



UNIVERSITETET I AGDER

# **Kommunikasjon, brukerdeltakelse og brukermedvirkning i endringsprosesser i sykehus**

KHLOOD JABBAR IBRAHIM

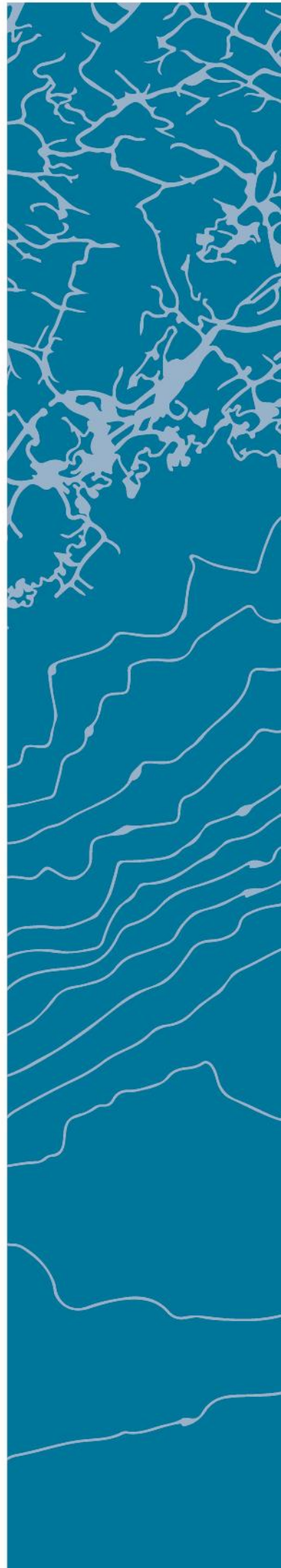
**Universitetet i Agder, [2016]**

Fakultet for [Samfunnsvitenskap]

Institutt for [Statsvitenskap og ledelse]

VEILEDER

Linda Hye og Nichole E. Silva



# Forord

---

Denne masteroppgaven er skrevet som en avsluttende del av masterstudie i helseledelse ved Fakultet for Samfunnsvitenskap ved universitetet i Agder. Oppgaven er skrevet i perioden fra august 2016 til desember2016.

Masteroppgaven var krevende men samtidig interessant, språkutfordringen krever ekstra energi fra studenter med innvandrer-bakgrunn og dette har jeg opplevd selv under skrivingen av oppgaven, men takket være mine hjelpsomme rådgivere på Universitet i Agder og kollegaer på jobben klarte jeg å overvinne den utfordringen. Jeg vil også takke alle informantene som tok seg tid og var villig til å bli intervjuet, delte sine meninger og erfaringer om endringsledelse i helseforetak, de har bidratt med mye nyttig informasjon som er brukt i oppgaven. Jeg vil rette stor takk til min arbeidsgiver Sørlandet sykehus for at jeg fikk muligheten for gjennomføre studien ved siden av jobben.

Takk til mine kolleger på jobben som oppmuntret meg til å fullføre masterløpet, spesielt takk til mine kolleger Helge Havåg, Knut-Kristian Aas Bjørnstad som var til hjelp og veiledning ut fra sine egne erfaringer med masteroppgave, jeg takker også min tidligere sjef Leif Kjørsvik som satte pris på kompetanseheving i avdelingen vår, og oppmuntret meg til å fullføre masterløpet. Til slutt vil jeg takke min familie og spesielt sønnen min Dana for all støtte og tålmodigheten sin under masterløpet mitt.

Med vennlig hilsen

Khlood Jabbar Ibrahim 08.12.2016

# Sammen drag

---

I denne masteroppgaven har jeg undersøkt og forsøkt å belyse betydning av kommunikasjon, brukerdeltakelse og brukermedvirkning i endringsprosesser i helseforetak/ sykehus. I kompetansevirksomhet som sykehus, sitter folk med høykompetanse og yter tjeneste til pasienter. De leder utfra sin kompetanse og fagprofesjon til pasientenes beste, å føre endringer i slike organisasjoner er ikke lett, endringsledere må kommunisere med profesjonene i organisasjonen og inkludere dem i endringsprosessen for å få god medvirkning og endring.

Tema for oppgaven er ledelse av endringer i helseforetak/sykehus gjennom inkludering av arealbrukere/profesjonene som blir berørt av endringsprosessen. Endringer i samfunnet, og befolkningsvekst førte til betydelige endringer i spesialhelsetjenestetilbudet. Betydelig økning i pasientbehandlinger har økt behovet for mer areal i sykehusene i Norge. For å overleve så mye endringer i samfunnet, og i pasientbehandlinger må vi ha nok arealer i sykehusene for å betjene økningen i pasientbehandlingen. Tilstrekkelig arealer betyr ikke å bygge nye dyre sykehus hele tiden, men også bruke eksisterende areal effektivt og riktig. For å effektivisere eksisterende arealer som arealbrukere/profesjoner bruker må vi omorganisere eller endre måten arealene blir brukt på av arealbrukere/profesjonene. For å få til denne endringen i arealbruken for arealbrukere/profesjonen trenger vi å ha gode metoder og endringsstrategier som fører til implementering av endringen i sykehuset. Derfor var det interessant for meg å skrive en masteroppgave om dette viktige tema, og prøve å rette fokuset mot kommunikasjon, brukerdeltakelse og brukermedvirkning i endringsprosesser i sykehus.

Jeg har valgt å se på en endringsprosess fra mitt arbeidssted som er Sørlandet sykehus. Ettersom jeg jobber i en avdeling som prosjekterer og forvalter sykehusbygg og har oversikt over brukere av sykehusarealene, har dette gitt meg ett visst innsyn i hvordan arealene brukes av brukere i sykehuset. Tidlig i 2014 har Sørlandet sykehus vært gjennom en stor endringsprosess der arealene i sykehuset skulle effektiviseres, prosjektet heter Araleffektivisering i SSHF. Gjennom dette prosjektet eller endringsprosessen fikk Sørlandet sykehus effektivisert bruksarealene som brukes av de forskjellige avdelinger og enheter som drifter sykehuset. Noen avdelinger måtte få mer arealer på grunn av økning i pasientbehandlingen hos dem, og noen måtte gi fra seg en del arealer på grunn nedgang i en del aktiviteter eller behandlingsområder, mer detaljer om prosjektet blir presentert seinere i oppgaven. Det ble interessant for meg å se på hvordan endringen er ledet i sykehusets

avdelinger, og hva var betydningen for kommunikasjonen, brukerdeltakelse og brukermedvirkningens i endringsprosessen.

Teoretiske forankringer i oppgaven er basert på litteratur fra ulike forfattere om organisasjon, ledelse, endringer i organisasjon og endringsledelse, samt teorier om kommunikasjon i organisasjoner og brukerdeltakelse og brukermedvirkning i endringsprosesser.

Metoden jeg har brukt i undersøkelsen er kvalitativ metode, der nærhet til undersøkelsesobjektene legges til grunn for å belyse problemstillingen. Endringsledere, arealbrukere/profesjonen og ansattes representanter i sykehuset ble intervjuet for å kunne belyse problemstillingen fra ulike perspektiver. En del virksomhetsdata fra sykehuset i Kristiansand er brukt for innhenting av viktige data for undersøkelsen.

Funnene fra undersøkelsen viser at kommunikasjon, brukerdeltakelse og brukermedvirkning er viktige elementer i en endringsprosess i sykehus, både for endringsledere og for arealbrukere/profesjonen i sykehuset. Funnene fra undersøkelsen viser at kommunikasjonen i Areal effektiviseringsprosjektet var delvis effektivt, avdelingene som ikke fått nok informasjon om endringene under kartleggingens av arealene sine, og fikk seint eller ingen tilbakemelding om en del endringsforslag de kom med til endringsledere hadde negativ syn om kommunikasjonen, og dette påvirket videre deres deltakelse og medvirkning i kartlegging av arealene sine. deltakelsen og medvirkningene var også delvis effektiv for to av de tre avdelingene som var med i undersøkelsen, i følge intervjuene så viste det seg at de ble sent inkludert i kartlegging av arealene sine og at de kunne ikke påvirke mye på en del løsninger som var ikke egnet for deres drift.

Til slutt i oppgaven kommer det forslag for videre forskning og veien videre.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning .....	1
1.1	Presentasjon av tema og problemstilling .....	1
1.1.1	Bakgrunn for valg av tema og problemstilling .....	1
1.1.2	Om Sørlandet sykehus Helseforetak (SSHF) .....	2
1.1.3	Om arealeffektiviseringsprosjektet - SSHF-SSK (2014-2016) .....	3
1.1.4	Oppgavens oppbygning og fremgangsmåte .....	5
2	Teoretiske tilnærminger .....	6
2.1	Organisasjonsteori .....	6
2.1.1	Organisasjonstyper .....	6
2.2	Organisasjonsendring .....	8
2.2.1	Ulike perspektiver på endring .....	9
2.3	Ledelsesteori og endringsledelse .....	12
2.3.1	Ledelse i ekspertorganisasjoner .....	13
2.3.2	Endringsstrategier .....	16
2.4	Kommunikasjon under endringsprosesser .....	19
2.4.1	Kommunikasjonskanaler og kommunikasjonsmåter .....	20
2.4.2	Kommunikasjon i endringsprosesser .....	21
2.5	Deltakelse og brukermedvirkning under endringsprosesser i sykehus .....	22
3	Metodiske tilnærminger .....	25
3.1	Metodisk tilnærming .....	25
3.2	Avgrensning .....	26
3.3	Valg av informanter .....	27
3.4	Innsamling av data .....	28
3.5	Analyse av data .....	29
3.6	Verifisering (reliabilitet og validitet) .....	30
4	Presentasjon av Funn .....	33
4.1	Hovedfunn fra Gruppe 1/endringsledere .....	34
4.1.1	Begrunnelse for hovedfunn fra intervju .....	35
4.1.2	Oppsummering hovedfunn og hypoteser- Gruppe 1-endringsledere .....	39
4.2	Hovedfunn fra Gruppe 2 - arealbrukere/profesjonen i Sørlandet sykehus .....	40
4.2.1	Begrunnelse for hovedfunn fra intervju .....	40
4.2.2	Oppsummering av hovedfunn og hypoteser fra Gruppe 2 arealbrukere/profesjonene ..	48

5	Drøftingsdelen.....	49
5.1	Å lede fra bunnen i sykehus .....	49
5.1.1	Endring i ekspertorganisasjon .....	50
5.1.2	Bevisst endringsstrategi.....	51
5.1.3	Mellomledelsens betydning i endringen.....	52
5.2	Betydning av kommunikasjon mellom endringsledere og arealbrukere/profesjonen i endringsprosesser.....	53
5.2.1	Kommunikasjon mellom endringsledere og arealbrukere/profesjonene .....	53
5.2.2	Kommunikasjonskanaler .....	55
5.2.3	Betydning av kommunikasjon i endring.....	56
5.2.4	Tilrettelegging for kommunikasjon.....	58
5.3	Betydning av brukerdeltakelse og brukermedvirkningen i endringsprosesser .....	59
5.3.1	Inkludering av profesjonene i endringen .....	59
5.3.2	Eierskapsforhold til endringen .....	61
6	Konklusjon og veien videre .....	64
6.1	Oppgavens bidrag til kunnskap på området .....	65
6.2	Behov for videre forskning.....	65
7	Kilder og litteraturliste .....	66
7.1	Bøker og artikler .....	66
7.2	Dokumenter/rapporter .....	68
7.3	Nettsider.....	68
8	Vedlegg .....	69
8.1	Vedlegg 1:Tabell 3 - Samlet oversikt over hypotese og funn .....	69
8.2	Vedlegg 2: Intervjuguide til Arealbrukere/profesjonene-SSK .....	72
8.3	Vedlegg 3: Intervjuguide til Endringsledere/prosjektledere-SSK.....	73
8.4	Vedlegg 4: Følgebrev til endringsledere .....	74
8.5	Vedlegg 5: Følgebrev til arealbrukere/profesjonene .....	75

# Figur liste

---

Fig 1: Skavoll, Gunnar(2014)-Optimalisering av areal i SSFH-SSK.....	3
Fig 2: Jacobsen (2012:24), Endring som forskjell mellom to ulike tidspunkt.....	9
Fig 3: Jacobsen (2012:23), Endring som finner sted i en kontekst.....	9
Fig 4: Jacobsen(2012:116) Organisasjonenes evne og mulighet til å endre seg som en funksjon av indre og ytre forhold.....	12
Fig 5: Jacobsen(2012:184) Lewins tre-steg-modell for endring.....	16
Fig 6: Jacobsen og Thorsvik (2013:281)-Kommunikasjonsprosessen.....	19

# Tabell liste

---

Tabell 1: Khlood J. Ibrahim (2016)- Analyse og hypotese tabell.....	30
Tabell 2: Khlood J. Ibrahim(2016)- Hypotese bekreftelse og avkreftelse.....	34
Tabell 3: Ibrahim J. Khlood (2016)- Samlet oversikt over hypotese og funn.....	69-71

# Begrepsforklaringer

---

SSHF: Sørlandet sykehus helseforetak

SSK: Sykehuset i Kristiansand

SSA: Sykehuset i Arendal

SSF: Sykehuset i Flekkefjord

Eg: Stedsnavn på sykehuset i Kristiansand

Endringsledere: Er prosjektledere for arealeffektiviseringsprosjektet, som fikk ansvar for å kartlegge arealene i Sørlandet sykehus og se om det er mulig å effektivisere disse arealene.

Arealbrukere/profesjonen: De er arealbrukere i Sørlandet sykehus i Kristiansand, og er fagfolkene som driver pasientbehandling i sykehuset og yter spesialhelsetjeneste til folk i Agder.

Poliklinikk: En post der pasienter kommer til undersøkelse og behandling og går hjem

Sengepost: En post der sengepasienter ligger til behandling og overnatter i sykehuset for en bestemt periode.

Arealeffektivisering: Begrep brukt i oppgaven for å forklare arbeidet med å effektivisere og optimalisere arealene ved sykehuset.

Faglig ledere: Er arealbrukere/profesjonene som har lederansvar i sine avdelinger og enheter i sykehusets avdelinger.

Administrative ledere: De er sykehusledelsen og administrative ledere som styrer og administrerer sykehuset.

Brukerdeltakelse: Arealbrukere/profesjonenes deltakelse i en endringsprosess som berører deres arealer.

Brukermedvirkning: Er arealbrukere/profesjonenes innflytelse på utforming av tjenestetilbudet.



# 1 Innledning

## 1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Tema for oppgaven er ledelse av arealendringer i helseforetak gjennom kommunikasjon med arealbrukere, og inkludering av dem som blir berørt av endringsprosessen i kartlegging av arealendringene. Endringer i samfunnet, og befolkningsvekst førte til betydelige endringer i spesialhelsetjeneste tilbudet, og for å overleve så mye endringer må vi ha gode metoder og strategier for å føre inn endringer i helseorganisasjonene/sykehus med minst mulig motstand mot endring. Dette tema er veldig interessant og er viktig å studere for å finne metoder og endringsstrategier som fører til en vellykket endring i sykehusene.

### 1.1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Mange avdelinger roper om mer areal i Sørlandet sykehus. Økningen i befolkningen på Sørlandet har ført til økning i spesialhelsetjenestetilbudet i Sørlandet sykehus, men sykehuset gir de tjenestetilbudene/behandlingene i de samme arealene som stod ferdige i 1990. Dette er utfordrende for både sykehusansatte og pasientene. Hva skal gjøres for å løse arealutfordringen? Skal vi omorganisere bruksarealene, eller skal vi bygge nytt?

Etttersom jeg jobber i en avdeling som prosjekterer og forvalter sykehusbygg og har oversikt over brukere av sykehusarealene, har dette gitt meg et visst innsyn i hvordan arealene brukes av brukere i sykehuset. Sørlandet sykehus har siden tidlig i 2014 vært gjennom en stor endringsprosess der arealene i sykehuset skulle effektiviseres, prosjektet heter Arealeffektivisering i SSHF. Gjennom dette prosjektet eller endringsprosessen fikk Sørlandet sykehus effektivisert bruksarealene som brukes av de forskjellige avdelinger og enheter som drifter sykehuset. Noen avdelinger måtte få mer arealer på grunn av økning i pasientbehandlingen hos dem, og noen måtte gi fra seg en del arealer på grunn nedgang i en del aktiviteter eller pasientbehandlinger, mer detaljer om prosjektet blir presentert senere i dette kapitlet. Det ble interessant for meg å se på hvordan endringen er ledet, og hva betydningen var for kommunikasjon mellom endringsleder, arealbrukere, brukerdeltakelse og brukervedvirkning i endringsprosessen.

Sykehus i følge (Strand, 2007) er en ekspertorganisasjon, Arealbrukere /profesjonene i sykehuset er folk som har høy utdannelse og drifter sykehuset daglig, de profesjonene jobber for pasientenes beste ut fra sin profesjon og fagekspertise. Å føre inn endringer i sårn type organisasjon går ikke problemfritt. Det er viktig å inkludere arealbrukere/profesjonen i

endringsprosesser som berører dem, det er viktig å kommunisere med dem for å kartlegge og planlegge endringene. På bakgrunn av dette ser jeg at det er viktig å øke forståelsen rundt kommunikasjon og brukerdeltakelse og medvirkning i endringsprosesser som skjer i sykehus.

Ut ifra dette har jeg formulert følgende problemstilling:

**«Hvilken betydning har kommunikasjon, brukerdeltakelse og brukermedvirkning i endringsprosesser i sykehus? »**

I neste avsnitt vil jeg presentere kort Sørlandet sykehus og hva den tilbyr av helsetjenester, deretter vil jeg gi en kort beskrivelse av casen Arealeffektivisering ved SSHF-SSK.

Jeg gjør deg oppmerksom på at Sørlandet sykehus har endret organisasjonsstruktur i 2015-2016, mens arealeffektiviseringsprosjektet begynte i 2014, så gamle sykehusets struktur og benevnelser er brukt i denne oppgaven.

### **1.1.2 Om Sørlandet sykehus Helseforetak (SSHF)**

Sørlandet sykehus har et areal på ca. 250 000 kvm, delt på tre lokasjoner i Kristiansand, Arendal og Flekkefjord. Den somatiske del av sykehuset på Eg i Kristiansand (SSK) ble tatt i bruk 1989/90 (bygg 10), de ytre rammene er omtrent de samme som for 25 år siden.

Sørlandet sykehus HF har som mål å gi et helhetlig og individuelt tilpasset behandlingstilbud av høy kvalitet, innenfor både somatikk og psykisk helsevern, til alle som bor og oppholder seg på hele Agder. Det er somatiske sykehus i Arendal, Flekkefjord og Kristiansand, mens behandling innen psykisk helse har sin virksomhet fordelt på flere institusjoner i landsdelen. Det drives også en utstrakt ambulerende virksomhet innen psykisk helsevern.

For at sykehuset kunne opprettholde sin spesielle helsetjeneste til pasienter og pårørende i hele Agder, må sykehuset ha gode bygninger og nok behandlingsarealer tilpasset dagens kapasitet og tilbud. Sykehusets bygninger forvaltes og utvikles av Eiendomsavdelingen, som jeg er ansatt i. Avdelingens hovedoppgaver er knyttet til forvaltning, gjennomføring av prosjekter, og utvikling av eiendomsmassen. Prosessene som styrer prosjektgjennomføring er felles for Helse Sør-Øst og av særlig betydning er ”Veileder for tidligfaseplanlegging”. Denne skisserer hovedprosessene avdelingen skal legge til grunn for gjennomføring av både mindre og større prosjekter. I arbeidet med forvaltning av eiendomsmassen legges aktuelle norske standarder til grunn. Videre vil både arbeids- og ansvarsområder og hovedprosesser styres og justeres ut fra vedtatte satsingsområder internt i SSHF, av Helse Sør-Øst og fra overordnede myndigheter.



*Fig 1: Skavoll, Gunnar(2014)-Optimalisering av areal i SSFH-SSK*

### **1.1.3 Om arealeffektiviseringsprosjektet - SSFH-SSK (2014-2016)**

Denne delen vil si litt om hva arealeffektiviseringsprosjektet er og hva målet med prosjektet var.

Arealeffektiviseringsprosjektet ble opprettet som en konsekvens av Utviklingsplan 2030 SSFH. Utviklingsplanen skisserte en rekke løsninger for den fremtidige sykehusstrukturen i Agder. Gjennomføring av utviklingsplan 2030 har en lang tidshorisont, med behandling i administrative og politiske organer før skisserte løsninger kan planlegges og bygges.

Utfordringen for sykehusets ledelse i Sørlandet sykehus var hvordan dagens bygg kunne imøtekomme kravet til moderne behandling, og få en hensiktsmessig utnyttelse av byggene frem til iverksettelse av Utviklingsplan 2030. (Arealeffektivisering i Sørlandet sykehus HF-SSK, 2014).

Arealeffektiviseringsprosjektet sin hovedoppgave har vært å se på hvordan sykehusarealene i Kristiansand, Arendal og Flekkefjord kan utnyttes, og utvikles på best mulige måte i et 5 – 15 års perspektiv for å løse de arealutfordringene som sykehuset har de nærmeste årene.

I mars 2014 har administrasjons direktør ved Sørlandet sykehus besluttet at det skal etableres et prosjekt (Arealeffektivisering somatikk SSK), prosjektet hadde hovedfokus på somatikk i Kristiansand (EG og Kongsgård). Deretter ble prosjektet utvidet til å se på muligheten av arealeffektivisering i andre bygninger på EG. Det som var spesielt med dette prosjektet var at den hadde et helhetlig perspektiv hvor en har tenkt organisasjonsutvikling og arealutnyttelse i ett og samme prosjekt. Prosjektet begynte med å etablere en prosjektgruppe av interne ressurser fra sykehusets prosjektavdeling, og eksternt innleid rådgiverfirma innen bygg og arkitektur. De eksterne resursene ble hyrt inn for å styrke kvaliteten på bygningsmessige

løsninger og ombygninger i sykehusets bygninger. Prosjektledelsen tok en stor gjennomgang av sykehusarealene i Kristiansand i en del bygg, med hovedfokus på somatikk bygget, de har vært gjennom mange avdelinger som driver forskjellige aktiviteter som poliklinikk, sengepost, laboratorier, osv. Prosjektledelsen konstaterte at det var mange som kunne trenge ekstra arealer, eller andre arealer, og at noen har forblitt i sine opprinnelige arealer selv om drift, teknologi, sykdomsbilde og pasientbehandling har endret seg. Så spørsmålet var hvordan de kunne effektivisere sykehusets arealer? eller hvordan de kunne løse arealutfordringene? Og da var endringene på gang i sykehuset, mange avdelinger har blitt involvert og måtte gjennom store endringer under arealeffektiviseringsprosjektet. For å avgrense omfanget til oppgaven min velger jeg å se på arealeffektiviseringen som er gjennomført på sykehuset i Kristiansand, og velger å se bort ifra arealeffektiviseringen som er gjennomført eller kartlagt til gjennomføring i de to andre sykehusene.

Jeg vil i denne oppgaven se på betydningen av kommunikasjon, brukerdeltakelse og brukermedvirknings betydning både for ledere som ledet endringsprosessen, og for arealbrukere som var involvert i endringen. Masteroppgaven har både leder og brukerperspektiv, med mer fokus på brukers- perspektivet. Arealbrukere er profesjonene og fagfolk som drifter sykehuset, endringsledere er prosjektledere for arealeffektiviseringsprosjektet.

Arealeffektiviseringsprosjektet kan sees i sammenheng med OSCAR-prosjektet. Oscar-prosjektet er et innovasjonsprosjekt som Helse Sør-Øst støtter og har samarbeid med. Prosjektets mål er å utvikle kunnskap, metoder og analyseverktøy som muliggjør optimalisering av utforming av bygg slik at bygget blir lønnsomt både for eier og bruker med tanke på oppfylling av strategiske mål og økonomisk avkastning og effektiv kjernevirksomhet (Oscar-prosjektet, 2016)

#### 1.1.4 Oppgavens oppbygning og fremgangsmåte

**Teoridelen:** Jeg tar utgangspunkt fra tidligere litteratur i studien min master i helseledelse, og prøver å se på hva teoretikerne har sagt om organisasjon, organisasjonstype og oppbygning med fokus på ekspertorganisasjon. Ledelse, endringsledelse og ledelsesstrategier med hovedfokus på endringsledelse i ekspertorganisasjon. Jeg vil også se på teorier om kommunikasjons, deltakelse og medvirkning, hvilken betydning og funksjon har disse elementene i endringsprosesser i organisasjoner generelt og i sykehus spesielt.

**Metodedelen:** i metodedelen vil jeg presentere min metodiske tilnærming, forskningsdesign, kriterier for valg av informanter, fremgangsmåten for analysering av innsamlet data fra intervju med respondentene. Jeg skal også si litt om validiteten og reliabiliteten i forhold til mine innsamlete data og forskningen.

**Presentasjon av funn:** her presenterer jeg funn fra intervju med respondentene på bakgrunn av analyserte intervjuer med respondentene.

**Drøftingsdelen:** i den delen tar jeg å drøfte hoved funn i lys av teori og funn fra undersøkelsen.

**Konklusjon og veien videre:** utfra drøfting av funn og teori trekker jeg flere konklusjoner som kan bidra til å øke kunnskapen rundt oppgavens tema og problemstillingen.

## 2 Teoretiske tilnærminger

I følgende kapitelet ser jeg på teorier rundt organisasjon, ledelse, kommunikasjon, brukerdeltakelse og brukermedvirkning i endringsprosesser.

### 2.1 Organisasjonsteori

En organisasjon er flere mennesker som jobber sammen mot et felles mål, (Jacobsen & Thorsvik, 2013) trekker frem (Etzioni, 1982) definisjon for organisasjon som « *et sosialt system som er bevist konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål* ». Ut fra definisjonen forstår vi at organisasjoner er en gruppe mennesker som samhandler med hverandre og som er konstruert på en bestemt måte for å løse en type oppgaver og nå et felles mål, videre sier forfatterne at det er viktig å studere organisasjoner og forstå hvordan de fungerer med tanke på organisasjon som kontekst for ledelse. Formelle elementer som struktur, mål, strategi gir organisasjonen sin form og hvilke slags krav som formelt stilles til alle medlemmene i organisasjonen. (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s.120) beskriver organisasjonsstrukturen som organisasjonens «*skjelett*», den formelle delen av organisasjonen formes og bestemmes av øverste ledere i organisasjonen, den kan endres og styres av øverste ledere etter organisasjonen evne for overlevelse. Uformelle elementer som kultur, verdier, normer formes blant ansatte/underordnede i organisasjonen og er vanskelig å endre.

#### 2.1.1 Organisasjonstyper

Å lede er å utøve autoritet, det finnes mange definisjoner for ledelse og den varierer i måte og innhold etter hvilken organisasjonstype den befinner seg i. Organisasjonstype gir rammer for ledelse. Å utøve ledelse i offentlig organisasjon er det ikke samme som å utøve ledelse i privat sektor (Strand, 2007, kap.1), forfatteren sier at ledelse best kan forstås i en menings-sammenheng, han trekker frem (Scott 1992, Miner 1993, Cameron og Quinn 1999) sine teorier om organisasjons typer/klasser som er delt over fire typer organisasjon og som gir utgangspunkt for kartlegging av ledertyper, roller, organisasjons/ledelsesfunksjoner og kulturer. De fire typer organisasjonene er:

- Byråkratier
- Entreprenørorganisasjon
- Gruppeorganisasjon
- Ekspertorganisasjon

I oppgaven min fokuserer jeg på ekspertorganisasjon som kontekst for endringsledelse, i og med at jeg jobber i et sykehus og det klassifiseres som en ekspertorganisasjon. Jeg går ikke dypt i definisjonen for øvrige typer organisasjoner siden de blir ikke aktuelt for oppgaven min.

**Byråkratier:** Er organisasjoner med flere nivåer, stor grad av spesialisering, skrevne regler og formell autoritet i toppen. I den type organisasjon styrer reglene arbeidsprosessene, og samordnings skjer ved at nivået over har styring med sine underlagte ledd. Ledelsen er uttrykt gjennom hele organisasjonen og har en sentralrolle, eksempel på den type organisasjon er rikstrygdeverket.

**Entreprenørorganisasjon:** Er organisasjoner som er lite preget av fast struktur og fungerer rundt de spesifikke oppgavesom sentrale aktørene er opptatt av. Belønningene og utfordringene defineres ved de mulighetene og truslene som ligger i oppgaveløsningen. Ledelsen er personlig og direkte, uformell og ukonvensjonell, eksempel på denne type organisasjon er entreprenørfirma, investeringsselskaper.

**Gruppeorganisasjon:** Er organisasjoner som utgjøres av et kollektiv med lite formell statusdifferensiering, gruppen får retning ved at det etableres konsensus, eventuelt en flertallsbeslutning, og medlemmene innretter seg etter det kollektive presset so de utsettes for, gruppen utvikler normer som ikke er synlige for ikke medlemmer. I den typeorganisasjon er ledelsen lite formell, den varierer i form og kan skiftes, eksempel på den type organisasjon er selvstyrte arbeidslag, frivillige grupper, prosjektgrupper.

**Ekspertorganisasjon:** Er organisasjoner som har færre nivåer og posisjoner og som er i stor grad basert på yrkesmessig status og erfaring. En stor gruppe av arbeiderne er rekrutter på grunnlag av sin dokumenterte fagkompetanse(folk med høy fagkompetanse), arbeid og samordning styres av deltakernes ekspertkunnskap og de faglige normene de er opplært til å akseptere, ledelse utover det som bygger på faglig autoritet, har liten plass. Eksempel på ekspertorganisasjon er sykehus, advokatfirma, universiteter, osv.

I følge (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s.98) er Sykehus en profesjonellorganisasjon, som kjennetegnes ved profesjonalisering, ansatte i den operative kjernen er tildelt mye beslutningsmyndighet og handlefrihet i det daglige arbeidet. Beslutningsmyndighetene kan desentraliseres fordi den operative kjernen består av profesjonelle som gjennom utdanning har tilegnet seg kunnskaper og ferdigheter som er nødvendige for å løse oppgavene på en

tilfredsstillende måte. Denne type organisasjon legger vekt på å standardisere oppgaveløsningen gjennom systematisk rekruttering av profesjonelle som presenterer en felles fagkunnskap. Beslutningsmyndighet i faglige spørsmål er delegert til ansatte, ingen andre enn de profesjonelle kan vurdere hvordan jobben skal utføres på en god måte. Strukturen er sterkt spesialisert og står som horisontalt kompleks, videre nevner (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s.99) en del fordeler og ulemper med den type organisasjonsformen, fordelene som delegering av beslutningsmyndighet sikrer et faglig godt arbeid, raskere problemløsning og saksbehandling, ulemper som at det kan oppstå rivalisering og konflikter mellom faggrupper som igjen skaper samarbeid og styringsproblemer, det kan oppstå forskjellsbehandling av pasienter og brukergrupper fordi profesjonelle prioriterer å jobbe med personer som representerer problemer som de profesjonelle har gode løsninger på og viser interesse og motivasjon. Å legge vekt på profesjonell kompetanse i den type organisasjon hindrer utnyttelse av ansattes realkompetanse, dette skaper strid mellom profesjonsansvar og arbeidsområdet for eksempel striden mellom hjelpepleier, sykepleier og leger med hensyn til grensene mellom profesjonenes ansvar og arbeidsområdet. I tillegg er det vanskelig å drive økonomistyring, fordi profesjonene setter faglig standarder foran økonomiske begrensninger.

I følge (Strand, 2007, s.213) er kulturen for den type organisasjon en funksjon av teknologi og kunnskap som er sentrale variabler i organisasjonen, teknologi kan være i dynamisk utvikling og drive frem endring i tankesettet, struktur kan være design for optimal produksjon, krav fra omverdenen for kundeservice og nyskaping nødvendiggjør endringer i organisasjonen.

## 2.2 Organisasjonsendring

Det finnes mange definisjoner for endring og mange årsaker som fører til endringer i organisasjoner, (Jacobsen, 2012, s.23) definerer organisasjonsendring som «*en organisasjon har endret seg når den utviser ulike trekk på (minst)to ulike tidspunkt*», han trekker frem (Van de Ven & Poole, 1995) sin definisjon av endring som er «*Endring (...) er en empirisk observasjon av forskjeller i form, kvalitet eller tilstand over tid i en organisasjon.*», og peker på to viktige elementer i en endrings prosess i en organisasjon. De to elementene er tidsdimensjon, en endringsprosess trekker seg over tiden (organisasjonen har endret seg fra tidspunkt 1 til tidspunkt 2), og det andre viktige elementet er at alle endringer som skjer i organisasjonen måtte knyttes til et objekt, fenomen eller tilstand (hva som endres?) se på fig 2 på neste side.





Fig 2: (Jacobsen, 2012, s.24), Endring som forskjell mellom to ulike tidspunkt

Han peker på at endring i organisasjoner må innebære en form for bevegelse fra relativ stabil tilstand til annen relativ stabil tilstand, endringen som resultat av en prosess. Endring som skjer i organisasjoner er forskjellig i forhold til organisasjonstype, for eksempel en endring som skjer i sykehus, er ikke det samme som skjer i en skole eller en bedrift, og som sagt innledningsvis at organisasjons type gir kontekst for ledelse og endringsledelse. Jacobsen ser på organisasjonen som kontekst for endring se på fig 3. under

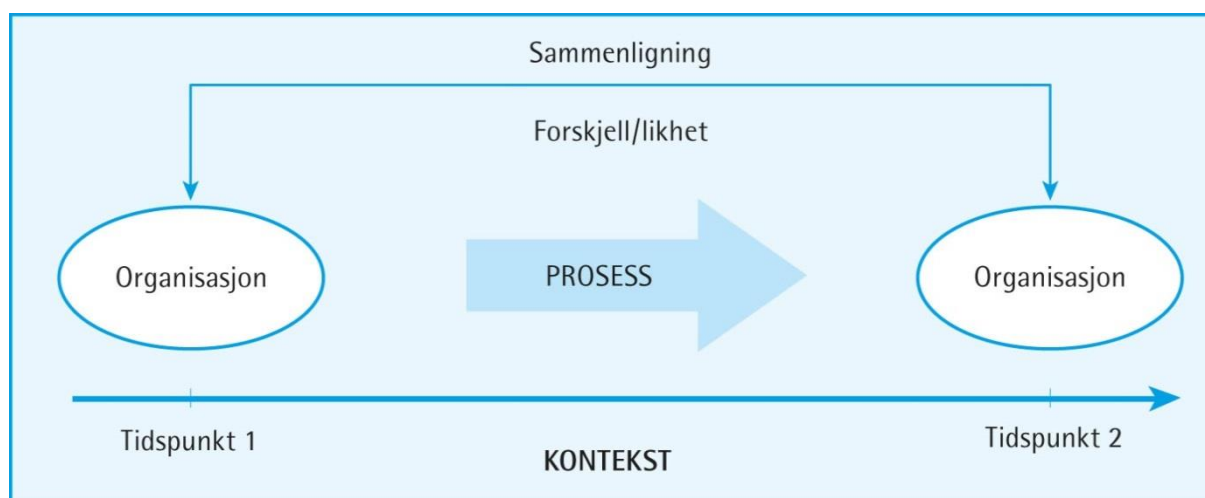


Fig 3: (Jacobsen, 2012, s.23), Endring som finner sted i en kontekst.

### 2.2.1 Ulike perspektiver på endring

Hvorfor endrer organisasjoner seg? Som jeg nevnte innledningsvis at vi lever i en tid hvor endringer skjer fort og raskt, organisasjoner må endre seg for å tilpasse de raske endringene. Der er forskjellige perspektiver på endringer som skjer i organisasjoner, (Jacobsen, 2012, s.38-49) referer til (Van de Ven og Poole, 1995) og trekker frem fire hoved perspektiv på endring som skjer i organisasjoner som er:

- Planlagt endring- intensjon som drivkraft.
- Endring som livssyklus – Vekst som drivkraft.
- Endring som evolusjon- konkurranse om knappe ressurser som drivkraft.
- Endring som dialektisk prosess- interessekonflikt som drivkraft

**Planlagt endring- intensjon som drivkraft:** endringer skjer i organisasjoner fordi noen mennesker i organisasjoner ønsker og nå et mål, så det står egne intensjoner bak endringene som gjennomføres. Det betyr at en person eller flere grupper har analysert en situasjon, ser at den ikke er god nok og kan forbedres, setter en plan/tiltak for forbedring av situasjonen og gjennomfører den og etter hvert foretar de en vurdering av de tiltakene som de satt for å løse/forbedre den bestemte situasjonen.

**Endring som livssyklus-vekst som drivkraft:** vekst og økning i antall mennesker i organisasjonen fører til endring av struktur, arbeidsmåte, kommunikasjon. Organisasjoner i etableringsfasen når de fødes, har enkel struktur og lite formalisert struktur, men når organisasjoner vokser blir det behov for mer formelle systemer og rutiner for å fordele arbeid, ansvar og koordinere arbeidet. Dette perspektivet på endring forutsetter at organisasjoner går gjennom et sett faser i sin levetid, slik at de har en slags program eller logikk som regulerer endringsprosessen og beveger enheten fra utgangspunktet til en endelig form.

**Endring som evolusjon-konkurranse om knappe ressurser som drivkraft:** endringer i organisasjonen skjer på grunn av konkurranse om ressurser fra omgivelsene, den organisasjonen som tilpasser seg best til omgivelsene vil overleve. Så endringene som skjer i omgivelsene påvirker organisasjonen som igjen må tilpasse seg de endringene fra omgivelsene. et eksempel på dette er endringer som skjer i sykehus, utvikling i faget og ny medisinsk innsikt og nye modeller for pleie og omsorg kan føre til endring i operative prosesser i sykehus. Så endringene skjer i organisasjonen uten at beslutningstakere har planlagt det.

**Endring som dialektisk prosess-interessekonflikt som drivkraft:** endringer skjer i organisasjonen som følge av konflikt eller uenighet mellom ulike interesser. Maktkamp og politikk er viktige drivkrefter i denne type endringen.

(Baldersheim & E. Rose(red.), 2005, s.162-165) referer til (Roness, 1997, March & Olsen, 1989 og Mintzberg, 1990) og trekker frem fire perspektiver på endring som er:

- Det rasjonelle perspektivet på endring: endring blir sett på som viljestyrt valg som avspeiler mål og forventninger hos enkelte aktører, for eksempel ledelsen i organisasjonen. Endringen er et resultat av analytisk vurdering som de aktørene eller ledelsen i organisasjonen gjør av ulike handlingsalternativer. Organisasjonen er ledelsens instrument for og nå mål, forutsetning er at ledelsen fatter vedtak om organisering og har makt til å vinne motstand fra andre i organisasjonen.
- Det institusjonelle perspektivet på endring: tilgjengelige rutiner og rådende oppfatninger av hva situasjonen gjelder er avgjørende for endringsutfallet, organisasjoner sees på som institusjoner med knipper av regler som styrer medlemmenes atferd. Reglene gjør at måten å tenke på og handle på blir tatt for gitt, mens andre blir utelukket. Adferden blir i liten grad styrt av organisasjonsmål. Vurderinger av hva som er passende å gjøre for personer som innehar den aktuelle posisjonen, styrer atferden i organisasjonen.
- Det strategiske perspektivet på endring: strategisk tilnærming til endring representerer en alternativ innfallsvinkel til både det rasjonelle og det institusjonelle perspektivet. Strategi er hoved fokus i en endringsprosess i organisasjonen uavhengig av hvilke sider av organisatorisk endring som vektlegges. Forståelsen av det som er viktig i endringsprosesser vil variere etter hvilket fokus man anlegger. (Baldersheim og E. Rose (red.), 2005, s.166-167) nevner tre strategiske perspektiver på endring som er:
  - Strategisk tilnærming med foreskrivende karakter som sier i likhet med rasjonelle teorier, noe om hvordan organisasjoners valg av virkemidler må være for at et gitt mål skal bli oppfylt.
  - Strategisk tilnærming med beskrivende karakter som kan sammenliknes med institusjonelle teorier, denne type tilnærmingen søker å finne faktorer som kan forklare strategiene som opptrer og resultatene av dem. Eksempel på slike faktorer kan være organisasjoners ideologi, kultur, læringsadferd.
  - Strategiske tilnærminger med integrerende karakter kjennetegnes at elementer fra foreskrivende og beskrivende perspektiver innlemmes, denne tilnærmingen inkluderer rasjonelle overveielser og beslutninger som institusjonelle forhold. Fokuset i den strategiske tilnærmingen er på organisasjonens omgivelser, kultur, og oppbygning, beslutningene den fatter, og faktiske valgene organisasjonen foretar i endringsprosesser og ikke minst på samspillet mellom disse faktorene.

- Kontekstuelt prosessuelt perspektiv på endring: i dette perspektivet omfatter endringen i organisasjonen både kontekstene som organisasjonen opererer innenfor, og selve endringsprosessen som avgjørende når endring skal forklares. (Baldersheim og E. Rose, 2005)trekker frem (Pettigrew, 1992)sin antakelse om den tilnærmingen at endringer har en substansiell side (*utfall*), en kontekstuell side og en prosess side. Han nevner at endringer kan forstås og studeres ved hjelp av tre begreper som er *endringssubstans* «*hva som endres, altså type endring, og hvor stor endringen er*», altså omfang på endring, *endringsskontekst* «*hvilke indre og ytre kontekst/drivkrefter som fører frem til endring*», og *endringsprosess* «*hvordan endringen organiseres*». (Jacobsen, 2012, s.116) sier «*for å forstå en organisasjons mulighet for å endre seg, er det viktig å forstå de indre og ytre kontekstene som organisasjonen operer i*» og illustrerer dette i fig4 under

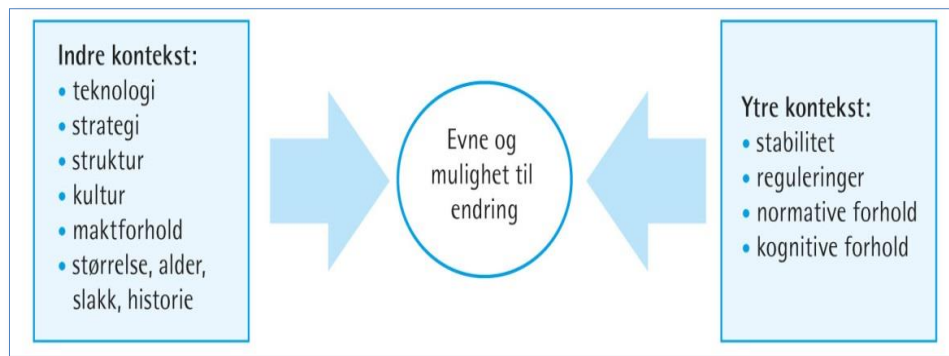


Fig 4: (Jacobsen, 2012, s.116) Organisasjonenes evne og mulighet til å endre seg som en funksjon av indre og ytre forhold.

## 2.3 Ledelsesteori og endringsledelse

En leder i følge (Strand, 2007, s.25) er et organisasjonsmedlem som har ansvar for andres arbeid, har et mandat for å gjøre noe på veiene av organisasjonen, og har utførerfunksjoner som er livsviktige for organisasjonen. Ledere har ledelsesfunksjon ovenfor dem som de leder. Ledelse er et begrep med mange definisjoner og oppfatninger av i teorien. Teoretikere klarte ikke å finne en felles og en entydig definisjon for ledelse, (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s.416) sier at selv om det er finnes flere definisjoner for ledelse, er det stor enighet om at «*ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andres mennesker tenkning, holdning og adferd*». (Strand, 2007, s.11) gir uttrykk for at

«*ledelse er å sørge for at det viktigste for en organisasjon blir utført, og forståelsen av dette vil variere, f.eks. med organisasjonstypen, kulturen, sektoren og situasjonen, men også med personlighet og stil.*».

(Ekman, G., 2003) sier at en leder kan lede gjennom småprat med underordnede (lede fra bunnen i organisasjonen), (Ekman, G., 2003) sier at underordnedes mening, og rolle er viktige faktorer for både ledelse og ledelse av endring i organisasjoner. Han peker på viktigheten til kontakt og nær relasjon mellom leder og underordner for å utøve ledelse. Aktive ledere som er til stede, og kjenner til kulturen de leder, oppnår bedre resultat og lykkes med å lede organisasjonen mot felles mål, de kan også forebygge motstand mot endring i organisasjoner via direkte tolkning til endringer som organisasjonen må gjennom og skape en motivasjon for endringen i sten for å få motstand mot endring. Ledelse varierer i form og innhold etter hvilken type organisasjon som det ledes(Strand, 2007), å lede i private sektor er forskjellig enn å lede i offentlige sektor. Å lede små virksomheter er det ikke det samme som å lede store virksomheter. I offentlig sektor er ledere bundet til mange lover og regler, og de har lite handlingsrom i forhold til å utøve ledelse. Men ledere i privat sektor er mer resultatorientert og har bedre handlingsrom. Ledelse er blitt mer og mer viktig funksjon som følge av utviklingen i samfunnet, ny teknologi og vekst i befolkning, samfunnet er i stadig raskere utvikling og mye endringer som kreves å bli strukturert og organisert riktig.

I og med at jeg jobber i en ekspertorganisasjon som sykehuset, og i og med at jeg ser på en endringsprosess som skjedde i sykehuset i de to siste årene, vil jeg velge og fokuserer på ledelse i ekspert organisasjoner og endringsledelse i den type organisasjon for å avgrense oppgavens omfang.

### **2.3.1 Ledelse i ekspertorganisasjoner**

Sykehus i følge strand er en ekspert organisasjon, ledere i sykehus leder utfra sin profesjon til pasientenes beste. Ledelse i den type organisasjonen fra gammelt av var en funksjon for overleger, i følge historien og (Berg, O., 2005) legene bestemte og hadde mye makt, ledelse var en praktisk kjønnsøvelse, legene ledet utfra sin fagkunnskap og hadde ikke mye kunnskap om ledelse og økonomifaget, dette tilfellet eller type ledelse varte frem til 1970 tallet(enhetlig ledelse), fra 1970 frem til 90 tallet har ledelsen utviklet seg til todelt ledelse, legene ledet faggruppene og utviklingen i sin profesjon og fagfelt, sykepleiere ledet administrative oppgaver og pleieoppgaver.

Denne type ledelse fikk mye kritikk for blant annet dårlig ledelse og utydelige arbeidsoppgaver, dårlig økonomi og økt kostnader, variasjon i kvalitet mellom sykehusene, og variasjon i tilbud etter geografisk fordeling. Fra 1999-2000 (enhetlig ledelse), kritisk utvikling i medisinfaget, teknologi utvikling, flere typer helseprofesjonelle og økende byråkrati førte til

endring i ledelse, i 2001 kom sykehusreformen, overføring av sykehusene fra kommune til fylke, deling over regioner og divisjoner førte til masse endringer, ledelse som praktisk skjønnsutøvelse strakk ikke lenger til, den beste lederen i organisasjonen kunne lede. Det ble mer og mer fokus på økonomi og effektivisering av helseforetakene, ledere som kunne lede for å nå gode resultat kunne lede, legene mistet en del av makten. Reform endring og NPM(New Public Management) førte til effektivisering av helseforetakene, legene har autonomi, men fremdeles blir de kontrollert av staten. Ny type ledelse som følge av dette er multifaglig ledelse/hybridledelse, for eksempel klinikkleder er en hybridleder når han jobber både som lege og som leder.

Profesjonelle i følge (Strand, 2007, s.271) er selvgående med hensyn til mål og midler, de trenger generelt lite instruks, mål og arbeidsoppgaver fra ledelsen. De får respons på arbeidet sitt gjennom klienter, kunder og kolleger eller ved egen bedømmelse av resultat. Kunnskapen om yrket er hos de som utfører de faglige tjenestene, men hierarkisk overordnede har ikke tilgang eller informasjon om aktiviteten. Så behovet for veiledning og resultatvurdering tilfredsstilles via kunder kolleger og ikke hierarkisk overordnede, derfor blir lederoppgaver nøytralisert i den type organisasjon. Men ekspertorganisasjoner som sykehus er underlagt administrative styringssystemer gjennom et hierarki utenpå eller ved siden av ekspertene, hierarki styrer ved å sette budsjett rammer, mål, resultats krav til disse enhetene. Her er det to typer ledelse, fagligledelse som er knyttet til yrkesutøvelsen direkte som for eksempel overlege i et kollegialt hierarki som går sammen med faglig veiledning og utvikling stort sett på profesjonenes premisser, og har ikke karakter av lederstyring. Og en administrativ ledelse som styrer og kontrollerer den faglige ledelsen via budsjett rammer og organisasjonen mål, de ivaretar organisasjonen og samfunnets behov for styring, resursdisponering grensesetting, for eksempel direktør, økonomisjefer eller et politisk styringsorgan. De to typer ledelse lever i et ikke-problemfritt samliv, fagledere kan ikke jobbe i strid med sin fagkunnskap og profesjon og administrative hierarki kan ikke overskride budsjett rammer og organisasjonen mål. Her er det ofte konflikter mellom kyndighet og myndighet. (Strand, 2007) mener at fagledere i ekspert organisasjoner kan påvirke kollegenes arbeid på ulike vis, men i begrenset grad ved

- Å regulere forhold til oppdragsgivere.
- opprettholde faglige standarder, veiledning, stimulering av talent og innovasjon.
- beskytte faglig frihet under tydelige normer, legge til rette kollegial samhandling.
- Gi frontlinjepersonalet sosio-emosjonell støtte.

- Kanalisere brukerkrav og oppsummere prestasjonsmål til yrkesutøverne.

Administrativ ledelse kan benytte faglig ledelse for å kanalisere administrative signaler og endringer i organisasjonen. Faglige leder kan påvirke kollegene sine i ekspertorganisasjonen ut ifra sin fagkunnskap og ekspertise, han snakker samme språk som kollegene sine og jobber etter samme visjon, han kan direkte tolke de administrative og styringskravene for organisasjonen til kollegene sine og påvirke deres forutsetning og tanke. Fagledere som avdelingsledere, klinikkssjefer er en slags maktbaser som administrative toppledelsen kan bruke når de skal endre i organisasjonen.

Å lede endring i en ekspertorganisasjon og som jeg nevnte tidligere er ikke enkel oppgave, endringer som skjer i den type organisasjon er ofte planlagtendringer som tvinges i frem på grunn av endringer i samfunnet, utvikling i behandlingstilbudet, økt befolkningsantall. (Jacobsen, 2012, s.183) beskriver endringsledelse som *«endringsledelse dreier seg altså om de handlinger endringsagenter utfører for å øke sannsynligheten for en vellykket gjennomføring av endring.»*. Som jeg nevnte i s.15 at organisasjonstype gir rammer for ledelse, og det er viktig for en endringsleder/agent å forstå organisasjonskulturen før kartlegging av endringsprosessen. I stabile perioder vil organisasjoner fungere av seg selv særlig i ekspert organisasjoner som sykehus, men når endringsprosesser kommer blir lederrollen spesielt viktig, ledere som kan fatte beslutninger, trekke opp visjoner for fremtiden, og skaper stabilitet i det kaoset er viktige å ha. (Jacobsen, 2012, s.183) trekker frem (Lewin, 1997) teori om endring som sier at

*«i alle sosiale sammenhenger står man ovenfor både drivkrefter og motkrefter. Drivkreftene er forhold som påskynder endring, mens motkreftene er forhold som er rettet mot å opprettholde stabilitet.»*

For å få til endring bør endringsledere fokusere på drivkrefter. Det er også viktig å fokusere på motkrefter som kan dempe endringen. For å illustrere dette se på figur 5 i neste side.

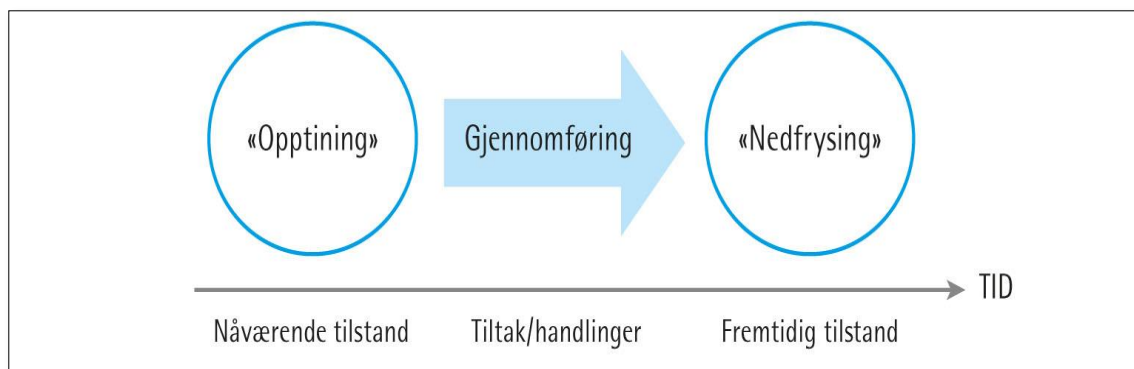


Fig 5: (Jacobsen, 2012, s.184) Lewins tre-steg-modell for endring

Endringsledere fokuserer på opptining og gjennomføringsfasen og utfordringene for endringsledere i to faser i følge (Jacobsen, 2012, s. 184) blir som følgende:

- Hvordan skal de skape et klima for endringen? Aktørene i og utenfor organisasjonen ser det som viktig, riktig og godt å endre seg (opptining?).
- Hvordan bør ledere handle for å gjennomføre overgangen fra nåværende til fremtidig ønsket tilstand (gjennomføring?).

I opptiningsfasen bør endringsledere skape en forståelse i organisasjonen for at endringen er viktig, fortelle hva konsekvensene blir hvis organisasjonen ikke endrer seg (skape krisefølelse) for eksempel organisasjonens eksistens, nedleggelse eller konkurs. For at organisasjonen forstår at endringen er riktig bør endringslederens komme med løsninger på de problemene som organisasjonen står opppe i. For at organisasjonen føler at det er godt å endre seg bør endringsleder fortelle de hva de vil oppnå ved å endre seg. Endringsledere kan styre gjennom fortolkning av endringsprosessen, for eksempel trekke frem eksempler på situasjoner der endringen gikk galt og hva som kunne gjort annerledes, sammenlikne organisasjonen med andre (benchmarking), få eksterne aktører utenfor organisasjonen til å fortelle avvikende historier som kan stimulere for endring, dramatisere. (Torjussen, D. O., 2014-ORG936)

Gjennomføringsfasen av endringen er å få til menneskene til å endre sin atferd, måten de handler og samhandler på etter ledernes ønske, og her kan det hende at de som blir berørt av endringen står delvis med eller mot endringen.

### 2.3.2 Endringsstrategier

I boken *Endringsledelse i et strategisk perspektiv* (Busch, Johnsen, Valstad & Vanabo, 2013, s.59) definerer forfatterne strategi som «et mønster (pattern) av konsistens i foretaksatferd



eller realisert strategi over tid», de sier også at strategi er «perspektiv, nemlig foretakets fundamentale måte å gjøre ting på- noe som gjennomsyrer hele organisasjonen og gir den et distinktsærtrekk». Når endringene er planlagt vil endringsprosessene styres gjennom strategier for å få det til. (Jacobsen, 2012, s.151) sier at planlagt endring er mulig og gjennomføre hvis to forhold er tilfredsstillt,

- At man har valgt riktig endringsstrategi, det vil si at endringsprosessen er lagt opp slik at den er tilpasset den type endringen det ber intensjon om å gjennomføre.
- At endringen ledes på riktig måte, det vil si ledelsesformen som utøves passer til endringsprosessen og til konteksten.

(Jacobsen, 2012) trekker frem to hovedtyper av strategier eller måter å organisere endringsprosesser på som er som følgende:

**Strategi E:** Denne type strategi er økonomisk betinget toppstyrtstrategi, toppledelsen i organisasjonen styrer endringsprosessen (*top-down*) og har full kontroll fra start til slutt. Fokuset for endringen er økonomisk forbedring, og organisasjonens behov for overlevelse, og inntjening settes i sentrum og ikke menneskene som arbeider i organisasjonen. Ansatte /underordnede har lite informasjon om endringen, endringen føres inn i organisasjonen gjennom organisasjonens formelle elementer som struktur, mål, strategi, strategi E bruker tidsfrister og økonomiske incentiver for å gjennomføre endringer, toppledelsen bruker eksterne konsulenter som eksperter i planleggingsfasen for å kartlegge, planlegge og analyserer endringen, menneskene i organisasjonen blir brukt for å nå målet og det er lite fokus på menneskelige sidene i organisasjonen. Gjennomføringsfasen vies mindre oppmerksomhet enn selve planleggingsfasen fordi det er toppledelsen som styrer og har kontroll og beslutningsmyndighet, altså de har makt til å tvinge innom endringen hvis den møtes med motstand. Den type strategi passer ikke å bruke for å føre endringer i ekspert organisasjoner der medlemmene har makt og kan påvirke toppledelsens beslutning, og kan ikke passe til å bruke i endringsprosesser som går over lang tid.

**Strategi O:** Denne type strategi setter menneskene, gruppene i fokus og deres evne til å lære, og eksperimentere i sentrum. Toppledelsen styrer ikke alene menneskene i organisasjonen er med og deltar i planlegging og kartlegging av endringen. Ledelsen bruker organisasjonens uformelle elementer som normer, verdier og kultur for å føre inn endringen i organisasjonen. Eksterne konsulenter brukes som prosesskonsulenter, som utvikler og vedlikeholder endringsprosessen, og ikke som beslutter og kontrollerer i prosessen, resultatene av endringer

går ikke bare på økonomisk avkastninger, men også på forbedring av arbeidsforhold og sosiale relasjoner på arbeidsplassen. Den type strategi er mer åpen når det gjelder tidsfrister, og særlig når det store endringer som skjer i organisasjonen fordi alle organisasjonsmedlemmer er deltakere i endringsprosessen og er like verdige, endringer fra bunnen i organisasjonen (*bottom-up*), og siden fokuset her på læring og utvikling, blir avgrensning av tid litt vanskelig, gjennomføringsfasen vies like mye oppmerksomhet som planleggingsfasen og endringene skjer når mange i organisasjonen ønsker det, og når mange i organisasjonen ønsker endringen blir det lite eller ingen motstand mot endring.

Hvilken type strategi er best å bruke er vanskelig å si, og som (Jacobsen, 2012) mener at endringen må ledes på riktig måte, det vil si at ledelsesformen som utøves passer til endringsprosessen og til konteksten. Blanding bruk av elementer fra strategi E og strategi O kalles en hybrid strategi, for eksempel bruk strategi O i planleggingsfasen for endringsprosessen og dernest bruk strategi E i gjennomføringsfasen av endringsprosessen. (Jacobsen, 2012, s. 222) trekker frem (Kotter, 1996) sin anbefalte åtte steg for å lykkes med endringen er som følgende:

1. Skap en opplevelse at endringen er viktig.
2. Få på beina en styringsdyktig koalisjon.
3. Utvikle visjon og formuler en klar, men fleksibel strategi for å nå den.
4. Kommuniser visjon og strategi på mange måter og i mange kanaler.
5. Bemyndigelse av ansatte gjennom å fjerne strukturelle barrierer, og gjennom opplæring og trening.
6. Identifiser tidlig og små seire, bygg videre på disse.
7. Konsolider oppnådde endringer, og foreta nye tilpasninger for å bringe endringen enda et skritt videre.
8. Forankre nye normer, verdier og oppfatninger i en ny kultur.

Endringsprosessen må kommuniseres i organisasjonen eller med de som blir berørt av endring, endringsbudskapet må komme frem til mottakeren for at lederen får tilbakemelding på endringsutfallet og velge riktig strategi for å lede endringen på, i neste avsnitt ser jeg på hva sier teorien om kommunikasjon og hva er den betydning i under endringsprosesser.

## 2.4 Kommunikasjon under endringsprosesser

Kommunikasjon i organisasjoner kan defineres som «en kontinuerlig prosess hvor medlemmene opprettholder og forandrer organisasjonen gjennom å kommunisere med individer og grupper av mennesker både internt og eksternt», (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 280). Forfatterne mener at kommunikasjon dreier seg ikke bare om overføring av informasjon, men også ideer, følelser og holdninger fra en person eller gruppe til en annen. Kommunikasjon er en prosess mellom to aktører en sender som ønsker å formidle et budskap/aktør A, og en mottaker som mottar informasjonen/aktør B, dette er illustrert i figuren under.

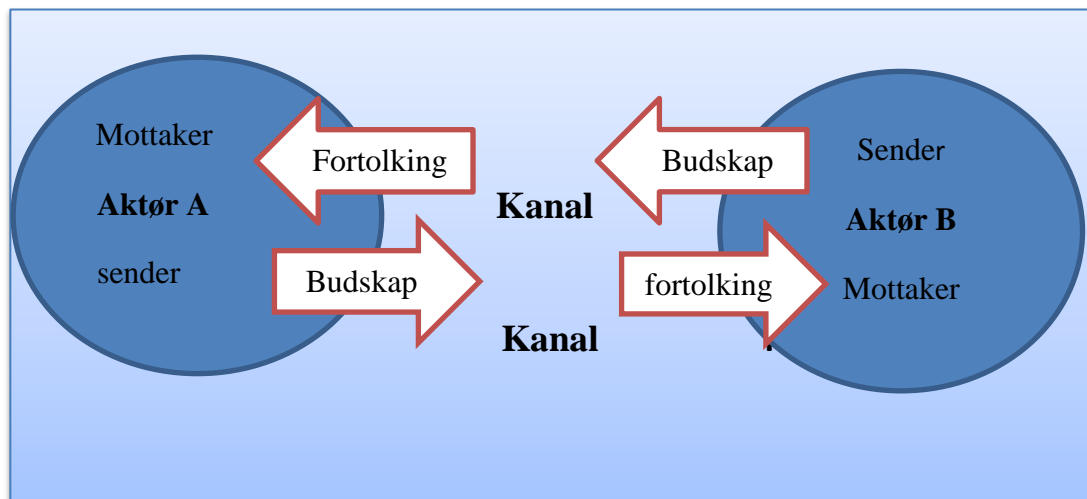


Fig 6: (Jacobsen & Thorsvik.2013, s.281)-Kommunikasjonsprosessen

Aktør A/sender har et budskap som vil formidles til aktør B/mottaker, sender må først kode informasjonen som han vil formidle, det vil si formulere og utrykke budskapet ved valg av verbale og eller ikke verbale signaler som skal formidle informasjonen til mottaker. Deretter velger aktør A/sender en passende kommunikasjonskanal for å overføre informasjonen eller budskapet til aktør B/mottaker/mottaker gjennom for eksempel muntlig eller skriftlig, formell eller uformell kanal, når informasjonen kommer frem til mottakeren, skal mottakeren dekode informasjonen(fortolke) for å danne seg en mening om budskapet til senderen.

Kommunikasjon blir effektiv når mottakeren tolker informasjonen på den måten som samsvarer med senderens intensjoner. Siste ledd i kommunikasjonen er tilbakemelding fra mottaker til sender, og her blir mottakeren sender av informasjon til senderen som blir til mottaker når han får tilbakemelding fra mottakeren. Kommunikasjon er en dynamisk prosess når forholdet mellom sender og mottaker endres hele tiden, og kommunikasjonen blir toveis

når mottaker gir tilbakemelding over budskaper til senderen(Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 281).

Kommunikasjon i organisasjonssammenhengen er veldig viktig, den hjelper organisasjoner for å utvikle seg både internt og tilpasse seg til omgivelsene eksternt. Når endringer skjer i organisasjoner det veldig viktig å kommunisere med organisasjonsmedlemmer og formidle endringsbudskapet til dem og gjøre de kjent med det. (Jacobsen & Thorsvik, s.278) nevner en del kritiske funksjoner for kommunikasjon internt i organisasjonen og i relasjon til omgivelsene som er:

- Kommunikasjon formidler informasjon
- Den legger grunnlag for planlegging
- Formulering av mål
- Utvikling av strategi
- Styrer og koordinere atferd
- Den bygger relasjoner
- Den utvikler kultur
- Kobler organisasjoner sammen i et nettverk
- Den presenterer organisasjonen for omgivelsene

For å kommunisere effektivt må senderen klare å sette seg i mottakeren kontekst eller situasjon, senderen må ha kjennskap til mottakerens arbeidshverdag, forstå kulturen, dermed språket som mottakeren befinner seg i, kjenne hvilke kommunikasjonskanaler i ulike deler av organisasjonen, hva slags type meldinger som blir lagt merke til i andre deler av organisasjonen, og tilpasse budskapet som han vil formidle i forhold til dette. Budskapet til senderen må sendes i riktig tidspunkt slik at det ikke drukner i en mengde annen informasjon, (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 282).

#### **2.4.1 Kommunikasjonskanaler og kommunikasjonsmåter**

I en organisasjonssammenheng er det mange måter å kommunisere på, formell kommunikasjon mellom aktører med formell autoritet for eksempel ledere i organisasjonen og sine underordnede gjennom formell struktur, strategi, mål(vertikal kommunikasjon). Uformell kommunikasjon for eksempel kommunikasjon mellom kolleger på samme enhet, eller mellom ulike enheter på samme nivå, uformelle møter, lunsjpausen, små prat mellom ansatte i avdelingen(horisontal kommunikasjon). Kommunikasjonskanaler i organisasjoner har en

sentralrolle i kommunikasjonsprosessen og gir mulighet til å formidle rik informasjon når den kan overføre mange ulike signaler samtidig, gir mulighet for rask tilbakemelding, gir mulighet for å benytte naturlig muntlig språk og gjør at sender og mottaker kan være personlige og tilpasse hverandre. (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Kommunikasjonsmåter er skriftlige eller muntlige, skriftlig kommunikasjon for eksempel som rapporter eller brev gir begrenset mulighet til å overføre rik informasjon og det tar lang tid før senderen får tilbakemelding fra mottaker. Utvikling i IKT, og elektroniske kommunikasjon har muliggjort skriftlig kommunikasjon mye bedre og raskere for eksempel, e-post, nettverks møter, videomøter, osv. Muntlig kommunikasjon eller ansikt-til-ansikt kommunikasjon, med den type kommunikasjon har senderen mulighet til å formidle rik informasjon og få raskt, og direkte tilbakemelding på meldingen. Når kommunikasjonen er muntlig eller ansikt – til ansikt, har senderen også mulighet til å overføre følelser gjennom kroppsspråk, dette kan være uheldig i noen situasjoner der senderen velger ord og uttrykk som uttrykker noe annet enn det senderen hadde tenkt å formidle, særlig når senderen er følelsesmessig engasjert og har ikke kontroll på kroppsspråket sitt. Noen ganger kan det hende at sender velger ord og uttrykk som ikke vekker samme assosiasjoner hos mottaker som sender, og tolkes på annen måte, dette problemet oppstår når personer med ulike utdanning og erfaring kommuniserer, for eksempel profesjoner har egen fagsjargong og som er fremmed for andre. Og sist når sender velger ord og uttrykk som ikke vekker tillit hos mottaker som gjør mottaker skepsis og avvisende til meldingen. (Jacobsen & Thorsvik, 2013. s.283)

#### **2.4.2 Kommunikasjon i endringsprosesser**

Kommunikasjon er som sagt blir ekstra viktig når endringer skjer i organisasjonen, og endringslederen må skjenne til type organisasjonen han skal kommunisere med for å formulere budskapet til endringen på en måte slik at organisasjonsmedlemmene forstår det og legger merke til det, det er også viktig å velge en kommunikasjonskanal som medlemmene i organisasjonen kjenner til for eksempel i en ekspertorganisasjon som sykehuset er, kan avdelingsledere bli en kommunikasjonskanal mellom endringsleder og avdelingen som skal endres. Kommunikasjonsmåten har mye å si for å formidle endringsbudskapet ansikt-til-ansikt kommunikasjon er den mest effektive måten å kommunisere på, bruk av bilder filmer visuelle formidling av budskapet forsterker kommunikasjonen. Gjentakelse av budskapet igjen og igjen og gjennom flere anledninger er også viktig slik at alle i organisasjonen for informasjonen med seg.

Småprat mellom ansatte i organisasjonen spiller en stor rolle i kommunikasjonsprosessen, ansatte prates over kaffekoppen, i lunsjen, når det hører at noe skal skje i organisasjonen, de snakker om ledere, arbeidsoppgaver, sine erfaringer og ideer. (Ekman, 2004) sier at småprat i organisasjonen har veldig stor betydning for lederskap, han mener at lederskap utøves gjennom småprat, når lederen tar seg av tid til uformelle prat med sine underordnede for eksempel over kaffekoppen, i lunsjpausen og uformell møter, får lederen nær kontakt med sine medarbeidere og bygger opp tilliten for seg som gir han mandat til å lede, men lederen må vinne tilliten som leder og ikke som kompis for å unngå ubehagelige situasjoner når ubehagelige avgjørelser måtte tas. Lederen kan lede læringen gjennom småprat og uformell kommunikasjon med sine medarbeidere, gjennom å skape arenaer for sine medarbeidere for å samtale og gjøre den usynlige kunnskapen synlige og spre det i og utenfor organisasjonen. Småprat/uformell kommunikasjon gir lederen mulighet til å tolke organisasjonstekster riktig, for eksempel under endringsprosesser får lederen mulighet for å forklare grunnen for hvorfor disse endringene er viktig å skje i organisasjonen. Gjennom småprat/uformell kommunikasjon kan lederen lede kulturen i organisasjonen sier (Ekman, 2004), når sjefen deltar i småprat, forstår han hvordan medarbeiderne tenker, hvilke holdninger de har, hva de ser på som rett og hva de ser på som galt, osv. og prøve å påvirke disse holdningene og endre de til den ønskelige holdningen.

## **2.5 Deltakelse og brukermedvirkning under endringsprosesser i sykehus**

I følge (Strand, 2007) er sykehuset en ekspertorganisasjon som drives av høykompetente fagfolk som kan yrket sitt og har autonomi når det gjelder fagfeltet sitt, den autonomien har de de fått gjennom sin utdanning og ikke gjennom jobben eller administrasjonen. De kan organisere jobben sin og jobber til pasientenes beste. Å lede endring i den type organisasjon går ikke problemfritt. For å lukkes med å innføre inn endring i sykehus må endringsledere involvere fagfolkene i endringsprosessen, på den måten skaper endringslederen motivasjon hos de involverte gjennom deltakelse i planlegging av endringsprosessen, (Jacobsen, 2012, s. 177) referer til (Herzberg, 1968/2003) og sier at motivasjon kommer innenfra, fra en følelse av at man gjør noe som er spennende og utviklende for seg selv, og dette forsterkes av empiriske studier som viser at de som er følelsesmessig knuttet til endringen vil delta mer konstruktiv og mer samarbeidende enn de som føler seg tvunget til endringen. Et sentralt element i å få positiv deltakelse, og involvering i endringsprosessen er lederens evne til å gi de som involvert i endringsprosessen en følelse av at de er «medeiere» i endringsprosessen, dette skapes ved å designe endringsprosessen slik at den preges av bred deltakelse, delegering

av myndighet og mulighet for den enkelte til å påvirke retningen for endringen mener Jacobsen. når en endringsleder legger til rette for bred deltakelse (mange deltar og delegeres myndighet) føler deltakerne at de er forpliktet til endringen. Deltakelse i følge(Jacobsen, 2012) har følgende funksjoner:

1. Deltakelse skaper en affektiv forpliktelse til endringen, når deltakerne får anledning til å delta i endringsprosessen øker dette følelsen av mestring av en kan forme og påvirke sin egen fremtid i organisasjonen, og på den måten kan lederen forhindreuheldige utslag av endringen finner sted.
2. Deltakelse har også en viktig symbolsk effekt knyttet til at den enkelte «inkluderes» i endringen mener Jacobsen, han mener at deltakeren føler at han har en kompetanse og innsikt som organisasjonen har behov for.
3. Deltakelse er en del av den «opptiningsfasen» i en endring som er viktig for å få til endringen, gjennom deltakelse får deltakerne jobbe med ukjente og usikre arbeidsoppgaver og slik opplever man hvordan endringen virker, og på den måten skapes aksept over tid for den usikkerheten som ligger innebygd i all endring.

Som nevnt at profesjonen i sykehus har mye makt og autonomi gjennom sitt faglige ekspertise, de har mye lovpålagt makt og kontrollorganer som helsetilsyn, datatilsyn, osv. dette gir utfordringer i forhold til endring, når økonomi og rasjonell drift berører forsvarlighet blir det trøbbel og vanskelig og gjennomføre endring. Derfor er alliansen med profesjonene viktig for å få til endring, med andre ord det er viktig at profesjonen inkluderes tidlig i endringsprosesser som berører dem, fordi gjennom deres deltakelse får endringslederen mye informasjon om hvordan de driver virksomheten deres, hvilke interesser de har, og god medvirkning i planleggingen av endringen som berøre dem, på den måten blir profesjonelle med i endringen istedenfor å stå i mot det.

I følge Arbeidsmiljøloven (Aml.) er medvirkning også en arbeidstakerplikt, jfr. § 2-3(1):

*Arbeidstaker skal medvirke ved utforming, gjennomføring og oppfølging av virksomhetens systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Arbeidstaker skal delta i det organiserte verne- og miljøarbeidet i virksomheten og skal aktivt medvirke ved gjennomføring av de tiltak som blir satt i verk for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø»,*

Videre står det i Arbeidsmiljøloven (Aml.) jfr. § 4-2 (1) om krav til medvirkning og utvikling:

*«arbeidstakerne og deres tillitsvalgte skal holdes løpende informert om systemer som nyttes ved planlegging og gjennomføring av arbeidet. Det skal gis nødvendig opplæring for å sette seg inn i systemene, og de skal medvirke ved utforming av dem».*

Og i Arbeidsmiljøloven (Aml.) jfr. § 4-2(3) står det om krav i forbindelse med omstilling:

*«under omstilling som medfører endring av betydning for arbeidstakernes arbeidssituasjon, skal arbeidsgiver sørge for den informasjon, medvirkning og kompetanseutvikling som er nødvendig for å ivareta lovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø».*

Lovverket viser at arbeidstakerne har rett, og plikt til å medvirke i bedriften eller organisasjonens helse, miljø og sikkerhetsarbeid. Under omstillingsprosesser som påvirker arbeidstakerens arbeidssituasjon, skal arbeidsgiver sørge for å ivareta lovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø ved informering, medvirkning og kompetanseutvikling for ansatte.

Ut ifra teorien som er presentert utleder jeg følgende hypoteser som kan bidra til å belyse min problemstilling:

1. Å lede fra bunnen i sykehus reduserer motstand mot endring og hjelper endringsledere å implementere endringen i sykehusets avdelinger og nå målet for endringen.
2. Gjennom kommunikasjon mellom endringsledere og arealbrukere/profesjonene i sykehuset får endringsledere kunnskap om avdelingene i sykehuset, og de får mulighet til å kommunisere endringen i avdelingene.
3. Gjennom kommunikasjon mellom endringsledere og arealbrukere/profesjonene i sykehuset får arealbrukere/profesjonene i sykehuset informasjon og kunnskap om endringen, og de får mulighet til å formidle sine endringsbehov til endringsledere.
4. Profesjonenes tidlige deltakelse i endringsprosessen gir dem eierfølelse til endringsprosessen, og gir endringsledere et grunnlag for riktig kartlegging og planlegging av arealene, på den måten blir profesjonene med i endringsprosessen med sin brukermedvirkning og forslag for endringen.



### 3 Metodiske tilnæringer

I dette kapittelet skal jeg presentere den samfunnsvitenskapelige metoden jeg brukte i oppgaven min. deretter vil jeg bruke (Kvale & Brinkmanns, 2010) syv stadier i forhold til det kvalitative forskningsintervju for å forklare hvordan jeg har arbeidet.

Metode er en strategi, den dreier seg om hvordan man tilnærmer seg og forsøker å avdekke virkeligheten (Jacobsen, 2015, s.16), valg av metodisk tilnærming og forskningsdesign har mye å si for strukturering av oppgaven. Ontologi(slik ting faktisk er), og epistemologi(læren om kunnskap) påvirker vår valg av forskningsmetode. Innen forskning er det et hovedskille mellom to forskningsmetoder eller tilnærminger, de er den kvantitative tilnærming som har et grunnleggende utgangspunkt at den sosiale virkeligheten kan måles ved hjelp av metoder og instrumenter som kan gi oss informasjon i form av tall. Og den kvalitative tilnærmingen har som utgangspunkt at virkeligheten er mer kompleks til å måles med tall, derfor må man samle informasjon i form av ord som åpner for mer nyanserikdom.

#### 3.1 Metodisk tilnærming

Ledelse av endringer i helseorganisasjoner er ikke den enkleste oppgaven for en leder, ledere må ha kjennskap til profesjonenes kultur og arbeidsmåte, dette nås gjennom kommunikasjon og bruker involvering i planlegging og kartlegging av endringen. Formålet med denne oppgaven å belyse betydningen av kommunikasjon, brukerdeltakelse og brukermedvirkning i endringsprosesser i sykehusorganisasjon, og for å få til dette er det viktig å finne ut hvordan profesjonene/arealbrukere selv ser på den kommunikasjon og hvordan der ser på deres deltakelse og medvirkning i endringsprosessen. Som jeg nevnte innledningsvis jeg vil finne ut svar på min problemstilling og mine hypoteser gjennom en endringsprosess som min organisasjon har vært gjennom, en mulighetsstudie som satt i gang for å se på hvordan arealene i Sørlandet sykehus et er brukt og hvordan man kan effektivisere dagens arealer slik at de blir optimalt brukt. En kort beskrivelse om Sørlandet sykehus et og arealeffektiviseringsprosjektet er gitt innledningsvis.

Min metodiske tilnærming er kvalitativ, jeg vil høre på brukernes mening og erfaring om kommunikasjon, brukerdeltakelse og brukermedvirkningen under endringsprosessen. Denne metoden gir meg muligheten til å kjenne informantenes daglige livsverden som den faktisk er, og som de opplever. Jeg har intervjuet to ledere som har ledet endringsprosessen, syv arealbrukere som representerte deres avdelinger i sykehuset og som var involvert i

endringsprosessen, et verneombud og et tillitsvalg, alle informantene ble intervjuet individuelt. Senere i oppgaven kaller jeg endringsledere for (Gruppe1-endringsledere), og arealbrukere/profesjonen, tillitsvalgte og verneombud for (Gruppe2-arealbrukere/profesjonene og ansattes representanter). I forkant av intervjuene har jeg laget en intervjuguide med spørsmål basert på bakgrunn av teori, problemstilling og forskningsspørsmålene. Metoden egner seg godt når et tema skal belyses ut fra intervjuernes egne perspektiver. Intervjuene ble tatt opp på diktafon for å transkribere dem i etterkant av intervjuene, deretter vil disse transkriberte intervjuene analyseres og drøftes.

For å gjøre rede for min metodiske tilnærming og måten jeg har jeg innhentet empiri til min undersøkelse, har jeg fulgt (Kvale & Brinkmanns, 2009, s.118) sin syv stadier i forbindelse med den kvalitative forskningsintervjuet. Forfatterne deler intervjuundersøkelsen i syv faser som er: 1) tematisering 2) planlegging 3) Gjennomføring av intervjuene 4) transkribering 5) Intervjuanalyse 6) verifisering 7) rapportering av funnene i undersøkelsen. forfatterne sier at det finnes ingen standardprosedyrer eller faste regler for hvordan et forskningsintervju skal gjøres, og på bakgrunn av dette har jeg tatt valg som var egnet til metode.

## 3.2 Avgrensning

For å avgrense undersøkelsens eller oppgavens tema, måtte jeg finne svar på hvorfor dette tema, hva sier teorien og tidligere forskning om dette tema, hvordan skal jeg samle data for min forskning, dvs. innhente forhåndskunnskap om emnet som skal undersøkes (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 121). Jeg var jeg klar over at jeg vil se på endringsledelse i sykehus, og betydning av kommunikasjon brukerdeltakelse og brukervedvirkning i disse endringene som skjer i sykehus. Jeg ville finne betydningene for disse fenomenene både for endringsledere, og ikke minst for profesjonene/arealbrukere. Jeg har valgt og se på en case fra min arbeidsplass som er Sørlandet sykehus et, denne casen representerte en endringsprosess som sykehuset har vært gjennom for å effektivisere arealene sine i perioden (2014-2016), så avgrensningen i oppgaven er at den tar å se på betydning av kommunikasjon, brukerdeltakelse og brukervedvirkning i den endringsprosessen i Sørlandet sykehus. Teoretiske litteratur er hentet fra søk i Bibsys, Oria og tidligere emner i mitt masterprogram i ledelse (helseledelse 2012-2016). Utfra egen interesse og teoretiske avklaringer har jeg formulert en problemstilling, jeg har også satt noen hypoteser som skulle blitt bekreftet eller avkreftet etter gjennomføring av undersøkelsen. Jeg har også planlagt hvordan skulle jeg samle inn empiri for undersøkelsen min. Bakgrunn for oppgaven min kan leses i avsnitt 1.1 og formålet med studien kan leses i avsnitt 3.1

### 3.3 Valg av informanter

Ettersom jeg jobber i sykehuset, har jeg tilgang til informasjon om avdelingene og arealbrukere i sykehuset, dette hjalp meg i utvalget av respondentene mine. Å ha kjennskap til organisasjon har i følge (Jacobsen, 2015, s.56) mange positive sider som at man får lettere tilgang til informasjon, man kjenner kulturen og språket som brukes i organisasjonen, man kan sette hendelser og fortellinger i historisk sammenheng. Men det er en del ulemper med å forske i egen organisasjon også, det er vanskelig å holde den nødvendige avstanden til det forskeren studerer, egne erfaringer og meninger kan påvirke forskningsresultat, jeg har prøvd å være oppmerksom på dette og tenke objektivt og fokusere på respondentenes opplevelser og mening under hele oppgaven. Andre ulemper som forskeren kan møtes med mistanke i organisasjonen fordi respondentene kan oppfatte han som en person som utfører en oppdrag for ledelsen. I noen tilfeller kan det bli utfordrende å forske i egen organisasjon fordi de kan føre til en sensur av kritiske synspunkter enten mot ledelsen eller andre gruppe personer.

Etter at jeg valgt å se på arealeffektiviseringscasen, og på bakgrunn av min problemstilling var det aktuelt å snakke med to type informanter som er involvert i den endringsprosessen. Endringsleder og arealbrukere/profesjonen har jeg tenkt å intervju. Jeg intervjuet også en tillitsvalgt og et verneombud som representerte ansatte i sykehuset. Det var viktig å se på hvordan endringen ble ledet i sykehuset, og hva betydningen for kommunikasjon var, bruker-deltakelse og brukervedvirkning både for endringsledere og arealbrukere/profesjonene i sykehuset. Etter intervju med endringsledere for areal effektiviserings, har jeg spurt dem om hvilke avdelinger som var mest involvert av endringsprosessen, jeg har spurt om navn på avdelingsledere og enhetsledere som representerte avdelingene og enhetene sine. Jeg valgte respondenter fra tre forskjellige avdelinger i sykehuset i Kristiansand, de har fått fiktive navn som avdeling A, B og C, for å bevare anonymiteten for respondentene at de ikke blir gjenkjent og møte uheldige situasjoner på grunn av sine meninger og forutsetninger.

Planen var å snakke med tre respondenter fra hver avdeling som representerte ansatte i avdelingene sine under arealeffektiviseringsprosjektet. Jeg fikk snakke med tre respondenter i avdeling A, to respondenter i avdeling B, og to respondenter i avdeling C, til sammen har jeg snakket med 7 respondenter fra de tre avdelingene i sykehuset, de fleste av dem hadde lederansvar i avdelingene og enhetene sine, noen var fagpersoner og representerte sine faggrupper i arealeffektiviseringsprosjektet. I tillegg de respondentene fra de tre avdelingene,

har jeg også intervjuet to respondenter fra endringsledere, en tillitsvalgt og et verneombud. Alle intervju med respondentene gikk individuelt.

Respondenter fra endringsledere kaller jeg her og resten av oppgaven for (Gruppe1- endringsledere), respondenter fra de tre avdelingene og ansattes representant kaller jeg for (Gruppe2-arealbrukere/profesjonene og ansattes representanter). Avdeling A har vært gjennom store endringer, de fikk samlokalisert sin drift i en plass med hovedavdeling og flyttet til en annen lokasjon. Avdeling B fikk også poliklinikk, dagpost og sengepost i en plass, de fikk oppgradert en del rom og fikk utvidet en del av sine behandlingsarealer. Avdeling C fikk redusert sine behandlingsarealer på grunn av nedleggelse av sengepasienter, de måtte flyttes til andre lokaler i samme bygg.

### **3.4 Innsamling av data**

I forkant av Intervjuene har jeg laget to intervjuguider, en for Gruppe1- endringsledere, og 1 for arealbrukere/profesjonene. Intervjuene var åpne og intervjuguiden skulle brukes som mal for intervjuene. Spørsmålene for begge gruppene var nesten like med unntak for at de var litt rette etter funksjon for respondent. Spørsmålene er formet på bakgrunn av teori og problemstilling så på vedlagt intervjuguide side(72-73). Alle respondentene fikk informasjon om deltakelsen i forskningsstudie i et følgebrev sammen med intervjuguide sendt på mail før intervjuene blitt tatt. Intervjuene er gjennomført i perioden juni2016-september 2016. Jeg Kjente noen av informantene fra tidligere samarbeid i forbindelse med jobben jeg utfører i avdelingen min, jeg jobber med areal og dokumentasjon i sykehuset og dette gjør at jeg kjenner til arealbrukere i sykehuset og har en del samarbeid med dem når de trenger arealoversikter, karter, byggetegninger, osv. Dette kan være både fordel, og ulempe at forskeren forsker i egen organisasjon og som jeg forklart under avsnitt 3.3. De fleste intervjuene er gjennomført på informantenes kontorer eller avdelingenes møterom, to av informantene møtt opp på mitt kontor. Alle intervjuer er tatt opp på diktafon, og på denne måten kunne jeg fokusere på innholdet i samtalen og passe på at vi går gjennom alle spørsmålene jeg har hatt istedenfor å sitte og notere mye og miste fokuset på helheten i intervjuet.

De første minuttene i intervjuene ble brukt til å bli kjent, jeg presenterte meg og tema for oppgaven. Jeg fikk repetert en del informasjon som er sendt til respondentene i følgebrev på mail en god stund før de ble intervjuet. Jeg informerte de om friheten til å delta i intervjuet og muligheten for å trekke seg når som helst. Avsatt tid for hvert intervju var satt til en time, de

fleste intervjuene tok mindre tid en time. Jeg informerte også respondentene om at alle sensitive opplysninger og personlig data skal anonymiseres i oppgaven. Respondentene presenterte seg og sin stilling og funksjon. Så gikk vi gjennom intervjuguidens spørsmål, noen oppfølgingsspørsmål kom underveis når jeg hadde behov for mer kunnskap om emnet.

I slutten av intervjuet takket jeg for meg og spurte de om jeg kunne henvend meg til dem hvis jeg lurte på noe under transkribering av intervjuet. For etiske grunner, og for å sikre at jeg forstått riktig det som ble sagt under intervjuene, sa jeg til informantene at de kunne se på den transkriberte versjonen av intervjuet før den brukes videre i oppgaven. Transkriberte intervjuer ble sent til informantene for innsyn på mail, jeg satt en tidsfrist på to uker for at de kunne se på transkriberte intervjuene og bekrefte at de kunne brukes videre i forskningen, jeg skrev i mailen at svarfristen er to uker, og etter denne datoen regnes intervjuene som bekreftet for videre bruk i forskningsoppgaven. De fleste av respondentene har bekreftet at jeg kunne bruke transkriberte intervjuene videre og noen har ikke svart på mailen, og betraktet jeg det som en aksept for at materialet fra transkriberte intervju kunne brukes videre i oppgaven. Intervjuguiden som jeg utarbeidet ble gjennomgått med veileder før intervjuene tas for å kvalitetssikre spørsmålenes gyldighet og tilknytning til oppgavens tema.

### 3.5 Analyse av data

Å transkribere er i følge (Kvale & Brinkmann, 2009, s.118) er å gjøre intervjumateriale klar for analyse, å gjøre om tale til skriftlig tekst. Under transkribering av intervjuer mister intervjuet en del egenskaper som er viktig i analysering av respondentens mening og oppfatning for eksempel stemmeleie og kroppsspråk(Kvale & Brinkmann, 2009, s.187). Jeg prøvde å transkribere intervjuene ordrett i første omgang for og ikke miste informasjon som kunne være viktig for å analysere meningen i teksten, deretter gikk jeg gjennom transkriberte intervjuet og lyttet på opptaket samtidig for å få nyansen i det, jeg har tatt med respondentenes personlig opplysning i første versjon av transkribering for å kunne henvende meg til dem hvis det var noe jeg lurte på under transkriberingen. Neste steg tok jeg og anonymiserte personlig data og avdelingsnavn for at respondentene ikke blir gjenkjent. Pauser og unødvendige lyder ble ikke tatt med i transkriberingen for eksempel, hosting, hmm, mmm osv. jeg prøvde å markere ord og uttrykk som hadde interessante betydning med stor og fet skrift for å kategorisere svarene etter hvert. Jeg skrev ut hvert intervju, tok og tematiserte intervjuene over tre hoved temaer eller kategorier som er:

- Ledelse av endring fra bunnen i sykehus.
- Kommunikasjon under endringsprosesser i sykehus.

- Deltakelse og brukermedvirkning under endringsprosesser i sykehus.

Deretter har jeg begynte å merke tekstene med farger som jeg tildelt hvert tema. Da begynte svarene å se litt klarere ut. Jeg lagde tre tabeller, en over hvert tema/kategori og hypotese også har jeg ført inn underkoder under hvert av de temaene som jeg nevnte. Jeg har ført inn alle svar fra respondentene under hvert tema/kategori som jeg så at den tilhørte, uansett hvor den ble sagt under intervjuet. Ut fra svarene til respondentene kunne jeg se forskjeller og likheter mellom meningene og opplevelsene til respondentene i forhold til de tre overordnede temaene. Og da ble det enklere å trekke funn ut av respondentenes svar om disse elementene.

I analysen av intervjuene fra respondentene har jeg brukt en slik tabell som står under for hver gruppe respondent, og hvert tema/kategori, jeg har delt tema i forhold til hypotese og ført inn under koder som (*hvilken, hvorfor, når, hvordan*), for å gi svarene en struktur og mening. Et eksempel på en slik tabell presenteres nedenfor.

<b>Hypotese 1:</b> Å lede fra bunnen i helseorganisasjoner reduserer motstand mot endring og hjelper endringsledere for å implementere endringen i organisasjonen og nå målet for endringen.				
Tema/kodeord	Resp.1	Resp.2	Resp.3	Resp. N
Ledelsesstrategi? <i>Hvilken?</i>	<i>Nøkkelord og sitater som illustrerer svaret til respondenten</i>	<i>Nøkkelord og sitater som illustrerer svaret til</i>	<i>Nøkkelord og sitater som illustrerer svaret til</i>	
Ledelsesstrategi? <i>Hvorfor?</i>	<i>Nøkkelord og sitater som illustrerer svaret til respondenten</i>	<i>Nøkkelord og sitater som illustrerer svaret til respondenten</i>	<i>Nøkkelord og sitater som illustrerer svaret til</i>	

Tabell 1: (Ibrahim, Khlood J., 2016)- Analyse og hypotese (egenprodusert tabell)

### 3.6 Verifisering (reliabilitet og validitet)

**Reliabilitet:** (Jacobsen, 2015) sier at en undersøkelse må være til å stole på, pålitelig og troverdig. (Kvale & Brinkmann, 2010, s.250) sier at reliabilitet behandles ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere. I kvantitative undersøkelsen kan man se i hvilken grad er resultatene fra

undersøkelsen er pålitelige eller troverdige ved å ta en test-retest av undersøkelsen med et vist mellomrom for å sammenlikne svarene. Men i forhold til kvalitative undersøkelser vil påliteligheten og troverdigheten vurdert på annen måte, fordi disse metodene basere seg på samtale med respondenter og ikke er strukturerte. For å gjøre undersøkelsen min mer pålitelige og til å stole på, prøvde jeg så godt jeg kan å beskrive måten jeg hentet dataene på, dataene er hentet gjennom intervju med flere respondenter som var involvert i endringsprosessen og som representerte sine avdelinger og enheter i endringsprosessen. Alle intervjuene er tatt på bånd og er transkribert for analysering. Sitatene som er brukt i analysering av intervju er direkte sitater fra informantene. Under intervju og analysering av de intervjuene med de 11 respondentene har jeg prøvd å være transparent og ikke la min egen mening påvirke respondentenes mening og forskningsresultat. Alle teorier som oppgaven er basert på er hentet fra søk fra kjente kildesøk i Bibsys og Oria og er listet opp i slutten av oppgaven side(65-67). Undersøkelsen er meldt både til NSD og til Sørlandet sykehus forsknings avdeling før undersøkelsens startet, og jeg fikk en bekreftelse fra sykehuset at det var greit å samle data til undersøkelsen min i sykehusavdelingene, og at jeg kunne bruke internt data hvis det var behov for det. Under hele undersøkelsen som jeg nevnte tidligere i metode kapitlet har jeg prøvd så godt jeg kan å beskrive hvordan forskning har forløpt og hvordan jeg har samlet dataene mine, dette kan gi et grunnlag for å måle påliteligheten for undersøkelsen.

**Validitet:** Validitetskravet handler om hvorvidt man måler det man ønsker å måle(Hjerm, M., & Linberg, S., 2011, s.134), i kvalitative forskning som basere seg på samtale forekommer ikke det noen standardiserte måleprosedyrer som en forsker kan bruke å måle validiteten på svarene på, derfor legges sammenhengen mellom det forskeren spør etter og svarene som er gitt i undersøkelsen til grunn for å måle validiteten i undersøkelsen. I denne oppgaven ville jeg øke forståelsen rundt fenomenene kommunikasjon, brukerdeltakelse og brukermedvirkning under endringsprosessen i sykehus. Min metodiske tilnærming var deduktiv, jeg gikk ut fra teori til virkelig verden, oppgavens tema og problemstilling var basert på flere teoretiske perspektiver om å lede endring i sykehus, kommunikasjon betydning under endringsprosesser i sykehus, deltakelse og medvirkningens betydning under endringsprosesser i sykehus. Casen arealeffektivisering representerte en endringsprosess i sykehus, respondentene som jeg intervjuet var involvert i den endringsprosessen og har opplevd endringen. De har kommunisert med endringsledere og deltatt i kartleggingen av endringene i arealene sine. Funn fra undersøkelsen gav meg svar på det jeg prøvde å

undersøke. Sammenhengen mellom forskningsspørsmålet og svarene fra respondentene gir et grunnlag for å betrakte undersøkelsen som valid.

**Overførbarhet:** Handler om i hvilken stor grad forskningsopplegget ville være gjeldende i andre tilfeller, dvs. overførbare i andre tilfeller, som jeg nevnte i innledende kapitler at formålet med forskningen var å øke forståelsen rund fenomenene kommunikasjon, brukerdeltakelse og brukervedvirkning i endringsprosesser som skjer i sykehus. I og med at undersøkelsen er begrenset til en case og få avdelinger og respondenter, så er resultatene ikke generaliserende, men det kunne være overførbare og kunne brukes i liknende studier av endringsprosesser i andre sykehus. Økning i befolkning og pasientbehandlinger skaper arealutfordringer i norske sykehus, derfor er det viktig å ha gode planlagte endringsprosesser for å effektivisere arealene i sykehusene og bruke dem optimalt før man tenker å bygge nye kostbare sykehus. Og da kan denne undersøkelsen brukes som en modell for endring. Det som kan ses som svakhet i denne oppgaven er antall respondenter som har deltatt i intervjuene, forskningsmetoden var kvalitativ og da har man begrenset mulighet når det gjelder valg av antall respondenter som kan delta i studien. Jeg skulle ønsket at jeg kunne snakke med noen respondenter fra toppledelsen i sykehuset og høre på deres mening om ledelse fra bunnen i sykehus, kommunikasjon, brukerdeltakelse og brukervedvirkning i endringsprosesser i sykehuset. Dette var ikke mulig å gjøre med tanke på transkribering og analysing av intervjuer. Det skulle bli interessant å bruke en kvantitativ metode for å måle betydningene av de nevnte fenomenene eller elementene.



## 4 Presentasjon av Funn

I dette kapitlet vil jeg presentere funn om betydning av kommunikasjon mellom endringsledere og profesjonene i arealeffektiviseringsprosjektet i Sørlandet sykehus, og betydning for inkludering av profesjonene og deres medvirkning i den endringsprosessen som er gjennomført i Sørlandet sykehus et. Disse funnene har jeg kommet til ut fra intervju med endringsledere som har ledet arealeffektiviseringsprosjektet i Sørlandet sykehus, og utfra intervju med arealbrukere/profesjonene og ansattes representanter som var involvert og berørt av den endringsprosessen. I innledende kapitlene har jeg formulert en problemstilling som sier:

**«Hvilken betydning har kommunikasjon, brukerdeltakelse og medvirkning i endringsprosesser i sykehus?»**

Også har jeg utledet fire hypoteser som jeg vil bekrefte eller avkrefte gjennom disse funnene, de hypotesene er som følger:

1. Å lede fra bunnen i helseorganisasjoner reduserer motstand mot endring og hjelper endringsledere for å implementere endringen i organisasjonen og nå målet for endringen.
2. Gjennom kommunikasjon mellom endringsledere og profesjonene i sykehuset får endringsledere kunnskap om organisasjonen, også får de mulighet til å kommunisere endringen i organisasjonen.
3. Gjennom kommunikasjon mellom endringsledere og profesjonene i sykehuset får profesjonene i sykehuset informasjon og kunnskap om endringen, også får de mulighet til å formidle sine endringsbehov til endringsledere.
4. Profesjonenes tidlige deltakelse i endringsprosessen gir dem eierfølelse til endringsprosessen, og gir endringsledere et grunnlag for riktig kartlegging og planlegging av endringene, på den måten blir profesjonene med i endringsprosessen med sin brukermedvirkning og forslag for endring.

Først skal jeg presentere en tabell i neste side som gir oversikt over hypotesene som er bekreftet eller avkreftet gjennom funnene, etter det tar jeg å gå nærmere i presentasjon av hovedfunn fra intervju med respondenter fra SSHF som var involvert i arealeffektiviseringsprosjektet.

Hypotese	Bekreftet	Avkreftet
H1	X	
H2	X	
H3	X	
H4	X	

Tabell 2: (Ibrahim Khlood J., 2016)- Hypotese bekreftelse/avkreftelse (egenprodusert tabell).

En nærmere oversikt over alle hovedfunn fra begge gruppe respondenter med alle hypoteser er oppsummert i vedlegg 1 på side (69-71).

#### 4.1 Hovedfunn fra Gruppe 1/endringsledere

Nedenfor presenterer jeg samlet oversikt over hovedfunn fra Gruppe1-Endringsledere, deretter tar jeg å presentere nærmere grunn for hoved funn fra denne gruppen, følgende hovedfunn har jeg kommet til etter analysering av intervju fra denne gruppe respondenter:

- Endringsledere sa at de brukte en bevist lederstrategi for å lede arealeffektiviseringsprosjektet i sykehuset, den var å lede endringen fra bunnen i sykehuset, fordi arealbrukere/profesjonen i sykehuset har mye makt og beslutningsmyndighet, de sa en endring går ikke gjennom uten å ha profesjonene og fagfolkene med på laget, altså det blir ikke motstand mot endringen.
- Endringsledere sa at kommunikasjon var viktig for å samle informasjon og kunnskap om avdelingene i sykehuset, også for å kommunisere endringsbudskapet i sykehuset ved å skape en forståelse for endringene i avdelingene via riktige informasjonskanaler, og riktig kommunikasjonsmåte.
- Endringsledere sa at tidlig inkludering av arealbrukere/profesjonen ga dem et grunnlag for å kartlegge arealene riktig for avdelingene. i tillegg til det sa endringsledere at inkludering gir arealbrukere/profesjonen en eierfølelse for endringen de blir med i endringen via sin deltakelse og medvirkning.
- Arealeffektiviseringen i Sørlandet sykehus har ført til økt kapasitet på pasientbehandling og optimalisering i bruk av arealene.

#### 4.1.1 Begrunnelse for hovedfunn fra intervju

Gruppe 1-Endringsledere sin mening om

➤ **Å lede fra bunnen i sykehuset.**

Under intervju med endringsledere for arealeffektiviseringsprosjektet, spurte jeg dem om de hadde brukt en bevist ledelsesstrategi for å lede arealeffektiviseringen i Sørlandet sykehus og hvorfor har de valgt å bruke denne strategien, så har jeg fått en del svar som hadde likt tilnærming i grunn.

Ledere hadde en felles oppfatning av at brukere/profesjonen i sykehuset har mye makt og beslutningsmyndighet, de er klinikkledere, avdelingsledere og enhetsledere, og de så at det var veldig viktig å ha med seg de profesjonene i endringsprosessen fordi det har mye å si for implementering av endringen i hele organisasjonen, og for å få til endringen. Endringsledere mente at når avdelingsledere og enhetsledere kjenner budskapet for endringen, dvs. hvorfor må vi endre, så kan de få underordnede i avdelingene, og enhetene sine for å forstå hvorfor er det viktig å endre. Endringsledere sa at når avdelingsledere forstår visjonen bak å effektivisere arealene så kan de gå til avdelingene sine og skape en felles visjon om at det er viktig å effektivisere arealene i sykehuset for å betjene dagens sykehus, og da får hele organisasjonen en forståelse for endringen, blant de svarene jeg fikk fra endringsledere er følgende:

*«Vi pleide å si makten ligger i klinikken, makten ligger hos brukerne og hvis vi får brukerne med på dette, så ville klinikkledelsen også ikke sette seg i mot det i den forstand at det måtte komme en endring. Den legitimiteten som endringen fikk, var kun ved å ha med oss bunnlinjen i organisasjonen» ... Resp 1*

*«Arealet er det samme på tross av store endringer i måten en driver sykehuset på i dag. Man må ha mer plass til dagbehandling og poliklinisk behandling. Dersom vi etablerer en visjon i organisasjonen, for eksempel i en avdeling om en nødvendig endring til det bedre, så skaper dette også en dynamikk oppover i organisasjonen, og kan føre til et press fra avdelingen mot sykehusledelsen om å gjennomføre endringene»... Resp 2*

➤ **Betydning av kommunikasjon mellom endringsledere og arealbrukere/profesjonene under arealeffektiviseringsprosjektet.**

For å finne ut betydning av kommunikasjon mellom administrativ ledelse/endringsledere og arealbrukere/profesjonen i sykehuset under arealeffektiviseringsprosjektet, har jeg spurt endringsledere for arealeffektiviseringsprosjektet om sin opplevelse av kommunikasjon med arealbrukere/profesjonene under kartlegging av arealene i Sørlandet sykehus. Jeg ønsket å finne ut hvordan endringsledere har vektlagt kommunikasjon med arealbrukere under endringsprosessen, og hvilken kommunikasjonsmåte som var mest effektivt for dem å bruke, jeg spurte dem også om de har brukt kommunikasjonskanal for å kommunisere med avdelingene og enhetene i sykehuset. Endringsledere hadde lik oppfatning av at kommunikasjon med arealbrukere/profesjonen var viktig for å samle kunnskap om organisasjonen, de mente at profesjonene og fagfolkene kjenner mest sin drift og sine behov, og de hadde ikke fått den informasjonen og kunnskapen om driften i avdelingene uten å kommunisere med profesjonen. Endringslederen mente gjennom kommunikasjon med profesjonen fikk dem tilgang til kunnskap og informasjon om avdelingene i sykehuset, samtidig fikk de muligheten for å formidle informasjon om endringsprosessen ut til sykehusets avdelinger og skape forståelse for endringen noe som gjorde at endringsprosessene gikk bedre gjennom. Blant svarene fra endringsledere kom dette:

*«En av hoved grunnen til at vi la vekt på å gå rundt, var å samle kunnskap, snakke med folk for å vite hvor hen skoen trykker, hva som er behovet.»... Resp 1*

*«Det viktige elementet i en endringsprosess er å få de som skal endres for å få forståelse for hvorfor vi gjør endringene. Når en skjønner hvorfor er det nødvendig å gjøre endringer, så går prosessen mye bedre.»... Resp 2*

Når jeg spurte endringsledere om hvordan de har kommunisert med brukere for å formidle endringsbudskapet, så sa de at de først innkalte de alle avdelingene på sykehuset til all mans møte slik at alle hører om endringsprosessen, målet med den, hvordan skal de gjennomføre endringene i sykehuset, osv. så gikk de gjennom alle avdelinger og snakket med avdelingsledere og enhetsledere for de avdelingene, de valgte å snakke med profesjonene som ledet avdelingene og representerte avdelingene slik at de kunne formidle endringsbudskapet videre til sine underordnede, kommunikasjonsmetoden var face-to-face i følge avdelingsledere, de møtte folk og pratet med dem, de gikk på befaring i avdelingene for å se

hvordan arealet ble brukt på. Avdelingsledere sa at det ofte som svært gode løsninger som et resultat av dialog og samtale med arealbrukere/profesjonene, så å møte folk face-to-face og samtale med dem var veldig effektivt kommunikasjonsmetode for å kommunisere med arealbrukere på. En av endringsledere sa følgende:

*«Face to face, ikke mye e. poster. Vi har delte jo presentasjoner og forslag på e post, men det er ingen ting som på en måte slår et personlig møte med lederne på det nivået. Det er også viktig å understreke at svært ofte kommer de gode løsningene som et resultat av dialog, samtale med de berørte enheter, forslag fra ansatte, osv.»... Resp 2*

Når det gjelder kommunikasjonskanal, så har endringsledere som jeg nevnte brukt ledere, tillitsvalgte og verneombud i de avdelingene og enhetene som kommunikasjonskanal. Endringsledere sa at i en stor organisasjon som sykehuset er kan en ikke møte alle ansatte på huset for å informere om endringene, fordi det er veldig omfattende og tidskrevende, og i et sykehus så kan ikke alle ansatte møtte opp sammen i slike sammenhenger på grunn av travle arbeidsdager og pasientbehandling. Så derfor har endringsledere valgt å kommunisere med representanter for de avdelingene og enhetene, de avdelingsledere og enhetsledere representerer sine ansatte, de jobber med felles arbeidsoppgaver og har samme behov når det gjelder arealer. Så møte og samtale med representanter for arealbrukere/profesjonen var mest effektivt kommunikasjons måte å bruke for å formidle endringen, og avdelingsledere, enhetsledere var beste kommunikasjons kanaler, følgende sitat kom fra endringsledere:

*«Avdelingsledere er kanskje de viktigste kommunikasjonskanaler i en endringssammenheng. Det er de som skal møte avdelingene og si at (hør nå, nå skal vi gjennomføre sånn og sånn, vi skal flytte for eksempel hele poliklinikken til sengepost, vi får mer areal, men vi skal samlokalisere poliklinikk og seng), også først må de kjenne budskapet, også må de kommunisere den i egen organisasjon.»... Resp 2*

➤ **Betydning av brukerdeltakelse og brukermedvirkning under arealeffektiviseringsprosjektet.**

For å finne ut hvordan endringsledere har vektlagt profesjonenes deltakelse og medvirkning i arealeffektiviseringsprosjektet, spurt jeg dem om de har inkludert arealbrukere/profesjonene i sykehuset i kartlegging og planlegging av arealene i sykehuset.

Endringsledere svarte at de at det var viktig for dem å inkludere arealbrukere /profesjonen i oppstartfasen av prosjektet, altså tidlig, fordi det er arealbrukere som kjenner mest behovene sine, og det er de som vet hva var mest hensiktsmessig å endre på. De sa at arealbrukere kjenner mest om driften sin og fagområdet sitt, så inkludering av arealbrukere var en forutsetning for endringsleder i arealeffektiviseringsprosjektet helt fra start fasen. En av endringsledere sa følgende:

*«Det sentrale elementet i fremgangsmåten var nettopp å snakke med brukerne, og involvere dem fra starten, fordi de som har skoen på, vet hen den trykker. Og det å gå ut og kartlegge behovet, hva er det på en måte det grunnleggende behovet som en må endre på. Det har vært en av de absolutt klare forutsetninger i hele prosjektet.»...*

*Resp 1*

Arealbrukere/profesjonen i sykehuset vet hva de har behov for eksempel hvilken type areal de trenger for den type dagbehandling, og hvor mye areal de trenger for en sengepasient, osv. den kunnskapen trenger avdelingsledere å ha med i kartlegging av behovene og endringene i disse avdelingene, så det var viktig å involvere arealbrukere helt fra starten i kartlegging av endringene mente endringsledere. På en annen side sier endringsledere at brei deltakelse skaper forventning, fordi når alle deltar og kommer med forskjellige behov og innspill, så får arealbrukere en slags forventning til at alle behov og innspill kommer gjennom og tilfredsstilles, og hvis ikke de får det de spør om, så blir de skuffet ovenfor sykehusledelsen, blant svarene kom dette:

*«Jeg har ikke opplevd dette som vanskelig, men jeg tror at i noen sammenhenger har sykehusledelsen kanskje opplevd det som krevende å møte så mye forventninger, fordi vi skaper jo forventninger i organisasjonen når vi går gjennom dette, og hvis det ikke skjer noen ting så blir man skuffet og negativ i forhold til sykehusledelsen.» ... Resp 2*

Effekten av inkludering av arealbrukere/profesjonen i planlegging og kartlegging av arealene sine var i følge endringsledere positivt, endringsledere sa at de har opplevd og erfart når arealbrukere fikk mulighet til å delta, komme med innspill og forslag og medvirket i

kartlegging av sine egne arealer, ble de på en måte positive for endringen og fikk eierfølelse for endringene, de følte at de har blitt tatt på alvor, sier endringsledere:

*«Vi diskuterte veldig mye og ganske ofte i prosjektgruppen dette med at hvis ikke endringene var eid av bruker, så ble det vanskelig å få det til. Vi lagde god informasjon som de fikk lov å ta stilling til, og på den måten så opplevde vi og erfarte at dere sin opplevelse var at vi tok dem på alvor.»... Resp 1*

#### **4.1.2 Oppsummering hovedfunn og hypoteser- Gruppe 1-endringsledere**

Ut fra det endringsledere sier, så har de ledet arealeffektiviseringsprosjektet fra bunnen i Sørlandet sykehus, fordi de så at arealbrukere/profesjonen hadde mye makt og myndighet i sykehuset, og de kunne skape en felles visjon i avdelingene og enhetene om at endringene var viktig å gjennomføre. Ut fra det endringsledere sier så ser jeg at min første hypotese om å lede fra bunnen i sykehuset er bekreftet.

Endringsledere mente at kommunikasjon med arealbrukere var veldig viktig for å få informasjon og kunnskap om organisasjonen, de mente at arealbrukere/profesjonene kan mest om faget sitt og driften sin, og det var viktig å få informasjon om driften fra dem.

Endringsledere sa at kommunikasjon med arealbrukere var viktig fordi de fikk kommunisert endringen i avdelingene i sykehuset og skapte en forståelse for det, dette bekrefter jo min andre hypotese om betydning av kommunikasjon mellom endringsledere og arealbrukere under endringsprosesser.

Når det gjelder brukerdeltakelse og brukermedvirkning i arealeffektiviseringsprosjektet, så hadde endringsledere en klar forutsetning om å inkludere arealbrukere/profesjonene i sykehuset i kartlegging og planlegging av arealene sine helt fra starten. De mente at det er arealbrukere/ profesjonen som kjenner mest sine arealbehov, og det er de som vet hva de trenger. Endringsledere sa at arealbrukere får eierfølelse for endringene når de blir inkludert tidlig i kartlegging av arealendringene, dette bekrefter min fjerde hypotese om betydningen av profesjonenes tidlige deltakelse og medvirkning i endringsprosesser som berører dem, som fører til riktig kartlegging av arealene og bedre endringsresultat.

## 4.2 Hovedfunn fra Gruppe 2 - arealbrukere/profesjonen i Sørlandet sykehus.

Nedenfor presenterer jeg samlet oversikt over hovedfunn fra Gruppe 2-arealbrukere/profesjonene og ansattes representanter, deretter tar jeg å presentere nærmere grunn for hoved funn fra denne gruppen, følgende hovedfunn har jeg kommet til etter analysering av intervju fra dens grupperespondent:

- Arealbrukere/profesjonen deltakelse i kartlegging av arealene sine gir indikator på at arealeffektiviseringsprosjektet er ledet fra bunnen i sykehuset. Arealbrukere/profesjonen med leder ansvar har også ledet arealendringene fra bunnen i avdelingene sine for å forenkle implementeringen av endringene i avdelingene.
- Arealbrukere/profesjonene sa at kommunikasjon med endringsledere var viktig for å få informasjon om endringene som berørte dem, og for å formidle sine ønsker og arealbehov til endringsledere. For lite informasjon og mangel på tilbakemelding gjør kommunikasjonen lite effektivt. Svar fra arealbrukere/profesjonen gir indikator på at kommunikasjon må være effektivt og riktig.
- Arealbrukere/Profesjonenes sa at det var viktig å inkludere dem i kartlegging av arealene fordi de vet mest om hva de trenger, men de mente at inkluderingen må være tidlig i prosessen og medvirkningen må være effektivt. Sen inkludering av arealbrukere/profesjonen i endringsprosessen gir et feil grunnlag i kartlegging av arealene. Gjennomførings av endringene tar lengere tid og resultatene ikke blir optimale.
- Areal effektiviseringen i Sørlandet sykehus har ført til økt kapasitet på pasientbehandling og optimalisering i bruk av arealene. Men den har ført også til å skape en del utfordringer i organisasjonen som logistikk problemer, og brudd på taushetsplikt.

### 4.2.1 Begrunnelse for hovedfunn fra intervju

Gruppe 2-Arealbrukere/profesjonene og ansattes representanter sin mening om

#### ➤ Å lede fra bunnen i sykehuset.

Utfra ledelsesstrategien for endringsledere, har de ledet arealeffektiviseringsprosjektet fra bunnen i sykehuset, de mente at det var viktig å ha arealbrukere/profesjonen med i endringsprosessen fordi arealbrukere/profesjonen hadde mye makt, beslutningsmyndighet og mest kjennskap til driften sin. Det var interessant for meg å finne ut hva var profesjonenes sin egen opplevelse og erfaring av å være med i endringsprosessene, og hvilken lederstrategi de hadde selv brukt for å lede endringen intern i avdelingene sine. Jeg hadde totalt 7



respondenter fra tre forskjellige avdelinger i sykehuset, som jeg kalte for avdeling A, B, og C. De tre avdelingene var involvert i arealeffektiviseringsprosjektet og har vært gjennom store endringer arealmessig, som flytting, samlokalisering, og redusering av areal. Fire av respondentene hadde leder ansvar i avdelingene og enhetene sine, de var enten avdelingsledere eller enhetsledere, de tre andre var fagpersoner og representanter for sine faggrupper og hadde ikke lederansvar. Når jeg spurte respondentene som hadde leder ansvar i avdelingene eller enhetene sine om de forslagene og behovene som de kom med i endringsprosessen var i samråd med sine ansatte, så svarte alle ja på dette spørsmålet, og mente at alle løsningene og forslagene som de kom med til prosjektledelsen var i samråd med sine ansatte, de sa *vi fant beste løsningene i felleskap*, og at alle ansatte kom med sine behov og innspill som de tok videre med seg til prosjektledere. En av respondentene som var avdelingsleder sa:

*«Jeg har jo lært det at jo mer endringen som kommer nedenifra, og at på en måte de som skal være gjenstand for endringen, jo mer involvert de blir, jo mer de får lov til å definere selv, jo lettere blir implementeringen etterpå.»... Resp 8-avdeling B*

Så ledelsesstrategien internt i avdelingene var likt med ledelses strategi for endringsledere det med å lede fra bunnen i organisasjonen. Avdelingsledere og enhetsledere mente at når det ledet endringene fra bunnen internt i avdelingene og enhetene, så var det lettere å implementere endringen etterpå. Avdeling A, og B var mer åpne for å gjøre endringer i sine arealer, til og med før arealprosjektet begynte, har de meldt inn behov for å øke arealene sine eller samlokalisere driften, så det var et gammelt ønske for å endre i arealene som følge av utviklingen og økningen i antall pasientbehandlinger i de avdelingene. Avdeling C som måtte gi fra seg en del arealer på grunn av nedgang i antall sengepasienter var ikke så positiv til endringen, så arealbrukere/profesjonen i avdelings C ønsket ikke endringen, men de hadde en forståelse for at noen andre avdelinger hadde behov for mer arealer enn det de gjør. En respondent fra avdeling C som ikke hadde lederansvar sa at endringene i avdelingen deres har bestemt fra sykehusledelsen, og de hadde i grunn ikke noen ting å si, respondenten følte at endringene i avdelingen deres er ikke ledet fra bunnen i avdelingen, men bestemt fra toppledelsen, hun sa følgende:

*«Jeg har jobbet i sykehuset i mange år. når det blir bestemt noe, så føler jeg nok at det ligger dårlig an for avdelingen. Altså er det bare bestemt fra disse som skriver og tegner. Men hvor flinke de har vært til å bruke ledelsen for å høre på fagfolk, det aner ikke jeg noe om.»... Resp 10 - avdeling C.*

Så respondentene i avdeling A og B, så mer positivt på endringsprosessen eller arealeffektiviseringen, fordi de hadde behov og ønsket å gjøre endringer i arealene sine, men respondentene i avdeling C så ikke positivt på endringene eller arealeffektiviseringen, fordi de ikke hadde behov eller ønsket å gjøre endringer i arealene sine, men de på avdelingen hadde en forståelse av at de måtte endre i arealene sine fordi de ikke hadde lenger sengepasienter, og var letter å flytte på dem, en respondent i avdeling C sa følgende:

*«Vi følte at dette har det veldig nær over hodet på oss, men at vi hadde i grunn ikke noen ting som vi skulle sagt. Vi opplevde at sånn bestemt av de som sitter der borte. Vi hadde veldig bra der vi var, pasientene var veldig fornøyde. Men vi ser jo at vi som poliklinikk var lettest å flytte siden vi ikke har senger. Vi kjente jo og så jo at det er klart avdelinger som har senger har ikke nok plass.»... Resp 10-avdeling C*

➤ **Betydning av kommunikasjon mellom endringsledere og arealbrukere/profesjonene under arealeffektiviseringsprosjektet**

Jeg ville finne ut hvordan var arealbrukere/profesjonens sin opplevelse av kommunikasjon og dens betydning i arealeffektiviseringsprosjektet, derfor har jeg spurte respondentene fra de tre avdelingene A, B og C om deres opplevelse av kommunikasjon med endringsledere under arealeffektiviseringsprosjektet. Avdelingene hadde forskjellige opplevelser av kommunikasjonen med endringsledere, respondentene i avdeling A opplevde kommunikasjonen med endringsledere som veldig greit under planlegging og kartleggingsfasen av arealeffektiviseringsprosjektet, de mente at gjennom kommunikasjon med endringsledere fikk de informasjon om endringsprosessen som de formidlet videre i avdelingene eller enhetene sine, en respondent sa at de var skeptiske til endringen i begynnelsen, men etter hvert når de kommuniserte med prosjektledelsen og opplevde den profesjonelle måten de har ledet prosjektet på, særlig fra det innleide konsulentfirmaet som var leid inn i prosjektet, så ble de mindre skeptiske, så det var en felles opplevelse i den avdelingen av at kommunikasjon under endringsprosesser gir trygghetsfølelse til arealbrukere og gjør dem ser positivt på endringen når de får tillit til endringsagentene, hun uttrykte seg som følgende:

*«Vi var veldig skeptiske, det var jo i alle fall i starten fordi vi akkurat hadde tatt omorganiseringen, og da tenkte vi at(ja de vil prøve å omorganisere oss først, også flytte oss, de vil gjøre oss små nok sånn at de får plass til oss der oppe). Så i utgangspunktet var vi veldig negative. Men så synes jeg jo at den prosjektgruppen var jo profesjonell på måten de drev gruppen på og særlig en av de som var innleid sånn at vi fikk tillit til dem underveis og da ble vi jo for så vit mindre skeptiske, de sa at vi skulle egentlig ikke tenke på hvor skulle vi være, men tenke på hva var vår behov.»... Resp 6-avdeling A*

Respondentene i avdeling B hadde litt annen opplevelse av kommunikasjon med endringsledere under kartlegging og planlegging av arealene sine, de mente at kommunikasjonen med ansatte internt i avdelingen var greit, men det var ikke helt grei kommunikasjon med prosjektledelsen eller endringsledere fordi, de mente at de fikk ikke nok informasjon i startfasen og under kartleggingsfasen av endringene, og det var vanskelig å kommunisere endringen videre i avdelingen fordi de ikke viste mye de heller om planene videre. Også opplevde de at informasjonen om en del av behovene deres som de formidlet til endringsledere ikke ble fulgt opp, og at det ikke ble gjort noe med det. Så avdeling B så at kommunikasjon i startfasen av endringsprosessen og underveis under hele endringsprosessen var veldig viktig for at de involverte forstår endringene, og være oppdatert på hva som skjer videre i prosessen. Repeteringen av informasjon til arealbrukere gjennom flere kanaler er også veldig viktig slik at alle i organisasjonen får informasjonen med seg. Oppfølging av informasjon, og behov fra arealbrukere er også viktig for å slippe og bruke ekstra tid på dette under endringsprosessen mente respondentene i avdeling B. Følgende svar fra respondenter i avdeling B:

*«Kommunikasjonen med de som var under oss var veldig ok, men det var vanskelig å si konkrete ting til dem, fordi vi ikke har fått det fra prosjektledelsen. Jeg synes det var vanskelig å kommunisere med prosjektledelsen. Så egentlig har vi planlagt denne endringen 8-9 måneder før det faktisk begynte å skje noe, kommunikasjonen var elendig»... Resp 3-avdeling B*

*«Hovedelementene i kommunikasjonen at det var den inputen vi ga tidlig på konkrete problemstillinger ble ikke fulgt opp sånn at når det ble avtalt et nytt møte etter tre, fire måneder hvor en del ting skulle være gjort, så når den datoen kommet så var ingenting gjort og vi måtte ta alt forfra.»... Resp 9-avdeling B*

Avdeling C hadde lik opplevelse av kommunikasjonen med endringsledere under kartlegging av arealene sine som avdeling B, de mente at de fikk lite informasjon i startfasen av endringsprosessen og det tok veldig lang tid før de fikk hørte noe om fremgangen i endringsprosessene hos dem. Men alle avdelingene i grunn hadde en felles oppfattelse av kommunikasjon med endringsledelsen var viktig for å få informasjon om endringene, og for å formidle informasjon videre til underordnede i avdelingene, en respondent i avdeling C sa følgende om kommunikasjon med prosjektledelsen:

*«Min nærmeste leder som er enhetsleder, hun synes jeg har virkelig jobbet det hun kunne for å informere oss og si en del, men det er klart at hun viste heller ikke så mye alltid, og det ble stadig ombestemte forandringer. Vi er hungrig på informasjon hele veien, det gjelder oss veldig mye, det har vi fått merket nå siden vi sliter her oppe, så det er veldig viktig ting at vi vet om ting på veien altså.»... Resp10-avdeling C*

Når det gjelder kommunikasjonsmåten med endringsledere og internt i avdelingen, så har alle de tre avdelingene brukte både muntlig og skriftlig kommunikasjon. Avdelingene holdte mange møter med ansatte internt i avdelingene og enhetene, for å formidle informasjon om endringene, og for å høre på ansattes behov og ønsker og bringe dem videre til Endringsledere. De brukte mail og skriftlig kommunikasjon også når det ble vanskelig å møte ansatte på grunn av driften i sykehuset og arbeidsoppgaver. Når det gjelder bruk av kommunikasjonskanal mellom avdelingene og endringsledelsen eller prosjektledelsen, så har hver avdeling laget en liten arealkomite internt i avdelingene der avdelingsledelsen og en person fra hver faggruppe var med for å representere avdelingen og kommunisere med endringsledere for å kartlegge arealene og formidle avdelingenes behov og ønsker. Avdelingsledere og enhetsledere har også brukt ansattes representanter som tillitsvalgte og verneombud for å formidle endringen internt i avdelingen til ansatte, slik at alle får kjenneskapp til endringene og komme med innspill for endringen.

En ting som en av de tre avdelingene reagerte på når det gjelder kommunikasjon med endringsledere i startfasen av prosjektet, var at de mente at endringsledere/prosjektledelsen kom på befaring i avdelingen tidlig i startfasen av prosjektet uten å gi beskjed på forhånd, dette skaper jo frustrasjon og forvirring blant ansatte som ikke vet mye om endringsplanene mente de, blant svarene kom dette:

*«Det var litt nok frustrasjon for de ansatte, for plutselig var det noen som kom på befaring til oss og som ikke har gitt beskjed om, hva skjer nå?»... Resp 7-avdeling A*

*«Det er jo bare å sende en melding å si det, nå kommer vi, enten det eller så kommer du forsiktig inn å si at vi skal bare se på lokalene her dersom vi kunne forandre på noe.»... Resp 5 – Tillitsvalgt.*

➤ **Betydning av brukerdeltakelse og brukermedvirkning under arealeffektiviseringsprosjektet.**

Etter å ha intervjuet endringsledere og fått svar på betydningen av brukerdeltakelse for dem i arealeffektiviseringsprosjektet, var det veldig interessant å finne ut hvordan arealbrukere/profesjonen selv har opplevd sin deltakelse i arealeffektiviseringsprosjektet og hvordan de vektlagt dette.

Når jeg spurte respondentene fra de tre avdelingene A, B og C om de hadde forslag til endringer under arealeffektiviseringsprosjektet, så fikk jeg forskjellige svar fra de tre avdelingene. Respondenter i avdeling A har opplevd at de ble inkludert tidlig og i riktig tidspunkt, og at de kom med sine forslag og innspill under kartlegging av arealene, og deres innspill og forslag blitt hørt og tatt hensyn til. Dette har ført til god endringsresultat mente de bortsett fra en del problemer med logistikk og booking av rom som de fikk etter hvert etter at de samlokaliserte driften i en plass. De måtte dele en del rom som for eksempel møterom med andre brukere som bodde fra før i lokalene, blant svarene kom dette:

*«Jeg synes at det har vært veldig spennende for jeg har aldri vært bort i slikt før jeg kom her, så synes jeg at prosjektledelsen har vært veldig profesjonelle i forhold til det faglige og dette med medvirkning og medvirkningsprosessene. De har vært veldig åpne, spørrende, respekt for faglighet og lytter til fagfolks behov og prosesser i pasientbehandlingen, så jeg synes det har vært positiv.»... Resp 8-avdeling A*

Avdeling B har opplevd at de ble inkludert i kartlegging av arealene sine, men de opplevde at de ble ikke inkludert i riktig tidspunkt, og på riktig måte, de mente at de burde blitt inkludert i felleskap med de arealbrukere som skulle omdisponere areal med dem, og dette har ført til at planleggingene og gjennomføring av endringene tok lengere tid en det trengte, avdeling B nevnte også at de har opplevd at det var ikke like premisser for alle når det gjelder fordeling av kontor til leger, de mente at de måtte komprimere antall legekontorer og flere leger måtte dele samme kontor, og dette hadde konsekvenser for å holde taushetsplikten når det gjelder

pasientopplysninger. Avdeling B sa at noen andre avdelinger fikk mer kontorer og bedre premisser enn det de fikk, en respondent i avdeling B sa at:

*«endringsledere som ikke var medisinere har låst kartet for tidlig.» Resp9, avdeling B.*

Han sa at endringsledere har lovet bort en del av arealene tidlig for noen andre som egentlig de på avdelingen burde fått for eksempel kontor til leger. Så respondentene i avdeling B opplevde deltakelsen sin ikke optimalt og seint i kartleggingen og planleggingsfasen av prosjektet, og de så at de ikke kunne påvirke så mye når det gjaldt en del arealbehov i avdelingen som legekantor, møterom, soverom til vaktleger, osv. han uttrykte seg som følgende:

*«tidlig kommunikasjon og involvering av fagfolkene i endringsprosesser, og ikke prematur tegnebrett aktivitet mellom aktørene. Altså prematur løfter er ødeleggende.»... Resp9-avdeling B*

Avdeling C mente at de ble inkludert i endringene etter at endringene var bestemt av noen andre, og da kom de inn i endringsprosessen etter hvert for å se om ting fungerte i de nye lokalene, og at de kunne påvirke så mye de endringene som er bestemt på forhånd, blant svarene kom dette:

*«Vi så tidlig at det var lite rom for oss, antall rom, så vi måtte gå ned på to behandlingsrom som vi hadde sagt at vi har behov for.»... Resp4-avdeling C*

*«Det ble bestemt sånn skal det være, men når vi kom opp så fikk vi være med en del fordi det var en god del som ikke fungerte sånn rent arealmessig, og da ble vi tatt med i alt akkurat i de plassene som vi driver infusjon en del, og da fikk vi være med og fikk gjennom alt vi ville så vi fikk bygge om et rom og utvidet et rom, for å få mer plass til ting. Og da var for så vidt greit altså.»... Resp 10-avdeling C*

Arealbrukere/profesjonen mente at det var viktig å delta i kartlegging av sine arealer, de sa at det er de som vet hva de trenger av arealer og ikke endringsledere som er ikke medisinere, så de mente at det var viktig å bli inkludert i planlegging og kartlegging av arealene helt fra starten og gjerne i felleskap med de andre avdelingene som skal bruke arealene i nærheten eller som skal dele arealer med, fordi da blir kartleggingene mer riktig og mindre tidskrevende.

Når det gjelder brukermedvirkning, så mente respondentene at det var viktig å høre til forslagene og innspill fra profesjonen altså fagfolkene fordi de vet mest om faget sitt og behovene sine og vet mest hva de trenger, blant svarene kom dette:

*«Man skulle illudere en involvering.»... Resp 9-avdeling B*

Ansattes representanter som er tillitsvalgt og verneombud var med i endringsprosessen helt fra startfasen, de var der og passet på at arealbrukere/profesjonen og de som ble berørt av endringene var involvert i kartlegging og planlegging av arealene, de passet på at involverte fikk sagt sitt, de mente at det var viktig å inkludere profesjonene i endringene fordi de kan mest om arealbehovene sine og faget sitt, de sa at kommunikasjon under endringsprosess blir ekstra viktig fordi de som blir involvert av endringen blir nysgjerrige, skeptiske og de trenger informasjon underveis for å ha oversikt over hva som skjer og bli trygge på endringen, blant svarene kom dette:

*«Litt forskjellige hvor god informasjonen var, og muligheten til å ta det opp med mine underordnede, fordi det kan jeg ikke gjør hvis jeg ikke for det på forhånd.» Resp 11-Verneombud.*

Oppsummering av hovedfunn fra fra Gruppe2- arealbrukere/profesjonene kommer i nesteside.

#### 4.2.2 Oppsummering av hovedfunn og hypoteser fra Gruppe 2 arealbrukere/profesjonene

Arealbrukere/profesjonene som hadde lederansvar i avdelingene og enhetene sine mente at å lede arealeffektiviseringen fra bunnen i avdelingene og enhetene var viktig fordi når endringene kommer fra bunnen, og når underordnede får lov til å definere de endringene og være med på det så blir implementeringen mye enklere etterpå i følge avdelings og enhetsledere, dette bekrefter og forsterker min første hypotese om å lede endringer fra bunnen i sykehus.

Når det gjelder kommunikasjon mellom arealbrukere/profesjonene internt og mellom arealbrukere og endringsledere, så mente arealbrukere/profesjonen at kommunikasjon var veldig viktig begge veier fordi når avdelingsledere kommuniserer med endringsledere så får de informasjon om endringene som de igjen formidler videre til sine underordnede som er skeptiske for de endringene eller har ikke skjenneskap til det, og via kommunikasjon så formidler avdelingene sine arealbehov og endringsforslag til endringsledere. Kommunikasjon var viktig for å få informasjon om endringen, kommunisere endringen videre i sykehuset og for formidle arealbehov og endringsforslag videre til endringsledere. Dette bekrefter jo min tredje hypotese om kommunikasjons betydning for profesjonene under endringsprosesser.

Deltakelse og medvirkning var viktig for arealbrukere, de mente at det var viktig for dem å bli inkludert i arealkartleggingene og særlig tidlig i prosessene fordi, de vet hva de trenger av arealer som passer for sin drift og pasientbehandling. Arealbrukere som hadde lederansvar i avdelingene sine mente at det var viktig å inkludere sine underordnede i kartlegging av arealene, fordi de vet hva de trenger og at de får en eierfølelse for endringene når de sammen med sine nærmeste ledere kartlegger behovene og endringene i arealene sine. Noen av de arealbrukere/profesjonen fra avdeling B og C mente at de har ikke blitt inkludert riktig helt fra starten sammen med andre avdelinger som de skulle omdisponere areal med, og dette har ført til å skape en del arealutfordringer for dem. Så dette bekrefter jo min fjerde hypotese om betydning av tidlig brukerdeltakelse og brukermedvirkning i endringsprosesser som skjer i sykehus. Disse funnene skal jeg drøfte videre i drøfting kapitlet som skal gi grunnlag for å svare min problemstilling og trekke en konklusjon og veien videre.



## 5 Drøftingsdelen

I dette kapitlet skal jeg drøfte funnene mine i lys av teori som er presentert i teori kapitlet og intervju med respondentene som var med i undersøkelsen med fokus på å svare problemstillingen for oppgaven. Drøftingen er strukturert i kategorier basert på struktur i kapittel 4, og disse er som følger med kapittelinnndeling i parentes.

- Å lede fra bunnen i sykehus (5.1)
- Betydning av kommunikasjon mellom endringsledere og arealbrukere/profesjonen i endringsprosesser (5.2)
- Betydning av brukerdeltakelse og brukermedvirkningen i endringsprosesser(5.3)

Disse kategoriene har underkoder som jeg ser er hensiktsmessig å slå sammen under drøftingen. Funnene fra intervjuene er delt i to deler med hensyn til type respondenter, første hovedfunn er presentert utfra intervju med prosjektledelsen for arealeffektiviseringsprosjektet som jeg kalte Gruppe1-endringsledere, og andre hovedfunn er presentert utfra intervju med profesjonen og ansattes representanter i Sørlandet sykehus som jeg kalte for Gruppe 2-arealbrukere/profesjonen i oppgaven. Jeg skal drøfte funnene for begge gruppene for hver kategori og hypotese. Drøftingen vil være avgjørende for konklusjon på min problemstilling. Problemstillingen var:

**«Hvilken betydning har kommunikasjon, brukerdeltakelse og brukermedvirkning i endringsprosesser i sykehus?»**

### 5.1 Å lede fra bunnen i sykehus

Hovedfunn fra analysering av intervju med respondenter fra Gruppe 1 og Gruppe 2 i Sørlandet sykehus som går under denne kategorien og som jeg tar å drøfte her er som følgende:

- Gruppe 1 - endringsledere.  
Endringsledere sa at de brukte en bevisst lederstrategi for å lede arealeffektiviseringsprosjektet i sykehuset, den var å lede endringen fra bunnen i sykehuset, fordi arealbrukere/profesjonen i sykehuset har mye makt og beslutningsmyndighet, de sa en endring går ikke gjennom uten å ha profesjonene og fagfolkene med på laget, altså det blir ikke motstand mot endringen.

- Gruppe 2 - Arealbrukere/profesjonene og ansattes representanter

Arealbrukere/profesjonen deltakelse i kartlegging av arealene sine gir indikator på at arealeffektiviseringsprosjektet er ledet fra bunnen i sykehuset.

Arealbrukere/profesjonen med leder ansvar har også ledet arealendringene fra bunnen i avdelingene sine for å forenkle implementeringen av endringene etterpå.

### 5.1.1 Endring i ekspertorganisasjon

(Jacobsen & Thorvik, 2013, s.98) beskriver sykehus som en profesjonell organisasjon, som kjennetegnes ved profesjonalisering, ansatte i den operative kjernen er tildelt mye beslutningsmyndighet og handlefrihet i det daglige arbeidet. Beslutningsmyndighetene kan desentraliseres fordi den operative kjernen består av profesjonelle som gjennom utdanning har tilegnet seg kunnskaper og ferdigheter som er nødvendige for å løse oppgavene på en tilfredsstillende måte. Et sykehus driftes av leger, spesialister og fagfolk som yter tjenester til pasienter, de legene og fagfolk yter tjenestene utfra jobber for pasientenes beste, og ikke ut fra sykehusledelses beste eller instruks, profesjonen eller fagfolkene drifter den operative kjernen i sykehuset ut fra sin fagekspertise og utdanningsbakgrunn, de trenger ikke veiledning og instruks fra den administrative ledelsen i sykehuset for å gjøre arbeidsoppgavene sine, så de har makt og beslutningsmyndighet basert på sin utdanning og fagbakgrunn. Det er ikke enkelt å føre inn endringer i den type organisasjon uten å få en bekreftelse fra de profesjonene som drifter den operative kjernen i sykehuset.

I følge (Strand, 2007) er kulturen for denne type organisasjonen en funksjon av teknologi og kunnskap som er sentrale variabler i organisasjonen, teknologi kan være i dynamisk utvikling og drive frem endring i tankesettet, struktur kan være design for optimal produksjon, krav fra omverdenen for kundeservice og nyskaping nødvendiggjør endringer i organisasjonen.. å lede en endring i den type organisasjon bør være fra bunnen. Administrative ledere må ha fagledere/eller profesjonen med i endringsprosessen for å få til endringen. Dette ble jo bekreftet av Gruppe1-endringsledere, altså ledere for arealeffektiviseringsprosjektet, ledelsen for arealeffektiviseringsprosjektet hadde en bevisst strategi for å lede arealendringene i Sørlandet sykehuset fra bunnen i sykehuset, fordi de mente at profesjonen som er avdelingsledere og enhetsledere har mye makt og beslutnings-myndighet, så det var viktig for dem å ha avdelingsledere og enhetsledere med i kartlegging av endringen.

(Strand, 2007) mener at fagledere i ekspertorganisasjonen kan påvirke kollegene sine ut ifra sin fagkunnskap og ekspertise, de snakker samme språk som kollegene sine, og jobber etter

samme visjon, de kan direkte tolke de administrative og syringsskravene for organisasjonen til kollegene sine og påvirke deres forutsetning og tanke. Derfor kan administrative ledere bruke fagledere for å kanalisere administrative signaler og endringer i organisasjonen. Her kan man si at avdelingsledere og enhetsledere i Sørlandet sykehus kan påvirke sine underordnede i avdelingene og enhetene og får dem til å tenke positivt om endringer, de har samme fagspråk, og samme visjon som de jobber etter, de har fått tillit fra sine underordnede for å ta beslutninger som de ser er riktige å ta på vegne av avdelingen.

### 5.1.2 Bevisst endringsstrategi

I arealeffektiviserings-prosjektet har endringsledere en bevisst ledelsesstrategi som var å lede fra bunnen i sykehuset(*bottom-up*). De har involvert alle avdelingsledere og enhetsledere som skulle bli berørt av arealendringene i endringsprosessen, dette var smart av dem mener jeg. Fordi avdelingsledere ledere og enhetsledere er jo nærmeste leden til pasientene og de leder sine avdelinger og enheter ut fra pasientenes beste, så de har mye makt og myndighet da de står for tjenestetilbudet og daglige driften av sykehuset. De har beslutningsmyndighet for å si ja eller nei til endringer ut ifra sin faglige bakgrunn og pasientenes beste. Å skape en forståelse for endringen hos de avdelingsledere og enhetsledere gjør at endringen implementeres enklere i hele sykehuset, i denne casen som oppgaven tar og ser på er det viktig at endringsledere får avdelingsledere og enhetsledere til å forstå hvorfor er det viktig å effektivisere arealene. Endringsledernes mål for prosjektet var å effektivisere arealene for å kunne betjene dagens sykehus, og øke kapasiteten på pasientbehandlingen. Dette er en god grunn for å få profesjonen med på laget for å gjennomføre endringen, fordi vis ikke arealene effektiviseres så kan man ikke betjene alle pasienter og da må de sendes bort til andre sykehus i landet. (Jacobsen, 2012, s.184) referer til (Lewins, 1997) tre- steg- modell for endring og sier at i opptiningsfasen for en endring er det viktig at endringsledere skaper et klima for endringen, skape en forståelse for endringene slik at alle i og utenfor organisasjonen oppfatter endringen som viktig, riktig og god. Så går profesjonen(avdelingsledere og enhetsledere) til avdelingene og enhetene sine og skaper en felles visjon internt om at endringene er viktige å gjennomføre, og på den måten blir endringen positivt sett, og akseptert i organisasjonen. Dette ble bekreftet av endringsledere for arealeffektiviseringsprosjektet.

Men hvis avdelingsledere og enhetsledere ikke forstår eller ser at effektiviseringen av arealene ikke er hensiktsmessige eller riktige for pasientbehandlingen, så kan de nekte å gjennomføre disse endringene. Dette skaper jo en utfordring for endringsledere eller

sykehusledelsen, de kan ikke gjennomføre disse endringene uten å ha aksept fra profesjonen som drifter sykehuset. I arealeffektiviseringsprosjektet kunne avdelingene sto imot endringene og nekte å gi fra seg arealer, de kunne streike og ikke gjennomføre pasientbehandlinger for eksempel. Dette skaper jo ikke bare økonomiske konsekvenser, men kan utvide seg til samfunnsmessige konsekvenser hvis de nekter å ta imot pasienter. Makt og myndighet kjennetegner profesjonenes kultur, og dette kan være utfordrende for den administrative ledelsen i sykehuset. Så det er viktig å ha et slags samarbeid/allianse mellom administrative ledelsen og fagligledelsen i sykehuset når man tenker endring. Det er viktig å ha balanse i makt og beslutningsmyndighet hos begge ledelsesgruppene, dvs. finne en felles plattform for å lede endringen i fra, slik at begge ledelsene har sin makt og beslutningsmyndighet som fører til felles nytte og til bedre drift av hele sykehusets organisasjon. Å lede fra bunnen av i en ekspertorganisasjon som sykehus ved å ha med profesjonen på lage skaper motivasjon og forståelse for endring. Å gi ansatte myndighet gjennom fjerning av strukturelle barrierer og gjennom og å gi profesjonene en følelse av at alle medlemmene i organisasjonen er like verdige gjør dem mer motivert til endringen og ikke stå i mot den.

### 5.1.3 Mellomledelsens betydning i endringen

Utfra intervju med Guppe2-arealbrukere/profesjonen som var mellom ledere mellom endringsledere og arealbrukere i sykehuset, fant jeg at arealbrukere/profesjonene(mellomledere) som hadde lederansvar i avdelingene sine har også ledet endringen fra bunnen i avdelingene sine. De har involvert ansatte i avdelingene og enhetene sine i planleggingen og kartleggingen av endringene. De har laget små komiteer og grupper med representanter fra avdelingene og enhetene som skulle representere alle ansatte i endringsprosessen, og de har hatt med tillitsvalgte og verneombud som representerte alle ansatte i sykehuset. Ledere i avdelingene og enhetene som ble berørt av arealeffektiviseringsprosjektet ba ansatte i deres avdelinger og enheter om å komme med innspill og forslag til endring under kartlegging av arealene sine. Dette betyr også at fagligledere har tatt hensyn til underordnede og involverte dem i beslutningsprosessene som gjaldt sine avdelinger og enheter. Når så mange er med i endringene og endringene ledes fra bunnen (*bottom-up*), så blir det lite eller ingen motstand mot endringen, dette ble bekreftet av avdelingsledere og enhetsledere som var med i intervjuene.

Faglig ledelse (arealbrukere/profesjonene som har leder ansvar i avdelingene sine) har også utfordringer med og ikke lede fra bunnen i sykehuset, de må ha ansatte med når de skal endre

i organisasjonen, hvis ansatte ikke forstår endringsbudskapet og hvorfor er det viktig å utføre de endringene, så kan de ikke akseptere endringen, de kan også på sin side streike og ikke utføre sin del av driften eller pasientbehandlingen, dette kan skape utfordring for fagligledere og for administrative ledere(endringsledere) samtidig.

## **5.2 Betydning av kommunikasjon mellom endringsledere og arealbrukere/profesjonen i endringsprosesser**

Hovedfunn fra analysering av intervju med respondenter fra Gruppe1 og Gruppe2 i Sørlandet sykehus som går under denne kategorien og som jeg tar å drøfte her er som følgende:

- Gruppe 1 - endringsledere:  
Endringsledere ga klar uttrykk på at kommunikasjon var viktig for å samle informasjon og kunnskap om organisasjonen og kommunisere endringsbudskapet i organisasjonen via riktige informasjonskanaler, og riktig kommunikasjonsmåte.
- Gruppe 2 - Arealbrukere/profesjonene og ansattes representanter:  
Arealbrukere/profesjonene sa at kommunikasjon med endringsledere var viktig for å få informasjon om endringene som berørte dem, og for å formidle sine ønsker og arealbehov til endringsledere. For lite informasjon og mangel på tilbakemelding gjør kommunikasjonen ikke effektivt. Svar fra arealbrukere/profesjonen gir indikator på at kommunikasjon må være effektivt og riktig.

### **5.2.1 Kommunikasjon mellom endringsledere og arealbrukere/profesjonene**

I en organisasjon som går gjennom endringer blir kommunikasjon mellom mennesker ekstra viktig fordi under endringssammenhengen vandrer folk fra den trygge sonen som de kjenner til den ukjente sonen som de ikke kjenner, de får behov for å bli kjent med det ukjente, de blir nysgjerrige og spørrende for hva som kommer til å skje, mange spørsmål og skepsis danner seg i tankene til menneskene som opplever en endring, og da blir kommunikasjonen veien å mate den nysgjerrigheten på og svare på alle skepsiser og spørsmål de får i tankene.

Kommunikasjon dreier seg ikke bare om overføring av informasjon, men også ideer, følelser og holdninger mellom mennesker i følge (Jacobsen & Thorsvik, 2012).

I arealeffektiviseringsprosjektet i Sørlandet sykehus har sykehusledelsen planer å effektivisere arealene som profesjonen bruker daglig og drifter sykehuset i, så tanken var å føre inn endringer i sykehusarealene eller måten de arealene ble brukt på av arealbrukere, og i følge

definisjonen til (Jacobsen & Thorsvik, 2012) overfor, så måtte endringsledere kommunisere med arealbrukere/profesjonen i sykehuset for å endre i arealbruken eller for å opprettholde driften. Endringsledere for arealeffektiviseringsprosjektet var veldig bevisst på å kommunisere med arealbrukere -/profesjonen fordi endringsledere hadde behov for informasjon og kunnskap om avdelingene som de skulle endre på. Endringsledere skulle endre i arealene i sykehuset, sykehuset er som jeg nevnte tidligere i følge (Strand, 2007) er en ekspertorganisasjon som kjennetegnes med høy fagligkunnskap og ekspertise, profesjonen i sykehuset hadde mest med kunnskap om avdelingene og driften sin noe som endringsledere ikke hadde kjennskap til. Endringsledere hadde behov for den kunnskapen og informasjonen for at de kunne kartlegge arealene riktig, derfor kommuniserte de med arealbrukere/profesjonene for å få tilgang til kunnskap og informasjon.

Endringsledere for arealeffektiviseringsprosjektet hadde et mål som var å effektivisere sykehusetsetarealene og øke kapasiteten på pasientbehandlingen, en del avdelinger i sykehuset hadde behov for mer areal på grunn av økning i antall pasientbehandling, noen andre avdelinger hadde ikke behov for samme arealene som de disponerte på grunn av nedgang i antall pasientbehandlinger, så det var viktig for endringsledere å kommunisere formålet med endringen i sykehuset for å skape en forståelse for endringen i hele organisasjonen, de skulle få alle arealbrukere i sykehuset til å forstå hvorfor må vi endre måten å bruke arealene, når en leder har en bevisst lederstrategi for å lede en endring fra bunnen i organisasjonen, og har planer om å få oppslutning rundt endringene, må han skape en forståelse for endringen i organisasjonen gjennom å kommunisere endringen i organisasjonen.

Måten å kommunisere en endring på har mye å si for at kommunikasjonen blir effektivt og fruktbart, kommunikasjonen blir effektiv når senderen setter seg i mottakerens kontekst og kjenner til mottakerens arbeidshverdag ifølge (Jacobsen & Thorsvik, 2012). I arealeffektiviseringsprosjektet på Sørlandet sykehus, har endringsledere lagt vekt på å møte arealbrukere/profesjonene og kommunisere med dem face-to-face for å kommunisere endringen og for å få informasjon om avdelingene og enhetene. Endringsledere har valgt muntlig kommunikasjon som de mente var mest effektivt måten å kommunisere på, de gikk på befaring i avdelingene for å se på måten arealene ble brukt på, dette skapte jo en del forvirring blant arealbrukere/profesjonene som jeg kommer til å drøfte under arealbrukeres opplevelse av kommunikasjonsmåten med endringsledere.

Muntlig kommunikasjon har både fordeler og ulemper, særlig når endringsledere er følelsesmessig engasjert i endringen og ikke har kontroll på kroppsspråket sitt, en respondent fra realbrukere nevnte at ansatte i avdelingen ble frustrert over at endringsledere kom på befaring hos dem uten å gi beskjed på forhånd, så måten å kommunisere på har mye å si for at kommunikasjonen blir effektivt og optimalt.

### 5.2.2 Kommunikasjonskanaler

Kommunikasjonskanaler i organisasjoner har en sentralrolle i kommunikasjonsprosessen og gir mulighet til å formidle rik informasjon i følge (Jacobsen & Thorsvik, 2012), gjennom kommunikasjonskanal kan endringsledere overføre mange ulike signaler samtidig, de kan få rask tilbakemelding fra de som er involvert i endringene. I arealeffektiviseringsprosjektet var endringsledere en salgs kommunikasjonskanal mellom sykehusledelsen og avdelingene i sykehuset, de formidlet formålet for endringen fra sykehusledelsen til avdelingene i sykehuset gjennom avdelingsledere og enhetsledere. Kommunikasjonen mellom sykehusledelsen og bunntinjen i sykehuset gikk gjennom to kanaler som var endringsleder, og avdelingsledere. Endringsledere mente at avdelingsledere og enhetsledere var det viktigste kommunikasjonskanalene med avdelingene og enhetene, fordi avdelingsledere hadde nærmeste kontakt med arealbrukere i sykehuset. Under drøftingen av funn som gikk under første kategori i dette kapitlet, altså det med å lede fra bunnen i sykehuset gjennom avdelingsledere og enhetsledere, ser jeg at endringsledere har valgt riktige informasjonskanaler for å formidle informasjon om endringene i hele sykehuset, fordi avdelingsledere og enhetsledere har mye makt og myndighet, og de har tillit og oppslutning i avdelingene og enhetene sine, de snakker samme språk som sine underordnede. Avdelingsledere og enhetsledere kan direkte tolke endringsbudskapet til sine medarbeidere, og på den måten blir det ikke feil tolkning og sladder i avdelingene rundt endringsformålet.

Når det gjelder bruken av kommunikasjonskanaler under arealeffektiviseringsprosjektet, har alle de tre avdelingene A, B, C kommunisert med endringsledere gjennom sine representanter i arealeffektiviseringsprosjektet, respondentene som var med i arealeffektiviseringsprosjektet og som jeg intervjuet representerte avdelingene og enhetene sine, de hadde laget en slags arealkomite i hver avdeling som representerte de avdelingene, medlemmene som satt i disse arealkomiteene var avdelingsledere, enhetsledere, fagpersoner, tillitsvalgte og verneombud. De har formidlet avdelingene og underordnedes sine behov og endringsforslag til endringsledere, også fikk informasjon og tilbakemeldinger fra endringsledere som de tok

videre og formidlet til underordnede sine. De avdelingslederne tok endringsbudskapet fra endringsledere videre til avdelingene sine og tolket den direkte til arealbrukere i felleskap, så det ikke ble mye spekulasjoner og rykter blant arealbrukere når de fikk informasjonen fra sin nærmeste leder som de stoler på og skjenner til, så kommunikasjonskanalen var viktig også for arealbrukere/profesjonene å bruke fordi da hadde de en riktig informasjon kilde som de kunne stole på og forstå ut ifra at de hadde samme språk og samme interesser i følge (Jacobsen og Thorsvik, 2012).

### **5.2.3 Betydning av kommunikasjon i endring**

Ut fra funn fra intervju med Gruppe2-arealbrukere så var kommunikasjon like viktig for arealbrukere samme som endringsledere. Arealbrukere/profesjonen ble informert om arealeffektiviseringsprosjektet gjennom allmennmøte, de ble informert om at sykehusledelsen vil se på mulighetene for å effektivisere arealene i sykehuset for å betjene økningen i pasientbehandlingen og løse arealutfordringene i sykehuset. En del av disse avdelingene og enhetene sa at de hadde gamle ønsker og behov for å gjøre endringer i arealene sine som følge av økning i pasientbehandling, noen ville samle driften for poliklinikk og sengepost i et sted for å få optimalt bruk av ansatte og utvikle faglig miljøet i avdelingen. Disse avdelingene har meldt inn sine behov og ønsker til sykehusledelsen gjennom avdelingsledere og enhetslederne sine før arealprosjektet begynte. Når en endringsprosess settes i gang i en organisasjon, blir folk i tvil og skeptiske, det virker sånn hos oss mennesker at det vi kjenner er bra og det vi ikke kjenner er ikke bra, selv om den kan være bedre. Når arealeffektiviseringsprosjektet begynte i sykehuset så fikk avdelingene behov for å vite hva som skjer med dem, en del av arealbrukere/profesjonene sa at de ble skeptiske, og ikke så veldig positivt på endringene, fordi de tenkte at de skulle bli omorganisert og nedbemannet som følge av disse endringene, så her kan vi se at kommunikasjon var viktig for å betrygge folk, og gi en riktig tolkning for hva egentlig var målet med endringsprosessen. Folk gikk rundt og spekulerte på fortellinger om arealeffektiviseringene, dette kan være uheldig og skape arena for rykter og sladder i sykehuset, og får alle arealbrukere blir skeptiske og avvisende for endringene på forhånd. Gjennom intervju med arealbrukere fra de tre forskjellige avdelingene som jeg kalte A, B, og C for å finne ut betydningen av kommunikasjonen for dem under arealeffektiviseringsprosjektet og hvordan de har opplevd det, fikk jeg bekreftet at alle de tre avdelingene var enige i at kommunikasjon var viktig for å få informasjon om endringene som gjaldt dem, og for å formidle sine arealbehov, og sine endringsforslag til endringsledere. Avdelingene ga klar inntrykk på at kommunikasjon er veldig viktig under endringsprosesser, men de hadde



forskjellige opplevelser av kommunikasjonen med endringsledere under arealeffektiviseringsprosjektet. Respondenter fra avdeling A virket veldig fornøyde med kommunikasjonen med endringsledere, fordi de har fått tillit til endringsledere og formålet med endringen, de fikk den informasjonen de trengte med endringsmaterial og kart og de var orientert om endringer fortløpende.

(Jacobsen & Thorsvik, 2012) sier at en leder kan styre og koordinere adferden til personene gjennom kommunikasjon, dette bekreftet jo av respondenten i avdeling A, en respondent som representerte sin faggruppe sa at de på avdelingen var veldig skeptiske for endringene som skulle skje i avdelingen, men når de kommuniserte med endringsledelsen og fikk kjent målet for arealeffektiviseringene, så ble de mindre skeptiske. Så gjennom kommunikasjon med endringsledere har de arealbrukere /profesjonen endret sin holdning og atferden.

Kommunikasjon kan bli dårlig og ikke-effektivt når senderen ikke setter seg i mottakerens kontekst og arbeidshverdag, og når senderen ikke sender informasjon til mottakeren i riktig tid. Når jeg snakket med respondenter i avdeling B og C om sin opplevelse av kommunikasjon både internt i sine avdelinger, enheter og med endringsledere under kartlegging og planlegging av sine arealer, fikk jeg opplevd at begge avdelingene syntes at kommunikasjonen internt mellom arealbrukere/profesjonen i avdelingene og enhetene var greit, men kommunikasjonen mellom avdelingene og endringsledere fungerte ikke helt greit. Respondentene som representerte avdeling B og C, sa at de fikk ikke nok informasjon om endringene i arealene sine, og at de fikk seint tilbakemeldinger på deres innmeldte behov og endringsforslag, de sa også at en del av deres behov og forslag ble underkommunisert og ikke fulgt opp.

Respondentene i avdeling C mente at kommunikasjonen intern i avdelingene virket greit, avdelingsledere, enhetsledere og sine underordnede hadde grei kommunikasjon under arealeffektiviseringsprosjektet, men underordnede i avdelingene opplevde at de fikk ikke nok informasjon fra sine nærmeste ledere fordi deres nærmeste ledere hadde heller ikke fått nok informasjon fra endringsledere. En respondent i avdeling C mente at de hadde behov for informasjon og orientering om endringene som berørte dem underveis. Gjentakelse av budskapet igjen og igjen og gjennom flere anledninger er viktig slik at alle i organisasjonen for informasjonen med seg. En respondent fra avdeling B opplevde kommunikasjonen med endringsledere som ikke-effektivt, og tidskrevende, fordi han mente at de innmeldte behov og forslag fra dem ble ikke fulgt opp og ikke gjort noe med, og at det har tatt lang tid uten å gjøre noe med de innmeldte behovene og forslagene.

Lite informasjon og tilbakemelding til arealbrukere/profesjonen har påvirket effektiviteten på kommunikasjon mellom endringsledere og arealbrukere. Mangel på informasjon og bruk av lengere tid fører til å skape tvil misnøye hos arealbrukere, arealbrukere/profesjonen får en følelse av at de og deres endringsforslag ikke blir tatt på alvor, noe som kan føre at de mister interessen for hele endringsprosessen.

#### **5.2.4 Tilrettelegging for kommunikasjon**

Kommunikasjonsmåten har mye å si for at kommunikasjonen lykkes og blir optimal, respondenter fra avdeling A var veldig fornøyde med kommunikasjonsmåten internt og eksternt med endringsledere, de holdte møter internt med sine underordnede og eksternt med endringsledere, de fikk endringsmaterial fra endringsledere som tegninger over ombygningsforslag og visuelle bilder som viste endringsplanene, slik at de kunne komme med forslag og innspill om de endringene sammen med sine underordnede. I tillegg til det så opplevde de at de kunne ta kontakt med endringsledere når de måtte for å spørre og få hjelp til det de trenger med endringsplaner og kartlegginger. I avdeling A var det en effektivt og to veis kommunikasjon som førte til en vellykket kommunikasjonsprosess, men det var ikke samme tilfelle med avdeling B og C, som i utgangspunktet ikke var fornøyd med mengde informasjon og tilbakemeldinger fra endringsledere på deres forslag og innspill i kartlegging og planlegging av endringsprosessen. En bevisst og lik kommunikasjonsstrategi under kartlegging av arealene kunne gjøre kommunikasjonen med avdeling B og C mer effektivt og optimal. Endringsledere kunne bruke samme kommunikasjon måte og kommunikasjonsstrategi som de har brukt under kartlegging av arealene i avdeling A for å kommunisere med avdeling B og C.

## 5.3 Betydning av brukerdeltakelse og brukermedvirkningen i endringsprosesser

Hovedfunn fra analysering av intervju med respondenter fra Gruppe1 og Gruppe2 i Sørlandet sykehus som går under denne kategorien, og som jeg tar å drøfte her er:

- Gruppe 1 - Endringsledere  
Endringsledere sa at tidlig inkludering av arealbrukere/profesjonen ga dem et grunnlag for å kartlegge arealene riktig for avdelingene. I tillegg til det sa endringsledere at inkludering gir arealbrukere/profesjonen en eierfølelse for endringen de blir med i endringen via sin deltakelse og medvirkning.
- Gruppe 2 - Arealbrukere/profesjonen  
Profesjonenes tidlige deltakelse i endringsprosessen gir dem eierfølelse for endringene, på den måten blir de deltakere i endringsprosessen og ikke imot endringene. Sen inkludering av arealbrukere i kartleggingsfasen av arealene gir feil grunnlag for kartlegging av arealbehov og gjør at ting tar mer tid enn det trenger. Dårligere endringsresultat.

### 5.3.1 Inkludering av profesjonene i endringen

Endringsledere for areal effektiviseringsprosjektet hadde en bevisst strategi for å lede effektiviseringen av arealene fra bunnen i sykehuset, altså fra (*bottom-up*). Inkludering av profesjonene i kartlegging av arealene og planlegging av endringene var en forutsetning for endringsledere, endringsledere har lagt stor vekt på arealbrukere/profesjonenes deltakelse og medvirkning i kartleggingsfasen av arealeffektiviseringsprosjektet helt fra starten, de mente at det er arealbrukere/profesjonene som kan det meste om driften sin og om behovene sine, det er de som vet hva det burde endres og sees på. Inkludering av arealbrukere/profesjonen i endringsprosessen gir et grunnlag for å kartlegge arealbehovene riktig.

Profesjonen i sykehuset som gir pasient behandling og drifter daglig sykehusavdelingene, de vet hva de trenger av arealer og hvilke arealer burde de endre på, så det var helt riktig at endringsledere satset på å ha de profesjonene med i kartlegging av arealene, det blir ikke riktig av endringsledere å kutte ut for eksempel to behandlingsrom i den ene avdeling og to pasientrom i den andre avdelingen for å effektivisere arealene, de har ikke peiling over hvor ansvarlig den endringen blir i forhold til pasient behandlingen uten å ha de profesjonene med i kartlegging av disse endringene. På den andre siden inkludering av profesjonen i

endringsprosesser som berører dem gir dem eierfølelse for de endringene gjennom sin deltakelse og medvirkning til ønsket endring, og de blir motivert for endringene når de selv deltar i det. Et sentralt element i å få positiv deltakelse, og involvering i endringsprosessen er lederens evne til å gi de som er involvert i endringsprosessen en følelse av at de er (medeiere) i endringsprosessen, dette skapes ved å designe endringsprosessen slik at den preges av bred deltakelse, delegering av myndighet og mulighet for den enkelte til å påvirke retningen for endringen i følge (Jacobsen & Thorsvik, 2012). Både endringsledere og arealbrukere/profesjonen som hadde lederansvar i avdelingene sine mente at inkludering av arealbrukere i kartlegging av arealendringene sine gir arealbrukere eierfølelse til endringene og da blir de med i kartlegging av endringene istedenfor å stå i mot det

Endringsledere opplevde at bred deltakelse kan være litt utfordrende i noen tilfeller, de har opplevd at bred deltakelse skaper forventning blant arealbrukere/profesjonen, fordi når alle blir med i prosessen og kommer med innspill og forslag for endringen, skapes dette et press på endringsledere og opp over på sykehusledelsen for å tilfredsstille de behovene og forventningene. Når de endringsforslagene og innspillene fra arealbrukere ikke blir tilfredsstillende blir de da negative mot sykehusledelsen og mot hele endringsprosessen. Å skape store forventninger i organisasjonen kan unngås med å tydeliggjøre målet for endringene helt fra startfasen av prosjektet, endringsledere for arealeffektiviseringsprosjektet kunne slippe å lage store forventninger i sykehus avdelingene ved å forklare tydelig og riktig målet med arealeffektiviseringen og si om hva er endringsmulighetene, hva er mulig å endre og hva er ikke mulig å gjennomføre helt fra starten av prosjektet gjerne i et allmannamøte. Hvis endringsledere går ut til avdelingene og sier kan dere komme med innspill og forslag for endringer i arealene deres, så skaper dette på en måte forventning hos de arealbrukere/profesjonene om at nå kan de bare fantasere og komme med hva de ønsker å endre på (gull standard på banen), og på den måten skaper de utfordringer til seg selv og til sykehusledelsen. Inkludering av profesjonene i kartlegging av endringene gir et grunnlag for endringsledere for å kartlegge riktig, og gir selve brukere eierfølelse for endringene, profesjonen står ikke mot endringen når de selv deltar i kartlegging av det.

### 5.3.2 Eierskapsforhold til endringen

Når det gjelder funn fra arealbrukere/profesjonenes sin mening om sin deltakelse i arealeffektiviseringsprosjektet, så viser det at det var viktig for dem å bli inkludert i kartlegging av endringene som gjeldte arealene deres, de har bekreftet endringsledere sin mening om at profesjonen kan mest om faget sitt og behovene sine, de sa at det er de som bruker arealene og disse arealene må være egnet til driften og pasientbehandlingen.

Respondentene fra avdelingen A, B, og C hadde forskjellige opplevelser av deltakelsen sin i kartlegging av arealene sine. Respondentene som hadde lederansvar i de tre avdelingene hadde en felles oppfatning om at de var viktig for dem å inkludere sine underordnede i kartlegging av arealene sine, slik at de eier endringen sammen. Avdeling A var veldig fornøyd med deltakelsen sin i kartlegging av arealene sine, og satt veldig pris på det, avdelingsledere og enhetsledere på sin side hadde også inkludert sine underordnede i prosessen og bedt dem å komme med forslag og innspill for endringer i sine arealer slik at underordnede også blir med i endringene og får eierfølelse for det.

Utfra intervju med respondenter i avdeling A og funn så jeg at respondentene hadde en positiv oppfattelse av endringsprosessen og sin deltakelse og medvirkning i den, så respondentene fikk en effektiv forpliktelse til endringen gjennom sin deltakelse i utforming av sin egen fremtid i sykehuset. Gjennom deltakelse og medvirkning fikk avdeling A et eierskapsforhold til endringene. Endringsledere fikk forhindrede uheldige utslag av endringene som kunne oppstå med å inkludere arealbrukere/profesjonen i avdeling A i kartlegging av arealene sine, eller i endringsprosessene. Et sentralt element i å få positiv deltakelse, og involvering i endringsprosessen er lederens evne til å gi de som involvert i endringsprosessen en følelse av at de er «medeiere» i endringsprosessen, dette skapes ved å designe endringsprosessen slik at den preges av bred deltakelse, delegering av myndighet og mulighet for den enkelte til å påvirke retningen for endringen (Jacobsen, 2012).

Avdeling B og C var ikke helt fornøyd med deltakelsen og medvirkningen sin i arealeffektiviseringsprosjektet. Dette betyr at de hadde mindre eierfølelse for endringene i avdelingene sine. Avdeling B, var delvis fornøyd med sin deltakelse og medvirkning i kartlegging av arealene sine, de mente at de fikk en del av arealbehovene sine tilfredsstillt som for eksempel samlokalisering av dagpost og sengepost, forbedring av en del rom, men ikke alle rom som de har innmeldt og forslått forbedret i kartlegging av arealene sine. De sa at de har blitt seint inkludert i arealeffektiviseringsprosjektet fordi de mente at de burde bli inkludert i endringsprosessene sammen med de avdelingene som de skulle omdisponere

arealene med eller som bodde i samme hus og lokale, de mente at en del av arealene som de hadde behov for ble lovet for tidlig til andre brukere i huset fordi endringsledere var ikke medisinerne, og har undervurdert arealbehovene til avdelingen.

Helt fra startfasen av arealeffektiviseringsprosjektet følte respondentene i avdeling B at en del av sine arealbehov og endringsforslag ble underkommunisert av endringsledere, de sa en del av sine arealer er lovet bort til andre avdelinger på forhånd, så opplevelsen deres for sin deltakelse og medvirkningen var ikke optimalt og riktig. Når deltakelsen og medvirkningen ikke er optimalt blir eierfølelsen til endringene mindre (teori kapittelet-punk 2.4).

Ut ifra intervju med respondenter i avdeling B ser det ut at de hadde forventninger om at alle sine arealbehov skulle tilfredsstilles, prosjektledelsen har skapt forventninger til arealbrukere/profesjonene i sykehuset og derfor har brukere kommet med alle sine behov med tanke på optimalt tilfredsstillelse av alle behov, så her er det viktig at arealbrukere forstår hovedformålet for endringen helt fra oppinningsfasen eller startfasen av prosjektet slik at ikke gullstandarden kommer på banen, hovedmålet for arealeffektiviseringsprosjektet var å effektivisere arealene for å betjene økningen i pasientbehandlingen, dvs. bruke arealene optimalt, for å løse arealkrisen og dette skulle arealbrukere forstå helt fra startfasen av prosjektet.

Når det gjelder medvirkning i arealeffektiviseringen, så har avdeling B opplevd at medvirkningen deres i kartlegging av en del viktige romfunksjoner var ikke optimalt. Legene i avdelinger måtte dele kontor som følge av effektiviseringen i arealene deres, og det er i følge respondentene ikke forsvarlig når det gjelder pasientsikkerhet. De sa at leger sitter og snakker i telefon med pasienter og da lov om pasientsikkerhet og taushetsplikt ikke blir beholdt når flere leger deler samme kontor. Respondentene i avdeling B har meldt opp dette til endringsledere og sa at de var ikke fornøyde med romløsningen når det gjelder legekontor, men de sa at de kunne ikke påvirke mye der. (Strand, 2007) sier når økonomi og rasjonell drift berører forsvarlighet blir det trøbbel og vanskelig og gjennomføre endring, å dele legekontor i Avdeling B som følge av effektiviseringen av arealene var ikke optimalt og forsvarlig når det gjelder pasientsikkerhet og taushetsplikt, dette har skapt problemer når endringene er gjennomført og legene klager over dette og vil ha en løsning på det. Her ser vi at rasjonalitet har gått på bekostning av forsvarlighet. Arealene er effektivisert, men forårsaket andre utfordringer for arealbrukere/profesjonene, dette kunne blitt unngått hvis prosjektledelsen hadde hørt på arealbrukere i kartleggingsfasen av arealene sine og hvis brukermidvirkningen var optimal.

Ut fra samtale med respondenter i avdeling C, så fikk jeg opplevd at respondentene følte at deltakelsen og medvirkningen sin var ikke optimalt, de sa at de kunne ikke påvirke så mye fordi de måtte endre på arealene som følge av andre avdelinger sine behov for arealer. I følge respondentene i avdelingen så var arealendringene bestemt av endringsleder og sykehusledelsen og ikke fra dem, så de hadde lite eller ingen eierfølelse for endringene. Avdeling C ønsket ikke endringen og hadde ikke behov for å endre i arealene, motivasjonen for endringen i avdeling C var veldig lav ut fra intervju med respondentene, men de hadde en forståelse for at de måtte endre fordi noen andre avdelinger hadde mer behov for arealer enn de, dette er jo positivt for at de ikke blir mot endringene. Avdelingen hadde arealer som de ikke hadde behov for, utviklingen i medisin og behandlingsmåter har ført til at avdeling C ikke hadde sengepasienter som før i avdelingen, men de hadde fremdeles de arealene til disposisjon i avdelingen selv om de ikke trengte det. Avdelingen hadde kun dagpasienter som kunne få behandling og reise hjem, derfor så prosjektledelsen etter gjennomgangen av arealene for avdeling C at disse arealene burde brukes optimalt og gis til andre avdelinger som har behov for det. Avdelingen aksepterte å gi fra seg arealene som de ikke trengte til andreavdelinger som trengte mer arealer, men de håpte å få greie arealer som passer sin drift og like greie forhold i nye arealene. I intervju med respondenter fra avdeling C sa de at de ikke kunne påvirke mye i kartlegging av sine nye arealer og de ikke har fått de arealene som de trengte til sin drift. I følge respondentene i den avdelingen, så har arealeffektiviseringen ført til at de fikk betydelige mindre arealer og dårligere forhold som for eksempel færre behandlingsrom, ingen møterom, ingen egen resepsjon, og venterom til pasienter. Dette har ført til driftsmessige utfordringer, og påvirket også forsvarligheten på pasientbehandlingen, disse arealutfordringene har de klaget på til sykehusledelsen og vil ha en løsning på. Samme tilfelle som i avdeling B, ikke-effektivt medvirkning i kartlegging av endringene skaper andre problemer som sykehusledelsen må kartlegge på nytt og finne løsninger for, dette er både tids og resurskrevende.

Arealutfordringene som oppstod i avdeling B og C etter effektiviseringen av arealene deres kunne unngås hvis endringsledere og sykehusledelsen hadde hørt nøye på arealbrukere/profesjonen i de avdelingene. Når endringsledere hadde en bevisst ledelsesstrategi om å lede endringen fra bunnen i sykehuset og åpne for bred deltakelse og medvirkning, måtte de regne med at dette skapes forventning i sykehusavdelingene. Når arealbrukere inkluderes i kartlegging av endringene, så forventer arealbrukere at medvirkningen skal være effektivt og optimal.

## 6 Konklusjon og veien videre

Arealutfordringer er et kjent problem i mange sykehus i landet, utvikling i medisinfaget og økning i befolkningsantallet øker kapasiteten på pasientbehandlingen, og dette fører til behov for mer arealer i sykehusene. For at arealbrukere/profesjonen og fagfolkene kunne klare å betjene økningen på pasientbehandlingen, trenger de å ha nok og riktige arealer i sykehusene. Å utvide arealene i sykehus er veldig resurskrevende og kostbare og det trenger ikke å være første og eneste løsning på arealutfordringer. Å bruke arealene effektivt og optimalt kan bli første løsning før en tenker på å bygge nytt, dette betyr omorganisering av driften og bruksarealene i sykehuset. For å omorganisere arealene i sykehuset og endre på de på en forsvarlig måte må vi ha arealbrukere/profesjonen med på laget, profesjonen har mye makt og autonomi gjennom sitt faglige ekspertise, de har mye lovpålagt makt og kontrollorganer som helsetilsyn, datatilsyn, osv. dette gir utfordringer i forhold til endring, når økonomi og rasjonell drift berører forsvarlighet blir det trøbbel og vanskelig og gjennomføre endring. Utfra teori, funn fra undersøkelsen og drøftingen av funnene har jeg kommet til følgende konklusjoner for denne studien:

- En bevisst ledelsesstrategi (*bottom-up*) som er forankret i sykehusets ledelse er viktig å bruke for å lede endring i sykehus, å lede fra bunnen i sykehus ved å ha profesjonene med på laget skaper forståelse og motivasjon for endringen, arealbrukere/profesjonen blir med i endringsprosessen og står ikke i mot den. Dette har blitt bekreftet gjennom casen arealeffektiviseringsprosjektet i Sørlandet sykehus.
- Kommunikasjoner mellom endringsledere og arealbrukere/profesjonen i startfasen av endringsprosesser og underveis er veldig viktig både for endringsledere og for arealbrukere/profesjonen i sykehuset. Endringsledere og arealbrukere får formidle og forveksle informasjon, endringsforslag, innspill gjennom kommunikasjon. God og riktig kommunikasjon gir mulighet for riktig fortolkning av endringsformålet. Valg av riktige kommunikasjonskanaler som er nærmest pasientene gir bedre mulighet for å kommunisere endringen riktig til sykehusavdelingene og skape forståelse for endringene. Mangel på kommunikasjon og informasjonsveksling og sen tilbakemelding til arealbrukere/profesjonen gjør kommunikasjonen ikke-effektivt, og optimal og gir arena for rykter, sladder og feiltolkning av endringsbudskapet i sykehuset. Dette ble bekreftet i intervju med arealbrukere/profesjonen fra avdeling B og C i SSK.



- Brukerdeltakelse og medvirkning er også viktige elementer å satse på for at endringer implementeres i sykehus, arealbrukere /profesjonen vet mest om sitt fag og drift utfra sin profesjon og ekspertise, å kartlegge endringer uten å inkludere de er ikke fornuftig og riktig og fører til uheldige utslag for endringene. En effektiv deltakelse og medvirkning skjer når endringsledere hører på viktige forslag og innspill fra profesjonene. Inkludering av arealbrukere/profesjonen i kartlegging av arealendringene i arealeffektiviseringsprosjektet var delvis effektivt, to av de tre avdelingene ble sent inkludert og hadde lite medvirkning i kartlegging av en del viktige romfordeling og romfunksjoner i avdelingene sine. Dette førte til dårlig endringsresultat og skapte andre utfordringer som jeg nevner i neste punkt.
- Arealene hos de tre avdelingene i SSK er effektivisert, endringen har nådd målet, men samtidig har endringene skapt andre utfordringer både i forhold til arealene og pasientsikkerheten. Pasientsikkerhet og driftsforsvarlighet er blitt undervurdert under effektivisering av arealene i avdeling B og C.

### **6.1 Oppgavens bidrag til kunnskap på området**

Formålet med oppgaven var å utdype forståelsen for betydningen av god kommunikasjon mellom endringsledere(administrative ledere) og profesjonen(arealbrukere og faglig ledere i sykehuset), brukerdeltakelse og brukermedvirkning under kartlegging av endringer i sykehus. Gjennom teorien og intervju med både endringsleder og arealbrukere/profesjonen fikk jeg bekreftet at kommunikasjon, brukerdeltakelse og medvirkning er viktige suksesselementer i en endringsprosess i sykehus. Administrative ledere og arealbrukere/profesjonen er folk som kommer fra to forskjellige fagfelt, de har bakgrunn og kompetanse i ulike fagfelt, derfor er det viktig at begge partene samhandler med hverandre, og finner den beste løsningen i felleskap. Resultatene fra undersøkelsen er ikke generaliserbare, men allikevel kan være nyttige å brukes i endringssammenhenger i andre sykehus i landet som planlegger endring og arealeffektivisering.

### **6.2 Behov for videre forskning**

Denne oppgaven har tatt for seg å se på betydning av kommunikasjon, brukerdeltakelse og brukermedvirkning gjennom en case/endringsprosess i et av de tre sykehusene i Sørlandet sykehus, oppgaven hadde både leder og bruker-perspektiv. I forhold til behov for videre forskning vil jeg anbefale å undersøke funnene fra denne studien mer kvantitativt, da har man muligheten til å samle data for undersøkelsen fra større gruppeinformanter noe som kan gi grunnlag for generalisering av resultatet for undersøkelsen og styrke funnene for denne undersøkelsen.

## 7 Kilder og litteraturliste

### 7.1 Bøker og artikler

- Andersen, Erling S. (2005). *Prosjektledelse-et organisasjonsperspektiv-1.utgave*:NKI forlaget.
- Andersen, E.S., Grude K.V. & Haug, T. (2009). *Måltrettet prosjektstyring- 6.utgave*: NKI forlaget.
- Andersen, Svein S. (2013). *Casestudier-forskningsstrategi, generalisering og forklaring-2.utgave*: Fagbokforlaget.
- Askheim, O. G.- Aa. & Grenness, T. (2008). *Kvalitative metoder for markedsføring og organisasjonsfag*: Universitetsforlaget.
- Baldersheim, H. & E. Rose(red), L. (2005). *Det kommunale laboratorium-teoretisk perspektiv på lokal politikk og organisering- 2.utg*: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Baltzersen, Rolf K. (2008). *Å samtale om samtalen, veiledning og meta-kommunikasjon*: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Berg, Ole. (2006). *Fra politikk til økonomikk-Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*: PDC tangen AS.
- Busch, T., Johnsen, E.,Valstad, S. J., & Vanebo, J. O. (2013). *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*: Universitetsforlaget AS.
- Einarsen, S. & Skogstad (red), A., (2008). *Det gode arbeidsmiljø- krav og utfordringer*: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Ekman, Gunnar, (2004). *Fra prat til resultat- om lederskap i hverdagen*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Eriksen, E. O. og Weigård, J. (1999). *Kommunikativ handling og deliberativt demokrati*: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Grimen Harald. (2004). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåte-3.utgave*: Universitetsforlaget AS.
- Grønhaug, K., Hellesøy, O., & Kaufmann, G.(2011). *Ledelse i teori og i praksis*: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Hjerm, M. & Lindberg, S. (2011) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig Analyse- 1.utgave*: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hofstede, Geert. (2001). *Culture`s consequences: comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations-Second edition*: Sage publications, Inc.

- Jakobsen, Dag Ingvar. (2012). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. 2.utgave: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Jacobsen, Dag Ingvar. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser*-3.utgave: Cappelen Damm AS.
- Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan Organisasjoner fungerer*- 4.utgave: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Jessen, Svein Arne. (1998). *Mer effektivt prosjektarbeid i offentlig og privat virksomhet*: AIT otta AS.
- Jessen, Svein Arne. (2002). *Prosjekt Administrative metoder* 5.utgave: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Johnsen, E., Vanebo, J.O., & Busch T. (1995). *Ledelse av ledelsesprosessen*. Engers Dafolo Forlag.
- Johnsen, H. Chr. G., Halvorsen, A. & Repstad, P.(red.). (2009). *Å forske blant sine egne-universitet og region- nærhet og uavhengighet*: Cappelen Damm AS.
- Karlsen, Jan Erik. (2007). *Ledelse av helse miljø og sikkerhet*-2.utg: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kollevit, B., Lereim, J. & Reve, T. (2009). *Prosjekt-strategi, organisering, ledelse og gjennomføring*- 3.utgave:Universitetforelaget AS.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*-2.utgave: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Levin, M., & Klev, R., (2004). *Forandring som praksis- læring og utvikling i organisasjoner*- 2.opplag: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Martinsen, Øyvind L. (red). (2011). *Perspektiver på ledelse*-3.utgave: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Strand, Torodd. (2007). *Ledelse organisasjon og Kultur*- 2.utgave: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

## 7.2 Dokumenter/rapporter

- SSHF, Havåg, Helge. (2016) *Oscar case3- caserapport5. 3.mars 2016*-Upublisert dokument(internt dokument).
- SSHF, Skavoll, G. & Havåg, H. (2014-2016). *Arealoptimalisering i SSHF-SSK, mulighetsstudie for effektivisering av sykehusets arealer ved Sørlandet sykehus* - Upublisert dokument (internt dokument).
- Øgård, Morten. (2013). *ORG-916-En offentlig sektor i endring: betydning for ledelse, organisering og styring- reorganiseringsteori-* forelesning 6.-Upublisert dokument(forelesnings foiler).
- Torjussen, Dag O. (2014). *ORG936-Endringsledelse i helsetjenesten*-forelesning 1- Upublisert dokument(forelesningsfoiler).

## 7.3 Nettsider

- Oscar-prosjektet 2016, <http://www.oscarvalue.no/om-oscar-prosjektet>, Lest 12.09.2016, kl. 12.30.

## 8 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1: Tabell 3 - Samlet oversikt over hypotese og funn (Ibrahim, Khlood J., 2016)

Hypotese	Funn-Gruppe 1-endringsledere	Funn-Gruppe 2-arealbrukere/profesjonen	Hypotese-bekreftet	Hypotese-avkreftet
1. Å lede fra bunnen i sykehuset reduserer motstand mot endring og hjelper endringsledere for å implementere endringen i sykehusets avdelinger og nå målet for endringen.	Endringsledere sa at de brukte en bevisst lederstrategi for å lede arealeffektiviseringsprosjektet i sykehuset, den var å lede endringen fra bunnen i sykehuset, fordi arealbrukere/profesjonen i sykehuset har mye makt og beslutningsmyndighet, de sa en endring går ikke gjennom uten å ha profesjonene og fagfolkene med på laget, altså det blir ikke-motstand mot endringen.	Arealbrukere/profesjonen deltakelse i kartlegging av arealene sine gir indikator på at arealeffektiviseringsprosjektet er ledet fra bunnen i sykehuset. Arealbrukere/profesjonen med leder ansvar har også ledet arealendringene fra bunnen i avdelingene sine for å forenkle implementeringen av endringene.	X	
2. Gjennom kommunikasjon mellom endringsledere og arealbrukere/profesjonene i sykehuset får endringsledere kunnskap om avdelingene i sykehuset, og de får mulighet til å kommunisere endringen i avdelingene.	Endringsledere sa at kommunikasjon var viktig for å samle informasjon og kunnskap om avdelingene i sykehuset, også for å kommunisere endringsbudskapet i sykehuset ved å skape en forståelse for endringene i avdelingene via riktige informasjonskanaler, og riktig kommunikasjonsmåte.		X	

Hypotese	Funn-Gruppe 1-endringsledere	Funn-Gruppe 2-arealbrukere/profesjonen	Hypotese-bekreftet	Hypotese-avkreftet
<p>3. Gjennom kommunikasjon mellom endringsledere og arealbrukere/profesjonene i sykehuset får arealbrukere/profesjonene i sykehuset informasjon og kunnskap om endringen, og de får mulighet til å formidle sine endringsbehov til endringsledere.</p>		<p>Arealbrukere/profesjonene sa at kommunikasjon med endringsledere var viktig for å få informasjon om endringene som berørte dem, og for å formidle sine ønsker og arealbehov til endringsledere. For lite informasjon og mangel på tilbakemelding gjør kommunikasjonen ikke-effektivt. Svar fra arealbrukere/profesjonen gir indikator på at kommunikasjon må være effektivt og riktig.</p>	X	

Hypotese	Funn-Gruppe 1-endringsledere	Funn-Gruppe 2-arealbrukere/profesjonen	Hypotese-bekreftet	Hypotese-avkreftet
4. Profesjonenes tidlige deltakelse i endringsprosessen gir dem eierfølelse til endringsprosessen, og gir endringsledere et grunnlag for riktig kartlegging og planlegging av arealene, på den måten blir profesjonene med i endringsprosessen med sin brukermedvirkning og forslag for endring.	Endringsledere sa at tidlig inkludering av arealbrukere/profesjonen ga dem et grunnlag for å kartlegge arealene riktig for avdelingene. I tillegg til det sa endringsledere at inkludering gir arealbrukere/profesjonen en eierfølelse for endringen de blir med i endringen via sin deltakelse og medvirkning.	Arealbrukere/Profesjonenes sa at det var viktig å inkludere dem i kartlegging av arealene fordi de vet mest om hva de trenger, men de mente at inkluderingen må være tidlig i prosessen og medvirkningen må være effektivt. Sen inkludering av arealbrukere /profesjonen i endringsprosessen gir et feil grunnlag i kartlegging av arealene. Gjennomførings av endringene tar lengere tid og resultatene ikke blir optimalt.	X	
	Arealeffektiviseringen i Sørlandet sykehus har ført til økt kapasitet på pasientbehandling og optimalisering i bruk av arealene.	Arealeffektiviseringen i Sørlandet sykehus har ført til økt kapasitet på pasientbehandling og optimalisering i bruk av arealene. Men den har ført også til å skape en del utfordringer i organisasjonen som logistikkproblemer, og brudd på taushetsplikt.	Ekstra funn	

## 8.2 Vedlegg 2: Intervjuguide til Arealbrukere/profesjonene-SSK

1. Vil du presentere deg selv? Stilling, arbeidsoppgaver, hvor lenge du har jobbet i den avdelingen?
2. Kan du fortelle litt om Arealprosjektet og hva var din rolle i den?
  - *Hvordan fikk du vite om prosjektet? Møte, epost eller kolleger?*
  - *Hvordan har du formidlet budskapet om arealprosjektet videre til dine ansatte i avdelingen/enheten?*
  - *Hva var omfanget på arealendringen i din avdeling, måtte dere omdisponere arealene eller omorganisere deres arbeidsoppgaver?*
3. Hvordan opplevde du kommunikasjon mellom deg og din underordnede og mellom deg og prosjektlederen under planlegging og kartlegging av arealene?
  - *Var du en kommunikasjonskanal mellom prosjektleder og dine ansatte?*
  - *Orienteringsgraden om arealprosjektet og graden av informasjonsvekslingen under prosessen? Fikk du tilstrekkelig med informasjon under prosessen?*
  - *Har du informert videre dine ansatte om det du fikk av info fra prosjektlederen?*
4. Har du hatt noen forslag til endring/omdisponering av arealene?
  - *Var disse forslagene i samråd med dine ansatte?*
  - *Ble dine/deres forslag hørt og tatt hensyn til under kartlegging av arealene?*
5. Hvilke utfordringer møtte dere på ved innføring av de tiltak som arealprosjektet foreslo og som ble besluttet av sykehusets ledelse?
  - *Hvilke tiltak har dere iverksatt for å redusere utfordringene?*
6. Hva er din erfaring med dette prosjektet?
  - *Var det viktige, riktige eller unødvendige med de endringene som er gjort i arealene?*

Avslutning: kan jeg henvende meg til deg om det er noe jeg lure på fremover eller noe å avklare?



### 8.3 Vedlegg 3: Intervjuguide til Endringsledere/prosjektledere-SSK

1. Vil du presentere deg selv? Stilling, arbeidsoppgaver, hvor lenge har du jobbet i den avdelingen?
2. Kan du fortelle litt om Arealprosjektet?
  - *Hvordan har du introdusert arealprosjektet i sykehusets avdelinger/enheter*
  - *Hva var omfanget på endringsprosessen for å optimalisere arealene i sykehuset?*
  - *Har du ledet andre prosjekter/endringsprosesser før arealprosjektet?*
  - *Har du brukt en bevisst ledelsesstrategi i arealeffektivitetsprosjektet og hvorfor? bottom up eller top down*
3. Hvordan opplevde du kommunikasjonen mellom deg, sykehusledelse og arealbrukere under planlegging og kartlegging av arealene?
  - *Har du brukt noen kommunikasjonskanaler for å informere om optimaliseringsprosjektet?*
  - *Hvor stor var orienteringsgraden om prosjektet og informasjonsvekslingen mellom deg som prosjektleder og arealbrukere i sykehuset under endringsprosessen?*
  - *Hvilken kommunikasjon metode var mest effektiv å bruke for å kommunisere med arealbrukere på under prosessen? Hvorfor?*
4. Hvordan har du inkludert arealbrukere i planlegging og kartlegging av arealene under arealeffektiviseringsprosjektet?
  - *Hvordan ble prosjektet møt fra brukerne?*
  - *Brukermedvirknings betydning i prosessen?*
  - *Hadde brukerne noen forslag til endring/omdisponering av arealene?*
  - *Ble brukernes interesse og behov ivaretatt?*
5. Var kommunikasjon med arealbrukere nyttig verktøy for å implementere endringene i sykehusetsavdelingene?
6. Hva er din erfaring med dette prosjektet?
  - *Var endringene viktig, riktig eller unødvendig? Er endringsprosessen vellykket?*

Avslutningsvis: kan jeg henvende meg til deg om det er noe jeg lure på eller noe å avklare?

## 8.4 Vedlegg 4: Følgerev til endringsledere

### Forespørsel om å delta i forskningsintervju til prosjektledere for Areal-effektiviseringen ved SSHF-SSK

Hei

Mitt navn er Khlood J. Ibrahim, er masterstudent ved Universitet i Agder, hvor jeg studerer master i helseledelse. Jeg er nå i avslutningsfasen av studieløpet mitt og holder på å skrive en masteroppgave om endringsledelse i sykehus, der vil jeg forsøke på å utdype forståelsen rundt kommunikasjon og brukermedvirknings betydning i endringsprosesser som skjer i sykehus. Jeg skal se på casen Areal-effektivisering ved SSHF-SSK, og se på hvordan kommunikasjon og brukermedvirkningen har vært i prosessen. I den anledningen trenger jeg å høre med deg som har ledet eller vært med å lede den endringsprosessen i sykehuset. Jeg vil gjerne intervju deg og høre om din opplevelse ved å lede endringsprosessen i sykehuset, og hvordan ser du på kommunikasjon og brukermedvirkningen i endringsprosessen.

Intervjuene tar ca. 1 time og det er helt frivillig å delta i intervjuet, svarene skal være anonyme og informanten kan trekke sin deltakelse fra studien/forskningen når som helst.

Jeg har tenkt å gjennomføre intervjuene i ukene 23-26, og dere ser når det passer dere å delta i de intervjuene i det tidsrommet. Intervjuene blir tatt på bånd for å transkribere dem etterpå. Dere får en skriftlig versjon til gjennomsyn før den brukes videre i oppgaven.

På forhånd takk

Mvh.

Khlood J. Ibrahim

Ved spørsmål til studie, vennligst ta kontakt med veiledere Linda Hye eller Nichole E. Silva ved Universitetet i Agder.

## 8.5 Vedlegg 5: Følg brev til arealbrukere/profesjonene

### Forespørsel om å delta i forskningsintervju til ansatte i SSHF-SSK

Hei

Mitt navn er Khlood J. Ibrahim, jeg er masterstudent ved Universitet i Agder, hvor jeg studerer master i helseledelse. Jeg er nå i avslutningsfasen av studieløpet mitt og holder på å skrive en masteroppgave om endringsledelse i sykehus, der vil jeg forsøke på å utdype forståelsen rundt brukermedvirknings betydning i endringsprosesser som skjer i sykehus. Jeg skal se på casen Arealeffektivisering ved SSHF-SSK, og se på hvordan kommunikasjon og brukermedvirkningen har vært i prosessen. I den anledning trenger jeg å høre med noen ansatte som har vært involvert i den endringsprosessen og som kan stille opp til intervju og bidra med å belyse dette tema. Jeg vil høre om deres opplevelse av endringsprosessen, og hvordan har dere opplevd kommunikasjonen og brukermedvirkningen under arealeffektiviseringsprosjektet.

Intervjuene tar ca. 1 time og det er helt frivillig å delta i intervjuet, svarene skal være anonyme og informanten kan trekke sin deltakelse fra studien/forskningen når som helst.

Jeg har tenkt å gjennomføre intervjuene i ukene 23-26, og dere ser når det passer dere å delta i de intervjuene i det tidsrommet. Intervjuene tas på bånd for å transkribere dem etterpå. Dere får en skriftlig versjon til gjennomsyn før den brukes videre i oppgaven.

På forhånd takk

Mvh

Khlood J. Ibrahim

Ved spørsmål til studie, vennligst ta kontakt med veiledere Linda Hye eller Nichole E. Silva ved Universitetet i Agder.