

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE320E

- Bjørn Olav Engebakken

- Ken Gunnar Mathisen

---

## Hvor skal vi gå?

Hvordan oppleves det å være ansatt i en bedrift som vurderer en endring?

---

Dato: 02.12.2016

Totalt antall sider: 107

# **I. Abstract**

This Master Thesis concludes our MBA program at Nord University. Our main goal has been to discover thoughts and reactions from health care workers prior to a major change process. A process that most likely will result in a merger of three regional hospitals.

We performed a qualitative study with interviews of 10 health care professionals. The focus of the project was to discover key motivational factors to employee's contribution to the coming process.

We found that even though the informants were positive to a merger from a professional point of view, the negative consequences on their personal lives would be crucial when deciding whether to continue working at the hospital or seeking another job.

We also found that how employees experienced the approach towards a change process could play a decisive role when they made their choice. If they perceived this as fair, and for justifiable reasons, it would count in a positive manner.

## II. Forord

Denne masteroppgaven avslutter vårt studieforløp ved Nord Universitet. Selv om disse årene har vært til tider hektiske for oss som skal balansere mellom jobb, familie og utdanning, mener vi likevel det har vært verdt strevet. Vi kjenner at det å ha noen år med arbeidserfaring før man tar fatt på en utdanning av denne art, har vært veldig nyttig. Spesielt ettersom alle våre medstudenter er i samme situasjon. Dette har gitt oss muligheten til å bruke erfaringsutveksling som læringsarena, slik at vi bedre kan sette det teoretiske fra forelesningene inn i en praktisk kontekst.

Jobben med selve oppgaven har fortonet seg som en runde på kjøkkenet. Vi startet med et intenst studium av en haug med kokebøker for å finne en spennende oppskrift. Etter det måtte vi lete i våre omgivelser etter aktuelle tema for måltidet. Når dette var fastsatt måtte vi ut i feltet for å sanke råvarer. Siden vi hadde valgt å studere et foretak i våre næromgivelser, snakker vi her om kortreist mat.

Tilbake på kjøkkenet skal råvarene trimmes og tilberedes etter alle kunstens regler. Vi så etter hvert at ikke alle råvarer passet helt med oppskriften, men ved å tilsette noe krydder underveis, samt en liten justering i selve oppskriften, kunne vi til slutt servere noe vi sier oss fornøyde med.

Vi vil takke vår veileder Frode Soelberg som har fungert som vår Hellstrøm og hjulpet til med å holde orden på kjøkkenet. Samt en takk til våre informanter som tok seg tid i en hektisk hverdag for å dele sine tanker med oss.

Mo i Rana, 1. desember 2016

Bjørn Engebakken

Ken G Mathisen

### III. Sammendrag

I denne masteroppgaven forsøker vi å finne ut hvordan det oppleves å være ansatt i en bedrift som er i gang med planleggingen av en større endringsprosess. Som case for oppgaven valgte vi Helgelandssykehuset. Her holder de på med en utredning som etter all sannsynlighet ender opp med en samlokalisering av de tre nåværende sykehusene i foretaket. En av årsakene til utredning er at man ønsker å skape et sykehus som er mer attraktiv for helsearbeidere, slik at man står sterkere i konkurransen om viktig fagkompetanse.

Hvordan er det å være ansatt i en bedrift hvor fremtiden er høyst usikker? Hva skal til for at de ansatte vil være med på løsningen som foreslås og velger å fortsette i jobben sin fremfor å finne en annen jobb?

Som utgangspunkt for vår forskning kom vi fram til følgende problemstilling:

#### **Hvordan opplever medarbeidere å befinne seg i begynnelsen av en endringsprosess?**

For å finne svar på denne fremgangsmåten valgte vi oss en kvalitativ tilnærming. Vi gjennomførte til sammen 11 intervju, hvorav 10 var ansatte i de tre forskjellige sykehusene, mens den siste var en representant fra ledelsen som satt med god kjennskap til prosessen.

Som teoretisk grunnlag har vi valgt oss en del sentrale teorier fra endringsledelse med hovedfokus på tidlige faser av endring, og motivasjonsteorier. Fordi helsepersonell faller innunder definisjonen for kunnskapsmedarbeidere, og fordi sykehus regnes som kunnskapsorganisasjoner, legger vi spesielt vekt på motivasjon av kunnskapsarbeideren.

Alle intervjuene er transkribert og analysert mot valgt teori i et forsøk på å finne svar på problemstillingen.

Et hovedtrekk i våre funn er at informantene som fagpersoner i stor grad ser behovet for å gjøre de foreslåtte grep for å sikre sykehusets fremtid. Likevel sier de at dersom en sammenslåing av sykehusene gjennomføres, kan de personlige ulempene bli for store, og dette vil derfor veie tyngst når de skal velge om de vil fortsette i jobben eller ikke.

Denne og andre utfordringer har vi drøftet i oppgaven, og vi kommer med forslag til løsninger. Til slutt har vi funnet rom for videre forskning på området.

## Innhold

<b>I. Abstract</b> .....	1
<b>II. Forord</b> .....	2
<b>III. Sammendrag</b> .....	3
1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Problemstilling .....	7
1.3 Bakgrunnsinformasjon .....	9
1.3.1 Foretaksmodellen .....	9
1.3.2 Valg av foretak .....	10
1.3.3 Dagens situasjon for de ansatte .....	10
1.4 Definisjoner og avgrensninger .....	11
1.4.1 Kunnskapsorganisasjon .....	11
1.4.2 Kunnskapsmedarbeideren .....	12
1.4.3 Avgrensninger .....	13
1.5 Oppgavens oppbygging.....	13
<b>2 Teori</b> .....	15
2.1 Endring i flere stadier .....	15
2.2. Motstand mot endring .....	17
2.3 Endringskapasitet .....	18
2.4 Endringsvilje på sykehus.....	19
2.5 Ledelsens betydning i endringsarbeid .....	21
2.6 Motivasjon.....	22
2.6.1 Endringsmotivasjon.....	24
2.6.2 Motivasjon av kunnskapsarbeideren .....	24
2.7 Kulturperspektiv .....	26
2.7.1 Organisasjonskultur.....	26
2.8 Sammendrag av teorikapittelet.....	28
<b>3 Metode</b> .....	29
3.1 Valg av tilnærming .....	29
3.2. Datainnsamling.....	30
3.2.1 Forskningsintervju.....	31
3.2.2 Informanter.....	31
3.2.2 Intervjuene.....	33
3.3. Dataanalyse .....	34
3.4 Spørsmål knyttet til validitet og reliabilitet.....	36
3.5 Refleksjon over egen rolle som forsker, eget ståsted .....	37
3.6 Ethiske problemstillinger .....	38
<b>4 Empiri</b> .....	39
4.1 Gjennomføringen av datainnsamling .....	39
4.1.1 Utvalgte informanter .....	40
4.1.2 Valget om å gruppere informantene eller ikke.....	41
4.1.3 Informantenes bakgrunn.....	41

<b>4.2 Samlokalisering</b> .....	46
4.2.1 Positiv .....	46
4.2.2 Negativ .....	48
<b>4.3 Endringsprosessen</b> .....	51
4.3.1 Endringsvilje .....	51
4.3.2 Opplevd involvering .....	54
4.3.3 Involveringsbehov .....	56
4.3.4 Redegjørelse av ledelsens syn på involvering .....	58
<b>4.4 Viktige ansatte for sykehuset</b> .....	58
4.4.1 Beholde .....	59
4.4.2 Rekruttere .....	60
4.4.3 Redegjørelse av lederens syn på nøkkelpersoner .....	62
<b>4.5 Kommunikasjon</b> .....	63
4.5.1 Mottatt informasjon .....	63
4.5.2 Informasjonsbehov .....	66
4.5.3 Dialog .....	68
4.5.4 Redegjørelse av ledelsens syn på kommunikasjon .....	70
<b>4.6 Kulturperspektivet</b> .....	71
4.6.1 Nåværende situasjon .....	71
4.6.2 Situasjonen ved en samlokalisering .....	73
4.7 Oppsummering av empirikapittelet .....	75
<b>5 Drøfting</b> .....	76
5.1 Samlokalisering .....	76
5.2 Endringsprosessen .....	84
5.3 Nøkkelpersonell .....	85
5.3.1 Beholde .....	85
5.3.2 Rekruttering .....	88
5.4 Kommunikasjon .....	90
5.5 Kulturperspektivet .....	92
5.6 Oppsummering av drøftingskapittelet .....	94
<b>6 Konklusjon</b> .....	95
6.1 Hvordan de ansattes aksept og forståelse for endringsbehovet er .....	95
6.2 Hvordan de ansatte sin involvering oppleves i de beslutningene som fattes .....	96
6.3 Hvordan de ansattes motivasjon påvirkes inn mot oppstart av endringen .....	97
6.4 Forslag til videre forskning .....	99
<b>Litteraturliste</b> .....	101
<b>Vedlegg</b> .....	103
Vedlegg 1: Intervjuguide .....	103
Vedlegg 2: Informantoversikt .....	105
Vedlegg 3: Koding .....	106

# 1 Innledning

I dette kapittelet presenterer vi vår problemstilling, men forklarer først hvorfor denne har relevans. I tillegg forteller vi om institusjonen vi har valgt som vår case, og hvorfor vi har valgt akkurat denne. Kapittelet avsluttes med å gjøre rede for definisjoner og avgrensinger, og å si noe om hvordan vi har valgt å bygge opp besvarelsen vår.

Siden vi slår fast at endringsprosesser er blitt en større del av hverdagen til mange arbeidsplasser, og ikke minst hverdagen til ansatte, ender vi opp med en problemstilling som tar for seg de ansattes opplevelser i starten av en slik prosess. Siden vårt lokale sykehus, Helgelandssykehuset, forventer at en stor endringsprosess skal begynne, har vi valgt dette foretaket som vår case. Selv om en endring ikke er offisielt vedtatt, har det likevel blitt et stort samtaletema blant de ansatte, og både ledelse og politikere har allerede satt i gang tiltak som berører dem. I en slik sammenheng velger vi å se på de ansatte som kunnskapsmedarbeidere i en kunnskapsorganisasjon. Dette kapittelet bør leses som en åpning på forskningsarbeidet vårt, som beskrives mer detaljert i siste underavsnitt.

## *1.1 Bakgrunn for valg av tema*

I vår hverdag må vi til stadighet forholde oss til forandringer. Teknologiske nyvinninger har på kort tid snudd helt opp ned på hvordan vi kommuniserer og er tilgjengelige for alle hele tiden. Globaliseringen har gitt forbrukere tilgang til markeder over hele verden, og selv lokalbutikken på hjørnet møter konkurranse fra store varehus på andre siden av kloden. Dette stiller krav til at bedrifter og deres ansatte stadig må endre sine arbeidsrutiner for å tilfredsstille stadig mer kresne kunders behov, til en lavest mulig pris. De som ikke klarer å tilpasse seg denne konkurransen vil forsvinne. Av Jacobsen (2012) beskrives dette som endringspress, og er årsaken til disse hyppige endringene.

Selv de bedriftene som ikke er konkurranseutsatte, må forholde seg til disse store samfunnsendringene. Dette gjelder også for offentlige virksomheter. Forbrukerne av offentlige tjenester vil ha disse tilgjengelige på nye elektroniske plattformer, samt at nye IKT verktøy gir brukeren bedre tilgang til tjenestene samtidig som etatene kan operere mer effektivt. Det forventes at etterspørselen etter offentlige tjenester vil øke etter hvert som en stadig større del av befolkningen blir eldre (Mathilde, 2013). Spesielt gjelder dette innenfor

området helse og omsorg. Innenfor sykehussektoren rapporteres høyere endringsfrekvens enn i samfunnet for øvrig (Bernstrøm, 2014).

Økt spesialisering og nye behandlingsmetoder skaper økt kompetansebehov, samtidig som lange ventelister gir økt press på behandlere. Det stilles krav til at man tenker nytt for å kunne utnytte de knappe ressursene man har til rådighet. Spesielt for små sykehus i distriktet er dette et problem ettersom man får større avstand til pasientene. Dette gir økte transportkostnader, samtidig som sparsommelige pasientgrunnlag gjør pasienttilstrømningen for liten til å vedlikeholde nødvendig praksiskompetanse på avdelingene (Helgelandssykehuset, 2016).

Vi som skriver denne oppgaven har grunnutdanning som helsepersonell (sykepleier og audiograf), derfor velger vi å bruke helsevesenet som utgangspunkt for oppgaven.

Audiografen er i tillegg ansatt ved det lokale sykehuset som er i gang med utredningen av en stor omstillingsprosess som sannsynligvis resulterer i en eller annen form for samlokalisering av sykehusets tre avdelinger som for tiden ligger i tre forskjellige byer.

## ***1.2 Problemstilling***

For å lykkes med endringsprosesser er det flere faktorer det må fokuseres på, men grunnlaget for en god endringsprosess legges allerede i de tidlige fasene (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Deltakerne i prosessen må se behovet for endringen samt at de må være motiverte for å takle de utfordringer som måtte oppstå underveis (Kotter, 2012).

Etter å ha lest oss opp sitter vi igjen med et inntrykk av at det meste av forskningen på området analyserer endringsprosesser i etterkant. Dette mener vi gir involverte personer en anledning til å vurdere og å bearbeide det de har vært gjennom. I ettertid har de også muligheten til å vurdere om resultatet ble bra eller ikke, og ut fra dette endre mening.

Man kan også tenke seg at eventuell motstand mot endringen er blitt bekjempet underveis, eller at de som var kritiske til prosessen har valgt å forlate bedriften underveis. Vi synes derfor forskningen sier oss lite om hvordan de som står midt oppe i situasjonen tenker og føler akkurat når det står på som verst.

I en analyse i etterkant av en endring kan man avgjøre hva som er gjort riktig og galt, og man kan bedømme de beslutningene som ble tatt ut fra informasjonen man har i etterkant. Slik etterpåklokskap er ikke noe vi vil fokusere på. Vi er imidlertid mer interessert i hvilke tanker



mennesker har i det tidsrommet beslutningene fattes og når de skal ta valget om de vil involvere seg i prosessen og i hvilken grad. Dette vil vi forsøke å finne ut av.

Fra et ledelsesperspektiv ser vi behovet for denne informasjonen, ettersom de ansatte er i denne fasen når de faktiske beslutningene fattes. Man er her nødt til å forholde seg til de ansattes tanker i dette tidsrommet og skape engasjement og forståelse for endringsbehovet ut fra dette. Siden det heller ikke finnes noen fasit på hvordan endringer best gjennomføres (Bernstrøm, 2014) vil det være ledelsens oppgave å overbevise om at den løsningen som velges er den beste.

På bakgrunn av dette har vi valgt Helgelandssykehuset som case for vår oppgave. Her er de fremdeles i utredningsfasen rundt en mulig samlokalisering. Hvis denne samlokalisering vedtas vil de ansatte stå ovenfor en større endring.

Siden det ikke er fattet konkrete vedtak enda, innebærer dette en stor grad av usikkerhet for de ansatte. Vi vil derfor finne ut hvordan det er å stå midt opp i dette, og hva som vil påvirke de ansatte til å bidra inn mot endringen og i gjennomføringen av den.

Med dette som bakgrunn formulerer vi følgende problemstilling:

### **Hvordan opplever medarbeidere å befinne seg i begynnelsen av en endringsprosess?**

Basert på teori om endringsprosesser har vi utarbeidet noen forskningsspørsmål vi finner relevante for å bedre å belyse vår problemstilling:

- 1. Hvordan er de ansattes aksept og forståelse for endringsbehovet?*
- 2. Hvordan opplever de ansatte sin involvering i de beslutningene som fattes?*
- 3. Hvordan påvirkes de ansattes motivasjon inn mot oppstart av endringen?*

En samlokalisering vil føre til at mange av de ansatte får nytt arbeidssted med de utfordringer dette måtte innebære. Hvis det nye sykehuset lokaliseres på det geografiske midtpunktet på Helgeland vil dette gi en reisevei på ca. en time for de fleste. Dette kan være overkommelig for pendling, men vi tror mange av praktiske hensyn velger å flytte nærmere arbeidsplassen. En prosess som kan skape ytterligere utfordringer for den enkelte. Man må skaffe seg en ny bolig, få et nytt nettverk, og si farvel til de man reiser fra. Når en bedrift flytter, og ansatte

flytter etter, vil det ikke bare berøre den enkelte ansatte. Venner, familie, og naboer vil også gjennomgå store omstillinger. Ønsker bedriften å ha med seg de ansatte blir det dermed fornuftig å gjøre mest mulig for å redusere de negative konsekvensene av flyttingen. At flytting av ansatte gjennomføres på en god måte mener vi ikke bare er positivt for arbeidstakeren og de rundt som påvirkes, men for bedriften selv.

Selv om omorganisering og relokalisering er aktuelt innenfor de aller fleste bransjer, gjør vår bakgrunn som helsepersonell oss særskilt interessert i helsevesenet. Det har fra før av blitt forsket mye på endringsledelse, men det er likevel nok av eksempler på at helsevesenet har et forbedringspotensial på dette området (Heldal og Endre, 2015). Når vi samtidig vet at det vil komme mange store omstillinger i det norske helsevesenet fremover, mener vi dette er et viktig tema å arbeide med. Akkurat dette med fusjonering av sykehus er et aktuelt tema, da det i løpet av de siste to tiårene har vært gjennomført fusjoner ved 90% av de norske sykehusene (Dietrichson og Bernstrøm, 2014). Det bør også nevnes at disse forskerne fant en sammenheng mellom fusjonering av sykehus og økt langtidsfravær blant de ansatte.

### ***1.3 Bakgrunnsinformasjon***

#### ***1.3.1 Foretaksmodellen***

I 2002 ble ansvaret for driften av de norske sykehusene overført fra fylkeskommunen til statlige foretak kalt regionale helseforetak (RHF) (Regjeringen, 2014). Opprinnelig ble det opprettet 5 RHFer, men dette ble senere redusert til 4. Helse Nord RHF er foretaket for fylkene Nordland, Troms og Finnmark. Bakgrunnen for endringen var at man ønsket å gå fra en forvaltningsfilosofi til en mer bedriftsorientert organisering slik man ser i privat sektor. Ideene i New Public Management (NPM) (Grund, 2006) skal brukes for å oppnå bedre helsetjenester til en lavere pris. Mer helse for hver krone. Tanken er at driften delvis skal finansieres i form av rammetilskudd og delvis via innsatsstyrt finansiering. Dette skulle gi sykehusene belønning for effektivitet ved at man fikk økte inntekter dersom man kunne vise til høy produksjon.

Helgelandssykehuset er per i dag et helseforetak på Helgeland som har til oppgave å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen på Helgeland. Foretaket består av 3 lokalsykehus, lokalisert i Mosjøen, Sandnessjøen og Mo i Rana. Helgelandssykehuset er en del av Helse Nord RHF.

### ***1.3.2 Valg av foretak***

Som tidligere nevnt er Helgelandssykehuset nå i gang med en omorganiseringsprosess som kan resultere i at mange stillinger flyttes til et nytt sted. I april 2013 ble sykehuset bedt om å sette i gang en konsekvensutredning av fremtidens organisering av spesialisthelsetjenesten på Helgeland. I mandatet for utredningen står det blant annet at de skal utrede en modell hvor all somatisk aktivitet i nåværende sykehuslokalisasjoner legges ned og at det bygges et nytt sykehus, i tillegg til at utredningen skal ha høyt fokus på hvordan man bygger gode, solide fagmiljøer i de neste 10-15 årene (Helgelandssykehuset, 2016).

Allerede i dag ser man utfordringer med å rekruttere nok kvalifisert personell (Nordlys, 2013) til sykehusene i Norge. Tall fra NAV (2016) viser over 1200 ledige stillinger innenfor sykehussektoren i Norge. I tillegg kommer helsesektoren for øvrig. Disse utfordringene forventes å bli større i fremtiden (Mathilde, 2013). Det er derfor poengtert i utredningen at det er viktig å etablere et sykehus som er attraktivt for fagpersonell å jobbe i. Med dette tenker de nok også på rekruttering av nytt personell, men vi må kunne anta at de allerede har en rekke dyktige ansatte som de ønsker å beholde.

Den reelle muligheten for at arbeidsplasser flyttes, kombinert med ønsket om å ivareta fagmiljøene og kvalifiserte ansatte, gjør Helgelandssykehuset til et godt valg for vår masteroppgave.

### ***1.3.3 Dagens situasjon for de ansatte***

Vi opplever at ledelsen har valgt å føre denne prosessen for åpne dører. En representant for ledelsen har informert oss om at det avholdes jevnlig informasjonsmøter om fremdriften, samt at alle dokumenter og presentasjoner legges ut på sykehusets hjemmesider. Dette sier de gjøres for å berolige lokalsamfunnet etter å ha tatt lærdom av tidligere konflikter, slik det for eksempel ble under sykehussaken i Møre og Romsdal (VG, 2014), og fusjonen mellom Rikshospitalet og Ullevål sykehus (Dagbladet, 2012), og som det også er blitt med saken om ny flyplass på Helgeland (NRK, 2016). Det har riktignok allerede vært noen leserinnlegg i lokalavisene om hvor beste plassering av et eventuelt nytt sykehus bør være, men vi vil påstå at prosessen så langt har gått rolig for seg. Vi ser også at enkelte kommunepolitikere begynner å mobilisere for å få sykehuset til sin kommune, enkelte av disse har allerede nå reservert tomteareal, slik at det får konsekvenser for andre private utbyggere (RB, 2016b)

Vår egen opplevelse er at dette ikke preger hverdagen internt på sykehuset i noen stor grad, men at det snakkes en del om omorganiseringen blant de ansatte. Selv om de alternative løsningene ikke er ferdig utarbeidet, har vi personlig erfaring med at mange ansatte er urolige for hva som vil bli foreslått. Sannsynligheten for samlokalisering, og dermed flyttingen av stillinger, oppleves som en reell fare, til tross for at dette ligger flere år frem i tid. Etter flere uformelle samtaler med ansatte på de tre avdelingene, virker det for oss som om den største bekymringen ligger i at en flytting av arbeidsplassen vil føre til vanskeligheter i hverdagen. Man vil kunne få lengre reisevei til og fra jobb, turnuser vil måtte endres hvis man ikke lenger kan ha beredskapsvakt hjemmefra, og det kan bli nødvendig å flytte. Det fremstår som tydelig at de grep ledelsen velger å gjøre allerede nå kan få ringvirkninger i årevis framover.

## ***1.4 Definisjoner og avgrensninger***

### ***1.4.1 Kunnskapsorganisasjon***

Vi har ofte lest at sykehus omtales som kunnskapsorganisasjoner eller profesjonelle organisasjoner. Vi har ikke funnet en konkret og felles definisjon på hva en slik organisasjon er, men vi ser en del fellestrekk i beskrivelsene. I mange tilfeller ser det ut som man bruker Mintzbergs profesjonelle byråkrati som utgangspunkt for organisasjonens sammensetning (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Dette er en organisasjon hvor den produktive delen av arbeidsstokken i all hovedsak består av høyt utdannede personer. Dette betyr at ettersom fagkunnskapen befinner seg i produksjonsleddet, vil også mye av beslutningsmyndigheten flyttes fra toppledelsen og ut i førstelinjen. Typisk virksomhet for slike organisasjoner er tjenesteytelser, hvor «varen» ofte konsumeres samtidig som den produseres. I motsetning til tradisjonelle fabrikker er det i kunnskapsorganisasjoner arbeiderne som eier produksjonsmidlene i form av kunnskap og ferdigheter, og ledelsens maktposisjon blir derfor svekket. Det var muligens en noe fortvilet leder som en gang sa:

*«Ressursene forsvinner ut av døren hver dag når medarbeiderne går hjem. Min viktigste oppgave som leder blir å sørge for at de har lyst til å komme tilbake igjen i morgen.» (Grund, 2006: 143)*

Drucker har en lignende definisjon. Han sier at en kunnskapsorganisasjon er en organisasjon hvor kunnskap og arbeidskraft er kritiske suksessfaktorer, og leveransene skjer gjennom komplekse, gjerne unike produkter og tjenester (Grund, 2006).

#### ***1.4.2 Kunnskapsmedarbeideren***

De medisinskfaglig utdannende i et sykehus omtales ofte som kunnskapsarbeidere, kunnskapsmedarbeidere eller profesjonsarbeidere. Dette er fellesbetegnelser for medarbeidere som har høy kompetanse innen et fagfelt, ofte i langt større grad enn ledelsen i samme bedrift. Denne typen arbeidskraft ble først beskrevet av Drucker, hvor han innførte begrepet «knowledge worker». (Drucker, 1959).

Litteraturen spriker noe i hvordan man definerer denne typen arbeidere, men vi har valgt å bruke en definisjon fra Alexander Madsen Sandvik:

*«En kunnskapsarbeider er en person som arbeider med og har kompetanse til å løse arbeidsoppgaver som på en eller annen måte skaper verdi for arbeidsplassen. For å utføre oppgavene må den ansatte benytte sin kunnskap. Arbeidet forventes å utføres i en autonom kontekst, arbeidsoppgavene skal være komplekse og problemløsende, og kreve prosessering av informasjon og et mangfold av ferdigheter» (Sandvik, 2011).*

I hovedsak er kunnskapen ervervet gjennom utdanning, men kan også komme via uformell og formell kompetanseutveksling mellom kollegaer eller gjennom erfaring. I prinsippet er det arbeideren som kontrollerer produksjonsmidlene og ikke bedriftens eiere. I en sykehussetting kan man si at uten helsefaglig kvalifisert personell, vil et sykehus kun være en bygning med mye avansert utstyr. Det er de ansattes kunnskap og ferdigheter som kurerer pasienten i motsetning til en tradisjonell fabrikk hvor maskinene står for produksjonen. Her kan arbeideren erstattes enkelt, i mange tilfeller av maskiner. Dette gir et endret maktbilde i forhold til tradisjonelle produksjonsbedrifter. Leders posisjon blir svekket ettersom makten flyttes over på den ansatte. Det å lede kunnskapsarbeidere blir mer snakk om å motivere og tilrettelegge for at arbeideren kan utføre sitt arbeide.

Typisk i denne situasjonen er at bedriftene nå må konkurrere om de ansatte, og vi ser en tendens til mindre lojalitet til arbeidsgiver og hyppigere bytter av arbeidsplass.

### ***1.4.3 Avgrensninger***

Den prosessen vi har valgt å bruke som bakgrunn for vår oppgave er enormt omfangsrik. Det er mange aspekter ved denne man kunne ha studert nærmere. Siden vi «kun» er i gang med en masteroppgave betyr dette at vi har begrenset med tid og ressurser til arbeidet. Vi har for eksempel ikke muligheten til å følge prosessen hele veien gjennom for å se om våre svar samsvarer med sluttresultatet.

Vi føler at vi har funnet en meget verdifull case ettersom vi kan komme inn og se på momenter med en endringsprosess allerede i de aller tidligste fasene. Hvordan et sykehus fungerer berører ikke bare de ansatte og pasientene, men også omgivelsene rundt. Et godt sykehus i nærmiljøet der man bor fungerer som en trygghetsforsikring, og er med å danne grunnlaget for bosetning i et område. Dette betyr også at vi kunne ha løst oppgaven ved å ha satt et eksternt blikk på prosessen, men vår bakgrunn som helsepersonell gjør oss mer nysgjerrige på hvordan dette berører den enkelte ansatte. Når man slår dette sammen med viktigheten av å få med de ansattes bidrag i prosessen (Kotter og Cohen, 2012) gir dette oss svaret på hvor fokus skal rettes.

### ***1.5 Oppgavens oppbygging***

Vi har valgt en kvalitativ tilnærming for å søke svar på vår problemstilling. Siden vi hadde relativt liten erfaring innenfor faget endringsledelse valgte vi å la vårt forskningsdesign være inspirert av «Grounded Theory».

I kapittel 2 vil leseren finne en beskrivelse av den teoretiske bakgrunnen som vi anså som nødvendig for å komme i gang med innsamling av data. Viktige tema innenfor endringsledelse, endringskapasitet, leders rolle og motivasjon vil belyses nærmere her.

En nærmere beskrivelse av vårt forskningsdesign samt en refleksjon av vår rolle som forskere i denne prosessen, finnes beskrevet i kapittel 3.

Vi har tatt med intervju av totalt sett 10 helsepersonell fra de tre forskjellige sykehusene som vurderes slått sammen. Disse vil presenteres i filtrert form i empirikapittelet. I tillegg har vi intervjuet en fra ledelsen, som danner grunnlag for vår oppfatning av ledelsens strategi i denne prosessen.

I de to siste kapitlene vil vi drøfte våre funn opp mot teoriene i kapittel 2, samt forsøke å belyse ubesvarte spørsmål med ny teori og våre egne konklusjoner.

## 2 Teori

Formålet med dette kapitlet er å redegjøre for hva tidligere forskning har kommet fram til om vårt valgte tema. Av den grunn viser vi først at det allerede finnes mye kunnskap om endringsledelse, og trekker fram en 8 stegs modell for endringsledelse, samt Kaufmanns omstillingskurve (Erichsen et al., 2015). Videre forklarer vi hva forskning sier om motstanden mot endring, og hvordan denne bør håndteres, samtidig som vi viser at Kaufmanns omstillingskurve ikke favner alle ansatte, men at det også kan finnes personer som ser endring som en mulighet. Vi har også valgt å se på hva som skiller seg ut ved omstillinger på sykehus, og på forskjellige måter ledere bør håndtere endring. Maslows behovspyramide (Kaufmann og Kaufmann, 2003) hjelper oss også til å si noe om hva som grunnleggende motiverer oss mennesker, før vi til slutt tar for oss kulturperspektivet. Dette kapitlet bør leses som en samlet redegjørelse av hva vi har som en forventet antakelse om oppgavens tema.

### *2.1 Endring i flere stadier*

Man kan vanskelig se på teorier rundt endringsledelse uten å komme innom John Kotter, som regnes som en guru på dette feltet. Hans 8 stegs modell for endringsledelse er sentral i mye av litteraturen innenfor faget (Kotter, 2012). Modellen er en forenklet oppskrift på hvordan en tilrettelegger for en vellykket endring. Trinnene er som følger.

1. Skape en følelse av behov for endringen
2. Etablere en gruppe som skal styre endringene
3. Skape tydelige mål og retning for endringene
4. Kommunisere på alle nivå
5. Skape handlingsrom for å fjerne hindringer
6. Skape tidlig suksess – synliggjøre seire
7. Ikke erklære seier for tidlig
8. Forankre i kulturen

Kotter og Cohen (2012) beskriver viktigheten av å vinne hjertet til de som skal delta i endringsprosessen, ikke bare fornuften. De mener at dersom man klarer dette vil folk knytte seg mer helhetlig til endringsprosessen. Dette betyr at man oppnår større forpliktelse fra de ansatte dersom man klarer å engasjere dem følelsesmessig i endringen. Hvis man for



eksempel ber de involverte komme med innspill til utførelsen av endringen, vil de få eierskap til endringen, og følelsen av å ha kunnet påvirket sin egen skjebne.

Kotter understreker også behovet for å kvitte seg med motstand i endringsprosesser (Kotter, 2011). Han hevder at det er helt nødvendig å holde personer som er sterkt negative utenfor prosessen i så stor grad som mulig. I motsetning til tidligere, hvor man mente at det var viktig å involvere de negative kreftene i så stor grad som mulig. For så å vinne dem over på riktig side. Dette anser vi som noe drastisk, og vanskelig å gjennomføre i praksis. Man har som regel begrenset med menneskelige ressurser tilgjengelig, og kan derfor ikke unnvære noen. Norsk lovgivning gir heller ikke grunnlag for å si opp personer bare fordi de er uenige.

Kurt Lewin (Jacobsen og Thorsvik, 2013) sier at alle organisasjonsendringer må gjennom tre faser. Den første av disse fasene er opptiningsfasen hvor fokuset er på å skape motivasjon. Selve endringen tar ikke sted før i fase to, men i opptiningsfasen skal man forsøke enten å redusere redsel og uvilje mot endring, eller påpeke hva som skal forbli stabilt. I denne fasen er det også viktig å skape en holdning om at det vil gå galt hvis dagens situasjon ikke endres. Så selv om ingen endringer er vedtatt av Helgelandssykehuset, er det likevel mulig å starte med den første fasen.

I vår oppgave kan vi også dra nytte av Kaufmann og Kaufmanns omstillingskurve (Erichsen et al., 2015). Her sammenlignes individers reaksjonsmønster med det man ofte ser i en krisesituasjon. Situasjonshåndteringen deles inn i fire faser, benektelse, reaksjon, undersøkelse og til slutt tilpasning.

I første fase har man ikke innsett at endringen er en realitet, fasen er preget av lite handling. Man oppfatter det hele som en fikst ide som snart går over. I fase to oppstår som regel motstand, og folks frustrasjoner og misnøye kommer til overflaten.

I undersøkelsesfasen innser man at slaget er tapt og endringen vil komme, her begynner man å søke etter muligheter i prosessen. Til sist vil man komme i tilpasningsfasen hvor man ser hensikten med endringen og retter blikket fremover for å søke nye mål og posisjoner.

For vår del er denne modellen viktig å ha i bakhodet ettersom vi skal inn og forske i en tidlig fase av en stor endringsprosess. Vi kan derfor forvente at en del av de vi intervjuer er i den første eller andre fasen og derfor har en mer negativ holdning til prosessen, enn om vi hadde snakket med dem etter at prosessen var avsluttet.

Siden vi skal studere en organisasjon som er i en svært tidlig fase av en endringsprosess, ser vi det som mest hensiktsmessig å fokusere kun på teoriens tidligfaser, samt de utfordringer som ligger i disse.

## ***2.2. Motstand mot endring***

Jacobsen og Thorsvik (2013) har tatt for seg endring av organisasjoner. De poengterer at man ved å studere endring kan få innsikt i motstanden som kan oppstå hos ansatte. I situasjoner hvor en ny endringsprosess kommer som følge av en tidligere endringsprosess eller før en tidligere endringsprosess er avsluttet, blir ofte motstanden større, ettersom organisasjonen opplever en form for endringstretthet. Her vil også erfaringer fra tidligere endringsprosesser påvirke graden av motstand. Hvis det er gode tradisjoner for endringer i en organisasjon vil man være bedre motivert for nye og vice versa.

Den motstanden som oppstår ved endring er ofte en rasjonell reaksjon hvor man forsvarer noe som er kjent, og det beskrives ti årsaker som forklarer hvorfor motstand oppstår. Disse er frykt for det ukjente, brudd på psykologisk kontrakt, tap av identitet, symbolsk orden endres, maktforhold endres, krav om nyinvesteringer, dobbeltarbeid i en periode, sosiale bånd brytes, utsikter til personlig tap, og at eksterne aktører ønsker stabilitet (Ibid).

Selv om arbeidsoppgaver på Helgelandssykehuset skulle forbli de samme etter en omlokalisering, vil man måtte forholde seg til nye kollegaer og lokaler, samtidig som privatlivet også gjennomgår store forandringer på grunn av flyttingen. Samtidig vil det oppstå en del ekstraarbeid i og med at sykehuset må opprettholde daglig drift under en eventuell flytting. Av denne grunn blir det naturlig å tro at flere av de ti årsakene vil gjøre seg gjeldende.

De har også tatt for seg forskningen på hvilke tiltak som kan benyttes for å håndtere motstanden mot endring. Disse deles inn i fire kategorier som vi oppsummerer slik:

1. Gå tidlig ut med informasjon for å involvere ansatte, oppklar misforståelser, o.l.
2. Være til stede på arbeidsplassen. Der kan man utvikle relasjoner og bygge tillit.
3. Ha prosedural rettferdighet. Dette fremmer oppslutning om endringene.
4. Fremme en erkjennelse av at endringenes vellykkethet er i alles interesse. Utnytte behov og forventinger hos de som blir berørt. Er dermed meget avhengig av relasjonen mellom partene. (Jacobsen og Thorsvik, 2013: 396)

Motstand mot endring utvises ikke kun i form av høylytte protester, motarbeidelse eller sabotasje av endringsprosessen. Motstanden kan også være passiv og vanskelig å avdekke. De ansatte kan uten å gjøre noe vesen av det motta beskjeder og informasjon om prosessen, for så å vende tilbake til sitt gamle mønster. Motstand kan også utøves ved å ignorere hele prosessen. Den ansatte venter bare på at ting skal gå over og man kan vende tilbake til normaltilstanden.

En kilde til motstand hos helsefagarbeidere er når deres opplevelse av organisasjonens mål og verdier er forskjellige fra ledelsens. Mens ledelsen i større grad må forholde seg til økonomiske og politiske hensyn, ligger medisinsk personells lojalitet i større grad hos pasienten og profesjonen. Dersom endringen oppleves som å være i samsvar med profesjonenes verdier og identitet er det mindre sannsynlighet for motstand (Bernstrøm, 2014).

Kotter (2012) påpeker at noe av problemet med at en ikke ønsker endring er at man er for selvtilfreds i nåværende situasjon. Tanker som at vi har det bra slik vi har det nå, eller at vi er markedsledende så hvorfor skal vi forbedre oss, gjør at man har problemer med å se behovet for endring, samt at det blir vanskelig å sette endring på dagsorden ettersom man ikke føler at man er i en truende situasjon. Etter Kotters oppfatning er det derfor viktig å finne de faktorene som tydeliggjør behovet for endring.

Den siste årsaken til motstand mot endring som vi ønsker å belyse, er det faktum at endringen ikke nødvendigvis er en god idé. Det kan tenkes at de ansatte sitter på annen informasjon enn ledelsen og derfor ser utfordringer som ikke er lett å observere høyere opp i hierarkiet (Bernstrøm, 2014).

### ***2.3 Endringskapasitet***

Meyer og Stensaker (2011) snakker om organisasjoners evne til å utvikle kompetanse for å gjennomføre endringsprosesser. De studerte organisasjoner med høy endringstakt for å se hvordan de ansatte taklet stadige endringer.

Man så blant annet på hvordan de ansatte tilpasset seg når endring ble «normalhverdagen» i bedriften. Her stilles det spørsmålsteget ved det å bruke omstillingskurven til å forklare menneskers reaksjon på en endringsprosess, ettersom ikke alle følelser rundt endring kunne forklares som en sorgreaksjon. Det finnes en del mennesker som også ser endring som en

mulighet. Dette forklares med at mesteparten av forskning som er gjort på endringsprosesser er gjort der hvor endringen er en enkeltstående hendelse, og ikke en endring i en rekke av mange.

Ved å gjøre undersøkelser i flere bedrifter som hadde gjennomført multiple endringsprosesser så man at de ansatte opptrådte mer lojalt, men også mer passivt. Når man studerte disse lojale reaksjonene nærmere fant man frem til to typer reaksjoner. Den ene gruppen ble klassifisert som endringsvillig, mens den andre gruppen opptrådte lojalt fordi de hadde resignert og innsett at det ikke nyttet å kjempe mot. Endringen ville komme uansett.

Begge disse gruppene bidro positivt til gjennomføringen av endringer, men det var de endringsvillige som bidro mest. Det som kjennetegner de lojale ansatte er at de har positive beskrivelser av endringsprosessene, men at de med høyest grad av tilfredshet bidro mer til prosessen enn de som resignerte. Man så også at man kunne ha begge gruppene innenfor en og samme organisasjon. Dette indikerte at opplevelsen av prosessen i stor grad lå på det personlige plan. Likevel mener Meyer og Stensaker (2011) at ledelsen hadde en viktig rolle for å skape mest mulig positiv respons og at samspillet mellom ledelsen og ansatte var avgjørende.

I motsatt ende av skalaen for endringskapasitet finner man endringskynisme. Dette skjer når manglende motivasjon for endringen blir kombinert med tidligere dårlige erfaringer fra mislykkede endringer. Dette kan fungere som en selvoppfyllende profeti ettersom ansatte ikke støtter opp om endringer de ikke tror vil lykkes, og som igjen fører til en mislykket endring (Bernstrøm, 2014). En kan også tenke seg at denne endringskynismen gjør seg gjeldende i situasjoner hvor utfallet av endringsprosessen har vært vellykket, men hvor de ansatte har vært lite involvert og derfor føler at endringer har vært påtvunget ovenfra og ned.

## ***2.4 Endringsvilje på sykehus***

Heldal og Endre (2015) ser nærmere på hvorfor store omstillingsprosesser i sykehus ikke lykkes i samme grad som omstillinger i andre virksomheter selv om samme metoder benyttes. De viser til en rekke funn og konkluderer med at endringer innenfor sykehus har vært mest vellykket i de tilfeller hvor de er forankret i en forbedring av klinisk virksomhet. Særskilt hvis endringen har hatt sitt utspring fra det området som ligger nærmest opp til pasientens behov. I disse tilfellene har profesjonene vist stor endringsvilje, og man har fått til store endringer. I

andre tilfeller hvor endringene kommer fra administrativt nivå har endringen vært mindre vellykket. Man mener at dette i hovedsak skyldes at administrative ledere i for stor grad lar seg blende av de mulighetene som ligger i ny teknologi og styringsformer, uten å kunne gi det en klinisk forankring. De foreslår å sette profesjonene tilbake i førersetet.

Noe av det samme finner vi også igjen hos Jacobsen (2012), hvor faglig uenighet regnes som en viktig faktor i motstand mot endring. Vi skal huske på at helsefagarbeidere er en gruppe kunnskapsarbeidere som har et solid verdigrunnlag forankret i sine fagområder og baserer seg på humanistiske filosofier. Dette gir til dels liten aksept for systemer som setter en kroneverdi på menneskeliv og livskvalitet. Fokus er på pasientens beste, mens ledelse og administrasjon ikke nødvendigvis har samme etiske «ballast». Jacobsen (Ibid) påpeker også at i noen tilfeller kan også den faglige uenigheten være et skalkeskjul for andre bakenforliggende og mer personlige motiver.

Bernstrøm (2014) sier noenlunde det samme når hun hevder at i helsetjenesten, og andre offentlige organisasjoner, er så komplekse at det er vanskelig å forutsi eller styre utviklingen av en endringsprosess. Dette fordi disse organisasjonene har flere konkurrerende mål og et stort antall ulike aktører og interesser. Her viser det seg at endringer som vokser frem i organisasjonen i større grad lykkes enn de som styres ovenfra.

Slik det har vært i helseforetakene i årene etter sykehusreformen har det vært konstante endringsprosesser som i stor grad er kommet ovenfra og ned. Dette har med stor sannsynlighet ført til endringskynisme blant helsepersonell, slik at vi kan forvente at grunnholdningen til en ny stor endring er negativ blant de vi skal intervju.

## **2.5 Ledelsens betydning i endringsarbeid**

*«Det å styre profesjoner er som å gjete katter» (Mintzberg)*

*(Grund, 2006: 166)*

Erichsen et al. (2015) gjør et poeng ut av at om en endring blir vellykket eller ikke, avhenger av topplederen og de aktører som lederen involverer i prosessen. Hvordan ledertilnærmingen tilpasses situasjonen, og hvordan informasjon, dialog og medvirkning ivaretas er svært viktige forhold i endringsprosesser. For når endringer planlegges øker medarbeidernes behov for informasjon (Ibid). Dermed blir det meget relevant å se på hvordan kommunikasjonen rundt en eventuell flytting foregår på Helgelandssykehuset. Vi vil tro at hvordan man henvender seg til de ansatte er også av avgjørende betydning. Velger man i hovedsak å formidle hva som skjer (informasjon), eller legger man opp til også å forholde seg til de ansattes synspunkter og ber om deres mening i saken (kommunikasjon)?

Erichsen, Solberg og Stiklestad (2015) sier videre at endring representerer en situasjon hvor blant annet usikkerhet og sterke følelser i forskjellige retninger gjør seg gjeldende. Det ligger et potensial for at negative holdninger får ta overhånd, men også muligheten for at positive endringshistorier skaper et godt grunnlag for senere endringer. Dermed kan grepene sykehuset nå tar, kunne få stor betydning også på lang sikt etter at omstillingsprosessen er ferdig. Sagt med andre ord: måten man håndterer denne endringsprosessen vil ikke bare gi grunnlag for resultatet i akkurat denne situasjonen, men kan legge grunnlaget for utfallet av fremtidige endringer.

I henhold til Jacobsen (2012) kan man dele valg av lederstil i en endringsprosess inn i to kategorier: Lederstil E og Lederstil O. Lederstil E sees på som mer direkte og militær. Lederen besitter evnen og viljen til å bruke maktmidler for å gjennomføre en endringsprosess som er vedtatt på forhånd. Sentrale elementer i lederstil E er: Kartlegge motstand og støtte, kartlegge maktbaser, knytte allianser, identifisere «slagmarker», definere «brohoder» og kamper, overvåke prosessen, og bruk av trusler og tvang.

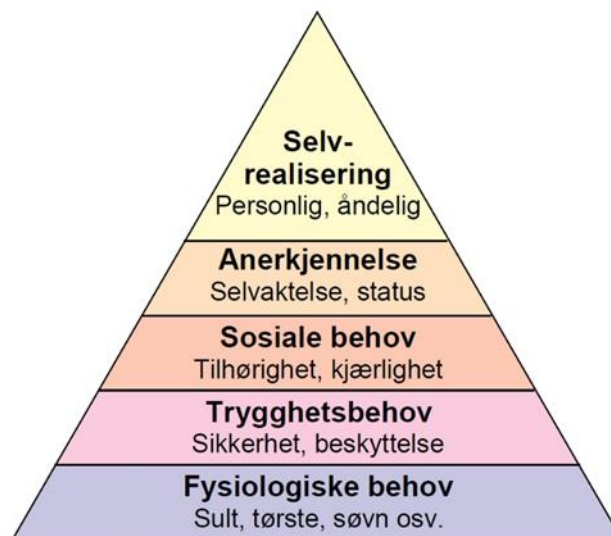
Lederstil O virker å være en mer myk tilnærming med større fokus på individet. Ønsket er mer at lederen opptrer som veileder for å skape et ønske og vilje til endring. Sentralt i teori O er: Se den enkelte, tilføre ressurser og energi, motivere den enkelte, delegering/støttende atferd, fungere som bindeledd, og fungere som lærer.

Det finnes neppe en endringsprosess hvor en av disse vil fungere best. I de fleste situasjoner vil man nok ha behov for å kombinere disse. Selv om lederstil E kan være effektiv i en krisesituasjon hvor avgjørelser må fattes og gjennomføres raskt, er det lederstil O som trekkes frem som mest effektiv ved endringsledelse (Erichsen et al., 2015), da denne er knyttet opp til transformasjonsledelse. Målet er å oppnå enkeltindividets hengivenhet til organisasjonen. Ideene forankres i at man utfører endringen til det beste for organisasjonen. Motivasjonen blir å delta i fellesskapet for å utvikle organisasjonen. Målet blir å utvikle de ansattes ferdigheter og grunnlag for tillit slik at de ansatte tar mer ansvar.

Van Der Voet (2014) viser dog at transformasjonsledelse har mindre effekt i planlagte organisasjonsendringer sammenlignet med kriserelaterte endringer. Dette vil i så fall redusere verdien av lederstil O i vår case.

## 2.6 Motivasjon

Motivasjon er vår indre drivkraft. Det er den som får oss til å stå opp om morgenen. Motivasjon er vanskelig å definere og den er individuell. Flere personer kan ha samme mål, men det kan være ulike faktorer som driver dem mot målet. Disse drivkreftene kan være både positive og negative. Sentralt innenfor klassisk motivasjonstenking finner vi Maslows behovspyramide (se fig. 1).



Figur 1

Ved å flytte oss oppover i pyramiden avdekker vi nye motivasjonsfaktorer, nederst er de grunnleggende fysiologiske behovene, så behovet for trygget, behov for kjærlighet og tilhørighet, så anerkjennelse og til sist selvrealisering. I grunntanken var det nødvendig at man hadde tilfredsstilt et underliggende behov før man kunne bevege seg oppover i pyramiden, men i senere tid har man tatt til orde for at man kan oppnå for eksempel selvrealisering uten at alle underliggende behov er tilfredsstilt. I stor grad kan man vel si at de fleste nordmenn har fått tilfredsstilt de grunnleggende behovene og at vi stort sett søker å dekke de to øverste trinnene i pyramiden (Kaufmann og Kaufmann, 2003).

I arbeidslivet generelt har det vist seg viktig å ha motiverte ansatte da disse antas å være mer effektive. Hva som motiverer den enkelte er nevnt over, men litteraturen deler motivasjonsfaktorer inn i to kategorier, indre og ytre motivasjon (Deci og Ryan, 1985).

Ytre motivasjon er når man ønsker å oppnå en belønning, eller unngå straff, som ikke er en del av selve handlingen, mens indre motivasjon er hvis selve handlingen motiverer (Ibid). Når man snakker om motivering av kunnskapsarbeidere er det ofte denne indre motivasjonen man ønsker å bygge opp.

Dessverre kan man også se tilfeller hvor disse faktorene motvirker hverandre. Hos enkelte kunnskapsarbeidere kan den indre motivasjonen svekkes dersom resultatene knyttes opp mot eksterne belønningsfaktorer som for eksempel lønn. Uten å ha noen konkret forskning å vise til vil vi anta at dette er sterkere i yrker med en tydelig yrkesetikk. For en lege vil det for eksempel virke uetisk å si ja til en høyere lønn dersom dette skulle gå på bekostning av pasientens liv eller livskvalitet.

Christensen og Foss (2011) beskriver 6 grupper motivasjonsfaktorer. Tilhørighet, utfordrende oppgaver, rettferdighet, prestasjon, autonomi (og medbestemmelse) og selvrealisering.

(TURPAS):

- Tilhørighet. Man er en del av et fellesskap.
- Utfordrende oppgaver. Man får brukt sin kunnskap til å løse vanskelige oppgaver, selvrealisering.
- Rettferdighet. Det er et rimelig forhold mellom innsats og belønning, også sammenlignet med hva andre får for tilsvarende innsats.
- Prestasjon. Opplevelsen av å kunne bidra med noe meningsfylt samt at man får tilbakemeldinger.



- Autonomi og medbestemmelse. Man kan innenfor gitte rammer bestemme selv hvordan man utfører oppgaver samt at man involveres i beslutningsprosesser.
- Selvrealisering. Personlig vekst og utvikling gjennom arbeidet.

### **2.6.1 Endringsmotivasjon**

Sverdrup og Olsen (2015) viser til at 70 % av endringsinitiativene i forbindelse med organisasjonsendringer mislykkes. Som en mulig årsak til dette er den ansattes opplevelse av brudd på den psykologiske kontrakten mellom seg og arbeidsgiver. Konsekvensene av et slikt brudd er at den ansatte blir mindre tilfreds, mindre engasjert, presterer dårligere og vurderer å slutte. Den psykologiske kontrakten påvirker de ansattes motivasjon for å gjennomføre endringen. I en gjennomgang av tidligere forskning vises det til at organisasjoner som har en organisasjonskultur basert på menneskelige verdier og åpne systemer har en større endringsmotivasjon og lykkes oftere med gjennomføringen av endringen. Nøkkelen til dette ligger i ledelsens evne til å identifisere hvordan endringsbudskapet oppfattes hos de ansatte for så å justere det slik at man oppnår ønsket respons. Dette oppnås best gjennom kontinuerlig dialog og tilpasning av endringsmålet underveis slik at de ansatte opplever at de blir tatt med i prosessen, samt at endringen forankres hos de ansatte.

### **2.6.2 Motivasjon av kunnskapsarbeideren**

I et tidligere avsnitt nevnte vi at kunnskapsarbeideren i hovedsak motiveres av de indre faktorene i motivasjonsteoriene. Dette støtter opp om en gjennomgående oppfatning i litteraturen om at det er andre faktorer som motiverer kunnskapsarbeideren enn det som gjelder for tradisjonell arbeidskraft. Likevel klarer vi ikke å finne noen konkrete eksempler på hva det faktisk er som virker motiverende på kunnskapsarbeideren generelt. Lines (2011) hevder at det nærmest ikke er noen felles motivasjonsfaktorer for denne gruppen, rett og slett fordi gruppen ikke er heterogen nok til å trekke generelle konklusjoner.

*«Populære forestillinger om kunnskapsarbeideren og hans verdigrunnlag framstår langt på vei som fantasier som passer på noen utvalgte eksemplarer, men som ikke representerer gruppen på en god måte. Selv forestillingen om at kunnskapsarbeidere*

*er særlig sensitive overfor forandringer i autonomi, er ikke godt dokumentert gjennom komparativ forskning.» (Lines, 2011).*

Han foreslår her at man ser bort fra ideen om at det finnes en gylden løsning for alle, men at leder heller velger blant et antall mulige løsninger og tilpasser disse situasjoner gjennom prøving, feiling og erfaring. Slik vi forstår dette krever det at lederen bruker tid på å finne ut hvilke forskjellige motivasjonsfaktorer som ligger blant de ansatte og tilpasse strategien til dette. Man kan nødvendigvis ikke tilpasse seg hvert enkelt individ, spesielt ikke i større organisasjoner, men man bør se etter muligheten til å gruppere de ansatte. Ut fra disse gruppene kan man velge den kombinasjonen av tiltak som når ut til flest mulig. Alternativt vil man kunne finne noen ansatte som har en påvirkningskraft på andre og bruke disse til å formidle budskapet.

Mládková et al (2015) forsøkte å se om man kunne finne noen motiverende og demotiverende faktorer. De så en tendens til at måloppnåelse og tilfredshet virket motiverende, mens meningsløst arbeid eller dårlige beslutninger, samt lav moral hos leder virker demotiverende. Forutsetningen for måloppnåelse er at det er satt tydelige mål, hvilket kan være vanskelig i en endring av denne størrelsesorden. I slike situasjoner kan bruken av «hårete» mål (Laudal et al., 2016) vise seg nyttige. Disse målene virker nesten uoppnåelige, men er vanskelige å sette seg imot ettersom de er uspesifikke angående detaljer i sluttresultat og tidshorisont. Det blir da opp til den enkelte å utforme de konkrete resultatene innenfor de gitte rammene. Et eksempel kan være at vår avdeling skal ha null feilbehandling innen 5 år. Dette sier ingenting om hvordan man skal oppnå målet, og det legges da opp til at de ansatte selv kan bidra med løsningsforslag.

De demotiverende faktorene vil det derfor være viktig å lete etter. Det kan tenkes at det i utgangspunktet finnes god aksept og motivasjon for endring, men demotiverende faktorer ødelegger for dette. Slik at man ikke bare går fra vondt til verre, men at det faktisk kan skade en prosess som i utgangspunktet gikk på skinner.

## **2.7 Kulturperspektiv**

Under intervjuene dukket temaet kultur opp blant våre informanter, dette spesielt i sammenheng med utfordringer rundt samlokalisering av sykehusene. Selve begrepet kultur er svært omfattende og vi må derfor begrense oss til de faktorer vi ønsker å belyse.

Vi anser ikke kulturelle forskjeller basert på etnisitet eller nasjonalitet å være rådende her, riktignok har vi intervjuet to personer som ikke er fra Norge, men de kommer fra et annet europeisk land som vi stor grad kan sammenligne oss med. Likevel kan vi forvente at deres erfaringer fra en annen jobbkultur til en viss grad prege deres oppfatninger.

### **2.7.1 Organisasjonskultur**

Siden vi skal studere sammenslutning av tre organisasjoner, vil det være naturlig at man ser på forskjeller i organisasjonskultur hos de tre. Edgar Scheins (Jacobsen og Thorsvik, 2013) definisjon på organisasjonskultur er flittig brukt og vi velger derfor å bruke denne:

*«Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene.» (Jacobsen og Thorsvik, 2013: 130)*

I en organisasjon behøver det ikke å være enhetlig kultur. Den totale kulturen i en organisasjon kan være en sammensmelting av ulike subkulturer. I helsevesenet ser man at organisasjonskulturen består av en sammensmelting av profesjonskulturer (Carlström og Olsson, 2014).

Innenfor helsesektoren har man lenge snakket om profesjonskamp. Ettersom sykepleiere og leger er de to største gruppene er dette den mest tydelige, men man ser det også mellom de andre faggruppene. Bakgrunnen for slike konflikter er ofte ulike teoretiske ståsted eller kulturer. Dels bunner dette ut i ønsket om å posisjonere seg eller hevde sin rett, og man kan se at lojaliteten mot faget kan bryte organisasjonsgrensene. Dette kan for eksempel bety at

legespesialister føler større tilhørighet til leger på andre sykehus enn de gjør mot sykepleiere på egen avdeling (Carlström og Olsson, 2014).

Slike profesjonsbaserte subkulturer kan fint eksistere sammen uten konflikter. Jacobsen og Thorsvik (2013) sier at det skjer dersom subkulturene kan operere uavhengig av hverandre. I sykehussektoren ser vi også at ulike kulturer eller profesjoner kan samarbeide dersom de har et felles mål, i dette tilfellet pasientens beste.

Subkulturer dannes også på bakgrunn av eksterne forhold. Ansatte som for eksempel bor i samme nabolag, eller deler fritidsinteresser vil kunne treffes på andre arenaer enn jobb. Disse vil kunne knytte nære bånd og dermed danne egne subkulturer.

Ut fra dette kan en tenke seg at mange aktører i en organisasjon er flerkulturelle, eller har flere kulturelle roller avhengig av situasjon og arbeidsoppgave. En operasjonssykepleier kan for eksempel være en del av sykepleierkulturen, ha et bein i den kulturen som råder på operasjonsavdelingen, samtidig som hun kanskje har beholdt noen kulturtrekk fra en avdeling hun jobbet i tidligere.

Ut fra Scheins (Jacobsen og Thorsvik, 2013) definisjon er ikke en kultur et statisk element, men under stadig endring, ettersom den tilpasser seg endringer eksternt og internt. Dette kan vi ta med oss inn i fusjonsprosessen hvor man skal bygge en ny kultur ut fra en sammensmelting av flere eksisterende. Dette vil derfor føre til at individene må tilpasse seg en ny kultur basert på sin tidligere kulturbalast. Dette kan skape konflikter.

Først og fremst vil man oppleve tap av identitet og trygghet, ettersom man skal forholde seg til en ny virkelighet.

Vi snakker om tre organisasjoner som slås sammen til en. Her er styrkeforholdet mellom dem ulikt, noe som også gjelder innenfor subgruppene. Dette kan føre til rivalisering og kamp om posisjon, slik man så under samlokaliseringen av tre akuttmedisinske avdelinger ved et annet norsk sykehus (Heldal, 2015). Her ser man også at selv lenge etter fusjonsprosessen er over og man har oppnådd en viss grad av stabilitet virker det fremdeles som om de ansatte kjemper for å opprettholde det gamle skillet.

## ***2.8 Sammendrag av teorikapitlet***

I dette kapitlet har vi konkludert med at vi vil fokusere på tidligfaser i en endringsprosess. Vi har sett på noen sentrale teorier rundt temaet endringsledelse, og kan ut fra dette si at følgende er nødvendig for å gjennomføre en vellykket endringsprosess:

- De ansatte må innse at prosessen er nødvendig for organisasjonen
- Ledelsen må tydelig kommunisere mål og milepæler i prosessen
- Nødvendige ressurser må settes inn for å bekjempe motstand
- Endringsprosessen er ikke gjennomført før den er forankret i organisasjonens kultur, og det er farlig å erklære seieren for tidlig.

Vi har avdekket at forskning viser at organisasjoner kan bygge opp en endringskapasitet. Denne kapasiteten gjør endringsprosesser enklere forutsatt at man tidligere har gjennomført vellykkede endringer. Graden av endringskapasitet påvirkes av de ansattes grad av motivasjon. Vi har valgt Maslows behovspyramide (Kaufmann og Kaufmann, 2003) for å illustrere hva som motiverer mennesker i ulike stadier. Man også kan dele inn grunnleggende motivasjon i to kategorier, indre og ytre (Deci og Ryan, 1985). Den indre motivasjonen ansees som viktigst for å skape en indre drivkraft, og er derfor den som gir det sterkeste engasjementet. Det er også viktig å huske på at det ikke bare er faktorer som øker motivasjon, men at det også finnes faktorer som virker demotiverende.

## 3 Metode

I dette kapittelet presenterer vi grunnlaget for hvordan problemstillingen vår har blitt besvart. Hensikten er å redegjøre for de valgene og refleksjonene som måtte til for at svarene skulle bli mest mulig troverdige og relevante. Derfor går vi her i detalj gjennom hvordan datasamlingen har foregått, hvordan dataene ble analysert, og redegjør for spørsmål om validitet og reliabilitet. Til slutt reflekterer vi over vår egen rolle som forskere, og ser på etiske problemstillinger.

Dette er en kvalitativ studie med forskningsintervju som grunnlag. Informantene har vi valgt ut fra sykehusets tre lokasjoner og fra de mest relevante yrkesgruppene, og intervjuene ble gjennomført i flere omganger. I vår tilnærming har vi latt oss inspirere av både «Grounded Theory» og av fenomenologi. Redegjørelsen vår av validitet og reliabilitet viste at det var behov for å få kontrollert resultatene våre av noen informanter i ettertid. Dette har blitt gjennomført, og de hadde ingen bemerkninger. Angående vår egen rolle i denne forskningen var det en fordel at en av oss jobber på sykehuset og har stor intern kjennskap, mens den andre kan se casen fra et ytre perspektiv. De etiske utfordringene var i stor grad knyttet til behovet for anonymisering, og dette har vi sørget for på en tilfredsstillende måte.

### *3.1 Valg av tilnærming*

Det er mange hensyn som må tas i valg av metode. Hvordan data skal samles inn, analyseres, og ikke minst om kvalitet eller kvantitet skal være i fokus. Ett viktig hensyn man må ta når vi skal studere menneskers opplevelse av en virkelighet, er at forskerens rolle vil definere resultatet av forskningen. Men ved å foreta en grundig vurdering av ulike forskningsmessige ståsted kan vi definere vår rolle som forskere, og vi blir bevisst de fordeler og ulemper som ligger i våre valg. Dette vil føre til større objektivitet og bedre refleksjoner rundt tematikken, som dermed er vurdert ut ifra flere utgangspunkt (Johannessen et al., 2011).

Selv om vi har erfaringer fra endringsprosesser er temaet endringsledelse lite kjent for oss. Dette gjorde oss mer avhengig av å støtte oss til teorien innenfor fagfeltet for å kunne gjennomføre dette. Likevel ønsket vi ikke at teorien skulle bli for dominerende i vår forskning, da det kunne komme i veien for å ha et åpent sinn til den informasjonen vi

avdekket. Dette har lagt føringer for blant annet valget av datainnsamling. Derfor har vi valgt å la oss inspirere av «Grounded Theory».

### ***3.2. Datainnsamling***

For å finne svar på vår problemstilling har vi valgt en kvalitativ fremgangsmåte. En kvalitativ metode kjennetegnes ved at data ikke enkelt kan telles i ulike kategorier (Johannessen et al., 2011). En kvalitativ datainnsamling gir oss muligheten til en direkte og personlig kontakt med de vi ønsker å samle inn data fra. Dermed vil også svarene, og vår forståelse av svarene, bli mer grundige enn hvis vi for eksempel hadde valgt en spørreundersøkelse. Tjora (2012) er tydelig på at dette ikke betyr at forskningen er mer subjektiv, til tross for at det ikke er matematisk baserte analysemetoder. Dette er fordi tolkningen uansett vil være avhengig av våre egne perspektiv.

På den andre siden kunne en kvantitativ studie, hvor man samler data fra et stort antall personer, selvfølgelig ha blitt benyttet. Det hadde vært mulig å spørre alle ansatte ved Helgelandssykehuset om å svare på noen enkle spørsmål, og på den måten fått dannet oss et helhetlig bilde. Men siden en kvantitativ studie ville gitt oss en mengde overfladiske svar, hvor man ikke kan komme med oppfølgingsspørsmål, hadde vi mistet muligheten til å grave i dybden hvis vi oppdaget noe interessant. Derfor mener vi det beste, med utgangspunkt i vår problemstilling, er å samle inn kvalitative data. Selv om antallet individer vi henter inn informasjonen fra blir sterkt redusert, vil det likevel gi oss gjennomtenkte og reflekterte svar som vi vil kunne lære mye av. Et annet problem med å gjennomføre en kvalitativ studie som involverer samtlige av sykehusets ansatte, er at dette ikke ville vært gjennomførbart med de ressurser vi har tilgjengelig. Likevel mener vi at vi kan få, gjennom å være særdeles nøye med utvelgelsen av informanter, en stor grad av relevant data ved hjelp av bare noen få utvalgte personer.

Konsekvensen av at vi er nødt til å innhente dataene fra en liten avgrenset del av Helgelandssykehuset, er at vi velger å ha et intensivt utvalg av informanter. Dette innebærer at vi ikke søker den store bredden i svar, men heller er opptatt av detaljer og finesser i dataene fra personer som skiller seg ut uten å være ekstreme (Johannessen et al., 2011). Med tanke på denne oppgavens omfang er dette det mest fornuftige.

### **3.2.1 Forskningsintervju**

Vi har valgt intervju, da vi mener dette vil gi oss bedre muligheter til å gå i dybden. Dette gir oss en bedre mulighet til å avdekke informantenes tanker, enn hvis vi brukte observasjon. Fremgangsmåten i våre intervjuer er preget av at vi studerer en endringsprosess som enda ikke er kommet helt i gang, og at vi må basere oss på å finne informantenes tenkte reaksjon på en mulig hendelse. Av denne grunn vil det ikke være hensiktsmessig å velge en helt fastlagt intervjuguide, hvor rammene blir for bastante. Tvert imot vil det etter vår mening være nyttig å bruke et semistrukturert intervju hvor det er rom for å stille nyttige tilleggsspørsmål, samtidig som man har et fundament å intervju ut ifra. Dalen (2011) sier at samtalene i slike intervjuer fokuseres mot temaene som er valgt ut på forhånd. Dette mener vi er en fordel fordi det setter noen rammer, samtidig som informantenes egne tanker kan få komme frem. Dette grunnlaget består av ti spørsmål som er satt opp i en prioritert rekkefølge. Dermed får vi spurt om det viktigste, men samtidig har vi rom for at dynamikken i intervjuet får styre samtalen selv om det skulle avvike fra intervjuguiden. At intervjuene gjøres ut fra en teoribasert intervjuguide mener vi ikke er til hinder for å formulere våre forskningsspørsmål så åpne som mulig. Intervjuene tas opp med opptaker og transkriberes i forkant av dataanalysen. I «Grounded Theory» er teorinotater, samt ideer som oppstår underveis, også viktige (Johannessen et al., 2011). Disse notatene har vi gjort oss både under og etter datainnsamlingen.

To uker før intervjuene ble gjennomført fikk informantene vite om temaet for samtalen. Dette ga dem muligheten til å være litt forberedt, uten å redusere spontaniteten. Vi var svært opptatt av at vi ville få tak i de rette informantene for oppgaven.

### **3.2.2 Informanter**

Ryen (2002) sier at kvalitative studier krever at forskeren må ta en rekke valg for å finne de rette informanter. Utvalgsparemetere vil i stor grad være avhengig av hvor informantene befinner seg, og man må reflektere over hvilke miljøer og settinger som er aktuelle. For oss innebærer dette at vi må velge ut de personene som samlet vil representere en større gruppe. Det vil for eksempel ikke være representativt å velge alle informanter fra en og samme sykehusavdeling.



At endringsprosessen er i en veldig tidlig fase gir en unik mulighet til å se på hvilke tanker ledelsen har for å motivere de ansatte, noe som kan gi oss en pekepinn på hva de ansatte ønsker seg. Vi velger derfor å samle inn data både fra ansatte og fra en i ledelsen.

Vi antar at mange har synspunkter og meninger om hvordan de ansatte blir involvert, og tanken er at en representant fra ledelsen kan peke ut hvordan ansatte får bidra med innspill eller hvor de kan være med å ta avgjørelser. Men etter vårt syn vil de ansattes egne vurderinger og opplevelser derimot fortelle oss hva de faktisk føler. Derfor vil vi at hovedtyngden av informanter skal være ansatte og ikke ledere.

På ledelsesnivå gjennomførte vi et mer åpent intervju av en representant for Helgelandssykehuset. Her var fokuset på hvilke strategier man tenker å bruke for å motivere og involvere de ansatte i prosessen. Vi ville også la ledelsens representant foreslå personell som vi burde intervju. Dette er fordi ledelsen har en unik innsikt i hvor vi kan finne viktig kunnskap.

Når det gjelder hovedgruppen er det visse hensyn vi mener er viktigere enn andre. Det skal være sagt at det er mye annet som vi også kunne ha basert vår utvelgelse på, for eksempel hvor godt man trives i jobben. Men jo flere slike kriterier vi tar med, jo mer krevende er det å finne informanter. Derfor måtte vi sette en grense for hvor streng utsilingen skulle være.

Siden selve sammenslåingen og flyttingen ikke er planlagt realisert før om tidligst 10 år er det svært viktig at de som intervjues fortsatt kan være potensielle ansatte på det tidspunktet. Helst bør de ha noen yrkesaktive år igjen. De bør derfor ikke være eldre enn 50 år i dag. Siden vi også mener det er verdifullt å vite noe om deres tidligere erfaringer i omstillingsprosesser forutsetter dette at de har en bakgrunn fra yrkeslivet. Dette betyr i hovedsak at de må ha jobbet i noen år. Derfor setter vi som krav at de må være eldre enn 30 år.

For å spisse utvalget konsentrerer vi oss om de faggruppene som sykehusledelsen selv har sagt at det blir størst utfordringer med å rekruttere i de neste ti årene. Dette er legespesialister, spesialsykepleiere, og bioingeniører (Helgelandssykehuset, 2016). Fordi bioingeniørene utgjør en mye mindre gruppe, begrenser vi oss til kun leger og spesialsykepleiere. Dette vil gjøre det mye enklere å finne ansatte som også oppfyller de øvrige kriteriene, og i vår sammenheng har ikke hvilken faggruppe vi intervjuer noen stor betydning.

For å kunne gi bredde i datainnsamlingen, samt muligheten for å avdekke geografiske forskjeller, vil vi intervju ansatte fra alle de tre nåværende sykehuslokasjoner. Med hensyn

til oppgavens størrelse og tiden til rådighet, ser vi ikke muligheten til å kunne utføre mer enn 10 intervjuer. Det er ikke mulig for 10 personer å representere alle sykehusansatte, men vi mener at noen sentrale tendenser vil være mulig å oppdage. Det er viktig å anvende mer enn en informantgruppe for å fange opp nyanser og mangfold, og det er derfor lurt å konstruere utvalg som kan fange opp dette (Dalen, 2011). Vi løser dette ved å vurdere det som viktig at begge kjønn er representert, og at det blant informantene finnes personer som ikke er norske. Dette er fordi en stor andel av de ansatte er utlendinger, og fordi både kvinner og menn finnes på alle avdelinger og i alle yrkesgrupper.

### ***3.2.2 Intervjuene***

For å oppnå den gode samtalen og kunne respondere best mulig på informasjonen som kommer fram i intervjuet, velger vi å gjennomføre dem ansikt til ansikt. Telefonintervju eller intervju via dataskjermer vil skape en distanse som kan være uheldig for dialogen (Dalen, 2011). Nøyaktig hvor vi gjennomfører intervjuet er ikke av avgjørende betydning. Det som er viktig er at informanten er komfortabel med det valgte stedet. For noen betydde dette at de helst ville gjøre det hjemme i sitt eget hus, mens andre foretrakk kontoret sitt. Uansett vil det alltid være viktig at vi unngår bråk og uro eller har andre forstyrrende elementer. For eksempel ville det ikke vært gunstig hvis enten intervjueren eller informanten sitter med en følelse av å ha dårlig tid, siden dette da blir et forstyrrende stressmoment (Johannessen et al., 2011).

Før intervjuet startet valgte vi å sette av tid til å småprate med informanten. Dette var med på å bygge opp relasjonen mellom partene, som var særdeles viktig under intervjuet (Ryen, 2002). Selve intervjuet planla vi skulle vare mellom en og to timer, alt etter hvor snakkesalig informanten var. Siden vi ønsket informantenes mening om situasjonen ville vi forsøke å forholde oss løselig til intervjuguiden og heller la informantene snakke fritt rundt de problemstillingene som opptok dem mest. Dette ga oss en større mulighet til å avdekke det unike hos den enkelte, og i beste fall finne noe som vi ikke hadde forutsett i forkant. Det var selvfølgelig viktig at vi ikke sporet helt av fra selve hovedtemaet. Dette er også i tråd med hvordan man, ifølge Kvale et al. (2009), kan forholde seg til en intervjuguide i et semistrukturert intervju. Han sier også at spørsmålene skal være korte og enkle, men at man ved hjelp av aktiv lytting skal sørge for å stille relevante oppfølgingsspørsmål underveis.

Intervjuguiden vår, som ligger vedlagt som Vedlegg 1, mener vi har spørsmål som er enkle å forstå.

Vi valgte å dele inn intervjuarbeidet i tre runder, hvor vi i hver runde gjennomførte tre intervjuer. Mellom hver runde reviderte vi intervjuguiden, slik at vi stadig fikk rettet oss inn mot det vi mente var mest relevant. De tre rundene fant sted i hver av de tre byene hvor Helgelandssykehuset er lokalisert. Det var også viktig at vi under intervjuene ikke bare tilpasset spørsmålene, men også vår egen væremåte. For eksempel måtte vi være obs på kulturaspektet når vi har valgt å ha med utlendinger (Kvale et al., 2009). Når vi intervjuer europeiske utlendinger vil det naturligvis være begrenset med kulturelle faktorer å ta hensyn til, men det er likevel et fornuftig prinsipp at vi jobber for å gjøre informanten mest mulig komfortabel i situasjonen.

### **3.3. Dataanalyse**

Vi valgte å samle inn data i form av intervjuer som har blitt tatt opp med diktafon, og som deretter har blitt transkribert i sin helhet til tekst. I tillegg ville vi ta noen notater underveis i intervjuet for i ettertid å bli minnet på viktige momenter. I etterkant av intervjuene passet vi på å notere ned betraktninger vi hadde gjort oss, samt uforutsette eller interessante tanker som hadde dukket opp i samtalen. Disse notatene er ment å være til hjelp når vi bearbeider materialet (Johannessen et al., 2011).

Den transkriberte teksten danner grunnlaget for vår dataanalyse. Det uformelle intervjuet med en representant fra ledelsen ble et utgangspunkt for sammenligning mellom hva som er planlagt aktivitet og hva de ansatte selv ønsker seg. Disse dataene vil i hovedsak være relevante i drøftingsdelen av oppgaven, mens det er intervjuene med de ansatte som gir de mest sentrale innspill, og som vi primært er interessert i å kode.

Siden vi er lite kjent innenfor fagområdet endringsledelse, må vi anta at vi kan ha oversett en del relevant teori i forkant av datainnsamlingen. Vi ser derfor på det som en fordel at vi bruker «Grounded Theory» som inspirasjon til innsamling av data. Dette ga oss rom for å fylle på med mer teori under selve analysearbeidet når vi oppdaget noe etter hvert som vi ikke kunne forutse fra starten av. Dette å møte det empiriske materialet med en åpen holdning uten for mye førforståelse er en viktig del av «Grounded Theory» (Dalen, 2011). Men dette krever

dermed at vi som forskere er bevisste på å være mottakelige for å se noe nytt gjennom hele analysen. Derfor var vi hele tiden opptatt av å mestre det å være åpen for noe nytt.

Selve dataene har vi analysert med teknikker som vi har lånt fra fenomenologisk analyse. Det kan argumenteres for at vi heller skulle ha valgt en hermeneutisk fremgangsmåte. Da ville vi ha analysert enkeltdeler, for så å sette disse opp mot helheten, noe som ville gitt en ny forståelse av enkeltdelene. Nettopp denne vekslingen mellom å se på detaljene og å se på helheten utgjør den hermeneutiske metode (Johannessen et al., 2011). Denne metoden kunne vi ha benyttet oss av for å vurdere detaljene fra intervjuene opp imot helhetsinntrykket vi satt igjen med. Når vi valgte ikke å bruke en hermeneutisk metode, er det fordi målet med en fenomenologisk tilnærming er å beskrive deltakernes egne perspektiver, opplevelser og deres forståelseshorisont. Fenomenologi handler om å utforske det subjektive, og fokusere på at mennesker ikke kan studeres som ting, fordi de er følende og forstående individer (Ibid). Fordelen med dette er at fokuset på menneskelige erfaringer kommer i sentrum, noe vi mener er den beste måten å besvare problemstillingen.

Selve analysen gjennomførte vi i fire trinn etter mal fra Johannessen (2011):

1. Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold
2. Koder, kategorier og begreper
3. Kondensering
4. Sammenfatning

### ***Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold***

I denne første fasen av analysen søkte vi å finne en grov oversikt over innsamlede data, samt å gjøre en helhetsvurdering av alt innsamlet materiale. Målet var både å få et helhetsinntrykk, og å se om det finnes noen generelle trekk. Irrelevant informasjon forsøkes filtrert bort slik at vi sitter igjen med et grovt konsentrat.

### ***Koder, kategorier og begreper***

I den andre fasen av analysen forsøkte vi å finne de elementene i våre data som er særskilt relevante for våre valgte vitenskapsspørsmål. Teksten ble gjennomgått mer i detalj og sentrale elementer merket med «koder». De ulike informantenes utsagn ble kategorisert slik at det som omhandlet liknende temaer eller vinklinger fikk samme koding. Dette gjorde det lettere å

sammenfatte tilsvarende utsagn senere i analysen. Denne kodingen gjennomførte vi i flere runder. Kodingen la grunnlag for videre fortolkningsarbeid, da denne bidro til å kategorisere innholdet i tekstene. Temaene som kodingen ble kategorisert etter er lagt ved som vedlegg 3.

### ***Kondensering***

I denne fases ble dataene samlet i henhold til kodingen fra forrige fase. Alt materiale som ikke falt inn under kodene ble vasket vekk, og vi satt igjen med kun de data som var relevante for å besvare problemstillingen.

### ***Sammenfatning***

Til sist satt vi igjen med en sammenfattet tekst som kun besto av de data som ble ansett å være relevante. Det viktige i denne fasen var å kvalitetssikre at vi satt igjen med samme informasjon i den sammenfattede datamengden som i den originale råteksten.

### ***3.4 Spørsmål knyttet til validitet og reliabilitet***

Ettersom vi har valgt å fokusere på hvordan man skal beholde den gruppen fagpersoner som man ser størst problemer med å rekruttere i fremtiden, er dette en betydelig mindre del av sykehusets totale antall ansatte uten at vi kan tallfeste dette nøyaktig. Vårt utvalg er derfor i større grad representativt for den gruppen helsepersonell vi søker å undersøke.

Det er også nærliggende å tro at våre informanter har gjenspeilet en del av de holdninger og tanker som vi kan finne igjen andre steder. Ikke bare lokalt på sykehuset, men også i andre organisasjoner som er i lignende situasjon, fordi tematikken vi tar opp berører våre informanter på et personlig nivå. Et viktig utgangspunkt er at en ikke utelukker at enkelte funn kan har verdi i andre sammenhenger, samtidig som vi skal være forsiktige med å generalisere resultatene (Johannessen et al., 2011).

Siden en flytting vil påvirke den enkeltes dagligliv, forventet vi at deres meninger ville være preget mer av hvilke personlige konsekvenser en eventuell flytting ville få, og ikke nødvendigvis en faglig vurdering ut fra hva som er best for pasientene. Dermed var det viktig

at vi hadde i bakhodet at svarene vi fikk, kunne motiveres av noe annet enn det de selv ga uttrykk for.

Når analysen vår var gjennomført var det behov for å kontrollere funnene våre. I vårt tilfelle mente vi det var lurt å validere resultatene ved å vise noen utvalgte informanter hva vi hadde kommet fram til. Dermed fikk vi en tilbakemelding på om det var gjenkjennbart eller ikke. Etter at dette var gjennomført fikk vi positiv respons på det vi hadde kommet fram til av konklusjoner.

Det var viktig at svarene vi fikk var genuine. Hvis informantene i stor grad var påvirket av holdninger ved, eller press fra, arbeidsplassen, kunne svarene bli tilpasset etter dette (Johannessen et al., 2011). Vi forventet ikke at dette skulle være et problem, men vi måtte være bevisste på at slike ytre forhold kunne få utslag. Dette var derfor noe vi reflekterte over under hele datainnsamlingen.

### ***3.5 Refleksjon over egen rolle som forsker, eget ståsted***

Ettersom en av oss jobber på sykehuset, og derfor er direkte påvirket av endringsprosessen, var det et par punkter vi måtte vurdere. Som involvert i prosessen kan man som forsker preges av egne holdninger og meninger (Johannessen et al., 2011). Dette måtte vi være bevisste på. Men på den andre siden kan disse meningene oppfattes som relevante i besvarelsen ettersom de kommer fra innsiden av organisasjonen, og kanskje er preget av den eksisterende kultur og holdning som er i organisasjonen. Fordelen er at den andre av oss ikke er påvirket av endringsprosessen, og derfor har muligheten til å «kvalitetssikre» og trekke slutninger basert på erfaringer fra et utenforstående ståsted, samtidig som han har en helsefaglig bakgrunn.

I denne oppgaven kunne man valgt mange vinklinger. Man kunne for eksempel sett på de økonomiske konsekvensene rundt endringsprosessen ved å vurdere økonomisk gevinst av sammenslåing opp mot økte personalkostnader. Eller man kunne sett på samfunnsmessige ringvirkninger i form av bedre helsetilbud i regionen opp mot tap av lokalsykehus i samme by. Ettersom vi er utdannet til å ha omtanke om enkeltmenneskers behov samt å bygge livskvalitet velger vi heller en mer humanistisk tilnærming. Vi vil finne ut hvordan dette berører de som er med på å forme selve organisasjonen fra innsiden og kanskje finne ut hvordan dette påvirker deres evne til å utføre den jobben de er satt til å utføre.

Hvilken status man velger å ha er relevant for hvilken dialog man får med informantene. Hvordan man ser på seg selv og beskriver seg selv får innvirkning på hvordan man tas imot (Aase og Fossåskaret, 2007). Det kan bety en stor forskjell om vi ser på oss selv som forskere, studenter eller helsepersonell som skriver på en skoleoppgave. Fremstår vi som at vi i bunn er helsepersonell vil sjargongen fort kunne bli annerledes enn hvis vi legger vekt på at vi er vitenskapelige forskere. Derfor mente vi det var viktig å være ærlige på at vi personlig er uerfarne med forskning, men at intervjuene og forskningen uansett fortjener å bli tatt på alvor.

### ***3.6 Etiske problemstillinger***

Vi har ikke i denne oppgaven tenkt å behandle sensitive personopplysninger, og vi anser Helgelandssykehuset for å være en organisasjon med stor nok takhøyde til å tåle at enkeltmennesker kan uttrykke sine meninger uten at de vil bli straffet for dette i etterkant.

Hvis alle informanter fremstår med navn vil oppgaven virke mer levende og fargerik. På den andre siden er det ikke av verdi for forskningen å ha med navn, og skulle det vise seg at informantene får negative konsekvenser i ettertid er jo dette et alvorlig problem. Vi vil derfor anonymisere navnene til alle vi snakker med. Vi vurderte å la ledelsens representant være navngitt fordi han på grunn av sin stilling både vil og skal være synlig utad for offentligheten. Men fordi han ikke er en så sentral del av oppgaven, og fordi det har latt seg gjøre å anonymisere ham uten å forringe resultatene, har vi valgt å la han være anonym. Tross alt kommer han med synspunkter som ikke alle vil like, og da er det unødvendig av oss å bidra til at han kan få negativitet rettet mot seg.

For å anonymisere er det vanlig å endre på enkelte opplysninger i tillegg til å utelate navnet (Johannessen et al., 2011). Vi har av den grunn beskrevet alle våre informanter i denne oppgaven som menn. Flere av dem er kvinner, men siden kjønnsperspektivet ikke har noen viktig rolle i besvarelsen vår, er dette et effektivt grep som både ivaretar forskningen og informantene.

## 4 Empiri

I dette kapitlet er hensikten å redegjøre for våre funn innhentet fra våre forskningsintervjuer. Vi har valgt å kategorisere funnene ut ifra intervjuguidene, og de grupperinger som har blitt benyttet der. Først har vi beskrevet hvilke positive og negative tanker informantene har til samlokaliseringen. Deretter har vi tatt for oss endringsprosessen, og redegjort for hvordan vi opplevde endringsviljen hos informantene. I tillegg kartlegger vi hvordan involveringen har blitt opplevd, og hvor mye de skulle ønske de ble involvert i prosessen.

Informantenes tanker om hvordan å beholde, og rekruttere, nøkkelpersoner til sykehuset under og etter en samlokaliseringsprosess er også blitt presentert i dette kapitlet. Etterfulgt av dette ser vi på kommunikasjonen, både i form av hva de har mottatt, men også hvilket behov de har for informasjon og hvilke tanker de har om dialog. Til slutt redegjør vi for kulturperspektivet, som sier noe om hvordan informantene opplever det at sykehuset eksisterer i tre byer nå, men også å eventuelt få samlet alle de tre enhetene i ett bygg. Sett under ett gir alle disse redegjørelsene et mest mulig helhetlig bilde på hva våre informanter samlet mener om de temaene vi vil belyse.

I slutten av hvert underkapittel har vi laget en oppsummering hvor vi har vurdert funnene våre og satt egne begreper på dem. Det er disse konklusjonene som vi tar med oss til kapittel 5 og drøfter der.

### ***4.1 Gjennomføringen av datainnsamling***

I kapittel 3 la vi frem en idé om hvordan vi hadde tenkt å gå frem for å finne svar. Som forventet ble vi nødt til å gjøre noen justeringer på denne planen i den praktiske gjennomføringen, men alt i alt mener vi at vi har skaffet til veie verdifulle data for videre arbeid med oppgaven. Vi innså etter hvert at det var litt mer jobb enn forventet å skaffe de rette kandidatene. Våre informanter jobber og lever i en travel hverdag, så det var behov for en ekstra innsats fra vår side for å treffe alle. Totalt gjennomførte vi 12 intervjuer. Det første var en representant fra ledelsen som hadde god kjennskap til samlokaliseringsarbeidet så langt. Dette gav oss et nyttig innblikk i prosessen, samt at vi fikk en beskrivelse av hvordan ledelsen oppfatter de ansattes reaksjoner på det som skjer. Vi utviklet med bakgrunn i vår teori en intervjuguide basert på vår problemstilling og våre forskningsspørsmål. Denne brukte



vi som basis for våre intervjuer. Alle intervjuer ble gjennomført personlig i rolige omgivelser på informantens arbeidssted. Det ble totalt sett intervjuet 11 ansatte, men den ene var utenfor vår målgruppe i alder. Vi valgte likevel å gjennomføre intervjuet ettersom personen, på grunn av sin lange erfaring hadde en del synspunkter som vi antok kunne gi oss interessante perspektiver som vi kunne ha med oss videre i prosessen. Det første intervjuet ble gjennomført i Mosjøen, deretter fire i Sandnessjøen, så tre på Mo og til sist tre til i Mosjøen. Etter det første intervjuet korrigerste vi intervjuguiden slik at vi fikk med kultur i intervjuet. Etter runden i Sandnessjøen ble vi oppmerksomme på at vi burde fokusere mer på kommunikasjon. Disse to tilleggsmomentene var det naturlig for oss å ha med videre i arbeidet, selv om vi ikke hadde tatt dem med på forhånd. Dette er fordi «Grounded Theory» ikke er tiltenkt å teste en eksisterende teori, men heller å utvikle en teori induktivt (Kvale et al., 2009). Siden vår oppgave er «Grounded Theory» -inspirert, og fordi vi da forsøker å tilnærme seg en virkelighet vi ikke kjenner, mente vi det var viktig ikke å låse oss fast til forhåndsbestemte momenter.

#### ***4.1.1 Utvalgte informanter***

Vi har gjennomført totalt 10 intervjuer med relevante ansatte ved Helgelandssykehuset. For at utvalget skulle gi en bredde som ville styrke besvarelsene, har vi sørget for noe variasjon i bakgrunnen til informantene. Sju av informantene var menn og tre var kvinner. At begge kjønn er representert ser vi på som et positivt element, siden dette er vanlig på alle avdelinger. Flere av sykehusets spesialister har utenlandsk bakgrunn, og av den grunn har vi sørget for at to av våre informanter er oppvokst og utdannet i et annet land. For å variere i spesialistgruppene er seks informanter leger, tre er spesialsykepleiere, og en er fagradiograf. Siden sammenslåingen av dagens tre lokasjoner står så sentralt, var vi nøye med å få representert alle tre byene. Tre av informantene tilhører Sandnessjøen, tre tilhører Mo i Rana, og fire tilhører Mosjøen. Grunnen til at vi har en ekstra fra Mosjøen er fordi vi, som anbefalt av ledelsens representant i det aller første intervjuet, ville sørge for å ha med en som er hovedtillitsvalgt. I tillegg har vi passet på å at en av informantene har sittet i en av samlokaliseringssprosessens arbeidsgrupper, også i tråd med anbefalingen fra ledelsens representant.

Denne blandingen av, kjønn, bakgrunn, stedstilhørighet, stillinger, og tilknytning til prosessen, mener vi gir besvarelsene en større grad av helhet. Det at man får belyst temaet fra flere forskjellige synsvinkler, håper vi har gitt oss mer interessante og nyanserte svar.

#### ***4.1.2 Valget om å gruppere informantene eller ikke***

For å se om det var noen likhetstrekk mellom enkelte grupperinger som var særskilt relevante, vurderte vi om det var behov for å gruppere informantene. Det mest relevante mente vi ville være å velge ut besvarelsene til de som hadde samme geografiske tilhørighet og sett på dem samlet. Sykehuset eksisterer nå i tre forskjellige byer, og det hadde vært interessant å vurdert om lokale holdninger gjorde seg synlige i besvarelsen av våre intervju spørsmål. Like relevant kunne det ha vært å ta for oss alle som har tidligere negative erfaringer med endringsprosesser, for å se om deres svar skiller seg ut fra informantene uten slike erfaringer. Men på grunn av oppgavens begrensede omfang konkluderte vi med at det ikke ville gagne besvarelsen å dele informantene opp i mindre grupper. Selv om dette kunne gitt noen ekstra perspektiver, ble det vår vurdering at arbeidet med å kartlegge disse opplysningene ville gått på bekostning av arbeidet med å kartlegge alle informantene som en helhetlig gruppe. Det hadde jo også vært givende å gruppere informantene etter hvilket kjønn de har, hvilken nasjonalitet de har, eller hvilket yrke de har. Alle disse momentene kunne antagelig ha gitt noen nyttige data, men disse tilleggsopplysningene mente vi ikke ville bli relevante nok. Vi har derfor prioritert dette bort til fordel for å gå mer i dybden på alle informantenes besvarelser samlet sett. Dette er en svakhet ved oppgaven som gjør at vi ikke får presentert så mange nyanser som ønskelig. Likevel er vi tydelige på at de mest lærerike dataene vil komme fram når vi ser alle besvarelser under ett. Dette standpunktet styrkes også av det faktum at det er stor variasjon i hvor mye hver enkelt har svart på våre intervju spørsmål, og dermed kunne det å dele dem i mindre grupper gi et nesten uforutsigelig svakt grunnlag å konkludere ut ifra på enkelte temaer.

#### ***4.1.3 Informantenes bakgrunn***

For å anonymisere informantene i oppgaveteksten, velger vi å beskrive alle som «han» selv om tre av disse er kvinner. Det opplyses heller ikke i teksten hvilket yrke den enkelte har. Disse opplysningene er likevel tilgjengelige som et eget vedlegg (Vedlegg 2: Informantliste). For å sette informantene inn denne oppgavens kontekst har vi kort redegjort for deres tidligere erfaringer med endringsprosesser.

### ***Ledelsens representant***

Dette er en sentral person i sykehusets ledelsesstruktur som har ansvar for både tidligere og nåværende endringsprosesser, samt for de ansatte på alle tre lokasjoner. Han har en nøkkelrolle i det å kunne legge føringer for hvordan kommunikasjonen med, og oppfølgingen av, de ansatte skal gjennomføres i praksis. Han har også vært sterkt involvert i prosessen med egne arbeidsgrupper hvor flere utvalgte ansatte har jobbet med samlokaliseringsspørsmål. Han ga oss flere perspektiver som var nyttige i arbeidet med denne oppgaven. Blant annet rådet han oss til å intervju ansatte som sitter i relevante posisjoner.

*«Det ville være helt naturlig å intervju for eksempel hovedtillitsvalgt som sitter både i tillitsvalgtmøter og i AMU-møter<sup>1</sup>. De ordner jo med arbeidsforhold for de ansatte og endring av arbeidsforhold. Så tror jeg kanskje jeg ville snakket med noen som sitter i arbeidsgruppene også.»*

### ***Informant 1***

Er født og oppvokst i Mosjøen. Tidligere har han jobbet på sykehjem og legevakt, og har også jobbet på kirurgisk avdeling, både i Mo i Rana og i Sandnessjøen. Nå jobber han på sykehuset i Mosjøen, hvor han har vært de sisten 14 månedene og hvor han også har jobbet i ett år tidligere.

Av tidligere erfaring med endringsprosesser har han kun opplevd omlegging av dagkirurgisk avdeling i Mosjøen som hadde omfattende byggeprosesser knyttet til seg. Denne har han opplevd som velorganisert, men at ingen hadde involvert de ansatte. Selv mener han at prosessen ville vært tjent med å rådføre seg med hvordan de ansatte så på saken.

### ***Informant 2***

Han er født og oppvokst i Tyskland. Tidligere har han jobbet på to sykehus i Tyskland før han kom til Norge på grunn av kjærligheten. Her jobber han nå på sykehuset i Sandnessjøen og opplevde dette som en stor overgang fordi det er så vesentlig mye mindre forhold på avdelingene.

Av tidligere erfaring med endringsprosesser har han opplevd en stor fusjon i studenttiden hvor

---

<sup>1</sup> AMU-møter er arbeidsmiljøutvalgsmøter.

om lag seks sykehus skulle omfordele studentene. Han synes tanken var veldig bra, men ble i starten veldig frustrert over flere vanskeligheter. Men som han sa om det å være oppgitt:

*«Men man venner seg til mye. Og det er jo egentlig også faren, at man bare ser seg tilfreds med noe som er mellombra.»*

### ***Informant 3***

Han er født og oppvokst i Sandnessjøen. Tidligere har han jobbet på akuttavdeling i Stokmarknes, men har de siste 2 ½ år jobbet i Sandnessjøen. Han er derfor vant til små forhold. En av grunnene for å flytte tilbake var at han trodde sykehuset på Helgeland var et sikrere alternativ enn Stokmarknes som er under Nordlandssykehuset.

Av tidligere erfaring med endringsprosesser har han kun opplevd perioden før Stokmarknes sykehus ble oppgradert. Han ble ikke involvert, og fordi han skulle flytte ønsket han heller ikke å bli det.

### ***Informant 4***

Han er født og oppvokst i Mosjøen. Tidligere har han jobbet på sykehjem og på sykehuset i Sandnessjøen. Nå jobber han i Mosjøen og opplever at det her er mer belastende med nedskjæringer enn i Sandnessjøen.

Av tidligere erfaring med endringsprosesser har han opplevd at kommunen gjennomførte en endring av organiseringsstrukturen. Han ble ikke involvert og opplevde at alt ble bestemt fra øverste ledelse.

*«Jeg fikk litt følelsen av å bli overkjørt for vi ble ikke dratt med. Vi fikk kanskje beskjed om at det kanskje ble omlegging, og etter en uke var det allerede vedtatt uten at vi hadde noen som helst påvirkning.»*

Dette var en negativ opplevelse hvor han skulle ønske at det i det minste ble opprettet en arbeidsgruppe fra hver avdeling som kunne ha vært med og sett på løsninger.

### ***Informant 5***

Han er født og oppvokst i Tyskland. Tidligere har han jobbet i flere helseforetak i Tyskland, før han kom til Norge i 2005. Han bor nå i Sandnessjøen og jobber på en liten avdeling på sykehuset.

Av tidligere erfaring med endringsprosesser, har han opplevd omstrukturering av ledelsesorganiseringen både i Tyskland og i Norge. I Tyskland ble alt bare bestemt. I Norge, derimot, ble det gitt et inntrykk av at alle ble hørt selv om det uansett var de med beslutningstyngden som bestemte. Etter hans mening gjøres de nøyaktig samme feil i Norge som i Tyskland hvor man ikke reelt lytter til de som har noe faglig å si.

### ***Informant 6***

Han er født og oppvokst i Rana. Tidligere har han jobbet i Tromsø og Bodø, og fra 2010 har han jobbet på sykehuset i Mo i Rana.

Av tidligere erfaring med endringsprosesser har han ikke opplevd noe, men han har sittet i en av arbeidsgruppene som skulle utrede konsekvensene ved modellene i samlokaliseringprosessen. Fokuset for gruppen var rekruttering og han har hørt mye om hva de ansatte på de andre sykehusene på Helgeland tenker. Dette var positivt, men samtalen ble fort låst i hva som skulle bli konklusjonen.

*«Jeg følte i alle fall at prosessen er litt styrt. Fordi mye av de tingene man fokuserer på er jo åpenbart lettere hvis man er et større fagmiljø som var fellesnevneren i alt man pratet om. Så jeg tror at alle følte i starten, når man begynte å snakke, så ser man at ok, det er vanskelig for oss å komme til noen annen slutning enn å bli ett sykehus.»*

Å delta i denne gruppen, mener han selv, har gjort det lettere å både forstå og akseptere en samlokalisering.

### ***Informant 7***

Han er født og oppvokst i Rana. Tidligere har etter utdanning kun jobbet på sykehuset på Mo.

Av tidligere erfaring med endringsprosesser har han deltatt i en stor omorganisering av journalsystemene hvor han det siste året har hatt en sentral rolle i opplæringen av hvordan ansatte skal bruke det nye fellessystemet. Dette har vært en positiv opplevelse, hvor han har fått mye frihet og mye skryt fra ledelsen, selv om det til tider også har vært utfordrende.

### ***Informant 8***

Han er født og oppvokst i Rana. Tidligere har han jobbet på sykehus i Trondheim og i Tromsø og har siden 2003 jobbet på sykehuset på Mo.

Av tidligere erfaring med endringsprosesser har han opplevd en omlegging av arbeidsoppgavene. De har blitt gjort mindre allmenne og mer spesialiserte etter et pålegg fra ledelsen. Han ble ikke inkludert i prosessen, men fordi det ikke var noen motstand mot endringene og alle var fornøyd med hvordan det ble, følte han at dette var helt i orden. Han ville av den grunn heller ikke ha sett at noe ble gjort annerledes.

### ***Informant 9***

Han er født og oppvokst i Mosjøen. Tidligere har han jobbet i Trondheim og på andre helseinstitusjoner i Mosjøen. Fra 2013 har han jobbet på sykehuset i Mosjøen.

Av tidligere erfaring med endringsprosesser har han for kort tid siden opplevd at medisinsk avdeling skal flytte sammen med intensivavdeling. Hverken han eller hans kollegaer ble involvert, noe som ga en negativ erfaring.

*«Jeg føler at det ble bare trødd litt nedover, at "sånn blir det, ferdig med det ". At det var økonomisk bestemt og ikke så mye argumenter for medisinsk eller for pasientenes sin del, annet enn at vi trenger å pusse opp lokalene.»*

Til tross for dette var han så ny i stillingen når avgjørelsen ble fattet at han ikke ønsket å bli inkludert mer. Han følte ikke at han hadde så mye konstruktivt å komme med, men mente at de mer erfarne ansatte burde ha blitt lyttet til.

### ***Informant 10***

Er født og oppvokst i Mosjøen. Tidligere har han jobbet noen år utenfor helseforetak, men de siste 18 årene har han vært tilknyttet sykehuset i Mosjøen. Han er for tiden også hovedtillitsvalgt.

Av tidligere erfaring med endringsprosesser har han vært sentral i omlegging til digitale løsninger på avdelingen noe som var en omfattende jobb på nittitallet. Dette opplevdes ikke som særlig godt planlagt, og han fikk inntrykk av at ledelsen ikke hadde noen forståelse for hvor mye tid som måtte brukes eller hvor lang prosessen måtte være. Endringsprosessen med å bytte datasystem i 2013 var derimot mye mer positiv, og selv om han ikke var fornøyd med selve datasystemet, mente han at prosessen ikke kunne ha vært gjennomført på noen bedre måte.

## ***4.2 Samlokalisering***

Sentralt innenfor faget endringsledelse står det å skape forståelse for endringsbehovet. Det var derfor viktig for oss å finne ut av hva de ansatte mente om den kommende samlokaliseringen av de tre sykehusene. I stor grad krevde dette at våre informanter klarte å sette seg inn i tenkt situasjon ettersom det ikke er fattet noe endelig vedtak om hvordan den fremtidige sykehusstrukturen kommer til å se ut.

Det kom tydelig frem at ingen av våre informanter hadde en entydig positiv eller negativ oppfatning av behovet samlokalisering. Så selv om noen hadde posisjonert seg som enten for eller mot, hadde alle sammen et nyansert syn på saken.

Videre fikk vi en oppfatning av at dette var noe flertallet hadde tenkt nøye gjennom og også til dels diskutert med kollegaer. De fleste hadde også hadde brukt tid på å sette seg inn i saken. ((En del av vurderingene var dog gjort på bakgrunn av erfaringer fra tidligere politiske vedtak og forsøk på samarbeid i regionen.))

### ***4.2.1 Positiv***

I stor grad er alle positive tanker rundt samlokalisering begrunnet i det faglige. Man ser at en sammenslåing til en større enhet vil gi en rekke fordeler, både for pasienter og fagutviklingen. For pasientene vil det bety at de kan få et bedre behandlingstilbud på sykehuset de tilhører, og man vil i mindre grad ha behov for å reise til større regionale sykehus i Bodø eller Tromsø. Det at den behandlingen som allerede utføres lokalt på Helgeland kommer inn under samme

tak, bidrar også til effektivitet i form av at pasienten får all denne behandlingen på samme sted og ikke behøver å reise mellom byene. Avhengig av lokalisering vil det føre til lengre avstand til sykehuset for noen eller alle pasientene, men siden tjenestene til sykehuset er på samme sted vil det bli mindre behov for flere besøk. Spesielt for pasienter med behov for planlagt behandling blir ikke lengre reisevei en betydelig ekstrabelastning fordi en samkjøring av spesialiteter fører til at man får utført flere undersøkelser på samme sted og samme dag.

Siden kirurgisk og medisinsk akuttberedskap nå er lokalisert på flere geografiske lokasjoner ser man en del utfordringer ved dagens situasjon som kan løses ved hjelp av et større sykehus.

*«Personlig syns jeg jo det er pasientene som bør gå foran og jeg tror pasientene vil ha god nytte av en større enhet som har både kirurgisk og medisinsk beredskap. For det er veldig synd, noen ganger får vi inn pasienter som burde vært på en kirurgisk avdeling, og vi har bare medisinsk avdeling. Og det er ikke alltid så lett for legevaktslegene å skille på det medisinske og det kirurgiske akutte. Så en sjelden gang kan pasientene tape på å havne på feil plass, i stedet for at vi bare kunne bedt kirurgene komme.» (Informant 9)*

Flere av informantene mente at en sammenslåing gir et bedre akutttilbud ettersom all behandling blir på samme sted. Det vil derfor ikke være behov for å gjøre en vurdering på hvor pasienten skal transporteres i en akuttsituasjon. I ytterste konsekvens vil man med dagens løsning kunne oppleve at en pasient sendes til et sykehus uten nødvendig kompetanse til å gi livreddende behandling. Dette vil man selvfølgelig løse dersom alle tjenester kommer på ett sted og at det heller ikke var tvil om at alle akutt syke eller skadde skulle til denne ene enheten.

De fleste av våre informanter poengterer også dette med større fagmiljøer som en stor fordel ved sammenslåing. På legesiden ser man fordelene med at flere spesialister er under samme tak, hvor man kan diskutere fag med noen med lik bakgrunn, og hvor man kan få vurdert samme pasient av flere spesialister. Videre trekkes større fagmiljø frem som positivt ettersom det blir flere å fordele vaktbelastningen på. Man unngår å måtte leie inn dyre vikarer for å fylle opp turnuser, samt at man blir mindre sårbar ved permisjoner og sykdom. En større faggruppe vil også kunne virke positivt på rekruttering av leger under utdanning fordi man



under utdanningen får kontakt med flere pasienter og større flere forskjellige diagnoser. Flere trekker fra at et stort sykehus vil være bedre for generell rekruttering fordi man da vil ha større avdelinger og flere spesialiteter samlet på et sted. Dette gjelder spesielt for legespesialistene som er avhengige av praktisk opplæring med krav til at man har utført en viss mengde og type operasjoner. Leger i spesialisering er ofte yngre leger, og informantene har en formening om at de som tar spesialiseringen på et sykehus ofte kan bli værende der etter endt opplæring dersom det er mulighet for jobb. Slik situasjonen er i dag kan man i liten grad utdanne egne spesialister, og man må derfor rekruttere ferdig utdannede, ofte utenlandske legespesialister. Stadig opplever man at disse kun jobber en kortere periode før de reiser tilbake til hjemlandet eller til et større sykehus med større faglige utfordringer.

*«Ja! Jeg tror mange er positive til ett stort sykehus, og jeg vet at driftsmessig burde vi vært i gang nesten for lenge siden og satt i gang dette. Overlegen her har vært pådriver for ett sykehus i 15 år, han har gått ut mange ganger og sagt at vi må ha ett sykehus, for vi har innleie på alt av vakter på overlegesiden på dette sykehuset. Så dette har vært flagget ganske høyt i mange år». (Informant 10)*

En annen fordel, som ble nevnt av informant 2, er at man kan få utnyttet kontortjenester og andre servicefunksjoner bedre når man samler flere behandlere under samme tak.

Etter vår mening kan vi oppsummere i tre hovedgrunner hvorfor informantene er positive til en sammenslåing. Den første er forbedret behandlingstilbud til pasienten grunnet en mer helhetlig tjeneste. Den andre er økt kompetanse og mer robust bemanning, grunnet et større fagmiljø. Den tredje hovedgrunnen er bedre utnytting av støttefunksjoner, fordi slike tjenester blir samkjørt og effektivisert.

#### **4.2.2 Negativ**

Selv om våre informanter så en hel del positive momenter med å bygge et nytt stort sykehus, var det ikke vanskelig å også finne noe med samlokalisering de så på som negativt. I motsetning til de positive trekkene som i all hovedsak var begrunnet ut fra et faglig ståsted, var de negative i stor grad relatert til det personlige planet.

Det man her i hovedsak fokuserer på er avstanden til arbeidsplassen. For de fleste er det i dag slik at sykehuset ligger relativt nært der de bor. Dette betyr at man bruker kort tid til jobb og at det for mange er innenfor gang- eller sykkelavstand. De er derfor bekymret for at et nytt sykehus vil føre til lengre reisevei og derfor daglig eller ukentlig pendling. Spesielt problematisk ser man på dette i forbindelse med turnusjobbing. Her har man i dag en praksis hvor noen typer vakter foregår hjemmefra med uttrykning ved behov. Ved en sammenslåing forventer man å måtte gå tilstedevakt og i tillegg måtte kjøre til og fra sykehuset på ugunstige tidspunkt. På grunn av infrastrukturen ellers i området ser man for seg at transporten til og fra arbeidsplassen i liten grad kan løses med kollektivtilbud.

*«Også er vi jo vant til å bruke 8-10 minutter til jobb. Jeg sykler på arbeid, kjører jeg stopper jeg sannsynligvis ikke engang og venter på kø. Jeg kjører direkte på jobb, og den situasjonen blir jo annerledes. Også blir det aktive nattskift, man er på jobb på natten aktivt, 8 timers nattskift og sikkert travle kveldsskift vil jeg tro. Så det blir en helt annen arbeidssituasjon for oss. Også blir det litt lederkabler for da blir det jo en sjef, også blir det noen fagsjefer lenger ned. Så det blir en helt annen struktur i avdelingen, for det blir en svær røntgenavdeling. Så det er masse utfordringer».*  
(Informant 10)

Det tyder også på at omfanget av denne personlige ulempen er avgjørende for om den enkelte velger å bli i regionen eller å forlate området til fordel for en annen arbeidsgiver. For noen av våre informanter virker det også som om selve beliggenheten til sykehuset spiller en stor rolle. Hvis det legges i det geografisk midtpunkt kommer det til å ligge for langt fra der hvor det bor folk. I tillegg til at det skaper ulemper for de som jobber på sykehuset, vil det også gi ulemper for familiene deres. Hvis man vil bo nært sykehuset, vil det ikke være arbeid til partneren. I tillegg vil dette området mangle nødvendige servicefunksjoner og fritidstilbud. Men hvis det legges til en av byene skaper det større avstander for de som kommer fra de andre byene.

*«Jeg tror man undervurderer lokaliseringen, for den har alt å si om folk følger med eller ikke. I Boden i Sverige la de jo et sykehus midt i, det var jo det samme som her.*

*Det var tre sykehus det sto i mellom, så klarte de ikke bestemme seg for et sted, så de la det midt imellom i ingenmannsland. Det sykehuset drives av vikarer enda. Det var ferdig for 7 år siden eller noe. Nå begynner det å komme noen hus rundt der, men det har driftet kjempedårlig på grunn av at de ikke har klart å få en egen identitet rett og slett. Og det er det skumle, hvis du ikke klarer å få fagmiljøene med, så blir det et vikarsykehus, og da blir kvaliteten deretter.» (Informant 8)*

Slik vi tolker dette utsagnet mener informanten at beliggenheten vil være avgjørende for om et nytt sykehus vil være bra for rekrutteringen eller ikke. Dersom det ikke finnes et samfunn rundt sykehuset er det også mindre sannsynlig at noen vil jobbe der, ettersom de ønsker gode og varierte aktivitetstilbud for seg og familien.

I ytterste konsekvens vil pendleavstanden til arbeid bli så stor at man må velge om man skal flytte med arbeidsplassen eller slutte. Her er de fleste av våre informanter ganske sikre på at de heller vil flytte bort fra regionen, enn å flytte fra den byen de bor i til en av de andre byene på Helgeland.

Til tross for at mange av våre informanter mente at et større sykehus vil være bra for rekrutteringen, var det enkelte som mente det motsatte. Informant 5 hadde dette å si:

*«Jeg tror ikke dødsraten vil gå markant ned om det bygges et nytt sykehus, og kvaliteten gå til himmels. Jeg tror det vil holde seg akkurat på samme nivå. Jeg tror også at stressfaktoren på en sengepost vil bli større. Fordi ledelsen som sitter med kuleramme og kalkulator har jo en agenda på økonomi, men ikke på personal i form av hvor mye man egentlig sliter seg ut på jobb.» (Informant 3)*

Disse ser på et større fagmiljø som en utfordring. Fordi det blir flere personer å forholde seg til og den enkelte blir mer anonym enn de er i dag. Større enheter gir også et mer tungrodd byråkrati og kommunikasjonslinjene blir mer utydelige. Det at man ikke står «skulder ved skulder» med sine ledere gjør at det blir vanskeligere å bli hørt.

Det poengteres også at mange av de utenlandske legene har valgt å flytte hit nettopp fordi det er små forhold. De kommer ofte fra store sykehus i Europa og velger seg hit fordi hverdagen er mer behagelig. Forsvinner dette godet, mister de også noe av motivasjonen for å jobbe her.

Hvis de da også får lengre reisevei til jobb og større vaktbelastning velger de å enten flytte hjem der de har familien, eller til et annet større sykehus i Norge. Siden disse ofte er overleger som er hentet hit på grunn av sin kompetanse, vil det nye sykehuset miste de som skal lære opp nye leger. Dette kan igjen påvirke rekrutteringen i negativ retning.

Man er også bekymret for at valget av lokasjon vil skape økt konfliktnivå i regionen. Dette har man sett i lignende tilfeller andre steder i Norge, sist fra sykehusdebatten i Møre og Romsdal. De virker være mest bekymret for at en by forfordes foran de andre.

*«Det som er problemet på Helgeland, er den lokaliseringsstriden som er på alt. Vi vet jo at problemet her på sikt kan være at vi taper pasienter hvis sykehuset blir på feil plass. For da vil folk ikke bli behandlet der, og de syns det er noen idioter som er derfra og derfra, og det kan ødelegge utrolig mye for fremtiden. Mer enn man tror».*  
(Informant 8)

Til sist er det en del bekymring rundt selve sammenslåingen. Man skal ta personer fra tre forskjellige sykehus, med tre forskjellige kulturer, og slå dem sammen til en helt ny felles enhet. Siden dette området er relativt stort og komplekst velger vi å behandle dette i et eget avsnitt.

Etter vår mening kan vi oppsummere tre hovedgrunner hvorfor informantene er negative til en sammenslåing. Den første er at kvaliteten og omdømmet kan bli redusert. Dette på grunn av stressfaktorer som oppstår på større avdelinger, et fokus på effektivisering som vil slite ut ansatte, og at lokaliseringsstriden vil skape uvennskap. Den andre er at trivselen hos de ansatte vil bli redusert, grunnet ugunstige endringer i turnus, lang reisevei, redusert innflytelse på beslutninger og mindre tilrettelegging for familieliv. Den tredje grunnen er at mange kan komme til å slutte fordi de har attraktive jobbmuligheter ellers i landet eller i eget hjemland.

### **4.3 Endringsprosessen**

#### **4.3.1 Endringsvilje**

Informantens tanker rundt en samlokalisering dreide seg i størst grad om lokasjonsdebatten. De var opptatt av om de fikk lenger reisevei eller ikke. Det farget i stor grad hvor stor viljen

var for å endre hverdagen. Skillet var derfor stort mellom informantene. Nr. 2 var åpen for å flytte nærmere et nytt sykehus hvis det skulle bli nødvendig og begrunnet dette med at partner og barn ikke ville ha noen store problemer med dette. Han var derfor svært positiv til ett stort sykehus. Informant 3 var derimot tydelig på at han ville slutte i jobben hvis arbeidsplassen skulle flyttes. Hans ønske var å ha kort vei til jobb og å bo nært slekt. Av denne grunn var han motstander mot en samlokalisering og ønsket i stedet at dagens modell skulle fortsette. Flere andre var også negative til en endring nettopp fordi reiseveien ville bli lengre.

*«Jeg bor jo i Nord-Norge av den grunn at jeg liker å ha det komfortabelt, og jeg liker å ha maks 10 minutter til jobb. Og hvis et sykehus skal bli lagt til Mosjøen eller periferien Mosjøen, Mo i Rana eller Sandnessjøen, så flytter jeg. Det er ubetinget.»*  
(Informant 3)

Det å flytte nærmere et nytt sykehus mente mange ville bli en utfordring for familien, men i tillegg til reisevei påpekte de andre negative konsekvenser for familie og privatliv. Spesielt det kanskje å få større arbeidsbelastning i form av lengre vakter, turnuser med nattarbeid, og vaktordninger hvor man må være til stede på sykehuset istedenfor å hjemmevakt. Dette la en demper på lysten til å bli med på en endringsprosess.

*«Så hvis virkeligheten din blir at du for det første må kjøre langt for å komme på jobb, og også at du må være til stede alltid når du har vakt, så begynner jo minusene i forhold til privatlivet å bli ganske store. Også er det jo en utfordring at alle fagpersonene som jobber i sykehuset har jo også partnere som skal ha arbeid, og som skal ha interessante ting å gjøre.»* (Informant 6)

Av en tilflyttet informant ble det bemerket at terskelen for endring blant kollegaene ikke var spesiell høy sammenliknet med kollegaer i utlandet. Han begrunnet dette med at det her er enkelt å få seg ny jobb hvis man skulle ønske det, og at man derfor i liten grad godtok negative konsekvenser.

*«En ting jeg med litt forundring har sett her i Norge er at folk sier mye fortere opp jobbene sine enn jeg er vant til. Dette må ha noe å gjøre med at det finnes færre som krangler om en jobb for å få den, og dette ser jeg som problematisk.» (Informant 5)*

Flere trakk fram at tankene rundt å flytte, pendle eller slutte i jobben var en privat prosess. Ledelsen ved sykehuset, sa de, hadde i liten grad innvirkning på denne avgjørelsen. Samtidig var det flere momenter informantene mente kunne ha en viss innflytelse. Hvis ledelsen for eksempel hadde begynt å snakke om bedre infrastruktur, gode kollektivløsninger, muligheter for dagvaktstillinger eller at det legges til rette for barnehageløsninger, ville dette kunne påvirke valgene. Et annet viktig moment var også graden av involvering i prosessen. Muligheten til å være med på å utvikle noe nytt og å få nye utfordringer ble løftet fram som motiverende. Derfor mente enkelte at hvis man trodde at man fikk en enda bedre og mer interessant arbeidsplass, ville dette veie opp for flere av ulempene. Dette kunne igjen ha en direkte påvirkning på endringsviljen. Som informant 5 sa:

*«Jeg tror når man involveres i en slik prosess kan man kanskje også føle at det er en del av meg selv, at jeg var med å bygge opp denne avdelingen eller dette sykehuset. Og kan kanskje derifra føle at dette er mitt prosjekt, ikke bare sykehusledelsens sitt prosjekt.»*

Etter vår mening kan vi oppsummere tre sentrale forhold som påvirker informantenes endringsvilje. For det første er flere negativt innstilt, noe som skyldes at endringen på det personlige plan kan vise seg å bli et dårligere alternativ enn dagens. Lengre reisevei, og større omkostninger for familien, er hovedårsakene bak denne innstillingen. For det andre er mange villige til å si opp arbeidsforholdet. De mange jobbmulighetene utenfor Helgeland er sterkt medvirkende til å flytte grensen for hvor lite som skal til før man bytter jobb. For det tredje er flere åpne for å la seg påvirke i positiv retning. Her vil praktisk tilrettelegging, og særskilt involvering, være viktig for å gjøre endringsviljen større.

### 4.3.2 Opplevd involvering

Når temaet involvering kom opp i intervjuene, delte informantene seg i to grupper med hvert sitt syn. Halvparten opplevde sin egen involvering som fånyttet, mens den andre halvparten mente at man ble hørt hvis man sa ifra.

De som opplevde det fånyttet trakk fram at man som en liten brikke i et stort system har en veldig liten stemme uten noe tyngde. Man regnet ikke med å ha noen betydning. De hadde en opplevelse av at toppledelsen var de eneste som hadde noe å si, og at alle andre bare måtte følge det de bestemmer. Det kom også fram at noen få informanter mistenkte ledelsen for allerede å ha tenkt ut hvordan prosessen skulle bli, og at det derfor ikke ville hjelpe å involvere seg.

*«Jeg tror påvirkningskraften vår er ekstremt liten på hele prosessen. Jeg tror det er mange som vet mye som vi ikke vet. Jeg er helt sikkert på det er en plan fra starten av for hvordan dette skal være.» (Informant 8)*

Spesielt hvor mye som var forhåndsbestemt og hvor lite som kunne påvirkes, ble fremhevet av denne gruppen. Informant 2 mente at man bare måtte akseptere situasjonen slik den var og innrette seg uten store diskusjoner. Andre var ikke så bastante og mente at mellomledernes innspill ble lyttet til fordi ledelsen ønsker å ha en demokratisk tilnærming, uten at dette dermed ville få noen betydning. Som informant 3 sa det om samlokaliseringsdebatten:

*«Jeg tror dette er en bestemmelse som er fattet, og det skal bare gå igjennom sine punkter før det er endelig bestemt. Og jeg tror ikke om vi hadde kommet med noen argumenter for det ene eller det andre, så har det sannsynligvis ikke hatt det store gehøret for Helse Nord som skal bestemme dette.»*

Den andre gruppen var mindre negative når det kom til troen på egen påvirkningskraft. De opplevde bedre kontakt med ledelsen og så muligheter for å komme med innspill. Spesielt ble det trukket fram at man jobber under relativt små forhold, slik at hver enkelt sin stemme fikk større tyngde enn på andre sykehus. Noen forteller om regelmessige møter med nærmeste

ledelse hvor det var tilrettelagt for å komme med innspill og tilbakemeldinger. Det nevnes at man selvfølgelig ikke har påvirkning helt til øverste hold, men at ledelsen fremstår som lydhøre.

*«Jeg føler at hvis jeg går til min sjef, både på anestesien og sjef høyere opp, og sier at dette syns jeg fungerer dårlig, jeg har et forslag, så føler jeg absolutt at jeg blir hørt. Og jeg føler absolutt at man har innflytelse og kan endre ting, hvis man angriper det på rett måte.» (Informant 6)*

Informant 6 valgte å forholde seg til ledelsens lydhørhet ved å bruke det han beskrev som en "strutsetaktikk". Dette gikk ut på å unngå hele debatten fram til alt var ferdig vedtatt. Ikke fordi han trodde det var umulig å påvirke, men fordi han opplevde at alle urolighetene kom i veien for det han mente var viktigst for han som fagperson. Han sa:

*«Tanker rundt en sånn samlokalisering kan gjøre at man mister litt fokus på hva som egentlig er viktig. At det blir litt for mye fjas om at alle må være i nærheten av sykehuset sitt. Altså vi er jo ikke så store, og det er ikke så langt mellom her. Også har jeg vel også tenkt at i og med at det har vært såpass mye konflikter som det har vært, har jeg ikke ønsket å være en del av det.»*

Etter vår mening kan vi oppsummere i tre kategorier hvordan informantene har opplevd involveringen. Halvparten har opplevd den som svært dårlig, og begrunner dette med at man ikke har noen reell makt og at avgjørelsene allerede er tatt i det skjulte. Den andre halvparten har opplevd involveringen som god og mener dette fordi ledelsen er lydhør og fordi det er relativt kort vei til dem i dagens struktur. Den siste opplevelsen er at man velger å være konfliktsky fordi ved å unngå å involvere seg, kan man fokusere på de viktigere fagoppgavene.



### **4.3.3 Involveringsbehov**

Informantenes svar varierte mye etter hvilke syn de hadde på egen involvering i endringsprosessen og det ble avdekket en rekke forskjellige holdninger. Det at andre enn en selv gjerne kunne få lov til å bestemme, både høyt og lavt i organisasjonen, var noe som ble trukket fram av noen få. Dette var ikke sett på som en særskilt gunstig løsning, men fordelene var at det da eksisterte en ledelse som kunne holdes ansvarlig. Dette ble uttrykt av de som ikke ønsket å involvere seg, men som heller mente at tillitsvalgte og andre representanter fra de ansatte, snakket på alles vegne. På spørsmålet om mer involvering svarte en informant slik:

*«Nei. Jeg trenger ikke noe, jeg forventer bare at denne prosessen blir gjort så grundig at man avveier fordeler og ulemper nøye. At man klarer å ta en beslutning og at denne beslutningen ikke bare tas siden noen har mer politisk vekt enn andre.»*

*(Informant 5)*

Det å bli hørt ble løftet fram som noe av det viktigste ved involvering. En informant ønsket nærmest av prinsipp å få sagt sin mening for å få bidra, selv om han ikke trodde det ville bli hørt oppover i systemet. Flere andre var tydelige på at de ønsket å få sagt sin mening og likte at ting ble aktivt diskutert. Det ble også påpekt at det ikke måtte komme ferdige bestemmelser fra ledelsen uten at man på grasroten hadde fått sagt meningen sin først. Selv om man ikke nødvendigvis trodde at delaktigheten hadde stor påvirkningskraft, var det et håp om at man kunne møtes på halvveien. I det minste ville innspill gjøre ledelsen forberedt på kommende utfordringer, og forhindre at problemer ble oversett.

*«Det er jo viktig at man hører alle som er involvert! At man prøver å tilrettelegge om det er noen som vil fortsette.» (Informant 9)*

En interessant påstand fra informant 6 var at det ikke nødvendigvis er fornuftig at ansatte alltid får si hva de mener fordi de står seg selv nærmest. Men dette må antagelig sees i lys av både hans, og andre informanters, fokus på viktigheten av å lytte til de ansattes bekymringer og tanker. Han hadde et sterkt ønske om mer kontakt på tvers av dagens tre lokasjoner.

*«Jeg tror at en god start hadde vært å fusjonere disse fagmiljøene før man kom til at man skulle ha et felles sykehus. Hvorfor har ikke anestesivdelingen i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen mer felles? Hvorfor møtes vi ikke, hvorfor deler vi ikke på oppgaver, hvorfor har vi ikke felles prosedyre, felles ledelse, hvorfor kjenner vi ikke hverandre?» (Informant 6)*

Som sitatet viser handler ikke ønsket om involvering, men bare om å bli hørt. For enkelte gjaldt det også å bli bedre kjent med hverandre. På den måten kunne man møte fremtiden uten for mange gnisninger mellom grupper som blir avhengige av å fungere sammen. Det ble også sagt at det kan være en fordel å vente med involveringen til lokalisasjonen er bestemt, slik at de som vil trekke seg ut får gjort det først. Deretter kan man konsentrere seg om de som sier de vil bli med videre. Det kom også et ønske fra informant 4 om å kun bli involvert i praktiske beslutninger, sånn som innredning av det nye sykehuset og ikke i de store innfløkte debattene.

To informanter hadde helt ulikt syn på hvilken betydning graden av involvering ville ha. En mente at det å bli involvert absolutt ville gjøre det lettere å akseptere sluttresultatet, fordi man da ikke føler seg tråkket på og overkjørt. En annen sa at han, uavhengig av involvering, ville opplevd det som et rent tap ikke å få viljen sin og at ønsket om å få det på sin egen måte fremdeles ville ha vært like sterkt.

Når det kom til hvem som engasjerte seg, ble det påstått at utenlandske leger ikke har den samme interessen fordi det krever for mye energi og fordi de enkelt kan få seg jobb et annet sted. De norske ansatte, med mye større tilhørighet til Helgeland, var de som valgte å ta del i prosessen.

*Det er norske leger som involverer seg i arbeidsgrupper, siden de har på en måte en arvelig tilknytning til Helgeland. Det er ingen utenlandske, og det finnes så mange utenlandske. Jeg tror de fleste de driter i det. Enten får de jobb her, eller så får de jobb et annet sted. (Informant 5)*

Etter vår mening kan vi oppsummere tre holdninger til involveringsbehovet. Den første er tilfredshet, som noen informanter følte det med dagens situasjon. Disse ønsket ikke mer ansvar. Den andre er utilfredshet. Det ble begrunnet med at man ønsket å bli hørt av ledelsen og å bli kjent med de man eventuelt skal samlokaliseres med. Den tredje holdningen var uenighet. Dette spesielt i forhold til om involvering ville spille noen rolle før etter avgjørelsen er tatt.

#### ***4.3.4 Redegjørelse av ledelsens syn på involvering***

Det var flere innspill fra ledelsens representant om endringsprosessen. Det mest relevante som ble sagt om involvering handlet om arbeidsgruppene som var opprettet. Han fortalte at mellom 70 og 100 ansatte var delaktige i arbeidsgruppene, og at de ikke satt der tilfeldig, men var blitt valgt ut.

*«Veldig mange av de som har en førende funksjon i Helgelandssykehuset, de sitter i arbeidsgruppene. Så da har man jo involvert i arbeidet med prosessen mange ansatte som man sikkert vil betrakte som ledende fagpersoner. Det som man ville kalt for pådrivere.» (Ledelsens representant)*

Slike pådrivere var viktig for å bygge opp engasjementet rundt prosessen og mens ledelsen valgte å vente med en rekke andre prosjekter rettet mot ansatte, var dette noe som hadde pågått siden 2013.

#### ***4.4 Viktige ansatte for sykehuset***

Siden mangel på spesialister er en forutsetning i denne oppgaven, ser vi her på hva slikt nøkkelpersonell selv mener om hva som bør gjøres for å beholde dem i en samlokaliseringsprosess. Vi har i tillegg redegjort for hvordan, i informantenes syn, en samlokalisering vil påvirke rekrutteringen. Siden sykehusets eier ser på utfordringen med fremtidig rekruttering som et hovedargument for å utrede sammenslåing av de tre sykehusene (Helgelandssykehuset, 2016), er det interessant for oss å kartlegge de faktorene som våre informanter mener er viktigst for å gjøre noe med dette.

#### **4.4.1 Beholde**

Som nevnt i et tidligere kapittel var det mest bekymringer knyttet til at arbeidsplassen i fremtiden kunne bli flyttet til et annet sted. Informantene var tydelige på at reisevei var den store utfordringen ved å bli værende i jobben etter en samlokalisering. Hvis det nye sykehuset endte et sted som innebar mer pendling, ville samtlige, bortsett fra informant 2, vurdere å si opp sin stilling. Informant 2 ville da ha flyttet til dit sykehuset endte opp. Informant 4 sa at han var villig til å prøve ut pendling først for å se om det var overkommelig, men alle andre ville sluttet.

Dette ble begrunnet med negative konsekvenser for familielivet, skiftordninger, og at man har tatt en lengre utdanning for å kunne tilrettelegge for en bedre hverdag. På spørsmålet om det er noe sykehuset kunne bidra med for å beholde sine ansatte, var det bred enighet om at det var få virkemidler som ville hjelpe. Dette handlet om private forhold.

*«Om man blir med i denne prosessen, eller i denne flyttingsprosessen eller ikke, er en ren personlig avgjørelse, og det har ikke noe med lønn å gjøre for eksempel. For hver enkelt har det jo noe med familien å gjøre.» (Informant 5)*

Siden en eventuell sykehussammenslåing først vil skje om mange år, er informantene i den posisjonen at de har tid til å finne andre løsninger. Det være seg å starte opp som privatpraktiserende, flytte til hjemlandet, eller flytte til en større by. Flere sier at de ikke nødvendigvis vil vente helt til samlokaliseringen finner sted før de gjennomfører slike alternative planer. Et argument som kom fram i denne sammenheng, var at sykehuset er en betydelig arbeidsplass i lokalmiljøet. Hvis det flytter, vil også mange av de ansatte flytte, og eiendomsprisene vil falle. Informant 3 var av den grunn innstilt på å flytte raskt.

*«En nedgradering av sykehuset i dag vil gjøre at mange må slutte eller flytte der ifra, eller velge å pendle, og det vil gjøre noe med boligprisene. Så snart jeg vet at det nye Helgelandssykehuset eventuelt blir lagt utenfor min radius på maks 20 minutter, så begynner vi å pakke sammen esker og selger huset. Før prisene detter i gulvet.» (Informant 3)*

Samtidig er det også kommet innspill på hva som kan bidra til å beholde viktige ansatte. Enkelte trakk fram at det måtte bli kompensert for økte reisekostnader og reduserte turnustillegg, sånn at man ikke tapte for mye på nye vaktordninger og lang reisevei. Andre nevnte at tilbakemeldinger fra ledelsen, ved å gi uttrykk for å sette pris på den ansatte og tilrettelegging av arbeidstid, også var viktig. Det ble i tillegg snakket mye om trivselen og lysten til å fortsette å jobbe for sykehuset.

*«Jeg tror egentlig trivsel på arbeidsstedet, hvis man klarer å bygge opp et trivelig og bra nok fagmiljø, drar mye mer enn man tror. Sånn som til oss tror jeg ikke vi har noe problem med å få med de yngre hvis det ikke blir for langt unna, for de synes det er kjempebra å jobbe der.» (Informant 8)*

Muligheten for karriereutvikling, eventuelt lederjobber, veide tungt i valget om man skulle forlate Helgeland eller ikke. Hvor tungt dette veide var veldig individuelt.

Etter vår mening kan vi oppsummere utfordringen med å beholde nøkkelansatte slik. For det første er det en privatsak, noe som begrunnes med at de avgjørende faktorene ligger utenfor arbeidsplassens domene i form av familieforhold og holdninger til pendling. For det andre er det en avgjørelse som tas tidlig, noe vi ser ved at enkelte har tenkt ferdig, og kommer til å si opp jobben med en gang en ugunstig bestemmelse blir gjort. For det tredje er arbeidsplassgoder viktig, det være i form av karrieremuligheter, eller tiltak som hever trivselsnivået.

#### **4.4.2 Rekruttere**

Dagens situasjon ble beskrevet som belastende fordi man ikke hadde nok spesialister, og fordi man ofte mistet nyansatte etter få år. Flere understreket hvor vanskelig det var å få spesialister til å komme til små steder, og at man derfor var helt avhengig av utenlandsk arbeidskraft. Dette mente de et større sykehus ville kunne forbedre. Dagens sykehusløsning gjorde at ønsket personell valgte andre sykehus, og at Helgelandssykehuset ikke klarte å hevde seg i konkurransen.

*«For vi har kanskje hatt størst problemer med å greie å holde på rekrutterte leger, de drar gjerne sørover til litt større sykehus. Hvis de drar så drar de til det litt større sykehuset som har tre ansatte i samme faget, så kan de sitte å diskutere fag om de vil det, i stedet for at de sitter en eller to her.» (Informant 10)*

Mange trakk fram hvor viktig det var at ledelsen tidlig fokuserte på rekruttering av nye ansatte, det å gjøre arbeidsplassen attraktiv. Informant 1 mente at dårlig ledelse, spesielt på mellomledernivå, var et problem som ofte var ødeleggende for rekrutteringen. Dette fordi dårlig organisering sliter på folk.

*«Det som jeg vet ofte er årsaken til at spesialister mistrives på de store enheter, og dette blir jo en relativt stor enhet, er jo organisatoriske problemer. Jeg tror ikke det er så mye et spørsmål at man er misfornøyd med lønn eller at man er nødt å jobbe mange timer, eller de der tingene som man tradisjonelt sett er forbundet med å være negativt i forhold til legeyrket. Men det som sliter på folk er at det er dårlig organisert. At det sitter dårlige folk i disse mellomlederposisjonene som legene må forholde seg til.» (Informant 1)*

Men disse ledelsesutfordringene mente han kunne bli adressert i en samlokaliseringsprosess, hvor man fikk ryddet opp i dagens ledelse og organisert avdelingene bedre.

Informant 5, som selv kommer fra utlandet, mente derimot at utenlandsk helsepersonell valgte å jobbe i byene på perifere Helgeland av tre årsaker. De vil ha kort reisevei, familievennlig vaktbelastning og fleksibilitet i turnusen som gjør det mulig å besøke hjemlandet. Disse momentene fryktet han kunne bli sterkt redusert ved en flytting og sammenslåing, og at det ville bli skapt større fagmiljøer som er avhengig av mer kompliserte vakt- og turnusordninger.

*«Dette er spesielt med utlendinger kanskje, at de holder kontakt med hjemlandet sitt. I avdelingen har vi et par som er gift, og hvis de ikke får ta fri samtidig, da har de ingen grunn til å jobbe her.» (Informant 5)*

Informant 5 mente samtidig at det nok kom til å bli lettere å rekruttere yngre spesialister, men ikke de mer erfarne. Den samme slutningen gjorde også informant 6 som mente at et større sykehus var helt essensielt for spesielt leger.

*«En ung spesialist i dag som bruker 7-8 år av livet sitt til å tilegne seg en del kunnskap og ferdigheter, vil sannsynligvis ikke være veldig interessert i å komme tilbake å bruke resten av livet sitt på å gjøre noe som han allerede mestrer etter 2-3 år.» (Informant 6)*

Etter vår mening kan vi oppsummere tankene rundt rekruttering, hvis sykehuset samlokaliserer, i tre sentrale antagelser. For det første at det kan bli bedre organisert, noe som begrunnes med at ledelse og nyansatte får bedre forhold. For det andre at man vil tiltrekke seg yngre ansatte, og da løftes spesielt leger fram. For det tredje at det antagelig er skadelig for rekrutteringen av enkelte grupper fordi, for eksempel de mer erfarne legene, og også utenlandske leger, ikke vil ha de samme fordelene som nå.

#### **4.4.3 Redegjørelse av lederens syn på nøkkelpersoner**

Et viktig poeng fra ledelsens synspunkt var at alle tilbakemeldinger hittil hadde vært positive. Det var ingen av arbeidsgruppene som hadde kommet til noen annen løsning enn å støtte en samlokalisering. Siden et samlokalisert sykehus ligger så langt fram i tid, er ledelsens fokus i denne prosessen mer vendt mot hva som vil skje inn i framtiden. Men dagens virkelighet er samtidig noe man ikke kommer utenom.

*«Vi gjør ikke endringer for oss som er her nå, det er neste generasjon. Så klart det er ganske krevende. Samtidig er du avhengig av de som er her i dag, at de er interessert i å fortsette å jobbe på Helgelandssykehuset.» Ledelsens representant*

Denne avhengigheten av at dagens ansatte blir med og støtter prosessen fremstår som et nødvendig premiss. Av den grunn er det utfordrende for ledelsen å forholde seg til at ansatte

kan bli borte underveis i prosessen. Blant annet er faren til stede for at de som snakker positivt om endring nå vil bli negative etter at lokasjonsspørsmålet er avklart.

*«Hva som er drivkraften, positivt og negativt, det vil jo også avhenge hva det betyr for folk. "Hva betyr det for meg? " Bor du på Mo og dette fører til endringer som gjør at du må flytte fra Mo, vil du fortsatt være like positiv? Så det er ganske vanskelig. Det blir jo litt som å spå.» (Ledelsens representant).*

I tillegg var det ikke et krav om at alle måtte være enige. Dette er viktig med tanke på at det var sterke og delte meninger om samlokalisering ville bidra til bedre rekruttering eller ikke.

*«Så vi har også en oppfatning av at målet vårt er at det skal være aksept for endring. Forståelse, men ikke nødvendigvis full enighet. Det er ganske vesentlig i forhold til en målsetning, men som prosess. Så stor endring som dette kan bli så er det egentlig helt umulig at alle skal se seg både enig og entusiastisk.» (Ledelsens representant)*

## **4.5 Kommunikasjon**

Kommunikasjon er her avgrenset til informasjon og dialog. Det vil si hva ledelsen av sykehuset ønsker å fortelle til sine ansatte, og dialogen som utgjør toveiskommunikasjonen mellom ledelse og ansatte.

### **4.5.1 Mottatt informasjon**

Informantene har fått informasjon om samlokaliseringen fra en rekke forskjellige kanaler. Media, i form av Helgeland Arbeiderblad, Rana Blad, og NRK, er ofte blitt nevnt i tillegg til sosiale medier. Det ble ifølge flere informanter sagt at en utfordring med media er at ikke større aviser er interessert i temaet, mens lokalmedia er unyanserte og preget av stedets rådende syn. I tillegg kan det ta lang tid mellom hver gang det kommer ny informasjon.



*«Jeg leser en del i avisene også, men jeg syns det er litt farget, ensidig syn ofte. Og litt at man slenger seg på det første og beste argumentet, og så unnlater man kanskje å nevne andre faktorer.» (Informant 9)*

Hjemmesiden til Helgelandssykehuset og intranettet trekkes også fram som steder hvor man får informasjon. Men enkelte opplevde at man der bare kunne lese når noe var bestemt, og ikke stegene som skjer imellom avgjørelsene. Informant 7, som har god erfaring med IT-tjenesten til sykehuset, mente i tillegg at e-post og intranett hadde store svakheter som informasjonskanaler.

*«Intranett er også en utfordring, for det skjer så mye i Helgelandssykehuset nå at den store saken er fort nede på side 2-3 før det er gått tre dager. Og er du da i en turnusperiode hvor du har hatt fri, så er jeg usikker på hvor mange som blir i gjennom sidene for å se om det er noe nytt og viktig som var interessant.»  
(Informant 7)*

Andre igjen var mer fornøyd med både hvordan informasjonen var presentert, og hvilken informasjon de fant. Informant 10 sa dette om hvor lett han synes det var å finne informasjon:

*«Jeg syns jo informasjonen har vært bra. ... Det ligger en egen link på intranettsiden om all framdrift når det gjelder sykehusmodellen, så der kan du gå inn og bla i alle dokumentene, alle offentlige dokument, som finnes i saken. Jeg har sett på noe av det, men ikke alt. Det som interesserer meg.»*

Dette sitatet er interessant å se i lys av opplevelsen til informant 1, som ikke opplever at denne måten å dele informasjon på har vært særlig god.

*«Jeg får det samme svar: "Hva har du egentlig gjort? Hvor har du vært og sjekket? Har du sjekket på de 250 sidene med styredokumenter? Har du lest alle sidene?"*

*Det har jeg fått til svar alle ganger jeg har nevnt det. Det er bare en måte å tolke svaret på: Det er at det er faktisk ikke tilrettelagt. .... Så jeg synes den biten har manglet. Å ha tilrettelagt informasjon som er lett å finne.»*

Av andre informasjonskanaler var det to forskjellige typer møter som ble beskrevet av informantene. Det ene var fellesmøter for alle ansatte, og det andre var avdelingsmøter. Det virket å være store forskjeller mellom avdelingene på hvor ofte de ansatte hadde hatt informasjonsmøter. Informant 2 hadde aldri vært med på et møte hvor samlokalisering var tema, mens andre hadde flere møter i måneden hvor dette var en fast post på programmet. Fellesmøter ble avholdt når det skjedde en viktig avklaring om lokalisasjonen, og et referat ble deretter lagt på intranettet. Avdelingsmøter var derimot mye mer varierende i antall, og de var sterkt preget av den lokale lederen.

Både informant 7 og 10 hadde hver sin avdelingsleder som var medlem av en arbeidsgruppe, og som var ivrig etter å fortelle om de pågående prosessene om samlokaliseringen. Denne informasjonen ble derfor også opplevd som mer nøytral.

*«Nå vet jo ikke jeg hvordan den informasjonen er ute i andre avdelinger. Den avdelingen jeg har, som jeg for tiden er i, der har vi månedlige avdelingsmøter hvor vår leder tar en kort gjennomgang av prosessen og hva som skjer.» (Informant 7)*

Dette står i stor kontrast til informant 3 som opplevde det å få informasjon på sin avdeling som nytteløst.

*«Jeg bruker jo å spørre han som er leder for oss da, men han vil jo ikke si noe, og det skjønner jeg jo. Hvis det er noe som er på trappene kan han jo ikke bare lekke ut her og der, det går jo ikke. Så vi prøver å komme med stikkere, og prøver å hente ut informasjon, men det er fånytt.» (Informant 3)*

En mer uformell variant av informasjonsmøter var fellessamtaler på vaktrommet og i lunsjen. Dette forekom hos flere, men ikke alle. En informant sa at disse samtalene ofte kom i gang

etter at det hadde stått noe i media, og at det ikke var initiert av ledelsen. Her var utfordringen særskilt at ikke alle nødvendigvis har lunsj samtidig, og at man opplevde det som litt mer tilfeldig om man fikk med seg all informasjonen eller ikke. Likevel opplevde enkelte at dette var en viktig kilde til informasjon.

*«Det er å snakke på vaktrommet for eksempel, det er sånn man får informasjon. Kanskje noen av de andre har satt seg veldig godt inn i det.» (Informant 4)*

Generelt opplevde flere informasjonen som utydelig, og at ledelsen snakket for mye rundt temaet uten å komme inn på det konkrete. I tillegg hadde enkelte et inntrykk av at det som bestemmes nå ikke er noe mer enn formaliteter for å få lov til å bestemme. Dette kombinert med variasjonen i hvor mye informasjon som var mottatt, gjorde at noen informanter hadde begynt å spekulere på egenhånd. Slik som informant 5 uttrykte skepsis til ledelsen:

*«Jeg ser for meg at sykehuset i Mosjøen, dette er mitt inntrykk, kjøres fra ledelsen inn i veggen med vilje, for å få en grunn til å til slutt legge Mosjøen ned. Men det er ingen som snakker om det.»*

Etter vår mening kan vi oppsummere den mottatte informasjonen i tre kategorier. Den første er tilfredsstillende, hvor noen informanter mener tilgjengeligheten og kvaliteten er god nok. Den andre er ikke tilfredsstillende, hvor informanter mener at det som presenteres er upresist, ensidig og lite tilrettelagt. Den tredje kategorien er at informasjonen er ledelsesavhengig. Hva man får vite og hvordan man får vite det, er avhengig av den lokale lederen. Noe som i enkelttilfeller resulterer i svekket tillit til hele sykehusledelsen.

#### **4.5.2 Informasjonsbehov**

Informantene delte seg i to grupper når det kom til hva slags informasjon de ønsket seg. Enten synes de at informasjonen var bra nok, eller så ønsket de mer. Det som var avgjørende for begge grupper var forholdet mellom hvor interesserte de var i prosessen, og hvor mye informasjon de hadde tilegnet seg. Dette varierte veldig fra informant til informant, så en som

var mye mindre informert enn en annen, opplevde likevel at det var tilfredsstillende nok. Blant annet hadde informant 2 fått svært lite informasjon, men fordi han var så avslappet i forhold til prosessen, og ikke engasjerte seg, var det heller ikke et ønske om så mye mer informasjon.

*«Jeg har vent meg til at ting tar tid, også tar vi det når det kommer.» (Informant 2)*

Andre informanter som også var tydelige på at de synes informasjonen var bra, mente at den nå var på et nivå som var riktig for denne fasen av prosessen. Men de var samtidig opptatt av at de ville ha mye mer informasjon når de usikre faktorene, som for eksempel at samlokalisering skal gjennomføres, eller ny beliggenhet ble bestemt. Slik dagens situasjon var, mente de at det til og med kunne bli for mye informasjon.

*«Jeg synes det er bra som det er. Man kan bli litt overlesset med det synes jeg i alle fall, for det er små skritt og mye er bare i prosjektplanleggingsfase. Men etter hvert når det blir bestemt litt mer kunne jeg tenke meg mer informasjon.» (Informant 9)*

Enkelte sa åpent at de kunne ha fått tak i mer informasjon hvis de hadde villet, men at de ikke var engasjerte nok til å lete etter det. Disse hadde ikke nødvendigvis oppsøkt informasjon aktivt, men var fornøyd med det som ble presentert på møter eller i media.

Den gruppen med informanter som ønsket seg mer informasjon var i stor grad enige om hva det var de ønsket seg, hvor det viktigste var flere allmøter for alle ansatte. Disse burde være åpne for alle som var interessert, og her skulle noen fra toppledelsen informere om hvor man var i prosessen, hva som var de neste skrittene fremover, og hvor man kunne oppleve å bli litt beroliget. Det viktigste var at informasjonen var konkret og at det var full åpenhet. Jo lenger ut i prosessen man kom, jo mer viktig var det å ta slike møter på avdelingsnivå. Men foreløpig mente informantene fellesmøter var dekkende.

*«En representant i fra styret i Helgelandssykehuset kunne hatt informasjonsmøter en gang i måneden på hvert sykehus. Det kan være direktøren, det kan være fagansvarlig, det kan være hvem som helst som er aktuell i denne prosessen. De som er interessert kan komme, så setter man av en times tid en fredag eller noe sånt.» (Informant 1)*

Det ble også nevnt av informant 6 at små avdelinger antagelig vil ha større behov for direkte informasjon fra ledelsen enn store, nettopp fordi det er vanskeligere å plukke opp opplysninger utenom de offisielle kanaler.

Etter vår mening kan vi oppsummere behovet for informasjon i tre tilbakemeldinger fra informantene. Den første er ønsket om ikke å få mer informasjon. Noen mente det var passe mye informasjon, og at det ikke behøves noe mer så lenge ingenting er vedtatt. Den andre er ønsket om å få mer. Her trekkes særskilt allmøter fram som gunstige, samt at små avdelinger må få et særlig fokus. Den tredje tilbakemeldingen er at jo mer som blir vedtatt, jo mer informasjon vil man ha. Behovet for å få vite hvordan avgjørelser vil påvirke en selv står først i fokus, og derfor vil informasjon på avdelingsnivå bli viktigere og viktigere utover i prosessen.

#### **4.5.3 Dialog**

Kommunikasjonen fra Helgelandssykehuset ble i stor grad opplevd som ensrettet informasjon fra ledelse til ansatte. Informant 2 opplevde det som å møte en vegg hvor det ikke var mulig å få komme med egne tanker. Enkelte opplevde sjeldent at ledelsen ville ha innspill fra ansatte, eller at det ble stilt spørsmål. Flere trakk også fram at de mente det var meget viktig å bli spurt om de hadde noen synspunkter, eller om det var noe de lurte på. Av den grunn var det noen som ønsket muligheten til å stille spørsmål på allmøter.

*«Bare det å få et sånt spørsmål: «har dere innspill, har noen kommentarer her, har dere sett noe som vi ikke har sett?» Det er det ikke sikkert noen som har, men bare den følelsen av å føle seg hørt hadde jo vært fantastisk. ... Bare en sånn liten ting kan hjelpe mye på å bygge litt tillit i denne fasen.» (Informant 1)*

Den vanligste formen for å komme med innspill var å ta kontakt med nærmeste ledelse. Her var det varierte opplevelser i hvordan det fungerte, men noen få hadde både gode erfaringer med å bli hørt, og tillit til at det ble brakt videre oppover i systemet. Informant 5 var tydelig på at han mente det var mellomledernes oppgave å få fram sine ansattes meninger til toppledelsen, og at han derfor selv ikke hadde noe behov for å ha kontakt med øverste ledelse. Informant 7 opplevde dialogen med sykehuset som svært positiv:

*«Hvis jeg for eksempel skulle hatt en ide om et innspill som skulle gå kanskje videre opp til ledergruppen, så har jo vi muligheten til å komme med forespørsler til vår leder. Og hvis han mener at dette er bra eller dårlig, i alle fall om han mener det er en god tanke, så får vi beskjed om å lage en sak av det. Og da lager vi en sak, og ut i fra størrelsen på saken kan det hende vi blir invitert med inn i gruppa og presentere tanken vår.»*

En siste, men viktig, form for dialog mellom informantene og ledelsen, er arbeidsgruppene som har blitt opprettet i forbindelse med samlokaliseringsprosessen. Det var delte meninger om hvordan disse gruppene faktisk representerte de ansatte. Informant 6, som selv har sittet i en slik gruppe, opplevde at han der talte på vegne av sine kollegaer, samtidig som han ikke var gitt noen føringer fra dem på hva han skulle mene. Når han ble spurt om å delta ble han opplyst om at dette var for å representere den gruppen med personell som sykehuset ville beholde, men at han skulle si sin personlige mening. Informant 4 opplevde også at gruppene fungerte som hans stemme inn i den pågående prosessen fordi han hadde kollegaer som deltok der.

*«Jeg ville tatt kontakt med noen av de som er med i gruppene hvis jeg hadde en god ide. Og kommet med et forslag til de, også hadde jeg bare trukket meg tilbake igjen.»*  
(Informant 4)

Andre informanter hadde ikke hørt om gruppene eller reflektert over hva de representerte eller gjorde. Mens andre var direkte negative, særskilt på grunn av at medlemmene i gruppene

hadde blitt valgt ut av ledelsen. Som informant 1 sa det når han ga uttrykk for at det ikke var godt nok at en kollega satt i en arbeidsgruppe:

*«Det er jo ingen som har valgt han til å sitte der, han er jo ikke en representant for en organisasjon, han er ikke en representant for en avdeling eller for en ansattgruppe, eller på noen som helst måte. Han er spurt av de som sitter i styret. På den måten så har en jo ikke noen mulighet å representere folk inn i disse prosessene.»*

Etter vår mening kan vi oppsummere dialogen mellom ledelsen og informantene i to kategorier. Lyttet til av arbeidsgiver er den første kategorien. Det er de som opplever både å bli hørt og tatt på alvor, primært av nærmeste ledelse, men også av arbeidsgruppene.

Den andre kategorien føler seg oversett av arbeidsgiver. Dette er de som føler at de blir oversett av ledelsen, at arbeidsgruppene ikke representerer dem, og som har et ønske om å bli spurt om sine synspunkter.

#### **4.5.4 Redegjørelse av ledelsens syn på kommunikasjon**

Under intervjuet med ledelsens representant kom det flere påstander om hvordan informasjonsarbeidet ble gjennomført. Selv om det ble nevnt at informasjonen skulle spres på forskjellig vis, virket det som at man tenkte at de ansatte ikke hadde grunn til å klage på for lite informasjon fordi alt var tilgjengelig elektronisk.

*«Kan folk si at de ikke er informert? Alt ligger jo på nettet. ... Hvor aktivt søker man den informasjonen? For den er tilgjengelig, den ligger der i dag. Hvor mange ansatte har vært inne på de sidene? Neppe mange. Det kommer ikke til å bli sånn før det blir en realitet. Og da vil det bli sagt at: "Nei, vi har ikke fått informasjon."» (Ledelsens representant)*

Han var også opptatt av at informasjonsarbeidet ikke bare skulle være enveis, men at tilbakemeldinger fra ansatte måtte nå fram oppover i systemet. Dette var et viktig prinsipp i arbeidsgruppene som skulle jobbe med samlokaliseringsspørsmålene.

*«De sitter ikke bare der som enkeltpersoner. ... Tillitsvalgte og vernetjeneste er med i alle arbeidsgruppene. Så sånn sett så kan man jo ivareta de innspillene som kommer fra eventuelt utsiden av arbeidsgruppen. Det er jo faktisk delvis tillitsvalgte og vernetjenesten som har ansvar for å få de inn.» (Ledelsens representant)*

#### **4.6 Kulturperspektivet**

Da vi jobbet med teoridelen til denne oppgaven hadde vi fokus på selve endringsprosessen og da spesielt den tidlige fasen av denne. Vi så på de klassiske utfordringene med igangsetting av en endringsprosess, samt hvordan en ut fra et teoretisk ståsted skulle finne riktige strategier for å dra med seg de ansatte inn i en slik prosess. Det sies at kultur spiser strategi til frokost, så hadde dette ikke dukket opp tidlig i intervjuprosessen vår hadde vi kunnet gått glipp av en del viktige elementer. Heldigvis kom vårt første informant inn på dette slik at vi kunne korrigere intervjuguiden og legge mer vekt på dette videre i datainnsamlingen.

##### **4.6.1 Nåværende situasjon**

Slik det er i dag består Helgelandssykehuset av tre avdelinger plassert i tre ulike byer. I noen år har dette vært definert som ett sykehus med tre avdelinger. Slik vi forstår det ut fra intervjuene vi har foretatt, opplever de ansatte i liten grad noen enhetsfølelse. De opplever fremdeles at de jobber på tre forskjellige sykehus.

*«Ja, det er klart at sånn som klimaet er på Helgeland, i forhold til det interkommunale samarbeidet, så er det jo klart at der ser jeg jo for meg at vi kan få en del utfordringer når man skal ha tre sykehuskulturer som skal slås i hop. Og nå som jeg har jobbet på de tre ulike stedene så ser jeg at det er en viss forskjell» (Informant 1)*



Som denne informanten trekker frem har det også vært noen regionale konflikter tidligere. Dette gjelder for flere områder enn bare sykehus. Dette nevnes også blant noen av våre andre informanter. De fra Sandnessjøen trekker alle frem en historie fra noen år tilbake hvor det fra fylkeskommunen ble vedtatt at hovedsykehuset skulle ligge i Sandnessjøen, men at vedtaket ble omgjort til fordel for Rana etter det som opplevdes som listig og utspekulert arbeid fra miljøet i Rana.

*«Det har jo vært planlagt hva som skulle vært A- og B-sykehus på Helgeland før, og når det ble vedtatt så var det Sandnessjøen som skulle være hovedsykehus på Helgeland. Så tok det en måned, så var det noen lobbyister som hadde rotet til i Mo i Rana, som sa vi skulle til Mo i Rana, og dermed ble det sånn. Så vi sitter i båten og må bare følge vinden, også må vi bare hive på oss redningsvesten og hoppe av der det passer». (Informant 3)*

Akkurat disse punktene viser ikke nødvendigvis at det er noe store kulturforskjeller mellom sykehusene, men skepsisen oppleves som et symptom på at det ikke nødvendigvis er lett å finne en felles plattform.

Hvordan funksjonene er fordelt mellom de tre avdelingene oppleves som et hinder for samarbeid. Per i dag er fagmiljøene spredt, og det kommuniseres lite. Det oppleves som at pasienter overføres mellom avdelingene alt etter hvilket behandlingsbehov de har, og at det eneste samarbeidet man da har er når man leser hverandres journalnotater.

Innenfor noen av fagområdene har man gjort noen tilnærminger for å samkjøre rutiner. Dette er blant annet gjort på røntgenavdelingen, hvor man har brukt lang tid og mye ressurser på å få et felles system for bildebehandling og overføring av bilder. Alt i alt har dette gått bra, men de har også hatt noen utfordringer som vår informant ser for seg kan løses opp i dersom alle de tre røntgenavdelingene slås sammen på ett sted. Dette skyldes delvis, ifølge vår informant, forskjeller i arbeidsmengde og rutiner, men også sterke personligheter på de forskjellige lokasjonene.

*«Jeg vet at det er litt forskjellige kulturer på disse tre avdelingene, nettopp fordi vi har hatt litt forskjellige funksjoner og er i forskjellige byer, og forskjellige folk kan man også egentlig si. Så det blir en kulturkræsje tror jeg.» (Informant 9)*

Innenfor et par fagområder har legespesialistene ambulert til de andre byene slik at de kan komme nærmere pasienten, og for at disse skal spares for reisevirksomhet. Dette oppleves som positivt av de tre av våre informanter som har erfaring med det. De treffer riktignok ikke så mange av sine legekolleger på disse turene, men de samarbeider med sykepleiere og annet helsepersonell uten problemer.

*«Det har ikke vært noe sterk kultur på Helgeland for å samarbeide veldig nært. Det har blitt bedre med årene, vi er jo kanskje de som flytter mest på oss, bortsett fra ØNH-legene<sup>2</sup>. Men vi har jo poliklinikk både i Mosjøen og i Sandnessjøen, så vi ambulerer til de sykehusene. Også har vi en som er ei uke i måneden i Mosjøen og opererer der, på ortopedi. Vi har prøvd å få til å ha noe i Brønnøysund også, men det har vært vanskelig fordi vi har vært for lite folk. Men det skal vi få til når vi er nok folk.» (Informant 8)*

En annen av våre informanter har jobbet på alle de tre forskjellige sykehusene, han så ingen utfordringer med å skulle jobbe sammen. Han opplevde heller ikke at det var så store forskjeller, men sier at de som ikke har hans erfaring er mer bekymret for en sammenslåing.

*«Jeg merker at de som bare har jobbet her, er kanskje mer negativ og mer redd for å slås i hop med de andre.» (Informant 4)*

Etter vår mening kan man oppsummere informantenes forståelse av den nåværende kulturen med to momenter. Det første er at den oppleves som delt. Dette begrunnes med at det er lokale forskjeller, hvor man også finner spor av en viss skepsis til hverandre. Det andre momentet er at det finnes et samarbeidsbehov. Dette kan man si fordi det kun er de siste årene man har blitt bedre på samarbeid, samtidig som dette ennå ikke oppleves som godt nok

#### **4.6.2 Situasjonen ved en samlokalisering**

Slik det kommer frem av intervjuene våre er de fleste innstilte på at det må skapes en felles plattform for Helgelandssykehuset hvis det eventuelt slås sammen. For å lykkes i dette

---

<sup>2</sup> Øre-, nese-, hals-legene.

arbeidet kreves det at man kommer tidlig i gang, og helst lenge før selve den fysiske flyttingen begynner.

*«For det første tenker jeg at utfordringen er jo at alle som skal jobbe i den eventuelle nye strukturen må jo føle at de har en plass og at det er deres eget. ... La oss si at det blir lagt i Sandnessjøen, så tror jeg utfordringen her i Rana er at man vil føle det som et nederlag. At man liksom tapte kampen. Så man må føle at det nye sykehuset er for alle, at det ikke blir sånn at Sandnessjøen vant og Rana tapte. Utfordringen der må være å finne en felles plattform for alle som alle kan føle er litt sitt, og at alle er en del av det. At det ikke skal bygges opp rundt det som allerede eksisterer, men at det blir en fusjon. Mer enn at det blir en ny plass og det andre blir borte.» (Informant 7)*

Noen sier at de allerede er i gang med et slikt arbeid i forbindelse med at de i felleskap utvikler nye prosedyrer for arbeidsprosesser. Noen ser også for seg muligheten for å kunne hospitere i de andre byene slik at man kunne begynne å samarbeide med fremtidige kollegaer allerede nå. Dette vil være mest aktuelt for sykepleierne som har relativt lik funksjon på de tre sykehusene, mens for legespesialistene er dette verre ettersom de primært sett jobber innenfor sin spesialitet som er geografisk fordelt ut fra funksjonsfordeling.

*«Ja, vi deler en del prosedyrer både med Sandnessjøen og Mo i Rana på flere medisinske ting i alle fall. Prøver å utnytte hverandres styrker og forbedre sine svakheter, så det tror jeg blir videreført. Så er det jo litt greit å kjenne hverandre litt i fra før, vi har jo ikke hatt så mye av det. Så det blir kanskje den største utfordringen: Å begynne å jobbe tett på nye folk som du ikke kjenner.» (Informant 9)*

Når så vedtaket er fattet ønsker man også å bli med i utformingen av avdelingene slik at man får følelsen av å ha bidratt inn til å bygge opp en felles enhet.

Den sosiale faktoren beskrives også som viktig, det er ønsket om å kunne møtes på en litt uformell arena slik at man også får reell kjennskap til de menneskene man skal jobbe sammen med. Her trekkes blant annet det sosiale arrangementet "En sykt bra dag" fram som et positivt tiltak.

Vi kan oppsummere informantenes tanker om en samlokalisering med to momenter. For det første ønsker er at det skapes en felles plattform, slik at det ikke utvikler seg konflikter mellom de tre lokasjonene. For det andre mener de at dette arbeidet må komme i gang tidlig, og de som allerede har opplevd at det har startet er glade for å ha bidratt.

#### ***4.7 Oppsummering av empirikapittelet***

Vi har her presentert utvalget av informanter, hvorfor vi har valgt ikke å dele dem inn i mindre grupperinger, og deres bakgrunner. I fem underkapitler har vi deretter redegjort for de momenter som kodingen av den innsamlede dataen vår har generert. Temaene i disse underkapitlene har blitt strukturert ut ifra tematikken fra intervjuguiden. I tillegg har vi redegjort for hva ledelsens representant har ment, der hvor det har vært relevant.

Etter hvert enkelt undertema har vi laget en oppsummering av våre vurderinger, og for å skille ut de viktigste har vi plukket ut tre påstander for hvert tema som sammenfatter informasjonen vi har fått fra informantene. Temaene er: Hvorfor de er positive til en sammenslåing, hvorfor de er negative til en sammenslåing, forhold som påvirker deres endringsvilje, hvordan de har opplevd involveringen, deres holdninger til involveringsbehovet, hva de mener er utfordringen med å beholde nøkkelansatte, tankene deres rundt rekruttering, deres opplevelse av mottatt informasjon, og deres behov for informasjon. På de to siste, deres forståelse av den nåværende kulturen og deres tanker om en samlokalisering, valgte vi å kun ha to momenter fra hvert tema.

Disse 31 momentene blir i neste kapittel drøftet opp imot teorien og også i lys av innspillene fra ledelsens representant der hvor det er aktuelt.

## 5 Drøfting

Hensikten med dette kapittelet er å benytte oss av teorien vår i kapittel 2 for å få belyst våre funn fra empirikapittelet. Siden det er så store mengder data er det uhensiktsmessig å drøfte hvert eneste moment innenfor denne oppgavens omfang. Av den grunn har vi valgt å fokusere på det som vil gi de mest nyttige svar på problemstillingen. Dette innebærer at vi her hovedsakelig er opptatt av de av våre funn som kan inneholde paradokser, enten i lys av teorien, eller satt opp imot forståelsen til ledelsens representant. Et slikt grep mener vi gjør besvarelsen både bedre og mer relevant.

For å systematisere dette på en god måte har vi valgt å beholde det tematiske oppsettet som funnene i empirikapittelet er delt inn i. Kategoriene som utgjør hvert underkapittel er basert på spørsmålene fra intervjuguiden, som på sin side er basert på både teoriene og metodevalgene våre. Dermed mener vi dette skaper en sammenheng gjennom hele oppgaven, og gjør det enklere å forstå drøftingen vår.

Ettersom vi har latt vårt casesdesign være påvirket av teknikkene i «Grounded Theory», stiller vi oss åpne for at vi i forkant av datainnsamlingen ikke hadde tilstrekkelig med teoretisk kunnskap til å belyse alle funnene våre. Vi har derfor valgt å trekke inn mer teori i drøftingen. Men for å gjøre dette på en mest mulig oversiktlig måte har redegjørelsen av denne nye teorien blitt plassert i teorikapittelet.

### 5.1 Samlokalisering

Våre umiddelbare tanker etter å ha avsluttet intervjuene var at våre informanter var overraskende positive til å slå sammen sykehus og å opprette en større enhet. De kom med veloverveide og faglig gode begrunnelser for at dette var en fornuftig løsning. Både for pasienter, fagmiljø og rekruttering. Det var riktignok noe uenighet på noen punkter, men på et generelt grunnlag kan vi si at våre informanter så at i det store og hele var den riktige veien å gå for å sikre en kompetent og forsvarlig spesialisthelsetjeneste til regionens befolkning inn i fremtiden. Dette var også inntrykket vi satt igjen med etter å ha snakket med ledelsen i foretaket. Her mente man også det var bred enighet blant fagpersonene i arbeidsgruppene at dette er en nødvendig omstilling. Denne positiviteten sto i kontrast til vår teoretiske bakgrunn

i forkant av intervjuene hvor både Jacobsen og Thorsvik (2013), og Kotter (2012) beskriver motstand mot endring som utfordringer i de tidlige stadiene.

Informantene trekker først og fremst frem fordelene for pasienten med at man kan få all behandling på ett sted samt at i akutte situasjoner vil man ha tilgang på en større andel fagspesialiteter under samme tak.

For den faglige utviklingen ansees et større fagmiljø som en fordel. Man får tilgang på et større antall kasus og samarbeidet med andre spesialiteter gjør at man får en bredere læringsplattform. Dette ansees å gi en positiv effekt for rekrutteringen, noe vi vil gå mer i detalj på senere i kapitlet.

En stor sammensmelting av sykehusene vil føre til at flere mennesker jobber under samme tak. For en del av funksjonene vil dette innebære at de får flere med samme kompetanse å dele arbeidsoppgavene på. Av disse ble det oppfattet som positivt med sammenslåing på bakgrunn at dette vil bedre vaktberedskapen, og turnusen kunne fordeles blant flere slik at man fikk færre helgevakter. Her mente man også at en større arbeidstokk vil lede til større stabilitet slik at behovet for vikarbruk ble mindre.

Blant de som hadde hele sitt fagmiljø internt i det sykehuset de jobbet var holdningen litt annerledes. De hadde sine kollegaer rundt seg, og så ikke for seg at de fikk flere innenfor samme fagspesialitet rundt seg selv om sykehuset ble større. De så også større ulemper i forhold til vaktbelastning. Ettersom sykehuset blir større vil flere pasienter komme dit, i stedet for å reise til andre sykehus, som igjen vil gi større arbeidspress på disse spesialistene. Dette kombinert med større avstand til sykehuset som gir mindre mulighet for hjemmevakter, vil føre til at disse gruppen ser for seg å tilbringe mer tid på jobb enn tidligere. Dette fremhever de som negativt. Denne siste gruppens bekymringer finner vi også igjen hos Bernstrøm (2014) som en årsak til motstand mot endring.

Så langt virker alt greit. Sammenstiller man disse uttalelsene med teoriene til Kotter (2012) og Lewin (Jacobsen og Thorsvik, 2013) ser alt helt fint ut. Man har generelt sett ganske stor aksept for endringen og de ansatte virker å ha en god forståelse av at dette er nødvendig for at organisasjonen skal fortsette å utføre det oppdrag den er satt til. Isolert sett kan man si at man i henhold til Kotters (2012) 8. stegs modell hadde funnet forståelse for endringen blant de ansatte og at man strengt kunne anbefale at grunnlaget for å komme i gang lå til rette. Dette er en oppfatning ledelsen deler med oss. Dels kan denne mangelen på motstand forklares med omstillingskurven (Erichsen et al., 2015). Endringen er enda ikke blitt en realitet for de

ansatte, de ser for seg at ledelsen snart innser at det bare er tull og legger hele saken til side. Motstanden kommer først når valget er tatt og de ansatte innser at dette er noe de faktisk må forholde seg til. Vi kan derfor forvente større motstand den dagen vedtaket er fattet og man konkret ser hvilken løsning man skal leve med. Vi mente likevel at dette førsteinntrykket gav oss et litt for overfladisk svar på våre spørsmål, og vi bestemte oss derfor for å grave litt dypere.

Dessverre er det jo slik at man oftest bare får svar på de spørsmål man stiller. Hvis man spør en fagperson hva han/hun mener er best for pasienten, fagutvikling og rekruttering av nye ansatte kan man oppleve å få svar på bare akkurat dette. Riktignok var to av våre informanter negative ut fra et faglig synspunkt, da de mente at dette ikke var en god løsning for hverken fagutvikling, rekruttering eller pasient. Det er litt spennende å se på hvordan det kan være slik at en liten del av de vi har spurt, som skal ha noenlunde likt utgangspunkt, har så totalt motsatt oppfatning. Bernstrøm (2014) sier noe om at det kan hende de sitter på annen informasjon enn de andre og derfor har et bedre eller dårligere grunnlag for å vurdere situasjonen, eller så kan de ha et skjult motiv (Jacobsen, 2012). De bruker sin faglige ekspertise for å finne argumenter som legitimerer motstanden, mens at de egentlig er mot fordi de personlige konsekvensene oppleves som ubehagelige.

Vi finner altså motstand, eller motvilje mot å delta på prosessen, men en viktig faktor er at motstanden ikke primært er på det faglige planet. Den går mer på hvordan den enkelte blir berørt personlig. De ansatte uttrykker en bekymring på hvordan deres privatliv vil påvirkes av en flytting. Velger de å pendle vil de tilbringe mer tid til og fra jobb. Hvis de velger å flytte med sykehuset er det usikkerhet om partner også får jobb, og om eventuelle barn får en god skole. I tillegg vil man måtte flytte fra øvrig familie. For mange har dette vært forutsetningen for at de har valgt å bosette seg akkurat i denne regionen. Endringen vil derfor føre til et personlig tap for dem. Dette finner vi igjen i teorien (Jacobsen og Thorsvik, 2013) som typiske årsaker til motstand mot endring. For de fleste av våre informanter oppgis dette til å være den viktigste faktoren når de en gang i fremtiden skal ta avgjørelsen om de ønsker å bli med på flyttingen eller velge å finne seg noe annet å gjøre. Dette avviker noe fra teorien om behovet for en faglig forankring (Heldal og Endre, 2015) som suksessfaktor i en endringsprosess ettersom det virker som valget fattes mer på et personlig plan. Nå må vi selvfølgelig huske på at det er lenge igjen til flytteprosessen settes i gang og noen kan endre mening etter å ha fått litt betenkningstid. Dette vil også påvirkes av hvilke jobbmuligheter

som byr seg når de skal fatte valget. Kan de få en ny jobb nært der de bor vil valget være enklere enn om de må velge å flytte uansett.

Nøkkelen til dette ligger også i hvor sykehuset plasseres. Siden de fleste av våre informanter ser at en positiv løsning for dem, innebærer en tilsvarende negativ løsning for deres kollegaer de andre to stedene. Derfor er de stort sett lite villige til å gi noen konkret anbefaling om hvor det ville vært best å legge sykehuset, men velger heller å forholde seg avventende til valget er fattet.

De fleste angir at de har tiltro til at dette vedtaket fattes på et mest mulig saklig grunnlag. Tiltro til at vedtaket blir fattet på et grunnlag av hva som er best fra et faglig synspunkt blir etter vår mening det aller viktigste. Dersom det i løpet av vedtaksprosessen kan sås tvil om dette, og sannsynliggjøre at vedtaket fører til forfordeling på bakgrunn av lokale interesser vil dette øke misnøyen og motstanden. Etter vår oppfatning vil dette være en av de aller største utfordringene i denne tidlige fasen av prosessen. Noen av de ansatte vil nok være vanskelig å overbevise uansett hvor «redelig» man fremstår ettersom de ut fra tidligere erfaringer antar at dette er forutbestemt, eller vil bli avgjort i kulissene.

Ut fra dette vil vi trekke en konklusjon om at det allerede er en faglig aksept for behovet for en samlokalisering. Beslutningstakerne må skape en aksept for at vedtaket om lokalisering av sykehuset skjer ut fra en saklig faglig vurdering. Denne må gjøres ut fra hva som tjener befolkningen best. Og ikke minst overbevise tvilerne om at beslutningen er upåvirket av lokale lobbyister. I dette tilfellet er det viktig at det ikke oppleves at beslutningen er fatte hos den lokale ledelsen på Mo, til fordel for Mo, men at det skjer på øverste nivå i RHF eller helt oppe oss helseministeren. Siden man har valgt full åpenhet i saken, samt at saken berører hele samfunnet rundt sykehuset, merker vi underveis at denne redeligheten også er viktig for omgivelsenes oppfatning av vedtaket. Styret i sykehuset fattet nylig et vedtak i lokasjonsdebatten som ikke var i samråd med eiers oppdragsdokument. Dette ble raskt en sak i lokale medier, som til slutt endte opp med en korleksjon fra styret i HelseNord (RB, 2016a). I denne saken har de ansatte en dobbelt rolle, de er profesjonelle representanter for en organisasjon som mange i omgivelsene er avhengige av, samt at de som privatpersoner også er en del av disse omgivelsene. Omgivelsenes oppfatning vil derfor både direkte og indirekte påvirke de ansattes oppfatninger.

Hva kan våre funn si oss om de ansattes motivasjon for å bidra til endringsprosessen. Vi har funnet at det er to hovedtrekk i deres oppfatning av hva som er positivt og negativt med ideen



om samlokalisering. Ut fra et faglig perspektiv er det god aksept for behovet, men fra et personlig ståsted blir dette ubehagelig og uønsket. Ut fra vår forståelse av Maslows (Kaufmann og Kaufmann, 2003) behovsteori er dette enkelt å forklare. Vi ser for oss at dette med faglig utvikling og muligheter for en spennende arbeidshverdag (selvrealisering) ligger høyere i hierarkiet enn nærhet til familie og venner (trygghetsbehov og sosiale behov). Dette vil derfor telle mer i en vurdering om man skal delta i denne prosessen eller ikke. Det tas til orde for at man kan oppfylle de høyere nivåene i pyramiden, uten at de lavere er tilfredsstillt, denne slutningen utelukker derfor ikke at noen vil bli med i prosessen, men hvor mye de engasjerer seg vil trolig påvirkes. Behovet for selvrealisering kan også settes i et annet perspektiv. Det kan tenkes at man etter endt høyere utdanning nærmest forventer at jobben skal være spennende og utfordrende. Dette betyr da at arbeidsoppgavene og faglig utvikling ikke lenger sees på som selvrealisering, det tilhører mer de lavere stadiene i Maslow (Ibid). Selvrealiseringen blir i stedet flyttet til det man opplever utenfor jobb. Med redusert fritid betyr det derfor mindre tid til å realisere seg selv, i form av friluftsliv, reise og tid sammen med familie. Vi ser også en klar endring i menneskers behov for selveksponering ved for eksempel bruk av sosiale medier. Det er ikke lenger nok å realisere seg selv, for mange virker det som om det er like viktig å vise det frem for alle andre også.

I vårt teorikapittel viser vi til at det er en forestilling om at kunnskapsarbeidere motiveres av andre faktorer enn det den tradisjonelle motivasjonslitteraturen kan forklare. TURPAS (Christensen og Foss, 2011) modellen brukes derfor i denne sammenhengen for å forklare motivasjonsbildet noe mer nyansert. I denne modellen ser vi at det i første rekke er det en av faktorene som berøres her. Tilhørigheten til de ansatte vil brytes ned, i hvert fall midlertidig. De vil gå fra å være medlem av en organisasjon, med etablert kultur og trygge rammer, til å bli kastet ut i noe nytt og ukjent. Ved å reformulere rettferdighetsbiten noe kan dette med aksept for vedtaket involveres. Dersom man opplever at lokasjonen til det nye sykehuset blir bestemt på et urimelig grunnlag, vil dette virke urettferdig. Drar man dette perspektivet videre vil dette også bryte med autonomi prinsippet. Ikke i forhold til de arbeidsoppgavene man har, ettersom de blir noenlunde de samme, men mer over muligheten til selv å bestemme hvor man vil jobbe og hvordan ens hverdag skal se ut.

Siden det også er snakk om et sykehus vil også eksterne aktørers krav om stabilitet være en faktor som påvirker de ansatte. Her ser vi igjen de ansattes en dobbeltrolle ettersom de skal tjene omgivelsene, men også selv er en del av de eksterne aktørene.

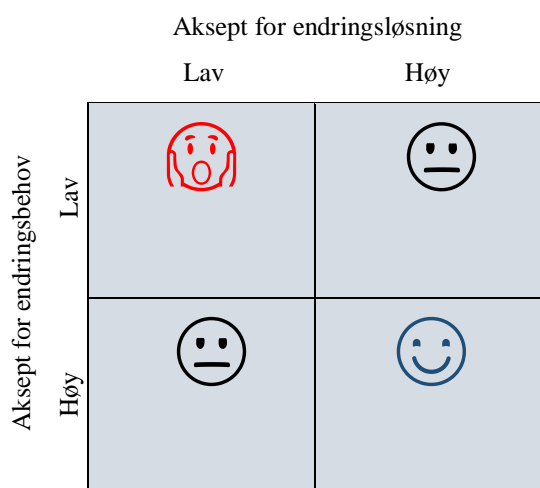
Man kan også ut fra våre funn påstå at ideen om at det finnes egne motivasjonsfaktorer hos kunnskapsarbeidere mer er en myte enn en sannhet. En ide som vi også finner støtte for hos Lines (2011) som viser til lite forskningsbaserte bevis på akkurat dette. Vi ser at våre informanter i all hovedsak vil velge involvering eller ikke involvering ut fra hvilke konsekvenser endringen får for familie og sosialt liv, ikke for hvordan karrieren påvirkes. Flere av dem har allerede valgt en roligere karriere for å kunne ha mer fritid, og vil velge dette nok en gang dersom forholdene hos nåværende arbeidsgiver endres. Situasjonen hadde helt sikker vært en annen om man ikke hadde et jobbalternativ å gå til. Da hadde man nok i større grad begynt å se fordelene med endringen for å gjøre det beste ut av situasjonen. I hvert fall etter at vedtaket ble fattet.

Hvis en samlokalisering vedtas, vil vi sannsynligvis oppleve at noen velger å slutte. Likevel tror vi at de aller fleste velger å fortsette, noen fordi de opplever dette som beste av flere alternative muligheter, og noen fordi de rett og slett ikke finner et alternativ, og derfor føler seg presset. Dette kan man sammenligne med Meyer og Stensakers (2011) endringsvillige og de som resignerer og stilltiende deltar på endringen. Her vil de som fatter valget selv sannsynligvis virke mer motivert og bidra mer positivt (endringsvillige), enn de som føler at de må bli med fordi de ikke har noe valg (resignerte).

Hvis man ser dette i lys av at det også kan finnes faktorer som virker demotiverende (Mládková et al., 2015) begynner dette å bli veldig interessant. En av de demotiverende faktorene man har sett antydning til er dette med uetiske ledere. Hvis lokasjonsvedtaket fattes på grunnlag av noe man oppfatter som urent spill, kan det da tenkes at dette virker demotiverende på de ansatte? I så fall kan man da oppleve at de som i utgangspunktet var positive, flyttes mer over i den passive gruppen. Eller kan det tenkes at de ombestemmer seg og velger et annet alternativ i stedet. Hvis man underveis i endringsprosessen mister de som er positiv drivkraft fordi de endrer mening vil dette skape noen uheldige konsekvenser. Prosessen blir mer sårbar og man kan miste fremdriften. Det er også vanskelig å hente inne nye ressurser midt oppe i en slik prosess.

Som også nevnt tidligere i kapittelet ser vi at selv om det ut fra et faglig ståsted virker fornuftig med endring, vil det ut fra et personlig ståsted skape motstand dersom endringen får for store konsekvenser, og oppleves som urimelig eller urettferdig. Dette kan bety at det ikke nødvendigvis er nok å etablere et behov og forståelse for endringen, men det må også skapes aksept for at valget av løsning er fattet på et saklig grunnlag.

Vi har forsøkt å illustrere dette slik:



Figur 2

I en slik lokasjonsdebatt vil det være en utfordring av dimensjoner, og mest sannsynlig er det umulig å få til en løsning som alle vil oppfatte som riktig. Mest sannsynlig fordi det ikke er mulig å legge alle følelser til side og opptre 100% objektivt. Siden de personlige konsekvensene i denne sammenhengen er så store, vil dette øke denne følelsesmessige involveringen. Dette ser vi også i empirien vår, det forventes å bli bråk når vedtaket er fattet. En sier også at han vil aldri godta et vedtak som ikke er til sin fordel uansett hvor bra det er argumentert for.

For ledelsen er det derfor en tilnærmet umulig oppgave å komme opp med noe som alle kan akseptere, men på et eller annet tidspunkt må de fatte et vedtak de kan stå gjennom stormen med. Vi tror også at man må være tydelig på at man er klar over at alle ikke kommer til å være fornøyde, men man har valgt den løsningen som er best mulig. Så blir oppgavene i ettertid å minimere skadevirkningene av vedtaket. Å gjøre slike valg er nok noe av det vanskeligste man står ovenfor som leder. Vi tror også denne kompleksiteten er årsaken til at flere av våre informanter velger å sitte litt på gjerdet under prosessen. De ser nok at uansett valgt alternativ blir noen kollegaer skuffet, Dette vil de ikke bidra til, og overlater derfor dette

ansvaret til noen andre. Så kan de selv forholde seg til realitetene når vedtaket er fattet. Først da vil de bestemme seg for om de velger å bli med videre, eller søke andre utfordringer.

Vi kan ut fra våre data ikke trekke noen konklusjoner på om vår teori holder mål i stor skala, eller om det er snakk om dette er av avgjørende eller medvirkende effekt på om eller i hvilken grad de ansatte involveres i prosessen.

Siden vårt case dreier seg om et sykehus, kan det også tenkes at disse tankene gjelder kun for organisasjoner som forvalter et offentlig ansvar, ettersom disse skal være mest mulig tilgjengelig for befolkningen som helhet, og at de ansatte på sykehusene i større grad føler presset på å gjøre det som er etisk riktig.

For å kunne finne svar på dette vil man måtte bruke betydelig mer tid og ressurser enn det vi har til rådighet. Muligens er det noen som allerede har sett dette, men vi har ikke funnet noen.

Hvorfor får vi dette paradokset mellom faglig forståelse og personlig motstand? Deler av svaret er allerede gitt ut fra dette med nære relasjoner som påvirkes negativt på et personlig plan, mens på et profesjonelt plan kan endringen føre noe positivt med seg. Vi har tidligere i kapitlet sett på dette som et isolert fenomen hvor de inntar forskjellige roller. I dette perspektivet vil de ansatte i et sykehus ha en tredje rolle. De kan også være brukere av de tjenestene sykehuset tilbyr.

For å forklare dette vil vi først utdype hvilken funksjon et sykehus har for et lokalmiljø. Først og fremst er et sykehus et sted man oppsøker for å bli behandlet for sykdom eller skader, men en sekundær funksjon for sykehuset er å skape trygghet for de som tilhører sykehusets region. Dette betyr at for et lokalsamfunn er det viktig å vite at man har et godt sykehus i nærheten slik at man er trygg på å få riktig behandling i en akutt situasjon. Ved en endring av det bestående skapes det en usikkerhet rundt denne tryggheten. Er det nye bedre eller dårligere? Selv om man er ansatt på sykehus, kan man også være pasient, eller pårørende til en pasient. Når en opplever at denne utryggheten berører en i den personlige sfærene er det vanskeligere å bevare sin profesjonalitet. Følelsene vil ta overhånd og objektiviteten svekkes. Slik vi ser det vil derfor de ansatte påvirkes i dobbelt forstand av den holdningen omgivelsene rundt har til endringsprosessen.

## ***5.2 Endringsprosessen***

Funnene våre i empirikapittelet viste oss at det var flere momenter ved informantenes opplevelse av endringsprosessen som spriket veldig. Når vi analyserte endringsviljen konkluderte vi med at noen var negativ innstilt, mens andre var positive. Det samme fant vi når vi hadde kartlagt hvordan de opplevde involveringen i prosessen. Noen opplevde den som god, og andre opplevde den som dårlig. Dette kan man anta også henger sammen med funnene våre på behovet for involvering, for her delte det seg også mellom de som var tilfredse og de som var mindre tilfredse. Vi kan forklare at gruppen var så delt i disse spørsmålene ved å ty til teorien vår. En mulighet finner vi i omstillingskurven til Kaufmann og Kaufmann (Erichsen et al., 2015) som forteller oss at de sannsynligvis er i forskjellige faser. Det får dem til å reagere ulikt. En annen mulighet som forklarer forskjellene er at praktiseringen av enkelte lederstiler (Ibid) får betydning når vi tar høyde for hvor viktig ledelsens påvirkning er på de ansatte sin endringsvillighet (Meyer og Stensaker, 2011). Et annet moment er at en sammenlikning mellom informantenes tidligere erfaringer med endringsprosesser, redegjort for i underkapittel 4.1, og holdningene til denne endringsprosessen, kan tyde på en sammenheng. Dette ville også stemme overens med at tidligere erfaringer vil påvirke graden av motstand (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

En mer interessant oppdagelse ser vi i ett av funnene fra vår analyse av holdningen til involveringsbehov. Der har vi avdekket en uenighet knyttet til spørsmålet om det å bli involvert i denne fasen vil ha en påvirkningskraft eller ikke. Dette er et viktig spørsmål, fordi som ledelsens representant har påpekt, har man involvert mellom 70 og 100 ansatte nettopp fordi de skal være pådrivere. Hvis de ikke kan ha denne rollen oppleves jo dette som en feilprioritering av tid og ressurser. Det fascinerende er at når vi setter dette opp mot funnet vårt fra analysen av endringsviljen, hvor vi har funnet ut at flere er åpne for å la seg bli påvirket i positiv retning, mener vi dette gir en legitimitet til ledelsens valg om å fokusere på involvering. Ved å involvere pådriverne, stenger man indirekte ute de mest negative, noe Kotter (2011) åpner opp for, samtidig som teorien gjør et poeng ut av at om en endring blir vellykket eller ikke, avhenger av topplederen og de aktører som lederen involverer i prosessen (Erichsen et al., 2015). Vi kan dermed si at selv om det er uenighet om hvor mye involvering vil påvirke, antar vi at det påvirker de som er mottakelige for det, samtidig som det ikke er problematisk at noen forblir upåvirket og står utenfor.

### **5.3 Nøkkelpersonell**

#### **5.3.1 Beholde**

I en kunnskapsorganisasjon ligger som sagt produksjonsmidlene i de ansattes hoder, dette betyr at man ved tap av ansatte taper produksjonskapasitet. Man ser for seg en fremtidig situasjon med større mangel på helsepersonell enn i dag. Dette vil si at produksjonsmidler vil være en fremtidig mangelvare, og man vil få kamp om disse. Vi mener at det derfor er like viktig å fokusere på å bevare den kompetansen man har, som det er å skaffe ny. Dette begrunner vi først og fremst med enkel logikk. Hvis det er mangel på fagfolk vil det være viktig å bevare de man har. Slutter disse vil man få et økt rekrutteringsproblem, eller man må redusere virksomheten.

Ut fra våre informanters uttalelser vil også en reduksjon i kompetanse være i stand til å utløse en nedadgående spiral. Hvis fagmiljøet blir mindre vil dette føre til høyere vaktbelastning og økt bruk av vikarer. I tillegg vil den faglige utviklingen stagnere, og man kan i mindre grad utdanne nye spesialister. Dette vil igjen kunne føre til at flere slutter.

Man kan også se for seg at det vil være betydelig enklere å beholde de man har enn å rekruttere nye. Slik de fleste beskriver det virker de å trives der de er nå. Dette betyr at de føler trygghet og tilhørighet både til arbeidsplassen og omgivelsene. De er en del av en kultur og det er derfor barrierer mot å bryte ut.

Nå er det slik at det vil nok ikke være en lett oppgave for ledelsen å påvirke dette. Det største problemet med flytting vil være at de ansattes tap kommer på et personlig og ikke et jobbmessig plan. Det er vanskelig å redusere avstanden mellom byene, og selv en løsning midt mellom vil ikke løse problemet. Da blir det bare verre for alle. Likevel er det noen som åpner opp for at noe tilrettelegging kan være med på å avhjelpe problemet. Her nevnes muligheten for dagtidsstillinger, bedre kollektivtransport samt at arbeidstiden starter når man reiser hjemmefra. Litt interessant er det at noen faktisk nevner økt lønn som en motivasjonsfaktor, da dette tradisjonelt sees på som en ytre motivasjonsfaktor (Deci og Ryan, 1985), og derfor mindre relevant for kunnskapsarbeidere. Siden man antar at disse ytre faktorene også kan virke mot sin hensikt i noen tilfeller, bør man være veldig forsiktig med å bruke dette som et generelt virkemiddel.

Problemet med å miste ansatte underveis i prosessen skapte et stort engasjement i alle intervjuene, og som vist i vår redegjørelse er det tre utfordringer som er de mest sentrale. Det første er at dette er en privatsak. De ansattes livssituasjon i form av familierelasjoner,

tilknytning til nåværende bosted, holdninger til pendling, og liknende personlige omstendigheter blir den avgjørende faktoren. Dette mener vi er en utfordring som det er vanskelig for ledelsen å gjøre noe med, fordi man er prisgitt ytre omstendigheter som ikke lar seg påvirke. Spesielt blir utfordringen synlig når man tar for seg blant annet Kotter og Cohen (2012), som sier at det ikke er nok å overvinne fornuften til de ansatte, men at hjertet også må med. For selv om man skulle vinne fram med faglige argumenter for en samlokalisering, vil ikke dette endre på de ansattes familieutfordringer. Det sies også (Jacobsen og Thorsvik, 2013), presentert i kapittel 2.2 hvor det fjerde tiltaket som kan benyttes for å håndtere motstanden mot endring er nevnt, at det er viktig å fremme en erkjennelse av at endringens vellykkethet er i alles interesse. Vi vil påstå at selv om en slik erkjennelse absolutt er viktig, vil det hos de aller fleste ansatte eksistere ytre omstendigheter som ikke har noen interesse av en vellykket endringsprosess. Tvert imot kan det være interesse i at endringen mislykkes. Akkurat i vår case vil interessen være begrunnet i at de ansatte er fornøyde med dagens situasjon, sett fra sitt personlige synspunkt, og derfor ikke ønsker en omlokalisering av sin egen arbeidsplass. Dette selv om de kan se at det virker fornuftig ut fra sitt mer saklige faglige synspunkt.

Ledelsens representant på sin side, er åpen om at det er vanskelig å forholde seg til det å miste ansatte. På den ene siden er alle tilbakemeldinger fra arbeidsgruppene positive til samlokalisering, men på den andre siden sier han at det er en fare for at de som er positive nå, kanskje blir negative etter at lokasjonen blir bestemt. Nok en gang fordi avgjørelsen ikke er til deres personlige fordel.

Dette er etter vårt syn en relevant trussel fordi vår empiri har avdekket at det finnes mye faglig uenighet, samtidig som tidligere forskning viser at bakenforliggende og mer personlige motiver kan ligge bak slik faglig uenighet (Jacobsen, 2012).

Den andre utfordringen vi fant var at avgjørelsen hos enkelte tas veldig tidlig. De som allerede har bestemt seg for ikke å være med på en sammenslåing planlegger allerede nå å flytte til en annen del av landet. Dette gjør etter vårt syn det håpløst å skulle sette inn tiltak for å motivere slike til å bli værende eller til å støtte prosessen helhjertet. Men på den andre siden er det mange av informantene som ikke har bestemt seg også. Og denne gruppen må man kunne tro er mottakelig for tiltak fra ledelsens side. Selv trekker de goder ved arbeidsplassen, som karrieremuligheter, fram som viktige. I Kaufmann og Kaufmanns omstillingskurve (Erichsen et al., 2015) beskrives trekk ved tilpasningsfasen, hvor det å rette blikket mot nye

mål og posisjoner blir aktuelt. På den andre siden forteller teorien om endringskapasitet (Meyer og Stensaker, 2011) oss at en del mennesker ser på endring som en mulighet. Dermed er det vanskelig å slå fast om informantene våre bare naturlig så for seg muligheter, eller om det har kommet som del av en lengre prosess.

Det finnes nok ikke en fasit eller oppskrift på hvordan man best klarer å beholde ansatte. Vi tror at tett dialog mellom ledelse og ansatte er nødvendig. Kanskje vil det være fornuftig å gjøre som noen påpeker, la vedtaket bli fattet og da se hvem som kunne tenke seg å bli med på lasset. La så disse bli med i prosessen med å finne riktige tiltak. Dette gjør at løsningen kommer fra de som kjenner på problemet, og at den derfor oppleves som mer riktig for de som skal forholde seg til den. Videre vil denne involveringen bidra til større engasjement samt bryte ned kulturelle forskjeller mellom sykehusene fordi de er nødt til å samarbeide mot en løsning til deres felles beste.

Likevel tror vi at noen vil forsvinne i en slik prosess, det er nesten uunngåelig. Noen av de spurte er ikke villige til å flytte med dersom ikke sykehuset blir der hvor de bor. Hvis de ikke kan bo der de ønsker kan de like gjerne flytte hvor som helst, og da vil de heller velge et større sykehus med enda bedre faglig utvikling enn det som kan tilbys på det nye sykehuset. Det viktigste er at man tar dette alvorlig og lar de ansatte føle at ledelsen vil at de skal bli med, og at det gjøres mye for å tilrettelegge for dette. Til syvende og sist vil den enkelte ansatte vurdere dette opp mot de alternativene de har. Akkurat dette er et viktig poeng å ta med seg. De vi spurte er sikre på at de har et alternativ. Alle gir klart inntrykk av at dersom de ikke liker utfallet av denne prosessen, kan de uten problemer finne seg jobb et annet sted. Det kan tenkes at muligheten for flere valg gjør en mindre motivert til å bidra inn i noe man opplever som ubehagelig, i hvert fall så lenge alternativet oppleves som bedre. Denne oppfattelsen deler vi med en av våre utenlandske informanter, fordi han hadde erfart at norsk helsepersonell fant seg i mindre pes fra ledelsen enn i hans hjemland. Rett og slett fordi det var mindre kamp om arbeidsplassene her.

Det blir derfor viktig at man husker på dette når man skal jobbe for å beholde ansatte. Man må innse at man ikke kan tilfredsstille alle behov, men den totale nye løsningen må oppfattes som mer attraktiv enn alternativene, da det også der vil være fordeler og ulemper. Dette også fordi tap av flere nøkkelpersoner kan påvirke sykehusets muligheter til å rekruttere nye.



### **5.3.2 Rekruttering**

Tar vi for oss rekrutteringen av nye ansatte, ser vi fort et viktig paradoks. Informantene viste seg å ha helt forskjellige ståsteder på om et samlokalisert sykehus ville være positivt eller negativt for rekrutteringen. Når vi går i dybden ser vi at noen mener at å ha ett stort sykehus vil tiltrekke seg yngre ansatte, mens det vil bli mindre attraktivt for mer erfarne leger og for utenlandske leger. Det spennende med denne uenigheten er at, siden det ikke er mulig å vite hvordan dette påvirker rekrutteringen, står de ansatte fritt til å vektlegge argumentene slik de selv vil. Dette gjør at selv om man kan være enige om premissene, for eksempel at nyutdannede leger vil trives bedre, kan man for eksempel si at det ikke er av betydning hvis mangelen på erfarne leger blir for stor. Dermed blir det et problem for sykehusledelsen å bevise at et samlokalisert sykehus vil bedre rekrutteringen. De velger å påstå det, og det kan ikke motbevise, men dette er ikke nok til at skeptiske ansatte skal tro på det. Ledelsens representant sier jo de ikke har som målsetting at alle skal være enige. Det fremstår som en umulighet, og derfor fokuseres det mer på at alle skal få en forståelse, selv om de ikke er enige. Men som Kotter påpeker er det vanskelig å sette endring på dagsordenen hvis de ansatte ikke ser behovet for endring (Kotter, 2012). Teorien sier at det er i opptiningsfasen at uviljen mot endring må adresseres (Jacobsen og Thorsvik, 2013), og at det skapes en holdning om at det vil gå galt hvis dagens situasjon ikke endres. Det er litt vanskelig å se hvordan man skal klare dette når det er usikkerhet om endringen kanskje gjør situasjonen enda verre enn det ellers ville vært. Ut ifra dette vil vi påstå at ledelsen i enda større grad burde benyttet denne tidlige fasen til å være enda tydeligere på å vise hvordan en slik endringsprosess virkelig vil bedre situasjonen. Hvis dette ikke er mulig å vise, vil man kanskje bli nødt til å spørre seg om endringsprosessen faktisk har en positiv effekt, eller om det bare er en ubegrunnet overbevisning som har blitt akseptert av flertallet.

Som vi var inne på i forrige avsnitt kan avgang av personell påvirke rekrutteringen i negativ effekt. Først og fremst fordi kompetansen forsvinner og sykehuset fremstår derfor som mindre spennende faglig sett.

Videre vil det også begrense sykehusets muligheter til å utdanne egne spesialister. Slik situasjoner er i dag opplever man at ung kompetanse forsvinner under spesialisering fordi sykehuset ikke har bredt nok fagtilbud til å kunne utføre hele spesialiseringen selv. Her hevdes det at hvis hele utdanningsforløpet foregikk lokalt, og man hadde mulighet til å tilby jobb etter endt utdanning, ville vedkommende være mer tilbøyelig til å bli værende fordi man hadde sterkere tilknytning til stedet. Mange av de som spesialiserer seg er også relativt unge

og i en etableringsfase. Hvis utsikten for meningsfulle jobber både for en selv og partner da er til stede, samt at skoler og barnehage er tilgjengelig for eventuelle barn, vil disse kunne knytte seg til sykehuset og området mentalt i utdanningsforløpet. Terskelen for å flytte etter endt utdanning vil da være høyere.

Det vil være en fordel om disse var fra området, ettersom de da allerede hadde en lokal tilknytning, men også våre utenlandske informanter sier at de trives i området og valgte å komme hit fordi det var mulig å leve et liv utenom jobben.

Dette bringer oss videre til rekrutteringen av ferdig utdannende spesialister. Man kan ikke utdanne nye spesialister uten å ha en kvalifisert stab til å håndtere utdanningen. Dette betyr at man også må basere seg på å hente inne noen som er ferdig utdannet, spesielt om noen av de man har slutter. Vi vet fra uttalelser fra våre informanter at det finne svært få av disse som kommer fra området og jobber på andre sykehus. I så fall er det fordi de har valgt å flytte akkurat dit av spesielle årsaker. Dette betyr at de spesialistene man skal rekruttere kommer utenfra, og i mange tilfeller fra andre land. For at disse skal komme må det være forhold enten ved arbeidsplassen eller stedet som virker tiltrekkende, gjerne begge deler. Våre utenlandske informanter sier at et lite lokalmiljø og nærhet til naturen, samt et lite sykehus med roligere arbeidsforhold var det som trakk de hit, og mangel på dette kan være årsaken til at de eventuelt flytter.

Et nytt sykehus vil bli større enn de vi har i dag, men ikke stort sammenlignet med universitetssykehusene eller store sykehus ute i Europa. Vi tror derfor ikke at en liten økning i størrelse vil gjøre sykehuset mindre attraktivt for de som søker å jobbe på et mindre sted. Derimot tror vi at beliggenheten for sykehuset vil være avgjørende. De søker riktignok å komme til et mindre sted og nærheten til naturen. De krever også at det er en viss infrastruktur rundt arbeidsplassen (jobb, skole, butikker), og de ønsker kort vei til/fra jobb. Samtidig ønsker de muligheten til å komme seg lett til og fra området for å kunne opprettholde kontakten med øvrig familie. Nå er det ingen av byene i området som regnes som verdensmetropoler, men de betjener alle disse basisfunksjonene relativt bra. Slik sett blir det derfor viktig at sykehuset legges i eller veldig nært en av disse byene.

Vi ser her at de faktorene som gjør et nytt sykehus mer attraktivt for rekrutteringen, er med å gjøre det mindre attraktivt for de som jobber der allerede. Dels fordi de har valgt arbeidsplassen ut fra dagens kriterier og dels fordi flyttingen gjør at de enten får lenger vei til jobb, eller må flytte seg fra det stedet de er knyttet til.

#### **5.4 Kommunikasjon**

Som redegjort for i empirikapittelet har informantenes tanker om kommunikasjon blitt delt inn i tre kategorier. Dette gjaldt både når vi så på behovet for informasjon og på opplevelsen av den mottatte informasjonen. Selv om samtlige informanter kan klare å finne noe ved ledelsens kommunikasjonsarbeid som de ikke er helt fornøyd med, deler de seg i to grupper, der man generelt sett enten er fornøyd med informasjonen eller misfornøyd. Dette mener vi må sees i sammenheng med at de også deler seg i to grupper ved å enten ønske mer informasjon, eller med å være fornøyd med den de har fått. Man kan overfladisk si at informasjonen opplevdes som enten god eller dårlig. Jacobsen og Thorsvik (2013) forteller at det å gå tidlig ut med informasjon er særskilt viktig for å håndtere motstanden mot endring. Informasjonen skal blant annet involvere de ansatte og oppklare misforståelser. Når flere opplever informasjonen som dårlig mener vi at dette derfor vil kunne ha innvirkning på hvilken påvirkningskraft ledelsen har. Men vi oppdaget også at hvilken gruppe de tilhørte ikke hadde sammenheng med hvor mye informasjon de faktisk hadde fått. Opplevelsen var subjektiv, og en som hadde fått mye informasjon kunne være mer misfornøyd enn en som hadde fått lite. Behovet for informasjon var også veldig forskjellig fra person til person, og det var varierende hvordan de ønsket å bli informert. Derfor kan man si at det vil være en umulighet å gi alle de ansatte en opplevelse av at informasjonen er god. Det vil alltid bli en balansegang mellom ikke å gi for mye eller for lite.

Ser man dette fra ledelsens side, er det forståelig at man sier seg uenig når det i ettertid kommer klager på at informasjonen har vært for dårlig. Dette ser man stadig i forbindelse med store politiske avgjørelser hvor noen opplever å bli forbigått eller urettferdig behandlet. I etterkant vil den tapende part hevde at de ikke har fått tilstrekkelig informasjon, eller at viktig informasjon ikke har vært tilgjengelig for beslutningstakerne. Ofte viser det seg at denne informasjonen var der hele tiden, men de involverte hadde ikke tatt seg bryet med å finne den. Utsagnet fra ledelsens representant om at «alt ligger på nettet» er på mange måter riktig, og flere av informantene innrømmer jo at de kunne ha funnet mer der. De oppgir at det er for liten tid på jobb til å sette seg inn i saken, og at de ikke føler nok engasjement til å se på dette på fritiden. Ved bare å legge ut all informasjon overfører en alt ansvaret for balansegangen mellom å få for mye eller for lite informasjon til den enkelte ansatte. Men som teorien om endringskapasitet påpeker (Meyer og Stensaker, 2011), er samspillet mellom ledelse og ansatte avgjørende for å skape en positiv respons. Dette blir derfor litt av ulempen med at man

baserer store deler av informasjonsflyten på at ansatte oppsøker et nettsted. Her kan man finne all informasjon om prosessen, men det forutsetter egeninnsats, og formidleren av budskapet vet ikke hvem som har mottatt informasjonen eller hvordan denne er blitt tolket. En informant som ble møtt med et spørsmål om han hadde lest alt det som var publisert på nett, opplevde dette som at informasjonen ikke var tilrettelagt, og satt igjen med en negativ opplevelse. Dette underbygges også av Bernstrøm (2014) som sier at kommunikasjonen ikke må begrenses til å informere, men at ledelsen må gjøre det på en klar og attraktiv måte som skaper tillit. Det kan virke som et paradoks når teorien og de ansatte forventer at ledelsen skal gi alle god informasjon, samtidig som det er svært subjektivt hva man opplever som god informasjon.

Dette bringer oss over på en annen av meningskategoriene fra informantene som konkluderer med at informasjonen er ledelsesavhengig. De store forskjellene på hvordan informasjonsarbeidet fra den nærmeste ledelse ble opplevd. Den svekkede tilliten til arbeidsplassen på grunn av dette, er interessant å se i lys av teorien. Fra kapittel 2 ser vi at teorien, både om ledelsens betydning og om endringsmotivasjon (Erichsen et al., 2015), løfter frem hvor viktig det er at informasjon tilpasses situasjonen, og at dette blant annet har som mål å legge grunnlag for tillit. Det sier også at målet med tilliten, i henhold til lederstilene vi har beskrevet (Jacobsen, 2012), er at de ansatte skal ta mer ansvar. Dermed mener vi at funnene våre i verste fall viser en farlig trend hvor enkelte ansatte, som har fått sin tillit redusert på grunn av dårlig informasjon, velger aktivt å motarbeide prosessen. Vi ser jo allerede eksempler på noe som minner om konspirasjonsteorier, hvor man kun basert på egne fantasifulle teorier lager ødeleggende historier om ledelsens planer.

Etter vårt syn blir det særdeles viktig at ledelsen blir best mulig på informasjonsarbeidet allerede i denne tidlige fasen av samlokaliseringen, når både teorien og informantene er enige om at jo lenger ut prosessen man kommer, jo viktigere blir det med mer informasjon. Med andre ord kan vi si at jo flinkere man er til å tilpasse informasjonen etter de ansattes behov tidlig i endringsprosessen, jo lettere blir det å gi dem det de vil oppleve som god informasjon i resten av prosessen. Dette vil kunne ha en direkte påvirkning på motstanden mot endring. Her ser vi og flere av våre informanter klare fordeler ved at ledelsen, gjerne i tillegg til nettsiden, setter av tid til aktivt å møte de ansatte for å informere. Dette sikrer kontroll over hvem som har mottatt informasjon, men man kan også få kontroll på om informasjonen er oppfattet riktig, og om det er behov for å utdype noen tema ytterligere. En slik tilstedeværelse øker også sjansen for bedre kontakt mellom ledelse og ansatte. Er man i tillegg lydhør for

kommentarer og setter av ekstra tid til dette, er man på god vei til å skape god kommunikasjon mellom partene.

Dialog ble behandlet som et eget punkt i empirikapittelet, og funnene våre kunne oppsummeres i to kategorier. De som opplevde å bli hørt, og de som opplevde å bli ignorert. Det var en stor sammenheng med hvordan informantene opplevde informasjonen, og hvordan de opplevde dialogen. De som mente at dialogen var god, fikk samtidig mye informasjon gjennom den kanalen. Men det viktigste når vi så på dialogen var at det subjektive også her spilte en stor rolle. Dette er av betydning fordi ledelsens representant blant annet mente at det var en forutsetning at arbeidsgruppene var lydheore ovenfor øvrige ansatte. Medlemmene i gruppene representerte ikke seg selv, og skulle ivareta innspill fra andre ansatte. I våre øyne er det et viktig funn at dette synet kolliderer med enkelte av informantens opplevelse. Hvis en ansatt ikke anser seg som representert i arbeidsgruppen, fordi representantene er valgt av ledelsen. Mens ledelsen mener det er en forutsetning at gruppen taler på den ansattes vegne, har dialogen en stor svakhet ved seg. Når vi i tillegg vet ut fra teorien (Bernstrøm, 2014) at ansatte kan se utfordringer som ledelsen ikke ser, vil det her være en risiko for å miste viktige innspill og dermed gjøre motstanden mot endring enda større. Likevel er det flere av informantene som føler at arbeidsgruppene er en god måte å komme med sine synspunkter, og gruppene er jo heller ikke den eneste formen for dialog. Hvis den ansattes kontakt med sin nærmeste ledelse er god, vil dette være en alternativ kanal for å si sin mening. Teorien forteller oss at de ansatte må oppleve å bli tatt med i prosessen for å bli motivert, og siden en slik opplevelse er subjektiv, vil det ikke nødvendigvis være av vesensbetydning hvor sterk påvirkning dialogen faktisk har. Vi vil påstå at enkelte ansatte muligens kan ha større positiv gevinst av å føle seg hørt av en leder selv om denne har lite påvirkningskraft, enn å føle seg representert gjennom en kollega i en arbeidsgruppe som har mye påvirkningskraft. Det personlige aspektet ved den ansatte vil være den avgjørende faktoren.

### ***5.5 Kulturperspektivet***

Under våre intervjuer ble kulturforskjeller brakt på banen av våre informanter. I all hovedsak dreide dette seg om at de ikke følte noen tilhørighet til de andre to sykehusene selv om de har vært definert som ett sykehus en god stund allerede. Den fysiske avstanden og liten grad av samarbeid mellom avdelingene har bidratt lite til at man fremdeles opplevde seg som ansatt på tre forskjellige sykehus. Riktignok hadde noen erfaring fra samarbeid, eller de hadde

jobbet på de andre sykehusene. Dette ble stort sett oppfattet som positivt, man hadde vært nødt til å tilpasse noen prosedyrer slik at arbeidsoppgaver ble utført likt. Man hadde heller ikke noen spesielle problemer med folkene som jobbet der.

Det virket derfor mer på oss som om at det var en oppfatning, eller et kulturtrekk, ved de forskjellige sykehusene at de andre var eller gjorde ting så annerledes at dette ville by på utfordringer ved en sammenslåing.

Å se på kulturforskjeller ut fra denne vinklingen anser vi som mest relevant i dersom man setter i gang med selve fusjonsprosessen. I denne fasen er det viktig at man er klar over motsetningene som fins og jobber aktivt med å bryte ned barrierene. De ansatte foreslår flere tiltak som går ut på å utarbeide felles rutiner, ambulere på sykehusene samt involvere de ansatte fra starten av når det nye sykehuset skal utformes. På denne måten kan de ansatte lære hverandres kultur og i felleskap få utvikle en ny felles kultur.

Vi mener at dette perspektivet i liten grad gir svar på det vi ser etter, da det sier lite om motivasjonen inn mot oppstart av prosessen. Vi kunne heller ha sett på om det er noen forskjeller mellom sykehusene eller yrkesgruppene om hvordan de forholder seg til, og hva de mener om en samlokalisering. Her så vi antydninger til at informantene fra Sandnessjøen var noe mer negativ til dette basert på en tidligere erfaring. Her opplevde de at et vedtak om å legge hovedsykehus til deres by ble omgjort etter politisk spill i kulissene. Disse virket også ha mindre tiltro til at ledelsen kom til å fatte et «rettferdig» vedtak denne gangen. De var helt klare på at det måtte komme tydelig fram at avgjørelsen ikke var fattet av ledelsen på Mo, men av HelseNord eller helsedepartementet. Disse to informantene var også klart minst tilbøyelige til å bli med på flyttelasset dersom dette skulle bli en realitet. Nok en gang ser vi at dette med tiltro til leders avgjørelser er en faktor. I dette tilfellet er skepsisen basert på tidligere erfaringer. Ettersom vi kun har snakket med et fåtall personer fra hvert av sykehusene føler vi ikke at det er nok materiale til å kategorisk si noe om forskjeller mellom sykehusene. Vi tør likevel hevde at tidligere erfaringer med dårlige/urettferdige avgjørelser kan prege hvilke forventninger en har til de fremtidige avgjørelsene som fattes.

Det samme gjelder for forskjeller mellom yrkesgruppene. Vi finner ikke noe som indikerer at den ene yrkesgruppen er mer positiv enn den andre. Det eneste verdt å kommentere her er at noen sykepleiere hevder at store fagmiljø er bedre for leger og rekruttering av disse enn for sykepleiere. Dette begrunnes med at sykepleierne i større grad rekrutteres lokalt enn legene, og arbeidsplassen bør virke mer attraktiv for å lokke disse til området.

Heller ikke her føler vi at vi har nok empiri til å trekke konklusjoner. Kultur kan ha en relevans i saken, men det bør gjennomføres mer forskning for å kunne avdekke dette. Sannsynligvis nok til en egen oppgave.

### ***5.6 Oppsummering av drøftingskapittelet***

Både Kotter (2012) og Lewin (Jacobsen og Thorsvik, 2013) viser nødvendigheten av at de ansatte må forstå behovet for endring før man setter i gang. Denne forståelsen har vi funnet hos våre informanter. Likevel hadde flere av våre informanter kraftige motforestillinger mot en sammenslåing av sykehusene, men denne var i all hovedsak basert på hvordan en endring ville påvirke dem som privatpersoner. Med andre ord kan man si at forståelsen for behovet var fornuftsbasert, mens motstanden lå mer på et mer følelsesmessig plan.

Vi har kommet fram til at hvordan de ansatte oppfatter prosessen frem mot vedtaket vil få betydning for deres beslutning om videre deltakelse. Siden vi ikke har funnet noe annen forskning som sier dette direkte, tror vi dette kan være interessant å forske videre på. I en endringsprosess risikerer man at noen velger å forlate organisasjonen, men hvis man mister for mye kompetanse vil man ikke ha noen til å gjennomføre opplæringen av de nyansatte. Dette vil føre til at sykehuset oppleves som mindre attraktivt faglig sett. Avgang vil i så måte påvirke sykehusets rekrutteringsevne negativt.

Vi fant også ut at hva som oppleves som god kommunikasjon er svært individuelt. Ut fra dette ser vi viktigheten av at ledelsen er tydelig i sin kommunikasjon, helst i form av fysisk tilstedeværelse. Vi innså etter hvert at vi med vår empiri hadde for lite data til å se om det var noen klare kulturforskjeller mellom de tre sykehusene, selv om vi så en litt mer negativ tendens ved en lokasjon.

## 6 Konklusjon

I denne oppgaven har vi ved hjelp av kvalitativ forskning forsøkt å finne ut hvordan ansatte opplever å jobbe i en organisasjon som er i planleggingsfasen av en større endringsprosess. Vi har lagt fokuset på å se på motivasjon og kommunikasjon inn mot endringsprosessen, slik at man best mulig legger til rette for å få de ansatte med videre, og slik at man ikke mister viktig kompetanse på veien. Vår problemstilling er:

### **Hvordan opplever medarbeidere å befinne seg i begynnelsen av en endringsprosess?**

Ut fra denne problemstillingen jobbet vi oss frem til tre forskningsspørsmål. Dersom vi fant svar på disse, kunne vi også gi et mer helhetlig svar på vår problemstilling. Disse forskningsspørsmålene ble utformet slik:

1. *Hvordan er de ansattes aksept og forståelse for endringsbehovet?*
2. *Hvordan opplever de ansatte sin involvering i de beslutningene som fattes?*
3. *Hvordan påvirkes de ansattes motivasjon inn mot oppstart av endringen?*

#### **6.1 *Hvordan de ansattes aksept og forståelse for endringsbehovet er***

Teorien forteller oss om viktigheten av å skape aksept og forståelse for behovet for endringen. Dette har vi har funnet igjen hos de fleste av våre informanter. Det som er viktig å legge merke til er at selv om de i stor grad er enige om at et større sykehus vil være best for pasienten og kvaliteten på de tjenestene som sykehuset leverer, er de likevel svært motvillige til å bli med i endringsprosessen. Dette begrunner de ut ifra at de negative konsekvensene ved en omlokalisering blir for store for dem personlig.

Så når ledelsen sier at de opplever stor enighet i arbeidsgruppene om hvordan fremtidens sykehus skal formes er dette riktig. Når de ansatte i gruppene får beskjed å uttale seg ut fra sin fagkompetanse, gjør de akkurat dette. De opptrer i så stor grad så profesjonelle som mulig. Det ledelsen ikke klarer å avdekke på dette nivået er hvordan de involverte håndterer dette personlig. De spør antakeligvis ikke om det heller. Slik det kommer fram i våre intervjuer vil mange velge å forlate sykehuset den dagen en samlokalisering vedtas fordi de ikke ønsker lenger reisevei til jobb. Hvis de likevel må flytte fra det stedet de bor, vil de undersøke om det finnes andre arbeidssteder i landet som bedre dekker deres ønsker og behov.



Våre informanter, også ledelsens representant, er enige om den største utfordringen i denne saken er å skape aksept for valget av lokasjon dersom man velger en samlokalisering. Det er helt tydelig at alle ønsker et nytt sykehus så nært som mulig. Dette ønsket kan ikke alle få oppfylt. Vi forventer derfor at konfliktnivået øker den dagen et vedtak fattes, og vi vil da i større grad oppleve et engasjement. Det kan godt tenkes at de som i dag er nøytrale vil komme på banen med nye faglige argumenter som hevder at vedtaket er feil eller riktig avhengig av hvilke konsekvenser dette får for dem personlig. I vår case mener vi at det ikke er viktigst å skape aksept og forståelse for endringsbehovet, men for valget av løsning.

Dette er i tråd med Kotter og Cohen (2012) som sier at man må vinne hjertene til de man vil ha med i endringen. Skal man få med de ansatte på en flytting må man også overbevise dem om at de får det bedre, eller i det minste like bra, dersom man blir med på samlokaliseringen. Slik situasjonen er akkurat i vår case tror vi dette er en kjempeutfordring, fordi disse menneskene berøres på et dypere nivå. Endringen vil påvirke dem på det personlige plan ettersom endringen ikke bare påvirker arbeidssituasjonen deres, men også privatlivene deres.

## ***6.2 Hvordan de ansatte sin involvering oppleves i de beslutningene som fattes***

Det var på dette området vi fant størst variasjon i informantenes opplevelser. Noen opplever at de involveres og at det i stor grad er rom for å komme med innspill. Andre opplever at de står utenfor prosessen, og at de i liten grad føler muligheten til å bidra. En del av disse satt også med inntrykket av at det hele var bestemt på forhånd og at prosessen frem mot vedtaket var mer et spill for galleriet.

Det var også stor forskjell på om de ville involveres eller ikke. Flere mente at de ikke selv hadde mye å bidra med, og at de hadde tiltro til ledelsen og de som deltok i utredningene. Det vi oppdaget her er at de som var mest fornøyde plasserte dette hovedsakelig i forholdet til nærmeste leder. Dersom de opplevde å få gode tilbakemeldinger fra denne personen underveis, samtidig som de følte at avdelingslederen også tok med seg innspill videre opp i systemet, ble involveringen opplevd som bedre.

Vi mener derfor mellomlederens viktigste rolle i slike prosesser blir å finne de som vil involveres og sørge for at disse får en aktiv rolle. Samtidig som man også sørger for at de som vil sitte på sidelinjen får nødvendig informasjon til å holde seg oppdatert og blir forsikret om

at ting går riktig for seg. Skulle disse ønske involvering på et senere tidspunkt, kan også dette fanges opp av mellomleder.

Slik kan vi også vise viktigheten av å fokusere på kommunikasjon i endringsprosesser, og at denne kommunikasjonen mellom ledere og ansatte bør foregå så personlig og direkte som mulig. Dette for å ha kontroll med at god informasjon når ut til alle involverte uten å være påvirket av andres filtrering. Ledelsens tilstedeværelse gjør det også mulig å avdekke både misforståelser, og en eventuell motstand, i et tidligst mulig stadium. For de ansatte vil denne tilstedeværelsen og muligheten til å komme med tilbakemeldinger gi en følelse av å bli involvert i prosessen, samt en følelse av å få lov til å gi uttrykk for sine bekymringer. Dette vil igjen føre til at de kjenner større eierskap til det som skal skje og ut ifra dette er mer åpne til å bidra. På dette området virker våre funn å være i samsvar med kjente teorier. Men et viktig paradoks er hvordan teorien slår fast behovet for god kommunikasjon, mens dette i praksis er veldig subjektivt. Det som for noen er for mye informasjon, er for andre altfor lite. Dermed blir det slik vi har tolket våre funn nærmest en umulighet å sørge for god kommunikasjon med alle ansatte, selv om dette er hva man anbefales å strebe etter.

### ***6.3 Hvordan de ansattes motivasjon påvirkes inn mot oppstart av endringen***

Ut fra vår forskning ser vi at de valg som beslutningstakerne fatter i henhold til gjennomføring av endringen må fremstå som den faglig beste løsningen, og ikke bære preg av å være bestemt ut fra forfordeling av særinteresser. Her ligger også, etter vår mening, den aller største utfordringen, da det virker nesten helt umulig å komme opp med en løsning som oppfattes som riktig av alle. Det er helt umulig å fatte en absolutt objektiv beslutning, fordi alle involverte i prosessen vil være preget av sin egen bakgrunn i større eller mindre grad. Dette fører ofte til at man finner faglige argumenter som bygger opp rundt ens eget syn og til en viss grad kamuflerer en personlig agenda. De fleste av våre informanter mener at et større sykehus er en fordel for rekrutteringen, mens noen mener det motsatte. I tillegg kan man tenke seg at personlig oppfatning legger grunnlaget for hvilke forhold man velger å ha med i sin argumentasjon, samtidig som man velger bort argumenter som taler mot egen oppfatning. Dette viser også at selv om man sitter med samme informasjonen vil den personlige fortolkningen avgjøre hvordan man forstår og oppfatter denne.

I en høyst hypotetisk situasjon hvor beslutningstakerne klarte å komme med en beslutning basert på et fullkomment objektivt grunnlag, ser vi uansett for oss at det ville blitt konflikter.

Hovedsakelig fordi de som blir påvirket av denne beslutningen, i vårt tilfelle de ansatte, kommer til å tolke situasjonen ut fra sine forutsetninger. Hvis det får store negative konsekvenser vil de først og fremst reagere med sinne eller sorg. Etter hvert vil de forsøke å skape seg et overblikk over situasjonen, og forsøke å skaffe gode argumenter som kan brukes til å stoppe endringen. Når man så innser at det ikke nytter å stoppe prosessen kommer man til det punktet hvor man må fatte valget for videre involvering. Her vil nøkkelfaktoren være hvilke alternativer som finnes. Først og fremst må forutsetningen være at det finnes et annet jobbalternativ. Hvis ikke er man nødt til å bli med på prosessen. Våre informanter tilhører attraktive yrkesgrupper og anser det som enkelt å finne nytt arbeide. Vurderingen vil da ligge i hvilket alternativ som best tilfredsstillere deres forutsetninger for valg av arbeidsplass. Finnes det et annet lokalt alternativ velges nok dette, da dette vil være mest bekvemt, men hvis man uansett må flytte vil man veie dette opp mot det man allerede har. Også her tror vi valget som regel vil falle på den løsningen som er mest bekvem. Det kan også tenkes at relasjonen til ledelsen og hvordan man føler seg ivaretatt kan være med å avgjøre dette valget. Her snakker vi om hvorvidt man opplever brudd på psykologiske kontrakter eller ikke.

I denne fasen mener vi at graden av involvering i endringsprosessen påvirkes av den enkeltes valgmulighet. Har man ikke noe valg, må man bli med, men bidrar da nødvendigvis ikke i stor grad fordi man opplever dette som tvang. Mens hvis man i motsatt fall velger å bli med på endringen, fordi man har vurdert dette som den beste av flere alternative løsninger, er man mer motivert og bidrar derfor i større grad positivt. Man opplever en større grad av autonomi fordi man føler at man har valgt endringen selv.

Til sist så vi at de faktorene som ville bidra til økt rekruttering blant nyutdannet helsepersonell eller de under utdanning, kunne være de samme faktorene som avgjorde om de som allerede var ansatte kom til å slutte. Hvis disse sluttet ville en del av kompetansegrunnlaget forsvinne, og sykehuset ville oppfattes som mindre attraktivt for de man ønsket å rekruttere. Dette gir en del utfordringer for ledelsen på sykehuset. Først og fremst må man sørge for at prosessen frem mot et endelig vedtak oppfattes som ryddig og skaper en forståelse for at vedtaket fremstår som det beste for flest mulig. Videre må man så snart vedtaket er fattet finne ut hvem som helt klart kommer til å slutte, og hvem som kan påvirkes til å bli med videre. Disse personene kan bidra positivt til at prosessen gjennomføres på best mulig måte. Vårt forslag blir her å fokusere på det personlige aspektet i størst mulig grad ettersom det er her hovedtyngden av motstanden ligger.

Vi mener at dette indikerer at kunnskapsarbeideren ikke nødvendigvis har andre motivasjonskrefter enn de man ser fra tradisjonell motivasjonsforskning. Våre informanter er veldig tydelige på at nære behov som familie og trygghet vil veie tyngst hvis de må velge mellom dette og en mer utfordrende og utviklende jobb.

Det vi vil ta med oss videre fra denne oppgaven er hvor viktig det er ikke å glemme at på alle arbeidsplasser har man med mennesker å gjøre. De kan sitte med all verdens kompetanse, samt inneha de mest utfordrende og utviklende jobbene i verden, slik at alt ligger til rette for at de skal ha god motivasjon til å stå på for jobben. Likevel vil det til syvende og sist være hvordan de har det på det personlige planet som er avgjørende. Hvis man ikke føler seg trygg og ivaretatt på jobb, samt at forholdene ligger godt til rette for et sosialt liv med familie og venner, ser det ut til at mange vil velge bort en spennende karriere hvis de må. Det kan være at man med kunnskapssamfunnet ser at utfordringer og utviklingsmuligheter på jobb ikke lenger er en motivasjonskraft, men mer en selvfølgelighet. Hvis man bruker flere år av sitt liv på utdanning, forventer man at jobben man får i etterkant er interessant og utviklende. Hvis dette ikke inntreffer virker det muligens demotiverende. Motivasjonen ligger i hvilke muligheter en jobb kan åpne opp for i privatlivet. Fremtidens ansatte ønsker med andre ord å ha mulighet for selvrealisering utenfor jobben.

#### ***6.4 Forslag til videre forskning***

Gjennom denne masteroppgaven klarte vi å finne noen svar på vår problemstilling. Det meste av dette ble forklart opp mot eksisterende teori. Likevel ser vi at det er en del momenter vi godt kunne tenkt oss det ble sett mer på.

Vi har ikke funnet forskning som sier noe om at oppfatningen av beslutningsprosessen påvirker aksept for endringen. Vår forskning er heller ikke omfattende nok til at vi kan si at det er hold i vår foreslåtte modell (figur 2), eller i hvor stor grad det eventuelt påvirker de ansattes holdning til endringen. For å finne svar på dette må det forskes mer. Her kan man velge flere vinklinger. Man kan ta utgangspunkt i vår case og intervju de ansatte i etterkant. Da kan man finne ut om det er sammenheng mellom aksept for endringsbehovet, aksept for ledelsens valg av lokasjon og om den enkelte blir med i prosessen, og da i hvilken grad de bidrar. Finner man noe her kan man se om dette gjelder kun innenfor helsesektoren og offentlig virksomhet, eller også hos private. Det kan også tenkes at størrelsen på endringen har noe å si, og hvordan den påvirker samfunnet rundt organisasjonen.

Vi mener også at man kan studere nærmere hvordan det å ha muligheten til selv å bestemme kan påvirke involveringsgraden. Her tenker vi oss situasjoner hvor de ansatte har et valg mellom å delta i endringen eller begynne i en annen jobb. Disse kan da vurderes opp mot de som ikke kan velge å slutte fordi det ikke finnes en alternativ jobb.

# Litteraturliste

## Artikler

- Bernstrøm, V. H. 2014. Implementering av organisasjonsendringer i helsesektoren-hvorfor det ofte går galt. *Scandinavian Journal of Organizational Psychology*, 6.
- Carlström, E. & Olsson, L.-E. 2014. The association between subcultures and resistance to change – in a Swedish hospital clinic. *Journal Of Health Organisation & Management*, 28, 458-476.
- Christensen, P. H. & Foss, N. J. 2011. utfordringer ved motivasjon og ledelse av kunnskapsarbeidere.
- Dietrichson, S. & Bernstrøm, V. H. 2014. Sykehusfusjoner gir økt sykefravær. *Tidsskriftet sykepleien*, 102, 48-49.
- Heldal, F. 2015. Managerial Control versus Professional Autonomy in Organizational Change: Tearing Down the Walls and Fighting Fire with Fire. *Journal of Change Management*, 15, 188-209.
- Heldal, F. & Endre, S. 2015. Endring i sykehus – et spørsmål om ledelse. *Tidsskriftet, Den Norske Legeforening*.
- Laudal, T., Bjaalid, G. & Mikkelsen, A. 2016. Hairy Goals and Organizational Fit: A Case of Implementing ICT-Supported Task Planning in a Large Hospital Region. *Journal of Change Management*, 1-23.
- Lines, R. 2011. Forskningsbasert viten om motivasjon av kunnskapsarbeidere. *Magma*, 14, 23-32.
- Mathilde, F. 2013. God organisering vil gi god omsorg. *Søkelys på arbeidslivet*, 30, 137-149.
- Mládková, L., Zouharová, J. & Nový, J. 2015. Motivation and Knowledge Workers. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 207, 768-776.
- Sandvik, A. M. 2011. Ledelse av kunnskapsarbeid.
- Sverdrup, T. E. & Olsen, T. G. 2015. Hvordan motivere ansatte til endring gjennom dialog og styrking av den psykologiske kontrakten? *Magma*, 68-75.
- Van Der Voet, J. 2014. The effectiveness and specificity of change management in a public organization: Transformational leadership and a bureaucratic organizational structure. *European Management Journal*, 32, 373-382.

## Avisartikler

- Dagbladet. 2012. Nytt spill om sykehusene. *Dagbladet*, 17.12.2012.
- Nordlys. 2013. Livsfarlig mangel på personell. 22.08.2013.
- Rb. 2016a. Helse Nord-styret: Også løsning med to akuttsykehus må utredes *Rana Blad*, 22.09.2016.
- Rb. 2016b. Her reserverer Vefsn tomteareal som et alternativ for nytt, felles sykehus på Helgeland *Rana Blad*, 09.11.16.
- Vg. 2014. Sykehusstriden avgjort. 19.12.14.

## Bøker

- Aase, T. H. & Fossåskaret, E. 2007. *Skapte virkeligheter : kvalitativt orientert metode*, Oslo, Universitetsforl.
- Dalen, M. 2011. *Intervju som forskningsmetode*, Oslo, Universitetsforl.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. 1985. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, New York, Plenum.

- Drucker, P. F. 1959. *Landmarks of tomorrow*, New York,, Harper.
- Erichsen, M., Solberg, F. & Stiklestad, T. 2015. *Ledelse i små og mellomstore virksomheter*, Bergen, Fagbokforl.
- Grund, J. 2006. *Sykehusledelse og helsepolitikk : dilemmaenes tyranni*, Oslo, Universitetsforl.
- Jacobsen, D. I. 2012. *Organisasjonsendringer og endringsledelse*, Bergen, Fagbokforl.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. 2013. *Hvordan organisasjoner fungerer*, Bergen, Fagbokforl.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. 2011. *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*, Oslo, Abstrakt forl.
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. 2003. *Psykologi i organisasjon og ledelse*, Bergen, Fagbokforlaget.
- Kotter, J. P. 2012. *Leading change*, Boston, Mass, Harvard Business Review Press.
- Kotter, J. P. & Cohen, D. S. 2012. *The Heart of Change. heart of change*. Harvard Business Review Press.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Meyer, C. B. & Stensaker, I. G. 2011. *Endringskapasitet*, Bergen, Fagbokforl.
- Ryen, A. 2002. *Det kvalitative intervjuet : fra vitenskapsteori til feltarbeid*, Bergen, Fagbokforl.
- Tjora, A. H. 2012. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*, Oslo, Gyldendal akademisk.

## Websider

- Helgelandssykehuset. 2016. *Helgelandssykehuset 2025* [Online]. Tilgjengelig fra: <https://helgelandssykehuset.no/om-oss/helgelandssykehuset-2025> [Lest 02.22 2016].
- Kotter, J. P. 2011. Resistance to Change. Youtube.
- Nav. 2016. *Ledige Stillinger* [Online]. Tilgjengelig fra: <https://tjenester.nav.no/stillinger/stillinger?s4=126049&s4=126056&s4=126054&s4=126026&s4=126008&s4=126005&s4=126015&s4=126010&s4=122597&s4=122561&s4=122548&s4=126081&s4=120199&s4=127484&s4=126139&s4=126133&s4=120085&s4=120083&s4=120214&s4=120213&s4=120218&s4=120201&s4=120466&s4=120465&s4=120471&s4=120472&s4=126956&s4=126954&s4=119970&s4=119949&s4=119948&s4=119952&s4=119951&s4=119954&s4=119953&s4=119956&s4=119958&s4=119965&s4=119966&s4=119968&s4=119945&s4=119944&s4=123139&s4=123221&s4=119894&s4=119849&s4=125967&s4=125972&s4=123320&s4=125945&s4=125964&s4=125927&s4=125925&s4=125926&s4=125909&s4=125908> [Lest 08.11.16 2016].
- Nrk 2016. Nabokrangelen som ble en «flyplasskrig».
- Regjeringen. 2014. *Sykehusreformen 2001/2002* [Online]. Regjeringen.no. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/sykehusreformen-20012002/id226436/> [Lest 06.11 2016].

# Vedlegg

## *Vedlegg 1: Intervjuguide*

### *Innledning*

Kort presentasjon av oss selv.

Helgelandssykehuset er i gang med en prosess hvor man sannsynligvis kommer til å slå sammen tre lokalsykehus til et større regionalt sykehus på Helgeland. En av hovedargumentene for prosjektet er at man ønsker å skape mer robuste fagmiljø slik at man blir mer attraktiv i kampen om stadig mer etterspurt helsepersonell. Allerede i dag ser man at små sykehus sliter med å skaffe kvalifisert personell til viktig posisjoner. Spesielt nevnes legespesialister, spesialsykepleiere og bioingeniører.

Andres erfaring samt teori rundt endringsprosesser sier noe om viktigheten av at de som skal delta i prosessen er motivert for og skjønner behovet for at denne igangsettes. Dersom man ikke lykkes med dette risikerer man at de ansatte yter motstand mot prosessen og eller at noen velger å slutte i bedriften, slik at man mister viktig kompetanse. Helsepersonell er generelt sett etterspurt i arbeidsmarkedet. I denne prosessen er det derfor lett å tenke seg at en i sykehuset risikerer å miste viktige ressurspersoner dersom man ikke klarer å få de ansatte engasjert og entusiastiske for samlokaliseringen.

Med dette som bakgrunn vil vi med denne oppgaven forsøke å finne svar på hvordan man skal gå frem fra en leders ståsted for å skape forståelse for behovet av en sammenslåing, samt entusiastiske medarbeidere som bidrar positivt i prosessen.

Vi skal foreta 9 intervjuer med 3 informanter fra hvert av de 3 lokalsykehusene. Det er viktig for oss at de personene vi snakker med både er helsepersonell og at de er i en alder som tilsier at de er potensielle ansatte den dagen en eventuell samlokalisering settes i gang. Intervjuet vil vare i ca.1 time. Alle informanter vil være anonyme i selve oppgaven.



**Oppvarmingsspørsmål:**

Yrkestittel

Yrkeserfaring

Hvor vedkommende kommer fra?

Ellers generelt om bakgrunn og hvorfor valg av hsyk som arbeidssted.

Erfaring med endringsprosesser?

Enten her ved Helgelandssykehuset eller andre arbeidsteder.

Hva var din rolle i denne prosessen?

Hvordan synes du ledelsen håndterte prosessen?

Hva mener du kunne vært gjort annerledes?

Hvilke tanker har du rundt samlokalisering av helgelandssykehuset?

Be om forklaring på hvorfor positiv/negativ

Hvis positiv spør om man ikke ser utfordringer/ hvis negativ spør om det ikke vil være noen fordeler.

La oss se for oss at det blir vedtatt bygget et felles sykehus, og du var satt til å lede dette. Hva ville du gjort for å få med de ansatte i prosessen?

Dersom negativ til det prosessen:

Hva skal til for å få deg med på lasset?

(Her må vi nok også improvisere litt, avhengig av hvordan intervjuet går. Flyter det bare lar vi vedkommende kjøre på. Hvis ikke må vi stille oppfølgende spørsmål og be om utfyllende kommentarer/begrunnelser)

Til sist: Hva tror du en sammenslåing vil bety for deg personlig?

Noen kommentarer til slutt?

## ***Vedlegg 2: Informantoversikt***

<b>Personalia</b>	<b>Gjennomført intervju</b>
Informant 1: Mann, 30 år. Lege i Mosjøen. Norsk.	22. juni 2016
Informant 2: Kvinne, 41 år. Lege i Sandnessjøen. Tysk.	22. juni 2016
Informant 3: Mann, 39 år. Spesialsykepleier i Sandnessjøen. Norsk.	22. juni 2016
Informant 4: Kvinne, 36 år. Spesialsykepleier i Mosjøen. Norsk.	28. juli 2016
Informant 5: Mann, 45 år. Lege i Sandnessjøen. Tysk.	22. juni 2016
Informant 6: Mann, 33 år. Lege i Mo i Rana. Norsk.	23. juni 2016
Informant 7: Mann, 34 år. Spesialsykepleier i Mo i Rana. Norsk.	24. juni 2016
Informant 8: Mann, 43 år. Lege i Mo i Rana. Norsk.	24. juni 2016
Informant 9: Kvinne, 31 år. Lege i Mosjøen. Norsk.	28. juli 2016
Informant 10: Mann, 48 år. Radiograf i Mosjøen. Norsk.	28. juli 2016
Ledelsens representant: Mann, 49 år. Sykehusets foretaksledelse. Norsk.	10. juni 2016

### ***Vedlegg 3: Koding***

Informantenes utsagn ble kategorisert i følgende temaer:

#### Samlokalisering

Positiv

Negativ

#### Endringsprosessen

Endringsvilje

Opplevd involvering

Involveringsbehov

#### Viktige ansatte

Beholde

Rekruttere

#### Kommunikasjon

Mottatt informasjon

Informasjonsbehov

Dialog

#### Kulturperspektivet

Nåværende situasjon

Situasjonen ved en samlokalisering