Masteroppgave

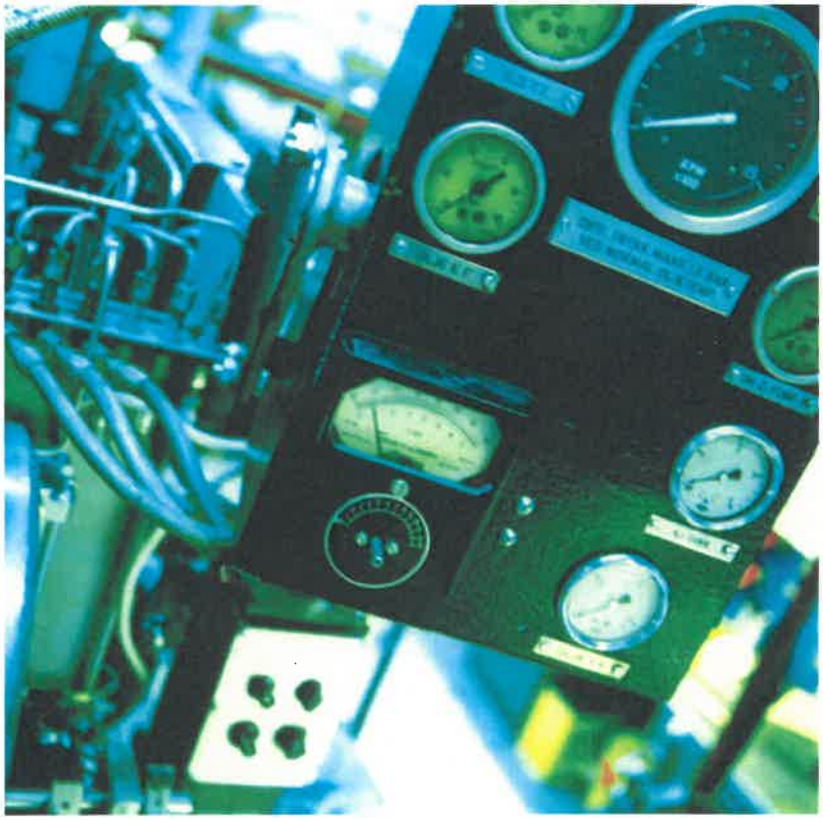
NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for økonomi
Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse

Bente Kristin
Årbogen Andersen

Betydningen av relasjoner, motivasjon og læring for effektiv ressursutnyttelse

En kvalitativ studie av organiseringen ved Kreftklinikken, St. Olavs hospital

Trondheim, 31. august 2018



NTNU
Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Helsesektoren står foran store utfordringer, både på kort og lang sikt. Behovet for helsetjenester øker, men overføringene til helsesektoren øker ikke i samme grad. Det er en utfordring at det ikke utdannes nok helsepersonell til å møte det økende behovet og dette gjør det nødvendig å utnytte de ressursene man har mest mulig effektivt. HRs rolle i dette arbeidet er å bidra med sin kompetanse til planlegging og gjennomføring av gode prosesser som ivaretar både arbeidsgivers behov og ansattes interesser.

Hensikten med studien er å se nærmere på hvilken betydning relasjoner, motivasjon og læring har for effektiv ressursutnyttelse med dagens organisering i grupper og team ved sengepostene Studien er basert på observasjon (skygging) og intervju av fire sykepleiere; en fra hver gruppe/team ved de to sengepostene. Studien har et utforskende og beskrivende design og empirien baserer seg på få informanter.

Resultatene viser at relasjoner til arbeidsgiver spiller liten rolle i forhold til effektiv ressursutnyttelse. Derimot ser det ut til at relasjonen til kollegene spiller en viktig rolle. De ansatte motiveres av selve jobben og fagfeltet, de får utnyttet kompetansen sin og de opplever tillit fra leder. Dette skulle indikere at de ikke er låst til et bestemt team. Til tross for dette så vil motivasjonen påvirkes negativt hvis de må bytte team. Undersøkelsen viser også at arbeidsmiljøet er en viktig motivasjonsfaktor. Det synes som om mulighetene til læring i form av kompetansedeling og erfaringsutveksling på tvers av teamene og seksjonene er den største begrensningen med tanke på effektiv ressursutnyttelse.

Fordelen med dagens organisering med spisskompetanse og god flyt i stabile team, må veies opp mot klinikkens behov for å bruke ressursene der behovet til enhver tid er størst. Funnene i studien kan være med på å identifisere tiltak som på kort og lang sikt kan bidra til en mer effektiv ressursutnyttelse.

FORORD

Veien mot denne mastergraden startet for mange år siden. I begynnelsen tok jeg fag ut fra nysgjerrighet og et ønske om faglig påfyll. Jeg hadde aldri tenkt at det skulle ende opp med en mastergrad. Etter å ha fullført to basismoduler i masterprogrammet i organisasjon og ledelse og to spesialiseringsmoduler i HR-ledelse gikk det et par år før jeg igjen tok opp studiene, godt motivert av en venninne som medstudent. Etter hvert som jeg fullførte flere moduler, modnet også tanken på å fullføre mastergraden. Som tenkt, så gjort.

Det har gått med mange ettermiddager, kvelder og helger underveis, spesielt det siste året når jeg har arbeidet med masteroppgaven. I likhet med mange andre studenter som tar en erfaringsbasert master, så har jeg hatt full jobb ved siden av studiene.

Jeg har hatt en dyktig veileder i førsteamanuensis Ingunn Dahler Hybertsen ved Institutt for pedagogikk og livslang læring, NTNU. Hun har kommet med gode innspill, gitt gode rettledninger og tilbakemeldinger og pekt på muligheter når jeg har stått fast. Ikke minst har hun utvist stor tålmodighet med en til tider frustrert student. Takk for kyndig og god veiledning.

Jeg vil rette en stor takk til arbeidsgiver som har oppfordret meg til å fullføre mastergraden, til ledere og ikke minst informanter ved Kreftklinikken, som lot meg få ta del i sin arbeidshverdag. Uten deres bidrag hadde jeg mistet et viktig perspektiv i besvarelsen. Sist, men ikke minst, en tålmodig ektemann, som har støttet meg og vært en god sparringspartner underveis i arbeidet.

«Forståelsen er brobygger mellom fornuft og følelser»

Arne Næss

Trondheim, 31. august 2018

Bente Kristin Årbogen Andersen

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING 1
1.1 Problemstilling 2
1.2 Oppgavens struktur 3
2. STUDIENS KONTEKST 4
2.1 Presentasjon av Kreftklinikken 4
2.2 Resultater fra arbeidsmiljø-/medarbeiderundersøkelser 6
2.3 Rapporter og anbefalinger 7
2.4 HR, organisering og strategi 8
2.5 Oppsummering 9
3. TEORI 10
3.1 Strategisk HR-ledelse - HRM 11
3.2 Relasjoner 16
3.3 Motivasjon 19
3.4 Læring 22
3.5 Oppsummering 24
4. METODE 27
4.1 Forforståelse og egen rolle 27
4.2 Forskningsdesign 28
4.3 Datainnsamling 30
4.4 Dataanalyse 34
4.5 Troverdighet og overførbarhet 36
5. EMPIRI 40
5.1 Fordeler og ulemper med dagens organisering 40
5.2 Fleksibilitet og optimal ressursutnyttelse 40
5.3 Motivasjonsfaktorer 41
5.4 Glimt fra arbeidsdagene 41
5. 5 Kontrastene i hverdagen 46
5.6 Ulike relasjoner 48
5.7 Tidsbruk, plunder og heft 52
5.8 Stabilitet og kontinuitet 53
5.9 Oppsummering 54
6. ANALYSE OG DRØFTING 56
6.1 Relasjoner og effektiv ressursutnyttelse 56
6.2 Motivasjon og effektiv ressursutnyttelse 61

6.3 Læring og effektiv ressursutnyttelse 64
7. OPPSUMMERING 68
7.1 Oppsummering av funn 68
7.2 Forholdet mellom relasjoner, motivasjon og læring 68
7.3 Studiens bidrag 72
7.4 Praktiske implikasjoner for HR 73
7.5 Videre forskning 75
7.6 Avsluttende refleksjon 76
8. REFERANSER 77
9. VEDLEGG 79

Figurer og tabeller

Figur 1: Organisasjonskart Kreftklinikken 5
Figur 2: Organisasjonskart Avdeling sykepleie 5
Figur 3: Psykologiske kontrakter i team 19
Figur 4: Praksisfellesskapets kompetanse 24
Figur 5: Forhold som påvirker handlingsrommet for effektiv ressursutnyttelse 26
Figur 7: Forhold som gjensidig påvirker hverandre og effektiv ressursutnyttelse 71

Tabell 1: Resultater ForBedring2108 6
Tabell 2: HRM-praksis med fire ulike tilnærminger til organisasjoner 15
Tabell 3: Observasjonsroller 32
Tabell 4: Koder og kategorier 36
Tabell 5: Motivasjonsfaktorer 41

1. INNLEDNING

Helsevesenet står foran store utfordringer i tiden som kommer. Befolkningstallet i Norge øker. Vi lever lengre og dette medfører at stadig flere får behov for helsetjenester; dette gjelder pleie- og omsorgstjenester, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det en utfordring at det ikke utdannes tilstrekkelig med helsepersonell, spesielt sykepleiere, til å imøtekomme behovet. Politikerne stiller krav om at ventetiden skal reduseres, ventelistene skal kortes ned, flere pasienter skal behandles, kvaliteten på tjenesten skal bedres og ressursene må utnyttes bedre. Til tross for at behovet for helsetjenester øker, øker ikke bevilgningene til helsesektoren i samme takt.

Helse Midt-Norge RHF har i sitt tildelingsbrev til St. Olavs hospital for 2018 – styringskrav og rammer[1] skrevet at helseforetakene må legge til rette for økt omstilling innenfor egen budsjettramme. For å sikre at pasientbehandling skal gjennomføres til oppsatt tid og med optimal bruk av ressursene, skal bemanning planlegges ut fra klinisk aktivitet.

Riksrevisjonen har i en rapport om styring av pleieressursene i helseforetakene (Riksrevisjonen, 2015), anbefalt at helseforetakene legger bedre til rette for samarbeid mellom sengepostene for å kunne utnytte pleieresurssene samlet sett mer effektivt. St. Olavs hospital nedsatte en prosjektgruppe som skulle se på hvordan sykepleietjenesten skal organiseres og ledes for å oppnå optimal bruk av sykepleieresurssene. En av anbefalingene fra arbeidsgruppen var å samle alle pleieressursene i en avdeling som ble ledet av en sykepleier – avdelingssjef sykepleie (Prosjektgruppe, 2016).

Det antas at en bedre utnyttelse av sykepleieressursene, med mer samarbeid på tvers og bedre koordinering av ressursene via avdelingssjef sykepleie vil redusere kostnadene til innleie og mertid/overtid. Basert på anbefalingene fra Riksrevisjonen (Riksrevisjonen, 2015) og prosjektrapporten «Styring av sykepleieressursene ved St. Olavs hospital HF» (Prosjektgruppe, 2016) har Kreftklinikken gjennomført en organisasjonsendring. Fra 1.9.2017 har klinikken opprettet Avdeling sykepleie som ledes av en sykepleier. I forbindelse med

[1] https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmter/Styringskrav%20og%20rammer%20St.%20Olavs%20Hospital%20HF%202018.pdf

omorganiseringen ble det ikke foretatt endringer som berører organiseringen av arbeidet på sengepostene eller arbeidsflyten i klinikken.

Både i Riksrevisjonenes rapport (Riksrevisjonen, 2015) og rapporten fra sykehusets egen prosjektgruppe (Prosjektgruppe, 2016), handler optimal ressursutnyttelse om redusert liggetid, økt pasientgjennomstrømning på sengepostene og bedre utnyttelse av sykepleieressursene i form av mer samarbeid mellom sengepostene. Med dette reduseres ventetiden og helsekøene kortes ned. Effektiv ressursutnyttelse i denne sammenhengen handler om økonomi. For at sykehuset skal oppnå sin målsetting om effektiv ressursutnyttelse, kan man ikke utelukkende se på hvor mange sykepleiere som er på jobb i forhold til antall pasienter. Det er også nødvendig å se på hvordan sykepleiernes kompetanse kan utnyttes best mulig. Gitt forutsetningene i innledningen, med økende pasienttilstrømming og rekrutteringsproblemer, må vi se nærmere på hvordan vi innad i organisasjonen kan utnytte kompetansen vi har bedre.

1.1 Problemstilling

Hvilken betydning har relasjoner, motivasjon og læring for effektiv ressursutnyttelse med dagens organisering i grupper og team på sengepostene?

Begrepene team og gruppe brukes om hverandre i denne studien. Det henger sammen med hvordan begrepene brukes på sengepostene, der man bruker team på den ene sengeposten og gruppe på den andre.

St. Olavs hospital har som målsetting å jobbe med kontinuerlig forbedring, noe som medfører kontinuerlig endring. Små og store endringer krever at organisasjonen har endringskapasitet og vilje til endring. Endringskapasitet handler om organisasjonens evne til å gjennomføre endringer (Meyer & Stensaker, 2011) og alle endringer må gjennomføres av de ansatte. Hvordan de ansatte forholder seg til endringer, det være seg som en trussel eller en mulighet, påvirkes av flere forhold, bla. forhold til leder, kolleger, motivasjon og egen kompetanse. For å undersøke problemstillingen tar jeg utgangspunkt i dagens organisering i grupper og team og ser nærmere disse tre forholdene; forholdet til leder, hva er det som motiverer/demotiverer de ansatte og hva som påvirker kompetanse i teamene. Dette danner bakgrunnen for mitt teoretiske utgangspunkt; relasjoner, motivasjon og læring.

Studien vil spesielt se på om forholdet til leder har betydning for effektiv ressursutnyttelse eller om det er forhold til andre; kolleger, pasienter eller andre, som betyr like mye eller mer. Studien ser nærmere på hva som motiverer de ansatte i arbeidshverdagen og hvordan læring i form av deling av kunnskap og kompetanse skjer mellom de ansatte. Det tenkes ikke bare på tekniske ferdigheter, men også på den tause kunnskapen som overføres gjennom læring av atferd og småprat på vaktrommet.

1.2 Oppgavens struktur

Denne masteroppgaven består av 7 kapitler som etterfølges av referanseliste og vedlegg. Det første kapittelet omhandler bakgrunn for masteroppgaven samt valg av, og begrunnelse for, problemstilling. Kapittel 2 omhandler studiens kontekst med beskrivelse av case.

Kapittel 3 omhandler de teoriene som er relevante for å kunne svare ut oppgavens problemstilling. Kapittelet avsluttes med en oppsummering og en modell med påfølgende forskningsspørsmål. I kapittel 4 beskrives valg av metode og analyse av dataene som er samlet inn gjennom observasjon og intervju. Jeg redegjør også for bakgrunnen for problemstillingen (case) og forforståelse i dette kapittelet.

I kapittel 5 presenteres empiri og resultater som drøftes og analyseres i kapittel 6 for å se om forskningsspørsmålene knyttet til problemstillingen i kapittel 2 er besvart og om ny kunnskap er tilført slik at modellen må justeres. Jeg avslutter med en oppsummering i kapittel 7.

2. STUDIENS KONTEKST

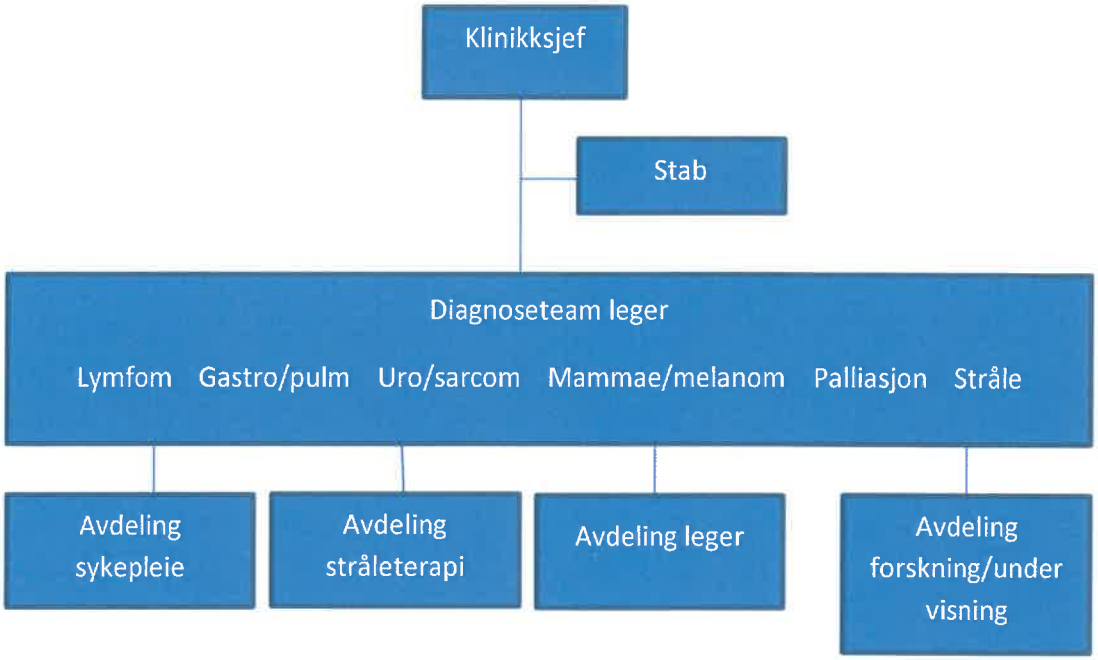
Studien er gjennomført ved Kreftklinikken, St. Olavs hospital. I dette kapittelet redegjøres det for Kreftklinikkens organisering og hvilke endringer som er foretatt i tråd med anbefalinger fra Riksrevisjonen og sykehusets interne prosjektgruppe. St. Olavs hospital har ikke utarbeidet en egen HR-strategi, men har personalpolitiske mål i overordnet strategi for sykehuset. Det gis en kort presentasjon av sykehusets HR-organisering og personalpolitiske mål. Til slutt presenteres noen resultat fra arbeidsmiljøundersøkelser og den siste medarbeiderundersøkelsen, ForBedring2018.

2.1 Presentasjon av Kreftklinikken

Kreftklinikkens hovedoppgaver er behandling og pleie av kreftpasienter, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell. Kreftklinikken tilbyr kjemoterapi, strålebehandling, hormonbehandling, annen symptomlindrende behandling og omsorg og pleie ved livets slutt (lindrende behandling). Målet med kreftbehandling er at flest mulig kureres for sin kreftsykdom eller at videreutvikling av sykdommen forhindres eller forsinkes.

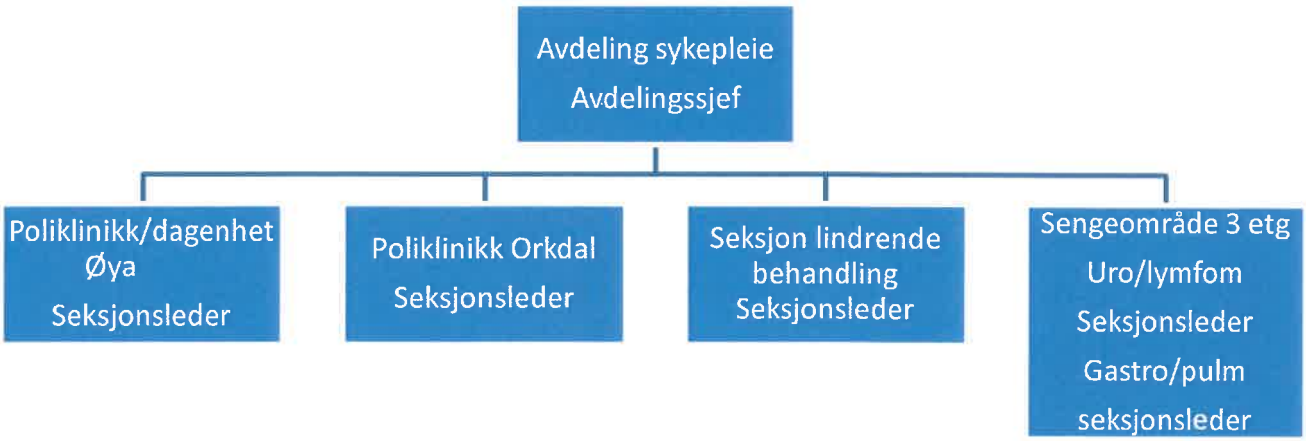
Kreftklinikken omorganiserte 1.9.2017 og består nå av fire avdelinger; Avdeling sykepleie, Avdeling stråleterapi, Avdeling leger og Avdeling forskning/undervisning. På Avdeling stråleterapi er de ansatte stråleterapeuter og fysikere. På sengepostene er det i all hovedsak ansatt kreftsykepleiere/sykepleiere i tillegg til noen hjelpepleiere, postverter og kjøkkenassistent. Legene er organisert i diagnoseteam og arbeider på tvers i klinikken. Etter omorganiseringen 1.9.2017 er Kreftklinikken organisert som vist i figur 1.

Personalrådgiver er ansatt i klinikksjefens stab sammen med rådgivere innen økonomi, kvalitet og administrasjon. Arbeidsoppgavene er bl.a rekruttering, håndtering av vanskelige personalsaker, oppfølging ved sykefravær, HMS og Inkluderende arbeidsliv. Oppgavene utføres i nært samarbeid med klinikksjefen, avdelingssjefer og seksjonsledere. Personalrådgiver er medlem at klinikksjefens ledergrupper.



Figur 1: Organisasjonskart Kreftklinikken

Avdeling sykepleie er en nyopprettet avdeling, og har fire seksjoner, to poliklinikker og to sengeposter. På sengeposten for kurativ behandling er det 24 senger. Denne sengeposten er inndelt i to team og har to sidestilte seksjonsledere; en for hvert team. Den andre sengeposten har 12 senger og gir lindrende behandling i livets sluttfase.



Figur 2: Organisasjonskart Avdeling sykepleie

Det er satt av 3 fagdager i sykepleiernes arbeidsplan (turnus) hvert år. Hver 14. dag er det satt av tid til faglig oppdatering. Den ene dagen jeg var på observasjon, skulle det gis opplæring i ny versjon av ELAS – programmet for cytostatikakurer – men det ble utsatt på grunn av feil med den nye versjonen. Sykepleierne har tilbud om veiledning hver 14. dag. I tillegg arrangerer St. Olavs hospital jevnlig ulike kurs for sine ansatte.

For å gi et lite innblikk i aktiviteten ved Kreftklinikken, presenteres noen nøkkeltall for 2017.

- Gjennomsnittlig liggetid: 6,2 døgn.
- Utnyttelsesgrad av senger i bruk: 97,2 %
- Antall opphold: 1 643
- Antall polikliniske konsultasjoner: 36 266
- Antall konsultasjoner stråleterapi: 20 594
- Sykefravær Kreftklinikken: 7,8 %
- Sykefravær avdeling sykepleie: 10,9 %

2.2 Resultater fra arbeidsmiljø-/medarbeiderundersøkelser

Våren 2018 ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant alle ansatte ved St. Olavs hospital, Forbedring2018. Undersøkelsen tok for seg tema som arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og HMS. Nedenfor er noen av resultatene for Kreftklinikken og Avdeling sykepleie.

	Kreftklinikken	**Avdeling sykepleie**
Engasjement	84	84
Teamarbeidsklima	86	87
Arbeidsforhold	40	35
Psykososialt arbeidsmiljø	84	85
Opplevd lederatferd	88	87

Tabell 1: Resultater ForBedring2018

Skalaen går fra 1 til 100, der 100 er den beste skåren. Med unntak av arbeidsforhold, så skårer både klinikken og avdelingen høyt på alle indikatorene. Kategorien *Arbeidsforhold* omfatter tidspress, mulighetene til å ta pause, nok ressurser til å gjøre ferdig oppgavene. Til tross for dette, er det en høy skåre på engasjement og psykososialt arbeidsmiljø. Også lederne får gode tilbakemeldinger. Resultatene fra undersøkelsen tyder på at de ansatte trives på jobb, til tross

for den lave skåren på arbeidsforhold. Dette kan tolkes dithen at det gode arbeidsmiljøet oppveier for det daglige arbeidspresset og travelheten de ansatte opplever. Personalrådgiver er støttespiller for lederne i oppfølging av medarbeiderundersøkelsene.

Arbeidsmiljøundersøkelsene som ble gjennomført i 2015 og 2017 viser også tilsvarende resultat når det gjelder engasjement og arbeidsforhold. Resultatene fra disse undersøkelsene er ikke direkte sammenlignbare med ForBedring fordi det ble tatt i bruk et nytt spørreskjema i 2018. På grunn av organisasjonsendringen finnes det heller ikke tall for Avdeling sykepleie for 2015 og 2017.

2.3 Rapporter og anbefalinger

Høsten 2014 oppnevnte klinikksjefen ved Kreftklinikken en arbeidsgruppe som skulle se på mulighetene for å få sykepleierne til å jobbe mer på tvers i klinikken. Med dette håpet man å unngå dyr innleie, overtid og mertid ved fravær. I sitt arbeid oppfattet gruppen at det var mye motstand blant sykepleierne mot å jobbe på tvers; ikke bare mellom sengepostene men også mellom teamene/gruppene på de to sengepostene.

I sluttrapporten fra Jobbe på tvers ved Kreftklinikken (Arbeidsgruppe, 2014) skriver arbeidsgruppen at det har vært vanskelig for medlemmene å vite hvilke holdninger kolleger har til å jobbe på tvers. Det oppleves å være variasjoner i sykepleiergruppen, men at de fleste ønsker å være på sin seksjon og sitt team. De sier det handler om å utnytte kompetansen sin der de er best og dermed mest effektiv. De angir også at det handler om verdier; pasientsikkerhet, kvalitet og kontinuitet, forutsigbarhet, kompetanse, rutiner og prosedyrer. Det at legene i klinikken er organisert etter diagnoseteam er en viktig premissleverandør. Samarbeidet med legene og effektivitet i pasientforløpene er avhengig av at sykepleierne kan sine ting og utvikler kompetanse ut over det generelle. Dette betinger stabilitet i teamene over tid. For noen år siden hadde Kreftklinikken en egen vikarpool. De som var ansatt i vikarpoolen, er mer positive til å jobbe på flere sengeposter. Sykepleierne ved poliklinikk/dagenhet er også mer positive, de fleste arbeider hver 4. helg enten ved sengeposten i 3. etasje eller ved Seksjon lindrende behandling.

Riksrevisjonen (Riksrevisjonen, 2015) har i sin rapport konkludert med at mer samarbeid mellom sengepostene kan gi mer effektiv bruk av pleieressursene. Åtte av ti sengeposter med høy arbeidsproduktivitet har samarbeid med andre enheter for å håndtere sykefravær og uforutsette variasjoner i pasientbelegget. Riksrevisjonen anbefaler helseforetakene å legge til

rette for mer samarbeid mellom kliniske enheter for å bidra til en samlet sett mer effektiv bruk av pleieressursene.

Riksrevisjonen kom ikke med anbefalinger for hvordan sykehusene skulle legge til rette for bedre samarbeid, så i forlengelse av denne rapporten nedsatte St. Olavs hospital en prosjektgruppe som bl.a skulle se på følgende problemstilling: Hvordan organisere og lede sykepleietjenesten for å oppnå optimal bruk av sykepleieressursene? I prosjektrapporten kom prosjektgruppen med følgende anbefaling (Prosjektgruppe, 2016):

- *«Som hovedregel innføres avdelingssjef sykepleie ved klinikkene/divisjonene ved St. Olavs hospital HF. Her kan det være ulikheter i ansvarsområder*
- *På klinikknivå bør alle sengeenheter og poliklinikker ledes av en avdelingssjef, som er sykepleier. Dette skal bidra til optimal ressursbruk og muliggjøre samarbeidet internt og på tvers av klinikker*
- *Fordeling av pleieressursene settes i formaliserte strukturer med møter minst 2 ganger pr. døgn året i gjennom»*

Praksisen med to daglige møter mellom seksjonslederne var allerede etablert ved Kreftklinikken og ble videreført etter organisasjonsendringen. Avdelingssjef sykepleie skal bidra til bedre koordinering av ressursene. Men er det mulig i en stadig mer spesialisert helsetjeneste? Lars Erik Kjekshus (Kjekshus, 2017) har i artikkelen Sykehusets floker i møte med reformer, skrevet: «*Sykehuset har to grunnleggende sentrale organisasjons-, ledelse og arbeidslivsutfordringer: Manglende kostnadskontroll og manglende koordinering. (...) Koordinering er et organisatorisk problem ved at den medisinske suksess er avhengig av stadig mer spesialiserte og oppdelte tjenester, etterhvert som kunnskapsstilfanget øker og legene kan stadig mer om stadig mindre. Mer spesialisering krever mer koordinering.*»

2.4 HR, organisering og strategi

Ved St. Olavs hospital er den sentrale HR-seksjonen organisatorisk plassert i Organisasjonsavdelingen i direktørens stab. Seksjonsleder HR er dermed underlagt organisasjonsdirektøren. Dette betyr at HR ikke er direkte representert i sykehusets toppledelse. Alle klinikker (18) og divisjoner (2) har ansatt personalrådgiver i klinikksjefens/divisjonssjefens stab. Personalrådgiverne møtes månedlig til nettverksmøter der aktuelle tema tas opp. Disse møtene bærer preg av mye informasjon i forbindelse med endringer i lovverk, prosedyrer, lønnsforhandlinger o.l. Det er sjelden strategi settes på dagsorden. St. Olavs hospital har ikke utarbeidet en egen HR-strategi, men har nedfelt noen

personalpolitiske mål i strategidokumentet Strategi 2015-2018 - Fremragende behandling[2]. Her heter det om optimal ressursbruk, at de ansatte og deres kompetanse er sykehusets viktigste ressurs. Det er derfor viktig at det drives med langsiktig og helhetlig bemannings- og aktivitetsplanlegging. For å kunne gi pasientene fremragende behandling, ønsker sykehuset å fremstå som en attraktiv arbeidsplass som er sterk på kompetanse. St. Olavs hospital har bl.a som mål å ha fast ansatte i hele stillinger og ønsker å være en utviklende arbeidsplass hvor det er inspirerende å arbeide. I og med at det ikke er utarbeidet en egen HR-strategi for St. Olavs hospital, er det opp til hver enkelt klinikk å utarbeide tiltak for å nå målene.

2.5 Oppsummering

Kreftklinikken har, i tråd med anbefalingene i rapporten fra prosjektgruppen ved St. Olavs hospital, omorganisert sykepleietjenesten og opprettet Avdeling sykepleie. Hensikten med omorganiseringen er å få utnyttet sykepleieressursene på en bedre måte. Ordningen med to seksjonsledere på den generelle sengeposten, med ansvar for hver sine team, er videreført i den nye organisasjonsmodellen.

Medarbeiderundersøkelser de siste årene viser at de ansatte trives på jobb og har et høyt jobbengasjement. Dette til tross for at hverdagen oppleves som travel, med lite rom for å ta pauser og knappe ressurser for å utføre daglige gjøremål. Dette tyder på at arbeidsmiljøet i stor grad oppveier for en stressende arbeidsdag. Den høye utnyttelsesgraden, 97,2 % i 2017, viser at det er lite variasjon i pasientbelegget. Det stabilt høye pasientbelegget gjør at det er vanskelig å la personalet gå imellom seksjonene for å dekke opp ved fravær. Dette betyr at det ikke er mulig for klinikken å følge anbefalingen fra Riksrevisjonen om mer effektiv bruk av pleieressursene gjennom å samarbeide med andre enheter for å håndtere sykefravær og uforutsette variasjoner i pasientbelegget.

Hvis Kreftklinikken skal effektivisere pleieressursene, vil det være nyttig å se nærmere på hvilke muligheter og begrensninger dagens organisering i grupper og team på sengepostene gir for ressursutnyttelsen.

[2]https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmter/Fremragende%20behandling.%20Strategi%202015-2018.%20Revidert%202016.%20BROSJYRE.pdf

3. TEORI

Rammen for studien er Human Relations Management (HRM) og jeg redegjør kort for hva HRM er og ulike tilnærminger. Deretter kommer en nærmere presentasjon av de teoriene som er jeg mener er relevante for å belyse problemstillingen.

Det teoretiske utgangspunktet er funnet gjennom systematiske litteratursøk i ulike databaser. Jeg har søkt etter litteratur, både norsk og internasjonal, som kan hjelpe meg med å belyse problemstillingen. Relevant litteratur har vært lærebøker, artikler og forskningsrapporter – nasjonale og internasjonale. Det er også lagt vekt på å søke etter publikasjoner av nyere dato. Søket startet på et overordnet nivå med å lete etter nøkkelord som *relasjoner*, *motivasjon* og *læring* på norsk og engelsk. Etter hvert snevret jeg inn søkene og søkte spesifikt på følgende nøkkelord: *praksisfellesskap, psykologisk kontrakt, selvbestemmelse, autonomi, psychological contract, self-determination theory* og *communities of practice.* I tillegg har jeg søkt på forfatternavn.

Kapittelet starter med å presentere strategisk HR-ledelse, HRM. Jeg går deretter over til å se på teorier som jeg mener kan ha relevans for å undersøke om organisering i grupper kan påvirke effektiv ressursutnyttelse. Jeg har valgt å se nærmere på teorier om den psykologiske kontrakten, både mellom arbeidsgiver og ansatt og mellom kolleger i gruppe for å belyse relasjoner. Jeg kommer inn på motivasjon både i kapittelet om Strategisk HR-ledelse og et eget kapittel. Kunnskapsdeling og erfaringsoverføring, deling av taus kunnskap, er en læringsprosess som foregår i grupper og ulike typer fellesskap.

Først vil jeg gå nærmere inn på den psykologiske kontrakten som omhandler alt som ikke står i den formelle ansettelseskontrakten. Hvilke forventinger har arbeidsgiver og medarbeider til hverandre, hva skjer hvis forventningene ikke blir oppfylt, når blir det brudd og litt om hvordan innholdet i den psykologiske kontrakten endres over tid. Jeg kommer også kort inn på psykologiske kontrakter i team.

Kreftklinikken er delvis organisert i grupper og team, dette gjelder både leger og sykepleiere. Effektive organisasjoner kan ikke være for byråkratiske og styrende. Lederne kan ikke og har ikke tid til å fortelle de ansatte hvilke arbeidsoppgaver de skal løse og hvordan de skal utføres. Større eller mindre grad av selvbestemmelse og autonomi må være tilstede for at gruppene skal fungere godt. Jeg vil derfor se nærmere på teorier om selvbestemmelse og motivasjon.

Teamorganiseringen bringer meg videre til den neste teorien som presenteres – praksisfellesskap. I jobbsammenheng er et praksisfellesskap uavhengig av jobbeskrivelsen: over tid utvikles en felles praksis i teamene for hvordan oppgaver skal løses gjennom å arbeide sammen.

3.1 Strategisk HR-ledelse - HRM

I daglig tale er det mange som ikke skiller mellom HR, personalforvaltning og personaladministrasjon. Personaladministrasjon handler om å administrere de ansattes rettighet og plikter og stillingsforhold (Mikkelsen & Laudal, 2016). Det handler i stor grad om tilsetting, om å sørge for at ansatte får riktig lønn, påse at ferier avvikles, sykefraværsoppfølging og lønnsforhandlinger. Styrende for personaladministrasjon og personalforvaltning er lov og avtaleverk i tillegg til bedriftsinterne retningslinjer og prosedyrer. Det er formelle krav og retningslinjer som legger føringer for personaladministrasjonen. Dette kan sammenlignes med det Mikkelsen og Laudal (Mikkelsen & Laudal, 2016) omtaler som de *institusjonelle omgivelser*, som er alle relevante lover, regler, sedvaner, kodekser samt styringsstrukturer og materielle omgivelser som legger føringer for virksomhetens HRM-praksis.

Human Resource Management eller bare HRM, er en vanlig brukt betegnelse for å beskrive ledelsesaktivitetene i en organisasjon som berører forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker (Wilton, 2011). HRM er ledelse av menneskelige ressurser (Kuvås & Dysvik, 2012). I dette legger de alle aktiviteter som omhandler planlegging, anskaffelse, utvikling, «avvikling» av menneskelige ressurser i en organisasjon. HRM handler om ulike former for ledelse av medarbeidere som skal bidra til at virksomheten når sine mål (Mikkelsen & Laudal, 2016). Forutsetningene for dette er god ledelse, god organisering og godt arbeidsmiljø. De har følgende definisjon av HRM: *«HRM er et sett av aktiviteter som under hensyntagen til tekniske og institusjonelle omgivelser, har som formål å bidra til målrettede prestasjoner for både medarbeidere og organisasjon.»* I denne definisjonen står H for human, dvs menneskene, R står for ressursene, dvs evner, motivasjon, muligheter og vilje og tilslutt M som står for management, dvs ledelse av ressursene (Mikkelsen & Laudal, 2016).

Av dette fremgår at HR ikke er det samme som personaladministrasjon og personal-forvaltning, men at HR inkluderer disse to elementene. Følgende fem aktiviteter inngår i HRM (Wilton, 2011):

- **Resourcing**: bemanningsplanlegging, rekruttering, tilsetting, avslutning av arbeidsforhold osv
- **Performance**: håndtere prestasjoner hos individer og grupper og deres bidrag til at organisasjonen når sine mål, medarbeidersamtaler
- **Reward**: utforming og implementering av ulike typer belønninger – både finansielle og ikke-finansielle, pensjoner, fordelsprogram, lønnsstruktur
- **Learning and development**: Kompetanseheving og utvikling, både på individ og gruppenivå. Utviklingsprogram, f.eks. etter- og videreutdanning
- **Employment relations**: involvering av ansatte i beslutningsprosesser, forholdet til fagforeninger, forhandlinger, velferdsprogram, håndtering av ulike personalsaker

Strategisk HRM er definert som en type HRM der man ser det operasjonelle og strategiske nivået i virksomheten i sammenheng (Mikkelsen & Laudal, 2016). Når HRM bidrar til å utvikle og realisere virksomhetens strategi, brukes begrepet Strategisk HRM (Mikkelsen & Laudal, 2016).

I HR-sammenheng snakkes det ofte om hard HR og myk HR (Kuvås & Dysvik, 2012). Hard HR handler om det kvantitative, kalkulerende og forretningsorienterte ved HR. De menneskelige ressursene blir behandlet på en økonomisk rasjonell måte på lik linje med andre ressurser. Hard HR eller kontrollorientert HR kjennetegnes av utstrakt bruk av innleid arbeidskraft, satsning på ansatte med gode karakterer, satsing på de beste medarbeiderne, belønning i form av lønn, forfremmelser, store lønnsforskjeller og verdiskapning på kort sikt. Som en motsats til dette handler myk HR eller forpliktelsesbasert HR om langsiktighet, vektlegging av holdninger og væremåte ved rekruttering, utvikling av medarbeidere, konkurransedyktig fastlønn, små lønns- og statusforskjeller og langsiktig verdiskapning (Kuvås & Dysvik, 2012). Studier viser også at det er en positiv sammenheng mellom forpliktelsesbasert HR og organisatorisk effektivitet (Kuvås & Dysvik, 2012). Det hevdes videre at forpliktelsesbasert HR og riktig strategi vil føre til lavere fravær og turnover og medarbeidere med større engasjement, lojalitet og ansvarlighet. Dette vil igjen gjøre det mulig å drive kostnadseffektivt også i servicevirksomheter (Kuvås & Dysvik, 2012). Hvordan vi ser på organisasjonen, har konsekvenser for hvordan til tilnærmer oss den. Ser vi på den som en maskin eller en maurtue? Organisasjoner er mange ting på en gang. Vi kan bruke ulike bilder eller metaforer som redskaper til å forstå dem (Morgan & Gjestland, 1998).

Laudal og Mikkelsen (Laudal & Mikkelsen, 2016) lister opp fire ulike tilnærminger til organisasjoner og har sett nærmere på HRM praksis og organisering i de ulike tilnærmingene.

I *Den rasjonelle tilnærmingen* vil det være viktig å vurdere hva slags organisasjonsstrukturer og prosedyrer som best kan bidra til måloppnåelse. Et eksempel på denne tilnærmingen er byråkratiet, beskrevet av Max Weber. I et byråkrati er det en formelt fastsatt arbeidsdeling, et stillingshierarki og formelle krav til kvalifikasjoner for de ulike posisjonene. Offentlig sektor er et godt eksempel på en rasjonell tilnærming. Også Fredric Taylors Scientific Management med samlebåndstankegangen har påvirket offentlig sektor. De standardiserte pasientforløpene har element av denne tankegangen i seg. Det er ikke menneskene som står i sentrum i denne tankegangen, men struktur og effektiv utnyttelse av ressursene. Det skal legges til rette for at de ansatte skal jobbe effektivt. For HR betyr det at det legges større vekt på hard HR (Kuvås & Dysvik, 2012). Hard HR legger større vekt på ressursene og hvordan disse kan brukes mest mulig effektivt. Hovedvekten legges på R-en – ressursene. Det skilles ikke i nevneverdig grad mellom menneskelige ressurser og andre ressurser. De må behandles på en økonomisk rasjonell måte. Både Riksrevisjonens rapport og St. Olavs interne rapport er opptatt av best mulig utnyttelse av de menneskelige ressursene innen gitte økonomiske rammer. I så måte kan vi si at disse rapportene er basert på en rasjonell tilnærming til sykehussektoren.

I *«human relations» – tilnærmingen* legges det vekt på de sosiale faktorene ved arbeidet og samspillet mellom ansatt og organisasjon. Denne tilnærmingen kom i utgangspunktet som en kritikk mot taylorismen (Klev & Levin, 2009). Elton Mayos Hawthorne-studier var starten på denne retningen. Studiene viste at det ikke var endringene i det fysiske arbeidsmiljøet som bidro til økt effektivitet, men oppmerksomheten de ansatte fikk gjennom forsøkene. Ved å la ansatte samarbeide mer og få mer sosial kontakt, ble de mer motiverte. Tilnærmingen legger mer vekt på menneskenes behov og koblingen mellom behov og produktivitet. I human relations er både økonomiske og ikke-økonomiske belønninger av avgjørende betydning for at innsatsen til medarbeiderne skal økes (Laudal & Mikkelsen, 2016), og det legges vekt på sosiale og psykologiske faktorer. For HRM betyr dette at det er de myke sidene som vektlegges, det som motiverer de ansatte. Her legges vekten mer på H-en; human. Det er de sosiale prosessene som kan bidra til å skape en effektiv organisasjon og å få medarbeiderne til å trekke i samme retning som ledelsen. Myk HR er opptatt av menneskenes behov for utvikling, der selvregulering, tillit og fleksibilitet står sentralt (Kuvås & Dysvik, 2012).

I *den politiske tilnærmingen* legges det vekt på makt og interesser. Det er både interessefellesskap og interessemotsetninger mellom ansatte og mellom ansatte og ledere i organisasjoner. En klassisk interessemotsetning er mellom arbeidsgiver og fagforeninger. Ulike interesser og mål kommer til syne når knappe ressurser skal fordeles. Makt er ofte negativt ladet, men det er ikke nødvendigvis bare det. Makt har to ulike og viktige perspektiv: konfliktperspektivet og det formende perspektivet. I konfliktperspektivet ses makt på som en ressurs som noen har og som brukes til å styre organisasjonen i en bestemt retning. Et eksempel på dette er arbeidsgivers styringsrett. Det formende perspektivet legger mer vekt på å forklare hvordan vår sosiale virkelighet og kunnskap skapes og hvordan makten former identitet, sannheter, organisasjoner og teknologi (Klev & Levin, 2009). For HR betyr det at det er viktig å kjenne til hvem som har makt og hvilke typer makt de har. Ulike typer makt påvirker HRM-praksis. HR bør kunne ivareta flere gruppers interesser. Medvirkning og dialog kan forebygge konflikter, HR må ha god oversikt over hvilke interesser som er tilstede i virksomheten.

I *den institusjonelle tilnærmingen* står organisasjonens søken etter legitimitet i, og press fra, omgivelsene som påvirker ledere og medarbeidere for å tilpasse seg, sterkt. Dette gjelder i forhold til rådende normer og verdier som er en del av den kulturen organisasjonen er en del av. I denne tilnærmingen er man særlig opptatt av kravene eksterne aktører (interessenter) og materielle omgivelser stiller til en virksomhet. Da regjeringen Solberg innførte standardiserte pakkeforløp for kreftpasienter, måtte sykehusene utvikle og tilpasse nye styringssystemer til dette. Det som ofte skjer at virksomheter imiterer trender, uten at det nødvendigvis er den tankegangen eller organiseringen som passer best for virksomheten. For at HRM-funksjonen skal bli oppfattet som tidsriktig må den følge med å tilby den HR-praksisen som er på moten akkurat nå. Store konsulentselskap selger oppskrifter og løsninger innenfor ledelse og HRM i samarbeid med forskningsinstitusjoner (Laudal & Mikkelsen, 2016).

Alle organisasjoner bruker elementer av disse fire tilnærmingene. Det finnes ingen organisasjon som er bare det ene eller det andre. De ulike tilnærmingene utfyller hverandre og kan endres over tid. Dette betyr at HRM må ha en verktøykasse som håndterer de ulike tilnærmingene. Dette kan oppsummeres i tabell 2.

Organisasjons-tilnærming	Kjennetegn ved tilnærmingen	HRM-funksjonens ansvar	HRM-funksjonens viktigste rolle
Rasjonell	Vekt på effektivisering og bruk av strukturer for å nå overordnede mål	Delta i arbeidet med å dekke virksomhetens ressursbehov med vekt på stillingsbehov, rekrutteringsbehov og kompetanseutviklingsbehov	HRM-funksjonen som strategisk partner
«Human relations»	Vekt på hvordan man bidrar til å nå virksomhetens mål ved å tilfredsstille medarbeidernes sosiale behov og motivasjon	Vurdere tiltak for motivasjon og utvikling som kan bidra til trivsel, samhold, lav turnover og sykefravær. Gode belønningssystemer	HRM som talsperson for medarbeiderne
Politisk	Vekt på ulike gruppers interesser, innflytelse, makt og rettferdig fordeling	Forstå ledelsen og medarbeidernes interesser og gjennom politikk og forhandlinger bidra til å nå virksomhetens mål og bidra til å avverge eller megle i konflikter	HRM som forhandlingspartner
Institusjonell	Skape legitimitet fra omgivelsene ved å leve opp til kulturens normer og forventinger om framskritt	Ha et «fra utsiden og inn»-blikk, følge trender og oppskrifter i omgivelsene og transformere disse til egen organisasjon	HRM-ansvarlig imiterer nye oppskrifter

Tabell 2: HRM-praksis med de fire ulike tilnærmingene til organisasjoner (Laudal & Mikkelsen, 2016)

En HR-avdeling og en HR-medarbeider må ha kjennskap til og beherske flere kompetanser for å kunne utøve jobben sin på en god måte. Ulrich lanserte ett nytt mandat for HR der han utdyper fire oppgaver der han mener HR skal være en sentral bidragsyter (Ulrich, 1998). HR må bli en strategisk partner (strategic partner), videre skal HR være en ekspert på administrasjon og organisering (administrative expert), en agent for kontinuerlig forandring (change agent) og en som ivaretar ansattes interesser (employee champion). Ved å integrere disse HR-kompetansene i den daglige ledelse og drift vil HR bidra til at virksomhetene kan yte bedre tjenester til sine kunder.

3.2 Relasjoner

Når vi starter i et arbeidsforhold, skriver vi en arbeidskontrakt med arbeidsgiver. Denne kontrakten skal minimum angi arbeidssted, stillingsbenevnelse, lønn, arbeidstid, pensjon og prøvetid. Arbeidsmiljøloven § 14-5 og § 15-6[3] stiller krav til skriftlig arbeidsavtale og minimumskrav til innholdet i avtalen. Kontrakten underskrives av begge parter og er et dokument som regulerer de formelle sidene ved et tilsettingsforhold. De fleste er ikke klar over at det i tillegg finnes en annen, uformell kontrakt – den psykologiske kontrakten. Den psykologiske kontrakten blir inngått allerede i løpet av ansettelsesprosessen. Som jeg kommer tilbake til senere i dette kapittelet, består den av uskrevne og gjensidige forventninger og er basert på at begge parter gir og får. Den psykologiske kontrakten danner grunnmuren som medarbeidernes holdninger til organisasjonen bygger på (Kaufmann & Kaufmann, 1998).

Det finnes flere typer uformelle kontrakter, og den psykologiske kontrakten er en av dem (Rousseau, 1995). Tidlig på 1960-tallet publiserte Abraham Maslow en liste på 36 antakelser som skulle underbygge *«enlightened management»*. På slutten av 1980-tallet og tidlig på 1990-tallet ble mange av disse antagelsene brukt til å omformulere den psykologiske kontrakten (Bunting, 2004).

Det er et skille mellom individuelle kontrakter og gruppekontrakter og mellom interne og eksterne kontrakter (Rousseau, 1995). Ut fra dette avtegner det seg fire typer kontrakter:

- *Den psykologiske kontrakten*: En forventning en person har om at løfter som er gitt av en annen part, blir akseptert av denne parten. Begge stoler på løftet skal overholdes av begge partene.
- *Den normative kontrakten*: En delt psykologisk kontrakt som oppstår når medlemmer av en sosial gruppe, organisasjon eller enhet, deler felles meninger og oppfatninger. Tro på et delt felles sett av forpliktelser kan skape et sosialt press om å tilpasse seg disse forpliktelsene. Kontrakter kan bli institusjonalisert som en del av en (delt) kultur i organisasjonen.
- *Den indirekte kontrakten*: Tolkninger gjort av en tredjepart om kontraktsmessige forhold. Denne tolkningen kan f.eks. gjøres av en advokat. Indirekte kontrakter er med på å forme en virksomhets rykte og omdømme.
- *Den sosiale kontrakten*: En utbredt oppfatning av hva som forplikter i et samfunn, f.eks. at et håndtrykk besegler en avtale. Sosiale kontrakter er kulturelle og basert på

[3] https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62

felles oppfatninger om hva som er akseptert og passende oppførsel. Dette kan skape forpliktelser mellom arbeidsgrupper eller innad i organisasjonen.

Den psykologiske kontrakten defineres som *«individets oppfatninger av de gjensidige forpliktelsene mellom en person og en annen part, for eksempel en arbeidsgiver»* (Mikkelsen & Laudal, 2016). De omtaler også Scheins definisjon på den psykologiske kontrakten *«et sett uskrevne gjensidige forventninger mellom en individuell ansatt og organisasjonen»* (Mikkelsen & Laudal, 2016).

Som det går fram av definisjonene er den psykologiske kontrakten individuell. Dette betyr at hver enkelt ansatt har sin egen psykologiske kontrakt med arbeidsgiver. Den psykologiske kontrakten omhandler bytteforholdet mellom partene som har inngått kontrakten. Utbyttet kan være transaksjonelle som høyere lønn, forfremmelse eller relasjonelle som forhold knyttet til tillit og lojalitet. Kontrakten favner bredere enn mål og måloppnåelse. Den omfatter løfter og forventninger om fremtidig belønning. Belønning er en nøkkelfaktor i en positiv psykologisk kontrakt. Ros og anerkjennelse er virkemidler som kan motivere individet til å nå sitt potensial og ledere kan forsterke ønsket atferd (Wilton, 2011). Belønningen må være verdsatt. Leder og medarbeider har ikke nødvendigvis den samme forståelse av innholdet i kontrakten, det er derfor rom for ulik tolkning og derigjennom misforståelser. Begge partene vil imidlertid være motiverte til å oppfylle kontrakten. I hver enkelt persons psykologiske kontrakt er det en *forståelse* av enighet og gjensidighet. Den psykologiske kontrakten kan formes av hvordan arbeidsgiver markedsfører seg i stillingsannonser, gjennom oppslag i media, hvordan organisasjonen omtales i offentligheten, utsagn i stillingsintervju «her legger vi til rette for kompetanseheving», hjemmesider, m.m. Samtidig vil kontrakten også formes av hvordan kollegene snakker om arbeidsplassen sin. «Hvis vi står på og jobber hardt, så får vi utbetalt bonus på slutten av året». Observasjon av kolleger i samme gruppe bidrar også til innholdet i kontrakten. Det samme gjør organisasjonens praksis for lønn og belønning, prosedyrer og retningslinjer. Kolleger er ofte den mest brukte kilden til informasjon. De formidler standarder og normer og bidrar til forståelse av hva som foregår på arbeidsplassen.

En psykologisk kontrakt er basert på løfter og/eller garantier om en eller annen fremtidig gevinst. Det er ikke intensjonene til den som gir løftet som har betydning, men det mottakeren tror. Løfter som gjøres om til kontrakter, betyr at løftet er troverdig og akseptert. Om et løfte brytes av en av partene (brudd på kontrakten), er det ikke nødvendigvis selve løftebruddet

som er viktigst, men å redusere tapet som dette bruddet innebærer. Det er ikke nødvendigvis et økonomisk tap, men tap av muligheter, f.eks. muligheten til å ta en videreutdanning. Hvis den psykologiske kontrakten kun er en ren byttekontrakt – å utføre arbeid mot å få lønn, feriepenger og pensjon – så vil et brudd være av mindre betydning. Hvis derimot kontrakten er relasjonell, med forventinger om lojalitet, og at partene skal jobbe hardt for å innfri hverandres forventninger, så får et brudd større konsekvenser (Mikkelsen & Laudal, 2016).

Endringer, både teknologiske og organisasjonsmessige, kan føre til at ansatte opplever at vilkårene for ansettelsen ikke lenger er som de var da de ble ansatt. Selv om det ikke er endringer i den formelle kontrakten (ansettelseskontrakten), så kan det være endringer i den psykologiske kontrakten.

Interessant for denne studien er også psykologiske kontrakter i team. Dette ligger tett opp til den normative kontrakten (Rousseau, 1995); den delte kontrakten som oppstår når mennesker i en gruppe deler felles meninger og oppfatninger. Et nytt perspektiv, det horisontale perspektivet, er lansert for bedre å kunne forstå hvorfor noen team fungerer bedre enn andre (Sverdrup, 2014). Det horisontale perspektivet ser på hvordan relasjoner mellom medlemmene i teamene utvikles og hvordan dette kan påvirke teamenes prestasjoner. Sverdrup studerte forholdet mellom medlemmene i teamene; hvordan de samhandlet og hva som motiverte til samhandling. I et team finner vi ikke den samme ubalansen i makt som i forholder mellom leder og ansatt. Det antas at medlemmene opplever gjensidige forventninger og forpliktelser om å utvikle ideer, gi tilbakemeldinger til hverandre og støtte hverandre.

Sverdrup kategoriserer kontraktene i typer; oppgavebaserte og relasjonsbaserte. Den *oppgavebaserte kontrakten* karakteriseres av de forventninger og forpliktelser som er knyttet til selve utførelsen av oppgavene til teamet. Det kan være at alle skal bidra like mye, høy kvalitet på utførelsen, deling av kunnskap og informasjon og at medlemmene skal gi tilbakemelding på oppgavene som er utført. I tillegg til elementene som er forbundet med den oppgavebaserte kontrakten, så har den *relasjonsbaserte kontrakten* også forventninger om gjensidig støtte, sosial støtte og sosial omgang. Eksempler på dette er raushet, tillit, gå ut og spise sammen, anerkjenne hverandre og være fleksibel.

Det er knyttet to forskjellige egenskaper til kontraktene; løse og integrerte. De løse kontraktene kjennetegnes av at medlemmene opplever at de har få forpliktelser og

forventninger til de andre i teamet, det er lite fleksibilitet i kontraktene som er inngått og de opplever brudd på kontraktene. I gruppene med *integrerte kontrakter* opplever medlemmene at de har sterke forpliktelser til de andre i gruppen, de opplever i større grad at kontraktene oppfylles. Hvis det oppstår brudd på kontrakten, er det mulig å endre den.

	Oppgavebaserte kontrakter	**Relasjonsbaserte kontrakter**
Løse Kontrakter	Stoler ikke på at medlemmene stiller opp for hverandre, har ikke samme standard på oppgaveløsning, ikke tilstrekkelig tilbakemelding, håndterer ikke brudd på kontrakten	Gode relasjoner i starten, men brudd på kontrakten har redusert den relasjonsbaserte kontrakten, problemer med å samarbeide
Integrerte kontrakter	Ett eller flere medlemmer i gruppa opplever brudd på oppgaveløsning og lite samarbeid. Løse kontrakter. Får hjelp hvis de ber om det	Medlemmene stoler på hverandre, støtter hverandre, gir gode tilbakemeldinger, håndterer brudd på kontrakten

Figur 3: Psykologiske kontrakter i team, tabell basert på Sverdrup (Sverdrup, 2014)

De velfungerende teamene kjennetegnes av medlemmer som er tydelige på hvilke forventninger og forpliktelser de har til hverandre, de har både oppgavebaserte og relasjonsbaserte elementer knyttet til kontraktene seg imellom (Sverdrup, 2014).

Som jeg skrev innledningsvis, så danner den psykologiske kontrakten grunnmuren for medarbeidernes holdninger til organisasjonen (Kaufmann & Kaufmann, 1998). En annen viktig faktor som påvirker ansattes forhold til organisasjonen er motivasjon.

3.3 Motivasjon

Motivasjon kommer fra det latinske ordet «movere» som betyr å bevege (Kaufmann & Kaufmann, 1998). Hva er det som får oss til å handle? I hvilken retning beveger vi oss og hva ønsker vi å oppnå? I jobbsammenheng kan to ansatte med samme utdannelse og type jobb, legge ned helt ulik innsats i arbeidet sitt. En forklaring på dette kan være at de ikke har samme motivasjon for å utføre jobben sin. En definisjon på motivasjon blir da: «*de biologiske, psykologiske og sosiale faktorene som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd i ulike grader av intensitet i forhold til måloppnåelse*» (Kaufmann & Kaufmann, 1998).

Self Determination Theory (SDT) er en motivasjonsteori som legger vekt på vårt indre behov for å bli oppfattet som kompetente, godt likte og uavhengig av andres kontroll (Deci & Ryan, 1985). Det er en omfattende motivasjonsteori som er forbundet med personlighet og selvregulering. SDT legger stor vekt på den sosiale konteksten som både kan motarbeide og legge til rette for psykisk velvære og helse. Når mennesker føler at de har en høy grad av selvbestemmelse, antas det at de er psykisk sterke og trives fordi de føler seg mer kompetente, sosiale og fri (Clegg, Kornberger, & Pitsis, 2016).

Selvdetermineringsteorien er basert på empiri om motivasjon, utvikling og velvære. Teorien fokuserer på type motivasjon, med et spesielt fokus på autonom motivasjon, kontrollert motivasjon og upersonlig motivasjon. Disse tre kan forutsi resultater knyttet til prestasjoner, relasjoner og velvære. Det viktigste skillet i teorien går mellom autonom motivasjon og kontrollert motivasjon. Autonom motivasjon består av både indre motivasjon og ytre motivasjonskilder som er knyttet til verdien av aktiviteter som er blitt integrert eller internalisert. Kontrollert motivasjon består av ytre reguleringer, som belønning, straff, eller et ønske om å unngå straff, føle skam, ønske om anerkjennelse (Deci & Ryan, 2008).

Det skilles gjerne mellom indre og ytre motivasjonsfaktorer. I jobbsammenheng springer ytre motivasjon ut av et ønske om ytre belønninger så som høyere lønn, forfremmelser, frynsegoder. Som ansatt vet du også at hvis du ikke gjør jobben din på en ordentlig måte, så kan det få negative konsekvenser i form av advarsel, oppsigelse, degradering og lønnsnedgang. Dette er også ytre motivasjonskilder (Kuvås & Dysvik, 2012). Det er ikke selve jobben og arbeidets innhold som motiverer den ansatte, men de resultatene som følger av å utføre jobben, godt eller dårlig. For å unngå straff, så yter ikke medarbeideren mer enn det som er nødvendig for å beholde jobben. Han møter opp på jobb hver dag, utfører arbeidsoppgavene tilfredsstillende og går hjem når dagen er over.

Indre motivasjon er sterkt forbundet med ønske om å oppnå indre belønninger, det kan være tilfredshet med godt utførte arbeidsoppgaver, det å ha en meningsfull og interessant jobb, de får utviklet sine ferdigheter og bidrar til å nå organisasjonens mål (Kuvås & Dysvik, 2012). Andre ganger kan en ytre motivasjonsfaktor, som lønn, være en viktig bidragsyter til å tilfredsstille indre behov, f. eks en lengre reise for å oppleve andre kulturer.

I selvdetermineringsteorien skilles det altså mellom indre motivert atferd og ytre motivert atferd. Indre motivasjon er en naturlig motivasjon som springer ut fra menneskenes behov for autonomi, kompetanse og tilknytning. Oppgavene gir glede uten tanke på annen type belønning. De autonomiorienterte ansatte utfører arbeidsoppgavene fordi man opplever glede ved å utføre dem, de har kompetanse til å utføre oppgavene og kan realisere egne ønsker og personlige interesser. De opplever at de i stor grad kan bestemme både arbeidsoppgavene sine og hvordan arbeidsoppgavene kan utføres selv. Et eksempel på dette er kreative yrker.
De kontrollorienterte ansatte opplever at det er andre som setter begrensninger for deres atferd og bestemmer hva de skal gjøre. De har ikke nødvendigvis så stor glede av arbeidsoppgavene og er eksternt motivert. Ansatte som får anledning til å ta personlige valg, opplever en følelse av medbestemmelse og større engasjement for oppgavene. De som blir pålagt arbeidsoppgavene sine, opplever ikke det samme engasjementet (Mikkelsen, 2014). Av dette kan det utledes at selvbestemmelse i jobben er en viktig motivasjonsfaktor. Kuvås og Dysvik (2012) omtaler psykologisk empowerment, der indre motivasjon gjenspeiler en opplevelse av at den ansatte har kontroll over arbeidssituasjonen.

Ytre motivasjon kan altså bestå av både autonom og kontrollert motivasjon. De aller fleste av oss har rutinepregede oppgaver som bare må utføres. Dette er ikke oppgaver som vi oppfatter som spennende, utfordrende eller utviklende, men de må gjøres fordi de er en del av jobben vår. Vi gjør ikke disse oppgavene fordi vi har en indre motivasjon for å utføre dem. Hvis vi ikke gjør dem, kan vi få en påpakning av lederen vår eller vi kan miste troverdighet eller anseelse blant kolleger. Den ytre motiverte atferden gir en form for ytre belønning; lønn, frynsegoder, avansement, ros og anerkjennelse. Dette er ytre faktorer som regulerer atferden. I noen tilfeller kan vi likevel oppleve at disse oppgavene er så viktige for jobbutførelsen vår, at de ytre faktorene internaliseres og oppgavene blir oppfattet som de er indre motiverte.

Indre motivasjon henviser til de indre tilstandene som driver oss mot atferd som direkte tilfredsstiller behovet for selvrealisering og tilhørighet. Ytre motivasjon henviser til de indre tilstandene som driver oss mot atferd som tilfredsstiller behovet for aktelse (Clegg et al., 2016).

Eksempler på indre motivasjon er behovet for selvrealisering, interesser, nye utfordringer i ny eller eksisterende jobb, lære noe nytt for å utvikle seg (f. eks ta et masterstudium). Eksempler på ytre motivasjon er å gjøre ferdig et arbeid før en frist (f. eks levere masteroppgaven innen

fristen), skifte jobb fordi du får bedre betalt, arbeide fordi vi trenger penger til å betale lån, husleie, ferieturer osv.

En organisasjon er avhengig av motiverte medarbeidere for å overleve. Hvordan ledelse utøves, har stor innflytelse på motivasjonen. Ledere må ta i betrakting at ansatte er både er indre og ytre motivert. Dette må det tas hensyn til ved utarbeidelse og implementering av HR-tiltak.

3.4 Læring

Kompetanse er en forutsetning for å utføre jobben vår. Kompetanse består av kunnskap, ferdigheter og holdninger. Kunnskap erverver vi oss gjennom studier, ferdighet og holdninger formes blant annet på arbeidsplassen. Vi er alle medlemmer av ulike fellesskap, både på jobb og i privatlivet. Jeg er ansatt i en stabsfunksjon ved klinikken og har mitt arbeidsfellesskap der. Som personalrådgiver identifiserer jeg meg også med de andre personalrådgiverne på sykehuset, på tvers i organisasjonen og er en del av et praksisfellesskap bestående av andre personalrådgivere.

Praksisfellesskap er relevant for denne studien fordi det foregår læring på mange plan i en organisasjon. Fokus i teorien om praksisfelleskap er læring som sosial deltakelse. På arbeidsplassen handler det om at grupper av ansatte, uavhengig av jobbeskrivelse utvikler en praksis for å gjøre det som er nødvendig å gjøre. Det handler ikke om bare det vi gjør, men også om hvordan vi tolker det vi gjør. Wenger (Wenger, 1998) definerer begrepet fellesskap med å snakke om praksis som kilden til et fellesskaps sammenhengskraft - det som er limet i fellesskapet. Han innfører tre dimensjoner i forholdet mellom praksis og fellesskap: Gjensidig engasjement, felles virksomhet og felles repertoar i å gjøre ting på (Wenger, 1998). Gjensidig engasjement innebærer at det gjennom sosial samhandling forhandles og etableres normer og retningslinjer. Uavhengig av jobbeskrivelse, så utvikler de ansatte en felles praksis for å gjøre det som er nødvendig å gjøre. De har dannet en uformell gruppe.

Deltakere i et praksisfellesskap må ha tilgang til nødvendige ressurser til å lære det de har behov for å lære, til å handle og ta beslutninger. Kolleger er hverandres ressurser, de utveksler informasjon, deler gamle og nye erfaringer, holder hverandre med selskap og krydrer arbeidshverdagen til hverandre (Wenger, 1998). Følelsen av tilhørighet og identifisering med de andre gruppemedlemmene står sterkt i teorien om praksisfellesskap. Deltakelse i praksisfellesskap etablerer en sosial identitet i tillegg til utvikling av kunnskap og

kompetanse. Uformelt har praksisfelleskapene utviklet seg gjennom en gjensidig følelse av tilhørighet mellom medlemmene, samt refleksjon over hva som kjennetegner felles praksis (Filstad, 2016).

Det er en rekke egenskaper som må være tilstede for at det skal være et praksisfellesskap (Filstad, 2016):

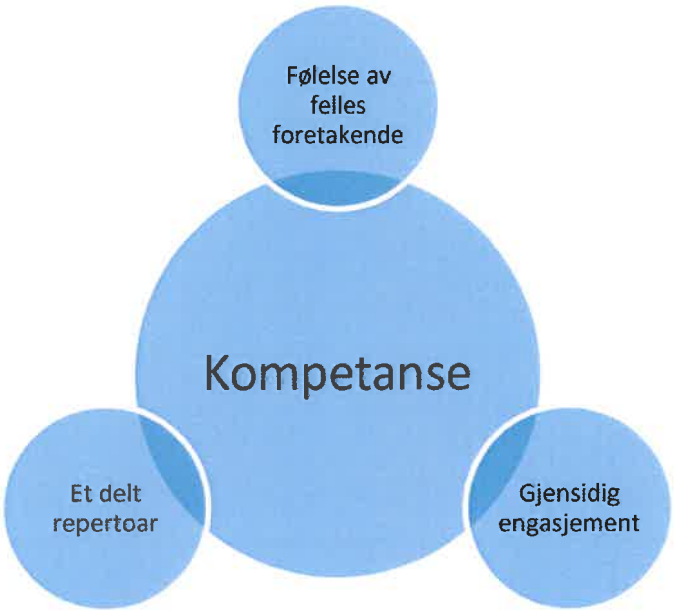
1. Det kreves at det har bestått over tid og er vedvarende
2. Det er gjensidighet i fellesskapet, men det utelukker ikke konfliktfylte relasjoner
3. Det er en felles praksis og felles måter å gjøre ting og handle på
4. Det er hurtig spredning av informasjon
5. Det er kunnskap om hverandres og gjensidig definerte identiteter. Gruppen vil ha et felles perspektiv på omverdenen gjennom felles forhandlinger om mening i praksisfellesskapet
6. Det er en rekke felles kulturelle kjennetegn

Et praksisfellesskap definerer kompetanse ved å kombinere tre forhold. *Følelse av felles virksomhet* innebærer å forstå hva praksisfellesskapet er og skal være (være kompetent). *Et delt repertoar* er felles ressurser, språk, rutiner, verktøy, fortellinger osv («slik gjør vi det her»). Å være kompetent betyr å ha tilgang til dette repertoaret og være i stand til å bruke det riktig. Kompetansen defineres gjennom *tilhørighet til et felles foretakende*, gjensidig engasjement og et delt repertoar (Filstad, 2016). Dette visualiseres i figur 4.

Det er ikke nødvendigvis slik at alle er medlemmer i fellesskapet. Dette er sosiale grupper som ansatte selv kan velge om de vil være med i. De som står utenfor fellesskapet blir «de andre». Det kan oppstå konflikter mellom ulike praksisfellesskap på samme arbeidsplass. Sterke praksisfellesskap kan være motstandere av endring og hindre endringsprosesser. Det kan utvikle seg skott mellom praksisfelleskapene, noe som vil hindre kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling. Det motsatte kan også skje, at ulike praksisfellesskap møtes og utvikler nye og bedre praksiser.

I praksisfellesskapet er det et tett samspill mellom definisjonen på kompetanse og erfaringsproduksjon. Praksisfelleskapet kan gi en nyansatt tilgang til kompetanse og en personlig opplevelse av engasjement og identitet. Den nyansatte kan tilegne seg innsikt. Et

godt fungerende praksisfelleskap kan også utforske ny viten og skape ny innsikt, gjennom medlemmenes kompetanse og respekt for hverandres individuelle erfaringer (Wenger, 1998).



Figur 4: Praksisfellesskapets kompetanse (Filstad, 2016)

3.5 Oppsummering

I problemstillingen ønsker jeg å se på hvordan dagens organisering ved sengepostene påvirker effektiv ressursutnyttelse. I følge Riksrevisjonens definisjon handler en god ressursutnyttelse om at variasjoner i pasientbelegget skal være styrende for bemanning og at ansatte skal gå mer mellom enheter og avdelinger for å dekke opp ved sykefravær og ved høyt pasientbelegg. Dette er utgangspunktet for formulering av problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg har i den forbindelse pekt på tre forhold som kan ha betydning: relasjoner, motivasjon og læring.

Den psykologiske kontrakten består av alt det usagte, løfter og forventninger, som ligger mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. I tillegg kommer arbeidsgivers markedsføring av seg selv gjennom media, policy-dokumenter, hjemmesider, rekrutteringsprosesser o.l. Hvordan de ansatte omtaler sin egen arbeidsplass har også betydning. I den forbindelse kommer vi inn på praksisfellesskapet – den uformelle gruppen på arbeidsplassen som har utarbeidet og deler felles normer og verdier. Den psykologiske kontrakten er individuell, mens praksisfellesskapet er en sosial kontekst som oppstår på arbeidsplassen. Innad i teamene oppstår det også psykologiske kontrakter. Psykologiske kontrakter i team er kategorisert i to

typer; oppgavebaserte og relasjonsbaserte. Velfungerende team kjennetegnes av medlemmer som er tydelige på hvilke forventinger og forpliktelser de har til hverandre. Arbeidsplassen er et sted for læring. Praksisfellesskapet er en læringsarena, ikke bare for nyansatte, men også en arena for utvikling av ny praksis i godt etablerte grupper. Det kan være konflikter mellom ulike praksisfellesskap, de kan ha motstand mot endring og de inkluderer nødvendigvis ikke alle. Ansatte kan stå utenfor praksisfellesskapet, enten av fri vilje eller fordi de ikke får innpass fordi de ikke deler kompetansen i praksisfellesskapet.

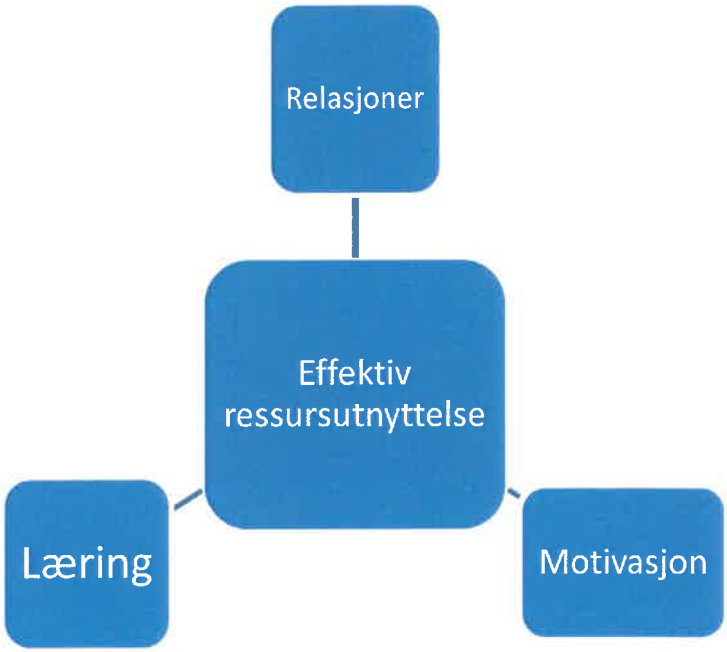
Gjennom selvdetermineringsteorien - SDT – er det redegjort for indre og ytre motivasjonsfaktorer som kan innvirke på den ansattes arbeidsinnsats. Indre motivasjon er en drivkraft som har sitt utspring av våre behov for autonomi, kompetanse og tilknytning. Oppgavene gjøres uten tanke for ytre belønning som lønn, karriereopprykk og andre materielle goder. Belønningen kommer i form av anerkjennelse, gode tilbakemeldinger fra kolleger, pasienter, pårørende og ledere. Arbeidsoppgavene utføres fordi man har glede av dem, de ansatte opplever at de har kompetanse til å utføre arbeidsoppgavene og de får i stor grad selv bestemme hvordan oppgavene skal løses. Ytre motivasjonskilder både kan være lønn og forfremmelser, men det kan også være et ønske om å unngå straff eller sanksjoner hvis oppgavene ikke blir utført tilfredsstillende. Straff i denne sammenhengen kan være degradering, lønnsnedsettelse eller oppsigelse. Oppgavene er ofte rutinepreget, den ansatte har ikke den riktige kompetansen – overkvalifisert eller underkvalifisert – eller mangler motivasjon for jobben. Det kan være at den ansatte av ulike årsaker må ta en jobb han ikke er motivert for.

Basert på de tre teoretiske tilnærmingene jeg har redegjort for, vil jeg gjennom observasjon og intervju undersøke hvilken betydning relasjoner, motivasjon og læring har på effektiv ressursutnyttelse med dagens organisering.

Med utgangspunkt i dagens organisering i grupper og team har jeg formulert følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilken betydning har relasjoner for effektiv ressursutnyttelse?
2. Hvilken betydning har motivasjon for effektiv ressursutnyttelse?
3. Hvilken betydning har læring for effektiv ressursutnyttelse?

Hensikten er at forskningsspørsmålene skal bidra til å belyse om, og hvordan, relasjoner, motivasjon og læring gir muligheter eller begrensninger for effektiv ressursutnyttelse ved sengepostene med dagens organisering. Dette kan illustreres gjennom følgende figur.



Figur 5: Forhold som påvirker effektiv ressursutnyttelse

Jeg håper også å finne ut om det er en sammenheng mellom de tre forholdene og om de påvirker hverandre. Jeg utelukker ikke at det gjennom studien avdekkes andre faktorer som har innvirkning på både disse tre forholdene og effektiv ressursutnyttelse.

4. METODE

Valg av metode for utforsking av problemstillingen å kombinere observasjon og intervju og jeg vil redegjøre nærmere for hvorfor jeg har valgt denne metoden. Jeg beskriver først min egen rolle og forforståelse, deretter hvordan datainnsamling og analyse er gjennomført. Kapittelet avsluttes med å reflektere rundt troverdigheten av undersøkelsen.

4.1 Forforståelse og egen rolle

Forskerens personlige bakgrunn, erfaringer, verdigrunnlag, politiske syn m.m danner forskerens forforståelse. Forforståelsen vil kunne være med på å påvirke hvordan forskeren former prosjektet med hensyn til tema, metode, valg av teori og analyse (Tjora, 2017). Jeg har vært ansatt som personalrådgiver ved Kreftklinikken siden 2013 og blant mine arbeidsoppgaver er å yte lederstøtte. For å kunne gjøre dette, er det viktig å ha en god forståelse av prosessene i klinikken. Jeg har utdanning innen administrasjon og ledelse. Med en relativt lang yrkeskarriere bak meg, kan jeg også bidra med kompetanse og erfaringer fra tidligere arbeidsforhold. Jeg er ikke «fanget» i helseprofesjonsperspektivet, jeg føler at jeg står litt på utsiden og kan gi objektive råd. Jeg kan også stille de «dumme» spørsmålene – som kan bidra til at både ledere og ansatte reflekterer på en litt annen måte. I enkelte sammenhenger er det også min rolle å være «djevelens advokat».

Samtidig har jeg også et annet perspektiv – som pårørende. Fra dette perspektivet ser jeg klinikken med andre øyne. Som pårørende syntes jeg det var trygt at det var de samme legene og de samme sykepleierne jeg møtte da jeg var på besøk, og som hadde ansvar for mitt familiemedlem. Som personalrådgiver og arbeidsgiverrepresentant har jeg vanskelig for å forstå hvorfor mange sykepleiere vegrer seg for å jobbe på et annet team eller en annen sengepost for en kortere tidsperiode. Det kan være seg å ta et stell eller å ta en hel vakt på en annen sengepost. Det er fortsatt kreftpasienter i ulike behandlingsforløp som skal behandles.

Jeg ser det som en fordel at jeg, i likhet med mange andre, kan ta med ulike perspektiv inn i jobben min. Underveis i studien har jeg vært oppmerksom på dette, jeg har ikke tatt på meg verken pårørendehatten eller arbeidsgiverhatten. Jeg er klar over at jeg ikke har inngående kjennskap til arbeidsdagen og kompleksiteten i arbeidsoppgavene til sykepleierne. Jeg har gått inn i studien med et genuint ønske om å få en bedre forståelse av disse forholdene, og hvilke muligheter og begrensninger dette gir når det gjelder sykehusets målsetting om optimal ressursutnyttelse.

Det er utfordrende å studere sin egen organisasjon. Inngangen til studien blir preget av forskerens subjektive oppfatning av hvordan organisasjonen fungerer. Ved observasjon av kolleger er det lettere å velge side. Det er en fare for at forskeren mister den akademiske distansen (Repstad, 1993). Dette er lettere hvis en er en del av arbeidsfellesskapet til daglig. Jeg er ansatt i en annen rolle enn informantene og har arbeidsplassen min i en annen etasje på klinikken. En annen risiko ved å kjenne aktørene, er at forskeren driver selvsensur for ikke å legge seg ut med venner og kolleger. Det blir viktig for forskeren å være nøytral og upartisk i en slik sammenheng. En fordel med å være en del av konteksten, er at forskerens forforståelse gir et godt grunnlag for innsikt. Forskeren besitter kunnskap om og forståelse av organisasjonen som en ekstern forsker ikke har. En ulempe er at forskeren er godt sosialisert i organisasjonen og ikke har med seg blikket utenfra.

At jeg ikke har helsefaglig bakgrunn, gir meg en distanse til arbeidshverdagen til sykepleierne, jeg er ikke ekspert (Repstad, 1993). Fordi jeg mangler denne erfaringsbakgrunnen, ble det viktig for meg å observere sykepleierne. Dette ga meg muligheten til å stille bedre oppfølgingsspørsmål i intervjusituasjonen. Som ansatt i klinikksjefens stab, har jeg ingen direkte innflytelse over arbeidshverdagen til de ansatte. Selv om sykepleierne var ganske kritiske til studien da henvendelse om å delta kom fordi de trodde jeg skulle omorganisere klinikken, ble jeg likevel møtt med velvilje. Jeg opplevde ikke at situasjonen ble utnyttet til å legge på litt ekstra eller holde tilbake informasjon.

4.2 Forskningsdesign

Forskningsdesign handler om «alt» som knytter seg til en undersøkelse (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016). Designet omfatter hvordan en undersøkelse organiseres og gjennomføres for at problemstilling eller forskningsspørsmål skal besvares; fra ide, utforming av problemstilling, innsamling av data, analyse og tolkning av data til det ferdige resultatet. Forskningsdesignet er en overordnet plan for hvordan studien skal gjennomføres. Problemstillingen gir føringer for hvordan studien designes. I min studie spør jeg om «hvilke» og det er i utgangspunktet en utforskende problemstilling.

Effektiv utnyttelse av pleieressursene kan studeres både kvalitativt og kvantitativt. Gjennom analyse av antall timer mertid, overtid og innleie av vikarer kunne jeg ha fått en oversikt som viser om det har skjedd endringer etter at klinikken ansatte avdelingssjef sykepleie. Ved tolkning av resultatene måtte jeg ha tatt hensyn til endringer i sykefraværet og årsakene til

dette. Hva forteller tallene egentlig? En kvantitativ studie ville ikke ha fanget opp om eventuelle endringer har konsekvenser for pasientsikkerhet, tillit, tilhørighet, motivasjon, forhold til leder, autonomi og selvbestemmelse. Den ville heller ikke ha gitt svar på om sykepleierne jobber mer mellom teamene og på tvers i klinikken.

For å undersøke disse forholdene, har jeg valgt en kvalitativ tilnærming. Kvalitative undersøkelser blir benyttet i mange fagdisipliner og kan gjennomføres på mange forskjellige måter. Nettopp fordi det er så mange muligheter, er transparens (gjennomsiktighet) viktig (Johannessen et al., 2016). Forskeren må beskrive alle faser i forskningsprosessen slik at den kan gjenskapes av andre.

Case er en ofte brukt avgrensning i kvalitative studier (Tjora, 2017). I en casestudie benyttes allerede eksisterende grenser for hva og hvem undersøkelsen skal omfatte. I min undersøkelse er hva de to sengepostene og hvem er sykepleierne. Det ligger ofte praktiske hensyn bak valg av case (Tjora, 2017). I en erfaringsbasert masteroppgave er det en fordel at studenten velger et tema for besvarelsen som er relevant for arbeidsgiver. Det er også utgangspunktet for denne studien.

Det finnes flere strategier for å designe en casestudie; enkeltcasestudier, flercasestudier, en analyseenhet og flere analyseenheter (Johannessen et al., 2016). Jeg har valgt en enkeltcasestudie med en analyseenhet som design for forskningsprosjektet mitt. I problemstillingen min ønsker jeg å få svar på hvordan dagens organisering påvirker effektiv ressursutnyttelse på sengepostene. I denne sammenhengen blir sykepleierne analyseenheten og sengepostene konteksten for min case.

St. Olavs hospital har i sitt strategidokument for 2015-2018 nedfelt i avsnittet om Optimal ressursbruk at *«De ansatte og deres kompetanse er sykehusets viktigste ressurs».*[4] Sykepleierne er den desidert største yrkesgruppen ved sykehuset og ved Kreftklinikken. Hvordan denne ressursen brukes, har stor innvirkning både på økonomi og kvalitet på pasientbehandling.

[4]https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Foretaksmter/Fremragende%20behandling.%20Strategi%202015-2018.%20Revidert%202016.%20BROSJYRE.pdf

Informantene

Mine informanter er fire sykepleiere, to fra hver sengepost. Jeg hadde på forhånd inviterte meg inn til et møte med seksjonslederne for å informere om tema for masteroppgaven. Dette ble gjort både for å forankre prosjektet hos sykepleielederne, men også for å legitimere prosjektet ovenfor sykepleierne. Prosjektet ble også presentert for tillitsvalgte og verneombud ved Avdeling sykepleie.

I etterkant av møtet med seksjonslederne, sendte jeg en skriftlig henvendelse til dem, der jeg ba om navn på sykepleiere som kunne tenke seg å delta. Da jeg fikk navn, tok jeg kontakt med sykepleierne på e-post med forespørsel om de ville delta i undersøkelsen. Deretter foreslo jeg en dato for observasjon og intervju på e-post, i tillegg sendte jeg en påminnelse på SMS et par dager i forkant.

Det viste seg at sykepleierne uttrykte skepsis til å delta da de fikk vite at problemstillingen var relatert til organisering og effektiv bruk av ressursene. En av informantene sa i intervjuet at «*Varsellampene lyste i seksjonen da forespørselen fra deg kom – de trodde du skulle omorganisere klinikken*». En annen reaksjon var «*Å nei – nå skal vi gå mellom etasjene*». Det var bare en av informantene som meldte seg frivillig – de tre andre ble valgt ut av seksjonslederne. Det er uvisst om dette har hatt innvirkning på resultatene av undersøkelsen. Utvalget av informanter kan problematiseres på følgende måte (Tjora, 2017): Hva ville de som ikke ville stille opp til intervju har sagt? Hvilke meninger og holdninger har de? Fordi utvalget av informanter er så lite, må dette tas hensyn til i drøfting og analyse av data.

Sykepleierne er anonymisert. I presentasjon av resultatene blir de referert til som sykepleier på en av sengepostene og/eller som sykepleier på ett av teamene.

4.3 Datainnsamling

I casestudier er det flere kilder for innhenting av data. Det kan være seg ulike former for dokumentasjon, gjennom intervju og observasjon (deltakende, ikke-deltakende, skjult). Dokumentasjonen som er innhentet, er styringskrav og rammer for driften fra Helse Midt-Norge RHF til St. Olavs hospital, strategidokument for St. Olavs hospital og stillingsannonser for Kreftklinikken for ulike år.

Fordi jeg ikke har helsefaglig bakgrunn selv og aldri har arbeidet ved en sengepost, ble observasjon valgt som en metode sammen med intervju. Dette ga meg en bedre forståelse av

hvilke arbeidsbetingelser sykepleierne har i hverdagen. Observasjon var nødvendig og nyttig med tanke på å sette informasjonen fra intervjuene inn i en kontekst. Ved bruk av datasett fra to forskjellige kilder, både observasjon og intervju, har jeg benyttet meg av triangulering. Triangulering brukes om det å referere til observasjoner ved å bruke minst to ulike perspektiver[5].

Observasjon (skygging)

Observasjon egner seg når problemstillingen er knyttet til et overkommelig, geografisk avgrenset område (Repstad, 1993). Observasjon, eller skygging, ble en viktig kilde til en bedre forståelse av hverdagen på sengepostene og bidro til å sette en god ramme for intervjuene i etterkant. Observasjon bidro også til å sette svarene i intervjuene i mer utfyllende kontekst. Gjennom observasjon studerer forskeren det individene *gjør* (Johannessen et al., 2016). Ofte brukes observasjon som et supplement til andre metoder. Observasjon kan bidra til en annen innfallsvinkel, et annet perspektiv på dataene. Observasjon gir forskeren tilgang til informasjon som det kan være vanskelig å få på andre måter. Samtidig er det viktig å være bevisst på at det forskeren ser, er påvirket av forskerens forforståelse.

Observasjonen foregikk i en naturlig setting, på sykepleiernes arbeidsplass. Studier som gjennomføres i en naturlig setting, benevnes naturalistiske studier (Johannessen et al., 2016). Dette fordi fenomenet som skal observeres, ikke kan løsrives fra sammenhengen det erfares og oppstår i.

Det er ulike former for observasjon. I *ikke-deltakende observasjon* er forskeren synlig, men deltar ikke i det som foregår mellom aktørene. I *deltakende observasjon* blir forskeren en del av miljøet som observeres. De som observeres er kjent med at de blir observert. Ved *skjult observasjon* blir forskeren også en del av miljøet og deltar i det ordinære arbeidet i enheten som studeres, men de som observeres er ikke klar over dette. Forskeren blir nærmest som en agent som jobber «undercover».

Tjora (Tjora, 2017) har lansert begrepet *interaktiv observasjon*, der forskeren i utgangspunktet er en ren observatør uten andre oppgaver, men kan etter hvert inngå i ulike former for interaksjon med dem man observerer, f.eks. samtaler. Her veksler forskeren mellom å være en ikke-deltakende observatør og en deltakende observatør. Det legges til grunn av det alltid

[5] https://no.wikipedia.org/wiki/Triangulering_(forskning)

vil være en del sosial interaksjon mellom observatøren og de som observeres. Denne vekslingen illustreres i tabell 3:

Observatør	Synlig	Skjult
Aktiv	Interaktiv observasjon	Fullstendig deltakelse
Passiv		Fullstendig observasjon

Tabell 3: Observasjonsroller (Tjora, 2017)

For min egen del, syntes jeg det var naturlig å snakke med sykepleierne underveis, ikke bare å stille spørsmål om hvorfor de gjorde det de gjorde, men også å delta i litt småprat om morgenen i forbindelse med vaktrapport og fellessamling.

Jeg var en ikke-deltakende og åpen observatør. Jeg fulgte (skygget) fire sykepleiere på dagvakt fra de kom på jobb om morgenen og frem til lunsj. Jeg møtte opp på vaktrommet, jeg var sivilt kledd, men hadde tatt på meg en legefrakk og hadde ID-kortet mitt synlig. Seksjonsleder og jeg orienterte om prosjektet mitt før vaktrapporten startet. Jeg fortalte om bakgrunnen for undersøkelsen og at det ville være lærerikt for meg å se hvordan de har det i arbeidshverdagen. Dette tror jeg var med på å ufarliggjøre situasjonen ettersom sykepleierne hadde gitt uttrykk for skepsis da seksjonslederne ba om frivillige til undersøkelsen.

Observasjonen ble gjennomført ved at jeg bokstavelig talt sprang i hælene på sykepleierne. Underveis noterte jeg klokkeslett for når og hvor de ulike gjøremålene ble utført. Jeg deltok ikke i samtalene de hadde med pasientene, men stilte spørsmål i etterkant hvis det var noe jeg lurte på.

Et par ganger gikk jeg ut av observatørrollen og inn i rollen som personalrådgiver. Dette skjedde når det ble orientert om medarbeiderundersøkelsen ForBedring i fellesmøte og når en tillitsvalgt ved en av sengepostene tok opp spørsmål om behandling av avvik jeg som personalrådgiver kunne informere om.

Intervju

Ved observasjon studerer forskeren det folk gjør, i intervju studerer forskeren det folk sier at de gjør (Tjora, 2017). Kvalitative intervju er en hyppig brukt måte å innhente informasjon på.

Intervju er godt egnet når forskeren har behov for å gi informantene større frihet i å uttrykke seg på, enn gjennom et spørreskjema (Johannessen et al., 2016). Intervjuet omtales som en forholdsvis fri samtale som kretser rundt noen tema som forskeren har bestemt på forhånd. (Tjora, 2017). Gjennom intervjuet fikk informantene mulighet til å utdype sine erfaringer og synspunkt på en helt annen måte enn om de hadde fått utdelt et spørreskjema med svaralternativ etter observasjonen. For meg som forsker, ga det også muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål eller be om konkretisering og eksempler på noen spørsmål. Fordi jeg ønsket en mest mulig åpen samtale med informantene, ble intervjuene gjennomført som en-til–en-intervju. For å få til et godt intervju med god kvalitet, er man avhengig av tillit mellom forsker og intervjuobjekt. Selv om det i utgangspunktet var skepsis til studien, opplevde jeg ikke at jeg ble møtt med skepsis i intervjuet. Jeg tror at min åpenhet i forkant av observasjonen bidro til at jeg ble oppfattet som nysgjerrig og interessert i deres arbeidshverdag.

Intervjuene ble gjennomført rett etter observasjon med en tematisk inndelt intervjuguide fordi jeg ville sikre meg at alle informantene svarte på de samme spørsmålene. Spørsmålene var ikke sendt ut til informantene på forhånd fordi jeg ønsket en mest mulig spontan dialog i intervjuene. Intervjuene var semi-strukturerte. Spørsmålene ble ikke stilt i en bestemt rekkefølge. Vi hoppet litt frem og tilbake underveis, litt avhengig av hvordan informantene svarte. Før jeg avsluttet intervjuet, sjekket jeg at jeg hadde vært innom alle temaene i intervjuguiden.

Intervjuene ble foretatt på et møterom som ikke var lokalisert på sengeposten. Jeg ønsket at intervjuene skulle gjennomføres i en rolig atmosfære, litt unna støyen og travelheten på sengeposten. Sykepleierne hadde med seg jobbtelefonene sine, og ved et par anledninger ble vi avbrutt av telefoner, uten at det påvirket gjennomføringen av intervjuet. Intervjuene varte i ca 45-60 minutter.

Det ble ikke foretatt lyd- eller bildeopptak av intervjuene. Jeg noterte svarene i stikkordsform underveis og supplerte med utfyllende notater rett etter at intervjuene var ferdige. Denne måten å dokumentere på, gjør at jeg kan ha oversett eller gått glipp av viktig informasjon. Det er en svakhet med denne undersøkelsen. En annen feilkilde er at jeg ubevisst har lyttet etter og lagt merke til informasjon som stemmer overens med min egen forforståelse. Jeg har etter beste evne notert uten filter, og håper at empirien også gjenspeiler dette. Både pålitelighet og

gyldighet kan være påvirket av at jeg bare tok notater fra intervjuene. Lydopptak hadde nok vært en bedre metode med tanke på å få med nyanser og å sikre at jeg har fått med meg alt de sa uten at det er preget av min egen forforståelse. Samtidig kunne dette ha medført at informantene inntok en noe mer reservert holdning til å snakke fritt i intervjuene (Repstad, 1993), spesielt med tanke på at forskeren og informantene er ansatt i samme klinikk.

4.4 Dataanalyse

Kvalitative data står ikke for seg selv, de må tolkes (Johannessen et al., 2016). Det er en fordel at det er forskeren selv som tolker og analyserer, fordi forskerens valg av teorier, hypoteser og forforståelse er viktige utgangspunkt for dataanalysen. «*Å analysere betyr å dele opp noe i biter eller elementer*» (Johannessen et al., 2016). Gjennom analysen skal forskeren prøve å finne et mønster i datamaterialet. Mønsteret danner en mening som skal bidra til å trekke en konklusjon som er et svar på problemstillingen.

Utgangspunktet for en kvalitativ analyse er som regel tekst. En dataanalyse skal hjelpe forskeren å organisere data etter tema. Dette gir et godt grunnlag til analysen og bidrar til bedre oversikt over informasjonen som ligger i dataene. Det blir lettere å identifisere mønstre og temaer som ligger i materialet og det hjelper forskeren til å analysere og tolke data. Organisering og inndeling går gradvis over i arbeidet med analyse og fortolkning. (Johannessen et al., 2016). I motsetning til ved analyse av kvantitative data, finnes det ingen standardmetoder for hvordan kvalitative data skal analyseres. Det er vanlig å benytte seg av to innfallsvinkler; deduksjon og induksjon. Deduksjon er å trekke slutninger fra generelle prinsipper (teorier) til konkrete sammenhenger. Det avledes konkrete hypoteser fra eksisterende teori og disse undersøkes empirisk. Induksjon er å trekke slutninger fra det spesielle (konkrete) til det generelle (allmenne) (Johannessen et al., 2016). Det avledes teorier fra empiri.

Tjora (2017) har utarbeidet SDI-metoden: Stegvis deduktiv-induktiv metode. Modellen danner et godt utgangspunkt for systematikk og framdrift i et kvalitativt forskningsopplegg og bidrar til strukturering av arbeidet i form av milepæler og sjekkpunkt. I SDI-metoden tar forskeren utgangspunkt i rådata og arbeider seg videre til konsepter eller teorier. Dette er den induktive prosessen. Prosessen med å sjekke teori mot empiri er den deduktive prosessen. Jeg har hatt god nytte av metoden, men har ikke fulgt den slavisk i mitt arbeid. Analysen har som mål å gjøre det mulig for en leser å få økt kunnskap og er den øvelsen i kvalitative undersøkelsen som stiller størst krav til forskeren (Tjora, 2017). Dette krever mye

tankearbeid, en evne til å jobbe systematisk og å se funn i empirien utover det som er inkludert i problemstillingen.

Utgangspunktet for analysen var en teoridrevet tilnærming. Mitt teoretiske grunnlag har vært med på å kategorisere funnene mine. Etter intervju og observasjon satt jeg igjen med et inntrykk av at jeg hadde samlet inn data som var med på å bekrefte teoriene. Etter hvert som jeg arbeidet med dataene og de ble kategorisert, trådte et litt annet bilde frem og jeg har sett på om jeg kan trekke mer generelle konklusjoner ut fra datamaterialet mitt.

Kvalitative data analyseres ved å bearbeide tekst (Johannessen et al., 2016). Notatene fra observasjon og intervju var utgangspunktet for analysen. Selv om det ikke er store mengder tekst, er det likevel nødvendig å dele opp og kategorisere datamaterialet. I dette arbeidet er det viktig å unngå å trekke forhastede konklusjoner. Her skal forskeren ikke bare redusere materialets volum, men også ta ut essensen i det empiriske materialet og også legge til rette for idegenerering på basis av detaljer i datamaterialet (Tjora, 2017). Kategoriseringen bidrar til å strukturere resultatdelen av undersøkelsen. Kategoriene fungerer som overskrifter og beskriver hva teksten handler om (Johannessen et al., 2016).

Jeg har sett etter om flere forhold kan kategoriseres under samme tema. Jeg har lett etter fellestrekk som ord, uttrykk og observasjoner som naturlig hører sammen, og foretatt en kategoribasert inndeling av data (Johannessen et al., 2016). Fra empiri i forbindelse med observasjon har jeg lagt merke til hva sykepleierne bruker arbeidstiden sin til, både gjøremål og prioriteringer. Jeg har sett en kontrastfylt hverdag, på mange plan. Både gjennom observasjon og intervju har jeg fått et inntrykk av relasjonene som eksisterer, og spesielt svarene i intervjuene har ledet oppmerksomheten min mot kontinuitet og stabilitet. Det teoretiske utgangpunktet danner grunnlaget for den første grovkategoriseringen i relasjoner, motivasjon og læring. Et utdrag av grovkategoriseringen er presentert i tabell 4.

Etter å ha kategorisert både observasjoner og intervju, fant jeg det mest naturlig å presentere empirien med overskrifter som er kategorisert etter observasjoner jeg har gjort, og ikke etter forskningsspørsmålene, noe som hadde vært naturlig i utgangspunktet. Dette er gjort fordi det var enklere å presentere empirien på en noe friere måte uavhengig av forskningsspørsmålene. Jeg mener dette gir et bedre innblikk i empirien. I drøftings- og analysekapittelet har jeg

imidlertid valgt å dele opp kapittelet etter forskningsspørsmålene. Der har jeg knyttet de induktivt utledede antakelsene og indikasjonene opp mot det enkelte forskningsspørsmål.

Relasjoner	Motivasjon	Læring
Godt jobbfellesskap Kjenner hverandre godt Strikkeklubb/lønningstreff Møtes av og til i privat setting Stor takhøyde Familien inkluderes i oppfølging av pasienten Vi = gruppa/teamet Dårlig kultur innad i klinikken	Spennende, motiverende og krevende jobb Godt arbeidsmiljø/kolleger Spennende prosesser Trives på jobb Mindre motivert hvis jeg må jobbe på annen gruppe/post Stor grad av autonomi, planlegger dagen selv Faglig bevisste Pasientgruppen/fagfeltet	For lite tid til kompetanseheving Seniorer burde vært mentorer Oversikt over kollegers kompetanse/begrensninger Fast ansatte tar de tyngste pasientene Hensiktsmessig med team – kompetanse på diagnoser «Brannmur» mellom teamene på grunn av ulikt behandlingsopplegg

Tabell 4: Koder og kategorier

I kvalitative studier glir analyse og fortolkning over i hverandre. Det er likevel noen forskjeller (Johannessen et al., 2016). Å analysere vil si at man deler opp materialet i biter eller elementer for å avdekke en mening, et budskap eller et mønster. Når materialet er analysert, trekker forskeren en konklusjon. Ved tolkning av materialet prøver forskeren å få tak i meninger som ikke ligger opp i dagen. Det er vanlig å ta utgangspunkt i en teori og se funnene opp mot denne teorien. Funnene fra analysen skal forstås og forklares. I min studie gjøres tolkningen i kapittelet med analyse og drøfting av de tre forskningsspørsmålene. Her ser jeg om teorien er dekkende for det jeg undersøker.

4.5 Troverdighet og overførbarhet

En studies troverdighet reflekteres gjennom i hvilken grad funnene i undersøkelsen på en riktig måte reflekteres gjennom målet med studiet og om funnene reflekterer virkeligheten (Johannessen et al., 2016). For å vurdere kvaliteten i kvalitative studier, blir undersøkelsene vurdert ut fra pålitelighet, troverdighet og overførbarhet.

Pålitelighet – reliabilitet

Vil jeg får samme resultatet hvis jeg, eller noen andre, gjennomfører den samme undersøkelsen en gang til? Reliabilitet handler om i hvilken grad et måleinstrument er stabilt

på tvers av flere målinger. Av dette kan det utledes at hvis man skal måle reliabiliteten til en undersøkelse, må det foreligge flere observasjoner. I kvalitative undersøkelser er innhenting av datamateriale ustrukturert (Johannessen et al., 2016). I intervjuene vil samtalen styre datainnsamlingen og observasjoner er både verdiladede og avhengige av kontekst. Observasjon, intervjuguide og selve intervjusituasjonen er preget av forskerens forforståelse. Dette er med på å gjøre det vanskelig for en annen forsker å gjennomføre den samme undersøkelsen og få nøyaktig de samme resultatene. Det er viktig å redegjøre for forhold internt i undersøkelsen for å kunne vurdere påliteligheten (Tjora, 2017).

Hvordan kan jeg være sikker på at resultatene mine er pålitelige? Det er flere mulige feilkilder i min undersøkelse. Disse har jeg redegjort for i kapittel 4.3. Jeg har også problematisert utvalget av informanter, både i forhold til antall og i forhold til måten de ble rekruttert til prosjektet på.

Jeg valgte å gjennomføre intervju i tillegg til observasjon. Det er krevende måte å innhente informasjon på. Selv om de fysiske rammene rundt intervjuene og intervjuguiden er den samme, så er det vanskelig, for ikke å si umulig, å gjennomføre to helt like intervju. Jeg var opptatt av at samtalen ikke skulle styres for mye av meg og spørsmålene. Informantene har med seg ulik erfaringsbakgrunn og forståelse for problemstillingen. I intervjusituasjonen la jeg stor vekt på at jeg ville høre deres mening. Jeg la ekstra trykk på ordene *du*, *din* og *ditt* da jeg stilte spørsmål.

Holdningen til å delta, kan ha påvirket svarene i intervjuene. Som jeg tidligere har skrevet, så uttrykte de ansatte skepsis til å delta da de ansatte ble forespurt. Om dette har medvirket til at informantene har svart taktisk på spørsmålene, er et ubesvart spørsmål. Jeg oppfattet imidlertid at de var ærlige og oppriktige i intervjuene.

For å styrke reliabiliteten, er det viktig med åpenhet fordi kvalitative metoder er avhengige av, og følsomme for, konteksten. Jeg har redegjort for hvordan jeg har gjennomført undersøkelsen og innhentet data, min forforståelse og hvordan dette kan ha påvirket både innhenting av datamateriale og tolkningen og analyse av dette.

Gyldighet - validitet

Undersøkelsens validitet avhenger av om forskeren har målt det som han ønsker å måle. Validitet er i hvilken grad et måleinstrument måler det vi faktisk ønsker å måle (Kuvås & Dysvik, 2012). Det hevdes at kvalitative studier ikke er valide fordi de ikke kan måles. Validitet i kvalitative undersøkelser handler om at forskerens fremgangsmåte og funn skal gjenspeile formålet med undersøkelsen og være representativ for virkeligheten (Johannessen et al., 2016). En annen måte å si det på er at det skal være en logisk sammenheng mellom prosjektets utforming og funn og de spørsmålene man ønsker å få svar på (Tjora, 2017).

I tillegg til konteksten, har informantene stor innvirkning på validiteten i undersøkelsen. Informantene mine ble, med unntak av en, valgt ut av seksjonslederne. Jeg har ikke lagt noen føringer til seksjonslederne på hvem de skulle velge og har ikke hatt innflytelse på hvem de har valgt. Dette gjør at jeg ikke har bindinger til informantene. Jeg er ikke omgangsvenn med noen av dem, og jeg er heller ikke «venner» med noen av dem på sosiale medier. Jeg har ikke vært involvert i oppfølging av informantene fra arbeidsgiversiden i sykefraværsoppfølging eller lignende.

Overførbarhet - generaliserbarhet

Videre handler validitet også om forskeren lykkes i å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige på andre områder enn det som studeres; overførbarhet eller generaliserbarhet. Generaliserbarhet handler om forskningen har relevans for andre enheter, andre deler av samfunnet enn de enhetene som ble studert (Tjora, 2017). Kan resultatene og kunnskapen som er ervervet i studien overføres til andre kontekster? Er det mulig å utlede nye teorier eller tilføre eksisterende teorier noe nytt på bakgrunn av resultatene av studien? Studien viser at det ikke er ett enkelt forhold som isolert påvirker effektiv ressursutnyttelse. Det er flere forhold som påvirker hverandre gjensidig, både positivt og negativt og som igjen innvirker på effektiv ressursutnyttelse. Som HR-medarbeider blir det viktig å se på helheten ved vurdering av aktuelle tiltak og være bevisst på konsekvensene tiltakene har, ikke bare på ressursutnyttelsen men også på arbeidsmiljøet.

I studien har jeg vært opptatt av å få fram forhold ved dagens organisering som kan påvirke effektiv ressursutnyttelse. Fordi utvalget av informanter er lite, er jeg forsiktig med å trekke for bastante konklusjoner for andre enheter basert på mine resultater. Overførbarheten er nært knyttet til konteksten, og ved vurdering av om funnene er overførbare, må det tas hensyn til

dette. Jeg er likevel av den oppfatning at studien kan ha overføringsverdi til andre virksomheter med høy grad av spesialisering og behov for koordinering av kompetanse, f. eks. sykehjem.

Etikk

I sin studie må forskeren ta spesielt hensyn til informantenes rett til selvbestemmelse og autonomi, respekt for informantenes privatliv og forskerens ansvar for å unngå skade (Johannessen et al., 2016) og (Tjora, 2017). I denne studien har jeg på forhånd informerte seksjonslederne om studien og formålet med den. Studien er også presentert for tillitsvalgte og verneombud. Informantene fikk på forhånd tilsendt et informasjonsskriv der formålet med studien ble presentert og at informantene når som helst kan trekke tilbake sitt samtykke til å delta i studien. All informasjon blir behandlet konfidensielt. Dersom informanten trekker seg, vil alle opplysninger om og fra informanten, slettes. Ut fra veiledning i forbindelse med personopplysninger i forskningsprosjekt hos Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD)[6], ble det ikke funnet nødvendig å søke om godkjenning.

Informantene navngis ikke, og det angis heller ikke noen kobling mellom svarene og hvilken gruppe de arbeider på. De refereres til som «en av sykepleierne». Det kan likevel framgå av empiri hvilken sengepost de er ansatt på.

Når det gjelder konfidensialitet, så har jeg ikke beskrevet noen pasienter i studien, hverken med kjønn, alder eller diagnose. Som ansatt ved St. Olavs hospital er jeg allerede underlagt taushetsplikt i forhold til både pasienter og ansatte. Som tidligere redegjort for, var sykepleierne informert om min tilstedeværelse, men det var ikke legene. Det skapte litt problemer i forhold til observasjon på en sengepost ettersom legene ikke ønsket at jeg skulle delta på previsitt og visitt. Årsaken til dette kan være at de oppfattet meg som personal-rådgiver og ikke som forsker.

I enhver forskning kan det potensielt være interessekonflikter. Som ansatt ved klinikken er det et bånd mellom forsker og forskningsobjekt. Jeg mener at dette ikke har vært til hinder for at jeg har fått utført observasjon og gjennomført intervju for å innhente informasjon til studien. Jeg har lagt fram funn og konklusjoner uten å holde noe tilbake og opplever ikke at det finnes en interessekonflikt.

[6] http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html

5. EMPIRI

Jeg starter dette kapittelet med sykepleiernes synspunkt på dagens organisering, hva de legger i optimal ressursutnyttelse og det de sier motiverer dem i hverdagen. Videre beskriver jeg observasjoner gjennom å presentere utdrag av daglige gjøremål på sengepostene, ett fra hver sengepost. Deretter kommer en mer detaljert beskrivelse av observasjonene kombinert med svar fra intervjuene. Kategorisering av disse resultatene legger føringer for hvordan de blir presentert i kapittelet. Jeg beskriver kontrastene sykepleierne opplever hver dag, hvilke grupper de forholder seg til og hvordan de opplever disse forholdene. Jeg redegjør for tidsbruk, stabilitet og kontinuitet før jeg oppsummerer resultatene.

5.1 Fordeler og ulemper med dagens organisering

Sykepleierne oppgir at de ser mange fordeler med dagens organisering. De trekker fram at det er lettere å ha oversikt når de har få pasienter å forholde seg til, og at pasienter og pårørende opplever kontinuitet. Sykepleierne trenger ikke å involvere seg i alle pasientene på avdelingen. For sengeposten i 3. etasje anføres det at det er en fordel å dele opp etter diagnoser på grunn av store ulikheter i behandlingen av de ulike pasientgruppene. Med to ledere, en for hvert team, har lederne færre ansatte å forholde seg til, det er lettere å holde oversikt. Ingen av sykepleierne nevner de ansattes forhold til lederen sin i denne sammenhengen. Sykepleierne blir gode på å behandle pasienter i sin diagnosegruppe. Dette sikrer lik pasientbehandling og høy kvalitet på behandlingen.

Ulempen med dagens organisering er en sterk tilhørighet til gruppa. Ikke alle sykepleiere reagerer hvis det ringer en klokke fra en pasient på den andre gruppa. Det savnes også informasjon om pasienter på den andre gruppa i tilfelle det blir nødvendig å hjelpe til med en pasient på denne gruppa. Oppdeling i diagnoseteam fører til mindre fleksibilitet og mindre flyt mellom teamene på grunn av ulikt behandlingsopplegg. Dette gjør at det ikke er enkelt å skifte team.

5.2 Fleksibilitet og optimal ressursutnyttelse

Sykepleierne ble spurt om hva de tenker om fleksibilitet i forbindelse med optimal ressursutnyttelse. De er tydelige på at hvis personale skal flyttes på, så må det være et system for dette og det må gis tilstrekkelig opplæring. Stabil bemanning bidrar til en god ressursutnyttelse, det må være nok folk på jobb for å få tilstrekkelig med tid til å utføre arbeidsoppgavene sine. God kompetanse er viktig og teamene må settes sammen slik at

kompetanse og erfaring fordeles på en god måte. Alle må kunne utføre de samme arbeidsoppgavene, slik at de kan hjelpe hverandre. Overføring av pasientinformasjon gjennom gode rapporter bidrar også til en optimal ressursutnyttelse.

5.3 Motivasjonsfaktorer

Ved gjennomgang av svarene på spørsmål om hva de motiveres av, var det tre kategorier som pekte seg ut; fag, arbeidsmiljø og autonomi. Utdrag av svarene fra intervjuene er presentert i tabell 5.

FAG	ARBEIDSMILJØ	AUTONOMI
Får utnyttet kompetansen sin Faget kreftbehandling Pasientgruppen Å følge pasientene Spennende/krevende jobb Faglige diskusjoner, får del i kollegers kompetanse Liker jobben sin	Kollegene Stabile skift/team Høyt under taket Godt arbeidsmiljø Rom for sterke personligheter Jobbe som et team	Styrer selv ut fra pasientens behov Stor grad av autonomi – styrer dagen selv Lederne stoler på at sykepleierne organiserer dagen sin på beste måte

Tabell 5: Motivasjonsfaktorer

Ingen av informantene har nevnt lønn som en motivasjonsfaktor. De motiveres av et godt arbeidsmiljø og gode kolleger. Leder har tillit til at de organiserer dagen sin på en god måte og utøver forsvarlig sykepleie. Sykepleierne organiserer dagen sin selv, ut fra pasientens behov. Selvbestemmelse og autonomi oppgis som viktige motivasjonsfaktorer.

5.4 Glimt fra arbeidsdagene

Jeg skygget sykepleierne fra dagvakten startet kl. 07.30 og til lunsj. Underveis i skyggingen fikk jeg også med meg noe av gjøremålene til de andre sykepleierne. Nedenfor følger utdrag fra skyggingen/observasjoner på de to sengepostene.

Sengepost 1:

Kl	Gjøremål
07.30	Vaktrapport med fordeling av pasienter, avtaler tid for lunsj og grupperapport. Sykepleier får ansvar for en tung (pleiekrevende) pasient og en lett (mindre

	pleiekrevende) pasient.
08.00	Felles orientering ved seksjonsleder. Planlagte utreiser og innleggelser
08.10	Går til den tyngste pasienten, hjelper pasienten med å reise seg i senga, ber om hjelp av kollega til løfting. Småprater med pasienten underveis
08.20	Sitter på vaktrommet og leser seg opp på sine pasienter i DocuLive (den elektroniske pasientjournalen). Kommenterer og snakker med kolleger om hverandres pasienter. Utveksler informasjon om pasienter og snakker om videre oppfølging av pasienter som nærmer seg utreise. Sjekker medisinering og hvilke prøver som skal tas av pasientene. Legger opp medisiner. Går til den tyngste pasienten med medisiner. Pasienten spør om og får saft. Mens sykepleieren henter saft, hjelper hun en annen pasient med mat på spiserommet
08.45	Legger opp medisin til lett pasient. Går med mat og medisiner til lett pasient sammen med hjelpepleier. Pasienten ligger på dobbeltrom. Hjelpepleier skal hjelpe pasienten med dusjing. Informerer pasienten om videre behandling og kontakt med lege
09.00	Kommenterer at previsitt forsinket
09.05	Er på vaktrommet og begynner utreiseplanlegging av pasient. Småprater med kolleger.
09.40	Den pleiekrevende pasienten har ringt på. Pasienten vil vaske seg. Henter utstyr til vasking, trekker fra gardiner, småprater med pasienten om videre planer og spør om pasientens tanker om det. Ettersom pasienten er sengeliggende, ber hun om hjelp fra kollega til løfting og snuing av pasienten. Pasienten får mat i sonde.
	På vei tilbake til vaktrommet ser hun pårørende til en annen pasient i korridoren. De finner ikke igjen sitt familiemedlem. Pasienten har flyttet rom og de får informasjon om nytt rom.
10.15:	Previsitt på den lette pasienten
10.20	Avtale om videre oppfølging av denne pasienten
	Står i kø for å komme til lege til den tunge pasienten – gir uttrykk for at ventetid er dødtid
10.25:	Previsitt på den tunge pasienten
10.35	Lunsj

Sengepost 2:

Kl.	Gjøremål
07.30	Vaktrapport. Fordeler pasienter. Diskuterer med kolleger hvordan pasientene kan følges opp best mulig i løpet av vakta. Har ansvar for en tung (pleiekrevende) pasient i dag.
08.00	Felles samling. Seksjonsleder orienter om ForBedring2018 og informerer fra personalmøte
	Informerer meg om dagsrytmen
08.25	Blander antibiotika til pasienten. Småprater med kollega på medisinrom. Noterer i kurven
08.35	Går inn på rommet og vekker pasienten. Tar blodprøver og spør hvordan pasienten har det. Pasienten ønsker ikke å snakke og sykepleier jobber videre. Hun informerer pasienten om videre behandling i dag.
	Sender blodprøve til laboratoriet i rørposten
	Dobbeltsjekker medisin – kontrolleres av kollega
08.45	Går inn til pasienten igjen. Får hjelp av kollega til stell. Pasienten er mer våken og får mer informasjon
	Blir kapret av kjøkkenpersonell om bestilling av spesialmat til en annen pasient og informerer aktuell pasient og pårørende om endring
09.00	Inne på pasientrom – pakker ut medisiner og legger opp i beger. Snakker med pasienten og observerer i forhold til smerter
	Litt rolig, tilbyr seg å hjelpe kollega
09.10	Dokumenter medisinering i kurve. Bestiller medisiner i Delta
	Hjelper kollega med å lete etter pumpe til luftmadrass. Finner den ikke. Går til den andre sengeposten og får låne luftmadrass og pumpe der. Hjelper kollega å legge den i senga. Informerer seksjonsleder om manglende og ødelagt pumpe
09.25	Liten pause – tar seg et glass vann. Hjelper en pasient med frokost
09.30	Kalibrering av insulinpumper
09.40	Snakker med previsittsykepleier om behovet for tilsyn til sin pasient. Leser journal og sjekker opplysninger til familiesamtale. Previsittsykepleier informerer om beslutninger som er fattet om hennes pasient
09.55	Sjekker om plass ved Øya helsehus
10.00	Går inn i journal – sjekker og skriver ut prøvelapper. Gjør klart til blodprøvetaking

10.05	Legevisitt
10.15	Tar blodprøver av pasient til kollega. Småprater med pasienten og rydder opp etter seg
10.30	Går inn til sin pasient og spør om pasienten vil ha morgenstell. Pasienten vil vente til samboeren kommer. Gir pasienten drikke og rydder. Snakker med pårørende når hun kommer.
11.00	Lunsj

Arbeidsdagen består av små og store gjøremål. Dagen starter med gruppevis rapport kl. 07.30. Der informerer nattevaktene om hvordan pasientene har hatt det om natta. Den som har hatt A-vakt (ettermiddag) dagen før, informerer også om hva som har skjedd på denne vakta. Dette går på medisinering, hvordan pasientene har respondert på medisinering, om det er avtalt nye prøver, resultatet fra prøver osv. Sykepleierne fordeler pasientene mellom seg og avtaler tid for når de skal gå til lunsj og tidspunkt for grupperapport. Kl. 08.00 samles begge gruppene til felles orientering. Seksjonslederne gir generell informasjon; om utreiser, planlagte innleggelser, kurs, nye prosedyrer, medikamenter som fases ut, informasjon fra personalmøter o.l.

Etter den felles samlingen, ca. kl. 08.15, går sykepleierne ut i klinikken. Det første de gjør er å legge opp medisiner til sine pasienter. Medisinene hentes ut på medisinrommet. Der er det gjerne flere sykepleiere samtidig. Annet utstyr er lagret i skap i nærheten av vaktrom og arbeidsstasjoner og hentes derfra. I og med at det er flere sykepleiere som arbeider på et lite område samtidig, er det en del småprat, både om faglige ting og mer private ting. Det kan være hva de har gjort i helga, om de skal være med på lønningstreff, planer for neste helg osv. Sykepleierne kvitterer for medisinen i pasientpermen og dette blir dobbeltsjekket av en kollega.

Deretter går de inn til pasientene og hilser på dem, spør hvordan natta har vært, og småprater mens de gir medisiner og bistår med personlig stell hvis pasienten ønsker det. De henter frokost hvis pasienten ikke er i stand til å gå og spise frokost i dagligstua selv. Til tunge løft og stell ber de alltid om bistand fra kollega. Pasientene informeres også om eventuelle prøver og undersøkelser som skal gjennomføres i løpet av dagen. Sykepleierne tar primært stell på sine pasienter, men hvis en kollega er opptatt med et tungt stell eller har lunsj, så svarer de på klokkene fra andre pasienter også. Det er praksis at de som ikke er til lunsj, tar seg av

pasientene til de som har lunsj hvis de ringer på klokken. I andre tilfeller kan dette avtales. Ett eksempel på det, var en sykepleier som ble opptatt med et langvarig stell på en av sine pasienter og som ba en av mine informanter om bistand til oppfølging av den andre pasienten sin. Min informant sa hun skulle bistå.

I tillegg til den muntlige rapporten, så oppdaterer sykepleierne seg også via kurven og den elektroniske pasientjournalen. Hvis de har tid, gjør de dette før fellessamlingen, hvis ikke gjøres det når det er ledig tid utover dagen. Kurven sjekkes alltid i forbindelse med medikamentutdeling. Når sykepleierne legger opp medikamenter, skal dette alltid kontrolleres av en kollega. Ansatte i deltidsstillinger har et større behov for å oppdatere seg – de har ikke den samme kontinuiteten i pasientbehandlingen som ansatte i heltidsstillinger. Jo lavere stillingsandel, desto større er behovet for å oppdatere seg siden forrige vakt. Dette gjelder både kjente og nye pasienter. Hvis flere sitter på vaktrommet, småprater de om pasientene, utveksler informasjon, snakker om videre oppfølging, prosedyrer for håndtering av prøver, leser seg opp på relevante prosedyrer og diskuterer disse. De kan også ta opp tema som går på arbeidsmiljø, fortelle fra kurs de har vært på eller hva de har gjort i helga.

Previsitten kommer ca. kl. 09.00. På Seksjon lindrende behandling, er det den som har hatt A-vakten dagen før, som er med på previsitten. Hun må være oppdatert på alle pasientene og snakker med sykepleierne om det er noe de vil hun skal ta opp med legene på previsitten. Etter previsitten gir hun beskjed om beslutninger om videre oppfølging av pasientene til sykepleierne som har ansvaret for dem. Det kan dreie seg om nye prøver som skal tas, endring i medisinering, utskriving m.m. På den generelle sengeposten, deltar sykepleierne på previsitt for den/de pasienten(e) de har ansvar for. Dette betyr at dersom en sykepleier har ansvar for to pasienter med ulike kreftdiagnoser, så må hun delta på to previsitter. Dette kan føre til at det oppstår «kø» for å delta på previsitten. Previsitten kan ta lang tid, og det kan bli venting før legene går visitt til pasientene. Sykepleierne på begge sengepostene deltar på visitt til sine pasienter. I utgangspunktet skal visitten starte ca. kl. 10.00, men fordi legene også svarer på henvendelser fra primærleger, andre klinikken eller de blir heftet av andre årsaker, så kan både previsitt og visitt bli forsinket.

På Seksjon lindrende behandling har pasientene et større behov for oppfølging og bistand til bl.a. stell og matservering. De ber i større grad om hjelp fra sykepleierne. De fleste er svekket og mange er sengeliggende store deler av dagen. Både sykepleiere og leger er opptatt av at

pasientene skal opprettholde et høyest mulig funksjonsnivå. Det oppmuntres til at de i størst mulig grad steller seg selv og går i dagligstua og spiser mat. På den generelle sengeposten er pasientene mer oppegående. De er for en stor del i stand til å stå opp og stelle og kle på seg selv. De fleste kan gå til dagligstua for å spise frokost selv. Pasienter som er ulike årsaker er isolert og ikke kan/får forlate rommene sine, må få all mat brakt inn på rommet.

Når sykepleierne ikke er inne på pasientrommene eller har previsitt/visitt, har de andre gjøremål som skal utføres. De dokumenterer i pasientjournalen, prøver som er tatt skal sendes til laboratoriet for testing og de sjekker om det har kommet svar på innsendte prøver. De må planlegge utreiser og avtaler oppfølging av pasienter i kommunene der det er nødvendig. De skal ta imot nye pasienter som kommer. Prosedyrer skal følges og avvik skal meldes.

Notatene fra observasjonen viser at etter at fellessamlingen er over, går sykepleierne ut i klinikken til sine pasienter. Det er i utgangspunktet faste tidspunkt for previsitt og visitt, men legene er ofte forsinket. Mens de venter på previsitten, gjør sykepleierne det de kan gjøre for pasientene; stell, matservering, medikamentutdeling, prøvetaking. Endring i medisinering, nye prøver, oppstart av kurer kan ikke gjøres før legene har gitt beskjed om det. Sen previsitt/ visitt kan medføre at enkelte oppgaver må forskyves til ettermiddagsskiftet. Dette er lite ønskelig fordi det er færre ansatte på jobb på ettermiddag/kveld.

5. 5 Kontrastene i hverdagen

Gjennom observasjon og intervju trådte små og store kontraster i hverdagen fram. Jeg har valgt å ta med dette fordi noen av kontrastene har oppstått som en følge av dagens organisering, som f.eks. ulik fartstid og kompetanse i teamene. Kontrastene er med på å synliggjøre noe av det sykepleierne står i på arbeid på en litt annen måte enn observasjon og intervju. De forteller også noe om hvordan tidligere omstillinger har påvirket arbeidsdagen med tanke på ressursutnyttelse.

Liv vs. død. Dette er den største kontrasten. En kreftdiagnose er en alvorlig diagnose, men kreftbehandlingen gjør stadig fremskritt og det er flere kreftoverlevere. Det er likevel ikke til å stikke under en stol at mange dør av kreft. Sykepleierne må håndtere begge ytterpunktene – noen pasienter får kurativ behandling, andre får palliativ behandling. En sykepleier kan ha pasienter i begge gruppene samtidig og må omstille seg fra å gå fra en døende pasient til en pasient som får kurativ behandling og som kan bli kreftfri.

Frykt vs. forsoning. Mange forbinder kreftdiagnosen med død og frykter hva som kommer til å skje. Man hører mange historier om alvorlige og smertefulle bivirkninger av cellegift og stråling. Sykepleierne, i samarbeid med legene, må håndtere denne frykten og forsone pasienten og de pårørende med diagnosen og framtidsutsiktene.

Omsorg og pleie vs. teknisk utstyr. Mange sykepleiere, kanskje spesielt de eldste, synes det blir for mye fokus på de tekniske hjelpemidlene og mindre på omsorg og pleie. De aller fleste pasientene er tilkoblet ulike typer utstyr; smertepumper, dren, kateter, stativ med intravenøst osv. Jeg observerte at selv om det er mye utstyr som skal håndteres, så småprater sykepleierne med pasientene mens de sjekker dette utstyret. Det er mye omsorg i småprat. De utfører stell i seng; kroppsvask, skifte av sengetøy osv.

Travelt i korridor vs. ro i rommet. De fleste som har vært på en sengepost kan ikke unngå å se hvor travelt det er i korridorene. Sykepleiere haster frem og tilbake mellom rommene, henter medisiner og mat o.l. Kontrasten er stor når de kommer inn på rommene. Med en gang døren lukkes, er de rolige og bærer ikke preg av å ha det travelt. Det synes som om de er helt og fullt til stede for pasienten.

Del av et team vs. å jobbe alene. Selv om sykepleierne er oppdelt i team, jobber de stort sett alene hele dagen. Teamene samles til rapport ved vaktens oppstart, deretter jobber de alene med sine pasienter. De samles på nytt til en grupperapport mot slutten av dagen, der de oppdaterer hverandre på hvordan situasjonen er med pasientene, om noen trenger hjelp til å bli ferdige med stell eller annet før kveldsskiftet kommer. Med unntak av når de ber om hjelp eller hjelper kolleger, jobber de for seg selv med sine pasienter. Gruppetilhørigheten er likevel sterk.

Lang fartstid vs. kort fartstid. I forbindelse med omorganisering og nedbemanning rundt 2010, ble mange av de med kortest ansiennitet oppsagt. Dette medførte at de mest erfarne ble igjen. Disse er i ferd med å nå pensjonsalderen og nye, unge sykepleiere rekrutteres. To av informantene er relativt nyansatte, spesielt den ene ga uttrykk for at det er godt å ha de mer erfarne å støtte seg til, å spørre om råd. Hun hadde gjerne sett at sengeposten gikk tilbake til muntlig rapport i vaktskiftet dag/aften for å tette kompetansegapet som vil oppstå når de erfarne slutter. Noen av de med lang fartstid er karakterisert som «soloarbeidere» og lite tilgjengelig for resten av gruppa.

Lang liggetid vs. kort liggetid. For noen år siden foregikk det meste av behandlingen på Kreftklinikken på sengepostene. Dette har endret seg, og mye av behandlingen foregår nå poliklinisk. Færre senger og flere pasienter betyr at liggetiden går ned. Gjennomsnittlig liggetid på Kreftklinikken i 2017 var 6,2 døgn.

5.6 Ulike relasjoner

Jeg observerte ulike relasjoner da jeg var til stede på sengepostene. Gjennom arbeidsdagen må sykepleierne forholde seg til flere grupper. De må forholde seg til pasienter, til pårørende, til kolleger, til legene, til lederne og til eksterne samarbeidspartnere som for eksempel kommunehelsetjenesten. Relasjonene er av varierende lengde og styrke.

Forholdet til leder

Alle sykepleierne oppgir å ha et godt forhold til sin leder. De sier at lederne har tillit til dem og stoler på at de gjør jobben sin. Lederne blander seg ikke inn i pasientfordelingen som gjøres på rapporten. Alle informantene sier at det er viktig at lederne er tilgjengelige for de ansatte. Lederen må evne å se hele mennesket, ikke bare sykepleieren. De forventer at lederen skal se dem og ønsker at de skal være litt flinkere til å gi tilbakemeldinger på jobben de gjør. De er også opptatt av at lederne skal se når de har det travelt og at de leier inn tilstrekkelig med folk og kompetanse når det er nødvendig, enten det er ved sykefravær eller krevende pasienter. Det er også en forventning om at lederen skal være sengepostens og de ansattes talerør oppover i systemet. Forholdet til leder vil ikke endre seg hvis de blir bedt om å gå på en annen gruppe/sengepost, men det vil påvirke motivasjonen negativt.

De tror at leder har forventninger om at de skal utøve forsvarlig sykepleie på et nivå som klinikken kan være bekjent av. Videre at de ansatte skal være gode ambassadører for avdelingen, både for pasienter, pårørende og andre. De ansatte skal være fleksible, aktive, selvstendige og ta et tak der det er nødvendig. Misnøye skal rettes til leder. Lederne forventer også at de organiserer dagen på en best mulig måte og gjør en god jobb. Det er også forventing om at de skal utvikle seg faglig og vise vilje til å lære.

Forholdet mellom kollegene

Forholdet til kollegene har flere dimensjoner ved seg. For det første er det forholdet til kollegene på samme gruppe, deretter er det forholdet til resten av kollegene på sengeposten. Det kan være lite eller ingen kontakt med kolleger på de andre seksjonene gjennom dagen. På begge sengepostene er det rapport i teamene før teamene samles til en felles orientering. Alle informantene fremhever gode kolleger som en motivasjonsfaktor og gir uttrykk for at et godt forhold til kollegene er avgjørende for å få til en god arbeidshverdag. Det som ellers kjennetegner forholdet til kollegene, er at erfaring og kompetanse verdsettes høyt. Når pasientene fordeles, tas det hensyn til dette, slik at nyansatte/vikarer får det som betegnes som

de «lette» pasientene og de mer erfarne tar de mer krevende pasientene. De sier det er et godt samarbeid innad i gruppen og mellom gruppene. De hjelper hverandre og fordeler oppgaver seg imellom når behovet oppstår. Et eksempel på dette, er at en kollega blir bedt om å gå inn til en pasient hvis primærsykepleieren til denne pasienten går visitt med legen. Av og til bytter de pasienter, hvis det av ulike årsaker er behov for det.

Noen er venner og omgås hverandre i fritiden. Dette påvirker hvordan de fungerer sammen på jobb. Ut fra småprat på vaktrommet og i korridoren, er det også tydelig at noen kolleger går bedre overens med hverandre, uten at dette har konsekvenser for samarbeidet med de andre. Begge sengepostene har sosiale arrangement som de ansatte har tatt initiativet til og som alle ansatte kan være med på; lønningstreff, tunfest og strikkeklubb ble nevnt som eksempel. Sykepleierne gir også uttrykk for at det er til dels sterk gruppetilhørighet. De snakker om «vi» og «dem» når de snakker om det andre teamet.

«Det er en brannmur mellom teamene»

En sykepleier sa det så sterkt som at det «er en brannmur mellom teamene». Hun begrunnet dette utsagnet med at det er liten forståelse for forskjellene i behandling i de ulike diagnosegruppene. Også en annen av informantene sa at det var vanskelig å få til flyt mellom teamene på grunn av ulike krav til kompetanse og ulikt behandlingsopplegg. De sier også at det er godt å arbeide i faste team. Det gir samhold, de kjenner hverandres styrker og svakheter godt, og arbeidet flyter godt. De mener at dette bidrar til god utnyttelse av ressursene. Det er også med på å bidra til trivsel og godt arbeidsmiljø – noe som ble oppgitt som en viktig motivasjonsfaktor.

«Et godt arbeidsmiljø og gode kolleger»

Samtidig peker et par av informantene på at noen av de mer erfarne sykepleierne, med lang fartstid i klinikken, har en tendens til å snakke om «min pasient» og bare tar klokken når denne pasienten ringer. Noen sykepleiere ønsker også å ha pasienter med en bestemt diagnose. Dette påvirker ikke teamet, men de andre medlemmene på teamet kan av og til uttrykke frustrasjon mot sine erfarne kolleger. En annen informant snakker om «soloarbeideren» - den erfarne sykepleieren som ikke trenger hjelp og som er lite tilgjengelig for resten av teamet. «Soloarbeideren» tilbyr seg ikke å hjelpe, men bistår hvis hun blir spurt.

Begge informantene sier at dette ikke har konsekvenser for gruppa – de kjenner hverandre godt og aksepterer at de er forskjellige. Det er verre for et nytt medlem i teamet å vite hvordan hun skal forholde seg til «soloarbeideren».

Disse to utsagnene vil ha betydning for hva HR, sammen med lederne, må ta hensyn til ved planlegging og implementering av tiltak for å effektivisere ressursutnyttelsen.

Forholdet mellom sykepleier og pasient

Basert på observasjon og intervju, er det tydelig at det er pasienten og pasientens behov som kommer først. Pasientene tildeles etter primærsykepleieprinsippet. Dette innebærer at sykepleieren har ansvar for en eller flere pasienter som hun planlegger og utfører sykepleie til mens pasienten er innlagt på sengeposten. Primærsykepleie skal sikre kontinuitet for pasient og pårørende. Sykepleierne gir uttrykk for at de blir godt kjent med pasienten og hans pårørende. Dette bidrar til å skape tillit og trygghet i forhold til den videre behandling og oppfølging av pasienten.

Når sykepleierne går inn til pasienten, hilser de med pasientens fornavn. Ved å gjøre dette, ser de personen og ikke pasienten eller diagnosen. På vaktrommet omtales pasienten som pasienten på rom 123 eller med etternavn. Jeg oppfatter at dette er litt avhengig av hvor godt kjent pasienten er på sengeposten fra før av. Gjennom småprat som å spørre om hvordan natten har vært, om de har lyst på mat eller om de vil stelles, så får de informasjon om hvordan pasienten har det og pasientens ønsker og behov. Pasientene behandles med verdighet og respekt. Det er et mål å ivareta og opprettholde funksjonsnivået til pasienten, og pasientene blir spurt om hva de trenger hjelp til av stell. De oppfordrer pasienten til å gjøre mest mulig selv, men hjelper til når det er nødvendig. Samtidig som de gir medisiner, tar ulike prøver eller foretar stell, småprater de med pasienten og forteller hva de gjør og hvorfor. Sykepleierne oppgir at det er pasientens behov som i stor grad styrer dagen. De må alltid være forberedt på at det skjer endringer som gjør at de må omstille seg uten at det oppleves som belastende for pasientene.

Forholdet til legene

Som jeg skrev innledningsvis om organiseringen på Kreftklinikken, så er legene inndelt i diagnoseteam. Overlegene på fast basis, mens legene i spesialisering (LIS) roterer med 6 måneder på hver diagnosegruppe. Dette gjør at leger og sykepleiere på de ulike teamene blir godt kjent med hverandre. Legene vet at sykepleierne er kjent med diagnosene og har god

kjennskap til pasientbehandlingen for den enkelte diagnose. I utgangspunktet skal legene komme på previsitt kl. 09.00 og visitten skal gås kl. 10.00. Ganske ofte er legene forsinket, men sykepleierne uttrykker forståelse for dette. Previsitten er ulikt organisert på de to sengepostene. På den ene sengeposten er det grupperapport; dvs at det er bare en sykepleier som deltar på previsitten. Før previsitten må hun oppdatere seg på alle pasientene på gruppen, ikke bare de hun har ansvar for. Hun må informere legene om alle pasientene på gruppen og videreformidle informasjon fra legene til sykepleierne etter visitten. På den andre sengeposten er det primærsykepleierne som deltar på previsitt. Dette skjer etter diagnoser, så hvis sykepleieren har to pasienter med ulike diagnoser, må hun være med på to previsitter. Sykepleierne er med på visitten til pasientene. Det er legen som fører ordet, men sykepleierne bidrar med utfyllende informasjon. Sykepleierne oppgir at det er et godt samarbeid med legene – de blir hørt på.

Forholdet til de pårørende

Når pasienter blir liggende lenge eller reinnlegges, tilbringer de pårørende også mye tid på sengeposten. Det er naturlig at både leger og sykepleiere etablerer et godt forhold til dem. Noen pasienter kan ha flere familierelasjoner, nåværende og tidligere ektefeller, barn, bonusbarn osv. Noen ganger er familiemedlemmene på talefot – andre ganger ikke. Sykepleierne må forholde seg til alle. For sykepleierne er pårørende er ressurs, som de må etablere et godt samarbeide med til pasientens beste. Ved den ene sengeposten, Seksjon lindrende behandling, er familiene inkludert i behandlingsforløpet gjennom planlagte familiesamtaler.

Oppsummering

Både observasjoner og intervju gir inntrykk av at forholdet til kollegene er viktig. Det er kollegene de småprater med, ikke bare om jobbrelaterte ting, men også om private og personlige forhold. De har en helt annen kontakt med kollegene enn med leder. Selv om leder er til stede på sengeposten og er tilgjengelig, så oppfatter jeg ikke at forholdet til leder er like nært som til kollegene. Dette er naturlig med tanke på at det er ubalanse i maktforholdet mellom leder og ansatte. Legene og pasientene spiller er mer perifer rolle, selv om de har innflytelse på hvordan sykepleierne organiserer dagen sin. I drøftingskapittelet vil jeg se nærmere på om og eventuelt hvordan forholdet til kolleger og leder påvirker effektiv ressursutnyttelse.

5.7 Tidsbruk, plunder og heft

Arbeidsdagen på en sengepost styres av en fast rytme. De faste postene er med på å strukturere dagen. En av sykepleierne ga uttrykk for at det var godt å ha god tid på morgenrapporten, men ulempen med dette er at det blir mindre tid til pasientene. Etter morgenrapporten planlegger sykepleieren dagen ut fra den informasjon hun har fått om sine pasienter av nattvakta og kveldsvakta dagen før. I vaktskiftet dag/aften er det innført stille rapport. Dette tar mindre tid enn muntlig rapport ettersom sykepleierne i utgangspunktet bare leser seg opp på sine pasienter. Hvis previsitten er forsinket eller sykepleieren må vente på tur på å komme inn til legen, utnyttes tiden til stell av pasient, dokumentasjon, forberede utreise eller andre pasientrelaterte oppgaver. En forsinket previsitt kan medføre at oppstart av kur blir forsinket og at sykepleieren må justere planen for dagen.

Primærsykepleie sparer tid fordi sykepleieren får ansvar for pasienten under hele behandlingsforløpet, med unntak av eventuell poliklinisk behandling og overflytting til annen sengepost. Hun trenger mindre tid til på å oppdatere seg på hva som har skjedd med pasienten fra forrige vakt hun hadde. Dette bidrar til en bedre utnyttelse og bedre flyt i arbeidsdagen.

Sengepostene ved Kreftklinikken er ikke oppdelt i sengetun som resten av St. Olavs hospital. Det er lange korridorer der vaktrom og personalrom er plassert i midten. Sykepleierne kan ha pasienter i begge ender av korridoren. Lange korridorer betyr mye gåing.

«Gangtid er dødtid»

Jeg la merke til hurtigheten til sykepleierne i korridoren. Da jeg kommenterte dette, sa den ene «Gangtid er dødtid». I korridoren tenker hun over hva hun skal gjøre når hun kommer inn til pasienten. Hun prioriterer å bruke mer tid inne på rommet til pasienten.

Vikarer og nyansatte bruker naturlig nok tid på å gjøre seg kjent på sengeposten. Dette gjelder både hvor de finner ting, og ulike behandlingsmetoder. Vikarer fra Bemanningssenteret får to opplæringsvakter før de tar sin første selvstendige vakt. Dette er for lite til å bli kjent på avdelingen. Informantene sier at nyansatte er litt selvgående etter ca. 1 måned.

Alle informantene sier at jobben flyter best når de jobber sammen med de faste medlemmene på teamet. Høy kompetanse gir bedre effektivitet. Dette mener de er god ressursutnyttelse.

Hvis de skal arbeide på et annet team eller sengepost, er de mindre kjent og bruker mer tid på å sette seg inn i rutiner og prosedyrer. En av informantene gir uttrykk for at det av og til kan være godt å ta en vakt på en annen gruppe/sengepost. Hun opplever at hun ikke møtes med forventing om å bidra like mye som et fast medlem av gruppa.

Ødelagt utstyr og leting etter utstyr er eksempler på ting som fører til plunder og heft i hverdagen. En pasient hadde behov for en luftmadrass. På sengeposten hadde de en luftmadrass og to pumper. Den viste seg at den ene pumpa var ødelagt og den andre var forsvunnet. Det ble lett etter den forsvunne pumpa, men den ble ikke funnet. Løsningen ble å låne luftmadrass og pumpe fra den andre sengeposten. Her gikk det med mye tid til leting før det til slutt ble bestemt å låne fra den andre sengeposten. Det gikk også med litt tid til henting av madrassen. Dette er et eksempel på tidstyver som stjeler tid fra andre oppgaver.
En annen tidstyv er dobbeltrommene på den ene sengeposten. Seksjonslederne må stadig vurdere hvem som kan dele rom, her må det tas hensyn til kjønn, infeksjonsfare, isolering av pasienter, pleietyngde osv. Her skjer det stadig endringer, av og til flere ganger om dagen. Når pasienter flyttes inn og ut av rom, må sykepleierne flytte senger, nattbord, ta med tøy og andre personlige eiendeler. Flyttingen har også konsekvenser for pårørende. Ikke sjelden går de inn på rommet hvor pasienten lå dagen før og finner han ikke. Pårørende blir naturlig nok urolige og lurer på hva som har skjedd. Jeg overhørte at pårørende spurte sykepleiere i korridoren om hvor det var blitt av pasienten.

5.8 Stabilitet og kontinuitet

Alle informantene oppgir at arbeidsdagen flyter godt når de jobber sammen med de samme kollegene i teamet. De kjenner behandlingsregimene og de kjenner pasientene. De oppgir at ting går av seg selv og dette skaper trygghet i en krevende arbeidsdag. Stabile team gjør at de ikke irriterer seg eller hausser opp situasjoner hvis en kollega har en dårlig dag.

«Jobben flyter godt med de faste»

De kjenner hverandres begrenseringer og tar hensyn til hverandre. Alle mener at dette er med til å bidra til en effektiv ressursutnyttelse. Store stillingsandeler blir også nevnt som en viktig faktor. Jo flere i 100 % stilling, jo bedre kontinuitet og bedre flyt. Hvis de skal rullere mellom teamene/seksjonene, mister de oversikten og må bruke mer tid på å oppdatere seg og skaffe seg informasjon om pasientene.

Sykepleierne pekte på forskjellene i behandlingsopplegg som en stor utfordring ved rullering. Det er stor forskjell på behandlingen av de ulike krefttypene. Det gis flere kurer til pasienter med lymfekreft enn til pasienter med mage-, tarm og lungekreft. For å kunne gi disse kurene, må sykepleierne har en spesiell kompetanse. Gastropasientene har gjerne mer pumper og dren og et mer diffust symptombilde. På den andre sengeposten gis det ikke kurer, den ble av en av informantene betegnet som en «*lett intensivpost*». Det som alle kan bidra med, uavhengig av gruppe og sengepost, er grunnleggende sykepleie for kreftpasienter. Hvis de skal rullere mer, er de avhengig av opplæring. En av informantene var også bekymret for at hun kunne overse symptomer på forverring av tilstanden til en pasient fordi symptomene tolkes forskjellig på de to sengepostene. På seksjon lindrende behandling kan det som er en forventet sykdomsutvikling, være en alvorlig forverring som må behandles med en gang på den generelle sengeposten.

Gjennom lang fartstid ved klinikken, har sykepleierne opparbeidet seg spisskompetanse på den pasientgruppen de arbeider med. Denne kompetansen kommer pasienten til gode, gjennom god pasientbehandling og høy kvalitet på behandlingen.

«Du setter ikke en onkolog på ortopedi»

De har like spisset kompetanse på sitt fagfelt som legene, som er oppdelt i diagnosegrupper. Denne spisskompetansen bidrar til effektivisering av ressursene fordi sykepleierne gjør det de er gode på.

5.9 Oppsummering

I dette kapittelet er det redegjort for empirien i studien. Både skygging og intervju gir inntrykk av at dagsrytmen og de daglige gjøremålene er lik på de to sengepostene. Previsitten er organisert forskjellig. Den tar betydelig mindre tid på Seksjon lindrende behandling der bare en sykepleier er involvert. På den generelle sengeposten kan sykepleierne ha previsitt med en eller to leger hver, avhengig av hvor mange pasienter de har ansvar for og hvilken diagnose pasientene har.

Gode kolleger og et godt arbeidsmiljø betyr mye for sykepleiernes motivasjon. De gir uttrykk for at de finner arbeidsoppgavene motiverende og de trives på jobb til tross for en hektisk hverdag. Den faglige bevisstheten er høy og de får utnyttet kompetansen sin. De er opptatt av pasienten og pasientens beste. De oppgir at de er fleksible, både i forhold til arbeidsoppgaver,

bistå hverandre, takle endringer ved uforutsette situasjoner og til å hjelpe på tvers av gruppene. Likevel sier de at hvis de må jobbe mer på tvers, så vil det være demotiverende.

Til tross for at sykepleierne arbeider mye alene i løpet av dagen, så er gruppetilhørigheten sterk. De snakker om «vi» og «dem», ikke bare om den andre sengeposten, men også om den andre gruppa. Om relasjonene har konsekvenser for hvordan ressursene utnyttes, drøftes nærmere i kapittel 6.

Grunnleggende behandlingen og krav til kompetanse er lik i begge teamene ved sengeposten i 3. etasje, likevel sier sykepleierne at det er store forskjeller i pasientbehandlingen. På Seksjon lindrende behandling ikke oppgis å være noen forskjell. En av informantene problematiserer en skjev fordeling av stillingsstørrelse og kompetanse i teamene. Hun mener dette har innvirkning på hvor effektive teamene er, og mulighetene for å lære av mer erfarne sykepleiere. Det kan synes som om dagens organisering legger begrensinger for kompetansedeling og erfaringsoverføring.

Inndelingen i faste team legger begrensninger i flyten av ressurser mellom team og seksjoner. Stabile team sikrer imidlertid en god flyt i arbeidsdagen samt kontinuitet og høy kompetanse i pasientbehandlingen.

6. ANALYSE OG DRØFTING

I oppsummeringen av teorikapittelet har jeg formulert tre forskningsspørsmål for å undersøke problemstillingen for denne studien. I dette kapittelet vil jeg drøfte empiri i lys av teoriene, og jeg velger å drøfte forskningsspørsmålene i hvert sitt underkapittel. Først ser jeg nærmere på relasjoners betydning for effektiv ressursutnyttelse. Deretter seg jeg på motivasjonens betydning for effektiv ressursutnyttelse, mens betydning av læring for effektiv ressursutnyttelse presenteres sist. Hvert delkapittel avsluttes med en konklusjon.

6.1 Relasjoner og effektiv ressursutnyttelse

I dette kapittelet analyseres og drøftes funnene som er knyttet til relasjoner og deres betydning for effektiv ressursutnyttelse. Er det relasjoner som har større betydning og innflytelse enn andre, og i så fall på hvilken måte? Jeg observerte mellommenneskelige forhold mellom kolleger, ledere, leger og pasienter da jeg var på sengepostene. Forholdene, eller relasjonene, er av varierende lengde og styrke.

Relasjon til leder

Det teoretiske utgangspunktet for å belyse relasjoner, er den psykologiske kontrakten. Jeg tenker da primært på den psykologiske kontrakten med arbeidsgiver, i denne studien representert ved leder, og sekundært på den psykologiske kontrakten mellom medlemmene i teamet eller gruppen. Mikkelsen og Laudals (2016) definisjon på den psykologiske kontrakten er individets oppfatninger av de gjensidige forpliktelsene mellom en person og en annen part, for eksempel en arbeidsgiver. Rousseau (1995) snakker om en parts forventninger til en annen part og som er omgjort til løfter som begge parter har et ansvar for å overholde.

Noe av grunnlaget for den psykologiske kontrakten dannes ut fra den informasjon som arbeidsgiver deler blant annet i stillingsannonser. Når Kreftklinikken lyser ut ledige sykepleierstillinger, legges det vekt på informasjon om klinikkens virksomhet på et overordnet nivå, og hvilken type behandling som gis på klinikken. Klinikken har de siste 2-3 årene tatt inn en setning om at den som blir ansatt må påregne og arbeide ved andre enheter ved klinikken hvis behov. Formelle kvalifikasjoner og personlig egnethet er sentrale kvalifikasjoner som vektlegges ved tilsetting. Fleksibilitet i forhold til arbeidsoppgaver og arbeidssted har ikke vært vektlagt like mye. Stillingene lyses som regel ut bare på sykehusets

hjemmeside[7]. Dette betyr at søkerne aktivt søker opp ledige stillinger ved sykehuset og klinikken.

Sykepleierne sier at lederne forventer at de skal være selvstendige og opplever at de har tillit fra leder til å planlegge arbeidsdagen sin selv, dette inkluderer også pasientfordeling på vaktrapporten. Alle oppgir at forholdet til leder er godt og de skiller mellom lederen som person og lederen som leder. Hvis de blir bedt om å bistå på en annen gruppe eller sengepost, så tar de ikke det personlig. Det er ingen ting som tyder på at dette blir oppfattet som et brudd på den psykologiske kontrakten. En av informantene sier at forholdet til leder kan bli noe anstrengt hvis hun ble bedt om å gå til en annen sengepost. Sykepleierne sier at lederens forventninger til dem, er at de skal bruke kompetansen sin til å utøve god sykepleie av en standard som klinikken kan være bekjent av. De har ingen forventinger om ytre belønninger, men ønsker at lederen skal se hele mennesket, ikke bare sykepleieren. Det er interessant at ingen av informantene nevner forholdet til leder når de snakker om fordeler og ulemper ved dagens organisering. Funnene tyder på at de forholder seg til lederen på en profesjonell måte, er det ikke noe som tyder på at det er en relasjonell psykologisk kontrakt til arbeidsgiver.

Relasjoner i teamene

De fleste funnene i forbindelse med relasjoner, er knyttet til forholdet mellom kollegene. Sverdrup (2014) lanserer teorien om det horisontale perspektivet på den psykologiske kontrakten. Den ser nærmere på hvordan medlemmene i et team utvikler relasjoner og forventninger til hverandre om støtte, samarbeid, oppgavefordeling og utførelse av arbeidsoppgavene.

På den generelle sengeposten er sykepleierne ansatt i team med hver sin leder. Sykepleierne har beskrevet at det er ulike behandlingsregimer i de to teamene, blant annet med mer kjemoterapi på det ene teamet, noe som krever spesialkompetanse. I det daglige er det ikke andre synlige skiller enn at de har separate vaktrapporter. For pasienter og besøkende på sengeposten er det umulig å vite at de ansatte tilhører to forskjellige team.

I utgangspunktet eksisterer det oppgavebaserte kontrakter; forventninger og forpliktelser som er knyttet til selve utførelsen av oppgaven (Sverdrup, 2014). Den felles oppgaven som skal løses her, er å utøve sykepleie for pasienter med en kreftdiagnose. Fordi det har vært stabil

[7] https://stolav.no/om-oss/jobbsok

bemanning i teamene over tid, så har det utviklet seg til å bli mer relasjonsbaserte kontrakter med forventninger om gjensidig støtte, sosial støtte og sosial omgang (Sverdrup, 2014). På grunn av få informanter er det vanskelig å trekke en entydig konklusjon, men det synes som om det er sterkere relasjonelle kontrakter på det ene teamet, der det har vært en stabil sammensetning over tid og medlemmene kjenner hverandre godt.

På Seksjon lindrede behandling er sykepleierne inndelt i to grupper som oppleves som faste. Det er ingen forskjell i hvilke oppgaver sykepleierne skal utføre, og leder stille samme krav til oppgaveutførelse til alle. Informantene trekker frem flere fordeler med å være oppdelt i to grupper; de har få pasienter å forholde seg til, det er lettere å reflektere med fire kolleger enn med åtte kolleger og pasientene opplever kontinuitet. Fordi gruppeinndelingen ikke er relatert til diagnoser, er det i utgangspunktet enklere å endre gruppesammensetningen. Dette kan gjøres når nye arbeidsplaner (turnuser) skal utarbeides.

Forholdet til kollegene i gruppen den tilhører er sterkt. Informantene sier at de faste teamene gir samhold og god flyt i arbeidsprosessene. De kjenner hverandre godt, og anerkjenner hverandres kompetanse, styrker og begrensninger. Ved fordeling av pasienter tar de hensyn til kompetanse og erfaring. To av informantene oppgir at de har nære venner blant kollegene på samme team. Det virker ikke som om «soloarbeideren» eller sykepleieren som bare vil jobbe med en bestemt diagnose, fører til brudd på verken den oppgavebaserte eller relasjonsbaserte kontrakten. Teamene har flere elementer som sammenfaller med Sverdrups teori og definisjon på relasjonsbasert, integrerte kontrakter.

Relasjoner til legene

Fordi sykepleierne i stor grad er organisert etter diagnoser etter modell fra legene, så utvikler leger og sykepleiere et tett og nært samarbeid. Legene vet at sykepleierne er godt kjent med diagnosene og pasientbehandling. I tillegg til svar på forskjellige prøver, er legene avhengige sykepleiernes observasjoner i et pasientforløp. Sykepleierne oppgir at de blir lyttet til av legene. Det er ingen ting som tyder på at det er personlige relasjoner til legene som har betydning for effektiv ressursutnyttelse. Derimot kan legenes arbeidsdag påvirke arbeidsdagen til sykepleierne i stor grad, noe som igjen kan påvirke ressursutnyttelsen.

Relasjoner til pasienter og pårørende

Primærsykepleie medfører at sykepleierne følger pasientene gjennom hele behandlingsforløpet på sengepostene. Mange pasienter reinnlegges av ulike årsaker, og sykepleierne blir etter hvert godt kjent både med pasientene og de pårørende. Sykepleierne uttrykte at det var godt å følge de samme pasientene. Jeg opplevde likevel ikke at de utviklet personlige relasjoner til pasientene, relasjonen knyttes mer til pasientgruppen og ikke den enkelte pasient. Dette er nærmere belyst i kapittelet om motivasjon, der pasientgruppen og fagfeltet oppgis som en viktig motivasjonsfaktor.

Drøfting

Det er ingen ting i det foreliggende materialet som tyder på at den psykologiske kontrakten til arbeidsgiver vil bli brutt hvis ansatte blir bedt om å bytte team eller sengepost for en kortere periode. De ansatte tror at arbeidsgiver, her representert ved leder, har forventninger om at de skal utøve sykepleie i tråd med klinikkens standarder og at de stoler på at sykepleierne organiserer dagen sin på en best mulig måte. Det ligger ingen forventninger om noen form for andre belønninger enn lønn, og mye tyder på at den psykologiske kontrakten til arbeidsgiver er en byttekontrakt; arbeidstaker stiller sin kompetanse til disposisjon for arbeidsgiver mot en fastsatt godtgjørelse - en ren transaksjonell kontrakt (Mikkelsen & Laudal, 2016). Dette kan ha sammenheng med type organisasjon og type jobb. Arbeidsoppgavene er regulert, det samme er arbeidstiden. Lønn fastsettes i henhold til gjeldende tariffavtale. Det gis ikke lokale lønnstillegg, kun funksjonstillegg som er relatert til spesielle funksjoner, f.eks. et stedfortredertillegg. De ansatte kan få tilbud om relevant etter- og videreutdanning med hel eller delvis økonomisk støtte fra arbeidsgiver.

For sykepleiere som er ansatt i løpet av de siste 2-3 årene, vil det ikke være et brudd på kontrakten å måtte arbeide mer på tvers i klinikken, ettersom det er opplyst om at det kan bli nødvendig i stillingsutlysningen. Denne setningen ble tatt inn nettopp på bakgrunn av et ønske om mer fleksibilitet i forhold til utnyttelse av ressursene.

To av informantene er tydelige på at de er sterkt faglig knyttet til den sengeposten de jobber på. Indirekte sier de at en overflytting til en annen sengepost, eller en rullering mellom sengepostene vil påvirke forholdet til leder negativt. Dette kan tolkes som et brudd på den psykologiske kontakten med arbeidsgiver. Om bruddet er så sterkt at de ønsker å bryte kontrakten, dvs si opp sin stilling, ble ikke berørt i intervjuet.

Hvis medlemmene, enten frivillig eller fordi arbeidsgiver bestemmer det, forlater et team, så brytes den psykologiske kontrakten mellom medlemmene i teamet. Selv om de personlige relasjonene består (vennskap), så endres kontrakten i teamet. Dette kan skje hvis det blir nødvendig med rullering eller ved økt behov for å ta hele eller deler av en vakt på en annen sengepost eller ved poliklinikken. Den relasjonsbaserte kontrakten brytes, men ikke den oppgavebaserte kontrakten.

Teorien om den psykologiske kontrakten har sitt utgangspunkt i studier utført i privat næringsliv i USA (Rousseau, 1995). Teorien er ikke direkte overførbar til norske forhold og kan derfor ikke uten videre gjøres gjeldende for helsesektoren. Helsesektoren er en sterkt regulert sektor med rigide krav til formelle kvalifikasjoner og en hierarkisk organisasjon. Det er offentlige myndigheter som godkjenner utdannelse og autoriserer helsepersonell. Dette betyr at det er strenge føringer på hvilke oppgaver som kan utføres at de forskjellige yrkesgruppene i helsesektoren.

Psykologiske kontrakter i team (Sverdrup, 2014) tar for seg det horisontale kontraktsperspektivet – relasjonene mellom medlemmene i et team og hvordan dette påvirker teamets prestasjoner. Det økonomiske resultatet for teamene er avhengig av at alle bidrar, i tillegg er det forventninger om et sosial fellesskap i tillegg til jobbfellesskapet. I den grad det hentes ut økonomisk gevinst ved Kreftklinikken, tilfaller den ikke teamet men klinikken. Ingen av gruppene på sengepostene er avhengige av et annet medlem i gruppen i den forstand at de er avhengig av at sykepleier A skal være ferdig med morgenstellet før sykepleier B kan komme for å ta prøver. Ved fravær vil andre ansatte ta over ansvaret for oppfølging av pasientene. Det er imidlertid ikke tvil om at de ansatte drar veksler på hverandres kompetanse. Sosiale aktiviteter på begge sengepostene er ikke knyttet til et bestemt team, men alle ansatte. Det eksisterer en oppgavebasert kontrakt og en relasjonell kontrakt. Det er usikkert om den relasjonelle kontrakten mellom medlemmene i teamene er så sterk at den vil bli brutt ved økt fleksibilitet mellom teamene.

Hvis vi legger til grunn at den psykologiske kontrakten kun dreier seg om en ren byttekontrakt mellom arbeidsgiver og ansatt (Rousseau, 1995), så vil en flytting mellom grupper og sengeposter ikke ha konsekvenser for denne. Ut fra et rasjonelt HR-perspektiv, så representerer ikke den psykologiske kontrakten en hindring, men en mulighet, for effektiv

ressursutnyttelse. Ressursen, dvs sykepleieren, kan flyttes dit behovet for arbeidskraft er størst til enhver tid.

På bakgrunn av funnene i denne studien, konkluderer jeg med at relasjoner, belyst som den psykologiske kontrakten til arbeidsgiver, ikke har noen stor innflytelse på effektiv ressursutnyttelse. Funnene tyder på at forholdet til kolleger betyr mer enn forholdet til arbeidsgiver. Det er indikasjoner på at det eksisterer integrerte, relasjonelle kontrakter. Disse kan påvirke effektiv ressursutnyttelse negativt hvis de blir brutt.

6.2 Motivasjon og effektiv ressursutnyttelse

I teorikapittelet er det redegjort for motivasjonsteori basert på motivasjon, utvikling og velvære – selvdetermineringsteorien (Deci & Ryan, 1985). Den fokuserer spesielt på autonom motivasjon, kontrollert motivasjon og upersonlig motivasjon. Det er også redegjort for indre og ytre motivasjonskilder. I dette kapittelet drøftes empiri i lys av teoriene for motivasjon. Motivasjon ble inndelt i tre kategorier; fag, arbeidsmiljø og autonomi, jf. tabell 5. Jeg vil i det følgende se nærmere på de tre kategoriene.

Fag

De snakker hele tiden om selve faget, en av sykepleierne sa det så konkret at hovedmotivasjonen for å bli sykepleier, var nettopp å jobbe med denne pasientgruppen. Dette er et eksempel på indre motivert atferd, der motivasjonen springer ut fra et behov for autonomi, kompetanse og tilknytning (Deci & Ryan, 1985). De får brukt kompetansen sin hver eneste dag. Ingen dag er lik, selv om mange av de samme arbeidsoppgavene skal utføres hver dag. Noen av dem kan nok oppfattes som rutinepregede, f.eks. å måle blodtrykk, ta blodprøver og måle feber, men fordi pasientene er forskjellige så må tilnærmingen til utførelsen av oppgavene tilpasses den enkelte pasient. Informantene oppleves som sterkt faglig bevisste. Kompetanse til å utføre arbeidsoppgavene gir dem selvtillit, de får tillit fra leder. Dette gjør at de får en stor grad av selvbestemmelse (Clegg et al., 2016).

Behandling av kreftpasienter og palliative pasienter oppgis også som en motivasjonsfaktor. En av informantene sier at det er spennende å følge med sine primærpasienter. Pasientgruppen er spennende, kreft har mange forskjellige diagnoser, det gjør det ekstra spesielt. En annen sier at det er godt å jobbe med fagfeltet – det er dette hun er utdannet til. Disse utsagnene er igjen et uttrykk for indre motivasjon. De føler seg kompetente, de opplever glede ved å utføre arbeidsoppgavene sine og de har kompetanse til å utføre jobben sin (Deci & Ryan, 1985). De

ansatte har tiltro til at de kan gjennomføre arbeidsoppgavene sine på en god måte (Kuvås & Dysvik, 2012). Det foregår mange spennende prosesser på arbeidsplassen der informantene opplever at de bidrar og blir lyttet til. Arbeidsdagene oppleves som komplekse med mange kontraster. Å beherske en kontrastfylt hverdag bidrar til mestring og tilfredsstillelse.

Arbeidsmiljø

Arbeidsmiljø kom opp som et forhold som påvirker motivasjon. Arbeidsmiljø er ikke nevnt som en motivasjonsfaktor i det teoretiske grunnlaget for studien, og er derfor ikke undersøkt nærmere i studien. Alle informantene understreker betydningen av et godt arbeidsmiljø som en viktig motivasjonsfaktor. Hva informantene mener kjennetegner et godt arbeidsmiljø, blir ikke berørt i studien, men de nevner gode kolleger, stabile team, takhøyde og rom for sterke personligheter. Arbeidsmiljøundersøkelsene som gjennomføres med jevne mellomrom, kan gi en pekepinn på hva de ansatte legger i et godt arbeidsmiljø. Når de snakker om gode kolleger, sier de implisitt sier noe om at relasjonene mellom kolleger påvirker motivasjonen. Jeg kommer ikke nærmere inn på betydningen av arbeidsmiljøet nå, men empirien viser at det har innvirkning på både motivasjon og læring.

Hva som kjennetegner et godt arbeidsmiljø vil variere fra individ til individ. Det er en subjektiv vurdering. For HR vil det være viktig å identifisere hva de ansatte legger i et godt arbeidsmiljø og ta hensyn til dette ved planlegging og implementering av tiltak. Ut fra det informantene oppgir, så hersker det lite tvil om at arbeidsmiljøet er en premissleverandør for effektiv ressursutnyttelse.

Autonomi

Det å bestemme selv, gir medarbeiderne en opplevelse av å ha muligheten til å velge når det gjelder igangsetting eller regulering av atferd og handling (Kuvås & Dysvik, 2012). I denne studien oppgir informantene at de har stor grad av autonomi. Det er noen faste holdepunkter i løpet av arbeidsdagen; rapport – previsitt – visitt – grupperapport, men stort sett styrer de selv hvordan de vil legge opp dagen. Legene er premissleverandører for behandlingsopplegget, noe som til en viss grad styrer hvilke arbeidsoppgaver som skal utføres og når de skal utføres. Sykepleierne opplever å ha tillit fra leder til selv å planlegge dagen selv ut fra pasientens behov.

Fordelingen av pasienter bestemmes av sykepleierne selv på rapporten om morgenen. Ved fordeling av pasientene tas det hensyn til om sykepleierne har tidligere kjennskap til pasienten, type diagnose og eller etter hvor krevende pasienter de har ansvar for fra før. Lederne stiller ingen krav til hvem som skal ta hvilke pasienter. Lederne kan orientere om at det kommer pasienter med kompliserte problemstillinger og at de ønsker at en erfaren skal ta ansvaret for denne pasienten, men de legger ingen føringer. Det er et paradoks at sykepleierne, som kan defineres som bakkemannskapet på sengepostene, opplever å ha så stor grad av autonomi.

Drøfting

Studien viser at sykepleierne er indre motiverte medarbeidere, det er den indre motivasjonen som er drivkraften i arbeidshverdagen. Indre motivasjon tilfredsstiller behovet for selvrealisering og tilhørighet (Clegg et al., 2016). Utsagnene tyder på at de er autonomorienterte ansatte. Indre motivasjon gjenspeiler en opplevelse av at ansatte har kontroll over arbeidssituasjonen (Kuvås & Dysvik, 2012). Orienteringen mot arbeidet manifesteres gjennom mening, selvbestemmelse, kompetanse og påvirkning. Ansatte med høy grad av selvbestemmelse, antas å være psykisk sterke og trives fordi de føler seg kompetente, sosiale og fri (Clegg et al., 2016).

Det finnes ikke empiri på at det settes sterke begrensninger i hvordan de skal utføre jobben sin. De uttrykker et stort engasjement for pasientene og for jobben sin, og får benyttet kompetansen de har opparbeidet seg gjennom utdanning og erfaring og motiveres av dette. Til en viss grad drives de også av ytre motivasjon, i den forstand at de ønsker å bli sett av leder (Clegg et al., 2016). Dette tolkes som et behov for ros og anerkjennelse. Dette er imidlertid ikke den sterkeste motivasjonsfaktoren. Det er selve jobben, de får utnyttet kompetansen sin og de har gode kolleger de jobber godt sammen med. Resultatene fra medarbeider-undersøkelsene viser at ansatte har et høyt jobbengasjement og trives på jobb, selv om det er travelt. Høy grad av autonomi og kompetanse til å utføre arbeidsoppgavene kan delvis være en forklaring på dette.

Funnene i denne studien stemmer godt overens med selvdetermineringsteorien (Deci & Ryan, 1985). De ansatte gir uttrykk for en indre motivasjon der arbeidsoppgavene utføres fordi de gir glede og uten tanke på at det følger andre typer belønning med (Mikkelsen, 2014). De ansatte har kompetanse til å utføre oppgavene, oppgavene oppleves som meningsfylte og de har stor grad av selvbestemmelse i hvordan oppgaven skal utføres. Enkelte rutineoppgaver

som er ytre motivert, f.eks blodtrykksmåling, blir i stor grad internalisert og etter hvert oppfattet som indre motiverte. Resultatene fra arbeidsmiljøundersøkelsene de siste årene for temaet engasjement, er med på å underbygge påstanden om indre motiverte medarbeidere.

Resultatene tyder på at motivasjon spiller en vesentlig rolle når det gjelder effektiv ressursutnyttelse. Motiverte medarbeidere strekker seg litt lengre, de finner tilfredsstillelse i arbeidsoppgaven og forventer ingen ytre belønninger i form av høyere lønn, forfremmelse e.l. Motivasjonen er først og fremst knyttet til faget og pasientgruppen, men de ansatte arbeider ikke i et vakuum. Gode kolleger og et godt arbeidsmiljø blir trukket fram som viktige motivasjonsfaktorer. Selv om sykepleierne arbeider for seg selv store deler av dagen, så betyr den sosiale kontakten med kolleger mye. Tre av informantene var tydelige på at flytting til et annet team/sengepost vil påvirke motivasjonen og arbeidsinnsatsen negativt. Det er bare en av informantene som sier at det ikke vil påvirke motivasjonen hennes. Hun var nysgjerrig på å lære og så det som en mulighet for å få bredere kompetanse.

Det som ikke berøres i selvdetermineringsteorien, er betydningen arbeidsmiljø og kolleger har på motivasjon. Forholdet til kolleger er berørt i kapittel 6.1, mens arbeidsmiljø har dukket opp som en ny faktor som ikke er berørt i noen av teoriene det er redegjort for. Arbeidsmiljøet vil, slik det er presentert i empirien i denne studien, ha innvirkning på effektiv ressursutnyttelse.

6.3 Læring og effektiv ressursutnyttelse

På de fleste arbeidsplassene etableres det flere arbeidsfellesskap. Noen dannes fordi de ansatte sitter i kontorfellesskap, slik at fysiske forhold danner rammen rundt fellesskapet. Andre dannes på bakgrunn av kompetanse. Grupper av ansatte deler sin kompetanse, både den formelle og den tause, gjennom praksis. I praksisfellesskap utvikler grupper av ansatte sin praksis for hvordan arbeidsoppgaver skal utføres og ting skal tolkes (Wenger, 1998). I praksisfellesskapet skjer læring gjennom sosial deltakelse. Dette betyr at praksisfellesskapet er sosiale grupper av ansatte som velger om de vil være med eller ikke (Filstad, 2016).

Den uformelle læringsarenaen

I denne studien er det den uformelle læringsarenaen som er viktig. I følge Filstad (2016), defineres praksisfellesskapet kompetanse ved en kombinasjon av følgende tre forhold; følelse av felles virksomhet, et delt repertoar og tilhørighet til et felles foretakende.

Vaktrapporten er en arena for erfaringsutveksling der kolleger deler kompetanse, dette gir mulighet for læring. På rapporten blir status for alle inneliggende pasienter, som gruppa har ansvaret for, gjennomgått. Sykepleierne noterer informasjon på alle pasientene før de fordeler pasientene seg imellom. På dette viser sikrer de seg at de kan bistå en kollega dersom det blir nødvendig. Basert på statusoppdatering og tidligere kjennskap til pasienten, kan de komme med innspill til hvordan pasienten kan følges opp på en god måte. Dette er et eksempel på kunnskapsbasert læring og tilfredsstiller kravet om hurtig deling av informasjon og etablering av felles praksis og felles måter å gjøre ting og handle på (Filstad, 2016).

Ved Kreftklinikken er det som nevnt stille rapport mellom dagvakt og aftenvakt. Dette betyr at sykepleierne i utgangspunktet leser bare om sine pasienter i den elektroniske pasientjournalen. En av sykepleierne problematiserte dette i intervjuet og sa at muntlig rapport er kompetanseoverføring i det daglige arbeidet. Hun er mer fornøyd med muntlig rapport og mener det er viktig å beholde/gjeninnføre muntlig rapport på grunn av kompetansegapet som vil oppstå når mange erfarne sykepleiere slutter i løpet av årene som kommer. Hun definerer dermed muntlig rapport som kompetanseoverføring mellom kolleger. Dette er deling av taus kunnskap.

En annen kilde til læring, er småpraten mellom kolleger på vaktrom, i medisinrom og arbeidsstasjoner. På den ene sengeposten var tre sykepleiere inne på vaktrommet etter rapporten samtidig for å lese seg opp på sine pasienter, sjekke prosedyrer og planlegge utreise. Samtidig utvekslet de informasjon om flere pasienter. De diskuterte praksis for behandling, videre forløp for pasient som nærmer seg utreise og en av sykepleierne fortalte om en samtale hun hadde hatt med overlegen som hadde bakvakt i helga. Ved en annen anledning, ble en sykepleier spurt om prosedyre for håndtering av en spesiell prøve som den andre hadde lite erfaring med.

Læring skjer også gjennom å få hjelp av en kollega. En av sykepleierne hadde en pasient med sår. Hun hadde lite kunnskap om akkurat denne typen sår, og ba om hjelp fra en kollega som hun visste hadde mer kunnskap. Alle informantene sa at det var lett å be kolleger om hjelp, de er også på tilbudssiden for å tilby hjelp. Terskelen for å spørre om råd er lav, det er ingen dumme spørsmål.

Teorien om praksisfellesskap handler om ansatte som søker sammen og danner uformelle grupper (Wenger, 1998). De ansatte utvikler en felles praksis for utvikling av kunnskap og kompetanse. Gruppene på Kreftklinikken er ikke uformelle, sosiale grupper. De har i utgangspunktet felles kompetanse (sykepleie) og er ansatt ved Kreftklinikken. De har likevel mange av egenskapene som kjennetegner et praksisfellesskap (Filstad, 2016). Kompetanse i et praksisfellesskap defineres av en kombinasjon av en følelse av felles virksomhet, et delt repertoar og et gjensidig engasjement (Filstad, 2016). Gruppene ved sengepostene tilfredsstiller disse kravene, selv om de i utgangspunktet ikke er uformelle grupper. I et praksisfellesskap kan man velge om man vil være med i eller ikke. Det er indikasjoner på at noen velger å stå utenfor praksisfellesskap på sengepostene. Et eksempel på dette er «soloarbeideren» som er lite tilgjengelig for resten av gruppa. Det samme er de som kun ønsker å jobbe med pasienter med en bestemt diagnose.

Drøfting

Jeg har vist eksempler på at læring skjer gjennom sosial deltakelse med arbeidsplassen som læringsarena (Wenger, 1998). Gjennom aktivt å tilby å etterspørre råd og hjelp, er sykepleierne med på å utarbeide det som blir oppfattet som en felles praksis. I den grad det er snakk om forskjeller mellom gruppene, er det basert på diagnoser. De to teamene ved sengepostene i 3. etasje behandler ulike diagnoser og det er ulike behandlingsopplegg for pasientgruppene. Informantene mener at det er hensiktsmessig med to team på grunn av ulike krav til kompetanse. Det skjer lite erfaringsutveksling mellom disse to teamene. Utsagnet om at «det er en brannmur mellom teamene» illustrerer dette godt. Informantene understreker imidlertid at de bistår hverandre på tvers av teamene, det er tross alt kreftpasienter som skal behandles og grunnleggende sykepleie er lik. Ut fra empiri kan det synes som om det er to ulike praksisfellesskap (Filstad, 2016) med skott i mellom som hindrer både kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling.

Noen kolleger, «soloarbeideren», er lite tilgjengelig for resten av gruppa. Disse kan stå som eksempler på ansatte som velger å stå utenfor gruppa når det gjelder erfaringsdeling og kompetanseoverføring (Filstad, 2016), men som likevel har relasjonelle bindinger til gruppa (Sverdrup, 2014). Det samme gjelder for de ansatte som gir uttrykk for at de helst vil arbeide med pasienter med en bestemt diagnose.

De mest erfarne sykepleierne får ansvaret for de mest krevende pasientene. Det kan stilles spørsmål om det er gunstig for effektiv ressursutnyttelse på sikt. Gunnar Ekman (Ekman, 2004) skriver at hvis vi lar eksperter løse et problem, så går det fort og effektivt. Hvis man i stedet vil maksimere læringen, og spre kompetansen slik at grunnlaget legges for en langsiktig gevinst, i dette tilfelle høynet kompetanse til de ansatte, så bør man la en mindre erfaren person løse problemet. Det tar lengre tid, men kan føre til at man ser nye måter å løse oppgaven på, i tillegg økes den samlede kompetansen i organisasjonen.

Sammensetningen av teamene har betydning for læring eller «spredning av kompetanse» (Ekman, 2004). Heterogene grupper gir stor bredde i kompetanse. Det stilles kritiske spørsmål og meninger brytes. Homogene grupper kan føre til et negativt konformitetspress. Gruppen stagnerer i sin utvikling og effektiveten svekkes (Busch & Vanebo, 1995). Med tanke på kontinuitet i pasientbehandlingen, er det en fordel med størst mulig stillingsandel. Men det er også viktig med en blanding av erfarne og mindre erfarne sykepleiere i samme gruppe. Da kan de mer erfarne sykepleierne innta en mentorrolle for de mer uerfarne og de kan gå sammen ved stell av pasienter. Stabile team gjør at jobben flyter godt og bidrar til effektiv ressursutnyttelse, men skjer det nok læring i stabile team? Informantene oppgir at de kjenner de andre teammedlemmenes styrker og begrensninger, og tar hensyn til det ved fordeling av pasienter. Det oppgis også at det tas hensyn til hva enkelte ansatte synes er trygt/utrygt i forhold til utstyr. Dette kan bidra til å sementere ulikheter i kompetanse og hindre læring. Det er mindre plunder og heft med stabile team fordi det ikke går bort tid til å svare på spørsmål fra ansatte som ikke er så kjente på seksjonen. Dette gjelder praktiske ting som hvor man finner medisinsk forbruksmateriell, men også spørsmål til behandling av pasienter. Det er blant annet gjennom spørsmål fra andre at man kan reflektere over egen praksis. For HR blir det viktig å bidra til refleksjon over hvordan ulikhetene i kompetanse kan reduseres.

Empirien viser at det ikke nødvendigvis er de formelle læringsarenaene som har størst betydning for læring i form av kunnskapsdeling og kompetanseoverføring. Når ulike praksisfellesskap møtes, gis det rom for utvikling av ny og bedre praksis (Filstad, 2016). Dette vil også være i tråd med St. Olavs hospitals arbeid med kontinuerlig forbedring.

7. OPPSUMMERING

Basert på forskningsspørsmålene vil jeg i dette kapittelet oppsummere hovedtrekkene av de funnene jeg har gjort i studien og svare ut problemstillingen. Deretter redegjøres det for studiens bidrag. Jeg kommer inn på HRs rolle og forslag til videre forskning, før jeg til slutt kommer med en avsluttende refleksjon.

7.1 Oppsummering av funn

Ut fra det som har kommet fram i studien, synes det ikke som om relasjonen til leder har stor betydning for effektiv ressursutnyttelse, men det er indikasjoner på at relasjoner til de andre medlemmene i teamet påvirker effektiv ressursutnyttelse.

Resultatene viser at motivasjon har betydning for effektiv ressursutnyttelse, men det er ikke tydelig hvilke motivasjonsfaktorer som veier tyngst. Hvis motivasjon knyttet til faget veier tyngst, så skal ikke mer flyt mellom teamene føre til lavere motivasjon ettersom det fortsatt er kreftpasienter som skal behandles. Svarene kan imidlertid tyde på at motivasjon knyttet til arbeidsmiljø og til en viss grad autonomi, har betydning for effektiv ressursutnyttelse.

Kompetanse er et nøkkelord når det kommer til effektiv ressursutnyttelse. Sykepleierne peker på at oppdeling i team krever ulik kompetanse og dette vanskeliggjør flyt mellom teamene. Stabile team bidrar til at kompetanse blir sementert og lite tilgjengelig for andre. Det oppleves at det er en barriere som hindrer læring og erfaringsutveksling mellom teamene. Å ta i bruk de uformelle læringsarenaene til kompetansedeling og erfaringsutveksling blir viktig for å spre kompetansen og bidra til at sykepleierne føler seg kompetente til å jobbe mer på tvers i klinikken.

7.2 Forholdet mellom relasjoner, motivasjon og læring

Funnene viser at relasjoner, motivasjon og læring påvirker effektiv ressursutnyttelse både positivt og negativt. Det stilles videre spørsmål om hvordan disse tre forholdene påvirker hverandre, til dels gjensidig og hvilken betydning dette har på effektiv ressursutnyttelse

Relasjoner – motivasjon: Her viser studien at er det en gjensidig påvirkning. Gode kolleger er en viktig motivasjonsfaktor. Det samme er opplevelsen av å være medlem i et godt og velfungerende team (Sverdrup, 2014). I denne studien er det en gjensidig, positiv påvirkning mellom relasjoner og motivasjon når det gjelder kollegene. Selv ikke «solosykepleieren» påvirker motivasjonen negativt. Dette utelukker ikke at det i andre sammenhenger kan være en negativ sammenheng. Studien viser at leder har både positiv og negativ påvirkning på

motivasjon. Positiv i den forstand at informantene opplever tillit fra leder og at det motiverer dem. Negativ i den forstand at det vil påvirke motivasjonen negativt hvis de blir bedt om å gå til en annen gruppe/seksjon. Ansatte ønsker at lederen skal «se» dem, gi ros og anerkjennelse (Deci & Ryan, 2008). Dette vil påvirke både forholdet til leder og motivasjon positivt. Det kan være med å bidra til at den psykologiske kontrakten til arbeidsgiver blir styrket.

Motivasjon – læring: Studien viser at sykepleierne er indre motiverte medarbeidere (Kuvås & Dysvik, 2012). Selve faget er en viktig motivasjonsfaktor. De ansatte har kompetanse til å utføre oppgavene og kan realisere egne ønsker og personlige interesser (Mikkelsen, 2014). Det samme er faglige diskusjoner med kolleger og leger. Ut fra dette kan det utledes av læring i form av kunnskapsdeling og erfaringsutveksling påvirker motivasjon positivt. Fordi faget er så viktig, er det grunn til å anta at muligheten for faglig påfyll vil påvirke motivasjonen positivt. Faglig påfyll, gjennom formell utdanning, kurs eller kolleger, vil gjøre dem til mer kompetente og autonome medarbeidere. Det er ikke empiri i denne studien som viser at manglende muligheter for læring påvirker motivasjonen negativt.

Læring – relasjoner: Det er flere funn i studien som viser at relasjoner påvirker læring. Kollegers småprat, erfaringsutveksling på vaktrom og tilbud om hjelp viser at gode relasjoner påvirker læring positivt. Kolleger deler på sin kompetanse gjennom utveksling av informasjon (Wenger, 1998). Samtidig viser funnene at det er noen som ikke deler på sin kompetanse, «soloarbeideren» og de som kun ønsker å behandle pasienter med en bestemt diagnose. Dette påvirker læring negativt, men det har ingen innvirkning på relasjoner. Den opplevde «brannmuren» mellom to team, har helt klart en negativ innvirkning på læring. Det er lite flyt mellom teamene og dermed lite læring. Det synes som om det er to ulike praksisfellesskap som ikke deler kompetanse på tvers av teamene (Filstad, 2016). Det er ikke empiri i studien som viser om læring i form av kompetansedeling og erfaringsutveksling påvirker relasjonene, men jeg antar at kolleger som bidrar med sin kompetanse, vil ha en positiv relasjon til sine kolleger.

Arbeidsmiljø. Et annet interessant, men ikke uventet, funn i studien er arbeidsmiljøets betydning. Når jeg skriver at det ikke er uventet, så har det sammenheng med resultatene fra arbeidsmiljøundersøkelsene de siste årene. Her kommer det fram at til tross for en hektisk og stressende hverdag, der ansatte oppgir at de har for lite ressurser til å utføre oppgavene sine, så trives de på jobb, de har høy arbeidsglede og skårer høyt på motivasjon. Ingen av teoriene

jeg har redegjort for, har vært inne på arbeidsmiljøets betydning. Arbeidsmiljøloven kapittel 4. Krav til arbeidsmiljøet[8] stiller en rekke krav både til det psykososiale og fysiske arbeidsmiljøet. Loven stiller krav om et fullt forsvarlig arbeidsmiljø; dette inkluderer trygge ansettelsesforhold, ryddige arbeidsforhold og en meningsfylt arbeidssituasjon. Denne studien har ikke hatt som mål å gi ikke svar på hva som kjennetegner et godt arbeidsmiljø eller en god kollega. Det er derfor vanskelig å vite hva informantene har lagt i dette og om et opplevd godt arbeidsmiljø er i tråd med kravene i Arbeidsmiljøloven.

Arbeidsmiljøet er ifølge informantene en viktig motivasjonsfaktor. Både HR og lederne har interesse av at det gode arbeidsmiljøet opprettholdes. Studien har ikke sett nærmere på arbeidsmiljøets påvirkning på effektiv ressursutnyttelse, men det er ikke urimelig å anta at arbeidsmiljøet ligger som et bakteppe og påvirker motivasjon, relasjoner og læring, som igjen påvirker hverandre og effektiv ressursutnyttelse.

Hvilken betydning har relasjoner, motivasjon og læring for effektiv ressursutnyttelse med dagens organisering i grupper og team på sengepostene?

Svaret på problemstillingen er relasjoner, motivasjon og læring har både positiv og negativ påvirkning på effektiv ressursutnyttelse med dagens organisering, både når det gjelder kapasitet og kompetanse. Blant utfordringene til Kreftklinikken er store utgifter til innleie og at mange sykepleiere går av med pensjon i løpet av kort tid. Den stabilt høye beleggsprosenten viser at det ikke er variasjoner i pasientbelegget. Dette betyr at det må planlegges med samme bemanning hele uka.

Min undersøkelse viser at dagens organisering i grupper og team gir medlemmene spisskompetanse på sine fagfelt. Dette bidrar til en mer effektiv dialog med legene. Stabile team, som kjenner hverandre godt og deler samme kompetanse, gjør at jobben flyter godt – de er effektive. Det er lite tidsbruk på å spørre om ting, og de slipper å forholde seg til kolleger som ikke er like godt kjent på avdelingen. Dette fører til færre avbrudd. Kollegene kjenner hverandres styrker og svakheter – dette bidrar til å redusere unødvendig irritasjon. Spiss-kompetansen sikrer en høy kvalitet på pasientbehandlingen.

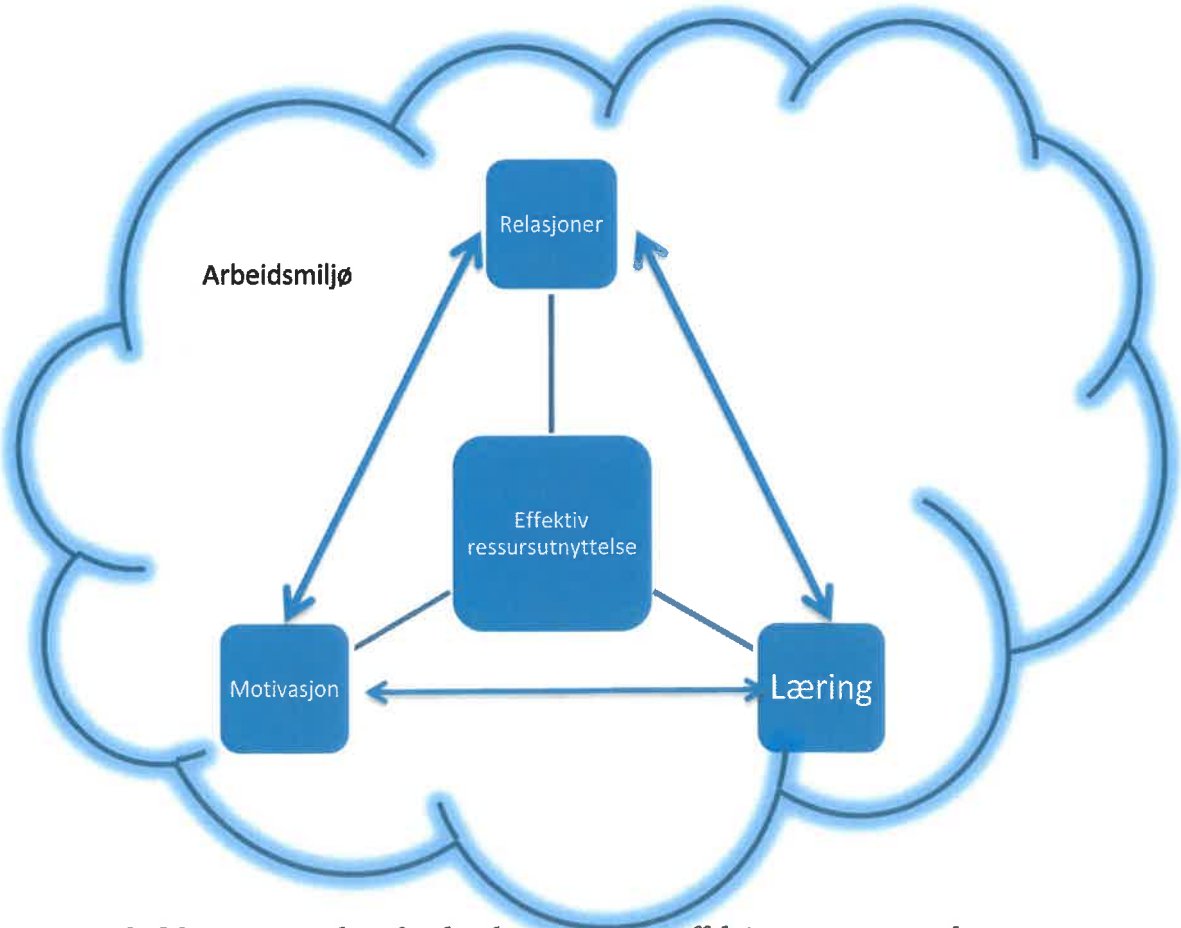
Dagens organisering har ikke bare positive effekter på ressursutnyttelse i form av spisskompetanse og høy faglig kvalitet på pasientbehandlingen. Den har også negative

[8] https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62

effekter. De stabile teamene er med på å sementere forskjeller i kompetanse og dette kan være med på å hindre læring. Hvis de ansatte ikke er nysgjerrige på å lære nye ting, eller ikke blir utfordret av nye medlemmer i teamet, er det med på å hindre utvikling, utforske ny viten og skape ny innsikt. Ved å endre sammensetningen i teamene, kan kompetansen spres til flere og grunnkompetansen i klinikken kan heves. Det samme er tilfelle hvis man endrer praksis ved fordeling av pasienter (Ekman, 2004).

Gruppemodellen er med på å skape stabile team, som bidrar til tette relasjoner mellom medlemmene. Gode kolleger er en motivasjonsfaktor, det samme er et godt arbeidsmiljø. Hvis de ansatte må jobbe mer på tvers, brytes relasjonene, noe som kan ha negative konsekvenser for motivasjonen.

Studiens teoretiske bidrag er at jeg har påvist at relasjoner, motivasjon og læring har påvirkning på effektiv ressursutnyttelse, både innad i gruppene og mellom gruppene og sengepostene. Jeg har vist at relasjoner, motivasjon og læring påvirker hverandre – til dels gjensidig. Studien har også vist arbeidsmiljøets betydning. Figur 7 vises en videreutvikling av modellen i figur 3.



Figur 7: Forhold som gjensidig påvirker hverandre og effektiv ressursutnyttelse

7.3 Studiens bidrag

Studien har bekreftet noen av antakelsene som ble fremsatt i den interne arbeidsgruppens rapport om hvorfor sykepleierne vegrer seg mot å jobbe mer på tvers i klinikken (Arbeidsgruppe, 2014). Studien bidrar med en forklaring på hvorfor det er slik.

Det er grunn til å stille spørsmål ved om dagens organisering i to team ved sengeposten i 3. etasje er hensiktsmessig med tanke på effektiv ressursutnyttelse. Til tross for at kravene til grunnkompetanse, cytostatikabehandling og kjennskap til bivirkninger er de samme, så oppleves det som det er en barriere mellom teamene med store ulikheter i kompetanse. Ansatte i de to teamene er alle ansatt ved sengeposten, men med hver sin leder. Organiseringen bidrar til at sykepleierne utvikler spisskompetanse på diagnosegruppene teamet skal behandle. Dette gir høy kvalitet på pasientbehandlingen. Spesialiseringen gjør samtidig at de føler at de ikke har god nok kompetanse til å gjøre en god jobb på den andre diagnosegruppen eller den andre sengeposten. Dette bidrar til å skape hindringer for mer fleksibel bruk av de ansatte.

På Seksjon lindrende behandling er det over tid etablert faste grupper der medlemmene har ulik fartstid ved seksjonen og forskjellig stillingsstørrelse. Dette bidrar til en skjevdeling av kompetanse og belastningen blir større på teamet som har ansatte med kort fartstid og lave stillingsandeler. Mer fleksibilitet i forhold til hvilken gruppe/seksjon sykepleierne arbeider på, kan føre til lavere arbeidsinnsats på grunn av redusert motivasjon og manglende kjennskap til prosedyrer og rutiner. Den høye graden av spesialisering fører til at det lett oppstår kompetansegap når erfarne medarbeidere roterer og når de slutter.

I en stadig mer spesialisert helsetjeneste, stilles det større krav til koordinering av ressursene (Kjekshus, 2017). Gitt at fremtidens utfordringer skal løses innenfor dagens økonomiske rammer, må ressursene utnyttes på en bedre måte. Den stabilt høye utnyttelsesgraden ved Kreftklinikken viser at det ikke er særlig variasjon i pasientbelegget og det må planlegges med lik bemanning på alle ukedager. For å sikre at det er tilstrekkelig kompetanse tilstede, må sykepleierne settes i stand til å utføre flere arbeidsoppgaver. De må få tilbud om opplæring og vedlikehold av kompetanse slik at de kan jobbe på tvers av teamene og sengepostene. Dette vil sikre at kritisk kompetanse beholdes ved klinikken også når ansatte slutter. I tillegg vil det også være en fordel for vikarer ettersom det alltid vil være erfarne og kompetente sykepleiere i teamet uavhengig av om det er dag/kveld, natt eller helg.

Av de tre faktorene som ble besvart gjennom forskningsspørsmålene, er det læring og motivasjon som peker seg ut som den faktoren som har størst innvirkning på effektiv ressursutnyttelse. Kompetansen er i dag skjevt fordelt mellom gruppene og det oppleves at det er ulik kompetanse, både mellom teamene og mellom seksjonene. Opplæring i form av erfaringsoverføring og vedlikehold av kompetanse vil bidra til å utjevne forskjellene.

7.4 Praktiske implikasjoner for HR

På kort sikt er det gunstig for effektiv ressursutnyttelse at det er stabile team. På litt lengre sikt er det nødvendig å sørge for at kompetansen blir spredt. Dette innebærer at ansatte må få innføring i behandling av andre diagnosegrupper og at kunnskapen oppfriskes med jevne mellomrom. For at ansatte skal bli trygge på å håndtere utstyr og ta seg av kompliserte pasienter, må de få tilstrekkelig veiledning og opplæring. Fordelene med dagens organisering med spisskompetanse og god flyt i stabile team, må veies opp mot klinikkens behov for å bruke ressursene der behovet er størst.

Hvis man tar utgangspunkt i at ansatte i en virksomhet er en ressurs på lik linje med andre ressurser som skal behandles på en økonomisk rasjonell måte, så snakker vi i et HR-perspektiv om en rasjonell organisasjonstilnærming (Mikkelsen & Laudal, 2016). Dette er også et uttrykk for hard HR (Kuvås & Dysvik, 2012) hvor hovedvekten legges på R-en; ressursene. Det skilles ikke mellom menneskelige ressurser og andre ressurser. Her legges det vekt på effektivisering og bruk at strukturer for å nå overordnede mål. Koordinering og flytting av ressurser er utelukkende motivert av en økonomisk tankegang, man skal redusere kostnadene til innleie og mertid/overtid. Dette er et uttrykk for kontrollorientert HR (Kuvås & Dysvik, 2012). I denne tilnærmingen opptrer HR som en strategisk partner (Ulrich, 1998) i det det legges vekt på effektivisering og bruk av strukturer for å oppnå overordnede mål.

Ressurser handler ikke bare om de fysiske ressursene og antall ansatte på jobb, det handler også om de ansattes kompetanse. Empiri viser at sykepleierne i stor grad er indre motivert ansatte med høy grad av autonomi som opplever å ha tillit fra lederne. Gjennom formaliserte fagdager i turnus og temadager hver 14. dag på sengepostene, legges det til rette for læring. I tillegg skjer det kompetansedeling og kunnskapsoverføring gjennom småpraten på vaktrommet, gjennom muntlig rapport og praktisk bistand. Dette er uttrykk for sosiale faktorer og samspillet mellom ansatte og organisasjon slik det er beskrevet i Human-relations tilnærmingen (Laudal & Mikkelsen, 2016). Her legges det vekt på å tilfredsstille

medarbeidernes sosiale behov og motivasjon som vil bidra til å skape en effektiv organisasjon der medarbeiderne trekker i samme retning som ledelsen. Dette er et uttrykk for myk HR der menneskenes behov for utvikling står sentralt (Kuvås & Dysvik, 2012).

Wilton (2011) beskrev fem aktiviteter som inngår i HRM. For å bidra til en mer effektiv utnyttelse av ressursene, vil bemanningsplanlegging i tillegg til kompetanseheving og utvikling være sentrale bidrag. Med bemanningsplanlegging tenker jeg her på hvordan arbeidsplanene settes opp med tanke på fordeling av stillingsstørrelser og erfarne-mindre erfarne. Med den stabilt høye utnyttelsesgraden, er det små muligheter for å planlegge med redusert bemanning enkelte ukedager slik som både Riksrevisjonen (2015) og St. Olavs interne rapport (2016) anbefaler. Med kompetanseheving og utvikling tenkes det spesielt på å legge til rette for erfaringsoverføring både mellom ansatte, teamene og mellom sengepostene.

Som HR-medarbeider vil min rolle være å bidra til en brukervennlig HR (Kuvås & Dysvik, 2012) slik at lederne opplever at HR-tiltakene bidrar til at de får gjort jobben sin gjennom sine ansatte. HR skal gi lederne mulighet til å bli opplevd som støttende og tiltakene skal være tilpasset lokale behov, lederens og individuelle medarbeideres behov. Det er derfor viktig at HR tar kontakt med linjelederne slik at de kan være med å påvirke utforming og innretning av tiltakene.
Ansatte ved Kreftklinikken oppgir at de er motivert av faget, sine kolleger og arbeidsmiljøet. For å forsterke dette, bør HR og lederne arbeide i tråd med prinsippene for forpliktelsesbasert HR (Kuvås & Dysvik, 2012). I forpliktelsesbasert HR legges det bl.a. vekt på tiltak som retter seg mot motivasjon, jobbengasjement og mestringsorientering, autonomi og psykologisk empowerment og tillit, og som utvikler og støtter sosiale bytterelasjoner til ledere og organisasjonen.

En av de fem HR-kompetanse er å være «employee champion» (Ulrich, 1998). Som medarbeidertalsmann og utvikler av humankapital, må HR-medarbeideren lytte til medarbeiderne og respondere på deres ønsker og behov. Det er viktig at HR-medarbeidere forstår virkeligheten slik de ansatte gjør det. Jeg mener at jeg gjennom arbeidet med denne studien har fått en bedre forståelse av sykepleiernes arbeidsdag.
HR som «change partner» (Ulrich, 1998) eller endringsagent må gjennom engasjement og eierskap identifisere nødvendige endringer og bidra med sine erfaringer. Videre må endringsprosesser gjennomføres i tråd med gjeldene lov- og avtaleverk (Melberg &

Mikkelsen, 2016). Ved planlegging og gjennomføring av disse prosessene må det tas hensyn til konsekvenser for ansattes motivasjon. Medarbeidernes vurdering av nytten av endringen kan være avgjørende for om virksomheten lykkes (Melberg & Mikkelsen, 2016). Ansattes opplevelse av rettferdighet står sentralt i deres vurdering. Ved planlagte endringer vil målsettingen være å effektivisere driften og/eller bedre virksomhetens resultat. Det må kommuniseres en eksplisitt målsetting for endringen. Som «strategic partner» (Ulrich, 1998), er HRs rolle å veilede og støtte lederne i forkant av og underveis i endringsprosessen (Melberg & Mikkelsen, 2016).

Denne studien har avdekket forhold som har innvirkning på effektiv ressursutnyttelse. Hvis det skal gjennomføres endringer, må man være spesielt oppmerksom på hva som kan føre til motstand mot endring. Det blir viktig å legge vekt på at endring også betyr muligheter for de ansatte, blant annet for faglig utvikling.

Ut fra funnene i denne studien der de ansatte oppgir gode kolleger og arbeidsmiljø som en viktig motivasjonsfaktor, vil jeg særlig peke på at endringer kan true etablerte arbeidsrelasjoner mellom gode kolleger. En organisasjonsendring kan medføre brudd på mellommenneskelige relasjoner, og det oppleves som risikofylt å knytte identiteten sin til organisasjoner i stadig endring (Meyer & Stensaker, 2011). I tillegg er det en rekke andre faktorer som kan føre til motstand; årsaken til endring er uklar, de som blir påvirket blir ikke konsultert, det gis ikke tilstrekkelig informasjon, frykten for det ukjente, brudd på den psykologiske kontrakten, tap av identitet m.m. For å kunne gjennomføre en vellykket endringsprosess, må tillitsvalgte involveres på et tidlig tidspunkt. HR vil ha en sentral rolle som forhandlingspartner ved gjennomføring av drøftinger og forhandlinger med tillitsvalgte (Melberg & Mikkelsen, 2016).

Forskning viser at forpliktelsesbasert HR har en positiv sammenheng med organisasjonens effektivitet i serviceorganisasjoner (Kuvås & Dysvik, 2012). Det er ingen grunn til at dette ikke skal gjelde for helsesektoren. HRs rolle i det videre arbeidet vil være å bygge opp under en forpliktelsesbasert HR-strategi som bidrar til å styrke engasjement, lojalitet og ansvarlighet.

7.5 Videre forskning

Innledningsvis vil jeg minne om studien er basert på få informanter og at funnene må tolkes med forsiktighet. Jeg har vist hvordan dagens organisering i grupper og team gir både

muligheter og begrensninger når for ressursutnyttelsen ved sengepostene ved Kreftklinikken. Studien har avdekket hvordan motivasjon, læring og relasjoner påvirker hverandre og at arbeidsmiljøet og forholdet til kolleger er en viktig motivasjonsfaktor. Disse funnene støttes til en viss grad av resultatene fra arbeidsmiljøundersøkelser og medarbeiderundersøkelser. Ved videre studier kan det være verdt å se nærmere på arbeidsmiljøets betydning for effektiv ressursutnyttelse, hva de ansatte mener kjennetegner et godt arbeidsmiljø og om dette vil bli påvirket dersom sykepleierne går mer mellom teamene og sengepostene. Det samme gjelder forholdet til kolleger. Vil de oppleve brudd i relasjoner som har betydning for arbeidsutførelse og motivasjon? En slik undersøkelse må gå mer i dybden enn de tradisjonelle medarbeiderundersøkelsene som gjennomføres årlig. For sammenligningens skyld, har det også vært spennende å undersøke om det er forskjeller mellom sengepostene på Kreftklinikken og sengeposter på andre klinikker som er organisert etter tunmodellen.

En annen interessant innfallsvinkel, er å se nærmere på hvordan samhandlingen med legene påvirker ressursutnyttelsen på sengepostene og poliklinikk/dagenhet. Denne studien viser at når previsitt og visitt blir forsinket, får dette konsekvenser for når sykepleierne kan utføre arbeidsoppgavene sine. Noen arbeidsoppgaver blir forskjøvet til neste skift, som har færre ansatte på jobb. Kan legenes arbeidsdag organiseres på en annen måte?

7.6 Avsluttende refleksjon

I innledningen skrev jeg at jeg hadde to ulike perspektiv med meg inn i arbeidet med denne oppgaven. Pårørendeperspektivet der jeg tenker med hjertet (følelser) og jobbperspektivet der jeg tenker med hodet (fornuft). I arbeid med studien har jeg fått mer kunnskap om, og bedre forståelse for, sykepleiernes arbeidshverdag. Dette har vært min bro mellom fornuft og følelser. Forståelsen jeg har ervervet meg underveis, vil gjøre meg bedre rustet til å ivareta medarbeiderperspektivet i jobben min. Forhåpentligvis vil dette komme både ledere og ansatte til gode.

Det vil være vanskelig å få til mer jobbing på tvers av teamene og seksjonene uten at de ansatte ser fordelene med det, samtidig som de ser at de bidrar til å opprettholde høy kvalitet på pasientbehandlingen. Sammensetningen av gruppene må ta hensyn til kompetanse, stillingsstørrelse og erfaring. I det videre arbeidet med kontinuerlig forbedring og optimalisering av personalressursene, vil det være viktig å ta vare på en av de viktigste motivasjonsfaktorene i tillegg til faget, nemlig det gode arbeidsmiljøet.

8. REFERANSER

Arbeidsgruppe, I. (2014). *Jobbe på tvers ved Kreftklinikken*.

Bunting, M. (2004). Missionary Management. In G. Salaman, J. Storey, & J. Billsberry (Eds.), *Strategic Human Reosurce Management. Theroy and Practice* (Second edition ed.): SAGE Publications.

Busch, T., & Vanebo, J. O. (1995). *Organisasjon, ledelse og motivasjon* (3. utgave ed.): Tano.

Clegg, S. R., Kornberger, M., & Pitsis, T. S. (2016). *Managing & Organization. An introduction to Theory an Practice* (4th edition ed.): SAGE edge.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and self-determination in human behavior*: Plenum Press.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development and Health. *Canadian Psychology, 49*(3), 182-185.

Ekman, G. (2004). *Fra prat til resultat - om lederskap i hverdagen*: Abstrakt forlag.

Filstad, C. (2016). *Organisasjonslæring - fra kunnskap til kompetanse* (2. utgave ed.): Fagbokforlaget.

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5 ed.).

Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (1998). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (2. utgave ed.): Fagbokforlaget.

Kjekshus, L. E. (2017). Sykehusets floker i møte med Reformer. *Michael*(14: Supplement 19,), 86-94.

Klev, R., & Levin, M. (2009). *Forandring som praksis. Endringsledelse gjennom læring og utvikling* (2. utgave ed.): Fagbokforlaget.

Kuvås, B., & Dysvik, A. (2012). *Lønnsomhet gjennom menneskelige resursser*.

Laudal, T., & Mikkelsen, A. (2016). Ulike tilnærminger til organisasjoner og konsekvenser for HRM. In A. L. Mikkelsen, Thomas (Ed.), *Strategisk HRM 1. Ledelse, organisasjon, strategi og regulering*: Cappelen Damm Akademiske.

Melberg, K., & Mikkelsen, A. (2016). Strategisk HRM og endring i organisasjoner. In Mikkelsen Aslaug & T. Laudal (Eds.), *Strategisk HRM. Ledelse, organisasjon, strategi og regulering* (2. utgave ed., Vol. 1): Cappelen Damm.

Meyer, C. B., & Stensaker, I. G. (2011). *Endringskapasitet*: Fagbokforlaget.

Mikkelsen, A. (2014). Hva bør HRM-medarbeidere og ledere vite om motivasjon? In Mikkelsen Aslaug & T. Laudal (Eds.), *Strategisk HRM 2. HMS, etikk og internasjonale perspektiver* (1. utgave ed.): Cappelen Damm Akademiske.

Mikkelsen, A., & Laudal, T. (2016). Hva er strategisk human resource management? In A. o. L. Mikkelsen, Thomas (red) (Ed.), *Strategisk HRM 1. Ledelse, organisering, strategi og regulering*.

Morgan, G., & Gjestland, D. (1998). *Organisasjonsbilder : innføring i organisasjonsteori* ([Ny utg.]. ed.). Oslo: Universitetsforl.

Prosjektgruppe. (2016). *Styring av sykepleieressursene ved St. Olavs hospital HF*. Retrieved from

Repstad, P. (1993). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag* (2 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene.* Retrieved from

Rousseau, D. M. (1995). *Psychological Contracts in Organizations. Understandig Written and Unwritten Agreements*: SAGE Publications.

Sverdrup, T. E. (2014). Psykologiske kontrakter i team. *Idunn*(2), 118-135.

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utgave ed.): Gyldendal Akademisk.

Ulrich, D. (1998). A new mandate for Human Resources. *Harvard Business review*(January-February).

Wenger, E. (1998). *Communities of Practice. Learning, Meaning and Identity*: Cambrigde Unviersity Press.

Wilton, N. (2011). *An introduction to Human Resource Management*: Sage.

Sitatet i forordet er hentet fra Arne Næss. Livsfilosofi. Et personlig bidrag om følelser og fornuft. Universitetsforlaget, 3 utgave, 2. opplag 2006

9. VEDLEGG

Vedlegg 1: Forespørsel til seksjonslederne

Jeg holder på å skrive en masteroppgave i organisasjon og ledelse – spesialisering i strategisk HR-ledelse ved NTNU.

Med utgangspunkt i Riksrevisjonens rapport om optimal ressursutnyttelse av sykepleieressursene i helsesektoren, ønsker jeg å se nærmere på hvilke muligheter og begrensninger tumorgruppeorganisering gir når det gjelder en optimal utnyttelse av pleieressursene. Riksrevisjonens rapport er utarbeidet med tanke på å få mer pleie for pengene – redusert liggetid, kortere ventelister – gjennom å se på bemanning i forhold til pasientbelegg. Er det tider på året, uken, døgnet der det er lavere belegg og dermed mindre behov for ansatte?

Kreftklinikken har allerede innført flere av tiltakene som Riksrevisjonen anbefaler; to daglige møter mellom seksjonslederne på sengepostene, kortere overlappingstid mellom to vaktskift og ansettelse av avdelingssjef sykepleie . Forholdene skal ligge godt til rette for en mer fleksibel bruk av pleieressursene.

I forbindelse med omorganiseringen pr. 1. september 2017, ble det ikke gjort strukturelle endringer som berører arbeidsflyten i klinikken. Som vist på organisasjonskartet, så ligger tumorgruppeorganiseringen fortsatt fast.

Jeg har formulert følgende problemstilling: Hvilke muligheter og begrensinger gir tumorgruppeorganiseringen når det gjelder optimal utnyttelse av pleieressursene ved Kreftklinikken?
For å besvare problemstillingen er det tre tema jeg skal se nærmere på:

- Betydningen av den psykologiske kontrakten mellom arbeidsgiver og ansatt
- Praksisfellesskap
- Selvstyrte grupper/team

For å få mer «kjøtt på beina» i besvarelsen, ønsker jeg å skygge en sykepleier fra hver gruppe på sengepostene, en sykepleier fra dagenheten og en fra poliklinikken i en halv dag (fra start om morgenen og til lunsj). Deretter ønsker jeg å stille dem noen spørsmål som omhandler praksis, tilhørighet, organisering og fleksibilitet. Intervjuene vil ta opptil 1 time.

Jeg vil ta notater underveis i skyggingen og under intervjuene. Jeg kommer ikke til å gjøre lydopptak eller ta bilder/video. Sykepleierne vil bli anonymisert og notatene tilintetgjort etter at sensur for oppgaven er falt.

Formålet med skyggingen er å se hvordan en vanlig dag er, i tillegg til at de også selv skal beskrive en vanlig dag på jobb.

Jeg ber om å få tilbakemelding på aktuelle kandidater, slik at jeg kan kontakte dem skriftlig for å spørre om de vil delta i undersøkelsen og avtale tidspunkt for skygging/intervju dersom de ønsker å delta.

Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

«Hvilke muligheter og begrensninger gir teamorganiseringen for optimal ressursutnyttelse ved Kreftklinikken?»

Bakgrunn og formål

Studien inngår i en masteroppgave i organisasjon og ledelse ved NTNU med spesialiseringsretning strategisk HR-ledelse.

Med utgangspunkt i Riksrevisjonens rapport om optimal ressursutnyttelse av sykepleieressursene i helsesektoren, ønsker jeg å se nærmere på hvilke muligheter og begrensninger tumorgruppeorganisering gir når det gjelder en optimal utnyttelse av pleieressursene

I forbindelse med omorganiseringen pr. 1. september 2017, ble det ikke gjort strukturelle endringer som berører arbeidsflyten i klinikken. Som vist på organisasjonskartet, så ligger tumorgruppeorganiseringen fortsatt fast.

For å kunne svare ut problemstillingen, trenger jeg mer kunnskap om sykepleiernes arbeidshverdag og hvordan de selv beskriver hverdagen sin

Hva innebærer deltakelse i studien?

Datainnsamling vil foregå gjennom skygging av en sykepleier fra hver gruppe på sengepostene. Skyggingen vil foregå fra vaktens oppstart til lunsj. Deretter ønsker jeg å gjennomføre et intervju med informantene på inntil en times varighet.

Jeg vil ta notater underveis i skyggingen og under intervjuene. Jeg kommer ikke til å gjøre lydopptak eller ta bilder/video. Mine notater etter skygging og intervju kan, hvis ønskelig, sendes deg til gjennomlesing og godkjenning før datamaterialet blir benyttet i studien.

Hva skjer med informasjonen om deg?

All informasjon blir behandlet konfidensielt. Det er kun undertegnede og veileder som vil ha tilgang til opplysningene. Informantene vil bli anonymisert i besvarelsen.

Prosjektet skal etter planen være ferdig 1.9.2018. Notatene blir tilintetgjort etter at sensur for oppgaven er falt. Hvis ønskelig, kan du få tilsendt et eksemplar av masteroppgaven.

Frivillig deltakelse

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

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, kan du ta kontakt med Bente Kristin Årbogen Andersen, tlf. 971 25 163, e-post: bente.kristin@hotmail.com. Samtykke til deltakelse kan gis på e-post.

Veileder er Ingunn Dahler Hybertsen ved NTNU, Institutt for pedagogikk og livslang læring, tlf 920 60 272, e-post: ingunn.hybertsen@ntnu.no

Vedlegg 3: Intervjuguide

BAKGRUNNSSPØRSMÅL:
Ansatt ved klinikken siden: Gruppe:

Arbeidsdagen din • Er det jeg har observert i dag, en vanlig dag? Utdyp! • Kan du beskrive arbeidsfordelingen i gruppa? • Hva kjennetegner praksisen på din gruppe? • Hva er det som skiller den fra den andre gruppen på sengeposten? • Hva er likt med den andre gruppen? Hvordan vil du beskrive gruppa di? (samhandling, tillit, tilhørighet, kompetanse)
Hvorfor tror du dere er organisert i team/gruppe? • Fordeler/muligheter? • Ulemper/begrensninger?
Hvordan vil du beskrive teamene/gruppene? Hva er bra? Hva er mindre bra?
Kan du beskrive/gi eksempler på arbeidsoppgaver som er like på gruppene/seksjonen? Kan du beskrive/gi eksempler på arbeidsoppgaver som du utfører som skiller seg fra arbeidsoppgavene på andre grupper/seksjonen?
Utgangspunktet for oppgaven er Riksrevisjonens rapport og anbefalinger om optimal ressursutnyttelse av pleieressurser i helsesektoren. Hva legger du i begrepet «optimal ressursutnyttelse»?
Det er mye snakk om fleksibilitet i forbindelse med optimal ressursutnyttelse. Hva legger du i begrepet? Kan du gi eksempler?
Hva er det som legger føringer for hvordan dere legger opp arbeidet for dagen? Styrer dere når dere skal/kan utføre arbeidsoppgavene selv? Er det begrensninger – evt hvilke?
Hvordan stiller du deg til å jobbe hele eller deler av en vakt på - En annen gruppe – hvorfor/hvorfor ikke? - En annen sengepost/seksjon – hvorfor/hvorfor ikke? - (trygghet/tillit/tilhørighet)
I hvilke situasjoner (når og hvordan) identifiserer du deg med - Gruppen din - Sengeposten - Kreftklinikken - St. Olavs hospital
Hvordan vil du beskrive forholdet til din leder? Har det endret seg over tid?
Hvilke forventninger tror du din leder har til deg? Hvorfor? Hvilke forventninger har du til din leder? Hvorfor?
Vil det påvirke forholdet til din nærmeste leder hvis du blir bedt om å ta hele eller deler av en vakt på en annen gruppe/sengepost? Hvorfor/hvorfor ikke? Hvordan?

• Hva motiverer deg i arbeidsdagen?
  o Hvorfor?
  o Hvordan?

Hvordan vil det påvirke motivasjonen din hvis du blir bedt om å gå på en annen gruppe/sengepost? Hvorfor?

Er du noe du har lyst til å tilføye – noe jeg ikke har spurt om og som du synes er viktig?