i dag enn i går" ("St. Olavs Hospital: Hovedprogram for forbedring 2012-2017, Handlingsplan," 2012).

I denne delen defineres først begrepet holdninger før holdningsforskjeller mellom helseprofesjoner ses på. Dette på bakgrunn av at holdningsforskjeller kan være en viktig del av organisasjonskulturen i sykehus.

### **4.2.1 Definisjon**

Martin (1998) skriver om holdninger og om hvordan disse dannes i en organisasjon. Figur 5 hentet fra boken beskriver dannelsen av holdninger og hvordan holdninger inndeles i tre komponenter; en kognitiv komponent, en affektiv komponent og en komponent som bygger på oppførsel. Den kognitive komponenten bygger på det

enkelte individets verdier og tro. Affeksjoner læres gjennom sosial omgang. Komponenten oppførsel reflekterer faktiske eller gjennomførte handlinger, om individet vil fortsette nåværende oppførsel, skifte oppførsel eller liknende (Martin, 1998).



Figur 5: Konstruksjon av en holdning (Martin, 1998).

#### 4.2.2 Forskjeller basert på yrke

Hojat et al (2001) skriver om holdninger i forhold til sykepleier-lege-samarbeid i USA og Mexico differensiert på blant annet de to faktorene kjønn og yrke. I følge artikkelen er holdninger til samarbeid en funksjon av rollene skapt av organisasjonskulturen, noe som betyr at kultur er veiledende for profesjonell oppførsel. Her kommer det frem at profesjonelle roller og profesjonell autonomi er blitt analysert siden 1960-tallet. Lege-sykepleier-forholdet blir beskrevet som komplementært og preget av gjensidig avhengighet (Hojat et al., 2001).

Artikkelen skrevet av Hojat et al (1999) beskriver en liknende studie med fokus på holdninger til lege-sykepleier-samarbeid blant studenter innenfor disse to yrkene.

Studien kommer med forklaringer på hva som kan være årsaken til at det eksisterer barrierer for samarbeid; "Barriers to collaboration are linked historically to differences in education, culture, social status, legal jurisdiction, and language or communication style as well as professional elitism, sex-role stereotypes, role ambiguity, and incongruent expectations" (Hojat et al, 1999, s. 209-210). Hojat et al (1999) understreker at kjønnsrollemønsteret som tidligere har eksistert i stor grad i helsesektoren er forandret. Dette ser vi ved at det er flere mannlige sykepleiere og flere kvinnelige leger nå enn tidligere, samt at utdannelsen av sykepleiere, inkludert videreutdanning, er av høyere kvalitet. Denne utviklingen promoterer at sykepleiere er legens samarbeidspartner fremfor legens assistent (Hojat et al., 1999).

Etter gjennomføringen av holdningsundersøkelsen ble svarene til studentene registrert under fire kategorier; delt undervisning og profesjonelt samarbeid, omsorgsperspektiv i kontrast til legens behandlingsperspektiv, sykepleieres autonomi og den fjerde og siste faktoren legens autoritet. Under hvert spørsmål fikk hver kategori en prosentvis score, noe som viser hvor viktig hver kategori er innen forskjellige temaer eller situasjoner (Hojat et al., 1999). På bakgrunn av kjønnsforskjeller og yrkesforskjeller resulterte undersøkelsen i at sykepleierne i de to landene var mer positive til sykepleier-lege-samarbeid enn legene.

### **4.3 Oppsummering**

I helsevesenet forventes en viss type oppførsel av en ansatt på bakgrunn av yrke og posisjon. Dette kalles stereotypier og er beskrevet i en rekke artikler. Carpenter (1995) har skrevet om stereotypier i helsevesenet, hvilke forskjeller som finnes mellom leger og sykepleiere vedrørende kommunikasjon med hverandre, og hvordan dette påvirker pasientbehandling. Martin (1998) har skrevet om holdninger og om hvorfor disse oppstår i en organisasjon.

## 5 Artefakter

I figur 3 så vi at det finnes en rekke artefakter som representerer de synlige attributtene for kulturen i en organisasjon. I dette kapitlet går vi gjennom *fysiske strukturer*, *språk* og *ritualer og seremonier* ved å undersøke eksempler på hvordan disse artefaktene kommer til uttrykk i et sykehus.

### 5.1 Fysiske strukturer

Fysiske strukturer er viktige symboler i en organisasjon og bør gjenspeile organisasjonens målsetninger på best mulig måte. Dette kan styrke organisasjonskulturen.

Mange sykehus er strukturelt sett store organisasjoner preget av lange avstander, i tillegg til mange ansatte med varierte arbeidsoppgaver. Dette kan medføre utfordringer i forhold til logistikk, som igjen kan gi utfordringer tilknyttet koordinering av aktiviteter. I tillegg har ansatte på et sykehus variert bakgrunn hva gjelder utdanning, opplæring og erfaring. Dette gir utfordringer av integrerende grad tilknyttet utveksling av informasjon.

Glouberman og Mintzberg (2001) har skrevet en todelt artikkel som beskriver sykehusorganisasjonen når det gjelder differensiering (del I) og integrering (del II). Dette delkapitlet tar for seg disse to aspektene separat. Begrepet *differensiering* kan her tolkes som å gjøre forskjell på de ulike enhetene i organisasjonen. *Integrasjon* kan tolkes som samordning og koordinasjon av arbeidsoppgavene i organisasjonen.

#### 5.1.1 Differensiering

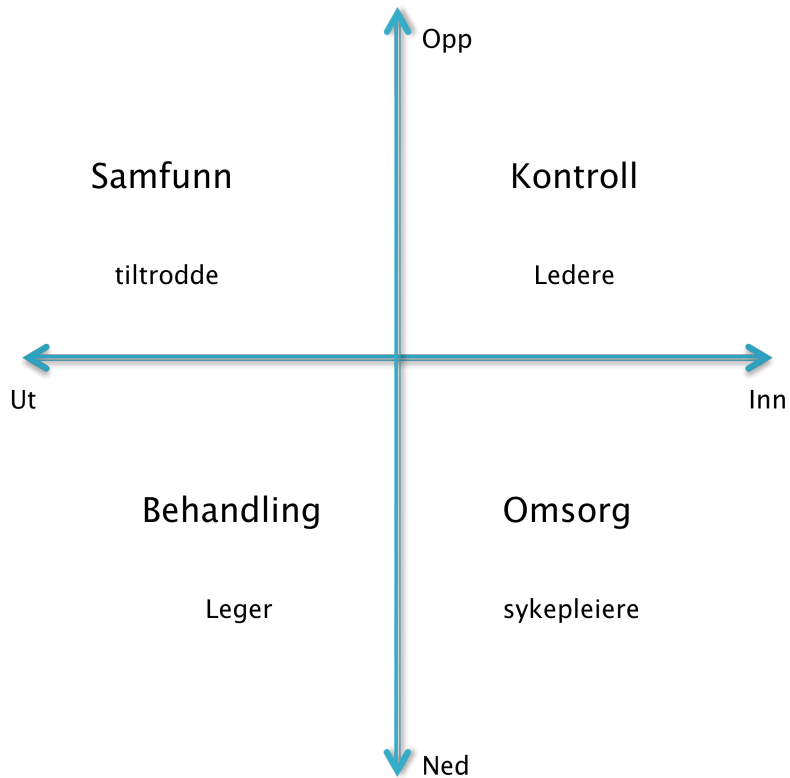
Grad av differensiering og integrasjon går hånd i hånd, og høy grad av differensiering krever høy grad av integrasjon. Del I (Glouberman & Mintzberg, 2001b) konkluderer med at i helsevesenet har man høy grad av differensiering selv om integreringen er

lav. Dette betvinger frem påstanden om at differensieringen må ned eller integreringen må økes. Siden differensiering er selvsagt i helsesystemet, da dette er nødvendig for å kunne behandle pasienter, er økt integrering en naturlig målsetning (Glouberman & Mintzberg, 2001b).

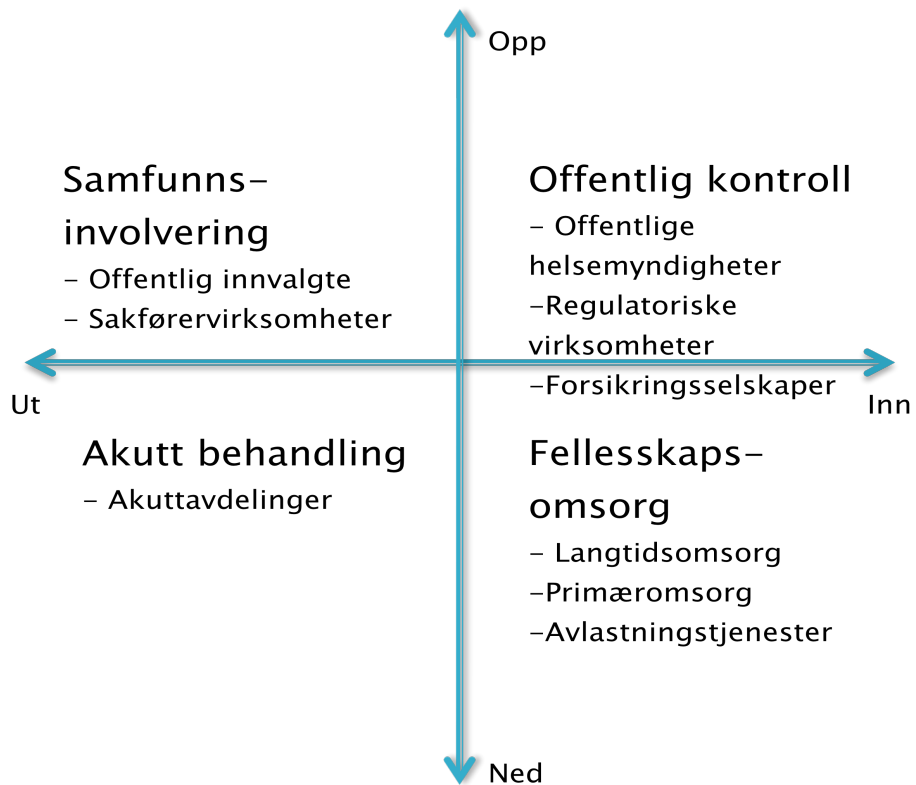
I del I beskrives sykehuset i fire verdener på bakgrunn av aktiviteter, organiseringsform og tankegang. Figur 6 illustrerer disse fire verdenene. Den samme figuren viser også hvordan de forskjellige aktørene i systemet administrerer sine oppgaver. I nedre, venstre kvadrant finner vi behandling. Leger administrerer eksternt, da de er teknisk uavhengige av organisasjonens formelle styring (Glouberman & Mintzberg, 2001b). I figur 6 og figur 8 ser vi at sykepleiere plasseres under *omsorg* i nedre høyre kvadrant og kommuniserer pasientinformasjon internt til legene, samtidig som de er lojale overfor organisasjonen og rapporterer internt til lederne. Leger plasseres under *behandling* i nedre venstre kvadrant og kommuniserer med sykepleiere internt mot pasienten og eksternt mot samfunnet. Aktører som administrerer opp mot de som kontrollerer eller finansierer institusjonen, som statlige selskaper og forsikringsselskaper, tilsvarer sykehusledelse og andre offentlig ansatte. Disse aktørene har ikke direkte styring over pasientbehandling. I øvre, venstre kvadrant finner vi samfunnet, mens i øvre, høyre kvadrant har vi sykehusledelsen, som kontrollerer organisasjonen. De to sistnevnte administrerer henholdsvis eksternt og internt, som vist i figur 6 og 8 (Glouberman & Mintzberg, 2001b).

Figur 7 viser organisasjonens fire verdener ett nivå opp, hvor sykehuset kan plasseres i nedre, venstre kvadrant. Figuren illustrerer helsesektoren som helhet og viser sykehusets plass i dette systemet. I dag er administrasjonsmakten nærmere øvre venstre kvadrant, da det offentlige ønsker stor innflytelse på beslutningstaking rundt helsetjenester (Glouberman & Mintzberg, 2001b).

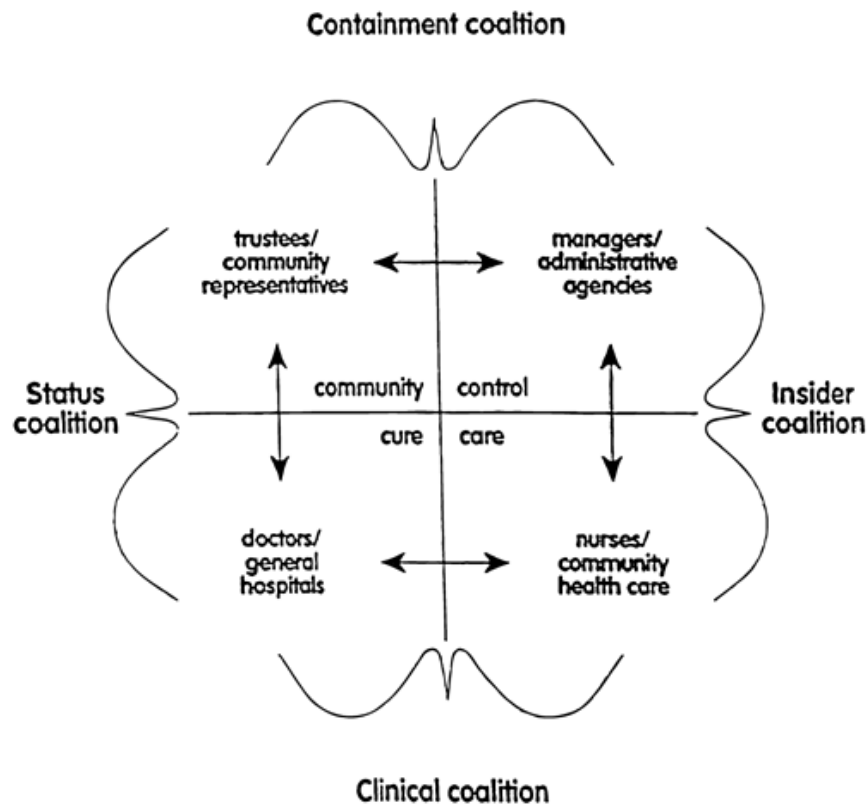




Figur 6 De fire verdener (Glouberman & Mintzberg, 2001b).



Figur 7 De fire verdener opp ett nivå (Glouberman & Mintzberg, 2001b).



**Figur 8 Koalisjoner mellom aktørene i sykehusorganisasjonen (Glouberman & Mintzberg, 2001b).**

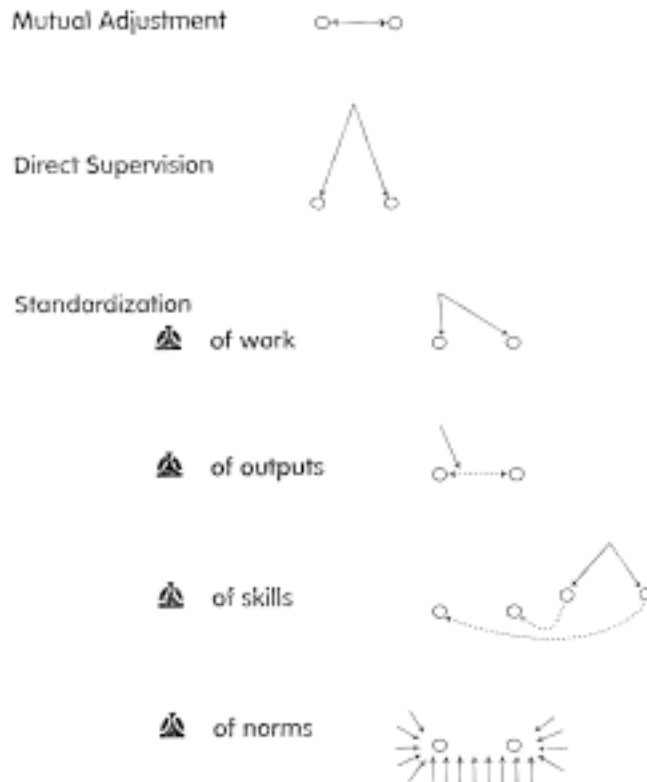
Figur 8 viser hvordan alle aktørene i sykehusorganisasjonen og hvordan deres forhold til de andre aktørene i organisasjonen er. Figuren illustrerer at aktørene i hver kvadrant har koalisjoner med aktører i to andre kvadranter. Hvilken kvadrant de forskjellige aktørene velger å rette fokus mot, avhenger av hvor de kan hente flest fordeler, og hvilke aktører det er mest naturlig å samarbeide tettest med (Glouberman & Mintzberg, 2001b). Figuren illustrerer hvordan de ulike aktørene sykehusorganisasjonen inndeles i *the four c's*. *Community* representerer samfunnet, *control* betegner sykehusledelsen, legene er ansvarlige for pasientbehandling og plasseres under *cure*, mens sykepleiere og andre pleiere representerer omsorg, *care*. Den medisinske profesjonsidentiteten er sterk og følger prinsippet om å kurere

og lindre sykdom, ikke å følge organisasjonens budsjett til en hver tid (Matlary, 2008). I den samme artikkelen påpekes det at fra den medisinske synsvinkel anses mennesket som mål, ikke som middel.

### 5.1.2 Integrasjon

Glouberman og Mintzberg (2001a) skriver om seks integrasjonsmetoder i organisasjonen. Disse illustreres i figur 9 og består av gjensidig tilpasning, direkte kontroll og fire former for standardisering. Gjensidig tilpasning er når to parter tilpasser seg hverandre, gjennom informativ kommunikasjon, ettersom arbeidet fremskrider. Direkte kontroll kjennetegnes ved at en aktør som ikke utfører arbeidet selv har ansvar for å koordinere arbeidet. Standardisering av selve arbeidet er den første standardiseringsformen, og her ligger koordineringen i designet av arbeidet. Den andre formen for standardisering er når resultater standardiseres. Når kunnskap og ferdigheter er standardisert vet de forskjellige aktørene hva de skal forvente av hverandre, og denne formen for standardisering er fremtredende i en kunnskapsorganisasjon som sykehuset. Den siste formen for standardisering er når normer standardiseres, og gjør at alle aktørene i organisasjonen arbeider mot et felles mål (Glouberman & Mintzberg, 2001a).

I følge Glouberman og Mintzberg (2001a) er de fleste organisasjoner preget av flere typer integrasjon, og ofte vektlegges én av formene. Som allerede nevnt er sykehusets organisasjon preget av standardisering av kunnskap. I tillegg hevder artikkelens forfattere at det som oftest er nødvendig å ta i bruk informert kommunikasjon gjennom gjensidig tilpasning i en sterk arbeidskultur (Glouberman & Mintzberg, 2001a).



**Figur 9 Seks former for integrasjon (Glouberman & Mintzberg, 2001a).**

## 5.2 Språk

Som vi ser av figur 3 er språk et verktøy for organisasjonskultur. Språk er utvilsomt ett av de viktigste virkemidlene i menneskers kommunikasjon og omfatter ikke bare hva som blir sagt, men også på hvilken måte det blir sagt. Dette delkapittelet omfatter derfor begrepet kommunikasjon så vel som språk i seg selv.

Det er naturlig å tenke seg at atmosfæren på en arbeidsplass har mye å si for hvordan kommunikasjonen arter seg. Akre et al (1997) har beskrevet kommunikasjonen og atmosfæren mellom leger gjennom en undersøkelse blant norske leger, og konkluderer med at lege-lege-kontakt er preget av støtte og gjensidig respekt. Likevel poengterer studien at den siste tidens nedskjæringer i helsesektoren har ført til økt stress og dermed en mindre støttende atmosfære enn

tidligere. Nedskjæringene har også ført til mindre profesjonell autonomi, og undersøkelsen viser at denne faktoren påvirker arbeidsklimaet i stor grad. I følge sykepleiere har personlige konflikter mellom leger mest å si for atmosfæren på en sykehusavdeling. Nedskjæringene kan også ha noe å si for kommunikasjonen mellom de ansatte, da det kan føre til at enkelte teammedlemmer blir mer dominante på grunn av stress og økt krav til å prestere over kort tid (Akre, Falkum, Hoftvedt, & Aasland, 1997).

Grumbach og Bodenheimer (2004) har skrevet en artikkel om hvordan arbeid i helseteam kan forbedre primærhelsetjenesten. I artikkelen beskrives hvordan teambygging kan foregå, og nevner i den sammenhengen kommunikasjon som en av de fem hovedelementene i teambygging. Kommunikasjon innebærer i denne sammenhengen både kommunikasjonsstrukturer og kommunikasjonsprosesser, der førstnevnte kan tilskrives formelle informasjonsmetoder og møter, mens sistnevnte tilsvarer blant annet feedback (Grumbach & Bodenheimer, 2004). Kommunikasjon og samhandling i team beskrives nærmere i kapittel 7.

Sykehus er en typisk kunnskapsbedrift. Dette betyr at de ansatte besitter variert mengde og type informasjon, noe som kan utgjøre en utfordring når det gjelder å vurdere hva som er relevant informasjon for mottakeren av informasjonen i hvert tilfelle. Koordinering av kommunikasjon er viktig med tanke på pasientsikkerhet, da valg av behandlingsform avhenger av informasjonen man innehar om pasienttilfellet. Det er derfor essensielt at all relevant informasjon blir utvekslet innad i helseteamet slik at behandlingskvaliteten optimaliseres og dermed pasientsikkerheten øker. Med dette vil verktøyet språk bidra til en sterkere organisasjonskultur.

### **5.3 Ritualer og seremonier**

Ritualer og seremonier representerer artefakter i organisasjonskultur. Som nevnt tidligere er organisasjonskulturen i sykehus preget av lange tradisjoner og rigid struktur. Under betegnelsen ritualer og seremonier innenfor helsevesenets rammer er det særlig en teori som ikke kan unngås; *Doctor-nurse game*. Teksten under

illustrerer denne teorien slik den var på 1960-tallet sammenliknet med slik den kom til uttrykk i 1990-tallets yrkessamfunn.

### 5.3.1 Doctor-nurse game

Stein et al (1990) skriver om den mye omtalte teorien *Doctor-nurse game*. Denne teorien tar for seg mange av synspunktene på hvorfor lege-sykepleier-forholdet er slik det er. I 1967 var forholdet mellom de to profesjonene inndelt i et rigid hierarki der alle arbeidsoppgaver skulle passe inn i hierarkiets system. "Kardinalregelen" i *doctor-nurse game* var at åpen uoverensstemmelse mellom spillerne måtte unngås. På denne måten måtte sykepleierne komme med anbefalinger uten å antyde at de hadde fremmet meningsytringer, legene måtte forespørre en anbefaling uten å antyde at de hadde bedt om en anbefaling (Stein, Watts, & Howell, 1990). Artikkelen understreker at forskjellene er store mellom 1967 og 1990-tallet, selv om man kan se spor av det beskrevne hierarkiet i moderne sykehus. *Doctor-nurse game* i 1990 legger vekt på sykepleiernes forandrede rolle ved at de ikke lenger godtar spillets regler, men ønsker å forandre både sykepleieryrket og sykepleieres forhold til annet helsepersonell – sykepleieres autonomi er blitt satt på dagsorden. Forfatterne begrunner denne utviklingen med at sykepleiere har fulgt menneskets natur, ved å ønske gjensidig uavhengighet og autonomi i stedet for avhengighet (Stein et al., 1990). Vi kan med dette forsøke å plassere lege-sykepleier-forholdet inn i figur 10. Selv om det fortsatt er en vei å gå i forhold til balanse mellom de to yrkene, har man med tiden beveget seg mot kvadranten øverst til høyre; gjensidig avhengighet.

Stein et al (1990) skriver videre om henholdsvis sykepleieres og legers reaksjoner på sykepleiernes endrede maktposisjon. Det påpekes at enkelte sykepleiere i dag har en langt mer "rebelsk" oppførsel enn sykepleiere har hatt tidligere, og at de ønsker å fortsette en slags frigjøring av yrket. Legenes reaksjoner varierer, i følge artikkelen, avhengig av legens mening om sykepleiernes plass i systemet i utgangspunktet (Stein et al., 1990).

Artikkelen benyttet her ble skrevet i 1990, og er altså over 20 år gammel. Mye kan ha, og har sannsynligvis, forandret seg siden den gang. Jeg velger likevel å inkludere

artikkelen i denne oppgaven fordi den har en interessant vinkling i forhold til spørsmålet om hvorfor lege-sykepleier-forholdet er slik det er i dag.

## 5.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett hvordan Glouberman og Mintzberg (2001) skriver om differensiering og integrering i en organisasjon og om hvordan disse to komponentene bør samordnes. *De fire verdener* er illustrert i flere figurer og viser hvordan de ulike aktørene i et sykehus tilhører en stor organisasjon. Vi har studert ulike integrasjonsformer og hvilken form som bør velges i ulike organisasjoner. Stein et al (1990) presenterte *Doctor-nurse game* som viste hvordan samhandlingen mellom lege og sykepleier har endret seg fra 60-tallet til mer moderne tider.





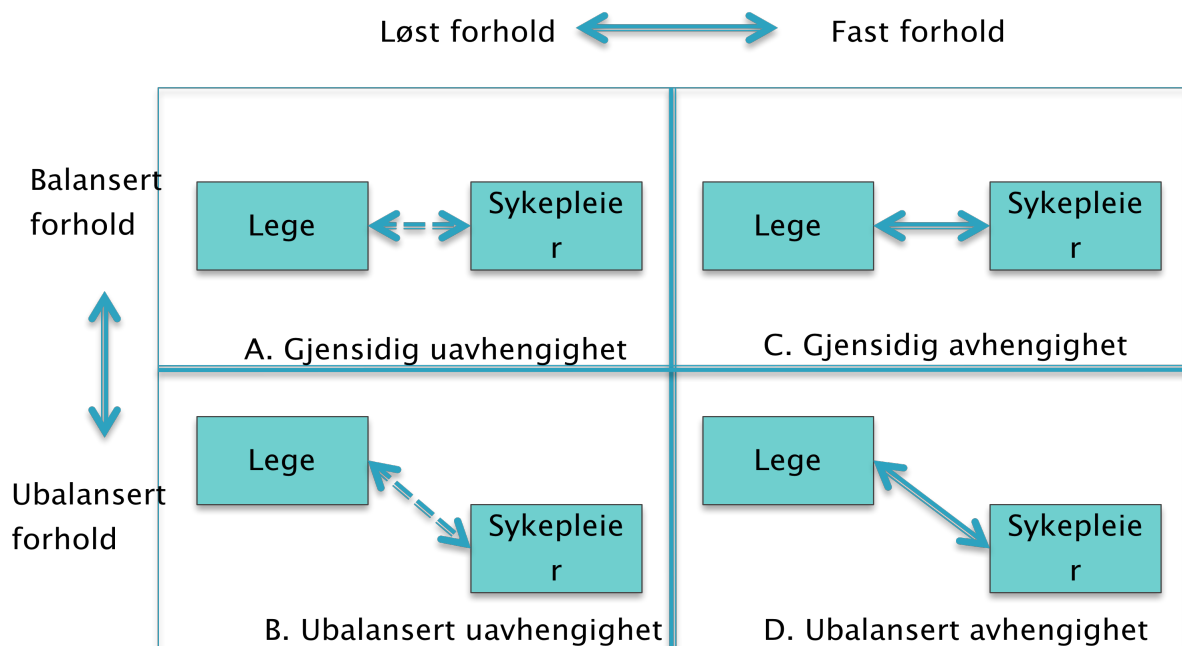
## 6 Makt

Vi har allerede vært inne på at organisasjonskulturen i et sykehus er dominert av rigide strukturer og lange tradisjoner, der yrkesprofesjonene har forventede rolletyper. Ut i fra et maktperspektiv kan sykehus beskrives som et kunnskapsbasert hierarki der ansatte med lengst utdanning er plassert øverst, og utdanningsnivå er avtagende nedover i hierarkiet. I dette kapittelet vurderes forholdet mellom de ulike rollene i sykehusorganisasjonen med tanke på maktforskjeller.

I boken "Teamet" av Sjøvold (2006) beskrives Talcott Parsons' AGIL-modell, som setter grupper i en kontekst der hvert gruppemedlem opererer som uavhengig aktør i gruppen (gjensidig uavhengighet), samtidig som at gruppemedlemmet er avhengig av arbeidet som gjøres av de øvrige medlemmene (gjensidig avhengighet). Økt avhengighet kan oppstå eksempelvis dersom den ene parten besitter mer kunnskap enn den andre (Sjøvold, 2006; Sjøvold, 2016). Ut i fra maktteori betyr økt kunnskap økt innflytelse og makt, eller *ekspertmakt* (McShane & Von Glinow, 2003). I følge samme kilde kan informasjonsmakt innta to former; kontroll over informasjon til andre ansatte, og evnen til å håndtere ustabile og vanskelige situasjoner (McShane & Von Glinow, 2003). Det sistnevnte kan til en viss grad tilskrives leger da disse har større faglig kunnskap på papiret. Samtidig er dette også en form for makt som er avhengig av personlige karaktertrekk, og kanskje erfaring har like mye å si som faglig tyngde. I så fall kan ustabile og vanskelige situasjoner utarte seg som en diskusjon og maktprøvelse mellom sykepleier og lege, eller mellom lege og lege.

Flere typer interorganisatoriske maktforhold er beskrevet i litteraturen (De Wit & Meyer, 2010). Dersom vi definerer legen som en organisasjon og sykepleieren som en organisasjon, kan man plassere disse to yrkene i figur 10. Ved gjensidig uavhengighet kan partene handle totalt uavhengig av hverandre, noe som ikke vil være en passende beskrivelse av lege-sykepleier-forholdet, siden de to yrkene er avhengige av hverandre for å fungere. Vi kan dermed plassere lege-sykepleier-forholdet på høyre side på figur 10. Ved bestemmelse av øvre eller nedre kvadrant må vi velge forholdet som balansert eller ubalansert. Lege-sykepleier-forholdet kan

kanskje plasseres i nederste kvadrant, siden legene kan sies å ha en lavere grad av avhengighet i forholdet, og til en stor grad dominerer over sykepleierne. Dersom en tar utgangspunkt i at sykepleieren ønsker et mer balansert maktforhold mellom leger og sykepleiere, kan vi kanskje si at kvadranten øverst til høyre er en illustrasjon på en mer ønskelig situasjon fra en sykepleiers synsvinkel.



Figur 10 Relative maktforhold i interorganisasjonelle forhold (De Wit & Meyer, 2010).

## 6.1 Konsekvenser av makt

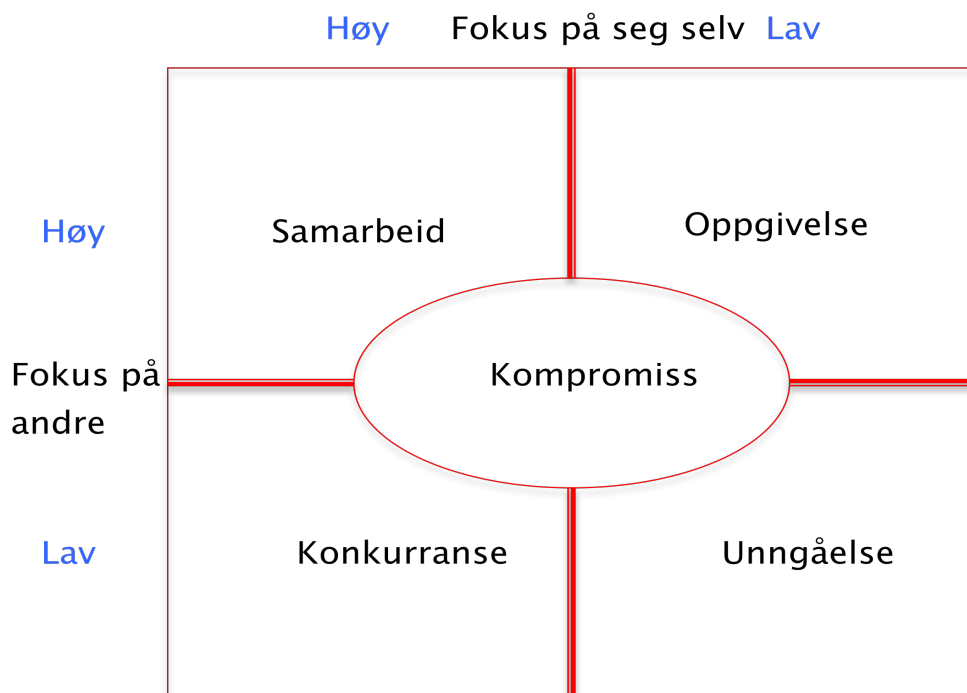
I følge McShane & Von Glinow (2003) kan makt ha en rekke uheldige konsekvenser. Den mest uheldige maktformen er i følge denne kilden *tvangsmakt*, og karakteriseres som makt som tvinger andre til å følge normer. Eksempelvis kan en lege ta beslutninger kun fordi han har tittelen "lege" for å sikre at personer som er under han i rangsystemet, som sykepleiere, skal følge sykehusnormene (McShane & Von Glinow, 2003).

## 6.2 Samarbeid og konfliktløsning

Dersom vi ønsker å undersøke hvorfor organisasjonskulturen er rigid kan det være interessant å utforske om det eksisterer en god arena for konfliktløsning, i tillegg til å studere om konfliktnivået er høyt i dagens sykehus. Det første spørsmålet en kan stille seg er *hvorfor* konflikter oppstår. Et annet spørsmål som det er naturlig å stille seg er *hvordan* man kan løse konflikter.

Først skal vi se på *hvorfor* konflikter oppstår i sykehus. Skjørshammer (2001) skriver at dårlig koordinasjon av helseprofesjoner er en av de vanligste årsakene til at konflikter oppstår i sykehus. Artikkelen beskriver en studie som har benyttet spørreundersøkelser til å kartlegge konfliktløsning på en intensivavdeling i et norsk sykehus (Skjørshammer, 2001). En lege sier at konflikter stort sett er personavhengige, og at terskelen for å definere en konflikt er høy for en lege. Videre kommer det frem at leger ønsker å unngå konflikter, da konflikter anses som pinlige og kan skade karrieren.

Konfliktløsning er omdiskutert og nevnes i mange sammenhenger. Rahim og Magner (1995), referer til "fem-stil-paradigmet", som ofte brukes for å beskrive konflikter i organisasjoner. I følge paradigmet er konkurranse, oppgivelse av egne krav, samarbeid, unngåelse og kompromiss fem metoder som kan benyttes til å håndtere konflikter (figur 11) (Rahim & Magner, 1995).



**Figur 11 Konfliktløsning (Rahim & Magner, 1995).**

Skjørshammers studie beskriver hvordan helseprofesjonene ved intensivavdelingen løser konflikter. Artikkelen viser at det på dette sykehuset benyttes tre strategier for å håndtere konflikter; kompromiss, konfrontasjon og problemløsning. Synspunkter fra andre profesjoner når det gjelder legers konflikthåndtering undersøkes nærmere, og det kommer frem at de andre profesjonene synes at legers konflikter er viktigst å håndtere siden leger er ansvarlige for initiering av pasientbehandling (Skjørshammer, 2001). Tidligere i dette kapittelet så vi at leger ønsker å unngå konflikter. Med tanke på at leger ofte har høyere stillinger representerer konfliktunngåelsen derfor en utfordring i forhold til konfliktløsning i sykehus.

Den samme studien viser at et hinder for konfliktløsning kan være at konfliktkonseptet defineres forskjellig av de ulike helseprofesjonene og dette kan gjøre at ulike profesjoner vurderer graden av *nødvendighet* for konfliktløsning forskjellig. En sykepleier sier at dersom konflikter ikke tas opp formelt i møtesammenheng blir det vanskelig å ta opp temaet til diskusjon igjen. Dette viser at det ikke finnes en god plattform for konfliktløsning i denne avdelingen (Skjørshammer, 2001).

### 6.3 Oppsummering

Figur 10 laget av De Wit og Meyer (2010) illustrerer ulike maktforhold som kan eksistere mellom leger og sykepleiere. Ubalansert avhengighet er ofte et beskrivende forhold mellom lege og sykepleier da legen har hovedansvaret for pasientbehandling. McShane og Von Glinow (2003) har nevnt en rekke eksempler på at ubalanserte maktforhold kan være skadelig for samarbeid. Den mest uheldige maktformen er i følge artikkelen *tvangsmakt*, og karakteriseres som makt som tvinger andre til å følge normer. I dette kapitlet ble også konfliktløsning diskutert. Rahim og Magner (1995) referer til "fem-stil-paradigmet", som ofte brukes for å beskrive konflikter i organisasjoner. I følge paradigmet er konkurranse, oppgivelse av egne krav, samarbeid, unngåelse og kompromiss fem metoder som kan benyttes til å håndtere konflikter.



## 7 Arbeid i helseteam

Kulturen som preger en organisasjon er unektelig bundet sammen med arbeidet som utføres i organisasjonen. For at arbeidet skal foregå hensiktsmessig er det viktig at arbeidsformen passer til oppgavene som skal utføres. I et sykehus er en, som nevnt tidligere, avhengig av at helseprofesjoner samarbeider slik at pasientbehandlingen blir god. Det kan derfor ses som naturlig å studere teamarbeid på sykehus – hvordan fungerer det i dag, og hva kan gjøres annerledes for å oppnå effektiv sykehusdrift?

I kapitlene som følger får vi først et innblikk i SPGR-modellen før noen fordeler og ulemper ved teamarbeid drøftes. Deretter nevnes teorien bak *crew resource management*. Avslutningsvis studeres forventninger ulike teammedlemmer har til hverandre ved *selvopplyllende profetier*.

### 7.1 Grunnleggende teamteori og SPGR

Teamarbeid er unektelig et viktig bakteppe i organisasjonskultur og er avgjørende for å oppnå effektivitet, og i et sykehus er det tilsvarende viktig for å oppnå god kvalitet på pasientbehandlingen. Med dette kan vi stille oss følgende spørsmål; hvordan skape effektive team? I teksten under er et operasjonsteam benyttet for å plassere teorien i en reell kontekst.

Sjøvold (2006) beskriver grupper i ”balanse og fri flyt”. Et viktig tema i forbindelse med balanse i en gruppe er gruppens modenhetsnivå. Han skriver at krav til modenhetsnivå avhenger av hvor kompleks arbeidsoppgaven som skal løses er; ”effektiviteten avhenger av oppgavens art og den situasjonen gruppen er i” (Sjøvold, 2006, s. 63). Det er dermed ikke nødvendig å ha høyt modenhetsnivå i teamarbeidet dersom arbeidsoppgaven som skal løses er lite kompleks. Et team med høyt modenhetsnivå karakteriseres som et team preget av engasjement, empati og samarbeid – *synergi*. En gruppe med lavt modenhetsnivå preges av *tilbaketrekning*. Figur 12 illustrerer fire grunnleggende gruppefunksjoner; *avhengighet, omsorg,*

*opposisjon* og *kontroll*, samt to gruppemodus; *synergi* og *tilbaketrekning*. En nærmere beskrivelse av disse funksjonene følger under (Sjøvold, 2006).

### **Avhengighet:**

”Preger en gruppe som er i ferd med å tilpasse seg et sett med kjøreregler for sitt samspill og samarbeid om en oppgave” (Sjøvold, 2006, s. 61). Logikk, objektivitet og analyse preger personene i denne kategorien.

### **Omsorg:**

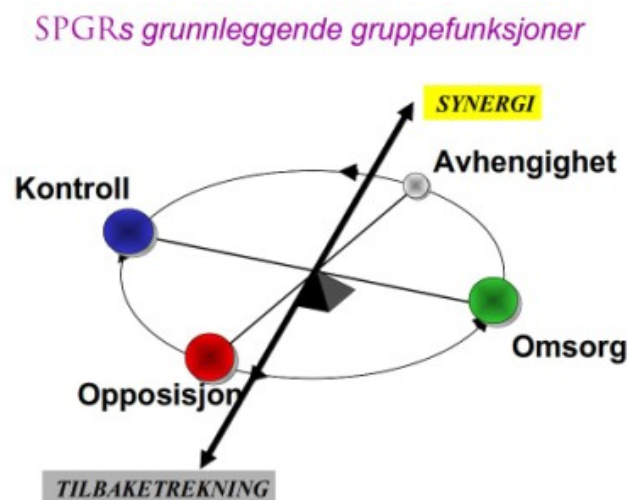
”Er fremtredende når sosiale relasjoner skal etableres og vedlikeholdes” (Sjøvold, 2006, s. 61). Personene i denne kategorien er åpne, uformelle, vennlige og demokratiske.

### **Opposisjon:**

”Gruppen bruker energien på å løse uoverensstemmelser medlemmene imellom” (Sjøvold, 2006, s. 62). I denne kategorien utfordres gruppemedlemmene når det kommer til ledelse, gjennomføring av oppgaver og roller. Personene nekter å underordne seg og det er stort fokus på enkeltindividets makt.

### **Kontroll:**

”Er fremtredende for en gruppe som har etablert aksepterte kjøreregler for sitt arbeid og har fokus på utførelse og produksjon” (Sjøvold, 2006, s. 62).



Figur 12 SPGR-modellen (SPGR-instituttet).



## 7.2 Sykehusteam i dag: Suksesskriterier og utfordringer

Organisasjonskultur og teamarbeid gjenspeiler hverandre. For å forbedre organisasjonskulturen er det derfor viktig å analysere teamarbeid og hvordan dette fungerer. I dette underkapittelet nevnes suksesselementer og utfordringer for teamarbeid.

Grumbach og Bodenheimer (2004) skriver om hvordan helseteam kan forbedre primærhelsetjenesten. Fokusområdet er hvordan helseteam samarbeider, og suksesskriteriene for godt teamarbeid er basert på fem faktorer; definere mål, systemer, arbeidsfordeling, opplæring og kommunikasjon. De fem suksessfaktorene er alle potensielle verktøy for forbedring av organisasjonskulturen og viser viktigheten kultur har i en organisasjon (Grumbach & Bodenheimer, 2004). I artikkelen defineres et omsorgsteam som “a group of diverse clinicians who communicate with each other regularly about the care of a defined group of patients and participate in that care” (Grumbach og Bodenheimer, 2004, s. 1246).

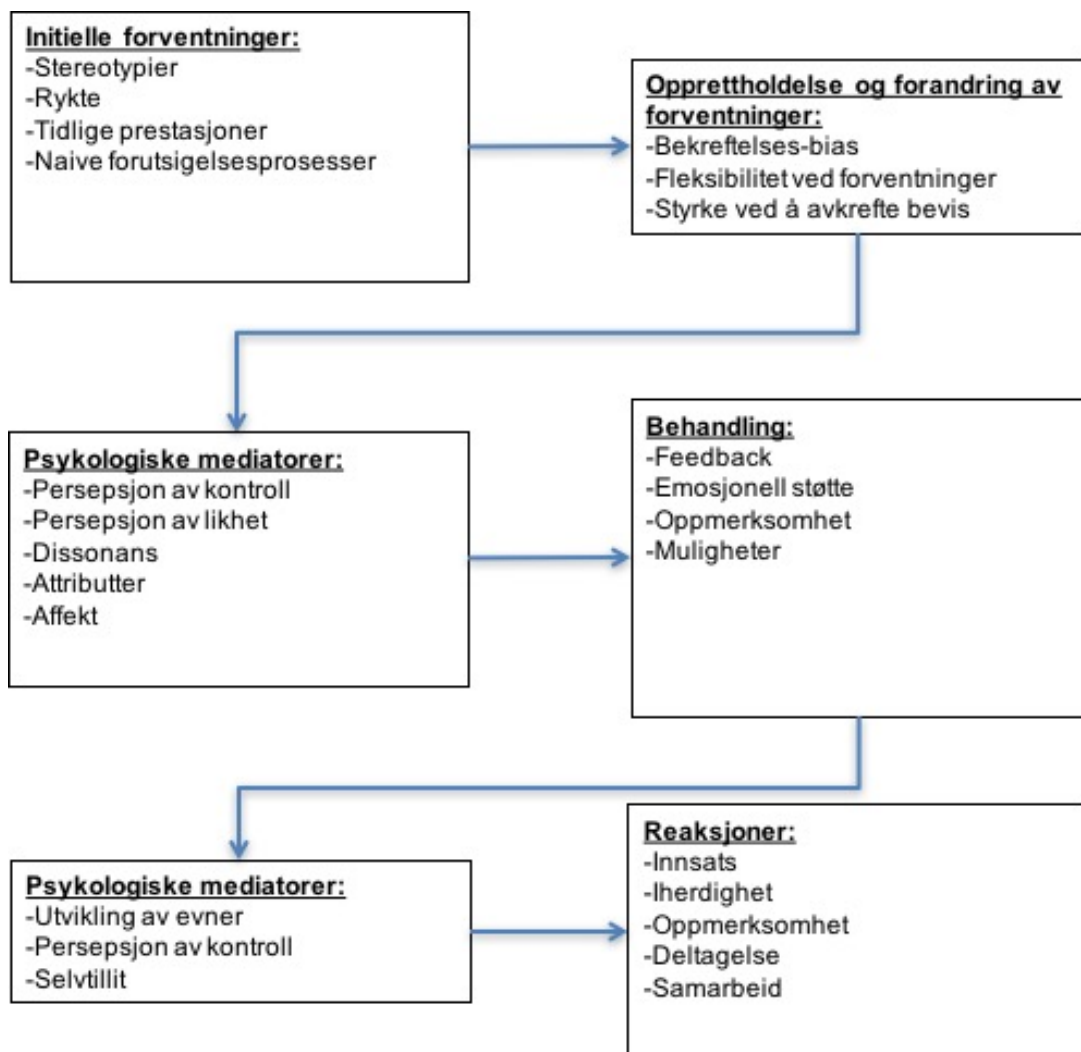
Dersom et sterkt fokus på standardiserte oppgaver er ønskelig og menneskelige feil kan få fatale konsekvenser, kan man benytte *crew resource management*. Dette opplæringsverktøyet er adekvat for team som skal utvikle en felles forståelse av målet ved hjelp av standardiserte arbeidsoppgaver og standardisert språk (McConaughy, 2008).

Studien til Grumbach og Bodenheimer studerer også utfordringer som kan hindre godt teamarbeid, og nevner at teamstørrelse kan ha et U-formet forhold til effektivitet; for få eller for mange teammedlemmer kan redusere effektiviteten. Dette kan skyldes flere faktorer, blant annet at større team må håndtere utfordringer knyttet til menneskelige relasjoner og personligheter. Samtidig kan stor teamstørrelse påvirke pasientens ønske om kontinuitet i negativ retning. Små team kan tenkes å være utilstrekkelig kunnskapsmessig og dermed gi dårligere behandlingskvalitet (Grumbach & Bodenheimer, 2004). Målsetningen om pasientrettet fokus imøtekommes dermed ikke, og organisasjonskulturen er med dette ikke

tilfredsstillende. Dette temaet var særlig populært på 1970-tallet. I dag konkluderer vi med at sammensetningen av teamet avhenger av arbeidsoppgaven som skal utføres (Sjøvold, 2006).

### 7.3 Selvoppfyllende profetier

Professor W. I. Thomas, en amerikansk sosiolog, laget følgende teorem: "If men define situations as real, they are real in their consequences" (Merton, 1948, s. 193). I dette teoremet sies det at mennesker ikke kun vurderer en situasjon objektivt, vi vurderer også situasjonen etter hva den betyr for oss personlig. Selvoppfyllende profetier går ut på at en falsk definisjon av en situasjon frambringer en ny oppførsel som gjør at den opprinnelige falske definisjonen blir sann. Figur 13 viser en skjematisk oversikt over prosessen i selvoppfyllende profetier (Merton, 1948).



Figur 13 Selvoppfyllende profetier (Jussim, 1986).

Teori X og Y ble beskrevet av McGregor i 1960. Denne teorien gikk ut på at en leder har forventninger til eller antagelser om deres underordnedes prestasjoner. Dette påvirker hvordan de overordnede behandler deres underordnede og dette påvirker igjen hvordan de ansatte responderer. En leder som handler etter teori X er mistroisk overfor sine ansatte og overvåker dem nøye. Dette resulterer i dårligere arbeidsinnsats blant de ansatte. En leder som følger teori Y har derimot tiltro til sine underordnede og forsøker å integrere bedriftens målsetninger og de ansattes målsetninger. Dette gir de underordnede motivasjon til å gjøre en god arbeidsinnsats. Teori X og Y sier dermed noe om hvordan forventninger om en situasjon kan påvirke utfallet mellom over- og underordnede (Eden, 1992).

Ulike forsøk er gjort for å utforske teorien om selvoppfyllende profetier. Word et al (1974) demonstrerte hvordan atferd kan påvirke kommunikasjonen mellom mennesker ved å gjennomføre et eksperiment der hvite studenter intervjuet henholdsvis svarte og hvite jobbsøkere. Man fant at de hvite intervjuerne oppførte seg mer negativt mot de svarte jobbsøkerne og at de svarte jobbsøkerne gjorde det dårligere i intervjuet (Word, Zanna, & Cooper, 1974).

Selvoppfyllende profetier utgjør ofte en ond sirkel av falske forventninger og situasjoner og det er foreslått hvordan det er mulig å komme seg ut av denne onde sirkelen; den falske definisjonen må forlates og en ny definisjon av situasjonen må opprettes. Ved å se konsekvensene av den endrede definisjonen kan en se at den opprinnelige definisjonen var falsk (Merton, 1948). Utfordringen er ofte at hvordan en person definerer en situasjon ikke er viljestyrt. For eksempel vil ikke nødvendigvis en pasient diagnostisert med angst forlate sin definisjon av en situasjon som fremkaller angst kun fordi at psykiateren forklarer hvordan situasjonen i virkeligheten bør oppfattes (Merton, 1948).

Jere E. Brophy (1983) har studert hvordan læreres forventninger påvirker elevenes prestasjoner. Det viste seg at en liten del av lærerne hadde forventninger til elevene som påvirket elevenes prestasjoner (Brophy, 1983). L. Jussim (1986) har også studert forventninger og prestasjoner i klasserommet og delt inn prosessen i tre trinn. Det første trinnet innebærer at læreren utvikler en forventning til eleven på bakgrunn av informasjon læreren har tilegnet seg før interaksjon med eleven, elevens

karaktertrekk eller forhåndsinformasjon læreren har tilegnet seg om elevens tidligere prestasjoner. Prosessen mellom lærer og elev kan sammenliknes med andre situasjoner, for eksempel interaksjon mellom ansatte i et akutt mottak.

Som beskrevet i kapittel 7.1 kan gruppe-medlemmer analyseres ved hjelp av et SPGR-diagram. Sjøvold (2006) skriver at det er viktig å ikke forhåndsdomme personer ut i fra personens plassering i et slikt diagram (Sjøvold, 2006). Han skriver at "ethvert forsøk på å sette mennesket i bås vil begrense og hemme dets utfoldelse og læring. Ethvert menneske besitter så mange ressurser som selv i de beste team kunne utnyttes bedre" (Sjøvold, E., 2006, s. 177).

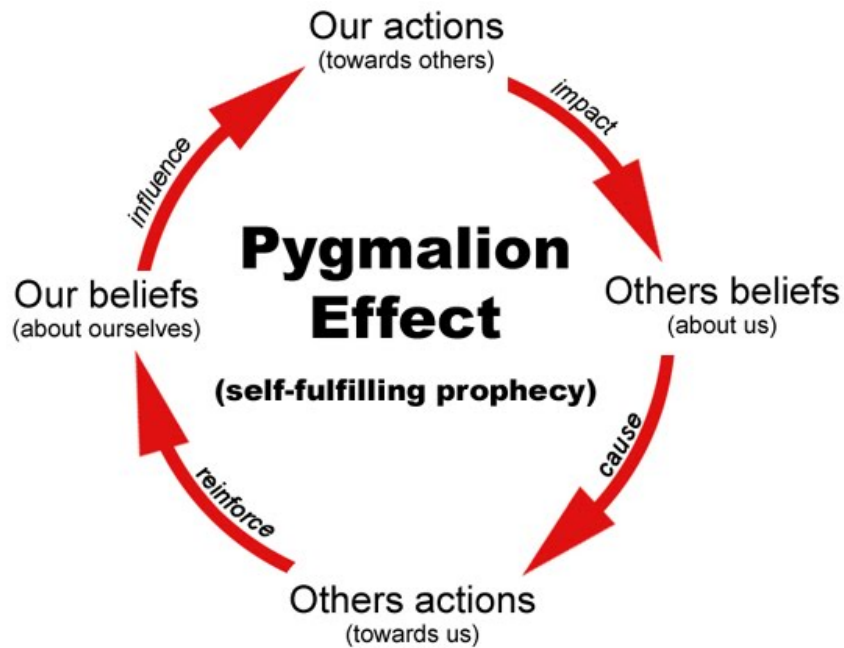
I litteraturen nevnes tre typer effekter; *Golem-effekten*, *Pygmalion-effekten* og *Galatea-effekten*. Vi skal se på de tre ulike effektene.

Golem-effekten er konsekvensen av negative forventninger til en situasjon. Effekten kan være en konsekvens av negative stereotypier. "Når individer forventes å prestere dårligere på grunn av deres rase, alder, kjønn eller en hvilken som helst annen karakteristikk som ikke er relatert til faktisk kompetanse, så er det stor sannsynlighet for at Golem-effekten kan oppstå" (Eden, 1992). Golem-effekten illustrerer at forventninger til en situasjon kan gi dårlige resultater.

Galatea-effekten kan oppnås på et intrapersonlig nivå, og går ut på at en selv har forventninger til egne prestasjoner og presterer deretter.

Når selvoppfyllende profetier handler om interpersonlige forhold omtales fenomenet gjerne som Pygmalion-effekten: "Et individ utvikler forventninger om oppførselen til en annen person. Disse forventningene kommuniseres, kanskje ubevisst, til målpersonen, som mottar og internaliserer forventningene og modifiserer sin oppførsel mot disse forventningene" (Sutton & Woodman, 1989). Pygmalion-effekten kan illustreres ved hjelp av en sirkel (figur 14).

En måte å forbedre en organisasjons prestasjoner kan være å redusere effekten av Golem og øke Galatea- og Pygmalion-effekten.



Figur 14 Pygmalion-effekten.

## 7.4 Oppsummering

Teamarbeid er et viktig bakteppe i organisasjonskultur og er avgjørende for å oppnå effektivitet, og i et sykehus er det tilsvarende viktig for å oppnå god kvalitet på pasientbehandlingen. Sjøvold (2006) beskriver grupper i "balanse og fri flyt" og skriver at krav til modenhetsnivå avhenger av hvor kompleks arbeidsoppgaven som skal løses er. SPGR-modellen er blitt presentert og det finnes fire grunnleggende gruppefunksjoner; *avhengighet*, *omsorg*, *opposisjon* og *kontroll*, samt to gruppemodus; *synergi* og *tilbaketrekning*. Selvoppfyllende profetier går ut på at en falsk definisjon av en situasjon frambringer en ny oppførsel som gjør at den opprinnelige falske definisjonen blir sann. Teori X og Y beskrevet av McGregor omhandlet noe av det samme; en leder har forventninger til deres underordnedes prestasjoner, og dette påvirker de ansattes prestasjoner.



## DEL II METODE OG MATERIALE

I denne delen vil gjennomføringen av den empiriske delen av studien bli beskrevet. Kapittel 8 gir en presentasjon av forskningsdesign som er benyttet i studien. Kapittel 9 og 10 beskriver innhenting av empirisk materiale ved henholdsvis lokalsykehuset og blant medisinstudentene ved NTNU.

**Tabell 2 Overordnet struktur del II.**

<b>Kapittel</b>	<b>Tema</b>
<b>8</b>	Valg av forskningsdesign
<b>9</b>	Innhenting av empirisk materiale ved lokalsykehuset
<b>10</b>	Innhenting av empirisk materiale ved NTNU





## 8 Valg av forskningsdesign

Forskningsdesign vil ofte være avgjørende for studiens *validitet* og *reliabilitet*.

Designet skal gi svar på spørsmålene som stilles i studien, og fungere som en plan for hvordan studien skal utføres. I dette kapitlet vil valg av forskningsdesign gjøres rede for. I tillegg beskrives selve gjennomføringen av den empiriske delen av studien.

Innledningsvis står valget mellom en *induktiv* eller *deduktiv* tilnærming. I en deduktiv studie danner en forventninger på bakgrunn av tidligere teorier og funn for så å gjøre en empirisk datainnsamling for å undersøke om forventningene stemmer med egne funn (Jacobsen, 2000). Ved en induktiv tilnærming starter datainnsamlingen med "blanke ark" uten forventninger til resultatene på forhånd; empirien fører til teori (Jacobsen, 2000). I denne studien er det gjort en induktiv datainnsamling.

Jacobsen (2000) omtaler "undersøkelsens andre fase" som valget mellom *intensivt* eller *ekstensivt* design. I en intensiv studie går en i dybden, gjerne hos noen få individer, og forsøker å utarbeide et helhetlig bilde av situasjonen: "Å gå i dybden er et forsøk på å få fram så mange nyanser og detaljer som mulig i selve fenomenet" (Jacobsen, 2000, s. 75). I en ekstensiv studie søker man derimot et mer generelt inntrykk av situasjonen og en undersøker ofte mange individer (Jacobsen, 2000). I denne studien er et intensivt design benyttet ved intervju av et lite utvalg individer, og et ekstensivt design er valgt ved en spørreundersøkelse.

Et studiedesign kan være *fleksibelt* eller *fiksert*. Spørreundersøkelser er et godt eksempel på et fiksert studiedesign fordi at planen for det man skal gjøre i studien og hvordan dette skal utføres er spesifisert i stor grad på forhånd. SPGR-undersøkelsene i denne studien er et eksempel på fiksert studiedesign. Fleksibelt design karakteriseres som lite forhåndsspesifisert og et eksempel på et slikt studiedesign er intervju.

Den empiriske delen av denne studien består av en *kvantitativ*, fiksert, del ved SPGR-undersøkelser og en komplimenterende *kvalitativ*, fleksibel, del ved intervjuer, og vi har dermed en *multimetodestudie* (Robson, 2002).

Et studiedesign kan også klassifiseres etter formålet med studien og kan defineres som *eksploratorisk*, *deskriptivt*, *eksplanatorisk* eller *frigjørende*. Problemstillingen for studien er beskrivende der det er ønskelig ”å portrettere en nøyaktig profil av personer, hendelser eller situasjoner” (Robson, 2002). Av den grunn har valget av studiedesign falt på deskriptivt design.

Som nevnt tidligere, benyttes både spørreundersøkelse og intervju for datainnsamling i denne studien. Bruk av flere forskningsmetoder kalles *triangulering* og bruk av flere metoder for datainnsamling kalles *datatriangulering* (Robson, 2002). Ulike aspekter ved kvalitativ og kvantitativ datainnhenting er illustrert i tabell 3.

**Tabell 3 Kvalitative og kvantitative opplegg (Grønmo, 2004).**

Aspekt ved undersøkelsen	Datatype	
	Kvalitative data	Kvantitative data
Problemstillinger	Analytisk beskrivelse	Statistisk generalisering
Metodiske opplegg	Fleksibilitet	Strukturering
Forholdet til kildene	Nærhet og sensitivitet	Avstand og selektivitet
Tolkningsmuligheter	Relevans	Presisjon

Som nevnt innledningsvis i dette kapittelet er det benyttet et multimetodedesign i denne studien. I kapittel 9 vil gjennomføring av spørreundersøkelsen SPGR og intervjurunden ved lokalsykehuset bli beskrevet. Først vil aktuell teori presenteres, etterfulgt av en beskrivelse av utvalget, det vil si deltagerne, i studien. Så vil prosessen fra start til slutt presenteres før metoden blir evaluert i siste delkapittel.

## 9 Innhenting av empirisk materiale ved lokalsykehuset

### 9.1 Om lokalsykehuset i studien

Sykehuset har omtrent 3550 ansatte, inkludert vikarer, og har dermed 68% av de sykehusansatte i sitt tilhørende fylke. I den somatiske helsetjenesten innehar lokalsykehuset 179 senger. Lokalsykehuset hadde i 2015 et nedslagsfelt på 94 902 innbyggere (73 028 var over 18 år).

På lokalsykehusets hjemmeside er helseforetakets hovedoppgaver, visjon og verdigrunnlag beskrevet: "Sykehusets hovedoppgaver er å gi pasientbehandling, drive forskning, undervise helsepersonell og gi opplæring til pasienter og pårørende." Visjonen til lokalsykehuset er å "være på lag med deg for din helse" og verdigrunnlaget er "trygghet, respekt og kvalitet".

### 9.2 SPGR-undersøkelse

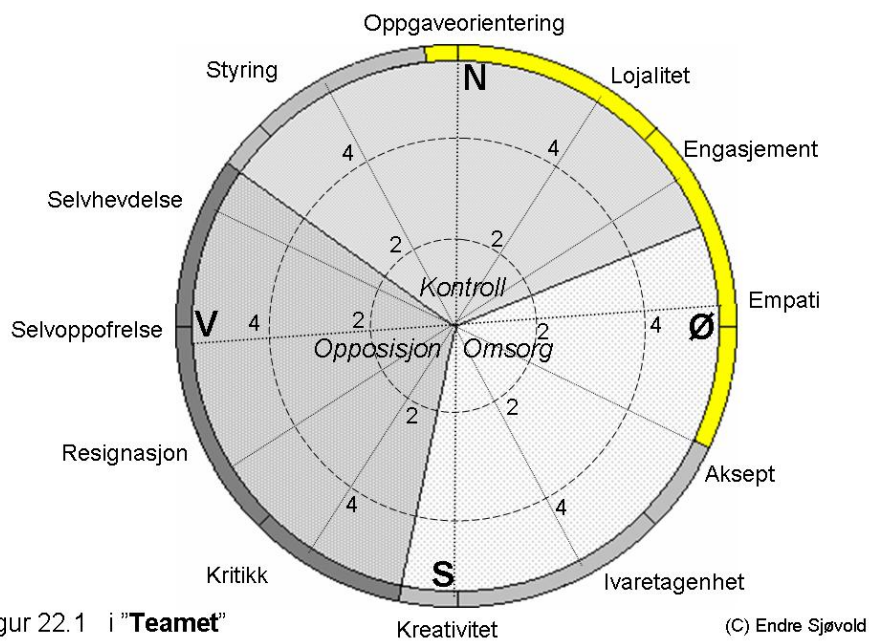
#### 9.2.1 Teori

Spørreundersøkelser, som for eksempel SPGR, er en kvantitativ metode som gjerne brukes for å få et overblikk over situasjonen og klassifiseres som et ikke-eksperimentelt studiedesign. SPGR er et nyttig verktøy for å vurdere gruppedynamikk. Som beskrevet i kapittel 7.1 finnes det seks overordnede SPGR-kategorier; *kontroll*, *omsorg*, *avhengighet*, *opposisjon*, *tilbaketrekning* og *synergi*. Hver av disse kan igjen deles inn i underkategorier (tabell 4).

Tabell 4 SPGR-observasjonskategorier (Sjøvold, 2006).

SPGR-kode	SPGR-kategori	Typisk atferd
<b>C</b>	<b>KONTROLL</b>	
<b>C1</b>	Oppgaveorientering	Saklig, effektiv, konform
<b>C2</b>	Styring	Kontrollerende, autoritær, regelorientert
<b>N</b>	<b>OMSORG</b>	
<b>N1</b>	Ivaretagelse	Omsorgsfull, selskabelig, beskyttende
<b>N2</b>	Kreativitet	Innfallsrik, spontan, selvtfoldende
<b>D</b>	<b>AVHENGIGHET</b>	
<b>D1</b>	Lojalitet	Lydig, konform, aksepterer oppgaver
<b>D2</b>	Aksept	Tillitsfull, fornøyd, underdanig
<b>O</b>	<b>OPPOSISJON</b>	
<b>O1</b>	Kritikk	Provoserende, egenrådlig, non-konform
<b>O2</b>	Selvhevdelse	Konkurransinnstilt, sta, vet best
<b>W</b>	<b>TILBAKETREKNING</b>	
<b>W1</b>	Resignasjon	Utydelig, motløs, bidrar ikke
<b>W2</b>	Selvoppofrelse	Selvmedlidende, innesluttet, krevende
<b>S</b>	<b>SYNERGI</b>	
<b>S1</b>	Engasjement	Engasjert, samarbeidsorientert, konstruktiv
<b>S2</b>	Empati	Viser forståelse og interesse for andre

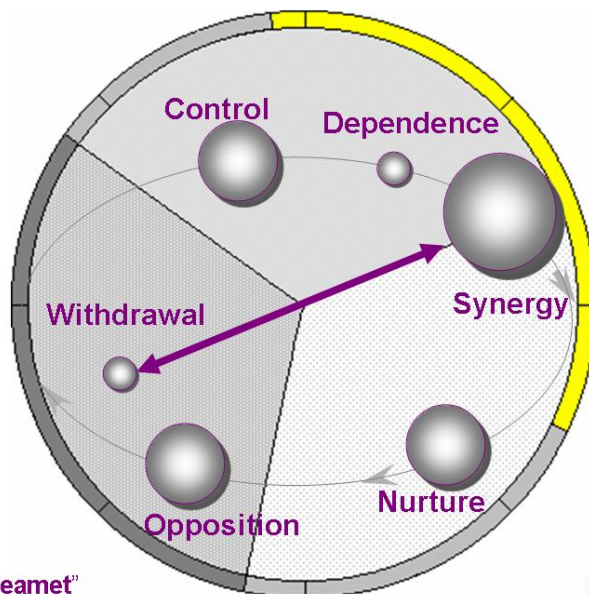
Resultatene fra SPGR-skjemaet plottes inn i diagrammet i figur 15. Hver person kan markeres i diagrammet som en sirkel og sirklene kan ha ulike størrelser.



**Figur 15 Mal for utregning (Sjøvold, 2006).**

Figur 16 viser et eksempel på hvordan personene kan markeres i SPGR-diagrammet. I tillegg kan en ved hjelp av resultatene lage diagrammer som framstiller personen i en SPGR-vektorskår. Dette skal vi se nærmere på i resultatdelen.

### SPGR: balance



**Figur 16 Illustrasjon av hvordan personer kan markeres i SPGR-diagrammet (Sjøvold, 2006).**

## 9.2.2 Deltagere

Deltagerne i studien ble rekruttert ved tre forskjellige metoder. For det første ble bakgrunnsinformasjon om studien sendt ut på epost til aktuelle deltagere. I tillegg ble det lagt igjen en bunke med SPGR-skjemaer klare for utfylling, samt en konvolutt der respondentene kunne legge ferdigbesvarte skjemaer. Hver enkelt aktuelle deltager ble også oppsøkt, enten personlig der personen ble spurt muntlig om hun/han kunne tenke seg å delta eller ved å legge et SPGR-skjema klart for utfylling i vedkommendes posthylle på sykehuset.

Inklusjonskriterier for deltagerne var at de har faste vakter i akuttmottaket og har en stilling som medfører at de er fysisk tilstede i akuttmottaket. Deltagerne ble delt inn i fire grupper; turnusleger, assistentleger medisin, assistentleger kirurgi og sykepleiere. Assistentleger kirurgi inkluderer også de ortopediske assistentlegene. Til sammen utgjorde de fire målgruppene 92 personer og 53 av disse deltok i undersøkelsen. Overlegene tilhører også vaktteamet, men disse er uhyre sjelden i akuttmottaket og er derfor ikke aktuelle deltagere i denne studien.

Begge kjønn var representert i alle deltagergruppene, med overvekt av kvinner blant sykepleierne, som forventet. Alder blant turnuslegene var 25-30 år, blant assistentlegene 30-40 år og blant sykepleierne rundt 35-50 år.

**Tabell 5 Svarprosent SPGR-undersøkelse.**

<b>Stilling</b>	<b>Antall respondenter (svarprosent)</b>	<b>Antall mulige respondenter</b>
<b>Assistentlege kirurgi</b>	7 (47%)	15
<b>Assistentlege medisin</b>	5 (56%)	9
<b>Turnuslege</b>	17 (71%)	24
<b>Sykepleier</b>	24 (55%)	44
<b>SUM</b>	53 (58%)	92

### **9.2.3 Prosessen**

I forkant av spørreundersøkelsen ble avdelingssykepleier i akuttmottaket kontaktet med forespørsel om å gjennomføre undersøkelsen. Rekruttering av deltagerne er omtalt i 9.2.2. Det ble satt av i underkant av tre uker 01.12.15 – 18.12.15 til datainnsamlingen inkludert SPGR-undersøkelser og intervjuer. Undertegnede var tilstede i akuttmottaket i flere timer per dag, både for å være tilgjengelig for spørsmål deltagerne måtte ha i forbindelse med spørreundersøkelsen, men også for å intensivere rekrutteringen. I etterkant av innsamlingen ble dataene oppsummert og analysert statistisk i programmet SPSS 23.0.

### **9.2.4 Evaluering av metoden**

I følge Jacobsen (2000) er en svarprosent på 50% tilfredsstillende, en svarprosent på over 60% er god, mens en svarprosent på over 70% er meget god. Som vi ser i tabell 5 er svarprosenten over 50% i tre av fire deltakergrupper. Intern validitet er dermed tilfredsstillende. Unntaket er assistentlegene ved kirurgen som ga 47% respons.

Studien ble kun gjennomført ved ett sykehus. En fordel ville vært å gjennomføre en komparativ studie ved å innhente data fra flere sykehus. Slik kunne en forbedret studiens eksterne validitet.

I en spørreundersøkelse skal store mengder data registreres og evalueres, og menneskelige feil kan skje i denne prosessen. Dette kan svekke studiens reliabilitet (Jacobsen, 2000).

## **9.3 Intervju ved lokalsykehuset**

### **9.3.1 Teori**

Intervju er en forskningsmetode som innebærer at forskeren stiller spørsmål til en deltager som svarer. Intervjuer kan være fullt strukturert, semistrukturert eller ustrukturert (Robson, 2002). De ulike typene intervju er illustrert i tabell 6. Mindre

strukturerte metoder benyttes ofte i kvalitative, fleksible studier og gjør at intervjueren kan innstille seg etter intervjuobjektet og høste informasjon en ikke hadde sett for seg på forhånd. Ulempen ved fleksible studier er at det er tidkrevende å planlegge og gjennomføre intervjuet for den som intervjuer, i tillegg til at det kanskje er vanskeligere å rekruttere deltagere.

**Tabell 6 Typer intervju (Robson, 2002).**

Type intervju	Antall respondenter
<b>Fullt strukturert</b>	- Forhåndsdefinerte spørsmål med fast rekkefølge
<b>Semi-strukturert</b>	- Forhåndsdefinerte spørsmål - Rekkefølge kan modifieres - Ordleggelse kan modifieres underveis og forklaringer kan gis dersom intervjuer anser det som passende
<b>Ustrukturert</b>	- Samtalen løper fritt rundt tema - Uformelt

I denne studien var spørsmålene forhåndsdefinerte, men rekkefølgen var modifierbar og deltagerne kunne snakke fritt. Intervjuet var derfor semistrukturert.

Det åpne individuelle intervjuet egner seg "a) når relativt få individer undersøkes, b) når vi er interessert i hva det enkelte individ sier og c) når vi er interessert i hvordan den enkelte fortolker og legger mening i et spesielt fenomen" (Jacobsen, 2000, s. 130). I denne studien kunne man tenkt seg at det ville vært mer riktig å velge gruppeintervju siden en ønsker å studere ulikheter mellom profesjoner, ikke nødvendigvis mellom enkeltindivider. Dessverre var ikke dette praktisk gjennomførbart og valget falt derfor på individuelt intervju.



### 9.3.2 Deltagere

Hovedprioritet i denne delen av datainnsamlingen var å innhente minst ett intervju fra hver deltagergruppe. Deltagerne var en ca. 50 år gammel, erfaren, kvinnelig sykepleier, en ca. 30 år gammel kvinnelig turnuslege, en ca. 30 år gammel relativt nyansatt mannlig assistentlege ved medisinsk avdeling, og en ca. 30 år gammel assistentlege ved kirurgisk avdeling. Tabell 7 viser en enkel oversikt over deltagerne som ble intervjuet.

**Tabell 7 Deltagere intervju.**

<b>Stilling</b>	<b>Antall respondenter</b>
<b>Assistentlege kirurgi</b>	1
<b>Assistentlege medisin</b>	1
<b>Turnuslege</b>	1
<b>Sykepleier</b>	1
<b>SUM</b>	4

### 9.3.3 Prosessen

Den enkelte deltager ble valgt ut ved at undertegnede oppsøkte personen direkte med forespørsel om deltagelse. Selve intervjuet foregikk i et lukket rom uten andre enn intervjuer og ett intervjuobjekt tilstede. Intervjuet ble avholdt i et ledig rom i akuttmottaket eller på intervjuobjektets eget kontor. Undertegnede hadde laget et standard oppsett med spørsmål (vedlegg 2). Likevel var intensjonen å la intervjuobjektet snakke mest mulig fritt og standardoppsettet ble benyttet som en huskeliste for å inkludere alle temaer. Et slikt oppsett ville også gjøre det enklere å sammenlikne deltagerne i ettertid. En båndopptaker ble benyttet slik at informasjonsutvekslingen foregikk smidig under intervjuet.

I etterkant ble svarene oppsummert og evaluert. Innholdet i intervjuet fremstilles i kapittel 13.

### **9.3.4 Evaluering av metoden**

Fordelene ved intervjumetoden i dette studiet er at en har mulighet til å observere intervjuobjektet slik at uttalelser kan underbygges av for eksempel kroppsspråk og mimikk. I tillegg er det mulig å modifisere spørsmålenes rekkefølge og stille tilleggsspørsmål slik at en får mest mulig nytte ut av materialet.

Under intervjuet kan intervjuobjektene ha blitt påvirket av flere faktorer; hvordan den som intervjuer fremstår og påvirker objekt med for eksempel kroppsspråk, holdninger og utseende kalles *intervjuereffekten* og kan påvirke svarene til objektet (Jacobsen, 2000). Da undertegnede selv var intervjuer er det vanskelig å evaluere om en slik effekt var tilstede. Intervjulokale kan også påvirke intervjuobjektets svar og dermed reliabiliteten (Jacobsen, 2000). Det ble derfor forsøkt å avholde intervjuet i intervjuobjektets naturlige kontekst, som for eksempel eget kontor. Når selve gjennomføringen av undersøkelsen påvirker utfallet av studien kan en stille spørsmål om reliabiliteten i studien er tilfredsstillende.

## 10 Innhenting av empirisk materiale ved NTNU

### 10.1 SPGR-undersøkelse

For bakgrunnsinformasjon om SPGR-undersøkelser, se kapittel 7.1 og 9.2.1.

#### 10.1.1 Deltagere

Deltagerne er medisinstudenter fra 5. årskull ved NTNU. Kullet består av 145 studenter med ca. 60% kvinner og 40% menn i alderen 23-33 år. Tabell 8 illustrerer deltagerne i SPGR-undersøkelsen og viser at 21 medisinstudenter deltok i undersøkelsen.

Tabell 8 SPGR-undersøkelse blant medisinstudenter.

Stilling	Antall respondenter hele undersøkelsen (svarprosent)	Antall respondenter kun om sykepleier (svarprosent)	Antall mulige respondenter
Medisinstudenter	20 (13,8%)	1 (0,7%)	145

#### 10.1.2 Prosessen

Det ble opprettet en internettbasert spørreundersøkelse om hvordan studentene oppfatter en typisk sykepleier og en typisk lege i en tenkt situasjon de har vært del av (vedlegg 3). Spørreundersøkelsen ble distribuert på kullet felles Facebook-gruppe der det ble gitt kort bakgrunnsinformasjon om studien etterfulgt av en oppfordring om å delta.

Innsamlingen av data ble avsluttet etter tre uker. I etterkant av innsamlingen ble dataene oppsummert og analysert statistisk i programmet SPSS 23.0.

### **10.1.3 Evaluering av metode**

Svarprosenten var til sammen 14,5% (tabell 8). Med tanke på at studiepopulasjonen var homogen, og at det var stor enighet mellom respondentene, gir dette et valid resultat.

Som nevnt i kapittel 9.2.4 resulterer en spørreundersøkelse i store mengder data som skal registreres og evalueres, og menneskelige feil kan skje i denne prosessen. Dette kan svekke studiens reliabilitet (Jacobsen, 2000).

## DEL III RESULTATER

I denne delen vil resultatene fra den empiriske datainnsamlingen bli beskrevet. Kapittel 11 gir en kort innføring i organiseringen av akuttmottaket ved lokalsykehuset. Kapittel 12 og 13 beskriver resultatene fra henholdsvis SPGR-undersøkelsen og intervjurunden gjennomført ved lokalsykehuset som omhandler samhandling mellom helseprofesjoner. I kapittel 14 presenteres resultater fra undersøkelsen om stereotyper gjennomført blant studenter ved NTNU og i klinisk sammenheng ved lokalsykehuset.

**Tabell 9 Overordnet struktur del III.**

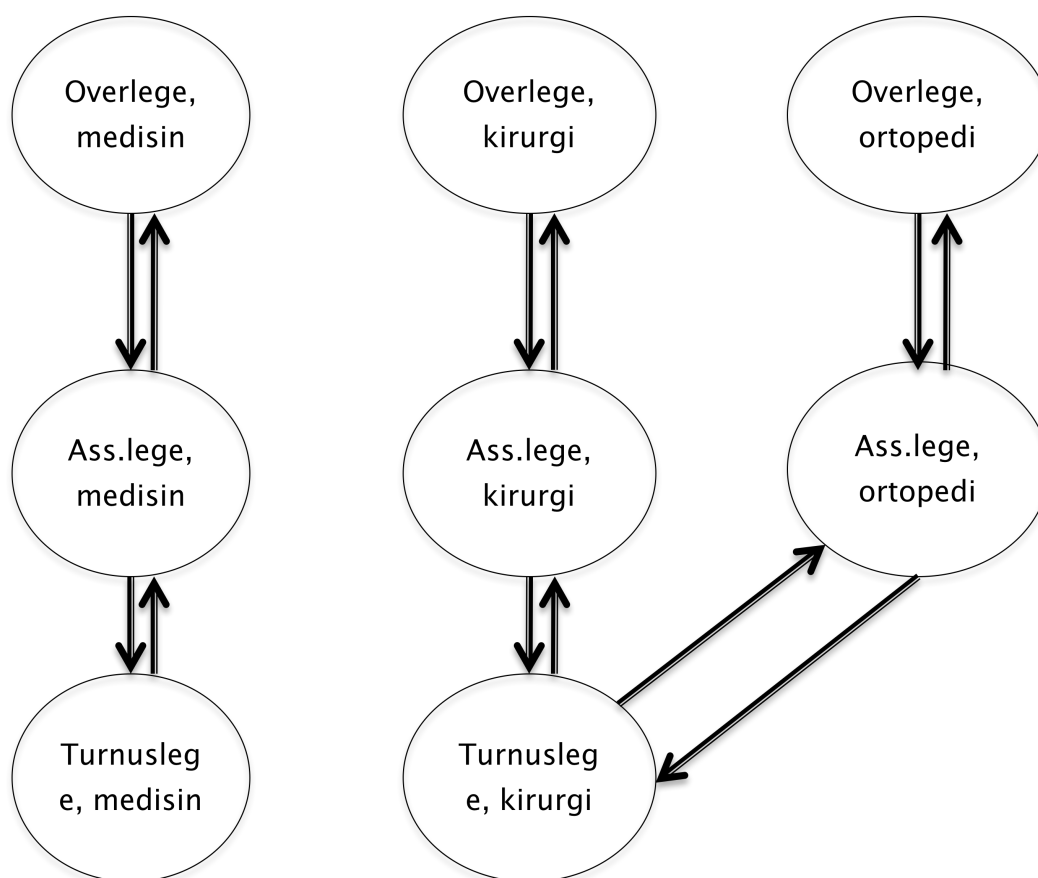
<b>Kapittel</b>	<b>Tema</b>
<b>11</b>	Organisering av akuttmottaket ved lokalsykehuset
<b>12</b>	Resultater fra SPGR-undersøkelse ved lokalsykehuset
<b>13</b>	Resultater fra intervju ved lokalsykehuset
<b>14</b>	Resultater fra undersøkelsen om stereotyper



## 11 Organisering av akuttmottaket ved lokalsykehuset

For å få en større forståelse av resultatene gis det i dette kapittelet en kort innføring i organiseringen, pasientforløpet og arbeidsoppgavene til de ulike profesjonene i akuttmottaket ved lokalsykehuset. Dette vil kunne gi en bedre innsikt i hvordan profesjonene samarbeider og hvilke utfordringer de eventuelt møter under arbeidet i akuttmottaket.

Lokalsykehuset benytter triage-systemet METTS. Et vaktteam består av en koordinator (sykepleier), turnuslege medisin, turnuslege kirurgi, assistentlege medisin, assistentlege kirurgi, assistentlege ortopedi, overlege medisin og overlege kirurgi eller ortopedi. Figur 17 viser kommunikasjonspunktene mellom de ulike profesjonene.



Figur 17 Kommunikasjonspunkter mellom de ulike aktørene i akuttmottaket.

## 11.1 Sykepleiere

En sykepleier i akuttmottaket tar i mot pasienter når de kommer inn, triagerer dem og gir væske, surstoff og smertestillende ved behov. De skifter klærne til pasienten, får pasienten over i en seng og bestiller innledende laboratorieprøver med utgangspunkt i antatt diagnose. De tar også EKG dersom det anses som nødvendig. Etter at en lege har konsultert pasienten gis eventuelt mer behandling, for eksempel antibiotika ved infeksjon, og pasienten observeres.

En av sykepleierne innehar rollen som koordinator. Denne personen har det overordnede ansvaret for pasientlogistikken i mottaket, legger alle pasienter inn i systemet og sørger for at hver pasient blir tildelt en ansvarlig sykepleier og tilses av lege.

## 11.2 Turnusleger

En turnuslege i akuttmottaket fungerer som primærvakt, altså legen som i utgangspunktet konsulterer pasienten først. Primærvakten har ansvar for å samtale med, undersøke og journalføre pasienten. Deretter konsulteres sekundærvakten, i form av en assistentlege. *"Det er sykepleier og assistentlege ved min avdeling jeg har mest kontakt med. Farmasøyt og labassistent er også inne hos pasienten underveis og vi blir enige om hvordan vi skal koordinere arbeidet"* (turnuslege).

Turnuslegene arbeider en viss periode ved medisinsk avdeling og en viss periode ved kirurgisk avdeling. I denne studien er turnuslegene én gruppe, de er altså ikke inndelt i kirurgisk og medisinsk avdeling. Hvorvidt flere profesjoner undersøker pasienten avhenger av pasientens tilstand. *"Legene tilkalles etter alvorlighetsgrad, en veldig dårlig pasient tilsees ofte av en anestesilege mens en mindre dårlig pasient tilsees gjerne kun av en turnuslege"* (sykepleier).



### **11.3 Assistentleger medisin**

Assistentlegen fungerer som sekundærvakt i akuttmottaket og konfereres av turnuslegen. *"Er mest i kontakt med primærvakten med tanke på videre behandlingsforløp"* (assistentlege medisin).

Dersom pasienten er triagert oransje skal en assistentlege tilse pasienten i løpet av 15 minutter etter innkomst, i tillegg til at turnuslegen kontaktes. Dersom en pasient er triagert rød skal assistentlege være tilstede ved pasientens innkomst. I tillegg har assistentlegen ansvar for pasienter som legges direkte inn på sengepost.

*"Turnuslegen konfererer med assistentlegen etter å ha undersøkt pasienten for å bestemme videre behandlingstiltak og hvor pasienten skal sendes videre. Ellers er det mange venteliste-pasienter, overflyttingspasienter og elektive pasienter som undersøkes av assistentlege"* (assistentlege medisin).

### **11.4 Assistentleger kirurgi**

Assistentlegen ved kirurgisk avdeling skal i likhet med assistentlegen ved medisinsk avdeling svare på henvendelser fra turnuslegen ved kirurgisk avdeling i mottaket. I tillegg er kirurgene ofte opptatt i operasjoner. I denne studien er assistentleger ved kirurgisk og ortopedisk avdeling slått sammen og omtales som *assistentleger kirurgi* eller *kirurger*.

### **11.5 Overleger**

Overlege ved medisinsk og kirurgisk/ortopedisk avdeling fungerer som bakvakt og mottar henvendelser fra assistentlegen på vakt. Overlegene er ikke inkludert i denne studien da de svært sjelden befinner seg fysisk i akuttmottaket.



## 12 Resultater fra SPGR-undersøkelsen ved lokalsykehuset

Tabell 10-13 viser vektingen hos hver deltagergruppe etter SPGR-kode. Mer om kodene og en persons typiske atferd for de enkelte SPGR-kodene ses i tabell 4. Hovedkategoriene *kontroll (C)*, *omsorg (N)*, *avhengighet (D)*, *opposisjon (O)*, *tilbaketrekking (W)* og *synergi (S)* er markert i rødt.

Tabell 10 SPGR-koder for hvordan de ulike profesjonene oppfatter sykepleierne.

SPGR-kode	Sykepleier	Turnuslege	Assistentlege medisin	Assistentlege kirurgi
<b>C</b>	4,67	3,94	4,40	4,86
<b>C1</b>	1,54	1,71	3,20	2,43
<b>C2</b>	3,13	2,24	1,20	2,43
<b>N</b>	3,92	3,94	3,80	3,71
<b>N1</b>	3,33	3,06	2,60	2,43
<b>N2</b>	0,58	0,88	1,20	1,29
<b>D</b>	7,25	6,29	5,80	5,43
<b>D1</b>	3,71	3,47	3,40	2,71
<b>D2</b>	3,54	2,82	2,40	2,71
<b>O</b>	1,29	1,65	2,40	1,29
<b>O1</b>	0,75	0,76	1,80	0,57
<b>O2</b>	0,54	0,88	0,60	0,71
<b>W</b>	0,58	2,06	1,80	2,29
<b>W1</b>	0,29	0,82	1,00	1,00
<b>W2</b>	0,29	1,24	0,80	1,29
<b>S</b>	7,33	5,94	4,80	5,14
<b>S1</b>	3,75	2,88	2,40	2,43
<b>S2</b>	3,58	3,06	2,40	2,71

I tabell 10 ser vi at kirurgene er den profesjonsgruppen som i størst grad (4,86) mener at sykepleierne er kontrollerende. Sykepleierne scorer kanskje noe

overraskende lavere på omsorg enn kontroll hos alle bortsett fra turnuslegene der kontroll og omsorg er vektet likt. Hos samtlige profesjoner vektet sykepleierne desidert høyest på avhengighet, der vektingene varierer mellom 5,43 og 7,25. Hos samtlige profesjonsgrupper vektet sykepleierne lavt vedrørende opposisjon.

**Tabell 11 SPGR-koder for hvordan de ulike profesjonene oppfatter turnuslegene.**

SPGR-kode	Sykepleier	Turnuslege	Assistentlege medisin	Assistentlege kirurgi
<b>C</b>	4,04	4,06	4,00	3,43
<b>C1</b>	1,33	1,24	1,80	0,71
<b>C2</b>	2,71	2,82	2,20	2,71
<b>N</b>	4,08	4,12	4,20	4,57
<b>N1</b>	3,38	3,29	3,20	3,00
<b>N2</b>	0,71	0,82	1,00	1,57
<b>D</b>	7,04	7,24	6,40	7,43
<b>D1</b>	3,71	3,76	2,80	4,00
<b>D2</b>	3,33	3,47	3,60	3,43
<b>O</b>	1,17	1,53	2,80	1,00
<b>O1</b>	0,42	0,41	1,20	0,29
<b>O2</b>	0,75	1,12	1,60	0,71
<b>W</b>	0,46	0,71	0,80	0,71
<b>W1</b>	0,25	0,35	0,80	0,43
<b>W2</b>	0,21	0,35	0,00	0,29
<b>S</b>	6,96	7,47	4,80	6,29
<b>S1</b>	3,71	3,82	3,00	3,29
<b>S2</b>	3,25	3,65	1,80	3,00

I tabell 11 ser vi at turnuslegene, i likhet med sykepleierne, får høyest poengsum på avhengighet. Turnuslegen vektet noe høyere på omsorg enn på kontroll. Ved sammenlikning med tabell 10 ser vi at turnuslegene oppfattes som mindre kontrollerende og mer omsorgsfulle enn sykepleierne av samtlige grupper med unntak av turnuslegene selv. Avhengighet er den kategorien turnuslegene vektet

høyest på av samtlige profesjonsgrupper mens de oppfattes som lite opposisjonelle av samtlige grupper.

**Tabell 12 SPGR-koder for hvordan de ulike profesjonene oppfatter assistentlegene medisin.**

SPGR-kode	Sykepleier	Turnuslege	Assistentlege medisin	Assistentlege kirurgi
<b>C</b>	5,63	6,06	4,40	5,57
<b>C1</b>	2,00	2,35	2,20	2,29
<b>C2</b>	3,63	3,71	2,20	3,29
<b>N</b>	3,08	3,12	4,00	3,43
<b>N1</b>	2,79	2,88	3,20	2,86
<b>N2</b>	0,29	0,24	0,80	0,57
<b>D</b>	5,92	5,76	5,80	6,29
<b>D1</b>	3,08	3,00	3,00	3,29
<b>D2</b>	2,83	2,76	2,80	3,00
<b>O</b>	1,79	2,18	3,40	1,71
<b>O1</b>	0,75	0,71	1,80	0,57
<b>O2</b>	1,04	1,47	1,60	1,14
<b>W</b>	0,79	0,71	2,00	0,86
<b>W1</b>	0,42	0,42	1,60	0,57
<b>W2</b>	0,38	0,29	0,40	0,29
<b>S</b>	6,38	6,35	5,40	6,29
<b>S1</b>	3,46	3,41	3,46	3,43
<b>S2</b>	2,92	2,94	2,60	2,86

Tabell 12 viser hvordan medisinerne oppfattes av de ulike profesjonsgruppene. Gruppen som oppfatter medisinerne som mest kontrollerende er turnuslegene, som også oppfatter dem som avhengige, ganske omsorgsfulle, men lite opposisjonelle. De samme tendensene ses i alle profesjonsgruppene. Medisinerne selv er den gruppen som oppfatter seg selv som mest opposisjonelle.

**Tabell 13 SPGR-koder for hvordan de ulike profesjonene oppfatter assistentlegene kirurgi.**

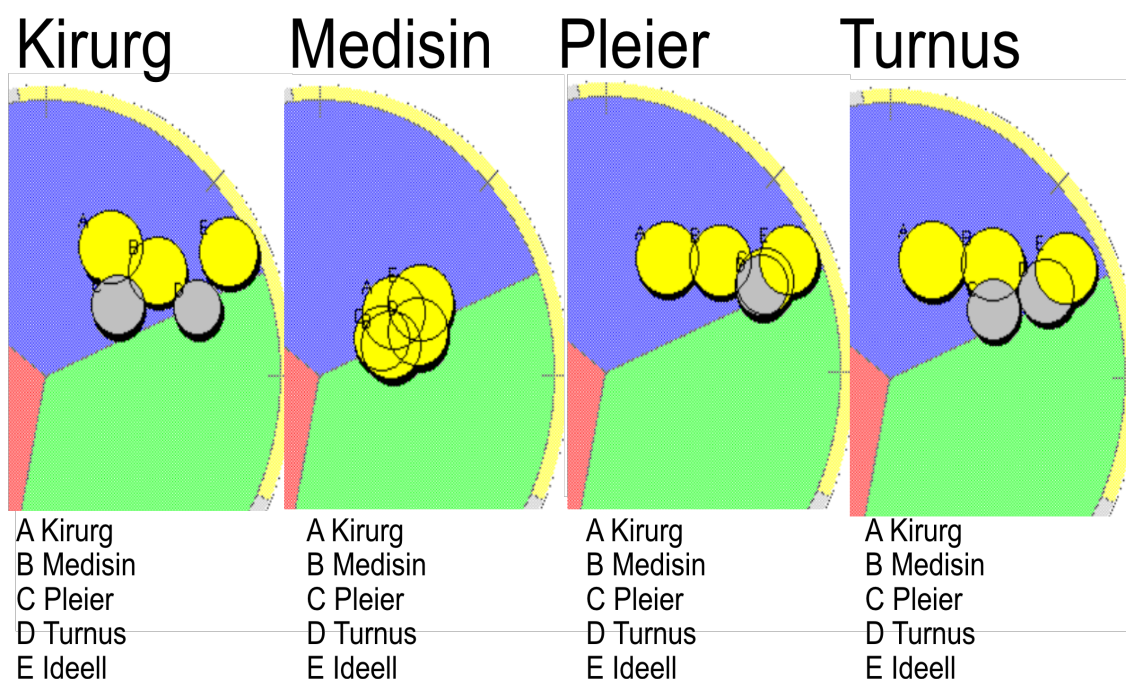
SPGR-kode	Sykepleier	Turnuslege	Assistentlege medisin	Assistentlege kirurgi
<b>C</b>	6,04	6,41	5,40	6,43
<b>C1</b>	2,50	2,59	2,20	2,71
<b>C2</b>	3,54	3,82	3,20	3,71
<b>N</b>	2,33	2,00	4,40	2,71
<b>N1</b>	2,08	1,88	2,80	2,14
<b>N2</b>	0,25	0,12	1,60	0,57
<b>D</b>	4,88	4,53	4,80	5,71
<b>D1</b>	2,54	2,35	1,60	2,71
<b>D2</b>	2,33	2,18	3,20	3,00
<b>O</b>	2,58	3,35	3,00	3,00
<b>O1</b>	0,88	0,88	1,00	0,71
<b>O2</b>	1,71	2,47	2,00	2,29
<b>W</b>	1,17	1,29	1,00	1,14
<b>W1</b>	0,63	0,76	0,20	0,57
<b>W2</b>	0,54	0,53	0,80	0,57
<b>S</b>	5,04	5,18	5,00	5,57
<b>S1</b>	2,92	2,94	2,80	3,29
<b>S2</b>	2,13	2,24	2,20	2,29

I tabell 13 ser vi hvordan kirurgene oppfattes av de ulike profesjonene. Kirurgene er den profesjonsgruppen som oppfattes som mest kontrollerende og opposisjonelle samt minst avhengige. Kirurgene oppfattes som middels omsorgsfulle.

**Tabell 14 SPGR-koder for hvordan de ulike profesjonene mener den ideelle samarbeidspartner bør være.**

SPGR-kode	Sykepleier	Turnuslege	Assistentlege medisin	Assistentlege kirurgi
<b>C</b>	5,42	5,29	6,20	5,43
<b>C1</b>	1,54	1,53	2,20	1,57
<b>C2</b>	3,88	3,76	4,00	3,86
<b>N</b>	4,00	3,88	3,60	3,86
<b>N1</b>	3,83	3,76	3,00	3,71
<b>N2</b>	0,17	0,12	0,60	0,14
<b>D</b>	7,63	7,53	6,20	7,71
<b>D1</b>	3,79	3,71	3,00	4,00
<b>D2</b>	3,83	3,82	3,20	3,71
<b>O</b>	0,88	1,59	3,20	0,71
<b>O1</b>	0,38	0,41	1,20	0,14
<b>O2</b>	0,50	1,18	2,00	0,57
<b>W</b>	0,25	0,06	1,20	0,00
<b>W1</b>	0,13	0,00	1,20	0,00
<b>W2</b>	0,13	0,06	0,00	0,00
<b>S</b>	7,92	7,88	6,40	7,86
<b>S1</b>	4,00	3,94	3,20	4,00
<b>S2</b>	3,92	3,94	3,20	3,86

Tabell 14 viser hvordan de ulike profesjonene mener at den ideelle samarbeidspartner bør være. De ulike profesjonene er relativt enige om hvordan en samarbeidspartner bør være; ganske kontrollerende, i stor grad avhengig, middels omsorgsfull og i liten grad opposisjonell. Sistnevnte med unntak av medisinene som vektet opposisjon lavere med 3,20 hos en ideell samarbeidspartner.



**Figur 18 Oppsummering SPGR-resultater der henholdsvis kirurg, medisinere, pleier og turnuslege vurderer de ulike aktørene.**

Figur 18 illustrerer en oppsummering av SPGR-resultatene i tabell 10-14. Hver sirkel viser profesjonens gjennomsnittlige atferd. Vi ser hvordan henholdsvis assistentlege i kirurgi, assistentlege i medisin, sykepleier og turnuslege har vurdert hver av de ulike profesjonene som tilsvarer sirkel A-D, samt hvordan de mener at den ideelle samarbeidspartner bør være (sirkel E). Ved å plassere profesjonene i SPGR-diagrammet ser vi hvilke karakteristikk hver av disse representerer samtidig som at vi får et overblikk over gruppens sosiale sammensetning og dynamikk. Sirklene er markert i gult og grått. Gul farge indikerer at det er gode muligheter for samarbeid. Av figuren ser vi at kirurgene og medisinene oppfattes som kontrollerende, og sirkelen som representerer kirurgene er plassert nærmest opposisjonsfeltet. Turnuslegene og sykepleierne er representert med små og grå sirkler, noe som gir en indikasjon om passivitet. Samtlige profesjoner med unntak av assistentlegene ved medisin beskriver den ideelle samarbeidspartner nær kanten av SPGR-diagrammet, som indikerer at synergiske egenskaper verdsettes.



## 13 Resultater fra intervjuene ved lokalsykehuset

I denne delen presenteres resultatene fra intervjurunden som ble gjennomført ved lokalsykehuset i desember 2015. Ut i fra svarene som ble gitt under intervjuene fremstilles resultatene i ulike kategorier; holdninger til samarbeid, roller, underliggende dynamikk, stress og maktforhold.

### 13.1 Holdninger til samarbeid

Ved lokalsykehuset samarbeider de ulike profesjonene stort sett bra. De fleste viser gode holdninger til samarbeid mellom profesjonene, men dette er noe personavhengig. Sykepleieren har gode opplevelser i forhold til samarbeid med legene, og dette er også gjensidig:

*”Stort sett samarbeider vi veldig bra, men det er personavhengig. Enkelte prøver å være vanskelige, men jeg synes stort sett at det går veldig greit, de har stor respekt for den jobben og de vurderingene vi gjør. Det er lenge siden jeg har opplevd noe vanskelig. Jeg synes ikke det er noen forskjell mellom turnus- og assistentlegene heller” (sykepleier).*

*”Sykepleierne samarbeider veldig bra, de gjør det jeg sier de skal gjøre. Jeg tenker at det er enkelt for dem også; med en gang man godtar det en annen sier så fraskriver man seg jo samtidig ansvaret. Det gjelder også turnuslegene, de gjør bare det jeg gir beskjed om. Man lytter til dem som er over i systemet” (assistentlege kirurgi).*

Turnuslegen beskriver at det er forskjeller mellom enkeltpersoner blant assistentlegene på hvor imøtekommende de er med tanke på henvendelser fra turnuslegene:

*”Det er stor forskjell mellom assistentlegene med tanke på hvor innstilt de er på å svare på spørsmål. Jeg har enkelte ganger merket at assistentlegene, og særlig de kirurgiske assistentlegene er litt avvisende til spørsmål angående pasientene og*

*videre forløp. Det er nesten slik at de blir litt irriterte for at jeg ikke tør å ta den avgjørelsen selv” (turnuslege).*

Sykepleierne er ikke alltid enkle å komme i kontakt med i følge turnuslegen:

*”Sykepleierne er ofte stresset og når jeg ikke kan navnene på alle så er det vanskelig å stoppe dem opp for å spørre om noe” (turnuslege). Assistentlegene på sin side mener at samarbeidet med turnuslegene går feilfritt: ”Samarbeid med turnuslegene går veldig greit, de stiller spørsmål. Jeg føler det går feilfritt” (assistentlege medisin).*

*”Dette er jo et lite sykehus, så vi er lett tilgjengelige for hverandre. Jeg synes kommunikasjonen fungerer fint” (assistentlege kirurgi).*

Den ferske medisineren forteller om vanskeligheter med å være nyansatt, og at det er lite rom for usikkerhet:

*”Jeg er ganske ny og da merker jeg av og til at jeg blir møtt med mistillit. Dette gjelder særlig sykepleierne, men det kan også være andre kollegaer. De responderer på min usikkerhet med mistillit. Sykepleierne skal jo gjerne ha klare svar og vite at jeg er sikker, så man kan ikke tenke høyt eller vise at man ikke vet løsningen” (assistentlege medisin).*

## **13.2 Roller**

På spørsmål om deltagerne føler seg usikker på sin rolle i mottaket hevder de fleste at de sjelden er usikker på sin rolle: *”Nei, er egentlig aldri usikker på min rolle” (assistentlege kirurgi).*

Sykepleieren forteller at hun av og til føler seg overstyrt av legene:

*”Nei, jeg føler ikke at jeg er usikker på min rolle, men noen prøver av og til å overstyre min rolle. Dette opplever jeg særlig som koordinator. Koordinatoren er egentlig sjefen i mottaket og har oversikt over hvor alle pasientene er til enhver tid og hvor de skal sendes. Ingen har rett til å overstyre koordinator. Det var en assistentlege ved kirurgi for ikke så lenge siden som prøvde å presse en pasient ned*

*til mottaket og respekterte ikke at det var fullt. Dette blir det dårlig stemning av”* (sykepleier).

Den nyansatte medisinske assistentlegen opplever situasjoner der han opplever usikkerhet i forhold til sine arbeidsoppgaver:

*”Ja, er av og til usikker på min rolle i mottaket, men nå er jeg ganske ny da. Når det for eksempel er røde pasienter med et team som består av flere typer leger, så kan man fort bli usikker på sin egen oppgave. Ønsker mer klarhet i mine oppgaver vedrørende pasienter”* (assistentlege medisin).

Sykepleieren forteller at hun i enkelte situasjoner ikke har tillit til og respekterer de ferske legene: *”Assistentlegen har sikkert ikke sett en pasient dø noen gang”* (sykepleier).

### **13.3 Underliggende dynamikk**

De fleste intervjuobjektene hadde opplevd underliggende spenninger mellom de ulike profesjonene. Sykepleieren fortalte om flere situasjoner der en lege hadde beordret henne til å utføre ordre hun ikke mente var forsvarlig. Det forventes alltid at en sykepleier gjør det legen har bestemt og dette kan by på uenigheter. Disse situasjonene oppstår oftest i kommunikasjon mellom en erfaren sykepleier og nyansatt lege:

*”Jeg har absolutt opplevd spenninger mellom profesjoner. Jeg har mye erfaring siden jeg har jobbet her lenge. Jeg er pasientens talsperson og er ikke redd for å si i mot en lege. Jeg har enkelte ganger nektet å utføre ordre siden jeg kun gjør det jeg mener er forsvarlig. De gangene det har skjedd har jeg fått kjeft og fått skriftlig klage”* (sykepleier).

*”Noen turnusleger forstår ikke gangen i pasientprosessen i mottaket og får ikke unna pasientene tidsnok, dette hender av og til og er trasig. Vi har hatt noen turnusleger som bruker mange timer på et journalopptak og det går jo ikke an”* (sykepleier).

Det overordnede målet blant alle som jobber i akuttmottaket er selvsagt en trygg og forsvarlig pasientbehandling. Likevel har de ulike profesjonene ulike arbeidsoppgaver og dermed ulike synsvinkler på hvordan noe bør gjøres. Sykepleierne tenker logistisk og er fokusert på at pasienten skal legges på sengepost raskest mulig. Legene derimot har ansvar for utredning og behandling av pasientene og ønsker derfor lenger tid på utredningen:

*”Sykepleierne er veldig opptatt med prosedyrer og å få pasienten opp på sengepost raskest mulig. Vi turnuslegene derimot ønsker tid til å utrede pasienten og disse to motivene kan av og til kollidere. I noen slike situasjoner kan det nok oppstå en viss spenning”* (turnuslege).

*”Jeg har forsøkt å lære nye sykepleiere til å være pasientens advokat, snakke pasientens sak. Ikke alle turnusleger skjønner at en rød pasient må behandles raskt og da må jeg bare si i fra om at nå må det skje noe”* (sykepleier).

*”Assistentlegen har det overordnede ansvaret for pasientens behandling og jeg merker ofte en viss misnøye dersom jeg ønsker mer tid til å avklare tilstanden til en pasient da sykepleierne gjerne vil sende pasienten videre så fort som mulig. Dette gjelder også i forhold til turnuslegen som ofte har et stort antall pasienter å undersøke og journalføre og ønsker å få pasienten avklart og sendt av gårde så fort som mulig”* (assistentlege medisin).

Assistentlegen ved kirurgi forteller om situasjoner der det har oppstått dårlig stemning mellom kvinnelige sykepleiere og leger. Han gir en mulig forklaring på dette: *”Jeg har opplevd at det har vært spenninger mellom kvinnelige leger og kvinnelige sykepleiere. Det kan rett og slett være fordi at kvinner ikke tåler andre kvinner”* (assistentlege kirurgi).

## 13.4 Stress

Stort ansvar og stor arbeidsmengde gjør at arbeidet ved akuttmottaket ofte kan medvirke til stress. Triagesystemet er et godt hjelpemiddel her og samtlige deltagere bekrefter at dette systemet fungerer godt: *"Ja. Mange pasienter er utfordrende, men man må bare prioritere etter triageringen. Triagesystemet fungerer veldig godt og er et system både vi sykepleierne og legene er innforstått med"* (sykepleier).

Assistentlegen ved medisin bekrefter at det kan være stressende å jobbe i mottaket: *"Tja, det kan koke litt. Selv om det går bra, så føler jeg at det er mye stress og mye som skjer på en gang, så særlig polikliniske pasienter blir nedprioritert. Skulle gjerne hatt mer tid"* (assistentlege medisin).

Sykepleieren påpeker samtidig at det ikke alltid er stressende å jobbe i mottaket: *"Det er veldig avhengig av hvor mange pasienter som kommer inn. Når det er få pasienter er det ikke noe problem, men når det er mange innkommende pasienter blir det fort stress"* (sykepleier).

## 13.5 Maktforhold

Et sykehus er inndelt i et hierarki og profesjon avgjør hvor en befinner seg i hierarkiet. Det er ulike oppfatninger om hvordan maktforholdene preger samarbeidet i akuttmottaket. Sykepleieren forteller at hun av og til blir forhindret i å utføre sine arbeidsoppgaver: *"Det hender noen ganger at legen er overivrig og starter med undersøkelsen før jeg er ferdig med mine oppgaver og dette kan ofte forsinke min prosess"* (sykepleier).

Under intervjuet kommer det fram at ikke alle assistentlegene er innstilt på å bidra i mottaket i form av å påta seg turnuslegens arbeidsoppgaver: *"Det er stor forskjell på hvor villige assistentlegene er til å ta opp innkomsjournal. Enkelte assistentleger tar ikke opp innkomsjournaler i det hele tatt, da det i hovedsak er turnuslegene sitt ansvar, og dette kan forsinke resten av prosessen"* (sykepleier).

Turnuslegen mener at makten er relativt jevnt fordelt mellom profesjonene, men at det typiske sykehushierarkiet likevel eksisterer:

*"Jeg opplever at maktforholdene er ganske jevne. Samarbeid preger kommunikasjonen. Sykepleierne gjør sine oppgaver, legene gjør sine oppgaver og i sum gjør dette at pasientene får en god behandling. Assistentlegene har jo siste ord når en beslutning skal tas, men det er jo slik det skal være"* (turnuslege).

Assistentlegen i kirurgi påpeker at makt ikke kun handler om erfaring, men også om utdannelse og stilling. Ikke alle profesjoner har tilstrekkelig faglig kunnskap til å uttale seg om hva som er best for pasienten:

*"Det er et hierarki etter hvilken stilling man har, men også etter erfaring. En sykepleier som har 30 års erfaring kan mer om rutiner og prosedyrer i forhold til en fersk turnuslege. Jeg føler av og til at disse sykepleierne prøver å overstyre og ha sin egen oppfatning om situasjonen og blande seg inn i beslutninger, noe de egentlig ikke har kunnskap til å gjøre. Dette er særlig aktuelt når laboratorieprøver og bildeundersøkelser skal rekvireres og en sykepleier er uenig med deg. Mange sykepleiere har meninger om ting de ikke har kompetanse til å mene noe om, dette gjelder særlig sykepleiere som har vært en stund i gamet. Det blir helt feil"* (assistentlege kirurgi).

## 14 Resultater fra undersøkelsen om stereotypier

Tabell 15 viser hvordan medisinstudentene vurderer den typiske lege og den typiske sykepleier i en tenkt situasjon de har vært del av.

**Tabell 15 SPGR-koder for hvordan medisinstudenter oppfatter henholdsvis sykepleiere og leger.**

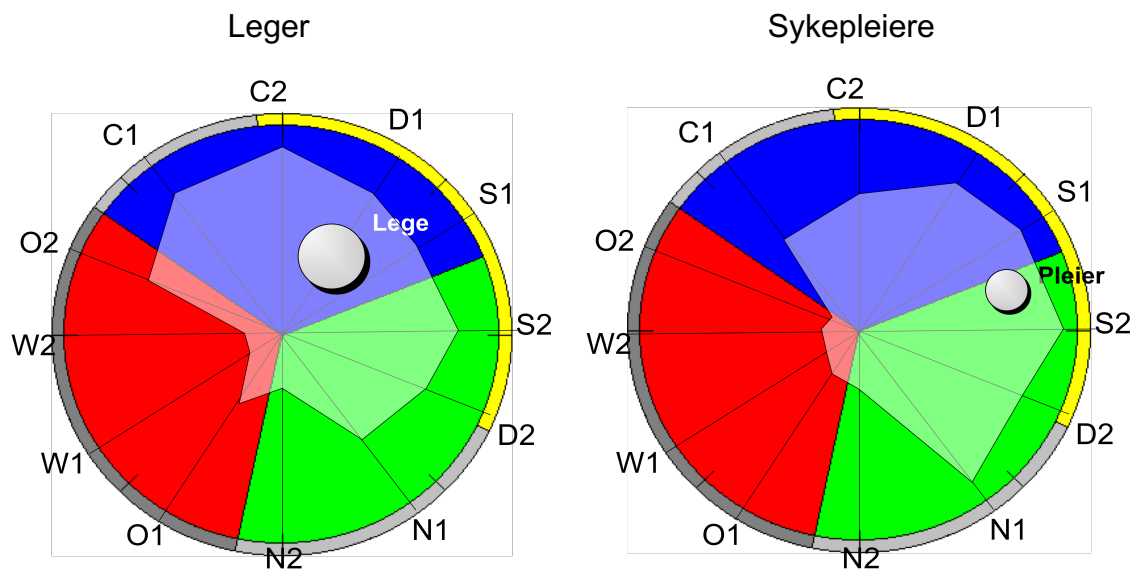
SPGR-kode	Sykepleier	Lege
<b>C</b>	<b>3,67</b>	<b>6,80</b>
C1	1,86	3,15
C2	1,81	3,65
<b>N</b>	<b>4,43</b>	<b>3,10</b>
N1	3,38	2,40
N2	1,05	0,70
<b>D</b>	<b>5,86</b>	<b>5,05</b>
D1	3,14	2,75
D2	2,71	2,30
<b>O</b>	<b>1,48</b>	<b>3,95</b>
O1	0,90	1,50
O2	0,57	2,45
<b>W</b>	<b>1,90</b>	<b>1,60</b>
W1	0,81	0,80
W2	1,10	0,80
<b>S</b>	<b>6,71</b>	<b>5,40</b>
S1	3,19	2,65
S2	3,52	2,75

Tabell 15 viser at studentene oppfatter sykepleiere som omsorgsfulle og avhengige i stor grad, mens de oppfattes som lite opposisjonelle og relativt lite kontrollerende. Legene oppfattes som kontrollerende i stor grad, avhengige i relativt stor grad, mens de oppfattes som opposisjonelle i relativt stor grad og omsorgsfulle i mindre grad.

Smidighetsprofilene i figur 19 fremstiller resultatene fra tabell 15. I

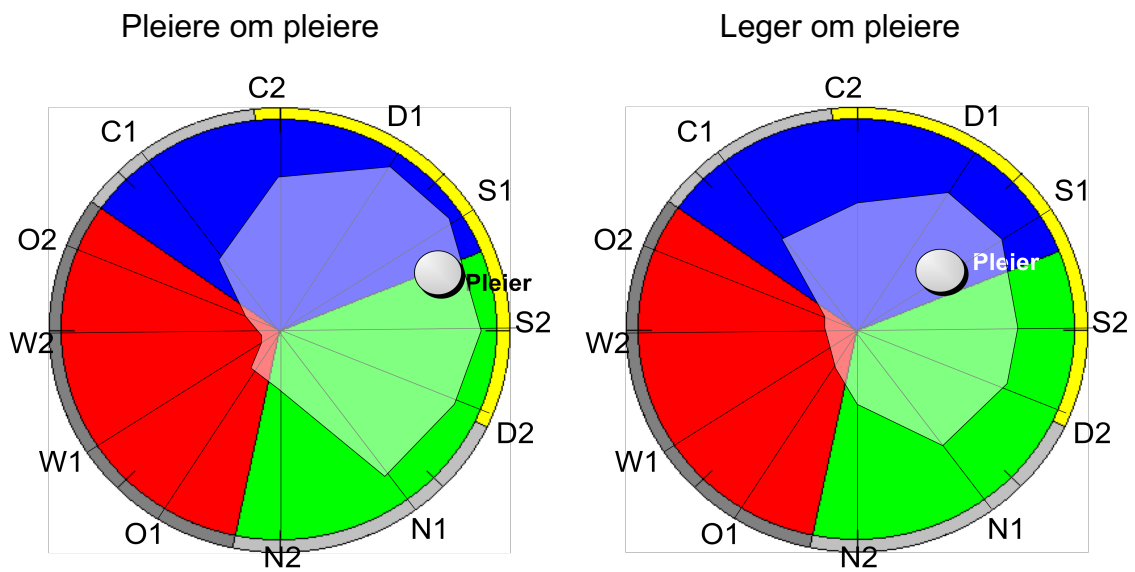
smidighetsprofilene ses et helhetlig bilde av vurderingene gjort av studentene. Legen representerer en større sirkel enn sykepleieren, og viser at sykepleieren oppfattes som mer passiv enn legen i den tenkte situasjonen. Begge yrkesgruppene scorer høyt på synergi (S1, S2) som betyr at de er innstilt på samarbeid i en synergisk gruppeprosess. Smidighetsprofilene viser det fullstendige bildet av hvordan studentene vurderer legen og sykepleieren. Begge yrker havner innenfor blått og grønt felt, som tilsvarer henholdsvis kontroll og omsorg. Den største delen av legens profil er plassert i kontrollfeltet (blått felt), men legen vurderes også som omsorgsfull (grønt felt). Kun en liten del av profilen ligger i rødt felt som tilsvarer opposisjon. Sykepleieren oppfattes som mindre opposisjonell, mer omsorgsfull og noe mindre kontrollerende enn legen.

Figur 20-22 på neste side illustrerer resultater innhentet i klinisk sammenheng ved lokalsykehuset. Figur 20-21 oppsummerer hvordan leger og sykepleiere oppfatter hverandre og figur 22 illustrerer hvordan henholdsvis leger og sykepleiere mener at en ideell medarbeider bør være.

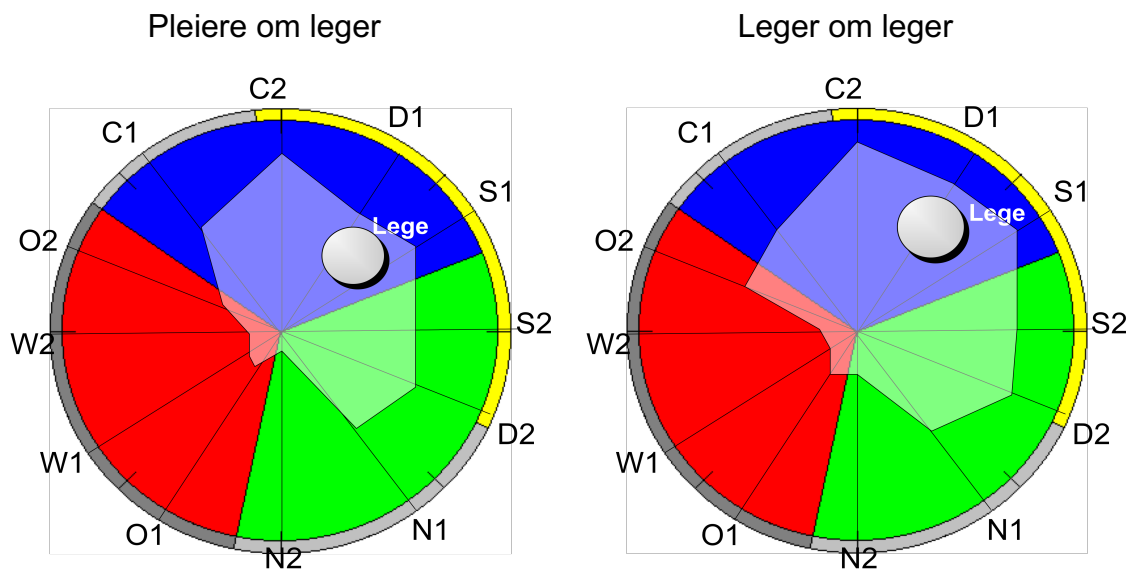


**Figur 19 Studentenes vurderinger av leger og sykepleiere.**



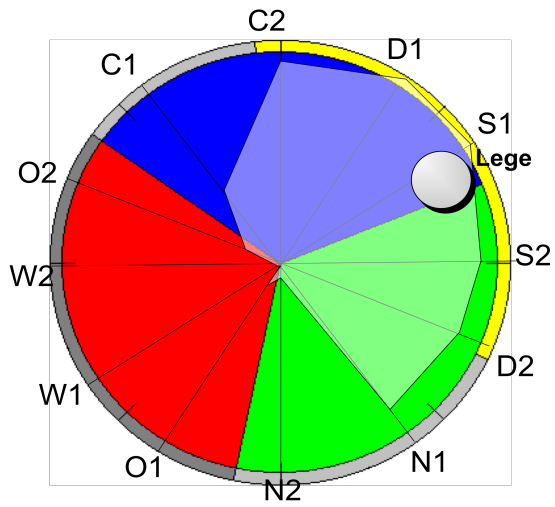


Figur 20 Pleiere vurderes av henholdsvis pleiere og leger.

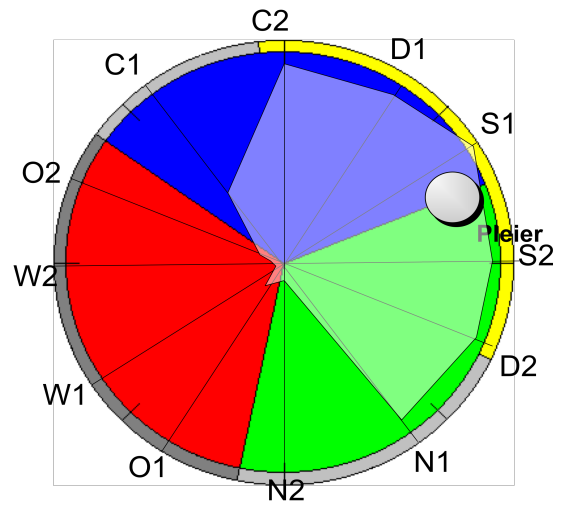


Figur 21 Leger vurderes av henholdsvis pleiere og leger.

Lege om ideell medarbeider



Pleier om ideell medarbeider



Figur 22 Den ideelle medarbeider vurdert av henholdsvis lege og pleier.

## DEL IV DISKUSJON

I del III ble resultatene presentert og det kom fram at kommunikasjonen ikke alltid fungerer optimalt i akuttmottaket ved lokalsykehuset. I dette kapitlet vil resultatene i del III drøftes i sammenheng med det teoretiske rammeverket introdusert i del I. Kapittel 15 omhandler en diskusjon om undersøkelsen om samhandling mellom helseprofesjoner, og i kapittel 16 diskuteres undersøkelsen om stereotypier i helsevesenet.

**Tabell 16 Overordnet struktur del IV.**

<b>Kapittel</b>	<b>Tema</b>
15	Samhandling mellom helseprofesjoner
16	Stereotypier i helsevesenet



## 15 Samhandling mellom helseprofesjoner

Dette kapittelet inneholder en diskusjon og analyse av resultatene fra SPGR-undersøkelsen og intervjuene innhentet ved lokalsykehuset.

### 15.1 Sykehusorganisasjonen inndelt i fire verdener

Figur 6-8 viser knutepunktene for samarbeid mellom de forskjellige aktørene i sykehusorganisasjonen (Glouberman & Mintzberg, 2001b). Legene og sykepleierne i akuttmottaket har med forskjellige utgangspunkt et felles ansvar for pasienten. Sykepleierne har hovedansvar for pasientlogistikk og for rapportering *internt* til sykehusledelsen, og er opptatt av at pasientenes tilstand avklares så raskt som mulig og fraktes ut av mottaket og videre til den respektive avdeling. Legenes fremste mål er på den annen side å initiere riktig pasientbehandling. De krever at sykepleierne er tilstrekkelig tilstede for oppfølging av pasientene til fordel for å opprettholde en effektiv pasientflyt. I følge Matlary (2008) er pasientens behandlingsbehov selve grunnpilaren i medisinsk profesjonsidentitet og pasientens helse skal være organisasjonens mål. Denne tankegangen utfordres stadig av økonomiske og politiske krav fra samfunnet og sykehusledelse. I intervjurunden ved lokalsykehuset så vi eksempler på uoverensstemmelser mellom interne, organisatoriske mål og legens medisinske behandlingsmål. Både turnuslegen og assistentlegen ved medisin uttrykte at de ofte opplever en misnøye blant sykepleierne dersom pasientutredningen ikke foregår raskt (ref. kapittel 13.3). Dette utgjør en interessekonflikt mellom helseprofesjonene og kan være en skadelig faktor for samarbeid.

### 15.2 Integrering som et verktøy for samarbeid

Siden målsetningen med sykehusorganisasjonen, pasientbehandling, ofte kan være kompleks og uforutsigbar, kan en tenke seg at et fleksibelt samarbeidsklima preget av *gjensidig tilpasning* vil være gunstig (Glouberman & Mintzberg, 2001a). *Direkte*

*kontroll* er tilstede i akuttmottaket i stor grad da overlegen kommanderer assistentlegen, som kommanderer turnuslegen og av og til sykepleieren, og turnuslegen kommanderer sykepleieren (figur 17).

I et sykehus er arbeidsoppgavene standardisert mellom profesjonene, men behandlingen må tilpasses den enkelte pasients behov. I sykehusorganisasjonen er kunnskap høyt differensiert og de ulike profesjonene har ulike arbeidsoppgaver. En høy grad av differensiering gjør at behandling og oppfølging kan skreddersys for å imøtekomme pasientens behov. I følge Glouberman og Mintzberg (2001a) krever en høyt differensiert organisasjon høy grad av integrasjon. Antallet pasienter som kommer inn i akuttmottaket i løpet av en dag er tilnærmet uforutsigbart, og for å kunne behandle mange pasienter på travle dager kan *standardisering* være nødvendig for å oppnå god og trygg pasientbehandling (figur 9). I akuttmottaket er ferdigheter, *skills*, standardisert da den ansatte er tildelt spesifikke arbeidsoppgaver etter hvilken kunnskap og ansettelsesstilling den ansatte innehar. Dette er etter min mening den viktigste standardiseringsformen i sykehus. Fordelen med en slik standardiseringsform er at aktørene er tildelt spesifikke funksjoner og vet hva de skal forvente av hverandre (Glouberman & Mintzberg, 2001a). Bakdelen ved standardisering er kanskje manglende fleksibilitet og lite nytenkning i en arbeidskultur preget av rutiner. Ved lokalsykehuset uttrykte ingen av intervjuobjektene usikkerhet vedrørende sine arbeidsoppgaver i akuttmottaket, med unntak av den nyansatte assistentlegen ved medisin som ønsket klarere retningslinjer for sine arbeidsoppgaver ved innkommende traumer (ref. kapittel 13.2). Dette tyder på at standardisering av kunnskap og ferdigheter fungerer godt i akuttmottaket.

Sosiale normer, *norms*, og forventninger om hvordan en profesjon skal oppføre seg er i stor grad tilstede i mottaket, og en kan derfor si at disse er standardisert (figur 9). Fra et tradisjonelt synspunkt forventes det at en sykepleier inntar en omsorgsrolle og utfører det legen bestemmer. Som vi diskuterte i kapittel 15.1 har imidlertid sykepleierne ansvar for å effektivisere pasientflyten i akuttmottaket. De har dermed en mer styrende rolle der enn i andre sykehusavdelinger og bryter på den måten sosiale normer i forhold til hvordan det forventes at en sykepleier oppfører seg. I kapittel 16 diskuteres forventningene de ulike profesjonene har til hverandre.

I tabell 10-13 ser vi hvordan de forskjellige aktørene ved lokalsykehuset vurderer hverandre og seg selv. I tabell 10 ser vi at sykepleierne blir vurdert som mer omsorgsfulle enn assistentlegene, men kanskje noe overraskende mindre omsorgsfulle enn turnuslegene. Sykepleierne blir vurdert som moderat kontrollerende, noe som kan forklares av deres overordnede ansvar for pasientlogistikken. Likevel anses sykepleiernes rolle som underdanig legenes rolle og vurderes derfor som mindre kontrollerende enn assistentlegene. Sykepleierne oppfattes som avhengige i stor grad og er i følge Sjøvold (2006) dermed personer som løser oppgaver med intellekt og rasjonalitet, med liten grad av selvstendighet. Ut fra tabell 10 ser vi at sykepleierne vurderes som lite opposisjonelle, og de får høy score innen synergi. Dette kan tolkes som at de er engasjerte i interaksjon med andre profesjoner og fremmer samarbeid.

Tabell 11-13 illustrerer hvordan de ulike legene vurderes av de ulike aktørene i akuttmottaket. Kirurgene blir ansett som mest kontrollerende av andre kirurger og turnusleger. Dette kan ha sammenheng med at det er disse aktørene som kirurgene har flest kontaktpunkter med i akuttmottaket (figur 17). Turnuslegene scorer høyest på avhengighet blant alle de andre aktørene, og dette kan være en konsekvens av deres uerfarenhet da en turnuslege har vært ansatt i sin stilling i kun 12 måneder eller mindre. Sjøvold (2006) poengterer at aktører som preges av avhengighet er i ferd med å tilpasse seg sine omgivelser, de er lojale og disiplinerte, men arbeider i liten grad selvstendig. Videre er turnuslegene omsorgsfulle og kontrollerende i noen grad. Med tanke på at turnusleger kategoriseres innen *cure* i de fire verdener forventes det at de tar ansvar for pasientbehandlingen og det er derfor en nødvendighet at de er noe kontrollerende. Turnuslegene anses som mest omsorgsfulle av samtlige aktører. Dette kan være et resultat av lite makt og dermed et inntrykk av en "mykere" fremtoning. Assistentlegene, og særlig kirurgene, oppleves som de desidert mest kontrollerende aktørene. Dette funnet er ikke overraskende da assistentlegene har mest beslutningsmakt av alle aktørene i akuttmottaket, og har hovedansvaret for at pasientene skal få adekvat behandling.

Figur 6-8 illustrerer hvordan et rigid og tradisjonsrikt sykehussystem preget av koalisjoner representerer en stor utfordring i forbindelse med å oppnå en inkluderende organisasjonskultur (Glouberman & Mintzberg, 2001b). Et ønskelig

utfall kan være at man ser hele systemet, inkludert *community, control, cure og care*, som én organisasjon eller én verdikjede. Slik får man et større fokus på integrasjon, noe som kan effektivisere sykehusdriften og behandlingskvaliteten på sikt.

### **15.3 Stress påvirker samarbeid mellom profesjonene**

I følge Akre et al (1997) har atmosfæren i organisasjonen stor påvirkning på hvordan profesjonene kommuniserer. Nedskjæringer i helsevesenet den siste tiden har ført til økt krav om å prestere over kort tid. Dette fører til mindre autonomi og økt stressnivå hos de ansatte, noe som kan ha negativ innvirkning på kommunikasjonsklimaet i akuttmottaket. Assistentlegen ved medisin sa at det av og til er veldig mye å gjøre i akuttmottaket ved lokalsykehuset og at enkelte pasienter naturlig nok blir nedprioritert som følge av tidspress. I akuttmottaket ved lokalsykehuset påpekte sykepleieren at triagesystemet er et godt verktøy for å sortere pasienter når arbeidsmengden er stor.

### **15.4 Maktforhold utfordrer samarbeid mellom profesjoner**

Ved lokalsykehuset kom det fram at maktforholdene i akuttmottaket preges av utdanning, yrke og erfaring. Erfaring viste seg å være betydningsfullt for maktforholdene i akuttmottaket. Da legene har høyere utdanning enn sykepleierne har de høyere kunnskapsmakt. En slik maktfordeling mente assistentlegen ved kirurgi at er helt naturlig og påpeker at makt handler om utdanning og stilling, ikke kun om erfaring (ref. kapittel 13.5). Den samme legen mente at sykepleiere ikke har tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å ta beslutninger vedrørende utredning og behandling. På en annen side, dersom en lege kun tar avgjørelser på bakgrunn av at han/hun er lege, kalles dette *tvangsmakt*. I følge McShane og Von Glinow (2003) er dette en uheldig maktform som medfører at andre blir tvunget til utføre en arbeidsoppgave, og dette kan resultere i konflikt mellom de ansatte. Den erfarne sykepleieren i akuttmottaket fortalte at hun i enkelte situasjoner har nektet å utføre legens ordre da hun har funnet ordren uforsvarlig (ref. kapittel 13.3). I følge Stein et al (1990) er sykepleierens underdanige rolle forandret de seneste tiårene og det hevdes at årsaken til dette er sykepleieres ønske om gjensidig uavhengighet og



autonomi i lege-sykepleier-forholdet. Uoverensstemmelser mellom helseprofesjonene kan påvirke organisasjonskulturen og kvaliteten på pasientbehandlingen negativt. Med tanke på at dominante roller ofte kan være psykologiske hindre for å utføre arbeidsoppgavene på en god måte, kan kanskje en liberalisering av profesjongrensene på sykehuset ha positiv effekt på samarbeid mellom leger og sykepleiere.

Figur 10 laget av De Wit og Meyer (2010) illustrerer alternative forhold mellom leger og sykepleiere. I tabell 10-13 fant vi at samtlige profesjoner oppfattet sykepleierne som mer avhengige enn legene. Ut i fra dette kan vi plassere lege-sykepleier-forholdet i kvadrant D i figur 10 som representerer ubalansert avhengighet. Økt avhengighet kan oppstå dersom en part besitter mer kunnskap enn den andre (Sjøvold, 2006). Dette kan være relevant for helseprofesjoner. Yrkestittelen "lege", vil gi anerkjennelse og tiltro siden en lege har større detaljkunnskap rundt medisinfaget enn det en sykepleier har. På et sykehus er det hovedsakelig menneskelig kunnskap som er drivkraften bak pasientbehandling, ikke en maskin eller et materielt verktøy. Dette medfører at personer med høy utdanning har høyere anseelse enn personer med lavere utdanning.

## **15.5 Holdninger i forhold til samarbeid mellom profesjoner**

Riktige holdninger blant de ansatte er viktig for å bygge en kultur som samsvarer med organisasjonens målsetninger. Etter intervjurunden ved lokalsykehuset virket det som at de ulike profesjonene hadde gode holdninger til samarbeid, selv om dette alltid vil være personavhengig. Den nyansatte assistentlegen ved medisin uttrykte at han tidvis blir møtt med skepsis og mistillit blant sykepleierne dersom han viser usikkerhet. Det kan virke som at sykepleierens tradisjonelle underdanige rolle ikke eksisterer i stor grad ved akuttmottaket. Mistillit mellom profesjonene kan ha negativ innvirkning på samarbeid og det er viktig å bygge en sterk organisasjonskultur der de ansatte har tillit til hverandre. Det er sannsynlig at en felles forståelse av konfliktløsning er viktig for å bedre organisasjonskulturen og fremme samarbeid mellom helseprofesjoner. Det er viktig å skape en organisasjonskultur der konfliktløsning blir satt på dagsorden i stedet for å bli neglisjert. På denne måten kan

kanskje noen av de rigide sykehustradisjonene oppdateres, og organisasjonskulturen bli mer inkluderende og preget av åpenhet.

## **15.6 Den ideelle medarbeider**

I figur 22 ser vi hvordan legene og pleierne mener at den ideelle samarbeidspartner bør være. Feltdiagrammene basert på vurderinger fra henholdsvis leger og sykepleiere er nesten identiske. Begge yrkesgrupper mener at den ideelle samarbeidspartner i stor grad er styrende, i veldig stor grad lojal og engasjert, og i stor grad empatisk, aksepterende og ivaretagende. Ut i fra figur 20 og 21 ser vi at aktørene ved akuttmottaket vurderer hverandre til å inneha alle disse karakteristikkene, men smidighetsprofilene til både legene og pleierne er likevel ganske langt unna hvordan den ideelle samarbeidspartner vurderes. Dette illustrerer at samarbeidsklimaet i akuttmottaket ved lokalsykehuset har et stort forbedringspotensial. For å oppnå bedre samarbeid mellom helseprofesjoner bør en i større grad fokusere på betydningen organisasjonskultur har for kommunikasjon i arbeidsklima i sykehus. Slik kan både produktivitet og trivsel blant de ansatte øke.

## **15.7 Oppsummering**

I kapittel 15 har vi sett at leger og sykepleiere er ulikt plassert i sykehusorganisasjonens fire verdener og har dermed ulike prioriteringer i sitt arbeid. Dette utgjør en potensiell interessekonflikt mellom helseprofesjonene og kan være en skadelig faktor for samarbeid. Vi har sett at en integreringsform basert på standardisering av kunnskap og ferdigheter ser ut til å fungere godt i akuttmottaket ved lokalsykehuset. Dersom organisasjonen ses som en helhet, en verdikjede, kan sykehusdriften effektiviseres og behandlingskvaliteten forbedres.

Sykepleiere har en mer styrende rolle i akuttmottaket enn i andre sykehusavdelinger, noe som strider mot sosiale normer i forhold til hvordan det forventes at en sykepleier oppfører seg. I SPGR-undersøkelsen ble sykepleierne likevel oppfattet som lite opposisjonelle, og de fikk høy score innen synergi. Dette kan tolkes som at de er engasjerte i interaksjon med andre profesjoner og fremmer samarbeid. Turnuslegene

vurderes som avhengige i stor grad og assistentlegene er de mest kontrollerende i akuttmottaket.

Tidvis stor arbeidsmengde i akuttmottaket fører til høyt stressnivå hos de ansatte, noe som kan ha negativ innvirkning på kommunikasjonsklimaet her. Det ble fortalt om episoder ved lokalsykehuset der *tvangsmakt* er blitt benyttet, og det ble konkludert med at liberalisering av profesjonsgrensene på sykehuset kan ha positiv effekt på samarbeid mellom leger og sykepleiere. I kapittel 15.4 kom vi fram til at en felles forståelse av konfliktløsning kan redusere mistillit mellom profesjonene.

Til slutt fant vi at samarbeidsklimaet ved lokalsykehuset har et stort forbedringspotensial da smidighetsprofilene til både sykepleierne og legene avviker mye fra hvordan både legene og sykepleierne beskriver en ideell samarbeidspartner.



## **16 Stereotypier i helsevesenet**

I dette kapitlet diskuteres stereotypier i helsevesenet basert på resultatene fra undersøkelsene gjennomført i klinisk sammenheng ved lokalsykehuset og blant medisinstudentene ved NTNU.

### **16.1 Stereotypisk tankegang er en viktig del av organisasjonskulturen i sykehus**

Stereotypier dannes ved at vi forventer en viss type oppførsel av en person på bakgrunn av denne personens yrke, posisjon eller annet. Ofte tillegger vi andre mennesker egenskaper uten noe vurderingsgrunnlag (Sjøvold, 2006). Stereotypier eksisterer i aller høyeste grad i helsevesenet.

I kapittel 15.1 diskuterte vi tydeligheten av profesjonsidentiteter i sykehus og at den medisinske profesjonsidentitet er basert på et sterkt behandlingsfokus. I følge Cameron og Quinn (2006) avhenger organisasjonskultur i stor grad av de ansattes identitet. I et sykehus er profesjonsidentitetene tydelige ved at de ansatte oppfører seg i samsvar med hva som forventes av deres yrkestittel, altså stereotypier. Vi kan derfor argumentere for at stereotypier har stor betydning for organisasjonskulturen i sykehus. I følge Hojat et al (1999) har imidlertid forholdet mellom lege og sykepleier forandret seg de siste årene, noe som promoterer sykepleieren som legens samarbeidspartner til fordel for den tradisjonelle assistentrollen.

### **16.2 Selvoppfyllende profetier**

I kapittel 3.2 ble det nevnt at organisasjonskultur baserer seg på de ansattes identitet, og dette medfører uskrevne retningslinjer for hvordan de ansatte skal oppføre seg på arbeidsplassen. Kapittel 4.1 omhandlet stereotypier og hvordan de ansatte tillegges egenskaper med bakgrunn i deres yrke. Når en falsk definisjon av en situasjon frambringer en ny oppførsel som gjør at den opprinnelige falske

definisjonen blir sann, har vi et fenomen som kalles *selvoppfyllende profetier* (Merton, 1948). Teorien om selvoppfyllende profetier kan eksemplifiseres slik; hvis for eksempel en lege forventer at en sykepleier skal adlyde ordre om en type behandling, vil sykepleieren adlyde ordren fordi dette forventes av vedkommende. Sykepleieren som ble intervjuet i denne studien ga imidlertid uttrykk for at hun ikke er redd for å gi beskjed dersom hun er uenig i legens beslutning. Dette kan tyde på at de tradisjonelle stereotypene er i ferd med å endres.

I figur 18 så vi at assistentlegene var markert med gule sirkler som symboliserer samarbeid og synergi, og de ble oppfattet som kontrollerende. Turnuslegene og sykepleierne var på sin side representert med små, grå sirkler som står for passivitet. Ved tolkning av resultatene i figur 18 er det viktig å huske at diagrammene illustrerer kun et gjennomsnitt av profesjonens atferd slik den oppfattes av andre. Ulempen ved slike diagrammer er at en kan bli fristet til å tro at de som vurderes kun har de personlige egenskapene som avgrenses av sirkelen. En slik visuell innsnevring av personlige egenskaper kan være uheldig da "ethvert forsøk på å sette et menneske i bås vil begrense og hemme dets utfoldelse og læring" (Sjøvold, 2006, s. 177). Diagrammene i figur 20 og 21 gir en mer detaljert illustrasjon på hvordan leger og sykepleiere vurderer seg selv og hverandre. Diagrammene gir en nyansert illustrasjon av hvordan en helseprofesjon oppfattes da såkalte *smidighetsprofiler* viser hele spekteret av hvordan profesjonen oppfattes. Alle legerollene, inkludert assistentleger og turnusleger, er samlet i én kategori; leger. Sykepleierne er fortsatt en egen yrkesgruppe. Ved å studere figur 20 ser vi at pleierne oppfattes som lojale, engasjerte, empatiske, aksepterende og ivaretagende. Det vil derfor være feil å definere sykepleierne som kun avhengige og omsorgsfulle; det er viktig å inkludere hele spekteret av egenskaper. I figur 21 vurderer legene seg selv som *mer* styrende, lojale, engasjerte, empatiske og aksepterende enn den andre gruppen, i dette tilfellet pleierne. Med utgangspunkt i teorien om selvoppfyllende profetier så vil legene dermed oppføre seg i tråd med deres egen falske definisjon, slik at legenes opprinnelige falske definisjon om at de er styrende, lojale, engasjerte, empatiske og aksepterende blir sann.

I figur 20 og 21 ser vi altså at aktørene innehar langt flere funksjoner ved gruppearbeid i akuttmottaket enn den mest dominerende atferden. Vi ser for

eksempel at legene ikke kun vurderes som kontrollerende, men at de tilskrives langt flere karaktertrekk. Dette gir et mer nyansert overblikk over egenskapene til legene som aktører. Når de ulike aktørene setter hverandre "i bås" ut i fra hvilket yrke og posisjon de innehar kan samarbeidet i akuttmottaket bli lite funksjonelt. Dersom aktørene blir mer bevisste på teorien om selvoppfyllende profetier kan kommunikasjonen mellom de ulike profesjonene i akuttmottaket forbedres og muligens gjøre at pasientbehandlingen blir bedre.

### **16.3 Stereotypisk tankegang under utdannelsen**

I kapittel 14 så vi at medisinstudentene i undersøkelsen vurderte sykepleiere som omsorgsfulle da sirkelen var plassert i det grønne feltet i SPGR-diagrammet i figur 19. Sykepleierne ble vurdert som mest lojale, engasjerte, empatiske, aksepterende og ivaretagende. Smidighetsprofilen har store likheter med hvordan legene vurderte sykepleiere i figur 20. På samme måte ser vi mange likhetstrekk mellom smidighetsprofilen laget på bakgrunn av studentenes vurderinger av leger vist i figur 19 og legenes vurderinger av leger illustrert i figur 21. Medisinstudentene vurderte derimot legene som mer oppgaveorienterte og empatiske, og mindre lojale, engasjerte og aksepterende enn de ferdig utdannede legene vurderte seg selv. Medisinstudentenes vurderinger av leger og sykepleiere viser altså at stereotypisk tankegang i stor grad er tilstede allerede i studietiden, og likhetene er særdeles tydelige ved vurdering av sykepleiere. Det er stort fokus på empatisk kommunikasjon mellom lege og pasient i medisinstudiet og dette kan være årsaken til at studentene har en oppfatning av at leger er mer empatiske enn de ferdig utdannede legene mener selv.

Studentene i denne studien tilhørte 5. årskull, og på dette stadiet har de fleste medisinstudenter tilegnet seg arbeidserfaring som pleieassistenter, sykepleiere eller liknende. Studentene har derfor mer eller mindre erfaring med å samarbeide med ulike helseprofesjoner og det er mulig at studentene allerede har utviklet en stereotypisk tankegang gjennom dette arbeidet.

Stereotypisk tankegang ha en negativ effekt på teamarbeid og kanskje resultere i dårligere pasientbehandling. Som nevnt i kapittel 4.1 har Carpenter (1995) skrevet en artikkel om stereotypier og forandring av disse under interprofesjonell utdanning. I studien gjennomgikk sykepleierstudenter og medisinstudenter et kurs i forbindelse med stereotypisk tankegang og resultatet ble at sykepleierstudentene hadde mindre tydelige og mer positive forventninger til leger etter kurset. Blant medisinstudentene hadde stereotypisk atferd ikke endret seg etter kurset. Kanskje vil stereotypisk tankegang funnet i studentundersøkelsen i vår studie bli mindre tydelige dersom studentene lærer om, og tilegner seg mer kunnskap om, andre helseprofesjoner i studietiden?

I fremtiden kan en slik spørreundersøkelse gjennomføres også blant sykepleierstudenter. Det vil være interessant å studere om stereotypier også eksisterer blant sykepleierstudenter og om det er noen forskjeller mellom de to studentgruppene.

## **16.4 Oppsummering**

I kapittel 16 har vi sett at til tross for forandringer av tradisjonelle mønster de senere år, har stereotypier fremdeles stor betydning i organisasjonskultur i sykehus i dag. Vi har også sett eksempler på at de tradisjonelle stereotypiene i sykehus er i ferd med å endres. Det er viktig å ikke sette mennesker i bås, men å se menneskelige potensialer og muligheter for forbedring. Smidighetsprofiler gir et godt helhetlig inntrykk av en persons spekter av karaktertrekk. SPGR-undersøkelsen gjennomført ved NTNU viste at stereotypier eksisterer allerede i studietiden. Stereotypisk tankegang kan være skadelig for teamarbeid og kanskje resultere i dårligere pasientbehandling. Interprofesjonell utdanning er derfor foreslått som en del av studieprogrammet for å forebygge stereotypier. I fremtiden vil det være interessant å utforske stereotypier også blant sykepleierstudenter.



# DEL V KONKLUSJON

Del V består av en konklusjon som oppsummerer de viktigste funnene i denne studien.

**Tabell 17 Overordnet struktur del V.**

<b>Kapittel</b>	<b>Tema</b>
17	Konklusjon



## 17 Konklusjon

I denne studien er en rekke utfordringer for samarbeid mellom helseprofesjoner identifisert. Uoverensstemmelser mellom interne organisatoriske mål og medisinske behandlingsmål utgjør en interessekonflikt mellom profesjonene som kan være skadelig for samarbeidet. Det foreslås at organisasjonen ses som en helhet, en verdikjede, slik at sykehusdriften kan effektiviseres og behandlingskvaliteten kan forbedres. Tidvis stor arbeidsmengde i akuttmottaket fører til høyt stressnivå hos de ansatte, noe som kan ha negativ innvirkning på kommunikasjonsklimaet. Tvangsmakt er uheldig og en felles forståelse av konfliktløsning kan forbedre samarbeidet mellom profesjonene.

Vi fant at de ulike profesjonene ved lokalsykehuset utgjør et team der assistentlegene er åpne for synergi og samspill og turnuslegene og sykepleierne er mer passive. Smidighetsprofilene identifiserte et spekter av karaktertrekk hos de ulike aktørene som illustrerte at det finnes gode muligheter for å forbedre samarbeidet mellom profesjonene. Vi fant at samarbeidsklimaet ved lokalsykehuset har stort forbedringspotensial da smidighetsprofilene til både sykepleierne og legene differerte i stor grad fra hvordan både legene og sykepleierne beskrev en ideell samarbeidspartner.

Til tross for forandringer av tradisjonelle mønster de senere år, har stereotyper fremdeles stor betydning i organisasjonskultur i sykehus i dag og representerer en hindring for godt samarbeid mellom helseprofesjonene. Det er kommet fram til at stereotypisk tankegang eksisterer også blant medisinstudentene.

I fremtiden bør en liknende studentundersøkelse gjennomføres blant sykepleierstudenter for å undersøke om også de tenker stereotypisk allerede i studietiden, og for å kartlegge likheter og forskjeller mellom de to studentgruppene. Slik kan ny kunnskap om stereotyper bidra til å bekjempe stereotyper i organisasjoner og underbygge viktigheten av å innføre interprofesjonell utdanning som en obligatorisk del av studieplanen.



## Referanser

- Akre, V., Falkum, E., Hoftvedt, B. O., & Aasland, O. G. (1997). The communication atmosphere between physician colleagues: Competitive perfectionism or supportive dialogue? A Norwegian study. *Soc. Sci. Med.*, 44(4), 519-526.
- André, B., Sjøvold, E., Rannestad, T., Holmemo, M., Ringdal, G. I. (2013). Work Culture among healthcare personnel in a palliative medicine unit. *Palliative & Supportive Care*, 11(2), 135-40.
- Brophy, J. E. (1983). Research on the self-fulfilling prophecy and teacher expectations. *Journal of Educational Psychology*, 75(5), 631-661.
- Brunsson, N. (1986). Organizing for inconsistencies: On organizational conflict, depression and hypocrisy as substitutes for action. *Scandinavian Journal of Management Studies*, 2(3-4), 165-185.
- Cameron, K., S., & Quinn, R. E. (2006). Diagnosing and changing organizational culture. *The Jossey-Bass Business & Management Series*.
- Carpenter, J. (1995). Doctors and Nurses: Stereotypes and Stereotype Change in Interprofessional Education. *Journal of Interprofessional Care*, 9(2), 151-161.
- Dagbladet. (2012, 26.10, 26.10. 2012). Ti dødsfall på grunn av omorganisering. Retrieved from [http://www.dagbladet.no/2012/10/26/nyheter/politikk/oslo\\_universitetssykehus/innenriks/rikshospitalet/24052442/](http://www.dagbladet.no/2012/10/26/nyheter/politikk/oslo_universitetssykehus/innenriks/rikshospitalet/24052442/)
- De Wit, B., & Meyer, R. (2010). Strategy: Process, Content, Context. *Cengage Learning EMEA*(4th edition).
- Eden, D. (1992). Leadership and expectations: Pygmalion effects and other self-fulfilling prophecies in organizations. *Leadership quarterly*, 3(4), 271-305.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001a). Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part II: Integration Health Care. *Health Care Management Review*, 26(1), 70-84.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001b). Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56-69.
- Grumbach, K., & Bodenheimer, T. (2004). Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice? *JAMA*, 291(10).
- Grønmo, S. (2004). Samfunnsvitenskapelige metoder. *Fagbokforlaget, Bergen*, 194.

- Hojat, M., Fields, S. K., Veloski, J. J., Griffiths, M., Cohen, M. J. M., & Plumb, J. D. (1999). Psychometric Properties of an Attitude Scale Measuring Physician-Nurse Collaboration. *Eval Health Prof*, 22(2), 208-220.
- Hojat, M., Nasca, T. J., Cohen, M. J. M., Fields, S. K., Rattner, S. L., Griffiths, M., . . . Garcia, A. (2001). Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration: A Cross-Cultural Study of Male and Female Physicians and Nurses in the United States and Mexico. *50(2)*, 123-128.
- Jacobsen, D. I. (2000). Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. *Høyskoleforlaget*, 2. ed.
- Jussim, L. (1986). Self-fulfilling prophecies: A theoretical and integrative review. *Psychological review*, 93(4), 429-445.
- Martin, M. (1998). Organizational behaviour. *Gray Publishing, Tunbridge Wells, Kent*(1st edition).
- Martins, E. C., & Terblanche, F. (2003). Building organisational culture that stimulates creativity and innovation. *European Journal of Innovation Management*.
- Matlary, J. H. (2008). Profesjonsidentitetens betydning. *Tidsskr Nor Legeforen*, 128(10), 1256.
- McConaughy, E. M. S. (2008). Crew resource management in healthcare: The evolution og teamwork training and medteams. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 22(2), 96-104.
- McShane, S., L., & Von Glinow, M. A. (2003). Organizational behavior: Emerging realities for the workplace revolution (2nd edition). *McGraw-Hill Companies, Inc., 1221 Avenue of the Americas, New York, NY 10020*.
- Merton, R. K. (1948). The self-fulfilling prophecy. *The Antioch Review*, 8(2), 193-210.
- Pettigrew, A. M. (1979). On studying organizational cultures. *Qualitative Methodology*, 24(4), 570-581.
- Rahim, M. A., & Magner, N. R. (1995). Confirmatory Factor Analysis of the Styles of Handling Interpersonal Conflict: First-Order Factor Model and Its Invariance Across Groups. *Western Kentucky University, Journal of applied psychology*, 80(1), 122-132.
- Robson, C. (2002). Real world research. *Blackwell publishing*.
- Schein, E. H. (1985). Organizational Culture and Leadership. *San Francisco: Jossey-Bass Publishers*.
- Schein, E. H. (1990). Organizational culture. *American Psychologist*, 45(2), 109-119.

- Scott, T., Mannion, R., Davies, H. T. O., & Marshall, M. N. (2003). Implementing culture change in health care: theory and practice. *The international society for quality in health care*, 15(2), 111-118.
- Sjøvold, E. (2006). *Teamet – Utvikling, effektivitet og endring i grupper*. Universitetsforlaget.
- Sjøvold, E. (2014). Introduction to the Special Issue: Leadership and the Group. *Small Group Research*, 45(4), 367-375.
- Sjøvold, E. (2016). *Makt og maktbruk i arbeidslivet*. Universitetsforlaget.
- Skjørshammer, M. (2001). Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. *Journal of Interprofessional Care*, 15(1).
- Smircich, L. (1983). Concepts of Culture and Organizational Analysis. *Organizational culture, Administrative Science Quarterly*, 28(3), 339-358.  
doi:10.2307/2392246
- SPGR-instituttet. Retrieved from [www.spgr.no/institute](http://www.spgr.no/institute)
- St. Olavs Hospital: Hovedprogram for forbedring 2012-2017, Handlingsplan. (2012). Retrieved from <https://stolav.no/om-oss>
- Stein, L. I., Watts, D. T., & Howell, T. (1990). The doctor-nurse game revisited. *The New England Journal of Medicine, University of Wisconsin Madison*, 322(546-549).
- Sutton, C. D., & Woodman, R. W. (1989). Pygmalion goes to work: The effects of supervisor expectations in a retail setting. *Journal of Applied Psychology*, 74(6), 943-950.
- Vandenberghe, C. (1999). Organizational culture, person-culture fit, and turnover: a replication in the health care industry. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 175-184.
- Word, C. O., Zanna, M. P., & Cooper, J. (1974). The nonverbal mediation of self-fulfilling prophecies in interracial interaction. *Journal of Experimental Social Psychology*, 10(2), 109-120.





## **Vedlegg**



# Vedlegg 1: SPGR-skjema benyttet ved lokalsykehuset

(C) 1989 – 2014 E. Sjørvold, O. Skårdal

SPGR

Mal 1

**DIN STILLING:**

Skala: [AGNR]

## INSTRUKSJON for utfylling

Nedenfor finner du 24 påstander som beskriver ulike sett av atferd som kan komme til uttrykk i samarbeidssituasjoner. For hver av disse påstander skal du ta stilling til om den personen du vurderer viser dette *sjelden*, *noen ganger* eller *ofte* ved arbeid i akuttmottaket.

Hvis svaret er SJELDEN, merk med 0; NOEN GANGER, merk med 1; OFTE, merk med 2.

Du skal fylle ut for følgende objekt som hver representerer en kolonne:

**Kirurg:** Den «typiske» Lege som jobber på kirurgi

**Medisin:** Den «typiske» Lege som jobber på medisin

**Pleier:** Den «typiske» Sykepleier

**Turnus:** Den «typiske» Turnuskandidat

**Ideell:** Den ideelle samarbeidspartner etter din mening

Alle kolonner skal fylles ut. Det vil si at du også skal gi din vurdering av egen profesjon.

Fyll ut en kolonne av gangen og ta stilling til alle 24 påstandene før du går over til neste kolonne.

Se alle adjektivene på hver enkelt linje som en helhet, selv om du synes dette i enkelte tilfeller kan være vanskelig. Ikke dvel for lenge ved hver beskrivelse. Det er ditt umiddelbare inntrykk som skal markeres.

(Husk: fyll ut alle 24 påstandene for alle kolonnene)

	SJELDEN = 0, NOEN GANGER = 1, OFTE = 2	Kirurg	Medisin	Pleier	Turnus	Ideell
1	Engasjert, målrettet, konstruktiv i samarbeid					
2	Prinsippfast, detaljorientert, påståelig					
3	Uforpliktende, innfallsrik, krever oppmerksomhet					
4	Omgjengelig, medfølende, smidig					
5	Motløs, oppgitt, giddeløs					
6	Flittig, lydig, lojal					
7	Omsorgsfull, støttende, oppmuntrende					
8	Effektiv, selvsikker, tør ta styringen					
9	Lukket, selvdrevet, er seg selv nok					
10	Engstelig, anspent, betviler egne evner.					
11	Selvoppofrende, selvmedlidende, klagende					
12	Uformell, hensynsfull, ser alle som likeverdige					
13	Samarbeidsvillig, støttende, bifallende					
14	Direkte, kontrollerende, stiller store krav					
15	Selvcentrert, provoserende, umedgjørlig					
16	Omtensksom, tillitsfull, tror godt om andre					
17	Tilbaketrukket, egenrådig, likegyldig					
18	Varsom, pålitelig, aksepterer oppgaver					
19	Utadvendt, åpen, anerkjennende					
20	Analytisk, Saklig, Rasjonell					
21	Påtrengende, tøff, konkurranseinnstilt					
22	Følelsestyrt, uforutsigbar, utradisjonell					
23	Innesluttet, avvisende, tilbakeholden					
24	Trofast, vennlig, viser alle respekt					

Demografiske data

Mann

Kvinne

Leder

Østlig

Alder:

<20 år

20-29 år

30-39 år

40-49 år

50-59 år

>60 år

Branje:

IT/telecom

Industri

Helse/ sosial

Energi

Handel

Konsulentkode:

Transport

Off. Sektor

Utdannelse

Annet

## Vedlegg 2: intervju skjema benyttet ved lokalsykehuset

<b>Arbeidsoppgaver</b>	Hva er dine arbeidsoppgaver i akuttmottaket?
<b>Roller</b>	Er du av og til usikker på din rolle? Hvis ja, i hvilke situasjoner?
<b>Samarbeid</b>	<p>Når er du i kontakt med andre profesjoner?</p> <p>Hvordan opplever du kommunikasjonen med andre profesjoner?</p> <p>Hvordan opplever du andres holdninger til samarbeid?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sykepleiere</li><li>- Turnusleger</li><li>- Assistentleger medisin</li><li>- Assistentleger kirurgi</li></ul>
<b>Underliggende dynamikk</b>	<p>Har du selv eller hos andre opplevd underliggende spenninger mellom profesjoner?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mellom sykepleiere</li><li>- Mellom leger</li><li>- Mellom leger og sykepleier</li></ul>

## Vedlegg 3: SPGR-skjema benyttet for medisinstudenter ved NTNU



### Typisk Lege og Pleier

Side 1 av 4

### Velkommen til undersøkelsen "den typiske pleier og den typiske lege"

Kjære kull 11,

Jeg holder for tiden på med min masteroppgave på indøk som omhandler hvordan sykepleiere og leger vurderer hverandre. Det hadde vært til veldig stor hjelp om dere kunne ha svart på denne korte spørreundersøkelsen som tar noen få minutter.

Selve undersøkelsen består av en side med 24 items hvor du blir bedt om å beskrive god ledelse i en skarp situasjon du har vært del av. Det tar ca 5 minutter å gjennomføre undersøkelsen. På slutten av undersøkelsen kan du gi eventuelle kommentarer.

Dine svar betyr mye for meg. Alle svar anonymiseres og all rapportering av disse dataene gles på aggregert nivå.

På forhånd tusen hjertelig takk!

Ha en fin dag.

Hilsen  
Siri Anne Wisur

[Neste](#)

**Hva karakteriserer den typiske pleier**

1. I skjemaet nedenfor finner du 24 påstander. Beskriv med de 24 påstandene hva du mener kjennetegner den typiske pleier.

-- Du må ta stilling til alle påstandene. Se adjektivene i hver enkelt linje som en helhet, selv om du synes dette i enkelte tilfeller kan være vanskelig. Ikke dvel for lenge ved hver linje. Det er ditt umiddelbare inntrykk som skal markeres.

	Sjelden	Noen ganger	Ofte
Engasjert, målrettet, konstruktiv i samarbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prinsippfast, detaljorientert, påståelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uforpliktende, innfallsrik, krever oppmerksomhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omgjengelig, medfølende, smidig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilbaketrasket, egenrådig, likegyldig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flittig, lydig, lojal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omsorgsfull, støttende, oppmuntrende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Effektiv, selvsikker, tør ta styringen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lukket, selvdrevet, er seg selv nok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Engstelig, anspent, betviler egne evner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selvoppofrende, selvmedlidende, klagende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uformell, hensynsfull, ser alle som likeverdige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeidsvillig, støttende, bifallende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Direkte, kontrollerende, stiller store krav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selvcentrert, provoserende, umedgjærlig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omtenkso, tillitsfull, tror godt om andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motløs, oppgitt, giddeles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Varsom, pålitelig, aksepterer oppgaver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utadvendt, åpen, anerkjennende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analytisk, saklig, rasjonell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Påtrengende, tøff, konkurranseinnstilt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Følelsesstyrt, uforutsigbar, utradisjonell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Innesluttet, avvisende, tilbakeholden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trofast, vennlig, viser alle respekt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Tilbake](#)

[Neste](#)

## Hva kjennetegner den typiske lege

2. I skjemaet nedenfor finner du 24 påstander. Beskriv med de 24 påstandene hva *du mener* kjennetegner den typiske lege.

-- Du må ta stilling til alle påstandene. Se adjektivene i hver enkelt linje som en helhet, selv om du synes dette i enkelte tilfeller kan være vanskelig. Ikke dwell for lenge ved hver linje. Det er ditt umiddelbare inntrykk som skal markeres.

	Sjelden	Noen ganger	Ofte
Engasjert, målrettet, konstruktiv i samarbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prinsippfast, detaljorientert, påståelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uforpliktende, innfallsrik, krever oppmerksomhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omgjengelig, medfølelse, smidig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilbaketrukket, egenrådig, likegyldig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flittig, lydig, lojal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omsorgsfull, støttende, oppmuntrende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Effektiv, selvsikker, tør ta styringen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lukket, selvdrevet, er seg selv nok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Engstelig, ansent, betviler egne evner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selvoppofrende, selvmedlidende, klagende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uformell, hensynsfull, ser alle som likeverdige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeidsvillig, støttende, bifallende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Direkte, kontrollerende, stiller store krav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selvsentrert, provoserende, umedgjærlig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omtenksoin, tillitsfull, tror godt om andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motløs, oppgitt, giddeles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Varsom, pålitelig, aksepterer oppgaver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utadvendt, åpen, anerkjennende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analytisk, saklig, rasjonell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Påtrengende, tøff, konkurranseinnstilt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Følelsesstyrt, uforutsigbar, utradisjonell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Innesluttet, avvisende, tilbakeholden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trofast, vennlig, viser alle respekt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tilbake

Neste

### **Kommentarer?**

3. I feltet nedenfor kan du gi ytterligere kommentarer eller innspill. Tusen takk for at du ville bidra med dine svar.

[Tilbake](#)

[Ferdig](#)