

Ragnhild Bjerkås

Sammenslåing av sykehus fra et sykepleierperspektiv

Masteroppgave i Helseledelse

Veileder: Erlend Vik

Mai 2024

Ragnhild Bjerkås

Sammenslåing av sykehus fra et sykepleierperspektiv

Masteroppgave i Helseledelse
Veileder: Erlend Vik
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Oppsummering

Tematikken for denne oppgaven er endringsledelse ved sammenslåing av sykehus. Etter at norske sykehus ble omdannet til helseforetak i 2001 økte antallet sykehussammenslåinger. I tiden fremover forventes flere omorganiseringer av helsetjenestene for å møte økende etterspørsel samtidig som inntektene og bemanningen blir knappere.

Tidligere forskning sier at en stor andel endringer feiler av både økonomiske og menneskelige faktorer. Mye av forskningen på sammenslåinger av sykehus er Amerikansk, har fokus på økonomi og er fra perioden etter sammenslåingen har skjedd. Denne oppgaven har derfor som mål å belyse hvordan ansatte kan oppleve forfasen til en sammenslåing av sykehus og hvordan de ledes. Kunnskap om hvordan ansatte opplever endringsprosesser kan gi informasjon som er viktig for en endringsleder med tanke på å håndtere motstand og skape fremdrift i endringen.

Det er benyttet kvalitative dybdeintervjuer for å belyse ansattes opplevelser av å jobbe i en organisasjon som sammenslås og hvordan mellomlederen leder en sammenslåingsprosess. Ansattes fortellinger tolkes i lys av Jacobsens og Yukls teorier om motstand ved endringer, mens mellomlederens rolle ses opp mot Hopes fire roller for mellomlederen i endringsprosesser.

Funnene i denne studien tyder på at selv om det er konflikter i starten av en sykehussammenslåing kan ansatte med tiden komme til en aksept. Ansatte ser ut til å være opptatt av å bli involvert og få nok informasjon om sammenslåingsprosessen. De etterlyser insentiver for å holde ut i tiden fra beslutning er tatt til sammenslåingen er gjennomført. De er også opptatt av å samarbeide på tvers av sykehusene for å bli kjent før de flytter til samme bygg.

Både ansatte og mellomledere beskriver travle dager. Data i denne studien tyder på at mellomlederen har for mange oppgaver samtidig som sammenslåingsprosessen pågår, noe som ser ut til å resultere i en ledelse som preges av administrasjon.

Abstract

The topic for this assignment is change management in hospital mergers. After Norwegian hospitals were transformed into health enterprises in 2001, the number of hospital mergers increased. In the future, several reorganizations of the health services are expected to meet increasing demand, while income and staffing will become scarcer. Previous research says that a large proportion of changes fail due to both economic and human factors. Much of the research on mergers of hospitals is American, focuses on economics and is from the period after the merger has taken place. This thesis therefore aims to shed light on how employees can experience the pre-phase of a merger of hospitals and how they are managed. Knowledge of how employees experience change processes can provide information that is important for a change manager with a view to dealing with resistance and creating progress in the change.

Qualitative in-depth interviews have been used to shed light on employees' experiences of working in an organization that is merging and how the middle manager leads a merger process. The employees' narratives are interpreted in the light of Jacobsen's and Yukl's theories about resistance to change, while the middle manager's role is compared to Hope's four roles for the middle manager in change processes.

The findings in this study suggest that even if there are conflicts at the start of a hospital merger, employees can eventually come to an acceptance. Employees seem keen to get involved and get information about the merger process. They are calling for incentives to persevere in the time from decision being made until the merger is completed. They also seem keen to collaborate across hospitals to get to know each other before moving to the same building. Both employees and middle managers describe busy days. Data in this study suggest that the middle manager has too many tasks at the same time as the merger process is ongoing, which seems to result in a management characterized by administration.

FORORD

Denne masteroppgaven markerer slutten på en videreutdanning i helseledelse. Det har vært fire lærerike, men travle år. Det å skrive en masteroppgave kan sammenlignes med en endringsprosess. Selv om det kan være smertefullt når prosessene pågår, kan det resultere i en god og positiv mestringsfølelse til slutt.

Det er uvisst om fordypning i endringsledelse har gjort meg til en bedre leder, men den har gitt ny innsikt i forskningens verden og et godt grunnlag for videre utvikling. Mine kollegaer vil kanskje si at jeg burde hatt mer kunnskap i endringsledelse før sammenslåingen av sykehusene og Helseplattformen traff for fullt. Det kan jeg ikke benekte, men jeg kan love at ny kunnskap skal brukes etter beste evne i de videre prosessene. Takk til gode forelesere ved NTNU Ålesund, Høgskolene i Molde og Høgskulen i Volda. Dere har lagt gode rammer for både læring og nye bekjenskaper. Videre vil jeg sende en ekstra stor takk til min veileder, Erlend Vik, for konkrete og direkte tilbakemeldinger. Takk for tålmodigheten da akademisk skriving og tekstproduksjon var på et lavmål.

Takk til informantene for gode perspektiver og viktig innsyn i sykepleieres og seksjonslederens hverdag. Setter stor pris på at dere tok dere tid i en travel arbeidshverdag.

Uten ledere som verdsetter utdanning og utvikling ville ikke studiet vært gjennomførbart. Det er krevende med full jobb og deltidsstudium ved siden av. Takk for tilretteleggingen de gangene det var nødvendig og for at dere ser verdien av utdanning.

Takk til mine venner og medstudenter for gode bidrag til rekreasjon, faglige diskusjoner og korrekturlesing.

Sist men ikke minst en stor takk til familien som både har holdt meg fast i virkeligheten og bidratt til at denne utdanningen ble mulig: Mamma for intuitivt å stille opp da det trengtes. Thea Marie og Ole Magnar for tålmodighet, oppmuntringer, støtte og alle middager servert hjemme og levert til kontoret da det kokte som verst.

Ragnhild Bjerås

15.05.2024

Oppsummering	1
Abstract	2
FORORD	3
1.0 Innledning	7
1.1 Bakgrunn og problemstilling	8
1.2 Case beskrivelse	9
1.3 Oppgavens avgrensning og struktur	9
1.0 Tidligere forskning	11
2.1 Fokus på økonomi	11
2.2 Politisk styring i offentlige organisasjoner	12
2.3 Den menneskelig faktoren	13
2.0 Teoretiske perspektiver på endring og endringsledelse	16
3.1 Endring i organisasjoner	16
3.1.1 Organisasjoner og endring	16
3.1.2 Drivkrefter	17
3.1.3 Innhold og omfang	17
3.1.4 Planlagt endring	18
3.1.5 Kontekst	18
3.2 Motstand og motivasjon	19
3.2.1 Tillit, makt og verdier	20
3.2.2 Relasjoner	20
3.2.3 Fordeler og kostnader	21
3.3 Ledelse og leder	21
3.3.1 Administrasjon og ledelse	21
3.3.2 Hva kjennetegner helselederen?	22
3.3.3 Sykehus, profesjon og hierarki	23
3.4 Mellomleder og endringsledelse	23
3.4.1 Hvem er mellomlederen?	23
3.4.2 Terapeuten	24
3.4.3 Balansekunstneren	25
3.4.4 Entreprenøren	25
3.4.5 Kommunikatoren	25
4.0 Metodisk tilnærming	26
4.1 Valg av metode	27
4.2 Utvalg og rekruttering av informanter	28
4.2.1 Strategisk utvalg	28

4.2.2 Informantene	31
4.3 Intervjuguide.....	32
4.3.1 Oppbygning av intervjuguide.....	32
4.4 Gjennomføring av intervjuene.....	33
4.5 Transkribering	35
4.6 Analyse.....	35
4.7 Etikk og personvern.....	37
4.8 Datakvalitet.....	38
4.8.1 Reliabilitet	38
4.8.2 Validitet.....	39
5.0 Presentasjon av resultat	40
5.1 Sammenslåing og uenigheter.....	40
5.2 Knappe ressurser og arbeidsmiljø.....	42
5.2.1 Begrensninger som følge av knappe ressurser	42
5.2.2 Tanker om fremtidig arbeidsmiljø	44
5.2.3 Arbeidstidsordninger	45
5.2.4 Fagutviklings muligheter.....	46
5.2.5 Samarbeid på tvers og internt	46
5.4 Sammenslåingsprosessen.....	48
5.4.1 Tidligere erfaringer med endringer i foretaket	48
5.4.2 Informasjon om sammenslåingen	48
5.4.3 Involvering i sammenslåingsprosessen	50
5.5 Ledelse	52
5.5.1 Ledelsen sett fra ulike perspektiver.....	52
5.5.2 Lederstruktur	54
6.0 Diskusjon.....	55
6.1 Sykepleiernes opplevelse av sammenslåingsprosessen.....	55
6.1.2 En stor endring for sykepleierne	55
6.1.3 Forståelse av hvorfor sykehusene sammenslås	56
6.1.4 Sammenheng mellom tid og motstand	57
6.2 Sykepleiernes opplevelse av motstand og endringsvilje	57
6.3 Sykepleiernes opplevelse av sammenslåingsprosessen.....	60
6.3.1 Sykepleiernes behov for informasjon i sammenslåingsprosessen	60
6.3.2 Sykepleiernes opplevelse av involvering i sammenslåingsprosessen	61
6.4 Hvordan seksjonslederne leder	62
6.4.1 Seksjonslederen og konkurrerende logikker	62

6.4.2 Samarbeid i lederlinjen og OU	63
7.0 Oppsummering og konklusjon	65
7.1 Kritiske refleksjoner av eget arbeid	66
7.2 Videre forskning	67
Litteraturliste	68

1.0 Innledning

Forskning viser at inntil 70 % av alle store endringsprosjekter, som sammenslåing av sykehus representerer, feiler. Endringsprosjektene feiler enten økonomisk ved at de ikke oppnår forventet resultat, eller de ansatte i organisasjonene opplever for stor belastning og slutter. (Belschak et al., 2020; Dao & Bauer, 2021; Nair, 2007; Thomas, 2016). Selv om det har vært enormt mye forskning på sammenslåing og oppkjøp, uansett type bedrift, er feilraten fremdeles høy. (Dao & Bauer, 2021). Dao og Bauer (2021) mener den menneskelige faktoren er for dårlig belyst selv om den er sterkt berørt i alle sammenslåinger og oppkjøp. De etterlyser forskning på ledelse av ansatte gjennom prosessen. Det er viktig at ansatte ikke blir sett på som instrumentelle uten menneskelige egenskaper og ledere må forstå at konsekvensene for individene påvirker det endelige resultatet (Dao & Bauer, 2021). Dersom ansatte ikke klarer å integreres i endringen, feiler sammenslåingen eller oppkjøpet (Dao & Bauer, 2021; Wesenberg, 2023) For å tilføre mer kunnskap om den menneskelige faktoren i sammenslåing av sykehus vil denne oppgaven legge vekt på sykepleieres opplevelse av en sammenslåingsprosess, og hvordan de ledes.

Når sykehus slås sammen, representerer det en stor endring som berører alle ansatte i organisasjonen. Konsekvensene kan være ulike avhengig av hvor i organisasjonen de jobber, hva som slås sammen og i hvilket omfang (Jacobsen, 2018; Jacobsen & Thorsvik, 2019). Felles for alle berørte er at noen vil gripe mulighetene til utvikling mens andre mener sammenslåingen er unødvendig, ikke ønskelig og vil gi uttrykk for motstand. I et slikt motsetningsforhold skapes det lett konflikter mellom de som er motstandere og forkjempere for sammenslåingen. I sykehus må helsepersonell forholde seg til endringene samtidig som de skal ivareta kvaliteten på pasientbehandlingen. For noen kan dette bli svært utfordrende og ressurskrevende (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Ansatte kan oppleve en økning i jobbkrav siden de må fokusere både på pasientbehandlingen og sammenslåingsprosessen (Jacobsen, 2018) Dersom det ikke følger økte ressurser med endringen vil det føre til en ubalanse i forhold til jobbkrav og ressurser, som igjen kan føre til lavere jobbfornøydhet og høyere turnover (Saksvik & Christensen, 2015).

Det er derfor viktig for en førstelinjeleder (Jacobsen, 2019), som i denne oppgaven kalles seksjonsleder, å være klar over hvordan helsepersonell ser på sammenslåing og sammenslåingsprosessen. Seksjonslederne er leder leddet nærmest ansatte og har derfor direkte mulighet til å påvirke og håndtere deres motstand eller støtte engasjementet. De må balansere kravene fra ledere over, ansatte som er nærmest pasientbehandlingen (Wesenberg, 2023) og prosjektorganisasjonen, som er vanlig å etablere ved større prosjekter (Jacobsen, 2016). Dette gir seksjonslederne en spesiell rolle siden de er nærmest ansatte og lengst unna toppledelsen og styret som vedtar eller forkaster føringene og planene som kommer fra prosjektorganisasjonen (Wesenberg, 2023).

Siden press på offentlige tjenester vil utfordre hvordan sykehus og helsetjenester organiseres i fremtiden vil sammenslåing eller omorganisering av sykehus være et aktuelt tema også i tiden fremover (NOU, 2023:8) Dersom fremgangsmåten i sammenslåingsprosessene ikke endres vil antallet feilslåtte sammenslåinger være vedvarende høyt (Dao & Bauer, 2021). Mer av forskningen bør derfor konsentreres om forfasen til sammenslåingen som frem til nå er lite belyst (Choi & Brommels, 2009; Kjekshus & Hagen, 2007; Larsen et al., 2020). Denne kvalitative studien er et bidrag til

forskning på området. Det tas utgangspunkt i sykepleieres opplevelse av sykehussammenslåing og kobler det opp mot seksjonslederens ledelse av endringen. Caset bygger på sammenslåingen av sykehusene i Molde og Kristiansund, hvor det fremdeles er full drift ca 1 år før sammenflytting.

Videre i kapittelet presenteres bakgrunnen for studien som leder til problemstillingen og en presentasjon av caset før kapittelet avsluttes med hvordan oppgaven er oppbygd og avgrenses.

1.1 Bakgrunn og problemstilling

Ideen til oppgaven startet med en nysgjerrighet på hvordan ansatte opplever sammenslåingen av sykehusene i Molde og Kristiansund. Forhistorien til sammenslåingen inneholder en betent konflikt som raste i mange år og engasjert en hel befolkning sammen med lokale politikere. Striden har stått om funksjonsfordeling, spørsmål om ett eller to sykehus og til slutt lokalisering av et felles sykehus (Myrbostad, 2011; NOU, 2023:8). Sammenslåing av sykehus er i utgangspunktet en komplisert og omfattende endringsprosess (Jacobsen, 2018). Konflikten legger til momenter som kan komplisere denne prosessen.

I følge Yukl (2019) eksisterer det alltid endringsmotstand i en gruppe mennesker, men den behøver ikke å være ensidig negativ. En viss motstand kan føre til gode diskusjoner og fruktbare løsninger, men det forutsetter at noen håndtere og moderer diskusjonene. Hvordan endringen ledes vil kunne påvirke ansatte og deres vilje til å være med (Jacobsen, 2018; Yukl, 2019). Dersom ansatte ønsker å jobbe ved det nye sykehuset, må de forberede seg på å forlate arbeidsmiljøet de kjenner og de må bidra til å bygge et nytt. Alternativet er at de slutter og finner en ny jobb. Ansatte i en organisasjon blir sett på som den viktigste ressursen (Saksvik & Christensen, 2015). Dersom de ikke blir med kan det bli vanskelig å lykkes med sammenslåingen. Det er nærliggende å tenke at et nytt og moderne sykehus vil føre med seg udelt positivitet, men med foretakets polariserende forhistorie kan det være grunn til å tro at ikke alle er like fornøyde med sammenslåingen. For å belyse ansatte perspektivet i en sammenslåingsprosess og hvordan de ledes på seksjonsnivå, har studien følgende problemstilling:

Hvordan opplever sykepleiere på sengepost å jobbe i en sammenslåingsprosess og hvordan ledes de?

For å utdype problemstillingen stilles følgende forskningsspørsmål:

Hvilke holdninger, forventninger og oppfatninger har sykepleiere til sammenslåingen?

Sykepleiernes holdninger, oppfatninger og forventninger til sammenslåingen dannes av erfaringer de har med organisasjonen og i samspillet med andre kollegaer. Med bakgrunn i informasjonen de har tilgjengelig og påvirkningen fra andre i samme situasjon dannes deres virkelighetsforståelse og virkelighetsbilde (Bang, 2013; Jacobsen, 2018). Dette danner deres opplevelse som igjen er utgangspunktet for en eventuell motstand eller endringsvilje som seksjonsledere må håndtere i samarbeid med ledere på høyere nivå for å lykkes med sammenslåing av flere seksjoner (Jacobsen, 2018).

Hvordan er seksjonsledere involvert og hva gjør de for å forberede egen seksjon?

Seksjonslederne skal lede og forberede egen seksjon på sammenslåing og flytting. Forskningsspørsmålet søker svar på hvilket mulighetsrom som finnes for endringsledelse for seksjonsledere. For å ta vare på og lede ansatte, må seksjonslederne forstå sykepleierne. Samtidig må de finne rollen mellom prosjektorganisasjonen og ledelsen på høyere nivå.

1.2 Case beskrivelse

Det nye akuttsykehuset bygges på Hjelset i Molde kommune og skal være ferdig høsten 2024. All somatisk døgndrift samles på det nye sykehuset og skal etter planen flytte inn våren 2025. Det skal fortsatt være polikliniske spesialisthelsetjenester ved Kristiansund sykehus sammen med kommunale tjenester i et distrikts medisinsk senter. Fellessykehuset heter Sykehuset Nordmøre og Romsdal, forkortes SNR (Helse Møre og Romsdal, 2023). Studien tar utgangspunkt i ett fagområde som har full drift ved begge sykehusene i dag. Seksjonene skal slås sammen og fordeles i 8 sub spesialiteter i det nye akuttsykehuset. Et nytt felles akuttsykehus på Hjelset og omstilling til dagtilbud i Kristiansund gir nye betingelser for arbeidsprosesser, pasientforløp, teknologi, logistikk og organisering av ledelse (Helse Møre og Romsdal, 2023). Oppgaven handler om sykepleieres opplevelse av sammenslåingsprosessen før de fysisk flytter sammen. Seksjonslederne skal lede sykepleierne gjennom prosessen. De skal forholde seg til både lederlinjen og prosjektorganisasjonen.

I stor bygge- og omorganiseringsprosjekter er det vanlig å opprette en prosjektorganisasjon. Den skal ivareta både planlegging av bygget og utvikling av organisasjonen, men den opprinnelige organisasjonen har lederansvaret og dermed beslutningsmyndighet (Jacobsen, 2016). Mandatet for organisasjonsutvikling, OU, sier at SNR skal være en attraktiv arbeidsplass med robust kompetanse og god samhandling for å skape pasientens helsetjeneste (Bakke, 2020). OU skal sammen med ledelinja sikre at ansatte har ferdighetene og kunnskap nok til å ta i bruk nye areal, ny logistikk og ny teknologi. Prosjektlederne for OU har sammen med linjeledelsen ansvar for å utarbeide forslag til pasientflyt, utvikle felles fagmiljø, lage overordnede planer for opplæring i nytt bygg og implementere nye konsepter. Prosjektet har bred involvering av ansatte, ledere og brukerorganisasjoner (Helse Møre og Romsdal, 2023) Dette betyr at seksjonslederne må planlegge sammenslåingen med både prosjekt- og linjeledere (Helse Møre og Romsdal, 2023).

1.3 Oppgavens avgrensning og struktur

Studien er gjennomført i en somatisk del av sykehusene i Molde og Kristiansund. Oppgaven begrenses til å omhandle ett fagområde som har sengepostdrift ved begge sykehusene. De uavklarte fagområdene er utelatt siden det ville tilført en annen dimensjon med usikkerhet. I en større oppgave ville dette perspektivet vært interessant.

Alle sykehusene i fylket ble slått sammen til ett helseforetak i 2011. Sykehusene i Molde og Kristiansund har derfor hatt felles toppledelse og administrasjon siden den gang. Det har vært skiftende organisering av ledelsen gjennom årene og den siste

omorganiseringen var våren 2023. Sykehusene i Molde og Kristiansund fikk da felles ledelse fra avdelingsleder nivå og oppover (Helse Møre og Romsdal, 2023). Noe som betyr at denne delen av organisasjonen er sammenslått. Fokuset i oppgaven rettes derfor mot sykepleiere og seksjonsledere siden de ikke er sammenslått på dette tidspunktet. Det er ulike profesjoner og ansattgrupper i et sykehus. I SNR er legene organisert under egne seksjonsledere, bortsett fra noen få unntak, og de forholder seg til både poliklinisk drift og sengepost. Valget falt derfor på sykepleierne som er sengepostenes største ansattgruppe.

Siden studien er ute etter samspillet med sykepleiernes nærmeste leder, vil den handle om seksjonslederne og noen koblinger til prosjektorganisasjonen og lederlinja. Både avdelingsleder og seksjonsleder kan omtales som mellomleder siden de har ledere over og de har noen å lede (Hope, 2015). I denne oppgaven omtales mellomlederen som seksjonsleder og motsatt.

Studien foregår samtidig som SNR prosjektet utvikles. Intervjuene ble avsluttet i august 2023. De foregikk i et begrenset tidsrom i forfasen. Ca 1,5 år før den fysiske sammenslåingen skal skje. Det betyr at empirien er knyttet til en bestemt fase i endringsprosessen.

Empirien belyses ved hjelp av forskning og teoretisk grunnlag. Det er enormt mye forskning på sammenslåing og oppkjøp av sykehus. Forskning som anses relevant for oppgaven presenteres i kapittel 2. Utvalget er begrenset til forskning som beskriver kontekst for styringsparadigmer, større sammenslåinger av sykehus og hvordan sammenslåinger kan påvirke ansatte.

Opgavens teoretiske perspektiv bygger på endringsprosessen beskrevet av Jacobsen (2018). Grunnleggende forståelse av ledelse og administrasjon tar utgangspunkt i Kotter (2019). Det trekkes linjer frem til ulike perspektiver på endringsledelse og helselederen. Mellomlederens ulike roller i endring brukes som bakgrunn for å belyse hvordan seksjonsledere kan håndtere sammenslåing av sykehus. Perspektivet er hentet fra Hope (2015). Dette presenteres i kapittel 3

Den metodiske fremgangsmåten i studien, avveininger som er tatt og vurdering av studiens reliabilitet og gyldighet presenteres i kapittel 4

Kapittel 5 som omhandler data og analyse, er bygd opp ved at sykepleiernes opplevelser presenteres før seksjonsledernes. Utvalg av sitater og hvem de er referert fra kan fremstå som noe ujevnt. Det betyr ikke at informantene er vektet ulikt. Når en informant rommet flere av de andres poenger, ble denne valgt for å understøtte analysen best mulig.

Diskusjon av funnene i studien, sett opp mot forskning og oppgavens teoretiske grunnlag presenteres i kapittel 6. Funnene er basert på sykepleiernes opplevelse av å jobbe på sengepost i en sammenslåingsprosess og seksjonsledernes perspektiver er med på å underbygge eller nyansere deres opplevelser. Siste del av dette kapittelet handler om hvordan seksjonslederne ledersammenslåingsprosessen.

Kapittel 7 inneholder en kort oppsummering og avslutning med forslag om videre forskning.

2.0 Tidligere forskning

Forskningen er valgt ut med mål om å belyse oppgavens problemstilling. Sykepleieres opplevelse av sammenslåing av sykehus må ses i sammenheng med kontekst for ledelse hva som driver endringene, hvem som setter de i gang og hvordan de ledes.

2.1 Fokus på økonomi

I løpet av 1980- og 1990 tallet så vi en rekke sammenslåinger, oppkjøp og reorganiseringer av amerikanske sykehus. Målet var å øke organisasjonenes langtidsoverlevelse, øke effektivitet, bedre økonomien, øke pasientsikkerheten og ta samfunnsansvar (Bazzoli et al., 2004, p. 248; Choi & Brommels, 2009). Det amerikanske helsesystemet skiller seg fra det norske og skandinaviske helsevesenet ved at de fleste sykehusene er privat eid og markedsbasert, mens i skandinaviske land er de fleste offentlig finansiert og eid (Kjekshus & Hagen, 2007). Den største forskjellen er at offentlige sykehus styres av folkevalgte politikere og finansiert av offentlige midler. Prinsippene bygger på likeverdighet og forutsigbarhet. Private sykehus er eid og styrt av private investorer og forbrukernes etterspørsel bestemmer satsningsområdene. I løpet av de siste tiårene kan det sies at offentlige og private sykehus i stadig større grad ligner hverandre. De offentlige utsettes for sterke effektiviseringskrav og konkurranse, mens private i større grad forventes å ta samfunnsansvar (Jacobsen & Thorsvik, 2019) Dette er en liten dreining bort fra oppfatninger fra tidlig midten av 2000 hvor det ble hevdet at erfaringer fra sammenslåinger i privat sektor ikke alltid kan kopieres over til offentlig sektor siden det er signifikante forskjeller på private og offentlige organisasjoner (Christensen et al., 2007).

Mye av forskningen på området er fra USA siden de var tidligere ute med sammenslåinger og oppkjøp enn i Storbritannia og Skandinaviske land, som Norge sammenligner seg med (Roald & Edgren, 2001; Solstad & Petterson, 2020) Bazzoli et al. (2004) har gått igjennom 100 studier fra 1980-1990 årene i USA. Målet var å skape en helhetsforståelse av hvordan organisatoriske endringer påvirket helsesystemet i USA og hva de lærte av endringene. Selv om målene med oppkjøpene og sammenslåing var både økt effektivisering og pasientsikkerhet, var forskningen i stor grad sentrert rundt om organisasjonene lyktes med å kutte kostnader og øke økonomisk gevinst gjennom optimalisering av organisering og ledelse etter sammenslåingen eller oppkjøpet var gjennomført (Bazzoli et al., 2004). Oppfatningen om at økonomi er viktigere enn den menneskelige faktoren støttes av en rapport fra Deolitte og Healthcare Financial Managment Association (HFMA) som Williams Jr et al. (2020) viser til. Tilgang på kapital oppgis oftere som grunn for sammenslåing og oppkjøp i det amerikanske helsesystemet enn effektivisering av pleien. I europeisk forskning støttes dette av Dao og Bauer (2021) som hevder at myke verdier, som menneskene representerer i organisasjonen, spiller en mindre rolle enn økt profitt og ekspansjon i markedene (Dao & Bauer, 2021).

I Norge og Skandinavia økte antall sykehussammenslåinger fra slutten av 1990 (Choi & Brommels, 2009; Kjekshus et al., 2014; Solstad & Petterson, 2020). Etter at bedriftstanken i norske sykehus ble mer fremtredende fra de ble gjort om til helseforetak, finner vi også studier på hva som er økonomisk lønnsomt i norsk forskning. Kjekshus og Hagen (2007) fant i en studie fra perioden 1992-2000 at kostnadsreduksjon var størst der flere sykehus var involvert i sammenslåingen og hvor akutte funksjoner og administrasjoner ble sentralisert. Samtidig rådet det en overbevisning om at kvaliteten på pasientbehandlingen økte med større volum av aktiviteter som man får når enheter som driver lik behandling blir slått sammen (Kjekshus & Hagen, 2007). Det er et sterkt fokus på forskning av økonomiske fordeler og ulemper ved sammenslåinger av sykehus. Dette kan bety at det er noen hull i forskningen som denne oppgaven kan være med på å belyse ved å fokusere på de myke verdiene.

2.2 Politisk styring i offentlige organisasjoner

Målsettingen for norske offentlige helsetjenester er at de skal være likeverdige og tilgjengelige for befolkningen (Rohde & Torvatn, 2017). Det er derfor politikernes oppgave å fordele ressursene på en slik måte at de når målene og som en konsekvens av dette går de av og til direkte inn med oppdrag om omorganisering av tjenester og organisasjoner (Rohde & Torvatn, 2017). Videre i dette kapittelet presenteres tre større politisk bestemte store organisasjonsendringer fra Norge og Sverige.

Helseregionene Helse sør og Helse øst ble til Helse sørøst. Politikerne hadde klare forventninger til at sykehusene i Oslo området skulle bli mer effektive, forutsetninger for forskning og utdanning skulle bedres, personell skulle frigjøres for å jobbe andre steder i Norge og pasientbehandling skulle bli mer sammenhengende. De fulgte imidlertid ikke opp med strategier eller instruksjoner om hvordan forventningene skulle nås, men overlot det til helseregionene (Rohde & Torvatn, 2017). Helse sørøst utviklet en egen endringsstrategi (Rohde & Torvatn, 2017). Rohde og Torvatn (2017) evaluerte prosessen og resultatene. Funnene indikerer at omorganiseringen lyktes ikke på alle områdene. Det er for eksempel ansatt flere helsepersonell i perioden. Det var flere ansatte etter sammenslåingen enn før. Studien peker på noen forutsetninger for at sammenslåinger skal lykkes. Målsetninger og visjon må være klar, organisasjonen må være villig til å prioritere, tiden og ressursene det tar for å lykkes med grunnleggende endringer må ikke underestimeres, ansatte må få informasjon som angår deres daglige aktiviteter og det må være en sterk støtte fra ledelsen (Rohde & Torvatn, 2017).

En annen politisk bestemt endring var omstruktureringen av trygdeetaten, arbeidsmarkedsetaten og den kommunale sosialtjenesten til Ny arbeids- og velferdsforvaltning, NAV. Den beskrives som en av de største forvaltningsreformene i Norge (Askim et al., 2008). Målet med reformen var å bedre kunne håndtere problemer som oppstod mellom ulike forvaltningsnivå og sektorer (Christensen et al., 2007). Trygde- og arbeidsmarkedsetaten var et sentralt nivå og kommunale sosialtjenesten et lokalt (Christensen et al., 2007). Endringen involverte tre organisasjoner med ansatte spesialisert på egne felt, tre sett med ledere og enhetene var fra ulike forvaltningsnivåer. Den enorme kompleksiteten og motstridende interne interessene førte til at problemløsning ble begrenset av interne konflikter mellom de opprinnelige enhetene og i noen grad fra ytre kontroll. De kulturelle faktorene var mindre fremtredende gjennom prosessen (Askim et al., 2008). Erlie (2017) sier at reformen var mislykket og spør om

man kunne unngått støyen og arbeidsmiljøproblemene dersom politikerne hadde hatt nok kunnskap før reformen ble vedtatt. Erlien (2017) antyder at dersom organisasjonsendringer skal virke som tiltenkt må de som setter i gang endringen ha full oversikt over hva som kan påvirke ansattes adferd (Erlien, 2017, pp. 373-374). Reformen var som sagt politisk initiert, men Erlien (2017) antyder at den videre prosessen var dårlig koordinert mellom de ulike nivåene. Selv om NAV kanskje er en av de mest komplekse offentlige organisasjonen i Norge, er ikke drivkraften og innholdet i endringen helt ulik sammenslåing av sykehusene i denne oppgaven. Begge var politisk initiert og toppstyrt. Selv om sykehusene befinner seg på likt forvaltningsnivå, kan kompleksiteten sammenlignes på noen områder som for eksempel involvering av flere organisasjoner dersom en regner med prosjektorganisasjonen til SNR. Begge endringene inneholder konflikter.

Bestemmelsen av å slå sammen Karolinska og Huddinge sykehus i Stockholm, er et eksempel fra Sverige på en stor sammenslåing med bakgrunn i en politisk beslutning. Den politiske diskusjonen hadde pågått i flere år, før en tid med økonomiske utfordringer satte fart på den endelige avgjørelsen (Choi & Brommels, 2009). Choi og Brommels (2009) sier at samtidig som sammenslåingen var økonomisk motivert, hadde de en målsetting om å bli Europas ledende universitetssykehus innen forskning.

Toppledernes arbeid med å implementere de radikale endringene viste seg å være utfordrende siden den politiske beslutningen hadde hindret lederne i å ta initiativet til endringene i utgangspunktet og de endte opp med å handle mer reaktivt enn proaktivt. Lederne ble syndebukkene i endringsprosessen selv om det var en politisk bestemmelse (Choi et al., 2011). Initialt i organisasjonsendringen lyktes de best med en strategi som var styrt fra toppledelsen og nedover i organisasjonen, Top down, men etter en stund viste det seg at avdelingen som hadde brukt den motsatte strategien hvor ansatte ble stimulert til å bidra fra bunnen og opp, Bottom up prosess, lyktes bedre i det lange løp, både økonomisk og kulturelt (Choi et al., 2012). Choi et al. (2012) sier at lederne må forstå at offentlig helsevesen er basert på konkurrerende logikker. Ledelsen må ta hensyn til markedslogikken og samtidig håndtere profesjonene som er mer pasient- og behandlings orientert og sier at dette spenningsfeltet må vies oppmerksomhet (Choi et al., 2012).

2.3 Den menneskelig faktoren

Etter sammenslåingen av to norske sykehus fant Roald og Edgren (2001) at ulike oppfatninger, tolkninger av vage målsetninger og individuell usikkerhet angående fremtiden kan føre til motstand blant ansatte. Samtidig kan kulturforskjellene sinke sammenslåingsprosessen. Roald og Edgren (2001) viser i sin studie at ledere må skape en visjon og forståelse for nødvendigheten av sammenslåingen for at ansatte skal være med på endringen. De antyder at lederne i organisasjonene må ta det første skrittet og kommunisere tydelig til de andre. For at lederne skal forstå hvor berørt ansatte er av endringen, er det viktig at de lytter (Roald & Edgren, 2001). En annen artikkel påpeker at kulturforskjeller mellom organisasjonene kan spille en avgjørende rolle i hvordan ansatte integreres etter en sammenslåing (Smeulders et al., 2023). En del av kulturforskjellene kan komme til syne i forhold til hvordan to organisasjoner opplever hverandre. Ansatte fra en bedrift med høy status før en sammenslåing har en tendens til å klare seg bedre i etterkant enn de som kommer fra bedriften med lavere ansett status. Dette kan henge

sammen med at de fra høystatus bedriften føler seg overlegne den andre og slipper ikke til de ansatte på lik linje. De fra den ansette lavstatusbedriften kan føle seg underlegne og deltar derfor ikke i den grad de kunne gjort (Makri et al., 2012). Smeulders et al. (2023) viser i sin studie at lederne kan påvirke i både positiv og negativ retning, men for å lykkes er det viktig å kartlegge ulikhetene på forhånd og samtidig prøve å forutse ansattes oppførsel. God planlegging av integreringen kan derfor være viktig for å lykkes (Smeulders et al., 2023). Dette antyder at den psykologiske faktoren relatert til sammenslåingsprosesser ikke bør overses. Dette støttes av Kjekshus et al. (2014) som har funnet økt risiko for sykefravær etter sammenslåing av sykehus og de sier det er behov for mer forskning på den psykologiske faktoren relatert til endringsprosesser (Kjekshus et al., 2014). Derfor er det viktig at det tilføres ny forskning på ansattes opplevelser i sammenslåinger av bedrifter, som en sykehussammenslåing er.

Det er ikke bare sykefraværet som påvirkes i en endringsprosess. En stor omorganisering av politiet i Nederland ble fulgt i en longitudinal studie for å undersøke ansattes opplevelse av endringen over tid og fant at det kunne påvirke jobbengasjementet og deretter ønske om å slutte til lengre tid endringen tok. Artikkelen antydte at ansatte med Machiavelliske trekk, som kyniske, negative og selvopptatte var mer utsatt enn andre (Belschak et al., 2020). Tidsaspektet i en sammenslåing av organisasjoner kan derfor være en viktig faktor.

I en artikkel av Isonne et al. (2021) tyder funn på at jobbengasjement og jobbfornøydhets henger sammen med lederes og ansattes evne til å gi god kvalitet på pleie og omsorg i helsevesenet. Når organisasjonene omstruktureres er det ikke usannsynlig at jobbfornøydhets påvirkes (Isonne et al., 2021). Isonne et al. (2021) utførte en stor studie blant helsearbeidere på Sicilia og funnene indikerer at en organisasjonsendring har størst negativ påvirkning på jobbfornøydhets hos ansatte med administrative roller. Ansatte som jobbet direkte i pasientpleien syntes å være mindre påvirket. Faktorer som emosjonelt stress i tillegg til uforutsigbarhet og høyt arbeidstempo ser ut til å påvirke jobbfornøydhets i negativ retning i større grad enn en organisasjonsendring som ansatte skjønner er nødvendig (Isonne et al., 2021).

Choi og Brummels (2009) hevder det har vært lite forskning på sammenslåinger i Sverige frem til deres artikkel kom ut i 2009. De sier også at internasjonal forskning har vært variabel og en del tidligere forskning dreier seg om hva som gir økonomisk utbytte eller ikke og om implementeringen lyktes. De sier at senere forskning er mer opptatt av prosestetning. Valg og forberedelser i forfasen og selve prosessen i endringen kan være med på å bestemme utfallet i sammenslåinger (Choi & Brummels, 2009).

Doktorgradsavhandlingen til Choi (2011) angående sammenslåingen av Karolinska og Huddinge sykehus er et godt bidrag til prosessforskningen siden den belyser hele endringsprosessen fra planlegging til gjennomført. I Danmark oppsummerte «Forskningscenter for Ledelse & Organisation i Sygehusvesenet», FLOS, fem års forskning på det danske «sykehusvesens» utvikling, utfordringer og endringer. Det hevdes i rapporten at den har et budskap til alle. Både de med profesjonell ledelse på alle nivåer og medarbeiderne. Rapporten beskriver en sammenhengende kjede fra toppledelsen og ned til detaljer i pasientbehandling og med en tanke om at alt henger sammen (Borum, 2004). Selv om denne studien ikke forsker på hele sammenslåingsprosessen, kan den bidra med å belyse forfasen til sammenslåing av sykehus.

Kort oppsummert så kan det sies at det finnes mye forskning på sammenslåing og oppkjøp av organisasjoner generelt. Forskningen gir inntrykk av at den sterke politiske styringen som man ser i Skandinaviske land ikke er like fremtredende i USA, hvor markedskreftene ser ut til å være av større betydning. Selv om det ser ut til at land med privat helsevesen forsker mer på strategier og økonomisk utbytte enn land med offentlig helsevesen, tyder det på at den offentlige og private tilnærmingen de siste årene har ført til at offentlig helsevesen ser mer på hvordan de kan få størst effekt ut av ressursene. Det er mange likhetstrekk i forskningen inne private- og offentlige helsevesen med fokus på strukturer, strategier og ledelse, men mindre på helhetstenkning. Det som er funnet av forskning på politisk initierte sammenslåinger ser ut til å indikere krevende ledelsesforhold siden de preges av konflikter, uenigheter og ulike perspektiver. Noe som fører til vanskelige endringsprosesser for ansatte.

De europeiske og skandinaviske landene skiller seg litt ut gjennom de siste årenes forskning, hvor det tilsynelatende er viet mer oppmerksomhet på ansatte og hvordan de ledes enn hva som er tilfelle fra amerikansk forskning. Generelt er mye av forskningen basert på tiden etter sammenslåing bortsett fra noen få Europeiske studier som forsker på hele sammenslåingsprosessen. Med bakgrunn i dette vil denne studien med ansatte og mellomleder perspektivet før selve sammenslåingen skjer, være et godt supplement til tidligere forskning ved sammenslåing av sykehus.

3.0 Teoretiske perspektiver på endring og endringsledelse

Teori presentert i dette kapitlet danner et rammeverk for hvordan endring og endringsledelse kan forstås i sammenslåing av organisasjoner. Hva en endring er, hva som endres og hvilket omfang og kontekst endringen har, kan danne bakgrunnen for sykepleierne opplevelse av sykehussammenslåing

Siste del av kapitlet inneholder teoretiske perspektiver på ledelse i endring og fokuset er på seksjonsleder som omtales som mellomleder. Det tas utgangspunkt i Jacobsens to hovedretninger for endringsledelse, sett sammen med hva som kjennetegner ledere i helsetjenesten. Til slutt beskrives mellomlederens rolle ved hjelp av Hope (2015)

3.1 Endring i organisasjoner

En endring oppstår med en ide eller erkjennelse om at noe må forbedres. Det betyr ikke at det som gjøres i dag ikke er godt nok, men noen ganger må organisasjoner tilpasses for å være levedyktige i fremtiden. Endringer kan være både små og store. Noen skjer spontant ved at en eller flere ansatte finner en mer effektiv måte å løse en oppgave på i en seksjon, eller det kan være en mer omstendelig prosess, som å planlegge en sammenslåing av sykehus (Jacobsen, 2018). Det første underkapitlet definerer kort hva organisasjon og endring er, samt hva som kjennetegner et sykehus som organisasjon. Drivkreftene, omfanget, planleggingen og konteksten til en organisasjon i endring presenteres med utgangspunkt i Jacobsen (2018), men satt sammen av flere perspektiver.

3.1.1 Organisasjoner og endring

Mintzberg definerer en organisasjon som: «et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål» (Mintzberg i Jacobsen, 2018; Jacobsen & Thorsvik, 2019, p. 16). Det sosiale systemet består av mennesker som samhandler for å løse oppgaver mest mulig effektivt. For at de skal løse oppgavene er de avhengig av et annet system som for eksempel et bygg å være i, ressurser, maskiner og tid. Begge systemene må forholde seg til politiske bestemmelser, kunder, samarbeidspartner og eventuelt konkurrenter (Jacobsen & Thorsvik, 2019, p. 16). Det som Mintzberg kaller for systemer deler Jacobsen (2018), inspirert av Leavitt, i formelle og uformelle elementer. Det formelle består av strukturer, strategier og systemer, det vi forbinder med organisasjonens interne rammer for drift og styringssystemer. Det uformelle består av teknologi, ansatte og oppgavene de har, også kalt produksjonskjernen (Jacobsen, 2018), eller den operative kjernen (Jacobsen & Thorsvik, 2019) i organisasjonen.

En organisasjonsendring kan defineres som «En organisasjon har endret seg når den utviser ulike trekk på (minst) to ulike tidspunkter» (Jacobsen, 2018, p. 17). For at en endring skal ha funnet sted må en organisasjon beskrives på et tidspunkt og deretter

sammenlignes med et senere tidspunkt. Dersom en ser forskjeller kan en si at organisasjonen er endret. Jacobsen (2018) tar utgangspunkt i at organisasjoner jobber for å være stabile, selv om de i større eller mindre grad er dynamiske siden de består av sosiale systemer som i større eller mindre grad er i utvikling. (Jacobsen, 2018). Endring kan derfor forstås som en handling som bryter med kjente handlingsmønstre og skaper uforutsigbarhet (Jacobsen, 2018, p. 16).

3.1.2 Drivkrefter

Hva som driver frem endringen, kan ha ulike utspring. De små endringene kan komme fra ansatte selv, så kalte Bottom up prosesser. Større endringsprosjekter blir ofte initiert av overordnede krefter, Topp down prosesser. I private bedrifter kan utsikter til økt profitt og tilgang til ny teknologi eller kunnskap stimulere til store omorganiseringer eller sammenslåinger (Jacobsen, 2018). Offentlig helsevesen er forankret i politisk styring, og offentlig forvaltning har ansvar for likeverdige tjenester til alle (Rohde & Torvatn, 2017). Etter innføring av helseforetakene, måtte sykehusene i større grad forholde seg til bedriftsøkonomiske prinsipper. Utover 2000 tallet ble det økt fokus på økonomi, og sparing ble en drivende faktor for å slå sammen enheter. Samtidig var det ønske om å øke kvaliteten på behandlingen ved å samle kompetanse (Rohde & Torvatn, 2017). Drivkrefter for endring kan derfor komme fra både indre og ytre påvirkning og i en kombinasjon. Hvor klare de fremstår for organisasjonen og omverdenen sier noe om stryken de har. Til klarere og mer opplagt årsaken er til endring, til sterkere virker kraften for å få den gjennomført (Jacobsen, 2018).

3.1.3 Innhold og omfang

I følge Mintzberg i Jacobsen (2018) kan organisasjonen endres i tre strukturelle dimensjoner ved sammenslåing, oppkjøp eller utskilling. I den første strukturen kan spesialisering (bredde i oppgavene), standardisering (regler og rutiner) og kompetansen endres. Den andre strukturen kan endres med tanke på hvordan organisasjonen er fysisk oppdelt med enheter og avdelinger. Den siste strukturen er maktbalansen. Hvor bestemmelsene tas for hva i ledelses hierarkiet og staber (Jacobsen, 2018, p. 63).

Innholdet i endringen er med på å bestemme omfanget. Jacobsen (2018) sier endringer kan skje på to måter, enten stegvise eller brudd. Inkrementelle, stegvise, foregår over tid. Hvert steg i prosessen evalueres etter en milepælsplan, eventuelt korrigerer og tar ett nytt steg. Brudd er mer dramatiske og forkaster det en tidligere har trodd på eller drevet med. Noe nytt dannes. Hva som endres i en organisasjon kan være alt fra faglige rutiner til større omorganiseringer. Små endringene krever ikke nødvendigvis bred involvering av mange. Det er ikke dermed sagt at de ikke møter motstand, men de kan være mindre komplekse enn endringer som påvirker hele organisasjonen. De store organisasjonsendringene forgår i både formelle og uformelle strukturer (Jacobsen, 2018). Kommer tilbake til dette under kontekst. Wesenberg (2023) sammenligner endringer av større organisasjoner med en stor båt som skal snu på sjøen. Det tar tid og snuoperasjonen må planlegges (Wesenberg, 2023).

3.1.4 Planlagt endring

Store omorganiseringer av organisasjoner, som sykehus, planlegges av en eller flere aktører. Startpunktet for endringen settes når beslutningen eller initiativet tas. Siden organisasjonen føres fra en tilstand til en annen ses det som en prosess. Det kan være minst to teoretiske innfallsvinkler for å beskrive en planlagt endringsprosess. Den ene tar utgangspunkt i Leavitts diamantmodell (Wesenberg, 2023), som Jacobsen (2018) refererer til med formelle og uformelle strukturer. Når en organisasjon endres, kan det derfor være i både de formelle og uformelle strukturene og endring i en, vil kunne føre til endring i den andre (Jacobsen, 2018). Modellen tar utgangspunkt i at alt henger sammen med alt og den gir en god forståelse for organisasjonens indre dynamikk. Kritikken til Leavitts modell er at den fremstår for kompleks i en praktisk endringsprosess (Wesenberg, 2023). Den andre kjente modellen tar utgangspunkt i Lewins trefasemodell og er lineært fremstilt med en klar start, stegvis innføring, prosjektet legges ned og overføres til linjen i organisasjonen etter den er innført (Wesenberg, 2023). Lewins modell baseres på at vi har en eksisterende situasjon som skal over til en fremtidig og ønsket situasjon. Mellomstasjonen er endringstilstanden. Leavitt i Wesenberg (2023) betegner første fase som opptining. I denne fasen forberedes organisasjonen på endringen ved at eksisterende tankesett må legges bort og nye ideer må plantes (Wesenberg, 2023). I opptiningsfasen ligger det en erkjennelse av at endringen er nødvendig. Enten ved at den blir tvunget frem, eller nødvendigheten har gradvis kommet til syne (Yukl, 2019, p. 270). I endringsfasen skjer selve endringsprosessen. Denne perioden kan oppleves kaotisk og uoversiktlig for ansatte siden det de kjenner utfordres, og det nye er ennå uoversiktlig (Wesenberg, 2023). Yukl (2019) legger til at i denne fasen er det mer positivitet enn i første fase, som i større grad kan preges av motstand. I den siste fasen fryses endringen fast, men den har ikke lyktes før den er godkjent og innarbeidet i organisasjonen (Yukl, 2019). Hva som kan forventes av motstand og utfordringer er dermed avhengig av hvilken fase en er i og planlegging av håndtering må derfor tilpasses deretter (Jacobsen, 2018).

3.1.5 Kontekst

Organisasjoner eksistere i ulike sammenhenger og rammer, eller kontekster som det også kalles. De forholder seg til både indre og ytre kontekster. Den indre består av forhold internt i organisasjonen og den ytre av omgivelsene. Kontekstene både begrenser og åpner muligheter for hvordan endringer kan skje. Både indre stabilitetskrefter og ytre forhold er med på å bestemme hvor lett eller vanskelig det vil være å endre (Jacobsen, 2018, p. 87).

Noen organisasjoner endres lettere enn andre ved at de er bedre på å ta inn impulser fra omgivelsene og videreutvikle ideene, eller omgivelsene tillater endring. Som nevnt tidligere søker organisasjoner stabilitet og forutsigbarhet. Hvordan organisasjonen er konfigurert sier noe om hvor stabile de egentlig er og hvor tilbøyelig de er til å kunne endres. Sykehus er det Mintzberg i (Jacobsen, 2018), kaller for profesjonelle byråkrati og kjennetegnes ved at profesjonene har høy grad av autonomi, stor grad av spesialisering og desentralisert beslutningsstruktur. Det betyr at leger, sykepleiere og spesialister har

stor uformell makt i kraft av sin spesialitet. De kan derfor ikke alltid overstyres til å gjøre endringer de er uenige i (Jacobsen, 2018).

Hvor tett eller løst organisasjonen er koblet til omgivelsene vil også si noe om hvor lett den er å endre. Dersom det er vanlig med erfaringsutveksling mellom to seksjoner kan det vær større tilbøyelighet til endring siden en bringer med seg gode ideer inn.

Sykehusavdelinger er stort sett løst koblet internt. Det betyr at det som skjer i en seksjon behøver ikke å ha konsekvenser for en annen, spesielt ikke dersom de er fra ulike fagområder. De er derfor ikke nødvendigvis avhengig av hverandre ved interne endringer i seksjonene. Samtidig kan interne løse koblinger være til hinder ved større organisasjonsendringer (Jacobsen, 2018, pp. 87-94). Store organisasjoner inneholder komplekse strukturer, systemer, mange ansatte må koordineres og samordnes for at endringen skal lykkes. Til større organisasjonene er, til mer kompleks kan strukturen være og til vanskeligere kan det være å endre hele organisasjonen. Samtidig kan det være flere ressurser tilgjengelig i store organisasjoner enn i små (Jacobsen, 2018).

Tidligere erfaringer med endringsprosesser vil også ha betydning. Dersom det har vært vellykkede endringsprosesser, kan det være tilbøyelighet til nye endringer, men behovet avtar og motsatt dersom det har vært mislykkede endringer. Da oppstår det behov for nye og organisasjonen vil forsøke igjen (Jacobsen, 2018). Amundsen og Kongsvik (2008) ser dette på en litt annen måte. De sier at gjentatte mislykkede endringsforsøk fører til at ansatte blir endringstrett. De har lite overskudd til å forsøke nye endringer dersom de bruker mye energi og får lite resultater (Amundsen & Kongsvik, 2008).

Drivkrefter, innhold, omfang, kontekst og hvordan endringen er planlagt kan danne grunnlaget for motstand, motvilje og motivasjon i en større endringsprosess (Jacobsen, 2018), som en sykehussammenslåing. Neste kapittel handler om hvordan opplevelsen av både motstand og motivasjon kan oppstå.

3.2 Motstand og motivasjon

Hope (2015) sier at hvert individ har ulikt syn og oppfatning av hva en endring representerer, om den er en trussel eller om den gir et mulighetsrom til utvikling (Hope, 2015). Nair (2007) hevder at menneskenes respons på en sammenslåing av organisasjoner har utspring fra fire hovedområder og hvordan de opplever dem: kulturkollisjon, en følelse av vi versus dem, usikkerhet rundt prosessen og effekten det kan ha på ens egen karriere eller jobbutsikter i bedriften (Nair, 2007, p. 87). Det er en grovinndeling av områder hvor motstanden kan oppstå. Yukl (2019) nyanserer i større grad, som vi skal se i de følgende underkapitlene. Han sier det er vanlig med motstand mot endringer. Ikke for at det eksisterer uvitenhet eller mangler fleksibilitet, men motstand er en naturlig reaksjon for å beskytte egne interesser og bevare innflytelse. Jacobsen (2018) og Yukl (2019) er på mange områder enig hvordan motstand oppfattes, men Jacobsen er mer nyansert ved å påpeke hvordan noe kan oppfattes både som motstand og motiverende (Jacobsen, 2018). For å forstå hvordan både motstand og motivasjon oppstår må en være klar over hvordan endringen påvirker enkeltmennesket, relasjonene og forholdet mellom menneskene (Jacobsen, 2018, p. 130).

3.2.1 Tillit, makt og verdier

Yukl (2019) sier en av de største årsakene til motstand er manglende tillit til de som foreslår endringene. Mistilliten kan være gjensidig og mistanken går ut på at motparten ikke forteller hele sannheten og at det finnes skjulte agenda. Dersom måten en har gjort ting på frem til nå har vært vellykket, kan det være vanskelig å se nødvendigheten av å endre (Yukl, 2019). Jacobsen (2018) legger til at både faglig uenighet og om endringen er nødvendig kan skape motstand. Andre kan oppfatte endringen som nødvendig og veivalgene fremstår som fornuftige og dermed slutter seg til (Jacobsen, 2018). Selv om det foreligger en erkjennelse om at noe må endres, kan forslaget avvises med bakgrunn i at ansatte tror den vil mislykkes. Til mer radikal endringen fremstår, til vanskeligere er det for enkelte å gjennomføre. Tidligere erfaringer med feiling av endringsforsøk kan føre til tvil om at det lar seg gjennomføre denne gangen (Yukl, 2019, p. 268).

Små eller store endringer kan kreve endrede rutiner og løsninger som ansatte må lære. Det er ikke alltid den enkelte er villig til å gi den ekstra innsatsen. Når det kreves nye arbeidsmåter, vil personer med manglende selvtillit nødig bytte kjente rutiner med nye. Større endringer kan føre til tap av faglig status og makt både for enkeltpersoner og avdelinger. Nye problemer krever andre løsninger enn de en er vant til å løse. Dersom ny ekspertise må hentes inn, vil de som hadde posisjonen tidligere mistet makt og status (Jacobsen, 2018; Yukl, 2019). Dersom en ansatt er redd for å bli overflødig og miste jobben kan det oppstå en frykt for det ukjente. Hvor stor frykten er avhenger av hvilke alternativer en har. Selv om frykten tas bort, er det ikke sikkert det skapes oppslutning for det skal mer til enn bare fravær av frykt (Jacobsen, 2018).

Endringer som strider mot ens faglige integritet, verdier og idealer kan vekke sterke følelser. Dersom verdiene er en del av organisasjonskulturen vil det vekke motstand blant mange og ikke bare enkeltpersoner. Noen ønsker ikke å bli kontrollert av andre og motsetter seg endring av den grunn. Hos disse vil en tvangsgjennomføring av endringen føre til bitterhet og fiendskap (Yukl, 2019, pp. 268-269).

3.2.2 Relasjoner

Store organisasjonsendringer med omgrupperinger av ansatte kan føre til at opparbeidede relasjoner må brytes og ansatte må danne nye. Oppbrudd fra en kjent sosial tilhørighet kan føre til motstand mot endringen (Yukl, 2019). Jacobsen (2018) ser ikke dette som bare kime til motstand men også en mulighet for motivasjon for enkelte. Dersom ansatte opplever et dårlig sosialt arbeidsmiljø, kan en omorganisering oppleves som en mulighet til å komme ut av det gamle. De ser en sjanse til å danne nye relasjoner i håp om at det blir bedre enn det gamle arbeidsmiljøet (Jacobsen, 2018). Samtidig problematiserer han det som kalles Psykologiske kontrakter. Disse kontraktene har noen treffpunkter til det sosiale arbeidsmiljøet, men regulerer i større grad relasjonen til hele avdelingen og organisasjonen. Når et menneske har jobbet en stund i samme organisasjon, lærer det hvordan en forholder seg til ledere, kollegaer, hvilke oppgaver det forventes blir gjort og hvem som avgjør hva, når. Det blir stilletiene, ikke skriftliggjorte kontrakter. Når organisasjonen omorganiseres koster det tid og ressurser når slike kontrakter skal dannes på nytt (Jacobsen, 2018).

3.2.3 Fordeler og kostnader

En endring kan ha økonomiske fordeler for organisasjonen, men menneskene som eventuelt taper inntekt, goder eller jobbsikkerhet vil ikke ønske endringen velkommen. Til og med endringer som har opplagte fordeler vil kunne møte motstand dersom omkostningene er større enn verdien tilført (Jacobsen, 2018; Yukl, 2019). På den annen side kan det tenkes at belønning eller incentiver kan skape oppslutning om endringen, men materielle belønninger hevdes å ha kortvarig effekt siden de ikke klarer å skape en langvarig affektiv oppslutning (Jacobsen, 2018).

Organisasjoner, som lokalsykehus, kan være dypt forankret i nærmiljøet. Når de trues av nedleggelse, eller større omstruktureringer, som flytting av funksjoner inne samme helseregion, fører det ofte til protester fra innbyggerne og lokale medier. Dette engasjerer også lokale politikere som ønsker å beholde arbeidsplassene innen kommunen. For det enkelte individ har det også konsekvenser, avstanden til arbeidsplassen kan bli lang dersom den flyttes ut av kommunen. Dersom de vil beholde jobben må de flytte eller pendle, begge deler har konsekvenser for familielivet (Jacobsen, 2018, p. 138).

Yukl (2019) henviser til Lewin og sier at motstand kan overvinnes på to måter. Enten ved å øke incentivene og bruke makt for å tvinge de gjennom eller redusere motstandskreftene. Samtidig sier han at motstand kan ses på som sterke verdier og følelser. Dette kan være en kilde til energi i endringen dersom motstanden skifter til å bli støttende (Yukl, 2019, p. 270). Debatter om endringen er gjennomførbar, smart og fornuftig må få spillerom før en beslutning tas. Dersom denne motstanden stoppes før vedtak, kveles debatten. Viktige diskusjoner, og dermed verdifulle innspill til endringen, kan gå tapt. Motstanden som oppstår eller vedvarer etter beslutningen er tatt, kan bli problematisk og må håndteres av ledelsen (Jacobsen, 2018).

3.3 Ledelse og leder

Dette kapittelet tar utgangspunkt i Kotter (2019) for å kort forklare ledelse og administrasjon. Deretter ses det mer spesifikt på hva som kjennetegner endringsledelse og helselederen for deretter å belyse kort sammenhengen mellom sykehus, profesjon og hierarki.

3.3.1 Administrasjon og ledelse

Kotter (2019) sier «administrasjon handler om å takle kompleksitet» (Kotter, 2019, p. 56) Fremveksten av store organisasjoner har tvunget frem behovet for rutiner og prosedyrer for å holde orden. Administrasjon kobles til orden på strukturer, økonomi og kvalitet. Det settes mål for driften og ansatte får delegert ansvar for gjennomføring. Kontrollsystemer avdekker avvik og de løses ved å planlegge tiltak. Planlegging brukes for å produsere resultater og ikke forandringer (Kotter, 2019).

I motsetning til administrasjon, som søker orden og rammer, handler ledelse om å håndtere forandringer. Næringslivet er blitt mer uforutsigbart og konkurranseutsatt siste

årene. Det kreves kontinuerlig forandring for å være konkurransedyktig. Visjoner skapes for å inspirere til endring og ansatte samkjøres for å forstå hva de innebærer. Ledelse er å motivere og inspirere for å oppfylle visjonen, selv om det støtes på utfordringer underveis (Jacobsen, 2018).

Jacobsen (2018) beskriver to lederstiler for endring og kaller de for E og O. E står for Economic og O for Organizational. Lederstil E tar som oftest utgangspunkt i toppledelsen og toppstyring, Topdown. Den definerer behovet for endring, planlegger og implementerer. Forberedelsen til endringen kjennetegnes av at både motstand, engasjement og uformell makt kartlegges. Neste steg for leder er å skape allianser for å overvinne motstandskreftene. Ledelsen av ansatte preges av overvåking. Trusler og tvang kan bli brukt for å gjennomføre endringen (Jacobsen, 2018). Ikke ulikt transaksjonsledelse som kjennetegnes av å være regel og rutinepreget. Den belønner ytelse og ønskelig adferd. (Bass, 2019). Både lederstil E og transaksjonsledelse bærer preg av administratorrollen.

Jacobsen (2018) sier Lederstil O er egnet ved organisasjonsendringer i de uformelle elementene, den menneskelige ressursen. Den oppmuntrer til deltakelse og har som mål å skape endringskultur. Den ansatte blir sett og leder bruker tid på å motivere. Lederstil O stimulerer til endringer fra produksjonskjernen, Bottomup. Med mål om at de forankres oppover i organisasjonen. For at ansatte skal lære av hverandre tar lederen ansvar for å sette i gang informasjonsutveksling mellom individene (Jacobsen, 2018). Lederstil O kan sammenlignes med transformasjonsledelse som kjennetegnes av respekt, tillit og støtte til individet (Bass, 2019). Begge formene for endringsledelse har mye til felles med det Kotter (2019) beskriver som ledelse.

3.3.2 Hva kjennetegner helselederen?

Helsevesenet står overfor betydelig utfordringer i tiden fremover. Stadig flere har behov for helsetjenester samtidig som inntektene og bemanningen blir knappere. Ledere i helsetjenestene har et stort ansvar for å ivareta en rekke roller. De endres i takt med forventningene fra samfunnet, politikere og pasienter om mer effektive og bedre helsetjenester. Dette utfordrer måten helsetjenestene er organisert og ledet. I fremtiden må helseledere være i stand til å håndtere de kommende endringene, ved å være robuste og endringsvillige. Helseorganisasjonene bestemmer ikke alt selv, de må forholde seg til politiske føringer uten at de har kontroll på hva som bestemmes. De må ta ansvar for gjennomføring i egen organisasjon ut fra samfunnets prioriteringer (Kirchhoff et al., 2024). Kirchhoff et al. (2024) sier: «Helseledelse viser generelt til styring, ledelse og administrasjon av helseorganisasjoner eller helsetjenester og spenner over ulike aktiviteter og nivåer i helsetjenestene (Kirchhoff et al., 2024, p. 13). Noe som betyr at helselederen må kombinere og beherske de ulike rollene som administrasjon og ledelse representerer.

3.3.3 Sykehus, profesjon og hierarki

Sykehus har, som andre organisasjoner, en hierarkisk ledelsesstruktur hvor beslutningsmyndighet og makt er inndelt i nivå. Toppledelsen bestemmer strategier og godkjenner endringer. Mellomledelsen koordinerer og følger opp den operative kjernen, som har faglig beslutningsmyndighet for pasientbehandlingen. Hierarkiet utgjør en rett linje fra toppleder, via mellomledere til helsepersonell. Utfordringer håndteres på ulike nivå og dersom det ikke løses på opprinnelig nivå, må det løftes til neste. (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Dette gir ledere på forskjellige nivå ulike utgangspunkt og oppgaver i en endringsprosess. Jacobsen (2018) sier det kan være vanskelig for den formelle ledelsen og gjøre endringer dersom de ikke får støtte fra profesjonene. Hvis helsepersonell slutter kan ikke kompetansen automatisk erstattes (Jacobsen, 2018) Saksvik og Christensen (2015) sier at menneskene i organisasjonene er den viktigste ressursen. Tap av kompetanse kan være en reel konsekvens av sammenslåing av sykehus dersom motstanden, eller arbeidsbelastningen blir for stor. Det er derfor viktig at ledelsen håndterer motstanden og samtidig er pådrivere for at endringen gjennomføres (Jacobsen, 2018).

3.4 Mellomleder og endringsledelse

Mellomleder, som ordet sier, har en rolle mellom toppledelsen og ansatte (Hope, 2015). Huy (2001) mener mellomlederen har 4 roller i en endring. Han kaller det terapeuten, balansekunstneren, entreprenøren og kommunikatoren. Terapeuten må håndtere usikkerhet, frykt og ivaretar ansatte. Balansekunstneren må balansere mellom oppgavene tilhørende daglig drift samtidig som hen må motivere og engasjere ansatte i endringsprosessen. Entreprenøren er nær ansatte og gir en unik posisjon for å kjenne detaljene og identifisere nye muligheter. Kommunikatoren oversetter endringsbudskapet slik at underordnede og de på samme linje forstår. Hope (2015) bygger mye av sin teori rundt mellomlederen på Huy (2001) sine betraktninger av mellomlederens rolle i endringsprosesser. I dette kapitlet presenteres mellomlederen, hans posisjonen i organisasjonen før de ulike rollene beskrives med utgangspunkt i betraktninger av Hope (2015), med innslag av flere perspektiver.

3.4.1 Hvem er mellomlederen?

Hope (2015) påstår at mellomlederen ofte har bakgrunn som medarbeider i bedriften og de virkelig gode mellomlederende har en miks av erfaring, kompetanse, nysgjerrighet, kreativitet og er løsningsorientert. Mellomlederen som kommer fra fagmiljøet har ofte tillit og kredibilitet siden de kjenner området de leder, for toppledelsen er dette en fordel siden de selv er et stykke fra driften (Hope, 2015). Mellomlederen kan være plassert på ulike nivå i en organisasjon. Jacobsen (2019) plasserer hen over det operative nivået, som inkluderer arbeiderne og førstelinjeledere, og under toppledelsen. Mellomlederen er da i et nivå mellom to ledelsessjikt (Jacobsen, 2019). Hope (2015) plasserer mellomlederen mellom toppledelsen og førstelinjemedarbeiderne og i mange organisasjoner kan det derfor være flere mellomlederledd (Hope, 2015).

De ulike ledelsessjiktene har ulike oppgaver i en organisasjon. Toppledelsen konsentrerer seg om virksomhetens strategiske nivå. De legger langsiktige planer og fokuserer på overordnet inntjening. Operasjonelt nivå får virksomheten til å fungere fra dag til dag. De påser at den daglige aktiviteten utføres rasjonelt. Samtidig skal de utforske nye muligheter og være pådrivere for å implementere forbedringer (Hope, 2015, p. 17). Mellomlederen befinner seg mellom det langsiktige og kortsiktige fokuset. Det betyr at hen må overbringe strategiske beslutninger til operativt nivå i forståelige termer slik at strategiene kan utføres og motsatt vei må hen videreformidle ideer fra det operative nivået til toppledelsen slik at de kan inkluderes i det strategiske arbeidet (Hope, 2015). I følge Hope (2015) fører dette til at mellomlederen blir oversetteren i organisasjonen. Det er ikke bare det språkmessige som må håndteres. De må også kunne mekle, forhandle og fortolke strategier, noe som gjør at de spiller en viktig rolle i endringsprosesser (Hope, 2015).

Hope (2015) hevder at Toppledelsen har oversikt, men ikke innsikt, mens ledere på lavere nivå har innsikt men ikke oversikt. Dette skaper utfordringer i en endringsprosess. Det som settes i gang fra toppledelsen kan derfor utilsiktet ende opp med et annet utfall. For at mellomlederen skal oppfatte bakgrunn og meningen med endringen slik den er tiltenkt fra toppledelsen, må de informeres grundig og på en slik måte at de forstår. Hvis ikke kan endringen bli oversatt til en annen mening. Mellomlederen må deretter skape et bilde for ansatte som de forstår. I en pågående endringsprosess er det viktig med kontinuerlig kommunikasjon oppover og nedover i lederlinjen, samtidig som mellomledere må kommunisere horisontalt for å koordinere på samme nivå slik at ikke endringen i organisasjonen ender i ulike retninger (Hope, 2015).

3.4.2 Terapeuten

Hope (2015) sier at en endring er en individuell øvelse i en kollektiv kontekst (Hope, 2015, p. 103) Endringer kan være på individnivå, gruppenivå og organisasjonsnivå. På individnivå må den enkelte omstrukturere måten hen tenker på. I gruppe er det fokus på interaksjonsmønsteret og dynamikken mellom individene. På organisasjonsnivå må det skje tilpasninger til omgivelsene, ny praksis må dannes, strukturer og kulturer endres (Wesenberg, 2023). Uansett hvilket nivå endringen skjer på, sier Hope (2015) det har vært fokus på enkeltindividets motstand mot endring de senere årene. Hvordan individet opptrer i en endring kan være ulikt. Noen engasjerer seg for at den ikke skal skje, andre saboterer, enkelte velger å slutte i jobben, mens noen forholder seg rolig i håp om at endringen aldri skjer (Hope, 2015). Uansett respons må mellomlederen, som har det daglige ansvaret for ansatte, håndtere stress- og sorgreaksjoner, frustrasjoner, sinne, depresjoner, og handlingslammelser. Samtidig må hen forhandle og megle mellom individer og grupper (Hope, 2015).

3.4.3 Balansekunstneren

Alle organisasjoner er avhengig av den daglige driften. En endringsprosess krever maksimal oppmerksomhet og dette kan føre til at virksomhetenes kjerneoppgaver lider under at ledere og ansatte har fullt fokus på endringen. Dette betyr at det enten må tilføres mer ressurser for at den daglige driften skal gå som normalt eller de som er involvert i endringen må jobbe et betydelig antall timer ekstra for å få tid til alle oppgavene. Mellomlederen må sørge for at pasientene får samme kvalitet som de ellers ville fått, samtidig som ansatte går gjennom en endring (Hope, 2015). Dette kan være utfordrende siden mellomlederen og ansatte får andre oppgaver og noen ganger må de ta over oppgaver fra andre, noe som tar fokuset bort fra de daglige oppgavene i en endringsprosess. Mellomlederen må balansere mellom virksomhetens kontinuitet og endring. Hen må også prioritere ressurs- og tidsbruk mellom de ulike oppgavene slik at effekten blir størst mulig på alle områdene. Klemmen mellom oppgavene og tidsbruken setter mellomlederen under et enormt press. Huy (2001) kaller mellomlederen en balansekunstner siden hen må balansere de to interessene i en organisasjon. Det er ulikt fra leder til leder hvor de setter fokuset. Noen vil gi all oppmerksomhet til endringen, mens andre vil fokusere mest på den daglige driften. Toppledelsen vil være tjent med en gruppe mellomledere som utfyller hverandre for å kunne oppå stabil drift samtidig som endringen pågår (Hope, 2015).

3.4.4 Entreprenøren

Oppgavene til mellomlederen vil være knyttet til å implementere endringen i seksjonen. Ansvar og oppgaver til nye arbeidsmåter må fordeles og avklares. Både blant ansatte, mellom seksjonene og i lederlinjen. Ansatte må veiledes og læres opp i nye arbeidsmetoder. Uavklarte oppgavefordelinger mellom ansatte og seksjonene må avklares. Strukturene som skal gjelde etter endringen må planlegges (Hope, 2015). Mellomlederens posisjon i organisasjonen er ifølge Hope (2015) unik. Nær nok ansatte til å kjenne driften, men samtidig nok avstand til å se et større bilde. Dette gir muligheter til å løse de daglige utfordringene og samtidig se mulighetene til utvikling av de nye måtene å jobbe på (Hope, 2015). Hope er opptatt av mellomlederens perspektiv i denne fasen, mens Wesenberg legger til ansattes perspektiv. Han sier at når medarbeiderne inviteres til deltakelse, tør de si sin mening. Det fører til at prosjektet eller endringen tilføres nye ideer. Når medarbeideren selv føler at hen bidrar er det med på å forsterke eierskapet til endringen (Wesenberg, 2023). Involveringsarbeid tar derimot mye tid, men det kan være vel anvendt siden det kan få endringen til å feste seg senere i prosessen. Det motsatte vil skje dersom ledere er utålmodige (Wesenberg, 2023).

3.4.5 Kommunikatoren

I en endringsprosess er det viktig at alle vet hva som skal skje, hvorfor og hva det vil kreve. Før mellomlederen informerer ansatte, er det viktig at de selv har integrert forståelsen. De kan ikke kommunisere troverdig om temaet uten at de kjenner og forstår begrunnelsene og innholdet i endringen, de må gjøre det til sitt eget. Mellomlederen har

en unik posisjon i kommunikasjonen siden de er tette på driften og kjenner den godt (Hope, 2015). Huy (2001) hevder at en endring har to faser i motsetning til Leawitt som mener den har tre. Huy (2001) kaller fasene for «Cognition», som kan oversettes til forståelse av endringen, og implementerings fasen. Både Huy (2001) og Hope (2015) sier kommunikasjonen er viktigst i implementeringsfasen. Wesenberg (2023) derimot sier at ansatte bør forberedes, involveres og rådføres i god tid før endringen skjer. Målet er å mildne den følelsesmessige reaksjonen før endringsarbeidet starter. Dette gjøres ved å skape forståelse for endringen ved å presentere aktivitetene, målet og hvilken effekt de skal ha (Wesenberg, 2023).

Kommunikasjon er et virkemiddel som ledere tar i bruk for å videreformidle informasjon som er viktig i en endring. Både kommunikasjonen og informasjonen må brukes på en profesjonelle og etisk forsvarlig måte. Den kan rettes både innad i bedriften og ut til omgivelsene. Internt foregår den på ulike nivåer mellom individene og gruppene. Ledere og ansatte utveksler ideer og synspunkter (Ellingsen et al., 2022). Kommunikasjonen som rettes innad i en virksomhet er viktig for å skape en felles forståelse og oppfatning som gjenspeiler verdiene i virksomheten (Hope, 2015). Den ideelle kommunikasjonen foregår både vertikalt og horisontalt i organisasjonen (Ellingsen et al., 2022). Ellingsen et al. (2022) hevder at kollegaer fra samme avdeling kommuniserer best siden de kjenner hverandres språk og de tenker og handler nokså likt. STAMMESPRÅK HVEM SA DET???

Dersom det skal være samarbeid på tvers av seksjoner, er det viktig å møtes for å snakke sammen (Ellingsen et al., 2022, p. 53). Hope (2015) påpeker at direkte dialog er mer effektivt enn allmøter og skriftlige notater siden en endring påvirker hvert enkelt individ. Det er ikke gitt at ulike seksjoner «snakker» samme språk. Viktige poenger kan misforståes og det kan være utfordrende å forstå hverandres behov uten at det kommuniseres direkte. Noe som kan utfordre helhetstenkingen og samordningen på tvers i organisasjonen (Ellingsen et al., 2022, p. 53)

4.0 Metodisk tilnærming

Interessen for å forske starter gjerne med en nysgjerrighet innenfor et tema, spørsmål som ønskes belyst, eller et konkret problem (Tjora, 2021). Ideen til denne studien startet med en nysgjerrighet for hvordan ansatte og seksjonsledere opplever sykehussammenslåingen og hvordan den håndteres ved de to involverte sykehusene. En sammenslåing av sykehus er en organisasjonsendring som berører både strukturer og menneskene som jobber der (Jacobsen, 2018). De som berøres av endringen vil ha ulike oppfatninger av hva det representerer. Noen vil i ulik grad føle motstand og gi uttrykk for det, mens andre ser frem til endringen og vil være pådrivere for at den skal lykkes (Jacobsen, 2018; Yukl, 2019) Interaksjonen mellom ansatte og seksjonsledere er interessant, siden seksjonsleder er ansattes nærmeste leder. De kan stå i posisjon til å påvirke deres vilje og motivasjon for å være med eller ikke på endringen. Med bakgrunn i dette blir målsettingen med metodevalget å belyse hvordan sykepleiere på sengepost opplever å jobbe i en sammenslåingsprosess og hvordan de ledes.

4.1 Valg av metode

Metoden som velges skal reflektere det en ønsker å forske på (Tjora, 2021), og er med på å bestemme den videre forskningsprosessen (Widerberg, 2011). Det er to hoved forskningsstrategier å velge mellom, kvalitativ og kvantitativ. Kvantitativ metode egner seg best til å beskrive virkeligheten i tall, tabeller og sammenligninger. Dersom kvantitativ metode skal brukes til å studere sosiale fenomener, bør fenomenet vise en stabilitet over tid for å kunne gi en meningsfull måling. Kvalitativ metode egner seg best ved ustabile sosiale fenomener som er i kontinuerlig endring og varierer etter konteksten de opptrer i (Ringdal, 2020). Den egner seg for å utforske prosesser, mekanismer (Tjora, 2021) og individets konstruksjon av den sosiale verden (Ringdal, 2020), det Tjora (2021) kaller virkelighetsoppfatninger. En kvalitativ studie passer til utforskende problemstillinger, og gir rom for svar og momenter som ikke er tenkt ut på forhånd av forskeren. Den vil gi en større dybdeforståelse enn en kvantitativ studie (Tjora, 2021).

Denne studien søker en dybdeforståelse av sykepleieres og seksjonslederers holdninger, oppfatninger og forventninger som er en del av deres virkelighetsoppfatning (Tjora, 2021), i forfasen til sammenslåing av sykehusene. Dermed egner studien seg for et utforskende kvalitativt design. Hvor dybdeintervjuer med seksjonsledere og ansatte blir benyttet for å belyse deres opplevelser, holdninger og forventninger til sammenslåingsprosessen, samt hvordan de ledes.

Dybdeintervjuer har lenge vært standardmetoden innen kvalitativ forskning, men det har blitt mer vanlig å tilpasse metodevalg etter tema og fokus (Tjora, 2021). Før avgjørelsen falt på dybdeintervju, ble fokuserte- og fokusgruppeintervjuer vurdert. Fokuserte intervju er egnet der tema hverken er vanskelig eller følsomt og tillit mellom intervjuer og informant kan skapes raskt. Avgrensning av potensialet i datamaterialet skjer før intervjuet ved at tema forhånds defineres og spisses. Fokuserte intervju er derfor tidsmessig kortere. Forhånds avgrensning av tema gjelder også for fokusgruppeintervju. Informantene må være komfortable med å delta aktivt i grupper og tørre å si sin mening. Fordelen med fokusgrupper er at det fanges opp mange ulike meninger om samme tema, samtidig som møtet er ansikt til ansikt hvor intervjuer får informasjon fra kroppsspråk. Informantene kan spille på hverandre og nye ideer tennes i samtalens løp. Fordelen med en fungerende fokusgrupper er at det samles stor mengde data på relativt kort tid (Tjora, 2021).

Sammenslåing av sykehus kan, som nevnt i innledningen, skape sterke følelser hos ansatte. Det vil alltid være noen som er for og noen imot. Overvekt av en type holdninger i en fokusgruppe kan føre til at de med en annen holdning ikke tør ytre sin mening, siden temaet kan oppleves kontroversielt. I denne studien har det vært ønskelig å fokusere på hva den enkelte opplever i nåtiden uavhengig av kollegaers meninger og påvirkning. Problemstillingen åpner for en dypere forståelse av individenes opplevelser og forventninger i en kontekst som er i omfattende endring. Derfor var Forhånds avgrensning av tema ikke ønskelig. Disse momentene talte for at individuelle dybdeintervjuer var mer egnet enn fokuserte- og fokusgruppeintervjuer i denne studien.

Observasjonsstudier har et stort potensial siden en får muligheten til å innhente informasjon direkte uten at den er tolket av informantene. Det gir en mulighet til å

studere det folk gjør og ikke det de sier de gjør (Tjora, 2021). Møter hvor ansatte og seksjonsledere diskuterer sammenslåing ville vært av interesse, men på grunn av min uerfarenhet ble ikke det vurdert før intervjuene var gjennomført og arbeidet med analysen hadde startet. Widerberg (2011) anbefaler at en vurderer nøye rekkefølgen av intervjuer og observasjoner dersom de to metodene kombineres. Dersom observasjon blir gjort først er det en ulempe at intervjuer og informant ikke kjenner hverandre. Når intervjuer blir gjort først er det alltid en fare for at både informanten og intervjuer føler seg styrt og kontrollert. Informanten vil leve opp til tidligere uttalelser og påstander i observasjonssituasjonen, mens intervjuer vil se etter det informanten har sagt (Widerberg, 2011). Dette tatt i betraktning, samt tidsaspektet, førte til at datainnsamlingen ble gjennomført kun med dybdeintervjuer.

Valgt metode er, som nevnt tidligere, med på å bestemme forskningsprosessen. Videre i dette kapittelet vil jeg beskrive og reflektere over de valg som er tatt i forbindelse med rekruttering av informanter, utarbeidelse av intervjuguide, gjennomføring av intervju og analysearbeidet. Til slutt i kapittelet vil jeg drøfte valgenes konsekvenser for studiens validitet og reliabilitet.

4.2 Utvalg og rekruttering av informanter

Kvalitativ forskning har potensial til å generere store mengder data uansett bruk av metode. Det er derfor viktig å avgrense det empiriske materialet ved å velge ut få enheter som en kan gå i dybden på. Det kan gjøres enten ved å velge et case eller deltakere etter spesielle kriterier (Tjora, 2021). I denne studien brukes dybdeintervjuer. Informantene velges ut fra egenskaper og kvalifikasjoner som er strategiske for å belyse problemstillingen fra ulike sider (Thagaard, 2013) og har som mål å samle inn materiale med tilstrekkelig rikt og varierte data (Malterud, 2021). Dette kalles et strategisk utvalg.

4.2.1 Strategisk utvalg

Ved starten av studien var ikke sykehusenes endelige struktur avgjort. Informanter fra fagområdene som ennå ikke var avklart, ville gitt en annen type informasjon enn de som allerede vet at de skal sammenslåes. For at ikke informantenes bakgrunn blir for ulik, falt valget på ett fagområde som vet at de både skal flytte og slås sammen, og de vet at all drift opphører ved dagens sykehus (Helse Møre og Romsdal). Utvalget begrenses derfor til å representere 3 sengeposter innen samme fagområde.

Selv om utgangspunktet for studien startet med å være nysgjerrig på ansattes opplevelser i sammenslåingsprosessen, ville det blitt mange informanter dersom en skulle valgt ut en fra hver ansattgruppe. Sykehusansatte har ulik fagbakgrunn og de jobber sammen i ulike strukturer. Eksempler på profesjoner og faggrupper ved sykehus: Leger, prester, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sekretærer, renholdere, ernæringsfysiologer, helsefagarbeidere, teknisk og IT osv. Alle har helt sikkert egne opplevelser i forhold til endringen. Ved sengepostene leder seksjonslederne stort sett sykepleiere, helsefagarbeidere og pleiemedhjelpere. Legene er organisert under egne seksjonsledere og arbeider på tvers av seksjonene innen samme fagområdet. De andre faggruppene har andre organiseringer (Helse Møre og Romsdal, 2023). Siden

nysgjerrigheten er på hvordan seksjonsledere leder endringen på sengepostene, ble det naturlig å velge sykepleierne. De leder den daglige pleien til pasientene på sengepostene og står dermed nærmest seksjonslederen i direkte samarbeidslinje.

Utvelgelsesstrategien er basert på et tilgjengelighetsutvalg. Det vil si at det er benyttet en seleksjonsmåte som i utgangspunktet sikrer at noen vil stille opp som informanter (Thagaard, 2013). Etter at alle godkjenninger var i orden, sendte jeg direkte mail med forespørsel om deltakelse til seksjonslederne for de utvalgte sengepostene. Informasjon og samtykkeskjema, se Vedlegg 1, var vedlagt mail. Antallet begrenset seg selv siden det er tre sengeposter. To av tre seksjonsledere var positive til å stille som informanter. De ble samtidig spurt om de kunne velge ut og spørre en sykepleier ved hver seksjon. 2 sykepleiere var klar innen de to første ukene. I utgangspunktet planla jeg å bruke snøballmetoden som utvalgsstrategi for å rekruttere sykepleiere. Snøballmetoden er vanlig å bruke i et tilgjengelighetsutvalg (Thagaard, 2013). Fremgangsmåten går ut på at forskeren tar kontakt med personer med de ønskede egenskapene eller kvalifikasjonene (Thagaard, 2013). I dette tilfellet ble sykepleiere, som jobber ved en sengepost som skal slås sammen ved flytting til nytt sykehus, valgt. Deretter foreslår førstekontaktene nye informanter, som igjen foreslår neste informant. På denne måten vokser utvalget (Tjora, 2021). For å få tilgang til sykepleierne ved sengepostene var jeg avhengig av at seksjonslederne spurte og videresendte mail med opplysninger til den første sykepleieren. Det ville blitt for tidkrevende å reise rundt til alle sengepostene for å rekruttere direkte selv. Seksjonslederne fungerte på denne måten både som portvakter og samtidig bidrog til å finne relevante sykepleiere. Samtidig var det ikke fritt frem for seksjonslederne å velge hvem som helst. Selv om snøballmetoden ble forsøkt brukt, var det et strategisk utvalg i bunnen.

Fordelen med denne utvelgelsesstrategien er at ikke en person i den forespurte organisasjonen sitter på hele makten i utvelgelsen. Forskeren kan få bedre kontroll på utvalget selv ved at forslag på neste kandidat kommer fra første informant. Samtidig må forskeren være oppmerksom på at utvelgelsesprosessen kan bli tilfeldig, som igjen kan føre til at forskeren mister kontrollen (Tjora, 2021). En annen ulempe med denne metoden kan være at det foreslås informanter som er lik den første forespurte siden de kommer fra samme miljø (Thagaard, 2013), eller i dette tilfelle, de som omgås mest på jobb. En annen utfordring kan være at den som oppgir forslag om neste informant, vet hvem vedkommende er og på den måten blir det vanskelig å overholde anonymiteten. Spesielt i små enheter hvor alle kjenner hverandre (Tjora, 2021). Dersom det er få informanter i en liten enhet kan informantene kjenne igjen sine egne utsagn og koble andre utsagn til informant man selv har foreslått. Når studien inneholder sensitive tema, som for eksempel hvordan man opplever egen leder, er det ikke gunstig dersom utsagn kan spores tilbake til en informant. Ved fare for å bli gjenkjent, kan dette ha betydning for hvilken informasjon vedkommende deler i intervjuet (Tjora, 2021). Dette kan igjen påvirke reliabiliteten i oppgaven. For å komme rundt problemstillingen om anonymitet, ba jeg første informant om å gi mer enn ett navn som forslag til neste informant. Dersom snøballmetoden hadde fungert, ville det fratatt seksjonslederen oversikt over hvem som var informanter i seksjonen og den som ble intervjuet ville dermed minsket muligheten for å bli gjenkjent av leder.

Sykehusene benevnes som A og B for at de ikke skal være lett gjenkjennbare. På denne måten kobles ikke informantene til et navngitt sykehus og det er lettere å bevare anonymiteten. På sykehus A var det lett å rekruttere informant 2. Det er usikkert hvorfor det var vanskeligere å rekruttere fra sykehus B enn A. Der måtte jeg tilbake til seksjonslederne og spørre om de kunne finne flere informanter. Seksjonslederne hadde begrenset tid til rådighet og de strevde med å finne sykepleiere som ønsket å delta. Både seksjonsleder og første informant sa at sykepleierne vegret seg for å delta siden intervjuet skulle tas opp. Jeg undersøkte ikke nærmere hvorfor båndopptakeren virket avskrekkende. En annen grunn var at de ikke fant tid til intervjuet innenfor arbeidstiden og ønsket ikke å bruke egen fritid. Prosjektet hadde ingen økonomiske midler som kunne kompensere for tidsbruk. Motivasjonen for å delta måtte utelukkende bero på interesse og frivillighet, noe den i utgangspunktet skal gjøre (Tjora, 2021). Sett i etterkant kunne det ha vært en fordel om seksjonslederne valgte ut to til tre informanter ved første forespørsel.

Etter gjentatte purringer med ca en ukes mellomrom, lyktes det å få tak i totalt fem informanter før sommerferieavviklingen. Da den startet var det umulig å få tak i flere og prosjektet gikk inn i en stille fase. På høsten lyktes det å få tak i den siste informanten. Det vil si at innsamlingen av data pågikk fra begynnelsen av mai til september og tidsrommet ble derfor strukket lenger enn ønskelig. Endringsprosessen frem mot et nytt sykehus har kontinuerlig fremdrift og utvikling, det var derfor en viss fare for at siste informant hadde opplysninger som ikke var mulig for de andre informantene å inneha på et tidligere tidspunkt. Det vises derimot ikke i datamaterialet og grunnen kan være at sommerferien førte til langsommere fremdrift i endringsprosessene også. Ringdal (2020) sier at all samfunnsforskning har et forhold til tid. Både mennesker og organisasjoner endres over tid og endring i seg selv er en prosess som skjer over kortere eller lengre tidsrom. Et dybdeintervju er den kvalitative metodens øyeblikksbilde av det en ønsker å forske på. Inklusjon av informanter over lengre tidsrom enn det som var gjort, ville derfor blitt en tidsfeilslutning i studien som ville påvirket validiteten (Ringdal, 2020). Dette førte til at studien stoppet på fire sykepleierinformanter og to seksjonsledere. Selv om det var ønskelig med minst to sykepleier fra hver sengepost for å sikre data om eventuelt ulike syn og opplevelser inne samme miljø. I forhold til seksjonsledere, var det ikke flere å ta av innen samme fagområde for sengepostdrift. For å utvide materialet på seksjonsledersiden kunne det vært aktuelt å involvert et annet fagområde, men det ville utfordret avgrensningen av oppgaven.

Ved avgrensning av fagområdet, ble det få seksjonsledere å velge blant. Jeg hadde håpet å få med alle tre, men dessverre var det en som ikke kunne stille. Av de to som ble intervjuet var det en fra hvert sykehus, ulik aldersgruppe og ulik lengde med ledererfaring. Blant sykepleierne var det også like mange fra hvert sykehus. De var spredt i alder, hadde ulik familiebakgrunn og ulik lengde og erfaring fra sengepostene. Ved en tilfældighet var sykepleier informantene tillitsvalgt, verneombud, nyansatt assisterende seksjonsleder og en sykepleier med en rolle i seksjonenes kvalitetsråd. Dette var jeg ikke klar over før intervjuene var i gang. Jeg hadde heller ikke tenkt igjennom på forhånd at dette kunne skje. Den nyansatte assisterende seksjonslederen kunne vært medregnet blant seksjonslederne, men på grunn av den korte erfaringen fra ledelse, tiltrådte samme uke som intervjuet, ble det naturlig å bruke intervjuguiden tilhørende sykepleierne.

Få informanter er den største svakheten i utvalget. Det hadde, som sagt tidligere, vært ønskelig med flere. En seksjonsleder med lengre erfaring fra sykehusene og sykepleiere uten ekstra ansvar i seksjonene, kunne komplimentere det eksisterende utvalget. Selv om det kunne vært større spredning ved å inkludere flere, var det stor variasjon på informantenes bakgrunn, erfaring, alder og hvor lenge de hadde jobbet ved sengeposten. Dersom utvalget blir for homogent kan en miste data som en får med større variasjonsbredde (Thagaard, 2013).

4.2.2 Informantene

Informantene presenteres her i en tabell med oversikt over hvilken aldersgruppe de tilhører, hvor mange år de har med ledelseserfaring eller sykepleiererfaring og formell kompetanse i ledelse eller hvor sykepleierne har erfaring fra. Den siste kolonnen sier noe om ekstra oppgavene eller verv de har i seksjonen. Navnene er fiktive for å bevare anonymitet og de kobles ikke mot sykehus.

	Alder	Ledelseserfaring	Ledelsesutdanning	
Seksjonsleder Anita	50-60	29 års erfaring som leder. Mindre enn 1 år på sykehuset	Ingen, men studie i endringsledelse	
Seksjonsleder Trude	40-50	4,5 års erfaring som leder. Mindre enn 2 år på sykehuset	Ingen	
	Alder	Antall år med erfaring	Erfaring fra	Verv/ekstra oppgave
Sykepleier Siv	20-30	3 år	Både kommunehelsetjeneste og sykehus	Tillitsvalgt
Sykepleier Lise	30-40	13 år + videreutdanning	Sykehus	Medlem i seksjonsråd
Sykepleier Hege	50-60	35 år + fordypning	Både kommunehelsetjeneste og sykehus.	Verneombud
Sykepleier Petter	30-40	3 år + Bachelor i annet fag	Sykehus	Del av lederteamet

4.3 Intervjuguide

I en kvalitativ studie er det viktig å innhente mest mulig informasjon om temaet en ønsker å undersøke. Spørsmålene i en intervjuguide tilhørende dybdeintervju, bør derfor stilles på en måte som inviterer informanten til refleksjon og utdyping (Thagaard, 2013; Tjora, 2021). Intervjuguiden kan være med på å strukturere intervjuet og samtidig sikre at forskeren husker å stille alle spørsmål som dekker temaet. Samtidig må ikke bruken av intervjuguiden bli for rigid slik at en går glipp av data (Tjora, 2021). Intervjuguiden i denne studien er bygd opp etter dybdeintervju beskrevet av Tjora (2021). Den inneholder oppvarmings-, refleksjons- og avslutningsspørsmål.

4.3.1 Oppbygning av intervjuguide

Intervjuguiden starter med lette åpnings spørsmål, det Tjora (2021) kaller for oppvarmings spørsmål, som innbyr til å bli kjent for å skape en avslappende atmosfære. Hensikten med en innledende fase er å få informanten trygg nok til å dele meninger og tanker senere i intervjuet (Tjora, 2021). I åpnings spørsmålene lar jeg informantene si noe om egen bakgrunn, hvordan de opplever arbeidshverdagen og om de har et samarbeid med det motsatte sykehuset. Her får de muligheten til å beskrive nå situasjonen og deres eget utgangspunkt før endringen skjer.

Refleksjonsspørsmålene er kjernen i intervjuet (Tjora, 2021) og intervjuguiden inneholder fire tema for sykepleierne og fem for seksjonslederne. Første tema handler om holdninger til sammenslåingen. Her er det ønskelig å få frem hva som har vært med på å danne holdningene til sykehussammenslåingen. Holdningene kan være en kilde til både motstand og endringsvilje. Andre tema handler om oppfatning av sammenslåingsprosessen. Grad av involvering og hvor mye informasjon de får kan ha en betydning for om de føler eierskap til endringsprosessen eller ikke. Hvordan både sykepleierne og seksjonslederne opplever ledelse av endringsprosessene kan også påvirke motivasjon eller motstand. Det tredje temaet i intervjuguiden handler om forventninger til sammenslåingsprosessen. Forventningene kan være med på å bygge opp under positive og negative opplevelser i forbindelse med sammenslåingsprosessen. Det er naturlig å tenke at en stor omveltning kan føre til bekymringer. Samtidig kan noen glede seg til å være med på å skape noe nytt. For å få være med på nyskaping, må de være involvert i pågående prosesser og fremtidige. Det fjerde temaet søker å kartlegge hvordan ansatte og seksjonsleder opplever nærmeste leder og hvordan ledelsen ved sykehusene håndterer forberedelsene til endringen. Intervjuguidens refleksjonsdel avsluttes med å spørre hvordan seksjonslederne jobber med sammenslåingen i egen seksjon, deres opplevelse av ansatte og hvordan de blir involvert av ledere over. Seksjonslederne har en posisjon mellom ansatte og resten av ledelsen ved sykehusene. Det er derfor interessant å vite hvordan de opplever både ansatte og ledelsen over for å se på hvilket handlingsrom de har.

Den tredje delen av et intervju skal lede oppmerksomheten bort fra refleksjonsdelen. (Tjora, 2021) I avslutningen av intervjuguiden er det laget et spørsmål som lar informanten legge til opplysninger dersom det er noe de ikke har fått formidlet tidligere, og som de tenker er viktig. Her spør jeg også om de har forslag til en ny informant. Se kapittel om Utvalg og rekruttering av informanter. Til slutt informerer jeg hva som skjer videre i forskningsprosjektet, se Vedlegg 2.

Utforming av en intervjuguide er tidkrevende og det krever en del refleksjon rundt hvordan spørsmålene skal formuleres for at de er åpne og innbyr til refleksjon. For å se om spørsmålene kunne besvares, sette i gang en refleksjon og ble oppfattet som de var tiltenkt, ble det gjennomført to prøveintervjuer. I tillegg var dette en fin arena for å teste båndopptaker og mobilapp som var knyttet til tjenesten nettskjema. Ved å bruke nettskjema sørger en for at intervjuene blir sikkert lagret som lydfil. Fomling med teknisk utstyr er noe en absolutt ikke ønsker i en intervjusituasjon og testing er derfor viktig på forhånd (Tjora, 2021). Prøveintervjuene ble gjennomført så likt en reel intervjusituasjon som mulig og prøveinformantene var en sykepleier og en seksjonsleder, mest mulig likt oppgavens utvalg. Informantene var gode kollegaer og dermed en trygg øvelsesarena for min del. Underveis og etter prøveintervjuene ble det foretatt små justeringer i intervjuguiden, for eksempel ved at et spørreord hva ble byttet med hvordan. Prøveinformantene besvarte spørsmålene godt og på en særdeles reflekterende måte, noe som bekreftet at spørsmålene var utformet på en måte som kunne sette i gang refleksjon og de lot seg besvare. Min eneste bekymringen var at prøveinformantene brukte mye lengre tid enn jeg hadde tiltenkt. Prøveinformantene kunne ikke inkluderes i datamaterialet siden de ikke representerte utvalget.

4.4 Gjennomføring av intervjuene

Formålet med intervjuene var å samle omfattende og fyldig informasjon (Thagaard, 2013, p. 95) om sykepleiernes og seksjonslederens opplevelse av sykehussammenslåingen og hvordan seksjonslederne leder endringen i seksjonen. Det var ønskelig å få frem ulike perspektiver og synspunkter på temaene som var valgt ut i intervjuguiden (Thagaard, 2013). Dybdeintervjuer er egnet til å utforske verden sett fra informantens ståsted, spesielt der man er ute etter nyanser av opplevelser og erfaringer (Tjora, 2021, p. 128). Intervjuene ble gjennomført etter Tjoras (2021) fremgangsmåte i dybdeintervju: oppvarming, refleksjon og avslutning.

Dybdeintervju kan gjennomføres på ulike måter. Digitalt med f.eks Teams, fysiske møter eller via telefon (Tjora, 2021). Min erfaring er at noen sykepleiere vegrer seg for digitale møter, som nevnt tidligere var de skeptisk til båndopptaker, og jeg undres på om det kunne blitt vanskeligere å rekruttere sykepleiere dersom det var et digitalt intervju. I forhold til seksjonslederne ble ikke dette vurdert som et problem siden mye av møtevirknsomheten i organisasjonen foregår på teams etter Covid 19 pandemien. Fordelen med fysiske møter er at forskeren får med alle lyder og visuelle inntrykk som består av stemning, språkbruk, uttrykk og kroppsspråk, som kan være nyttig tilleggsinformasjon. Digitale møter gir mye av den samme informasjon, men hva som skjer utenfor kamera kan ikke fanges opp av forskeren (Tjora, 2021). Telefonintervju ble i realiteten ikke vurdert, men kan ha noen fordeler. De kan gi en større følelsen av anonymitet siden forsker og informant ikke ser hverandre. Temaene i denne studien har ikke et nivå av følsomhet som krever ekstrem forsiktighet. Å snakke med ukjente over telefon utfordrer muligheten til å skape god atmosfære siden en mister dimensjonen man har ansikt til ansikt (Tjora, 2021). Valget falt ganske raskt på fysiske møter. Etter at informantene hadde takket ja til å bli intervjuet, avtalte vi tid og sted

Intervjuene ble gjennomført ved informantens arbeidsplass. Sykepleierne ønsket ikke å forlate sengeposten i tilfelle det skulle oppstå en situasjon hvor de måtte hjelpe til. Ved flere av intervjuene hørtes alarmer i bakgrunnen og døren inn til intervjurommet ble åpnet. De burde vært gjennomført hvor en kunne sittet uforstyrret og uten at informantene satt parat til å rykke ut i sengeposten. Alle informantene meddelte at de hadde det travelt da de kom til intervjuet og det påvirket nok muligheten jeg hadde til å ta full regi i situasjonen, siden jeg måtte forholde meg til stressfaktoren som var utenfor min kontroll. Dette står i motsetning til det Tjora (2021) beskriver som en god atmosfære for et intervju. Han vektlegger at intervjuer etablerer rammene og skaper en avslappet stemning. Widerberg (2011) ser en fordel med at intervjuet foregår på arbeidsplassen. Informasjonen intervjuer får om informantene gjennom å observere miljøet de omgis, gir bakgrunnsinformasjon til videre bruk i intervjuet og analysen. Med bakgrunn i dette behøver jeg ikke lenger tenke at gjennomføring av intervju på arbeidsplassen var et kompromiss for at informantene kunne stille. Jeg velger å se på det som kilde til verifisering av data ved at jeg fikk se og høre travelheten.

Jeg innledet hvert intervju med å presentere meg selv, fortalte at jeg er seksjonsleder ved begge sykehusene og at jeg hadde et arbeidsforhold ved den ene sengeposten på sykehus A for ca 10 år siden. Informantene fra sykehus B visste ikke på forhånd at jeg hadde jobbet ved sengeposten ved sykehus A. Det var med høy risiko denne opplysningen ble delt med informantene ved sykehus B. De kunne tatt avstand med tanke på uroen som har vært mellom sykehusene. På en annen side kunne informantene følt seg lurt om ikke opplysningen ble delt på forhånd dersom det på et eller annet tidspunkt hadde kommet frem i intervjuet. Det kunne blitt oppfattet som et tillitsbrudd. Tillit er med på å minske avstanden mellom intervjuer og informant og det motsatte dersom tilliten ikke er tilstede (Thagaard, 2013). Samspillet mellom intervjuer og informant har betydning for kvaliteten på intervjuet. En god og tillitsfull atmosfære påvirker hva informantene føler seg komfortable med å dele av informasjon. (Thagaard, 2013).

Etter en kort intro presenterte jeg formålet med studien, men fortalte ikke mer enn hva de allerede visste dersom de hadde lest invitasjonen. Informantene visste at det ville bli brukt båndopptaker under intervjuet, men gjentok informasjonen for å være sikker på at det var greit. De fikk også opplyst at jeg brukte en mobilapp knyttet til nettskjema som backup og at lydfilen ikke ble mellomlagret på mobilen. Det var viktig for meg å informere kort om hvordan intervjuet ville foregå siden noen av spørsmålene var noe repeterende og enkelte spørsmål kunne oppleves som en kunnskapstest om endringsprosessen i organisasjonen. Jeg hadde ikke noe ønske om å sette dem i forlegenhet dersom noen spørsmål opplevdes utfordrende, og mente derfor det var best å advare på forhånd slik at de var mentalt forberedt. Lydenhetene hadde en maks opptakstid på 60 minutter, noe informantene fikk vite på forhånd slik at de ikke ble forstyrret dersom jeg måtte restarte enhetene. Alle intervjuene var gjennomført innen 60 minutter.

Selv om jeg hadde gått gjennom intervjusituasjonen med prøveinformanter og delvis pugget spørsmålsstillingen på forhånd, måtte jeg i løpet av første intervju følge intervjuguiden for å forsikre meg om at alle tema ble tilstrekkelig belyst. Jeg hadde ikke skrevet ned alle mulige oppfølgingsspørsmål på forhånd siden det ville føre til en uoversiktlig intervjuguide. I en intervjusituasjon ville det for meg, som uerfaren forsker, ført til at fokuset ville blitt ledet bort fra informanten og ned i intervjuguiden.

Sykepleierne hadde en tendens til å forholde seg systematisk til spørsmålene, men de reflekterte godt og hadde lange svar. Seksjonslederne reflekterte både over temaet og fortsatte til neste og var innom tema som ikke var forhåndsbestemt som for eksempel ressurstilgang. Ved flere anledninger glemte de spørsmålsstillingen, noe som bekreftet at spørsmålene engasjerte. Intervjuene med seksjonslederne opplevdes av den grunn mer åpne enn med sykepleierne.

4.5 Transkribering

Transkribering er når lyd gjøres om til tekst med mest mulig ordrett gjengivelse. Teksten brukes videre i analysen av datamaterialet. Det største tapet av informasjon foregår mellom intervjuet og tekst, for her mistes stemningen og det visuelle. Dersom forskeren selv transkriberer vil han automatisk gå tilbake til situasjonen og huske kroppsspråket og de visuelle inntrykkene når han leser teksten. Noe som kan være til hjelp i analysearbeidet (Tjora, 2021).

Båndopptakeren ble brukt i alle intervjuene og jeg noterte lite underveis for å kunne ha fullt fokus på selve intervjuet. Transkriberingen startet samme kveld som hvert intervju var gjennomført og alle var ferdig transkribert dagen etter. Jeg hørte først gjennom intervjuet og skrev deretter ordrett av for å være sikker på at alt ble notert med samme mening som det var uttalt. Alle pauser i setningene, lyder, latter, sukk og ord som brukes når en tenker før neste uttalelse var med. Widerberg (2011) sier at dersom forskeren transkriberer intervjuet før en starter neste, vil forskeren få en mulighet til å lære av seg selv. Det kan jeg kjenne meg igjen i, for da jeg spilte av det første intervjuet, oppdaget jeg at det var mange svar fra informantene som kunne egnet seg for oppfølgingsspørsmål. I de neste intervjuene var jeg klar over dette og ble nok bedre på å stille oppfølgingsspørsmål etter hvert, men ikke god nok. Noe som betyr at det var større potensial i intervjuene enn hva jeg klarte å hente ut.

Etter at alle intervjuene var transkribert hadde jeg 75 sider med tekst. Alt ble skrevet på dialekt og ble ikke endret til bokmål før kategoriseringen av koder. Da ble tekst for lydene uhm, æææ, osv tatt bort slik at tekstmaterialet egnet seg for sitering. Jobben med å kode, kategorisere og oversette fra dialekt til bokmål førte til at jeg leste datamaterialet mange ganger. Det ga nye refleksjoner hver gang som ble nyttig i det videre analysearbeidet. Dersom transkriberingen hadde blitt gjort direkte til bokmål, ville jeg spart mye tid i analysedelen.

4.6 Analyse

Empirien er tematisk analysert etter metode av Clark og Braun (2013, 2017). Tematisk analyse egner seg godt for å identifisere, analyserer og finne mønster i kvalitative data (Clarke & Braun, 2017, p. 297). Clark og Braun (2006) følger seks trinn i sin tematiske analyse. Hvordan Braun and Clarke (2006); Clarke and Braun (2013); Terry et al. (2017) beskriver trinnene presenteres først, deretter fremgangsmåten i denne oppgaven.

Første trinn handler om å bli kjente med materialet. Det må lyttes til minst en gang dersom det finnes lydfil og leses flere ganger samtidig som det tas notater (Braun & Clarke, 2006). Under transkriberingen ble materialet bruddvis lyttet til flere ganger og til

slutt en hel gang for å dobbeltsjekke at alt var med. Intervjuene ble lest flere ganger etter at det ble transkribert og det ble notert i margin. I tillegg ble det tatt notater rett etter intervjuene var gjennomført for å være sikker på at meningen ble med slik den ble oppfattet.

I andre trinn genereres koder fra empirien. De kan være semantisk eller latente. Semantisk betyr at gjengis med eksplisitt mening, det de sier er det de mener. De latente fanger det implisitte som for eksempel ideer, meninger og antakelser (Terry et al., 2017). Kodene ble generert i flere omganger fra datamaterialet. Det resulterte i nær hundre unike koder. I utgangspunktet ble de skrevet ordrett uten tolkning. Det var to kategorier av informanter, seksjonsledere og sykepleiere. De ble kodet hver for seg. Hver informant fikk sin egen fargekode for at utsagnene skulle refereres riktig. De ble tatt bort etter referansen var plassert i sammenheng med tekst. I teksten ble kodene sett i sammenheng.

Tredje trinn går ut på å søke etter tema. Med tema menes at dataene har sammenheng og et mønster som gjenspeiler forskerspørsmålene. Forskeren lager tema og legger til tilhørende koder (Braun & Clarke, 2006). Kodene ble først gruppert, dette er ikke helt likt det Braun og Clarke (2006) mener med å finne tema siden de sier at tema ikke ligger skjult i kodene for å bli funnet. Det var vanskelig å se tema før kodene var gruppert, dette kan ha noe med erfaring som forsker å gjøre. Etter at kodene var gruppert ble de samlet i tema. Her ble kodene til både seksjonslederne og sykepleierne samlet i samme tema, men fremdeles adskilt i to kategorier.

I fjerde trinn gjennomgås tema for å se om det stemmer overens med både kodene og det fulle datasettet. Her kan flere tema bli satt sammen til ett, eller ett tema kan splittes opp. I denne prosessen kan det også være nødvendig å gå tilbake for å restrukturere tema (Braun & Clarke, 2006). I dette trinnet ble tema gjennomgått for å se at de stemte overens med kodene og koder ble flyttet for å passe bedre sammen med tema. For eksempel en kode kunne passet inn både under Tema for Sammenslåingsprosessen og Ledelse. De ble flyttet dit de kunne beskrive tema best.

Femte trinn inneholder framskriving av analysen og refleksjon rundt hvilken historie temaet forteller og hvordan dette passer sammen med hele historiefortellingen til datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Etter at temaene var gjennomgått mange ganger endte det med fire hovedtema: Sammenslåing og uenigheter, Knappe ressurser og arbeidsmiljø, Sammenslåingsprosessen og Ledelse. Her ble kodene tolket og analysen fremskrevet. Analysen og tolkningen er forsøkt lagt så tett opp til utsagnene som mulig, men med noen innslag av implisitt forståelse.

Det vil aldri være hundre prosent garantert at tolkningen ikke er farget av eget ståsted. Graden av forskersubjektivitet kan påvirke reliabiliteten på grunn av subjektivitets bias, mer om dette i kapittel 4.8.1. Samtidig bygger kvalitativ studie på en grad av subjektivitet siden tekst må bearbeides og tolkes for at den skal presenteres i en sammenheng. Likevel skal forskeren forsøke å analysere så objektivt som overhodet mulig (Braun & Clarke, 2023).

Det siste steget er å sette sammen det analytiske narrative for å fortelle leseren en sammenhengende og overbevisende historie fra datasettet som kobles mot eksisterende litteratur (Braun & Clarke, 2006) Dette gjøres i oppgavens diskusjonsdel. Her drøftes sykepleierens opplevelse av å jobbe i sengepost i en sammenslåingsfase, sett sammen med hvordan de ledes og diskuteres opp mot tidligere forskning og teoretiske perspektiver.

4.7 Etikk og personvern

All forskning i Norge reguleres av lover og forskrifter. I denne studien er personopplysningsloven og forskningsetikkloven gjeldende. (Lovdata, 2017, 2018). Personvernloven har som «...formål å beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger.» (Lovdata, 2018) og forskningsetikkloven «...skal bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer.» (Lovdata, 2017)

Studien var søknadspliktig til NSD, Norsk senter for forskningsdata, siden det skal håndteres persondata. NSD har som formål å påse at kravet om personvern blir overholdt. I løpet av studien ble NSD omdøpt til SIKT. (Om Sikt- Kunnskapssektorens tjenesteleverandør). For å få tillatelse til å gjennomføre intervjuene i helseforetaket måtte det i tillegg søkes DAC, Data Access Committee. Dette er et organ for intern registrering og godkjenning av personvernet i forsknings- og kvalitetssikringsprosjekter i Helse Møre og Romsdal (HMR, 2023) DAC krevde godkjenning fra klinikkssjef hvor forskningen skulle foregå. Jeg sendte mail til klinikkssjef med forespørsel om tillatelse for å forske i klinikken og fikk et positivt svar. Fag- og forskningsavdelingen opprettet et sikkert lagringsområde på foretakets server, hvor kun jeg hadde tilgang til dokumentene. Det er ikke persondata knyttet til det transkriberte materialet og lydfilen er sikret i nettskjema og lydfilen på båndopptakeren ble slettet rett etter transkribering. Jeg innhentet skriftlig samtykke og informerte om at informantene kunne trekke seg når som helst i prosjektet.

Etter at det formelle var på plass startet intervjuene. I tillegg til de lovmessige etiske prinsippene er det et annet viktig etisk prinsipp i forskning som sier at informantene ikke skal ta skade (Thagaard, 2013; Tjora, 2021). Dette har vært viktig for meg gjennom hele forskningsprosessen, ikke bare under intervjuene, men også i analysearbeidet og presentasjon av data. Spesielt med tanke på at jeg hadde et visst kjennskap til halvparten av informantene på forhånd. Det er viktig å påpeke at det ikke var nære relasjoner utover å ha vært tidligere kollegaer. Likevel kan bekjentskapet ha ført til at de var mer talevillig og delte mer, enn om de hadde blitt intervjuet av en ukjent (Thagaard, 2013). Det å forske på kollegaer er av den grunn ikke uproblematisk (Malterud, 2021). Uavhengig av om intervjuer og informant har kjennskap til hverandre, skal forskeren være varsom. Informantene vet ikke på forhånd hvordan forskeren bruker data og informasjonen må behandles med aktsomhet slik at ikke informantene ufrivillig blir satt i et dårlig lys og hengt ut. Selv om de har signert et informerte samtykke, har de ikke frivillig stilt seg til disposisjon for negativ eksponering. Tillit som blir opparbeidet i intervjuene skal ikke misbrukes av forskeren i etterkant (Malterud, 2021; Thagaard, 2013). De innsamlede dataene må håndteres i samsvar med hvordan de var ment og presenteres så sannferdig som mulig (Malterud, 2021; Tjora, 2021).

En annen etisk utfordring oppstår når informanten sier en ting og viser noe helt annet med kroppsspråk og tonefall. Det skjedde i to av intervjuene. I slike situasjoner er det fristende å påpeke diskrepansen eller stille oppfølgingsspørsmål, men det kan oppfattes provoserende for informanten og det kan føre til at hen går ut av intervjuet med en dårlig følelse (Thagaard, 2013). I de få situasjonene dette oppsto, ble jeg reddet av min uerfarenhet og lot være å stille oppfølgingsspørsmål. Ved transkriberingen var tvetydigheten lett å gjenkjenne.

Sykehusene er anonymisert ved å bruke bokstaver og informant knyttes ikke til sykehus. I oppstarten av analysen ble informantene nummerert fra 1-6 for letthets skyld, men for å gjøre dataene mer personlige i presentasjonen fikk de fiktive navn. Sitatene er vanskelig å spore tilbake til person, av den grunn har ikke informantene fått tilbud om sitatsjekk. Det transkriberte materialet er avpersonifisert og lagres i låst filområde. Om noen skulle ønske innsyn underveis i prosjektet er transkripsjonen tilgjengelig i sitt opprinnelige format (Tjora, 2021). Analysen har tatt høyde for de nevnte etiske aspektene og presenterer funnene uten at informantene henges ut eller gjenkjennes, samtidig som forskningsresultatene lar seg presentere.

4.8 Datakvalitet

All forskning skal være utført på en pålitelig, sannferdig og tillitsvekkende måte og tolkningene forskeren kommer frem til skal være gyldige (Thagaard, 2013). Kvaliteten på innsamlede data, forskerens tolkning og analysen i en kvalitativ studie bedømmes etter indikatorene reliabilitet (pålitelighet), validitet (gyldighet) og generaliserbarhet (overførbarhet) (Tjora, 2021).

4.8.1 Reliabilitet

Studiens reliabilitet handler om hvordan forskningens interne logikk henger sammen og hvordan funnene blir presentert. Når koblingene mellom empiri, analyse og teori gjøres godt rede for, styrkes reliabiliteten (Tjora, 2021, p. 263). Ringdal (2020) sier at et av fortrinnene til kvalitativ forskning er åpenhet og nærhet til fenomenet en studerer. I kvalitative studier genereres data gjennom et samspill mellom forsker og informanter. Hvordan dette samspillet utvikler seg avhenger av hvilket tillitsforhold som skapes i situasjonen (Thagaard, 2013; Tjora, 2021). Ved å gjennomføre intervjuene ansikt til ansikt mener jeg at grunnlaget for gjensidig tillit var lagt. Hvilken kvalitet en får på data henger sammen med både ærlighet og tillit mellom partene. Dette danner grunnlaget for hva informantene deler. Dersom informanten sier det en tror forskeren vil høre, får vi uriktige data. Det vil vi også få dersom forskeren ikke stiller seg åpen til informantene. Forskeren må innhente data så godt det lar seg gjøre uten å lede informanten inn på samme meninger som seg selv (Tjora, 2021). I denne studien har jeg forsøkt å fristille meg fra egne antakelser om hva sykepleiere og seksjonsledere opplever i denne endringen. Selv om spørsmålsstillingen er formet etter en forkunnskap om temaet, forsøkte jeg å stille meg åpen i intervjusituasjonen. Under intervjuene hadde jeg inntrykk av at informantene var ærlige og grundige i svarene. Det kunne vært et problem at jeg tidligere jobbet ved den ene sengeposten, men ingen av informantene dvelte ved dette. Jeg finner ikke spor av mistillit i dataene. Min stilling på tvers av sykehusene førte kanskje til at jeg hører til begge plasser, noe som ikke inviterte til en bestemt mening fra noen av informantene. Mitt inntrykk var at intervjuene fløt lett og at kontakten ble relativt raskt etablert. Thagaard (2013) sier at dersom intervjuet fungerer bra, tenker en ikke over hvordan kontakten er, men dersom forsker eller informant opplever ubehag eller uro vil man merke det og datakvaliteten kan bli dårlig dersom en eller begge av partene holder tilbake.

Selv om forskeren er åpen og kommer nær informantene i datainnsamlingen, betyr det ikke at studien har høy reliabilitet. Reliabiliteten påvirkes også av forskerens tolkning og analyse av dataene. Hvilke sitater som utelates er like viktig som de som brukes. Det vil si at forskeren tar et valg i forhold til hvilke funn som presenteres og valget kan farges av hvor nært forskeren er til feltet som studeres. Hvilke tanker og oppfatninger en har av temaet kan føre til at en leter etter data i analysen for å støtte opp under noe en mener er viktig å få frem og dermed toner ned andre funn. I kvalitative studier er forskersubjektiviteten alltid tilstede, noe en forsker skal være bevisst ved tolkningen av data. Hvordan den håndteres og hvor transparent forskningen er, påvirker reliabiliteten til forskningen. Liten forskererfaring kan føre til at en trår feil underveis i prosessen, men feilene kan ikke være så grove at datamaterialet og tolkningen baseres på lite troverdige grunnlag. (Thagaard, 2013; Tjora, 2021). Siden jeg er seksjonsleder ved sykehusene som skal sammenslåes, har jeg en forforståelse av hvordan organisasjonen har jobbet med endringene. Hvor sterke meninger og oppfatninger jeg har av sammenslåingen kommer an på hvilket perspektiv jeg tar utgangspunkt i. Organisasjonsperspektivet ville gitt meg større grunnlag for å bringe inn egne erfaringer siden jeg har vært deltaker i prosjektgrupper og er en del av ledelsen. Selv om jeg til en viss grad er kjent med hvordan mine ansatte ser på sammenslåingen, er jeg svært nysgjerrig på hvordan andre sykepleiere og seksjonsledere opplever endringen. Denne nysgjerrigheten kan være en drivende faktor for å innhente så korrekte data som mulig og stimulerer til en åpen inngang til tolkning av materialet. Selv om en ikke kan gå inn i denne studien og tro at en er upåvirket av egne erfaringer, tror jeg at en bevissthet rundt muligheten for å trå feil er med på å skjerpe refleksjonen over egen tolkning og presentasjon av data. Noen som kan føre til at forskersubjektiviteten reduseres (Tjora, 2021).

4.8.2 Validitet

Validitet handler om at studien besvarer problemstillingen og at det er brukt relevant metode for innsamling av data, samtidig som studien knyttes opp mot annen forskning og teori (Tjora, 2021). I denne studien ble det brukt dybdeintervjuer. Etter de var gjennomført og analysen var godt i gang, ble jeg klar over at datamaterialet kunne blitt rikere om jeg hadde lagt til observasjon. Flere av informantene nevnte at de var jevnlig på møter med seksjonsleder, hvor sammenslåing var tema. Observasjoner av slike møter ville gitt muligheten til å se og høre hva som ble formidlet og hvordan sykepleiere, tillitsvalgte og seksjonsleder diskuterte temaet. Dette er informasjon jeg, som forsker, ville fått ufiltrert uten en annens tolkning (Tjora, 2021). På den annen side handler denne studien om sykepleiere og seksjonslederes holdninger, oppfatninger og forventninger, og ingen andre kan påberope seg å vite mer om en annens virkelighetsbilde. Observasjonen måtte i tilfelle ha som mål å utforske seksjonsleders ledelsesstrategi i møter. Dessverre ble dette oppdaget for sent ute i studien og ville blitt en tidsfeilslutning på samme måte som om intervjuene skulle blitt gjennomført over et lengre tidsrom. Det kunne blitt en like stor feil i studien som at datamaterialet ble noe begrenset av få informanter og en innsamlingsmetode.

Å forske i egen organisasjon fører til at man går inn i situasjonen med en forkunnskap og skjønner implisitt hva informanten forteller siden konteksten er kjent. Dette kan være en ulempe og data kan gå tapt ved at det utelates tilleggsspørsmål. Innen et ukjent felt ville det vært naturlig å stilt flere oppfølgingsspørsmål for å bedre forstå det ukjente og nye data kunne blitt lagt frem. Samtidig kan forkunnskap være positivt. Når forskeren kjenner feltet, kan spørsmålsstillingen i utgangspunktet bli bedre enn om en starter helt ukjent (Thagaard, 2013) Forkunnskapen kan veie opp for manglende erfaring i intervjusituasjonen.

5.0 Presentasjon av resultat

Studien har som mål å belyse hvordan sykepleiere på sengepost opplever å jobbe i en sammenslåingsprosess og hvordan de ledes. Empirien i dette kapittelet presenteres i fire hovedtemaer med tilhørende undertema og de bygger på kategoriene som ble identifisert i analyseprosessen. Temaene er som følger: Sammenslåing og uenigheter, knappe ressurser og arbeidsmiljø, sammenslåingsprosessen og ledelse. I denne studien er det to grupper av informanter fra to sykehus, seksjonsledere og sykepleiere. Data tilhørende sykepleierne presenteres først og seksjonsledernes data umiddelbar etter og de blir sett i sammenheng med hverandre der det er data fra begge gruppene.

5.1 Sammenslåing og uenigheter

Forståelsen av hvorfor sykehusene i Molde og Kristiansund skal slås sammen, er essensiell i forhold til om sykepleierne og seksjonslederne er positive eller negative til endringen. Seksjonsledernes handlinger kan påvirkes av både egne og sykepleiernes holdninger. Hvordan sammenslåingen oppfattes er derfor en av faktorene som er med på å definere seksjonsledernes handlingsrom i sammenslåingsprosessen.

Flere av sykepleierne sier at sammenslåingen av sykehusene i Molde og Kristiansund er et resultat av en politisk beslutning for å spare penger. Foretaksmodellen får skylden for fokuset på økonomi og sparing. Det kan forstås som at tidsepoken vi er inne i nå preges av at helse skal drives etter bedriftsøkonomiske prinsipper og dermed får det konsekvenser i form av at sykehus slås sammen for å effektivisere driften. Sparing er ikke eneste årsaken. De sier også at ønsket om å samle fagmiljøene og dermed øke kompetansen er en annen begrunnelse for sammenslåingen.

Nei det er vel i tiden, foretaksmodellen og at vi skal spare penger, tanken er vel at en skal samle ekspertisen på en plass og at fagmiljøene blir større og bedre. Det er sikkert en liten visjon bak det, og så er det jo kroner og øre da – Lise

En av sykepleierne uttrykker ganske bastant at hun er uenig i at det skal være to sykehus og begrunner det med at nærhet berger liv. En annen av sykepleierne er mer diplomatisk og sier at hun synes det skulle vært to sykehus slik at en hadde sluppet å krangle.

Sånn personlig så synes jeg at det skulle vært et sykehus i hver by da, nærhet, det betyr fryktelig mye, og nærhet redder liv- Lise

Seksjonslederne gir uttrykk for de samme oppfatningene, men de nevnte hverken driftsmodell eller økonomi som årsak.

(...) både politiske og det faglige- Anita

Sykehusene har en konfliktfylt forhistorie. Halvparten av sykepleierne sier det fremdeles er krangling og ikke bare mellom sykehusene, men også blant lokalpolitikere og befolkningen. Kristiansund kommune trekkes frem som en av partene som de oppfatter fremdeles motarbeider sammenslåingen. Deres engasjement for å få på plass offentlig kommunikasjon etterlyses. Kommunens holdning gjenspeiler befolkningens motstand. Når en av sykepleierne stiller spørsmålsteget om dette henger igjen fra gammelt av, kan det tolkes som at ansatte ved sykehusene har kommet lengre i å akseptere ett sykehus enn resten av befolkningen.

(...) for Kristiansund kommune har stått i litt imot. Når vi etterlyser transport, buss og kollektiv, så har de jo ikke kommet helt på banen. Kanskje folk generelt har vært litt negativ til et nytt sykehus, fordi det henger igjen fra gammelt av? – Hege

Sett fra seksjonsledernes perspektiv bekreftes antakelsen om at motstanden mot sammenslåingen er mindre fremtredende enn tidligere blant sykepleierne. Arbeidsdagen preges ikke lenger av kamp og konflikter, og det ser ut til at sykepleierne har akseptert situasjonen. Det har gått noen år siden beslutningen om et fellessykehus ble tatt og lokaliseringsdebatten avgjort. Tiden har jobbet for en mulig forsoning. Mange av de som sto på barrikadene har sluttet. Seksjonslederne sier at tidligere forkjempere for eget sykehus nå er i mindretall. Det kan være flere årsaker til dette. En av årsakene kan som sagt være tidsperspektivet, en annen kan være at de som er igjen har akseptert at dette blir alternativet om en ønsker å jobbe i spesialisthelsetjenesten. En tredje årsak kan være at de som søkte og søker på stillingene ved sykehusene etter bestemmelsen om et sykehus ble tatt, vet hva de søker på og at det innebærer pendling. Dermed kan aksepten bli større og motstanden mindre.

Tror det er mindre nå, det er resignasjon i forhold til det, er ikke den der kampen som var tidligere. Nå er beslutningen tatt og folk har på en måte akseptert det. Sånn er det, så må man ta et personlig valg om en vil være med eller ikke som har vært med i den kampen og kjempa for sykehuset sitt. Men mange av de er jo på vei ut (...) det er en bagasje som noen har med seg, som andre slipper – Trude

Selv om det ser ut til å være større aksept for sammenslåingen nå enn tidligere bekrefter seksjonslederne at historien med krangling og sykehuskamper har preget sykepleierne. De frykter at historien kan vanskeliggjøre sammenslåingen. Det er ikke bare blant sykepleierne dette kan bli vanskelig. Dersom det medfører riktighet at befolkningen ikke er like klar som ansatte for å slåes sammen, kan det oppstå motstridende interesser hvor befolkningen og helsepersonell blir to motpoler.

Mye har skjedd historisk, som kanskje gjør det vanskeligere når vi skal slåes sammen – Trude

Deres uttrykte frykt for at historien preger ansatte støttes av en sykepleier som sier:

Definitivt - Petter

Debatten rundt ett eller to sykehus og om hvor fellessykehuset skulle plasseres endte med en lokalisering mellom byene. Men nærmere Molde enn Kristiansund. En sykepleier sier hun tror kranglingen ville vært verre dersom fellessykehuset hadde blitt lagt til den ene byen. Det kan derfor ses som en fordel at det nye sykehuset blir lagt mellom byene. Når det blir tilnærmet lik reisevei for ansatte fra begge sykehus, kan det bety muligheter for rekruttering fra begge byområdene. Dersom sykehuset hadde blitt lagt til en av byene, kunne blitt vanskeligere å rekruttere fra motsatt by.

(...) fordel at et nytt sykehus og blir nytt for begge partene. Hadde kanskje ikke gått så bra hvis alt hadde flyttet til Molde – Siv

Seksjonslederne er mer forsiktige med å uttrykke om de er enige eller ikke om et fellessykehus og lokalisering, men de ser flere fordeler med sammenslåingen. De er tydelige på at det vil være utfordrende å drive to mindre lokalsykehus på sikt. De har tro på at fagfolkene drar nytte av et større fagmiljø og det kan i neste omgang virke rekrutterende.

(...) men jeg tror nok at i fremtiden vil fagpersonalet ha nytte av et stort fagmiljø og de små lokalsykehusene kanskje blir litt små, så jeg tror nok at det er en styrke i det – Anita

5.2 Knappe ressurser og arbeidsmiljø

Helseforetaket står ovenfor to store endringer med innføringen av nytt journalsystem og innflytting nytt sykehus og begge endringene skjer mer kort mellomrom. Tilgangen på ressurser kan påvirke muligheten seksjonslederne har til å prioritere daglige oppgaver og sammenslåingsprosess. Hvordan sykepleierne og seksjonslederne opplever arbeidshverdagen kan ha betydning for om de ønsker å være med til det nye sykehuset eller ikke. Data knyttet til hvordan de opplever arbeidshverdagen og tilgang på ressurser presenteres i første underkapittel. I de påfølgende underkapitlene presenteres data knyttet til arbeidsmiljøet de kjenner og ønsker, tanker om arbeidstidsordninger, fagligfokus og kapitlet avsluttes med å beskrive samarbeidet internt og mellom sykehusene.

5.2.1 Begrensninger som følge av knappe ressurser

Sykepleierne beskriver en lite tilfredsstillende arbeidshverdag, hvor pasientbehandlingen minimeres til det absolutt nødvendige. Kompleksiteten på pasientbehandlingen har økt og de sier at fagutvikling ikke prioriteres. Hvorfor de er få sykepleiere på jobb kan en ikke med sikkerhet vite. Årsakene kan være flere og sammensatte, men en kan si at de arbeider under pressede forhold. Ifølge sykepleierne har mange sykepleiere sluttet den siste tiden. Dette er med på å forsterke en allerede presset arbeidshverdag. Den har vedvart over lengre tid og slitasjen begynner å bli stor. Det kan stilles spørsmål ved om de klarer å drifte forsvarlig frem til sammenslåingen og om de vil ha nok sykepleiere til å bli med over i det nye sykehuset.

Vi har mista mange sykepleiere. Vi har hatt utrolig travle dager. Det siste halvannet året har vært ekstremt og fokuset har i grunnen bare vært å berge gjennom dagen og håpe at neste dag blir litt bedre enn dagen i dag. Neste vakt, det er der fokuset har vært altså. Det har vært dårlig stemning også, men sammen har vi prøvd å beholde motet. Det har ikke vært noe krangling – Lise

Beskrivelsen av travle arbeidsdager er lik på alle tre sengepostene. Det betyr at sykepleiermangelen er gjeldende for begge sykehus. Begge seksjonslederne beskriver en travel hverdag hvor det er vanskelig å få tiden til å strekke til. Når seksjonslederne må prioritere å bruke tiden på å få tak i sykepleiere til vaktene, mister de mye verdifull tid til andre oppgaver som for eksempel sammenslåingsprosessen. For forsvarlig drift må alltid prioriteres først. Når seksjonslederne sier at de driver med brannslukking hele veien, kan det bety at de handler mer reaktivt enn proaktivt, noe som innebærer at de jobber lite fremtidsrettet.

At man ikke har nok sykepleiere (...) dreier seg om brannslukking hele veien – Trude

Selv om begge seksjonslederne tror at et av målene med sammenslåing av sykehusene er at de skal ha nok arbeidskraft, uttrykker én av de bekymring for om det blir nok sykepleiere ved det nye sykehuset. Ved en sengepost har ansatte begynt å søke andre jobber i kommunehelsetjenesten, til videreutdanning og til andre jobber innad i sykehuset. Dette er med på å forsterke mangelen på sykepleiere. Seksjonslederen ved denne sengeposten har fått inntrykk av at sykepleierne søker seg bort på grunn av at det blir lang reisevei til det nye sykehuset. Dette er motstridene til det én av sykepleierne sier om lokaliseringen mellom byene. Likevel kan det gi mening fordi aksept av ett felles sykehus og plasseringen, ikke nødvendigvis betyr at de blir med over. Noen velger å søke på jobber i kommunehelsetjenesten nå, fordi de er redd for stor konkurranse om de kommunale jobbene når SNR Hjelset står ferdig.

(...) søkt seg aktivt bort for de vil få seg jobb i kommunen. De ser for seg at det blir vanskelig å få jobb i kommunen når sykehusene er slått sammen, så de har starta no. (...) mange av de som har flytta ut i kommunen har oppgitt at det er på grunn av lang reisevei (...) mange har tatt videreutdanning (...) mange har skifta jobb innad i helseforetaket – Trude

På den ene sengeposten har det vært både få sykepleiere og fravær på ledersiden. Seksjonslederen har tatt hånd om mange lederoppgaver på egen hånd. Stedfortredere som har vært satt inn, har tatt noen konkrete oppgaver. Det kan likevel tolkes som at seksjonslederen har følt på totalansvaret og dekt opp for manglende lederstøtte ved å jobbe utover arbeidstiden. Det synes å være en ubalanse mellom tiden de har til rådighet og oppgavene som skal utføres.

Det har vært lange kvelder til tider ja, men nå har jeg ikke hatt en assisterende i hel stilling, som jeg trengte. La oss si at jeg har ei 170% stilling da, det biter av timene utenfor arbeidstiden. Det må det jo bare gjøre hvis ikke får du jo ikke gjort det som må gjøres – Trude

Ved den andre sengeposten sier seksjonslederen at hun trives selv om det er hektisk. Når ikke alt er på stell finnes det oppgaver hun kan ta tak i. Samtidig sier hun at tiden før sommeren blir ekstra hektisk på grunn av planlegging av sommerferieavviklingen og det gir liten tid til overs for å planlegge to store endringer som kommer til å berøre foretaket. Helseplattformen, som er et nytt journalsystem, og SNR. Det kan tolkes som at arbeidet med sammenslåingsprosessen på dette tidspunktet hele tiden må vike for

andre oppgaver som må løses her og nå. Kan det sette spørsmålstegn ved om seksjonen har nok ressurser til å planlegge endringen?

Så både det med flytting til SNR, Helseplattformen og alt det kommer i andre rekke. Så det må bli høstarbeid – Anita

For å lykkes med SNR, uten at det sies hva kriteriene for å lykkes er, sier seksjonslederne at det er viktig å få rom til å jobbe med det. Begge seksjonslederne anslår at de bruker fra null til ca 1 time i uka på planlegging av SNR. Seksjonslederne angriper problemstillingen med lite ressurser på to ulike måter. Den ene sier at hun må bli flinkere til å prioritere, mens den andre sier at hun har ikke mulighet til å drive med utvikling på grunn av ressursmangelen.

Jeg hadde kanskje ønsket at jeg hadde bedre tid. Jeg hadde ønsket at jeg satte meg ned, jobbet med helseplattformen, jobbet med planlegge SNR. MEN samtidig er det jo mitt ansvar å rydde tid til det som er viktig – Anita

Jeg har jo ikke hatt noe tid, for at alt har jo handla om å drifte, er det en time i uka eller noe sånt. I gjennomsnitt. Jeg tenker jo at det er kjempe viktig at man gir seksjonsleder rom til å jobbe med dette - Trude

5.2.2 Tanker om fremtidig arbeidsmiljø

Alle fire sykepleierne sier de har et godt psykisk arbeidsmiljø i dag, til tross for at de opplever travle dager og knappe ressurser. Sykepleierne sier at dagens arbeidsmiljø er sosialt, kollegialt og med stor takhøyde for å si fra om noe ikke er bra. Dette er noe de ønsker å videreføre til sin nye arbeidsplass.

Det blir tilnærmet likt kanskje? Det sosiale, det kollega, altså godt arbeidsmiljø. Det håper jeg virkelig blir videreført. Å en åpenhet, en sånn terskel til å si fra da. Trivsel – Hege

Selv om de sier at arbeidsmiljøet er godt i dag, uttrykker de håp om at det blir bedre på det nye sykehuset. Det kan se ut som at en av grunnene til at de er positive til det nye sykehuset, er på grunn av et håp om bedre arbeidshverdag med økt bemanning og økt tilgang på kompetanse.

Jeg tror faktisk det bli bedre for nå har det vært veldig sånn tyngende og folk har vært stressa, fortvila, folk har slutta, så jeg tenker at det bare blir bedre - Hege

Samtidig ligge det en spenning i hvem som blir med over og ikke. Siden sykepleierne tar opp temaet, kan det tyde på at dette diskuteres blant sykepleierne.

Å det blir veldig spennende å se hvem som blir med over fra og hvem som blir med fra her. Og hvor vi blir fordelt på de nye sengeområdene. Tror vi får med oss det gode fra her, også kommer det noe bra fraogså. Jeg er veldig positiv til det – Petter

Alle sykepleierne svarte at de hadde liten eller ingen kjennskap til ansatte ved det motsatte sykehuset, men de ønsker mer samarbeid for å bli kjent. De har noen erfaringer med hverandre via pasientoverføringer, men det er alt av tidligere kontakt. Litt usikkert om dette er en problemstilling som diskuteres blant sykepleierne eller om refleksjonen om dette ble satt i gang av intervjuet, men flere sier samarbeidet bør starte nå. Arbeidsmiljø skapes i et samspill mellom kollegaer. Gode arbeidsmiljø gjør folk trygge

både på seg selv og kollegaene. Det fører igjen til økt pasientsikkerhet. Sykepleierne sier bli kjent prosessen burde vært startet for lenge siden, for det tar tid å bygge gode arbeidsmiljø. Å bli kjent er en ting, men arbeidsmiljøet blir ikke skapt før en er fysisk samlet.

Fordi det tar tid å lage, skape et godt arbeidsmiljø og derfor skulle de startet den prosessen med at vi skulle vært involvert med hverandre mer (...) For uten gode arbeidsmiljø forringes jo pasientbehandlingen og en må være trygg. Trygg på kollegaene sine, og at det er et godt sosialt klima innad. Det tar tid å opparbeid sånn. Den skulle ha startet nå den prosessen, for lenge siden egentlig- Lise

Seksjonslederne ser muligheten til å kunne gjøre ting annerledes nå når miljøene splittes og ansatte settes sammen på nytt. De ser på det som en fordel at ingen har eierskap til arbeidsplassen fra før. Når en av seksjonslederne sier hun ønsker å gjøre ting annerledes og bedre fra starten av, kan det tolkes som at hun ikke er helt fornøyd med hvordan arbeidsmiljøet er i dag. Det kan tenkes hun mener det er enklere å bygge noe nytt enn å endre det «gamle».

(...) men når man starter på en helt ny plass da har man muligheten. En helt unik mulighet til å gjør ting annerledes og bedre helt fra starten av – Trude

Når sykehusene slås sammen er det sjans for at kulturene ved dagens sykehus er ulike. Det kan hende at seksjonslederne ønsker både å beholde og bli kvitt deler av kulturen de kjenner i dag. Seksjonslederne ser at det er viktig å jobbe med kulturen i oppstarten, for å kunne påvirke og forme den slik de selv ønsker. Når alle er fremmede for hverandre vil seksjonslederne ha en unik mulighet til å korrigere adferd før de blir en vane, eller uvane, for som kjent kan det ta tid å endre når først vanen er tilegnet og kulturen satt.

(...) den kulturen vil jo bli oppløst, man blir jo spredd (...), de vil bli flytta på andre plasser (underforstått seksjoner) når de kommer til huset på Hjelset. Så folket vil jo bli spredd og det vil jo bli danna en ny kultur. Det er det viktig å jobbe med fra dag en da tenker jeg. For vi sier jo egentlig at kulturen ligger i veggene vet du, men den gjør jo ikke det. Den ligger jo i folket – Trude

5.2.3 Arbeidstidsordninger

Det vurderes langvakter for at de med lengst reisevei skal ha færre oppmøter slik at det dermed kan bli en mer attraktiv arbeidsplass. Det kan se ut som at sykepleierne fra de to sykehusene er noe uenige i forhold til langvakter. Sykepleierne fra det ene sykehuset sier at langvakter på sengeposter blir for slitsomt og sier at 8 timer er nok. Sykepleiere fra det andre sykehuset sier at langvakter er nesten et krav for at de skal jobbe der. Dette tyder på at det er ulike behov angående arbeidstider. Arbeidstidene er for øvrig uavklart og kun på planleggingsstadiet enda.

(...) Eller langevakter for å begrense det med reise hvis de bor langt unna. Og sånne tilbud om å overnatte har vi hørt om (...) tenke litt annerledes å jobbe annerledes. (...) Hvis det blir lange vakter da... At må ikke slit oss ut. Det er nok med åtte timer! (...) Jeg liker egentlig ikke langvakter. Jeg har ikke prøvd, men kan ikke tenke meg å jobbe på den avdelinga her i tolv timer – Siv

En av seksjonslederne tror sykepleierne er opptatt av arbeidstidsordningene og at langvakter er ønskelig siden det representerer færre oppmøter. Bortsett fra dette utsagnet vier seksjonslederne lite oppmerksomhet til arbeidstidsordninger. Den ene seksjonslederen fremhever ikke arbeidstidsordningene spesielt.

Arbeidstidsordningene. De vil ha langvakter, sånn at de har mindre oppmøtevakt - Trude

5.2.4 Fagutviklings muligheter

Sykepleierne er opptatt av at det skal være rom for faglig oppdatering og at de får benytte kompetansen de har. Dette kan tolkes som at de ikke får brukt kompetansen de har i dag, men det er en forhåpning de har til det nye sykehuset. En av sykepleierne sier også at arbeidsgiver burde lokke med fag og fagutvikling for å være med til det nye sykehuset. Et tilbud om fagutvikling kan ses på som en belønning for å holde ut i tiden frem mot sammenslåingen, en slags kompensasjon for at de får endret arbeidsvilkår når de må bytte ut alt de kjenner med noe nytt. Samtidig som det vil være en forberedelse og fordykning innen fagområdet de vil jobbe med ved det nye sykehuset.

Det har jo ikke vært noen spørsmål eller noe interesse for den videreutdanningen (...) at en får lov til å liksom gjør det man skal sånn oppgavemessig som sykepleier (...) For nå vil jo ting bli mer spesialisert og da kan man prøve å forberede seg med å ta noen kurs eller videreutdanning. Retta mot det stedet man skal da - Hege

Fag ser ut til å være noe seksjonslederne også ønsker å prioritere, de sier at det ikke fungerer helt optimalt i dag. De har heller ikke tid til å prioritere det. Seksjonslederne håper at ledelsesstrukturen på det nye sykehuset gir rom for mer fagutvikling, men er det er ikke sikkert flere ressurser blir tilgjengelig selv om man slår sammen sykehus. Fagmiljøene har potensiale til å bli større, men støttefunksjonene til seksjonslederne behøver ikke å bli bedre. Det er dermed ikke en selvfølge at fag blir høyere prioritert selv om fagmiljøet blir større. Selv om de sier det er mye å ta tak i og at de har et ønske om å utvikle fagmiljøene, reflekterer de ikke over hva de kunne gjort i dag for å beholde sykepleiere med kompetansen de trenger.

Også håper jeg at man får til en lederstruktur som får til å jobbe med kvalitet og forbedring. Sånn at man har rom til det - Trude

Men vi begynner jo å se at ting funke ikke helt som det skal her heller. Så det er mye å ta tak i (...) Fagmiljø som sagt. Utvikle seg mer - Anita

5.2.5 Samarbeid på tvers og internt

Det er ikke mye kontakt mellom sykepleierne ved de ulike sengepostene i dag. Hverken internt eller mellom sykehusene. Kontakten begrenses, som nevnt tidligere, til pasientbehandling. Sykepleierne svarer at de synes det er på tide at de nå blir kjent. De er opptatt av arbeidsmiljøet og fagutvikling. Samarbeid på tvers av sykehusene kunne gitt en mulighet til å bli kjent via felles fagutvikling, som er fellesnevneren, siden de alle

er fagpersoner. Et område det kunne vært naturlig å starte med er samkjøring av prosedyrer og rutiner mellom fagområdene som finnes på flere sengeposter i dag. En av sykepleierne nevner noe om å krysse den linja som har blitt vanskelig etter hvert, underforstått at noe er vanskelig, det kan tolkes som hun sikter til den historiske konflikten. Dermed kan det bli mer utfordrende enn om det hadde vært en sammenslåing uten noe underliggende. Desto større grunn kan det være å starte prosessen tidlig slik at sykepleierne kan bli kjent med hverandre og lette overgangen ved sammenslåingen.

Vi burde jo kanskje på dette tidspunktet og kanskje tidligere og startet en slags dialog i hvertfall med hverandre, vi som jobbe i samme klinikk. For hvordan vi arbeider i dag og hvordan vi skal få til dette her, sy sammen de ulike prosedyrene, men kanskje de er lik, men ulik på mange måter likevel. Vi skulle ha prøvd å få til et type samarbeid å komme i dialog med hverandre. Det har vi snakka om flere ganger. Hvorfor det arbeidet ikke er starta på en måte. Merkelig, vi kunne hatt et felles møte om ikke annet. Tenk, ett eller annet som hadde gjort at vi har, ja kryssa den linja der som kanskje er bli litt vanskelig etterhvert. Det tror jeg, vi skulle. Det savner jeg. Det er mange som tenker de skal bli med over da – Lise

Det er ikke bare samarbeidet på tvers av sykehusene som er fraværende, samarbeidet internt er også mangelfullt. De er ikke så flinke til å hjelpe eller avlaste hverandre når det trengs. Dersom det interne samarbeidet ikke fungerer godt, kan det stilles spørsmål om hvordan samarbeidet på tvers av sykehusene skal fungere.

Jeg lyver dersom jeg sier det er veldig positivt. Det har vært veldig utfordrende da faktisk- Petter

Fra våren 2023 har det vært felles avdelingsmøter på tvers av sykehusene. Begge seksjonslederne er positive til møtene og sier det er kjekt å bli kjent med ledere fra motsatt sykehus. Kan til og med lære noe av hverandre. Stemningen har ikke alltid vært god mellom sykehusene. Når en av seksjonslederne sier at det er et godt samarbeidsklima og ikke slik det fremstilles i avisene, kan det tyde på at de er i gang med å lykkes med dialogen. Denne typen samarbeid kan føre til at begge parter lærer hverandre å kjenne på andre premisser enn det de har fått formidlet via media og antakelser om hverandre.

Ja, nå har vi begynt med å ha felles samarbeidsråd. Eller avdelingsråd (...) Der vi møter ledere fra det andre sykehuset. Så det synes jeg er veldig bra. Og jeg ser at de kanskje jobber litt på andre måter. Ser at vi har mulighet til å eller at vi har ting å lære, faktisk. Det synes jeg er veldig spennende – Anita

De reflekter ikke så mye over om sykepleierne burde blitt bedre kjent. En av seksjonslederne sier det er viktig at ansatte deltar i planleggingsgruppene som fasiliteres av OU, for å føle at de deltar i sammenslåingsprosessen. Hun oppfatter at sykepleierne vegrer seg for å ta på seg flere oppgaver siden de har det så travelt, samtidig ser hun at et avbrekk fra hverdagen kan for å delta i planleggingen av sin fremtidige arbeidsplass kan gi motivasjon og engasjement. Når hun sier at de vegrer seg for å delta er det en motsetning til det sykepleierne selv sier, men vi (?) må ta høyde for at de kanskje ikke tilhører hennes seksjon.

(...) de vegrer seg for å ta på seg mer. Og det er noe som jeg må jobbe mer med, for det gir dem en slakke fra hverdagen nå (...) Det er jeg som må rydde tid til dem, for at de skal få mulighet til å delta - Anita

5.4 Sammenslåingsprosessen

Tidligere erfaringer fra endringer kan være med på å bestemme forventninger til hvordan neste endring kommer til å forløpe. Data knyttet til dette presenteres i første underkapittel. I de to siste kapitlene presenteres henholdsvis opplevelser knyttet til informasjon og involvering i sammenslåingsprosessen.

5.4.1 Tidligere erfaringer med endringer i foretaket

To av sykepleierne sier de opplever motstand fra ansatte ved endringer og en sier at det er ikke noe rart siden organisasjonen ikke er noe flink til å involvere ansatte. De har erfaringer med at endringene ikke alltid samsvarer med intensjonen og prosessen fører til at ansatte blir koblet på for sent og endringene tar dermed mye lengre tid enn planlagt. Sykepleieren tror mye av motstanden oppstår når endringene skjer brått og ansatte får ikke være med på å utforme praktiske løsninger. Det kan se ut som endringene blir bestemt og initiert av noen utenfor deres seksjon. Gjerne noen som ikke jobber i praksisfeltet. En sykepleier antyder at det som fungerer på papiret ikke alltid fungerer i praksis. Endringer som oppleves meningsløse og uforståelige kan møte større motstand enn når de oppleves som en forbedring. Seksjonen har egentlig et godt utgangspunkt når de har en sykepleier som er positiv til endringer, denne ressursen ser ut til å være brukt i for liten grad. Slike personer kan være budbringere til resten av sykepleierne dersom hun blir koblet på tidlig nok i en endring.

Så plutselig får man bare beskjed om at noe skal endres også er det egentlig ingen som er involvert. Få har veldig lite informasjon og kunnskap også blir det med en gang motstand fordi vi ikke vet nok. Vi er ikke nok engasjert, vi har ikke fått være med å bidratt. Så da bli det en sånn påtvungen endring som tar lang tid fordi vi har aldri blitt involvert i det, også sitter det kanskje ofte folk som ikke jobber på gulvet og er med å lage de endringene og dermed så bli det ofte et sånn gap da mellom det som er veldig fint på papiret og det som kan fungere i praksis da (...) Så det er alltid liksom spennende å, med endringer - Hege

5.4.2 Informasjon om sammenslåingen

I løpet av intervjuene er alle sykepleierne opptatt av informasjon. Mange av spørsmålene i intervjuet besvares i relasjon til manglende, uklar og ulik informasjon. De gir klart uttrykk for at de strever med å få tak i informasjonen de ønsker. Flere sier at flytting av sykehusene gir nye arbeidsbetingelser som for eksempel lengre reisevei og lengre tid borte fra hjemmet. Dette er en stor endring for mange og det har konsekvenser for familielivet. Mangel på informasjon gjør det vanskelig for ansatte å planlegge fremover. Flere av informantene sier manglende informasjon fører til at de blir usikre og usikkerhet fører til frustrasjon. De har etterspurt konkret informasjon som arbeidstider, busstilbud, parkeringsmuligheter, overnatting mellom vakter og kostnader knyttet til dette. Noen sier at manglende informasjon på nevnte områder har ført til at mange sykepleiere har

valgt å finne seg en annen jobb. Når usikkerheten ikke blir møtt, kan det være lett å søke til det trygge, en jobb med forutsigbare betingelser. Selv om flere av sykepleierne er opptatt av at andre slutter på grunn av usikkerhet og lite informasjon, er ikke det nødvendigvis årsaken til at sykepleiere slutter.

(...) alle er jo opptatt av hvordan blir det med meg? Hvor skal jeg være for jeg har jo mange år i arbeidslivet igjen. Da lurer jeg på hvilken avdeling skal jeg jobbe på, hvordan blir turnusen min, hvordan skal jeg komme meg til og fra arbeid? Vil det være arbeidsbuss? Hvor kan jeg overnatte, altså det er ingen ting som en vet. Hva koster det å overnatte? Den typen ting. Turnus er jo folk veldig opptatt av vet du, fordi at det er jo det som er livet. Så arbeidstid og lønn det er folk opptatt av
– Lise

Seksjonslederne vet ansatte er opptatt av den nye arbeidshverdagen, hvor de skal jobbe, arbeidstider, busstilbud, overnatting, og parkering. En av seksjonslederne sier ansatte har begynt å søke seg bort. Selv om de vet hva ansatte er opptatt av, ser det ikke ut til at de kan svare på det ansatte etterspør. Dette er tema som ikke nødvendigvis seksjonslederne kan avgjøre. De kan være avhengig av at ledere på høyere nivå får avklart disse spørsmålene. Når det ikke skjer blir seksjonslederne satt i en vanskelig posisjon og må håndtere usikkerheten på andre måter. Måten seksjonslederen ordlegger seg kan tyde på at hun etterlyser svar på de samme spørsmålene.

(...) men om det går buss til og fra og hvordan rutetilbud det blir (...) De må kunne se for seg hvordan deres arbeidsdag vil bli (...) arbeidstidsordningene. De vil ha langvakter, sånn at de har mindre oppmøtevakt (...) om det er mulig å overnatte ved det nye sykehuset (...) for folk har allerede begynt å søke seg bort - Trude

Alle fire sykepleierne svarer at de har fått lite informasjon fra nærmeste leder. De vet lederen er involvert i aktiviteter knyttet til planlegging, men det kan tolkes som at lite informasjon blir formidlet etter møtene. Sykepleierne åpner for at lederen mangler informasjonen de er ute etter, men ser ikke ut til å slå seg til ro med det siden de ber lederen om å bruke de kanalene hun kan for å få tak i informasjon. Når sykepleieren sier at det blir roligere dersom de vet det samme som leder, kan det tyde på at dette er et diskusjonstema og et uromoment blant sykepleierne og når ingen er ute og korrigerer med korrekt informasjon vil uroen utvikle seg.

Nylig hatt et avdelingsmøte. Der vi formidla at vi mangler litt informasjon rundt prosessen SNR og flyttinga over, vi håper at hun tar tak i det og at hun bruke alle kanalene som vi har til å få informasjon på, at hun bruke de flittig. Det behøver ikke være mye, men det hun får vite må hun komme ut til oss på gulvet med. Sånn at vi vet det samme. Det gjør ting mye tryggere. At det bli roligere –Lise

Når informasjonen mangler søker sykepleierne etter andre informasjonskilder som for eksempel media. En av sykepleierne sier at det hun vet, kommer fra lokalavisa. Dette kan være uheldig i en sammenslåingsprosess siden de som skal lede endringen minster kontrollen og eierskapet til det som skal formidles. De kan ende opp med å bruke mye tid og ressurser på å korrigere halvsannheter og misforståelser.

(...) Vi får jo ikke noe informasjon fra leder. Så det vi får vite er stort sett gjennom lokal avisa, egentlig - Hege

En av sykepleierne sier at grunnen til at de ikke har fått så mye informasjon hittil, er kanskje fordi det er tidlig i prosjektet. Dette står i kontrast til de andre sykepleiernes forventninger om informasjon på dette tidspunktet i prosessen.

Så vi har ikke fått så mye informasjon, jeg skjønner at det er et veldig stort prosjekt. Det er kanskje litt i oppstartsfasen ennå dette her, kanskje vente litt til vi er der nesten – Petter

Seksjonslederne sier informasjon er noe av det viktigste i en endringsprosess og de mottar mye informasjon. Likevel ser det ut til at de ikke klarer å formidle nok ute til sykepleierne selv om de bruker mange kanaler. Det kan også være vanskelig å sile ut hva sykepleierne behøver av informasjon. En av seksjonslederne sier ganske bestemt at alle har et ansvar for å tilegne seg informasjon. Hennes tankemåte ansvarlig gjør sykepleierne. Samtidig sier hun at lederne må være på hele tiden for å sørge for nok informasjon. Det er egentlig to motstridene utsagn, men her kan det menes at begge parter må ta ansvar. I en gruppe med mennesker vil det alltid være noen som tar ansvar og andre som er mer tilbakeholdne.

(...) informasjon er kjempeviktig. Hvordan nå ut med informasjon, det er en ting vi har jobbet med i alle år som ledere. For det er alltid noen som ikke har fått med seg informasjon. Og sende mail gjør jeg, men jeg vet at kanskje en tredje del som leser mailen sin. Så informasjon via mail er håpløst. Å henge opp på veggen, alt mulig. Det er jo ingen som ser det og det skjønner jeg godt, for det henger veldig mye på veggen. Så det med informasjon er interessant (...). For jeg kjenner ansatte så godt, og det gjør jeg fra mange år, ikke bare her. At ledere er nødt til å være veldig, veldig på. Selv om alle har ansvar for å tilegne seg. Ja, så er det alltid noen som sklir gjennom uten å få med seg noe - Anita

En av seksjonslederne uttrykker med kraft at hele organisasjonen har sviktet på informasjon og mangel på informasjon betyr en svikt i endringsprosessen. Dette utsagnet bekrefter antakelsene tidligere i dette underkapittelet om at seksjonslederne mangler avgjørelser som skulle vært tatt av ledere på høyere nivå og dermed mangler de informasjon å formidle ut. Samtidig fritar de ikke seg selv siden de er en del av organisasjonen. Hvordan informasjonsstrategien er lagt opp i sammenslåingsprosessen og hvem som har overordnet ansvar, ser ut til å være et åpent spørsmål uten åpenbart svar for hverken ledere eller sykepleiere.

Det er en kjempestor omstillingsprosess for kjempe mange og det har vi svikta på frem til nå, over hele organisasjonen mener jeg da, og det er informasjon ut til alle ansatte- Trude

5.4.3 Involvering i sammenslåingsprosessen

Informantene sier det er viktig å bli involvert i sammenslåingsprosessen. Verneombud, tillitsvalgt og assisterende seksjonsleder har alle naturlige koblingspunkter mot ledelsen gjennom formelle møter og har dermed større mulighet for å bli involvert enn resten av sykepleierne i seksjonen. Hvordan informantene oppfatter involveringen vil derfor ikke være representativ for alle sykepleierne i seksjonene.

Jeg tenker det er viktig at de ansatte også blir inkludert i den prosessen her. At vi kanskje har litt vi skulle ha sagt –Petter

Flere av sykepleierne sier de blir informert om fremdrift i bygget, men hva det skal inneholde og hva det representerer er ikke klart for alle. De sier det er lite fokus på selve sammenslåingen og ansatte. Det er lite etterspørsel etter ansattes meninger og innspill.

Utsagnene understreker det som tidligere er sagt angående manglende informasjon og samarbeid, noe som igjen tyder på at sykepleiernes behov for å bli tatt med i prosessene før sammenslåing ikke ivaretas. Det hjelper ikke hvor bra bygget er dersom ansatte ikke føler seg sett, hørt og involvert. Potensialet for å mislykkes er tilstede så lenge de som skal jobbe der ikke føler at de er involvert.

(...) ikke bare før de bygger, men underveis også. De som leder, organiserer sammenslåinga og er med på byggeprosjekt og organisering, at de kunne kommet til oss og pratet med oss. Vi som er i jobb. For de kan ikke bare snakke med ledere. Jeg synes det er en mangel da – Siv

Sykepleieren som er deltaker i seksjonsråd føler seg involvert, men er tydelig på at det ikke gjelder alle ansatte. De har kanskje ikke samme mulighet til å være involvert siden de ikke får muligheten til å stille spørsmål og ytre meninger i formelle møter. Selv om hun deltar i seksjonsråd stiller hun spørsmål ved hvor reel denne medvirkningen og involveringen er. Hun gir uttrykk for at sakene er avgjort når de blir tatt opp i seksjonsråd. Dette utsagnet stemmer godt overens med det verneombudet uttalte tidligere i forbindelse med samarbeidsmøter.

Jeg bli det for jeg er med i det seksjonsrådet. Der er vi en fra hver seksjon, men jeg tror, tror kollegaen mine føler at de ikke blir like involvert og like informert. For det kom frem på et avdelingsmøte vi hadde nå (...) Jeg på en måte hører at det skjer nye ting. Det er alltid åpent for å si meningene sine, men påvirke vet jeg ikke (...) Vet ikke hvor stor påvirkningskraft vi har. Fordi når noe er bestemt så må vi forhold oss til det, men vi kan jo alltid si oss både enig og uenig i ting, men det er veldig sånn åpent for å si det man mener- Hege

I forbindelse med sammenslåingen av sykehusene er det etablert en organisasjonsutviklings organisasjon, OU. Sykepleierne er positive til OU og jobben de har gjort med sammenslåingsprosessen og hvordan de har involvert mange ansatte og ledere. Flere av sykepleierne har etterlyst felles informasjon og fora hvor en kan stille spørsmål som angår sammenslåingen. Møter arrangert av OU favner mange av ansattes behov for å forstå hva som planlegges av ny struktur. Sykepleierne sier de skulle ønske mer av denne typen involvering og informering. Det er dette de trenger. En av informantene påpeker at prosjektlederne i OU utgjør en forskjell. Dette betyr at OU organisasjonen har klart noe som har vært savnet fra lederne. Kanskje er det naturlig på dette stadiet også, prosjektorganisasjonen har mer tilgjengelig informasjon enn ledere nærmest ansatte.

(...)så på slutten av dagen så var det noen som hadde litt sånn ansvaret for den SNR og sammenslåing. De kom til oss og viste oss litt hvordan blir sykehuset og sånn blir det fordelt til avdelingene og sånt. Jeg kunne ha tenkt meg at det kunne vært mer nå når det ikke er så lenge til. Fordi vi skal begynne sammenslåing - Siv

Sykepleierne ser ut til å skjønne at det ligger stor innsats bak presentasjonene og arbeidet de har bidratt med. Den ene sykepleieren antyder de har for få ressurser, de burde kanskje vært flere til å drive frem prosjektet. Siste setningen til informanten under antyder at det er for lite støtte fra toppledelsen og at det er for få ressurser i OU organisasjonen.

Ja, og de tror jeg gjør en veldig formidabel innsats altså, jeg har stor tro på de to damene der da, de er flink og engasjert og vil noe. Men de er bare mennesker de også. To stykker kan ikke få til riktig alt, alene. Men jeg tror nå at det skorte, jeg vet ikke – Lise

5.5 Ledelse

Hvordan ledelsen oppfattes kan spille en rolle i forhold til om organisasjonen oppleves enhetlig eller splittet. Dersom den oppleves splittet kan det være interessant å se hvor splittelsen oppstår og om det oppfattes likt av sykepleiere og seksjonsledere og samtidig se om det kan ha betydning for hvordan seksjonslederne håndterer sammenslåingsprosessen. Data som beskriver oppfatninger og forventninger til ledelsen over sitt eget sjikt presenteres i første underkapittel. I andre underkapittel presenteres data knyttet til en skiftende ledelsesstruktur og hvordan dette oppleves av både sykepleiere og seksjonsledere.

5.5.1 Ledelsen sett fra ulike perspektiver

Forventninger om at seksjonsleder er oppdatert, informerer, kommuniserer, er i dialog med ansatte og lytter går igjen hos alle informantene. De ønsker en leder som viser engasjement. De gir lederen rom for å mislykkes så lenge ansatte føler at lederen har prøvd. En av sykepleierne etterlyser seksjonsledere som motiverer for å holde ut i perioden frem til sammenslåingen skjer. Utsagnet tyder på at et nytt sykehus ikke er motivasjon nok i seg selv for å holde ut det de står i nå, med travle dager. Når en av informantene sier hun savner interesse for fremtiden deres, kan det tolkes som at hun er skuffet over engasjementet som vises eller ikke vises ovenfor sykepleierne. Dersom de opplever likegyldighet om de blir med eller ikke, kan en følelse av å være lite verdsatt dominere.

At hvis de har gitt dem noen gulerøtter så har de på en måte vært motivert. Til å være der til avdelinga stenges ned. Så jeg har liksom savna litt sånn engasjement og interesse for framtida vår da. Litt sånn at de er på vår side og liksom jobber for faglige miljøet fremover (...) Vær engasjert egentlig, for vi forstår jo at de heller ikke klarer å trylle eller komme opp med noe sånn gode resultater av og til- Hege

De savner ikke bare engasjement fra nærmeste leder. De sier også at ledelsen over seksjonslederne er fraværende og lite synlig. De har forventninger til større involvering fra hele ledelsen og mer informasjon om hvordan de jobber med sammenslåingsprosessen. En av sykepleierne setter et spørsmålstegn ved om lederne gjør en god jobb. Når hun antyder at de jobber i kulissene, kan hun mene at jobben de gjør er usynlig for alle andre. Når ledelsen blir lite synlig, vet ikke sykepleierne hvilke synspunkter de har og hvordan de planlegger sammenslåingsprosessen. Dersom en ikke vet, gir det grobunn for spekulasjoner.

Det kan god hende de har jobba i kulissene, at de har gjort en god jobb, men det har ikke jeg noe informasjon om. Det vet jeg ikke - Hege

Lite synlig ja kan du si- Petter

Dette støttes av utsagn fra en av seksjonslederne. Hun savner informasjon og kunnskap om hvordan ledersjiktet over avdelingslederne jobber mot sammenslåingen. Hva og hvordan toppledelsen tenker om sammenslåingen av sykehusene kan da fremstå som ullent og lite planlagt. Hun har en forventning om at føringer for sammenslåingen skal komme ovenfra. Det er ingen etablert visjon for sykehuset som alle seksjonslederne kjenner til.

(...) men jeg tenker jo at det en eller annen person en eller annen plass, må jo ha en tanke om den overordna tanken hvordan det må foregå. Men jeg tror ikke på langt nær at alt er ferdig (...) Ikke nærmeste leder over nei, jeg tror ikke de kunne gjort så mye mer enn det de allerede gjør. Jeg tenker at det må komme høyere ovenfra. Det er jo den der berømte informasjonen da. Å strukturen. Hvilken visjon har vi, hvordan, ja, for det kan jo hende at det finnes – Trude

Den andre seksjonslederen sier derimot at planleggingen blir tatt godt vare på av ledelsen over og nevner prosjektlederne i OU, men de er ikke i den formelle lederlinjen siden de tilhører prosjektorganisasjonen. Deres jobb med sammenslåingen har ført til at hun føler deg delaktig, informert og ivaretatt av ledelsen over.

*Men jeg føler at det blir tatt godt vare på, over oss i hvert fall, med ... og ...
(...) Jeg føler at planleggingene er så trygge, over oss. Altså at alt blir tatt vare på
(...)Vi er med på møter og, ja, får vite hva som er våre oppgaver- Anita*

Den samme seksjonslederen sier at hun behøver ikke noen for å fortelle hva hun skal gjøre. Mener hun får såpass mye informasjon at hun klarer å løse det meste selv og vet at avdelingslederen stiller opp dersom hun trenger hjelp. Hennes utsagn kan tolkes til at hun har all informasjonen tilgjengelig og det er opp til henne å sortere ut det som er viktig å ta tak i nå. Dette kan tolkes som om hun eier prosessen i egen seksjon. Det kan stilles spørsmål angående informasjonen hun gir uttrykk for at hun har og hvorfor sykepleierne fremdeles sier de får lite fra nærmeste leder.

Det jeg kjenner på, det er at nå står det litt på meg. At jeg må dyp dykke i alle informasjonen jeg alltid har fått. Og jeg må ta det etter sommerferien. Det er det som er min plan. For jeg tror jeg får all informasjonen jeg trenger- Anita

De siste utsagnene fra seksjonslederne tyder på at de har to ulike tilnærminger til hvordan endringer skal ledes. Den første etterlyser klarere føringer fra toppledelsen, mens den andre sier hun har nok informasjon til å starte prosessen selv. Seksjonslederen som mener hun kan sette i gang selv, har tidligere vært på et omfattende kurs i endring. Hennes tidligere arbeidsplass sendte alle ledere på samme kurs før de skulle i gang med en omfattende endring. De lærte dermed hvordan de skulle håndtere motstand og drive endringen fremover. Om dette er årsaken til at holdningen er ulik kan ikke slås fast med sikkerhet.

(...) og det å lære seg gode metoder for hvordan man får med seg folk i endringsprosesser, eller til å se endringer, vi lærte veldig mye. Og praktiserte. Det ble en sånn dagligdags måte å jobbe på. (...) Alle lederen som jobbet sammen med meg, ble pålagt dette, denne utdanningen, vi jobbet veldig likt. Vi tenkte likt, i forhold til endring. Vi hadde målet, alle på en måte visste hvordan vi skulle komme dit da – Anita

5.5.2 Lederstruktur

I følge seksjonslederne har det vært en omstrukturering av ledelsen over seksjonsledernivået. Det ble opprettet avdelingsledere på tvers av sykehusene i Molde og Kristiansund. Seksjonslederne er dermed det siste lederleddet som ikke er endret før sammenslåingen.

En av seksjonslederne sier det passet dårlig med avdelingsleder bytte nå. Hun gir uttrykk for at det er lite gunstig å måtte forholde seg til ny leder i tiden som kommer. Det tar tid å danne nye relasjoner. Strukturen var innarbeidet og det kan oppleves tungt å begynne på nytt igjen samtidig som en skal holde fokus på drift og sammenslåingsprosessen. Utsagnet hennes kan tolkes som at det er en fordel å være godt kjent før vanskelige prosesser. Når diskusjonene dukker opp kan det være en trygghet i å kjenne hverandre. Denne dimensjonen mister de nå og må bygge relasjonen kjapt. Det kan tolkes som at ledere må handle etter forventinger uansett hvilke vilkår de får for å utføre jobben.

(...) hvis man bare latt det vært sånn som det var når vi hadde den avdelinga som vi hadde no. For da va jo det innarbeidet. Alle kjente jo hverandre godt, ikke sant? (...) nå må du jo bli kjent med alle de nye, med den nye avdelingen, og så skal man bli trygg på folk og så skal man bli kjent. Vi er jo menneska alle sammen- Trude

En av sykepleierne er litt kritisk til alle lederskiftene og spesielt bytte av direktører. Utsagnet kan tyde på at hun mener alle nye direktører har behov for å markere seg ved å innføre noe nytt og dette fører til endringer ingen har etterspurt. Utsagnet kan ikke være relatert til om sykehusene skal slåes sammen eller ikke siden det neppe har vært sittende direktør sin bestemmelse. Sarkasmen i tonefallet kan tyde på lite tillit til toppledelsen og tidligere direktører spesielt.

Nye direktører og sånt noe som skal sett navnetrekket sitt på papiret, og gjør noe bra - Lise

Flere av sykepleierne etterspør om det er avgjort hvem som skal være leder for hvilken seksjon når sykehuset er ferdig. Det ligger spenning til hvem de får som leder og hvordan de skal forberede seg fremover mot flytting. De vet hva de har i dag, men igjen dannes det usikkerhet når de ikke har et navn og ansikt å forholde seg til.

Å så er det litt spennende med tanke på hvem som blir ledere, og hvordan de tilpasser seg i forhold til at alt er nytt. Sikkert en smertefull overgang. Kanskje? - Siv

Den ene seksjonslederen sier hun skal slutte og den andre seksjonslederen er usikker på om hun får jobb som leder på det nye sykehuset, selv om hun ønsker å fortsette. Det kan stilles spørsmål rundt hvem som skal motivere sykepleierne til både å stå i jobben i det de opplever som en vanskelig tid og til å være med over til det nye sykehuset når ledelsesstrukturen ikke er klar. Et annet spørsmål er hvor lenge er det ønskelig å vente med slike avgjørelser, for hvem tar ansvar for å drive rekruttering til den fremtidige sengeposten når sykepleierne skal søke på stillingene.

Det er sånn at de er usikre på hvor mange ledere som skal være på (...) Det er ikke sikkert at jeg får fortsette (...) Har lyst til å jobbe som leder på det nye sykehuset også- Anita

6.0 Diskusjon

Denne delen av oppgaven skal belyse problemstillingen: *Hvordan opplever sykepleiere på sengepost å jobbe i en sammenslåingsprosess og hvordan ledes de?*

6.1 Sykepleiernes opplevelse av sammenslåingsprosessen

Første del av kapitlet er inspirert av Jacobsens (2018) drivkrefter, innhold og omfang og planlagt endring for å diskutere sykepleiernes forståelse og opplevelse av sammenslåingen. Forståelsen for årsak, hvor stor omstillingen er og hvor på tidslinja de befinner seg i sykehussammenslåingen kan ha betydning for grad og kraft av motstand eller endringsvilje. Seksjonsledernes utsagn er med på å underbygge og belyse sykepleiernes opplevelser. I siste del av kapitlet diskuteres seksjonsledernes ledelse i sammenslåingsprosessen.

6.1.2 En stor endring for sykepleierne

Sykehusene endres i to av strukturer som Mintzberg i Jacobsen (2018) sier det profesjonelle byråkratiet består av. Den første strukturen handler om profesjonenes spesialisering, standardisering og kompetansen. Den andre om fysiske strukturer. Den første endres siden fagområdet skal deles i åtte sub spesialiteter ved det nye sykehuset. Det vil medføre nye oppgaver og oppdatering av fagkunnskap for sykepleierne. Maktstrukturen endres i liten grad siden ledelsen ikke endres og hierarkiet vil da være det samme.

Sammenslåing av sykehus omfatter endringer i både det Jacobsen (2018) betegner som formelle og uformelle elementer. Sykehusene i Molde og Kristiansund har allerede felles ledere fra avdelingsledernivå og oppover. Det som gjenstår er det siste formelle elementet, seksjonslederne, og hele det uformelle elementet, produksjonskjernen, som sykepleierne er en del av. Endringen kan ses som både brudd og stegvis (Jacobsen, 2018). Brudd fordi de ansatte må endre nesten alt de kjenner fra før. Stegvis fordi ledelsen fra avdelingsleder og oppover ble sammenslått på tvers av sykehusene i 2023 og seksjonslederne sier de nå har regelmessig kontakt med det andre sykehuset. Sykepleierne derimot sier de ikke har noen form for kontakt med det andre sykehuset bortsett fra noen få tilfeller med pasientsamarbeid. Dette kan føre til at sykepleierne kan komme til å oppleve omorganiseringen mer belastende enn de som allerede samarbeider siden deres endring da blir mer kompleks og omfattende. I følge Jacobsen (2018) kan et brudd oppleves mer dramatisk enn stegvis endring og han sier at et brudd kan forstås på to måter. Enten ved at alt en kjenner endres eller tidsmessig ved at noe endres plutselig. Sykepleierne kan oppleve endringen som et brudd på grunn av omfanget, samtidig stegvis siden endringen tar lang tid å fullføre.

6.1.3 Forståelse av hvorfor sykehusene sammenslås

Flere studier viser at norske sykehus har vært i omfattende omstillinger og sammenslåinger etter at de ble omdannet til helseforetak på begynnelsen av 2000 tallet (Kjekshus & Hagen, 2007; Rohde & Torvatn, 2017). Noe som for øvrig er i takt med skandinaviske land (Choi et al., 2012) og inspirert av markedstanken til de amerikanske helsetjenestene (Roald & Edgren, 2001; Solstad & Petterson, 2020). Kjekshus og Hagen (2007) fant indikasjoner på både økonomiske og kvalitetsmessige fordeler ved sammenslåinger av sykehus. Dette kan tyde på at økonomi i betydningen effektiv drift og faglige kvalitetsmessige argumenter er sterke ytre drivkrefter for sammenslåinger generelt. Sykepleierne nevner foretaksmodellen som en årsak til at sykehusene slås sammen. Både sykepleierne og seksjonslederne tror at sammenslåingen av sykehusene er ønskelig for å samle fagkompetanse, økonomiske årsaker og den er politisk initiert for å spare penger. De kan ha rett i alle antakelsene også den politiske involveringen som har vært i denne sammenslåingen. Selv om politikere sjelden går direkte inn og bestemmer detaljer i en sammenslåingsprosess (NOU, 2023:8), kan de ifølge Rohde og Torvatn (2017) gå direkte inn med oppdrag der det anses som nødvendig. De lokale politikere nevnes som synlig og engasjert, men ikke nødvendigvis positivt engasjert. En av sykepleierne etterlyser større engasjement fra lokale politikere for å tilrettelegge infrastruktur nå som avgjørelsen for lokalisering av fellessykehuset er tatt. Hun gir uttrykk for at det ønskes et annet fokus enn motstand. Sykepleieren antyder at lokalbefolkningen og lokale politikere henger etter med å akseptere det nye sykehuset. På den måten er de i utakt med de som jobber ved sykehusene og prioriterer derfor ikke saker som kan gjøre det enklere for de som skal jobbe ved det nye sykehuset. En annen sykepleier sier hun er glad for at sykehuset ble plassert mellom byene, hun antyder at det ville blitt en mye større konflikt dersom sykehuset hadde blitt plassert i en av byene. Seksjonslederne er forsiktige med å uttale seg om plassering, men de sier at de tror det ville blitt utfordrende å drive to mindre lokalsykehus på sikt og tror større fagmiljø kan virke rekrutterende. Jacobsen (2018) påpeker at helseinstitusjoner kan være dypt forankret i vertskommunen og forslag om å endre lokalisering til en annen kommune kan utløse sterke protester siden det er ønskelig å beholde arbeidsplasser og sikre nærhet til helsetjenester innenfor egen kommune. Dette blir ikke diskutert videre i denne oppgaven, men det kan ha vært et bidrag til at sykehuskonflikten eskalerte og ble vedlikeholdt i mange år.

Jacobsen (2018) sier at til klarere årsakene er til endring, til sterkere er drivkreftene. Dette kan være riktig i et organisasjonsperspektiv, men samtidig i konflikt med et individperspektiv og omvendt. Det er viktig for et sykehus å ha økonomisk bærekraft og kvalitet på tjenestene. Når dette også er begrunnelsen for sykehussammenslåingen er det en klar årsak og sterk drivkraft for organisasjonen. Jacobsen (2018) sier at det som gagnar organisasjonen oppfattes ikke nødvendigvis som et gode for individet. En endring kan ses fra tre perspektiver, individ, gruppe eller organisasjon. Dersom de tre ikke sammenfaller i syn kan det tenkes at konflikter oppstår (Wesenberg, 2023). Dersom alle profesjonene, deriblant sykepleierne hadde opplevd det likt som politikerne og topplederne, som forventes å ha organisasjonsperspektivet, ville det ikke vært en strid om hverken sykehusene eller plassering. Både sykepleierne og seksjonslederne sier de tror sammenslåingen skjer for å styrke fagmiljøene. Samtidig er en av sykepleierne ganske bastant i uttalelsen om at hun mener det burde vært to sykehus. Dette begrunner hun med at nærhet til sykehus sparer liv. Satt skikkelig på spissen kan dette

bety at det hjelper ikke å reise til et høykompetent sykehus dersom tidsbruken fører til at du dør på veien. På en annen side hjelper det ikke med rask hjelp dersom kompetansen som trengs for å berge liv ikke er der. Slike utsagn skal en vært ytterst forsiktig med, men de er ment som en illustrasjon for å poengtere flere mulige individperspektiv. Polariserende konflikter og debatter om sammenslåing og hvor eventuelt et felles sykehus skulle plasseres, kan tyde på at individene hadde andre perspektiver enn organisasjonen. Å forstå årsak betyr dermed ikke nødvendigvis enighet. Både sykepleierne og seksjonslederne uttrykker spenning for at den underliggende konflikten kan komme til å prege sammenslåingsprosessen videre.

6.1.4 Sammenheng mellom tid og motstand

I følge litteraturen har en planlagt endring en klar start og slutt. En sammenslåing av sykehus har en klar start fra avgjørelsen er tatt og en slutt når sammenslåingen er implementert, både fysisk og ved at nye rutiner er innarbeidet (Wesenberg, 2023). Den følger en tidslinje som Leawitt i Wesenberg (2023) deler i tre faser, opptining, endringsfasen og nedfrysning. Dersom en følger tidslinjen til Leawitt og teorien til Jacobsen (2018) kommer de kraftigste reaksjonene når en endring blir kjent og usikkerheten er størst. Disse reaksjonene bør få spillerom og bli håndtert tidlig i opptiningsfasen, før endringen er besluttet. Hvorvidt det ble gjort i denne sammenslåingen blir stående åpnet siden det er utenfor rammene for oppgaven, men det vi vet er at konflikter og debatter har vært tilstede. Ifølge Jacobsen (2018) kan en vedvarende motstand etter beslutningen er tatt bli vanskelig å håndtere. Flere av utsagnene til sykepleierne og seksjonslederen tyder på at det er roligere stemning enn før, selv om sykepleierne fremdeles sier at det er kringling og uenigheter. Et utsagn fra en seksjonsleder kan tolkes som at hun ikke levner hard motstand en sjanse: «Nå er beslutningen tatt og de har akseptert det (...) da må man ta et personlig valg om en vil være med eller ikke». I dette kan det ligge en forventning til sykepleierne om at de må legge konflikten bak seg og det virker som hun oppriktig mener at det er rom for å trekke seg ut istedenfor å bli værende dersom de fremdeles er sterkt uenig. Det kan tyde på at den innledende fasen med fornektelse og opprør er et tilbakelagt stadium og at motstanden er av en annen karakter. Dette plasserer sammenslåingsfasen mot slutten av Leawitt i Wesenberg (2023) sin opptiningsfase og i begynnelsen av en endringsfase. Noe som kan ha betydning for hvor sterk motstand eller endringsviljen er.

6.2 Sykepleiernes opplevelse av motstand og endringsvilje

Kort oppsummert fra forrige kapittel kan det sies at sykepleierne skjønner hvorfor sammenslåingen av sykehusene skjer. Sykepleierne og resten av produksjonskjernen er de som kommer til å oppleve den største omorganiseringen siden de frem til nå har jobbet i separate organisasjoner og deres endring berører flest strukturer. Det er også tydelig at sykepleierne og seksjonslederne er kommet inn i en fase som er mindre konfliktfylt. Dette fører til at motstand kan bli mildere enn hva den var på et tidligere tidspunkt i sammenslåingsprosessen (Jacobsen, 2018). Tidsdimensjonen kan ha vært en medvirkende faktor til at konfliktene nedskaleres. Dette kan støttes av et utsagn fra seksjonslederne. De sier det ser ut til at ansatte har akseptert sammenslåingen og de

opplever en mer resignert holdning. Mindre motstand kan også kyttes til funn i datamaterialet som beskriver et stort frafall av sykepleiere. En av seksjonsleder sier at mange av de som sto i de hardeste kampene har sluttet. Både forkjempere og motstandere for fellessykehuset kan ses på som forkjempere for sitt sykehus. Etter som flere nå har sluttet kan det ha ført til at polariseringen er dempet. De nye som kommer til har tatt et bevisst valg siden de søker på jobbene og kjenner betingelsene. Dette kan være noe av årsaken til at endringsmotstanden ikke er så fremtredende i datamaterialet.

Forskning viser til at dersom ansatte står i endringer over tid kan det påvirke jobbengasjementet negativt som igjen kan gi en høy turnover (Belschak et al., 2020). Helseforetaket har stått i sykehuskonflikt og planlegging av nytt sykehus i mange år. Hvordan sykepleierne opplever muligheten til å gi god kvalitet på pleie og omsorg kan ifølge Isonne et al. (2021) påvirke jobbfornøydhets og jobbengasjement. Artikkelen samsvarer med funn i denne studien. Sykepleierne sier tiden ikke strekker til, pasientbehandlingen er minimert og de uttrykker stor misnøye med knappheten på ressurser. Sykepleierne sier de fokuserer på en dag av gangen og håper at neste blir bedre. Funnene samsvarer fra begge sykehusene, de rapporterer travelhet fra alle seksjoner. Det kan ikke slås fast at negativ jobbfornøydhets er årsakene til sykepleierflukten som rapporteres av både sykepleiere og seksjonsledere. En sykepleierflukt kan ha sammensatte årsaker. I utgangspunktet kan et nytt sykehus virke rekrutterende, men det er ikke overvekt i datamaterialet som tilsier at det er det. Dette kan være selvmotsigende siden sykepleierne har uttalt at de gleder seg til et nytt arbeidsmiljø på det nye sykehuset. Her må det kanskje skilles mellom hva som motiverer de gjenværende sykepleierne og hva som kan ha ført til at flere har sluttet. Funn kan tyde på at sykepleiere har sluttet på grunn av usikkerhet knyttet til fremtidige arbeidsforhold som reisevei og ikke nødvendigvis fordi det er travelt i dagens jobb eller dårlig arbeidsmiljø. Sykepleier fra begge sykehusene sier de er spente på hvem som blir med. Det kan derfor se ut som at et nytt sykehus kan være både rekrutterende og beholdende samtidig som det gir grunner til at noen slutter.

Det er ingen av sykepleierne som snakker om skjulte agenda, manglende tillit til hvorfor endringen skjer, eller at de er redd for å miste jobben, det som Yukul (2019) og Jacobsen (2018) nevner som årsaker til motstand. Flere av informantene virker positivt innstilt til sammenslåingen. Alle informantene sier de tilhører et godt arbeidsmiljø og samtidig håper det blir bedre på det nye sykehuset. Ut fra litteratur om endringsledelse og motstand kunne det forventes mer skepsis (Jacobsen, 2018; Yukl, 2019). Jacobsen (2018) sier at endringsvilje kan komme fra ønske om å forlate et arbeidsmiljø med bakgrunn i at de mistrives, men uttalelsene fra sykepleierne tyder ikke på at ønske om å bytte arbeidsmiljø kommer av mislykkede sosiale relasjoner. Det kan være at tanken på å forlate det trygge og kjente har modnet, eller årsaken kan være at den opplevde travelhetene, som alle beskriver, fører til at de håper på bedre dager ved det nye sykehuset. Hvordan jobbhverdagen oppleves er kanskje like viktig som den sosiale relasjonen i et arbeidsmiljø.

Forskning viser til at kulturforskjeller kan spille en avgjørende rolle i integreringen etter sammenslåingen. Hvordan de opplever hverandre kan ha noe å si for hvordan de kommer til å samarbeide. Dersom de opplever at en organisasjon er mer verdt enn den andre, kan de som føler seg mest verdt komme bedre ut av sammenslåingen enn de som føler seg mindre verdt (Makri et al., 2012). Det er ikke noe i datamaterialet som tilsier at de ser ned på hverandre på tvers av sykehusene. Tvert imot det ser ut som sykepleierne ved begge sykehus virker utålmodige etter å starte samarbeidet med sykepleierne fra det

andre sykehuset. En av sykepleierne sier at det er en fordel at sykehuset blir nytt for begge parter og at det kanskje ikke hadde gått så bra om det ble lagt til Molde. Ut fra forskningen om å føle seg underlegen og overlegen kan det se ut som hun har et godt poeng. Dersom sykepleierne ved ett av sykehusene hadde følt et større eierskap til det nye sykehuset kunne dette ført til en skjevhet i forholdet, hvor en av partene kunne følt at de kom på besøk og hadde liten innflytelse. Seksjonslederne sier ikke så mye om samarbeid mellom sykepleierne på tvers av sykehusene annet enn at de ønsker å involvere de i planleggingen.

Forskning viser at lederne må være de som tar initiativet og oppmuntrer til samarbeidet (Smeulders et al., 2023). Seksjonslederne har felles møter på tvers og sier de er veldig fornøyd med å bli kjent. De ser også muligheten til å lære av hverandre og de sier samarbeidsklimaet er godt og mye bedre enn det fremstilles i avisene. Basert på deres erfaringer kunne det vært grunn til å tro at de ønsket det samme for sykepleierne de har ansvaret for. I et forebyggende perspektiv, ville sykepleierne kunne tjent mye på å bli kjent nå og det kunne lettet implementeringsfasen. Noe som samstemmer med funn i artikkelen til Smeulders et al. (2023). Det er ikke bare mellom sykehusene at samarbeidet ikke fungerer. Sykepleier fra det ene sykehuset sier det interne samarbeidet er problematisk. Arbeidsdagene er travle og det sies at de ikke er flinke til å hjelpe hverandre mellom seksjonene. Det kan leses mellom linjene at de krangler om ressursene for å redusere egen belastning. Intern krangling kan også være med å påvirke danning av nye arbeidsmiljø selv om sykepleierne skal splittes opp og jobbe ved andre seksjoner enn det de gjør i dag. En av seksjonslederne på motsatt sykehus sier hun ser et mulighetsrom til å bryte opp det gamle og starte på nytt når alle sykepleiere skal fordeles på nye fagområder. Dette kan indikere at hun ikke er helt fornøyd med dagens tilstand, samtidig kan det oppfattes som at hun ikke har tenkt å sette inn noen tiltak nå.

Jacobsen (2018) sier at belønning kan virke positivt for endringsviljen på samme måte som tapte goder kan virke negativt. Informantene sier at sykepleiere har sluttet siden de ikke orker lengre reisevei og som konsekvens av det, tapt tid med familien. Både sykepleierne og seksjonslederne er bekymret for om det blir med nok sykepleiere over til det nye sykehuset. En av sykepleierne ser på langvakter og færre oppmøter som et gode og nærmest som et krav for å være med til det nye sykehuset. I forhold til funnene i denne studien er det mye som tyder på at arbeidstider mangler avklaringer. Sykepleierne er delt i dette synet og noen er ikke interessert i lengre vakter. Igjen er vi inne på de individuelle forskjellene og hva som oppleves bra for den ene og ikke den andre. Seksjonslederne ser ikke ut til å være så opptatt av arbeidstider bortsett fra at de har registrert at noen ønsker langvakter.

Noe annet som sykepleierne opplever som et gode er faglig utvikling og muligheten til å spisse kompetansen inn mot nye fagområder. En av sykepleierne sier at seksjonslederne burde vært flinkere til å anerkjenne sykepleierne og gitt en påskjønnelse i form av faglig påfyll. En av sykepleierne sier det kunne gitt motivasjon for å stå i travelheten og de vanskelige arbeidsforholdene de sier de har. Sykepleierne sier de også kunne tenkt seg å startet et samarbeid på tvers av sykehusene for koordinere og utveksle kunnskap. Når en av sykepleierne sier at det kunne vært fint å «krysset den linja der» og startet et samarbeid, kan det tyde på at hun opplever at det finnes en usynlig terskel de må komme over for å bli kjent. Det er ikke utenkelig at hun sikter til de bakenforliggende konfliktene. Fag kunne derfor vært en ufarlig arena for å starte samarbeidet. Seksjonslederne sier de ser behovet for faglig utvikling og samarbeid. Ikke bare på tvers

av sykehusene, men også internt. Seksjonslederne sier at tilrettelegging for faglig utvikling ikke er mulig på grunn av ressursmangel, men de ønsker seg bedre arbeidsbetingelser ved det nye sykehuset og muligheten til å prioritere fag.

6.3 Sykepleiernes opplevelse av sammenslåingsprosessen

Tidligere ble det nevnt at prosessen med sykehussammenslåingen kan anses som å være på slutten av en opptiningsfase. Det betyr at organisasjonen og ansatte begynner å bli klar for selve endringsfasen. I følge funn i denne studien kan det se ut til at motstanden er redusert fra idefasen om felles sykehus. I følge (Hope 2015) er informasjon viktig i alle ledd av endringsfaser for at hele organisasjonen skal være samstemt. Wesenberg (2023) legger til at involvering kan ses på som en forberedelse til implementeringsfasen og virke risikoreduserende. Hvordan sykepleierne opplever ivaretagelsen av både informasjon og involvering presenteres i de to neste underkapitlene.

6.3.1 Sykepleiernes behov for informasjon i sammenslåingsprosessen

Sammenslåingen er nå i nærheten av det Leawitt i (Wesenberg, 2023) beskriver som selve endringsfasen. Det vi ser at den planlagte endringen har pågått en stund. Behovet for informasjon må derfor ses i sammenheng med tidslinjen. Litteraturen sier at informasjon er viktig i alle fasene av en endringsprosess. Målet er å forberede ansatte på det som skal skje slik at det skapes forståelse og minsker motstanden (Wesenberg, 2023).

Sykepleierne fra begge sykehusene er opptatt av helt konkret informasjon i denne fasen. De vil vite hvilket fagområde de skal jobbe, arbeidstider, busstider, parkeringsmuligheter og hvem som blir deres nye leder. En av sykepleierne sier at mye av dette handler om få muligheten til å planlegge familielivet. Alle sykepleierne hever stemmen ett hakk når de snakker om informasjon og de kommer innom temaet gjentatte ganger i løpet av intervjuene. Det tyder på at dette engasjerer. De etterlyser svar fra nærmeste leder og virker oppgitt over at de ikke får svar på det de spør om. En sykepleier hevder hun får mer informasjon fra media enn fra egen leder. De åpner for at seksjonslederne ikke har informasjonen og at det er litt tidlig i sammenslåingsprosessen. Likevel sier de det er rart at de ikke får informasjon fra møter de vet seksjonslederne har deltatt på. Seksjonslederne sier de vet at sykepleierne etterspør informasjon og de prøver å dele det de vet så langt det lar seg gjøre. De sier at de bruker alle kanaler de kjenner for å få gitt ut informasjon. Igjen kommer opplevd travelhet inn som en hindrende faktor. En av seksjonslederne sier at arbeidsoppgavene er så mange at hun kommer seg ikke ut av kontoret. Utsagn fra sykepleierne tyder på at seksjonslederne ikke er tilgjengelig i den grad at de får dekt informasjonsbehovet. Dette kan bety at det som diskuteres mellom sykepleierne ikke blir korrigert og halvsannheter blir til sannheter. Dersom informasjonen de baserer diskusjoner på kommer fra media kan det være betenkelig siden media kan vinkle artiklene i retningen de selv ønsker.

Hope (2015) sier informasjonen er et viktig virkemiddel som ledere må ta i bruk i endringer og lederne må ha forstått hva som skal kommuniseres til ansatte. En av seksjonslederne uttrykker kraftfullt at hele organisasjonen har sviktet i å informere. Det fremstår som at seksjonslederne ikke vet hva de skal formidle ut. De tilkjenner ingen overordnet strategi på kommunikasjon som de kan bruke. Seksjonslederne gir også uttrykk for at de ikke vet svarene på de helt konkrete spørsmålene som sykepleierne har. En av seksjonslederen mener at sykepleierne selv også har et ansvar for å tilegne seg informasjon. Hun sier at det er lagt ut mye informasjon i variert form, både digitalt og på papir. Samtidig sier hun at hun må være på hele tiden for å sørge for nok informasjon. Hope (2015) sier at mellomlederen skal ha kontroll på informasjonen og må sørge for å informere bredt. Dette står i kontrast til det seksjonslederne formidler og sykepleierne sier de opplever av informasjonsflyt.

6.3.2 Sykepleiernes opplevelse av involvering i sammenslåingsprosessen

Hope (2015) sier at mellomlederen har en helt unik rolle i endringsarbeid på grunn av sin posisjon i organisasjonen. Nær nok ansatte til å kjenne detaljene og langt nok unna til å få et overordnet perspektiv. Wesenberg (2023) legger til ansatteperspektivet og sier at når medarbeiderne inviteres til deltakelse beriker det endringsprosjektene med nye ideer dersom de tør si sin mening. Sykepleierne etterlyser muligheter for å delta. En av sykepleierne sier hun er deltaker i seksjonsråd og får en del informasjon derfra, men hun sier at sakene virker å være avgjort når de blir tatt opp i møtene. Samme sykepleier sier hun har lignende erfaringer fra tidligere endringsprosjekter. De får ferdige løsninger som er utarbeidet fra andre enn de som jobber i seksjonen, med beskjed om å implementere. Sykepleieren sier hun i utgangspunktet er positiv til endringer, men sier det er demotiverende når medvirkningen strekker seg til å implementere. Dette kan tyde på at tidlig involvering, som Wesenberg (2023) sier er viktig, utelates siden de ikke blir involvert før de når stadiet med implementering. Ut fra egne opplevelser uttrykker samme sykepleier forståelse for at medarbeiderne ofte viser motstand mot endringer som forsøkes innført. Alle informantene har tilleggsoppgaver i seksjonen som for eksempel tillitsvalgt, verneombud og fast møtedeltaker i seksjonsråd. De er dermed i posisjoner hvor det kan forventes at de blir involvert. Det kan være betenkelig at de opplever liten grad av involvering og når de er involvert sier de at sakene er avgjort på forhånd.

Wesenberg (2023) sier involvering av ansatte får prosjektet til «å sette seg» i en implementeringsfase og at det motsatte vil skje dersom de ikke blir involvert. Sykepleierne sier de er godt informert om selve byggeprosjektet og fremdriften, men de sier det er lite fokus på innholdet i bygget. De sier det er lite fokus på sammenslåingen i sammenheng med hva den kan representere for deres fremtidige arbeidshverdag. En av sykepleierne forteller om et møte hvor representant fra Organisasjonsutviklingen, OU, kom inn på slutten av møtetiden og fortalte om hva som var planlagt så langt. Sykepleieren gir uttrykk for at det kunne vært flere slike møter, samtidig som de kunne blitt mer direkte involvert ved at deres meninger blir etterspurt. En av sykepleierne påpeker at OU utgjør en forskjell og antyder at deres korte innhopp i et møte ga mer informasjon enn det de har fått fra seksjonslederne. Dette kan også være naturlig på dette stadiet siden OU har koordineringsansvar for å utarbeide nye pasientflyter, utvikle

felles fagmiljø og lage overordnede planer for bygg og nye konsepter (Helse Møre og Romsdal, 2023). På den annen side skal dette skje i samarbeid med linjeledelsen i organisasjonen. OU deler ansvaret med linjeledelsen og ifølge Jacobsen (2016) ligger beslutningsmyndigheten til organisasjonen. Det kan settes et lite spørsmålstegn ved hvor delaktig seksjonslederne er i sammenslåingsprosessen.

Manglende involvering som beskrives av informantene står i kontrast til målsettingen til organisasjonen. Det er nedfelt i mandatet til OU at det skal vær bred involvering av ledere, ansatte og brukere (Helse Møre og Romsdal, 2023). Selv om det er få informanter og derfor vanskelig å konkludere med at det er et brudd i samarbeidet mellom OU og linjeledelsen, kan det være indikasjoner på at dette er et problem. Når sykepleierne sier de opplever manglende informasjonsflyt og involvering i prosjektet er det funn som peker i retning av at noe mangler, men hvor det feiler kan være vanskelig å slå fast. Sykepleierne ser ut til å skjønne at det ligger mye arbeid bak det representantene for OU presenterer, men de mer enn antyder at OU har for få ressurser. De sier at det er begrensninger for hva to personer kan klare, en av sykepleierne sier at hun «tror det skorter». Ut fra sammenhengen til utsagnet kan det tolkes til at hun tror det skorter på støtte fra ledelsen lengre opp. Dette kan være nok en indikasjon på at samarbeidet i lederlinja og OU ikke er optimalt.

6.4 Hvordan seksjonslederne leder

I følge Hope (2015) har mellomlederne en spesiell rolle i organisasjonen siden de er bindeleddet mellom profesjonene som driver pasientbehandling og ledelsen. De forrige kapitlene har dannet et bilde av at både seksjonsledere og sykepleierne har travle dager, det er sykepleierflukt fra sengepostene, liten grad av endringsmotstand og det eksisterer forventninger som ikke blir møtt. Videre i dette kapitlet presenteres seksjonslederens ledelse av sammenslåingsprosessen.

6.4.1 Seksjonslederen og konkurrerende logikker

I følge Kirchhoff et al. (2024) står helsevesenet overfor betydelig utfordringer i tiden fremover. Behovet for helsetjenester og knappere ressurser fører til at helseledere må være både endringsvillig og robuste for å kunne møte utfordringene. De vil ikke alltid ha kontroll på alt som bestemmes av endringer siden de må forholde seg til politiske føringer, men de må likevel gjennomføre endringer i engen organisasjon basert på samfunnets prioriteringer. Helselederen må beherske både administrasjon og ledelse (Kirchhoff et al., 2024). Jacobsen (2018) sier den formelle ledelsen kan få problemer med å gjennomføre endringer dersom profesjonene ikke er enig. Dette sammenfaller med Choi et al. (2012) sin beskrivelse av helsevesenet. De sier helsevesenet er basert på konkurrerende logikker. Den ene logikken er knyttet til sykehusenes fokus på økonomi og den andre på profesjonenes fokus på de myke verdien i pasientbehandlingen (Choi et al., 2012). Implisitt sier seksjonslederne at de på en måte er fanget i de to konkurrerende logikkene allerede, det er ikke noe som hører fremtiden til. Deres travle hverdag preges av administrasjons arbeid, dette illustreres ved at den ene

seksjonslederen sier at hun knapt kommer seg ut av kontoret for å møte ansatte. Hun sier i tillegg at hun bruker mye av fritiden på jobbrelaterte oppgaver. Samtidig sier samme seksjonsleder at hun skulle ønske at mer av tiden kunne gå med til å planlegge fagdager og fagutvikling for sykepleierne. Begge seksjonslederne er opptatt av fag og ser at det er mye å ta tak i. Det er ingen bastante svar på hvorfor seksjonslederne prioriterer eller må velge administrasjon fremfor ledelse, men helseforetaksmodellen, som er inspirert av markedstankegangen (Kjekshus & Hagen, 2007) kan kanskje ha ført til at oppgaver tilhørende administrasjon og styring prioriteres av topplederne som er budsjetansvarlig for foretaket. Deres prioriteringer kan legge føringer for hva seksjonslederne må rapportere tilbake.

Artikkelen til Isonne et al. (2021) indikerer at de som jobber i administrative stillinger har en tilbøyelighet til å oppleve lavere jobbfornøydhet enn de som jobber med direkte pasientkontakt. Artikkelen er skrevet i sammenheng med pleiepersonell og deres ledere. Hva hun legger i administrative stillinger er noe uklart, men det kan ses på som en lederstilling med vekt på administrasjon. Ut fra datamaterialet tilhørende denne studien kan det ikke med sikkerhet slås fast at ledere opplever mindre jobbfornøydhet enn sykepleierne siden den ikke har målt sykepleiere opp mot seksjonsledere, men seksjonslederne rapporterer om lange dager og arbeidsoppgaver som hopper seg opp. De sier at dagene går med til brannslukking og innleie av folk. En av seksjonslederne sier hun har liten tilgang på støttefunksjoner. Når noen i hennes ledergruppe blir syk må hun steppe inn og ta over oppgavene. I følge begge seksjonslederne har de liten tid til endringsarbeid. I tillegg til sykehussammenslåingen skal helseforetaket innføre et nytt journalsystem. Alt dette krever mye tid. En av seksjonslederne påpeker at hun ønsker seg mer tid til begge endringene, men hun må prioritere alle andre oppgaver før endringsprosjektene og skyver de foran i tid. Samtidig sier denne seksjonslederen at hun må være flinkere til å prioritere, hun vet hva som skal til og selvledelse kommer opp som et tema. Om hun tenker på selvledelse i form av teknikker for å strukturere sin egen arbeidshverdag eller i et perspektiv der ansatte trinnvis læres opp til å bli mer selvgående ved hjelp av at de får overført mer makt, er usikkert (Martinsen, 2019). Data i denne studien samsvarer med tidligere funn fra en masteroppgave, som nå inngår i et bokkapittel, hvor det pekes på at seksjonslederne har mange oppgaver og stort lederspenn. Seksjonslederne beskriver dager med brannslukking og mange administrative oppgaver som de har vanskelig for å velge bort. De savner tid til å være ute blant ansatte (Olsen et al., 2024). Seksjonslederne beskriver en hverdag med det Kotter (2019) betegner som administrasjon og lite mulighet til å utøve ledelse. En av seksjonslederne sier at hun ikke skal jobbe ved det nye sykehuset men hun ville vurdert det dersom hun visste at seksjonsledernes arbeidsvilkår og støttefunksjoner ble bedre. Et nytt sykehus i seg selv løser nødvendigvis ikke alle utfordringene knyttet til dagens arbeidssituasjon.

6.4.2 Samarbeid i lederlinjen og OU

Seksjonslederne i sykehus leder ansatte med kompetanse som ikke uten videre lar seg erstatte, i dette tilfelle sykepleiere. Hope (2015) sier at mellomlederens styrke er at hen gjerne er rekruttert fra eget fagfelt. Det kan selvsagt gi en fordel dersom endringen er fagrelatert. Da kunne seksjonslederen rigget en Bottom up prosess med utspring i egen seksjon, men i en større organisasjonsendring kan det settes spørsmålstegn ved om

fagbakgrunnen er nok til å lede seksjonen gjennom omstillingene. En av seksjonslederne sier hun har en deltidsutdanning i endringsledelse fra sin forrige arbeidsplass. Der måtte alle ledere gjennom samme deltidsutdanning før de satte i gang en større endring. Den samme seksjonslederen sier at hun har alt hun trenger for å sette i gang endringen i egen seksjon. Hun sier det er tidsklemmen som stopper henne i å sette i gang, men det kan tolkes som at hun er klar for å legge til rette for en Bottom up prosess, som kunne betydd mer involvering av sykepleierne i endringsprosessen.

Den andre seksjonslederen er opptatt av mer støtte fra ledelsen over. Hun gir uttrykk for at det er lite føringer som kommer ovenfra. Sykepleierne gir også uttrykk for at de savner ledelsen over seksjonslederne. De sier at ledelsen er usynlig. Utsagn som at «de jobber i kulissene, de har gjort en god jobb, men det har jeg ikke informasjon om» understøtter hvordan sykepleieren opplever ledelsen over seksjonslederne. En av seksjonslederne støtter utsagnet og sier at det må da være noen som har en overordnet tanke om hvordan sammenslåingen skal foregå, hun etterlyser også en visjon for sykehussammenslåingen. Hun sier også at hun savner mer informasjon og kunnskap om hvordan toppledelsen jobber med sammenslåingen. Den andre seksjonslederen sier hun føler seg godt ivaretatt av ledere over seg selv og referer til de som jobber i OU. OU er ikke i den formelle lederlinjen. Dette kan tyde på at rollen til OU er noe uklart for denne seksjonslederen. OU har ansvar for å fasilitere prosesser men avgjørelser skal tas i lederlinjen (Helse Møre og Romsdal, 2023). I kapittelet om sykepleierne er det funn som tyder på at det fysiske byggeprosjektet er godt kommunisert ut, men hvilken betydning et nytt fellessykehus har for de som skal jobbe der er mer uklart. Funn tyder på at hverken sykepleiere eller seksjonsledere ser ut til å ha nok informasjon om dette. Misforståelsen den ene seksjonslederen har angående rollen til OU kan bygge opp under antakelser om at noe skurrer i samhandlingen mellom OU og lederlinjen. Det kan se ut som at seksjonslederne, som er en del av den formelle maktstrukturen, ikke er tilstrekkelig involvert for så å involvere sykepleierne. Dette kan ses i sammenhengen med informasjonen som etterspørres av begge kategorier av informanter. Dersom seksjonslederne var mer involvert kunne de hatt mer informasjon å dele. Funnene samlet sett kan indikere at det er noen hinder eller brudd i lederlinjen fra toppen og ned og motsatt vei, samt at samhandlingen med OU ikke er helt etter mandatet.

Det som kan oppfattes som et brudd i lederlinjen og brudd mellom OU og lederlinjen er det ingen klare funn på, men både sykepleierne og seksjonslederen sier det har vært flere lederbytter fra avdelingsleder og oppover lederlinja de siste årene. Den ene seksjonslederen sier at hun skulle ønske at den siste lederomorganiseringen aldri fant sted. Hun gir uttrykk for at det er tungt å bytte leder i en endringsprosess. Ikke for at den nye lederen ikke er god nok, men hun sier det handler om trygghet og at det tar tid å bli kjent med noen nye. Trygghet og tillit er en side av hyppige lederbytter. En annen side kan være kontinuiteten, for hvem blir kontinuitetsbærerne i sammenslåingsprosessen når ledere som mest sannsynlig er delaktig i planleggingen byttes ut etter en tid. Dette er som sagt ikke et funn som kan underbygge det som kan oppfattes som er brudd i lederlinjen, men det er heller ikke utenkelig at det kan spille en rolle.

Forskning viser til at organisasjoner som har blitt endret med bakgrunn i politiske bestemmelser preges av konflikter i lang tid etter endringen skulle vært gjennomført (Choi, 2011; Choi & Brommels, 2009; Erlie, 2017). Funn i denne studien tyder på at både sykepleierne og seksjonslederne er spente på om konflikten som har vært vil blusse opp igjen. Dette kan tolkes til at samarbeidet kan være skjørt. Hvor stor toleranse de har

for hverandres utsagn og feiltrinn kan dermed være uvisst. Desto viktigere kan samarbeid på tvers være. Alle ledere har nå tverrgående samarbeid, men ikke sykepleierne. OU sin fasilitering av sammenslåingsprosesser kunne vært en arena for samarbeid mellom sykepleierne. Funnen i denne studien indikerer at sykepleierne er interessert i både involvering og samarbeid på tvers. Bred involvering ligger i mandatet til OU. En av seksjonslederne sier hun ønsker at sykepleierne skal få delta på møter med OU, men hun sier at sykepleierne vegrer seg for å ta på seg flere oppgaver. Seksjonslederen sier samtidig at hun er ansvarlig for at sykepleierne får tid til å prioritere dette arbeidet og hun sier sykepleierne kunne fått et lite pusterom fra de travle arbeidsdagene. For sykepleierne kunne deltakelse i OU arbeid vært en fin Bottom up prosess for å sikre involvering. I følge Wesenberg (2023) er involvering viktig for den videre sammenslåingsprosessen.

7.0 Oppsummering og konklusjon

I Innledningen påpekes det at forskningen sier at inntil 70 % av alle endringer feiler økonomisk eller menneskelig. Flere forskere ser en sammenheng mellom mangelfullt fokus på den menneskelige faktoren og feilslåtte endringer (Belschak et al., 2020; Dao & Bauer, 2021; Nair, 2007; Thomas, 2016). Ut fra dette kan det tenkes at den menneskelige faktoren både kan påvirke og påvirkes for at endringer lykkes.

Denne studien har forsøkt å belyse sykepleiernes opplevelse av å jobbe på en sengepost i en sykehussammenslåing. Funnene tyder på at sykepleierne forstår hvorfor sammenslåingen skjer, men det betyr ikke at alle er enig selv om de har kommet til en aksept. Sykepleierne kan komme til å oppleve den fysiske sammenslåingen av sykehus mer dramatisk enn lederne. Hele lederlinjen bortsett fra seksjonslederne ble sammenslått i mars 2023 (Helse Møre og Romsdal, 2023). Innholdet i sykepleiernes arbeidshverdag berøres på mange punkter. De vil for eksempel få nye kollega, nye arbeidsrutiner, nytt bygg med tilhørende rutiner, og kanskje ny leder. Det de kjenner fra før er faget, men det vil også endres siden faget blir delt opp i sub spesialiteter og dermed kanskje mer spisset enn det de kjenner fra i dag. Til tross for konfliktene som har vært og utsikter til en omfattende endring, kan det se ut som at det er lav grad av motstand mot sammenslåing. Det som sykepleierne beskriver som mest belastende i denne fasen er opplevd travelhet som fører til en følelse av å ikke strekke til. De uttrykker bekymring for sykepleierflukten de har erfart den siste tiden og sier de er redd for at det ikke blir med nok sykepleiere over til det nye sykehuset. Sykepleierne etterlyser insentiver eller belønninger for å stå i det de opplever som tungt nå og for å løfte motivasjonen til å jobbe ved det nye sykehuset. De er opptatt av å få starte samarbeidet på tvers av sykehusene noe som kan tyde på at sammenslåingsprosessen har modnet. Det de frembringer som størst utfordring ved siden av ressursknapphet, er mangel på informasjon og involvering i sammenslåingsprosessen.

Andre underkapittel i diskusjonen søker å svare ut hvordan sykepleierne ledes. I utgangspunktet var det naturlig å se på seksjonslederne som er deres nærmeste leder. Dette ville kun gitt bruddstykker av hvordan de ledes siden seksjonslederne er avhengig av både lederlinjen og OU for å lede en sammenslåingsprosess.

Hope (2015) sier at mellomlederen skal være terapeuten, balansekunstneren, entreprenøren og kommunikatoren i en endringsprosess. Terapeuten betyr at seksjonslederen skal ivareta ansattes reaksjoner på endring, håndterer motstand, jobbe

for å skape endringsvilje og megle mellom grupper og individer. Balansekunstneren må balansere de daglige oppgavene og endringsprosessen. Hvor seksjonslederen setter størst fokus vil være opp til den enkelte leder. Entreprenøren fordeler oppgaver og sørger for at ansatte får opplæring i nye arbeidsoppgaver eller arbeidsmetoder.

Kommunikatoren sørger for å informere om endringsprosessen både innad i seksjonen og mellom seksjoner for å skape samme forståelse av endringen. Seksjonslederen er også bindeleddet mellom produksjonskjernen og lederlinjen. Dette er det ideelle bildet som er teoretisk fremstilt av Hope (2015). Funn i denne oppgaven tyder på at seksjonslederne frivillig eller påtvunget har overvekt av administrative oppgaver og de beskriver en arbeidsdag som bærer preg av administrasjon. Det kan fremstå som at de har liten mulighet til å påvirke egen jobbmengde og dermed liten mulighet til å prioritere annerledes. Administrasjon kobles til transaksjonsledelse eller det Jacobsen (2018) betegner som lederstil E. Dette betyr at seksjonslederen bruker mye av dagen på å søke orden og lage rammer. Litteraturen sier at denne typen ledelse er mest egnet til å opprettholde organisasjonen og ikke for å endre (Kotter, 2019). I en sammenslåingsprosess kan dette være mindre heldig.

Opgaven har forsøkt å belyse sykepleiernes opplevelse og hvordan de ledes. Dersom sykepleierne skal ivaretas og ledes i en sykehussammenslåing, antyder funnene i denne studien at seksjonslederrollen må styrkes. Dette kan stemme overens med Hope (2015) som sier at en endring krever tilførte ressurser for at daglige gjøremål opprettholdes og endringsarbeid skal pågå samtidig. Det ser ut som det er utfordrende for en seksjonsleder å fylle alle rollene som kreves for å være en god endringsleder, uansett om en ser det ut fra Hope (2015) sine mellomlederroller eller Jacobsen (2018) sine teorier om lederstiler i endring. Koblingen til ledelsen og prosjektorganisasjonen ser ut til å være av betydning.

7.1 Kritiske refleksjoner av eget arbeid

Studien bygger på kvalitative dybdeintervju og i utgangspunktet var det ønskelig med flere informanter. Spesielt på seksjonsledersiden. Flere seksjonsledere som informanter kunne gitt flere perspektiver. Den største svakheten er kanskje intervjuguiden som er litt for lite nysgjerrig på seksjonslederens ledelse i egen seksjon. Dette førte til at diskusjonen måtte ta et mer implisitt utgangspunkt enn ønsket.

Det kan alltid diskuteres fordeler og ulemper med å forske i egen organisasjon, men dersom en skulle fulgt en mer naiv inngang til problemstillingen ville det vært en fordel å forske i en organisasjon en ikke kjenner. Det viktigste er å forsøke så godt det lar seg gjøre å koble fra egne oppfatninger og opplevelser og heller stille med en nysgjerrig innstilling.

7.2 Videre forskning

I følge Choi et al. (2012) mangler det generelt prosessforskning fra start til mål i en omfattende organisasjonsendring som inneholder politisk styring og konflikter. Ved prosessforskning kan det gis en mer helhetlig forståelse av hva som følger av endringsvilje og motstand gjennom hele prosessen og kanskje en forståelse av følgekonskvensene dersom noe blir klokt eller uklokt håndtert i starten av en organisasjonsendring.

Denne oppgaven har sett på hvordan den menneskelige ressursen kan oppleve en sammenslåing av sykehus og hvordan de kan ledes på seksjonsnivå. Neste steg kunne vært å se på samspillet mellom seksjonsleder og resten av ledelsen i en stor endringsprosess. Hvilket fokus har hvert ledersjikt og hvem henter de støtte fra når avgjørelser og bestemmelser skal tas? Spesielt avgjørelser som har konsekvenser utenfor organisasjonen de leder. Hvordan påvirker hyppige lederbytter en sammenslåingsprosess.

Med tanke på at en av svakhetene i denne oppgaven, spørsmålsstillingen til seksjonslederne, kunne det vært interessant med en studie kun på seksjonslederens rolle i endringer. Spesielt med tanke på kompleksiteten ledere i helsetjenesten må håndtere.

Litteraturliste

- Amundsen, O., & Kongsvik, T. (2008). *Endringskynisme*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Askim, J., Christensen, T., Fimreite, A. L., & Læg Reid, P. (2008). Implementation of merger: lessons from the Norwegian Welfare Bureaucracy. *Stein Rokkan centre for social studies*.
- Bakke, Ø. (2020). Sak 18-20 Vedlegg - Mandat. In. Internet: Helse Møre og Romsdal.
- Bang, H. (2013). Organisasjonskultur: en begrepsavklaring. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50(4), 326-336.
- Bass, B. M. (2019). Fra transaksjonsledelse til transformasjonsledelse: Å lære å dele en visjon. In Ø. L. Martinsen (Ed.), *Perspektiver på Ledelse* (5 ed.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bazzoli, G. J., Dynan, L., Burns, L. R., & Yap, C. (2004). Two decades of organizational change in health care: what have we learned? *Medical care research and review*, 61(3), 247-331.
- Belschak, F. D., Jacobs, G., Giessner, S. R., Horton, K. E., & Bayerl, P. S. (2020). When the going gets tough: Employee reactions to large-scale organizational change and the role of employee Machiavellianism. *Journal of Organizational Behavior*, 41(9), 830-850.
- Borum, F. (2004). *Forskning i sygehuse under forandring: Hovedpointer fra fem års studier af ledelse og organisering i det danske sygehusvæsen*. [https://research-api.cbs.dk/ws/portalfiles/portal/61314474/Forskning i Sygehuse under Forandring.pdf](https://research-api.cbs.dk/ws/portalfiles/portal/61314474/Forskning_i_Sygehuse_under_Forandring.pdf)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Braun, V., & Clarke, V. (2023). Is thematic analysis used well in health psychology? A critical review of published research, with recommendations for quality practice and reporting. *Health Psychology Review*, 17(4), 695-718.
- Choi, S. (2011). *Competing logics in hospital mergers-The case of the Karolinska University Hospital*. Karolinska Institutet (Sweden).
- Choi, S., & Brommels, M. (2009). Logics of pre-merger decision-making processes. The case of Karolinska University Hospital. *Journal of Health, Organization and management*, 23(2), 240 -254.
- Choi, S., Holmberg, I., Löwstedt, J., & Brommels, M. (2011). Executive management in radical change—The case of the Karolinska University Hospital merger. *Scandinavian Journal of Management*, 27(1), 11-23.
- Choi, S., Holmberg, I., Löwstedt, J., & Brommels, M. (2012). Managing clinical integration: a comparative case study in a merged university hospital. *Journal of health organization and management*, 26(4), 486-507.
- Christensen, T., Fimreite, A. L., & Læg Reid, P. (2007). Reform of the employment and welfare administrations—the challenges of co-coordinating diverse public organizations. *International Review of Administrative Sciences*, 73(3), 389-408.
- Clarke, V., & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The psychologist*, 26(2), 120-123.
- Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The journal of positive psychology*, 12(3), 297-298.

- Dao, M. A., & Bauer, F. (2021). Human integration following M&A: Synthesizing different M&A research streams. *Human Resource Management Review*, 31(3), 100746. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2020.100746>
- Ellingsen, P., Eriksson, R., & Kvitting, K. A. (2022). *Brukerorientert ledelse i offentlig sektor* (Vol. 2). Gyldendal Norsk Forlag ASIntern
- Erlien, T. H. (2017). Nav-reformen som politisk prosjekt: Bedre enn sitt rykte, men dømt til å mislykkes? *Nytt norsk tidsskrift*, 34(4), 366-378.
- Helse Møre og Romsdal, H. *Velkommen til Helse Møre og Romsdal*. <https://www.helse-mr.no/>
- Helse Møre og Romsdal, H. (2023, 12.07.2023). *Om SNR- Helse Møre og Romsdal*. Helse Møre og Romsdal. <https://www.helse-mr.no/om-oss/sjukehuset-nordmore-og-romsdal/akuttsjukehuset-pa-hjelset/>
- HMR, H. M. o. R. (2023, 05.09.2023). *DAC-intern godkjenning av forskingsprosjekt*. <https://www.helse-mr.no/fag-og-forskning/forskning-og-innovasjon/dac-godkjenning-av-forskingsprosjekt>
- Hope, O. (2015). *Mellomlederen*. Gyldendal akademisk.
- Huy, Q. N. (2001). In praise of middle managers. *Harvard business review*, 79(8), 72-79, 160.
- Isonne, C., Nardi, A., de Soccio, P., Zerbetto, A., Giffi, M., Sindoni, A., Marotta, D., Baccolini, V., Migliara, G., & Mete, R. (2021). Job Satisfaction Among Employees After a Merger: A Cross-Sectional Survey in the Local Health Unit of Sardinia Region, Italy. *Frontiers in Public Health*, 9, 798084.
- Jacobsen, D. I. (2016). *Engangsorganisasjonen: organisering og ledelse av prosjekter*. Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2018). *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (3.utg ed.). Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2019). Mellomledelse–en spesiell form for ledelse? *Magma*, 22(2), 46-54. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.23865/magma.v22.1165>
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5 ed.). Fagbokforlaget.
- Kirchhoff, R., Vik, E., & Ødegård, A. (2024). *Helseledelse om utfordringer og lederroller i endring*. Fagbokforlaget.
- Kjekshus, L., & Hagen, T. (2007). Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country. *Journal of health services research & policy*, 12(4), 230-235.
- Kjekshus, L. E., Bernstrøm, V. H., Dahl, E., & Lorentzen, T. (2014). The effect of hospital mergers on long-term sickness absence among hospital employees: a fixed effects multivariate regression analysis using panel data. *BMC health services research*, 14(1), 1-10.
- Kotter, J. P. (2019). Lederens egentlige oppgave. In Ø. L. Martinsen (Ed.), *Perspektiver på ledelse* (5 ed.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Larsen, A. S. A., Karlsen, A. T., & Andersen, B. (2020). Hospital project front-end planning: Current practice and discovered challenges. *Project Leadership and Society*, 1, 100004.
- Lovdata. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forkningsetikkloven)*. Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Lovdata. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)*. Lovdata Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>

- Makri, E., Hantzi, A., & Antoniou, A.-S. (2012). Merger integration patterns, status of pre-merger organizations, stress, and employee health post-combination. *Journal of Business Studies Quarterly*, 4(2), 113-127.
- Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg ed.). Universitetsforlaget AS.
- Martinsen, Ø. L. (2019). Selvledelse. In Ø. L. Martinsen (Ed.), *Perspektiver på ledelse* (5 ed.). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Myrbostad, A. (2011). *Nye Molde sykehus-kartlegging av tidligfasen*.
- Nair, D. P. (2007). Managing People in Mergers and Acquisitions. In (Vol. 1, pp. 86-91): SAGE Publications Sage India: New Delhi, India.
- NOU. (2023:8). *Felleskapets sykehus*.
- Olsen, C. M. R., Vik, E., & Aarseth, T. (2024). Linking pin or missing link? - samarbeidsutfordringer i et mellomlederperspektiv. In R. Kirchhoff, E. Vik, & A. Ødegård (Eds.), *Helseledelse om utfordringer og lederroller i endring* (pp. 85-103). Fagbokforlaget.
- Om Sikt- Kunnskapssektorens tjenesteleverandør*. Sikt. <https://sikt.no/>
- Ringdal, K. (2020). *Enhet og mangfold* (4 ed.). Vigmostad & Bjørke.
- Roald, J., & Edgren, L. (2001). Employee experience of structural change in two Norwegian hospitals. *The International journal of health planning and management*, 16(4), 311-324.
- Rohde, T., & Torvatn, H. (2017). A strategic document as a tool for implementing change. Lessons from the merger creating the South-East Health region in Norway. *Health Policy*, 121(5), 525-533.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.02.014>
- Saksvik, P. Ø., & Christensen, M. (2015). *Arbeidshelsepsykologi på norsk*. Fagbokforlaget
- Smeulders, D., Dekker, H. C., & Van den Abbeele, A. (2023). Post-acquisition integration: Managing cultural differences and employee resistance using integration controls. *Accounting, Organizations and Society*, 101427.
- Solstad, E., & Petterson, I. J. (2020). Middle managers' roles after a hospital merger. *Journal of health organization and management*, 34(1), 85-99.
- Terry, G., Hayfield, N., Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The SAGE handbook of qualitative research in psychology*, 2(17-37), 25.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. (4 ed.). Fagbokforlaget.
- Thomas, J. G., Stella; Rose, Teresa. (2016). Deciphering value discourse`s role in explaining the persistent perception of change failure. *Journal of Change Management*, 16(4), 271-296.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/14697017.2016.1230335>
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2 ed.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Wesenberg, S. D. (2023). *Praktisk endringsledelse*. Universitetsforlaget.
- Widerberg, K. (2011). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt* (3 utg ed.). Universitetsforlaget.
- Williams Jr, D., Reiter, K. L., Pink, G. H., Holmes, G. M., & Song, P. H. (2020). Rural hospital mergers increased between 2005 and 2016—what did those hospitals look like? *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57, 0046958020935666.

Yukl, G. (2019). Å lede organisasjonsendringer. In Ø. L. Martinsen (Ed.), *Perspektiver på ledelse* (5 ed., pp. 265-308). Gyldendal Norsk Forlag AS.

