



UNIVERSITETET I AGDER

Organisasjonskultur i Spesialavdeling voksne

Undersøkelse av organisasjonskultur i en spesialisert
psykiatrisk avdeling

VIDAR KLINGSHEIM

VEILEDER

Linda Hye og Morten Øgård

Universitetet i Agder, 2016

Fakultet for samfunnsvitenskap



Forord

Denne masteroppgaven er avsluttende del av erfaringsbasert masterprogram i helseledelse ved Universitetet i Agder. Siden jeg begynte som leder ved sengepost A2 i psykiatrisk divisjon i Helse Stavanger har ledelse gitt meg berikelser og frustrasjoner. Sykehus er komplekse organisasjoner som krever ulik ledelse til ulike situasjoner. Paradoksene og kompleksiteten er stor. Med jevne mellomrom oppstår problemstillinger hvor løsningene er i konflikt med hverandre. Midt i slike interessekonflikter står ledere i press fra pasienter, pårørende, overordnet ledelse og fra ulike profesjoner med ulike interesser. Som ny leder er det ikke alltid man forstår de mekanismer som foregår i en organisasjon. I mange tilfeller klarer man ikke sette ord på det som skjer. Studiet og masteroppgaven har gitt meg en bedre teoretisk forståelse av hva som skjer. Det som jeg tidligere ikke var i stand til å forstå, kan jeg nå sette ord på og sette i en teoretisk sammenheng. Så mange har opplevd de samme undringene og frustrasjonene som meg, og så mange har studert fenomenene før og mer omfattende enn meg. Jeg er overbevist om at studiet har utviklet min lederkompetanse. Berikelsene har blitt større og frustrasjonene mindre.

Det er mange i Helse Stavanger som har bidratt og tilrettelagt for at jeg har kunnet gjennomføre studiet og avsluttende oppgave. Jeg vil takke nåværende og tidligere ledelse ved Spesialavdeling voksne. Jeg ønsker å rette spesiell takk til tidligere avdelingssjef Håkan Nordin som tilrettela for at jeg kunne påbegynne studiet. En stor takk til seksjonsleder og nærmeste leder Hilde Bru-Aarstad som fristet meg inn i ledelse første gang som assisterende avdelingssykepleier i 2007, og som siden har vært en viktig støttespiller. Til slutt en stor takk til min stedfortreder og assisterende avdelingssykepleier Berit Bakkedal for å lede og styre med stø hånd i mitt fravær. For øvrig takker jeg alle andre kollegaer og ansatte ved Spesialavdeling voksne som har bidratt med smått eller stort i form av diskusjoner, besvarelser eller på annen måte.

Jeg vil også rette en takk til mine veiledere Linda Hye og Morten Øgård, og vitenskapelig assistent Hjalmar Sæbø Djønne ved Universitet i Agder. Det har vært en særdeles lærerik reise både i veiledning og forelesninger omkring dette temaet og andre tema innenfor ledelse.

Til slutt en stor takk til familien min som har vist stor tålmodighet når jeg har vært borte enten på reise til Sørlandet for undervisning eller helger og kvelder når jeg har jobbet med oppgaven.

Sandnes desember 2016

Vidar Klingsheim

Sammendrag

Denne oppgaven undersøker organisasjonskultur i Spesialavdeling voksne i Helse Stavanger. Spesialavdeling voksne er en del av Helse Stavanger og tilbyr spesialiserte tjenester innenfor psykiatri. Spesialiserte tjenester i psykiatri kompliseres ofte av mange og ulike profesjoner. Oppgaven søker svar på følgende problemstillinger:

1. Hva er den dominerende organisasjonskulturen i Spesialavdeling voksne?
2. Er organisasjonskulturen konsistent i Spesialavdeling voksne?
3. Hvilken organisasjonskultur ønsker de ansatte i Spesialavdeling for voksne, og varierer den ønskete kulturen mellom profesjonene?

For å finne svar på problemstillingene er det teoretiske utgangspunktet rammeverk for konkurrerende verdier. Det er to hoveddimensjoner i rammeverket; fleksibilitet og stabilitet, og intern orientering og ekstern orientering (Cameron & Quinn, 2013). Spørreskjemaet Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) med 6 organisasjonsdeler er benyttet.

Undersøkelsen viser at den dominerende organisasjonskulturen i Spesialavdeling voksne er kontrollkultur. Kontrollkulturen er sterk, mens de andre kulturtypene (samarbeidskultur, skapekultur og markedskultur) er moderate. På hoveddimensjonene er kulturen preget av internt fokus og integrering, og stabilitet og kontroll.

Oppgaven undersøker konsistens på to ulike måter. Den undersøker konsistens i de ulike delene av organisasjonskultur. Dette er de ulike kategoriene i OCAI. På dette området finner jeg lite avvik mellom kultur for de ulike delene sammenliknet med gjennomsnittskulturen. Oppgaven undersøker også om kulturen varierer mellom de ulike profesjonen. Blant alle profesjonene er kontrollkulturen dominerende, men varierer noe i styrke. Psykologene er

den gruppen som har størst avvik med gjennomsnittskulturen. De opplever en sterkere kontrollkultur enn de andre profesjonene. Mellom de andre profesjonene er det små avvik.

Det er avvik mellom nåværende og foretrukket kultur. De ansatte ønsker en dominerende samarbeidskultur, og mer skapekultur. For de konkurrerende verdiene på hoveddimensjonene medfører det at de ansatte ønsker større grad av fleksibilitet, skjønn og dynamisme enn nåværende kultur gir rom for. Undersøkelsen viser at gruppene er ganske samstemte om foretrukket kultur. Sammenlikner vi profesjonenes nåværende og foretrukket kultur er allikevel avvikene betydelige. Legene er den gruppen som i størst grad ønsker å opprettholde nåværende kultur. Psykologene er den gruppen som avviker mest mellom nåværende og foretrukket kultur.

Innhold

1.0 Innledning.....	1
2.0 Helsesektoren.....	3
2.1 Det psykiatriske sykehus.....	5
2.2 Helse Stavanger	6
2.3 Spesialavdeling voksne	8
2.3.1 Mediebildet.....	9
3. 0 Metode	12
3.1 Valg av metode	12
3.2 Valg av respondenter.....	14
3.3 Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)	15
3.3.1 Svarskala.....	16
3.3.2 Definisjon av styrke/svakhet i kultur	16
3.3.3 Reliabilitet og validitet av OCAI	17
3.3.4 Erfaringer ved bruk av OCAI.....	18
3.4 Praktisk gjennomføring.....	18
3.5 Feilkilde.....	19
3.6 Svarprosent.....	20
4.0 Teori.....	21
4.1 Organisasjonsteori.....	21
4.1.1 Organisasjonskultur	23
4.1.2 En stor eller mange små kulturer.....	26
4.1.3 Competing Values Framework.....	27
4.1.4 Organisasjonsstruktur	30

4.2 Profesjonsstudier	32
5.0 Resultater	35
5.1 Problemstilling 1: Hva er den dominerende organisasjonskulturen i Spesialavdeling voksne?	35
5.2 Problemstilling 2: Er organisasjonskulturen konsistent i Spesialavdeling voksne?	37
5.2.1 Konsistens i kulturdimensjonen i Spesialavdeling voksne	37
5.2.2 Er det variasjon i organisasjonskultur mellom de ulike profesjonene	45
5.3 Problemstilling 3: Hvilken organisasjonskultur ønsker de ansatte i Spesialavdeling for voksne, og varierer den ønskete kulturen mellom profesjonene?	47
5.4 Oppsummering av funn	55
6.0 Diskusjon	57
6.1 Spesialavdeling voksne sett i lys av omgivelsene	57
6.2 Spesialavdeling voksne sett i lys av trender og sammenlikninger med andre organisasjoner	62
6.3 Spesialavdeling voksne sett i lys av integrasjonsperspektivet	64
6.4 Spesialavdeling voksne sett i lys av differensieringsperspektivet	65
7.0 Avslutning	68
Figur 1 Organisasjonskart Helse Stavanger	7
Figur 2 Organisasjonskart Spesialavdeling voksne	8
Figur 3 Organisasjoner som produksjonssystem (Jacobsen & Thorsvik, 2013)	21
Figur 4 Ulike elementer i organisasjon som påvirker organisasjonsatferd (Jacobsen & Thorsvik, 2013)	22
Figur 5 Elementer i organisasjonskultur (Cameron & Quinn, 2013)	25
Figur 6 Hoveddimensjonene og kulturtypene i rammeverket (Cameron & Quinn, 2013)	28
Figur 7 Nåværende organisasjonskultur Spesialavdeling voksne	35
Figur 8 Gjennomsnittlig helhetlig kultur og organisasjonens karakteristikk	38

Figur 9 Gjennomsnittlig helhetlig kultur og organisasjonsledelse	39
Figur 10 Gjennomsnittlig helhetlig kultur og ledelse overfor ansatte	40
Figur 11 Gjennomsnittlig helhetlig kultur og organisasjonslim	41
Figur 12 Gjennomsnittlig helhetlig kultur og strategisk vektlegging	43
Figur 13 Gjennomsnittlig helhetlig kultur og suksesskriterier	44
Figur 14 Nåværende organisasjonskultur fordelt på fag/profesjon	45
Figur 15 Avvikene mellom nåværende helhetlig organisasjonskultur og organisasjonskultur for de ulike profesjonene	46
Figur 16 Nåværende og foretrukket kultur i Spesialavdeling voksne	48
Figur 17 Foretrukket organisasjonskultur fordelt på de ulike profesjonene	49
Figur 18 Nåværende og foretrukket organisasjonskultur blant leger.....	51
Figur 19 Nåværende og foretrukket organisasjonskultur blant psykologer	52
Figur 20 Nåværende og foretrukket organisasjonskultur blant sykepleiere	53
Figur 21 Nåværende og foretrukket organisasjonskultur blant vernepleiere	54
Tabell 1 Populasjon fordelt på profesjon	14
Tabell 2 Gradering av styrke i kulturtyper.....	17
Tabell 3 Svarprosent fordelt på profesjon	20
Tabell 4 Nåværende organisasjonskultur Spesialavdeling voksne.....	36
Tabell 5 Gjennomsnittsverdi for helhetlig kultur og organisasjonens karakteristikk	38
Tabell 6 Gjennomsnittsverdi for helhetlig kultur og organisasjonens ledelse	39
Tabell 7 Gjennomsnittsverdi for helhetlig kultur og ledelse overfor ansatte.....	40
Tabell 8 Gjennomsnittsverdi for helhetlig kultur og organisasjonslim	42
Tabell 9 Gjennomsnittsverdi for helhetlig kultur og strategisk vektlegging.....	43
Tabell 10 Gjennomsnittsverdi for helhetlig kultur og strategisk vektlegging.....	44
Tabell 11 Gradering av avvik mellom nåværende og foretrukket kultur.....	47
Tabell 12 Gjennomsnittsverdi for nåværende, foretrukket kultur og avviket.....	48
Tabell 13 Gjennomsnittsverdi foretrukket kultur fordelt på profesjon.....	49
Tabell 14 Gjennomsnittsverdi for foretrukket og nåværende kultur blant leger	51
Tabell 15 Gjennomsnittsverdi for foretrukket og nåværende kultur blant psykologer	52
Tabell 16 Gjennomsnittsverdi for foretrukket og nåværende kultur blant sykepleiere.....	53

Tabell 17 Gjennomsnittsverdi for foretrukket og nåværende kultur blant vernepleiere 54

1.0 Innledning

Det er ikke sjelden at sykehus omtales i norsk presse. Ofte er omtalen negativ på grunn av feil eller mangler. Helse er noe som opptar befolkningen, og i media fremsettes det som et folkekrav at sykehusene skal levere avanserte og høykompetente tjenester i stort volum til høy kvalitet samtidig som det presses på fra myndighetene at tjenestene skal leveres billigere og mer effektivt.

Organisasjonskultur er et av elementene som påvirker måloppnåelse. Paradoksene er mange innenfor sykehussektoren og kompleksitet er stor. Organisasjoner som sykehus omtales ofte som høykompetente organisasjoner. Ettersom forskningen stadig tar oss fremover kreves høyere grad av spesialisering innenfor de ulike områdene, noe som stiller høye krav til koordinering, samhandling og ledelse. Ifølge Jan Grund (2016) skal Henry Mintzberg ha skrevet følgende i et upublisert notat:

«Det å lede en komplisert privat bedrift er svært enkelt sammenliknet med å lede nesten ethvert sykehus. Her er presset fra pasienter og profesjoner enormt, og det å styre profesjoner er som å prøve å gjete katter»

I slike organisasjoner må også ledere være bevisst på eksisterende organisasjonskultur for å tilstrebe best mulig måloppnåelse.

Tradisjonelt sett har de ulike profesjonene ledet seg selv i sykehusene, noe som også ga mulighet for profesjonen til å opprettholde og skape sine egne kulturer og forståelser av virkeligheten. Endringen kom ved årtusenskiftet. Sykehusene skulle ledes av en ansvarlig leder på hvert nivå. Bakgrunnen var at det skulle være til pasientens beste at en og samme person hadde det overordnede ansvaret for alle tjenester på tvers av fag og profesjon på hver enhet i sykehusene.

Fagfeltet psykiatri er kanskje det mest kompliserte fagfeltet innenfor sykehusene, ikke fordi det krever høy teknologi, men fordi usikkerheten er stor. Rettsaken mot Anders Behring Breivik i 2012 belyser kompleksiteten. To forskjellige sakkyndige rapporter konkluderte med ulike utfall. Media svømte over med ulike ekspertuttalelser fra ulike fagmiljøer med ulike konklusjoner. I tillegg hadde «mannen i gata» en mening om hva som var galt. Alle hadde en mening om hva som var galt med den drapstiltalte. Psykiatriens kompleksitet ble for alvor belyst. Det finnes ingen blodprøve eller annen biologisk undersøkelse som gir en diagnostisk forklaring på symptomene. Dette åpner også opp for at alle kan uttale seg og at flere profesjoner med ulike teoretiske ståsteder får plass innenfor det psykiske helsevern.

I komplekse organisasjoner, som innenfor det psykiske helsevern, vil det være særlig interessant å undersøke organisasjonskultur. Har de ulike profesjonene ulike kulturer, eller klarer ledere å samle profesjonene til et felles kulturelt ståsted på tvers av profesjon og teoretisk forankring?

I denne masteroppgaven har jeg valgt å undersøke organisasjonskultur i en enhet som gir spesialiserte tjenester innenfor psykiatri. Enheten som undersøkes er Spesialavdeling voksne i Helse Stavanger. Jeg vil besvare følgende problemstillinger:

1. Hva er den dominerende organisasjonskultur i Spesialavdeling voksne?
2. Er organisasjonskulturen konsistent i Spesialavdeling voksne?
3. Hvilken organisasjonskultur ønsker de ansatte i Spesialavdeling for voksne, og varierer den ønskete kulturen mellom profesjonene?

2.0 Helsesektoren

I Norge er helsetjenesten delt mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten er drevet av kommunene og har ansvaret for fastlegene og pleie og omsorgstjenesten i kommunene. Spesialisthelsetjenesten er sykehusene, institusjoner og tilbud innenfor psykisk helsevern, rusbehandling, rehabilitering og habilitering. Det er totalt 4 regionale helseforetak; Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst og Helse Vest. De regionale Helseforetakene er eid av staten og har som oppgave å drive sykehusene samt forskning, utdanning av helsepersonell, og opplæring av pasienter og pårørende. Sykehusene har ikke alltid vært organisert i den form de er i dag.

Første del av etterkrigstiden var preget av gjenoppbygging av landet. Velferdsstaten skulle bygges og mot slutten av 1960-tallet og begynnelsen av 1970-tallet var velferdsstaten godt etablert, noe som medførte at de sosiale kostnadene, inkludert helsetjenester, økte betydelig. I 1948 utgjorde sosiale kostnader 5,8 % av BNP. I 1970 utgjorde kostnadene 14,7 % av BNP. Sykehusene spilte en stor rolle i byggingen av velferdsstaten. I tillegg ble veksten innenfor sykehusene drevet av medisinsk og teknologisk utvikling i høyt tempo, noe som medførte større krav til spesialisering og menneskelige ressurser. Tilsatte i sykehusene økte, og antall leger og sykepleiere vokste enormt. I 1950 var det 1 lege pr 985 innbyggere i Norge. I 2005 var det 1 lege pr 255 innbyggere (Berg, 2005).

Kostnadsøkningen innenfor helsevesenet medførte et behov for endring. Helsetjenesten måtte effektiviseres for å redusere kostnadene. For å løse problemstillingen skapte man et markedsliknende system. Blant annet ble finansieringssystemet endret fra en rammefinansiering til en finansieringsmodell som besto både av innsatsstyrt finansiering og rammefinansiering. I somatikk ble det innført DRG poeng som er en klassifisering av lidelser hvor behandling av lidelser med mange DRG poeng gir større overføringer fra statsbudsjettet. Innsatsstyrt finansiering og DRG blir innført for psykisk helsevern i 2017. Samtidig som man innførte en annen finansieringsmodell innførte man også pasientrettigheter som ga fritt sykehusvalg. Hensikten var å gi pasienten valgmulighet til

raskere behandling. For sykehusene vil en slik ordning kombinert med innsatsstyrt finansiering bety at man ved å effektivisere kunne påvirke «inntjeningen» sin ved å få tilgang til «pasientmarked» utenfor sin region.

Sykehusene var frem til 2002 organisert under fylkeskommunen. Sykehusreformen kom ved årtusenskiftet. Sykehusene ble organisert som foretak med et eget styre og en linjeledelse med administrerende direktør som øverste ansvarlige. Foretaksmodellen har bidratt til at sykehusene i større grad drives som en vanlig bedrift hvor den øverste leder av sykehusene, administrerende direktør, rapporterer til styret i foretaket. Foretaksmodellen har i senere tid vært utsatt for sterk kritikk fra politiske partier som Senterpartiet og fra Legeforeningen. Kritikken retter seg mot at beslutninger tas sentralt på bakgrunn av økonomi, mens beslutninger egentlig burde vært tatt lokalt med bakgrunn i fag. Også regjeringspartiet Høyre har vært kritisk til helseforetaksmodellen og lanserte i 2015 en nasjonal helse- og sykehusplan. Planen innebærer en nettverksmodell hvor de fire store regionale sykehusene (Universitetssykehuset i Tromsø, St. Olavs Hospital i Trondheim, Haukeland Universitetssykehus i Bergen og Oslo Universitetssykehus) har et forpliktende samarbeid med store akutt sykehus (opptaksområde på mer enn 60-80.000 innbyggere), akutt sykehus og sykehus uten akuttfunksjoner. Hensikten er å redusere den interne rivaliseringen og konkurransen mellom sykehusene og sikre hensiktsmessig oppgavefordeling og samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning til det beste for gode og sømløse pasientforløp.

En annen viktig del av helseforetaksreformen er enhetlig og profesjonsnøytral ledelse. Tradisjonelt har anerkjente faglige personer vært sykehusets ledere. I de aller fleste tilfeller har det vært en lege. Nedover i organisasjonen har ledelse vært delt inn i faglinjer hvor oversykepleier har ledet sykepleierne og overlegen har ledet legene, men hvor overlegene har hatt det overordnede faglige ansvaret. I tillegg har man innenfor psykiatri hatt både psykologer og sosionomer som sterke faggrupper som har ledet innenfor sitt felt. Spesialisthelsetjenestereformen endret på dette. I «Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus» (NOU 1997:2) konkluderer utvalget med at ledere må være ledere for organisatoriske enheter og ikke faggrupper. Bakgrunnen for konklusjonen var at man i større

grad skulle rette fokus på kjernen i ledelse som etter utvalgets mening var fastsetting av mål og rammer, resultatoppfølging og måloppnåelse, og endringsprosesser for å møte pasientens behov. Utvalget var av den oppfatning at for å ivareta pasientens behov i sykehusene i fremtiden måtte det innføres enhetlig ledelse, noe som også ble resultatet i lov om spesialisthelsetjeneste.

Utvalget var delt i synet på kompetansekrav til ledere i sykehus. De var enige om at det måtte stilles krav til formell lederkompetanse og/eller ledererfaring, og personlig egnethet. Utvalget var derimot uenig om hvor stor vekt som skulle legges på relevant medisinsk faglig kompetanse. Resultatet ble at man i lov om spesialisthelsetjenester ikke stiller krav til medisinsk faglig kompetanse i ledelse, men at sykehuset selv kan fastsette krav om faglig kompetanse ved ansettelse. For å ivareta forsvarlighetskravet ble det lovfestet at ledere uten medisinsk faglig kompetanse må peke ut en medisinsk faglig rådgiver. Vedkommende har i rollen som medisinsk faglig rådgiver kun rådgivende myndighet og er ikke ansvarlig for annet enn rådene vedkommende gir.

2.1 Det psykiatriske sykehus

De første psykiatriske institusjonene i Norge var Oslo Hospital og Dollhus som åpnet i 1779. I 1848 kom lov om sinnssykes behandling og forpleining. Lovendringen medførte også en økende interesse for vitenskapelige metoder for kategorisering og behandling. Flere institusjoner vokste frem og i 1855 åpnet Gaustad og i tiden mot århundreskiftet ble ytterligere 4 statlige sinnssykehus bygget. I 1920 var det totalt 21 asyler i Norge.

Etterkrigstiden bar preg av nye behandlingsmetoder som medførte at pasienter kunne behandles og rehabiliteres. Samtidig vokste det frem skepsis til langvarige institusjonsopphold. I 1961 kom Lov om psykisk helsevern. Fylkene overtok de statseide sinnssykehusene og fra 1970-tallet til årtusenskiftet bar politikken preg av å desentralisere tilbudet. I opptrappingsplanen til psykisk helse 1999-2006 satset regjeringen på å øke de

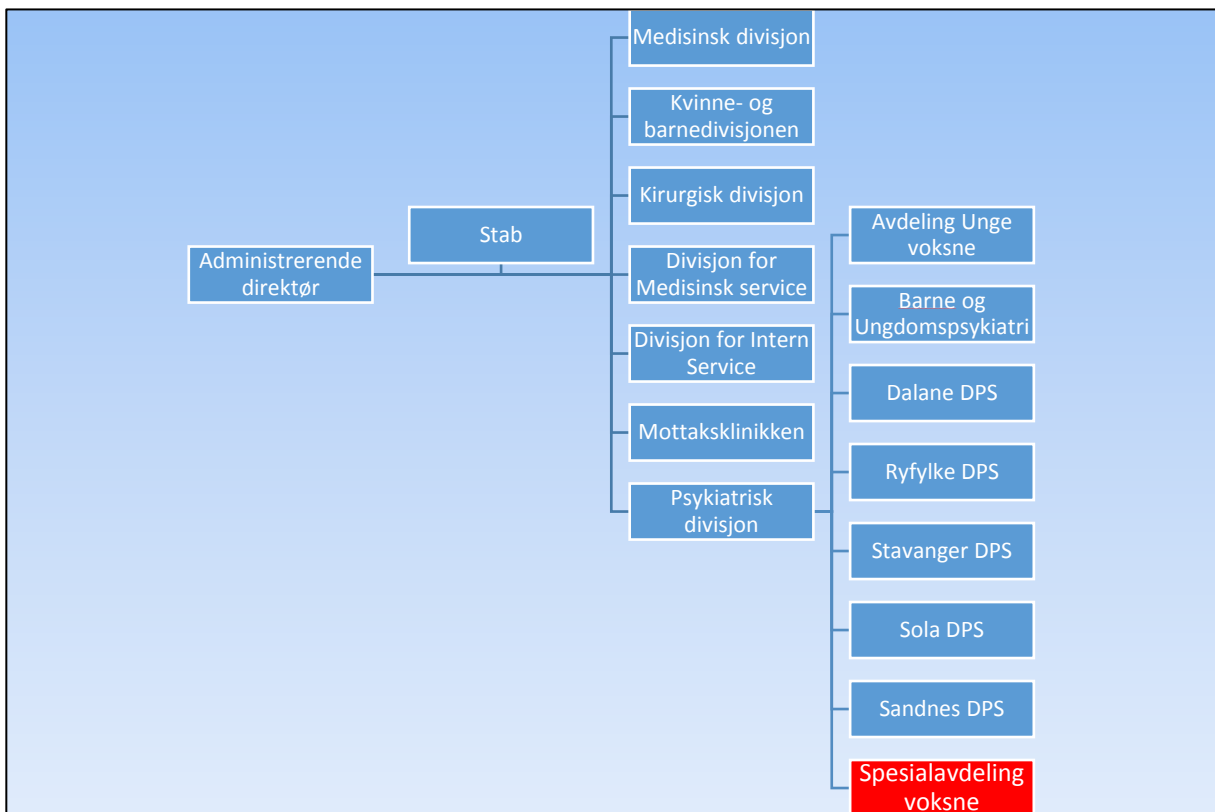
kommunale tjenestene innenfor det psykiske helsevern, samtidig som fylkeskommunen skulle øke sin andel av desentraliserte behandlingstilbud. Psykiatriske sykehjem ble trappet ned eller omgjort til Distriktpsikiatriske senter (DPS). De distriktpsikiatriske sentrene skulle sammen med psykiatrisk sykehusavdelinger bygge ut behandlingstilbud samtidig med opptrappingen av kommunale omsorgstjenester. Da sykehusreformen ble vedtatt ble DPS'ene overført til helseforetakene.

Parallelt med opptrappingsplanen kom ny psykisk helsevernlov. Sykehusene omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven og helsepersonelloven. Psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten omfattes også av lov om psykisk helsevern. Lov om psykisk helsevern stiller krav til kompetanse hos faglig ansvarlig som kan fatte vedtak om bruk av tvang. Dette kan være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med spesialisering.

2.2 Helse Stavanger

Det regionale Helseforetaket Helse Vest er eier av Stavanger Universitetssykehus, Helse Stavanger. Det er et av landets seks universitetssykehus og er en del av spesialisthelsetjenesten. Sykehuset betjener totalt 18 kommuner med en befolkning på 360.000 i Sør-Rogaland. Stavanger og Sandnes kommune er de største kommunene med en befolkningsmasse på om lag 200.000.

Enhetene i Stavanger Universitetssykehus er i hovedsak plassert i sykehusbyggingen på Våland i Stavanger. Det er noen unntak som seksjon rehabilitering i Eigersund (somatikk) og de distriktpsikiatriske sentrene (DPS). Det er planlagt bygging av nytt sykehus innen 2023 på Ullandhaug i nærheten av Universitetet i Stavanger.



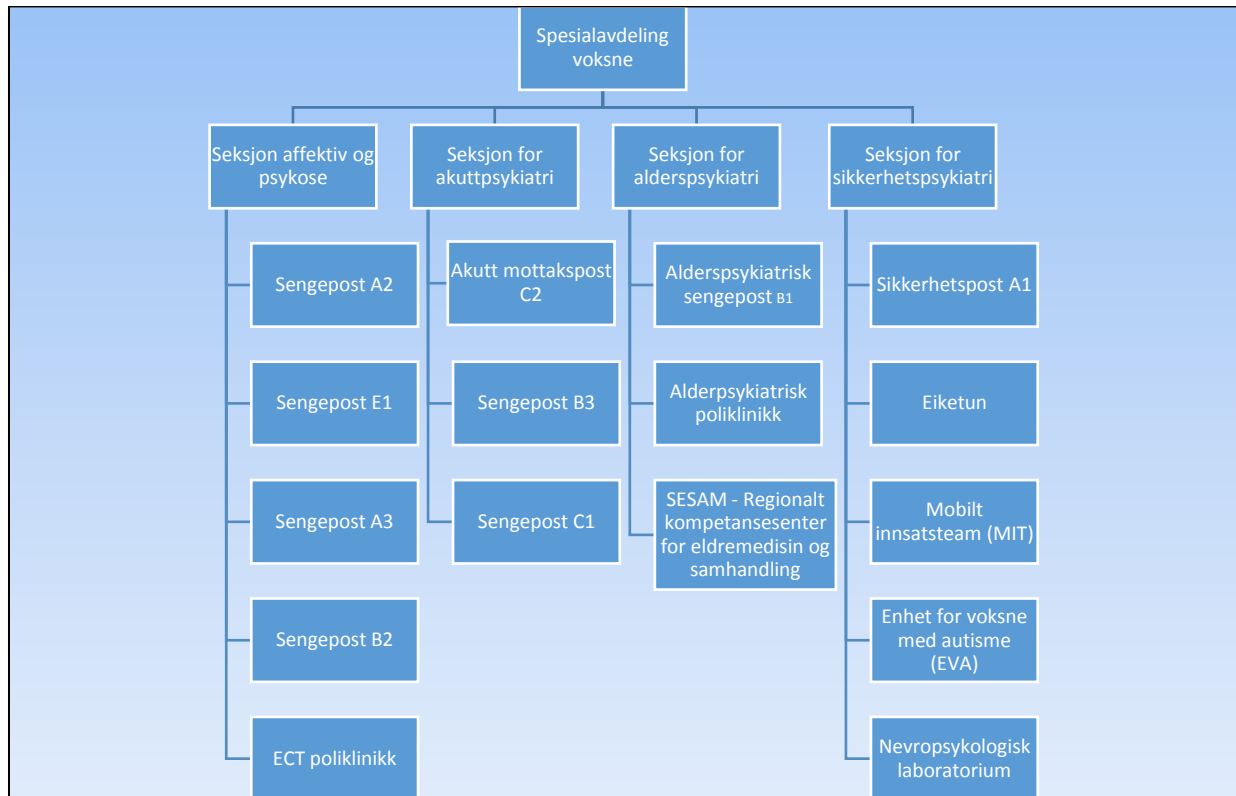
Figur 1 Organisasjonskart Helse Stavanger

Stavanger Universitetssykehus har over 7500 medarbeidere og 130 ulike yrkesgrupper. Over 160 medarbeidere har doktorgrad. Budsjett for 2016 var på 6,8 milliarder. Sykehuset var på undersøkelsestidspunktet inndelt i 7 ulike divisjoner hvor psykiatrisk divisjon var en av disse. Sykehusets overordnede målsetninger er

- Trygge og nære sykehustjenester
- Helhetlig behandling og effektiv ressursbruk
- En fremtidsrettet kompetanseorganisasjon

2.3 Spesialavdeling voksne

Spesialavdeling voksne er en del av psykiatrisk divisjon ved Helse Stavanger. I hovedsak er



Figur 2 Organisasjonskart Spesialavdeling voksne

Spesialavdeling voksne de enheter som er lokalisert på Våland i Stavanger i nærheten av det somatiske sykehuset. Unntakene er EVA og Eiketun som er plassert andre steder i regionen. Avdelingen har over 400 årsverk og hvis vi ser bort fra boenhetene EVA og Eiketun, nærmere 115 sengeplasser. Dette inkluderer 8 sengeplasser ved Akutt Mottakspost C2 (AMC2). Pasientene som kommer til AMC2 blir værende 1 døgn før refordeling.

Sengepostene er organisert slik at hver sengepost har sine egne overleger, psykologer, sosionom, konsulent og pleiepersonell (sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter). Unntaket er i seksjon for sikkerhetspsykiatri hvor personal som er definert som behandlere (lege og psykolog) er organisert på seksjonsnivå.

2.3.1 Mediebildet

For å gi et bilde av organisasjonen har jeg valgt å presentere medieomtalen av psykiatrisk divisjon i Helse Stavanger siden 2012. Noe av dette har vært førstesidestoff for tunge lokale medieaktører som Stavanger Aftenblad og Rogalandsavis. Selv om kritikken er rettet mot psykiatrisk divisjon i sin helhet er det liten tvil om at det i hovedsak gjelder Spesialavdeling voksne.

Stavanger Aftenblad rapporterte i oktober 2012 at som følge av mangel på kvalifisert personal måtte Stavanger Universitetssykehus stenge en akuttpsykiatrisk sengepost. Det fremkom av de påfølgende oppfølgingssakene at Spesialavdeling voksne manglet over 40 årsverk. Det kom til dels sterk kritikk mot ledelsen som mente at stengningen ikke ville gå utover pasientsikkerhet. I februar 2013 meldte NRK at Mental Helse varslet fylkeslegen om situasjonen. Kritikken fra Mental Helse gikk på:

- Fulle avdelinger og pasienter måtte dele rom
- Slitne ansatte
- Kun sykeste pasienter får innleggelse
- Kritikken fra pårørende om at selvmordstruede pasienter ble skrevet ut for tidlig

Ledelsen ved psykiatrisk divisjon svarte med å rette søkelys på den vanskelige rekrutteringssituasjonen og økningen av akuttinnleggelser (57% på 10 år).

Sengeposten som ble stengt, ble ikke åpnet som planlagt påsken 2013. I stedet fortsatte den negative omtalen. Sykehuset ble kritisert fra tillitsvalgte for ikke å gjøre nok med rekrutteringssituasjonen (Stavanger Aftenblad 06.05.13). Samtidig kritiserte

interesseorganisasjonene sykehuset for å drive uforsvarlig med tanke på pasientsikkerhet og viste til at sykehuset lå på selvmordstoppen i Norge (NRK 31.05.13).

6. november 2013 ble psykiatrisk divisjon nok en gang omtalt negativt. Denne gangen rettet Stavanger Aftenblad søkelyset mot voldsepisoder mot ansatte. Kritikken rettet seg igjen mot mangel på kvalifisert personell og høyt belegg på sengepostene. På lederplass 18.11.2013 tok Stavanger Aftenblad et oppgjør med psykiatrisk divisjon og manet til endring.

Våren 2014 fortsatte jevnlige oppslag omkring vold mot ansatte i psykiatrisk divisjon. Det ble knyttet sammenheng mellom mangel på personal og økningen av voldsepisoder. Lokalpolitikere begynte å involvere seg og helsepolitisk talsperson for Høyre, Tone Wilhelmsen Trøen, slo fast at vold på arbeidsplassen er et lederansvar (Stavanger Aftenblad 12.05.14). Samtidig slo Mental Helse nok en gang alarm ved å gå ut i media og kritisere mangel på forsvarlig helsehjelp, fulle sengeposter og for tidlig utskrevet pasienter. I desember 2014 kom Arbeidstilsynet med kritikk av Stavanger Universitetssykehus og ulovlige arbeidstidsordninger. Situasjonen ved psykiatrisk divisjon ble fremhevet.

Våren 2015 tok den negative omtalen en ny vending. Det ble satt fokus på den høye forekomsten av tvang ved psykiatrisk divisjon. Ledelsen ved psykiatrisk divisjon pekte på ulik rapportering og lav bemanning som årsak til de høye tvangstallene (Stavanger Aftenblad 15.01.15). Flere pasienter hadde i forkant klaget på behandling og tvangsbruk til fylkeslegen. Fylkeslegen konkluderte med ulovlig bruk av tvang ved psykiatrisk divisjon.

Samtidig gikk erfaringskonsulent Målfrid Frahm Jensen ut i media og pekte på kultur og holdninger som årsak til høy tvangsbruk. Det medførte sterke reaksjoner blant de ansatte som svarte Frahm Jensen med et brev til ledelsen ved psykiatrisk divisjon. Brevet ble kjent for Stavanger Aftenblad. Målfrid Frahm Jensen oppfattet det som en mobbekampanje mot henne, og sa opp sin stilling som erfaringskonsulent ved Stavanger Universitetssykehus.

Oppsigelsen utløste sterk kritikk mot åpenhetskulturen ved psykiatrisk divisjon. Første august 2015 gikk divisjonsdirektør Inger Kari Nerheim av.

4. februar 2016 ble mulig ny organisering tatt opp i styret i Helse Stavanger. Administrerende direktør ved Stavanger Universitetssykehus Inger Cathrine Bryne, prosjektorganiserte psykiatrisk divisjon med henblikk på å evaluere strukturen og eventuelt foreslå endringer, inkludert også en deling av divisjonen. Resultatet av evalueringen forelå ikke på tidspunktet for måling av organisasjonskultur i Spesialavdeling voksne.

3.0 Metode

Hensikten med forskning er å komme frem til kunnskap som kan si noe om hvordan virkeligheten er. Innenfor samfunnsvitenskapelig forskning er det en pågående filosofisk debatt omkring disse temaene. Oppfatning av virkeligheten påvirker valg av metode, og valg av metode påvirker oppfatning av metode (Jacobsen, 2015). Vilhelm Aubert (1985) definerte metode på følgende vis:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder»

I det følgende kapittelet vil jeg gjøre rede for den metoden jeg har valgt for å svare på mine problemstillinger.

3.1 Valg av metode

Hvordan måle organisasjonskultur? Dette er et omstridt tema blant forskere. Ifølge Cameron og Quinn (2013) finnes det tre hovedretninger:

1. Den holistiske metoden. Noen mener den beste måten å måle organisasjonskultur er ved observasjoner. Forskeren dykker ned i kulturen, blir en del av den og benytter observasjoner.
2. En annen måte er å undersøke språk i dokumenter, samtaler og rapporter for å avdekke kulturmønstre.
3. Den siste tilnærmingen er kvantitativ metode som bruker intervjuer eller spørreskjema for å måle organisasjonskultur.

Jeg har i min oppgave valgt den kvantitative metoden. Bakgrunnen for dette er at jeg har en deduktiv tilnærming til mine forskningsspørsmål. Deduktiv tilnærming betyr at man går fra teori til empiri for så å komme frem til ny kunnskap. Organisasjonskultur er et tema som det allerede eksisterer mye kunnskap om. Oppgaven tar utgangspunkt i allerede eksisterende teori. Competing Values Framework er det teoretiske utgangspunktet for oppgaven. Det er til og med utviklet et eget spørreskjema, Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI), som brukes til å teste ut teorien. Jeg vil redegjøre for OCAI senere i dette kapitlet.

Kritikken mot kvantitativ metode er at dataene gir et overfladisk preg på undersøkelsen. Man konsentrerer seg om å undersøke mange enheter, eller en større populasjon i en enhet. Det er en kostnadseffektiv metode som må nøye seg med å måle enkle forhold. Vi får bare svar på de spørsmål vi stiller i spørreskjemaet og kan miste relevant informasjon (Jacobsen, 2015). Avstand til undersøkelsesobjektet kan både være en fordel og en ulempe. I en kvantitativ studie kan avstanden bli for stor. Vi kan miste forståelse for den enkeltes situasjon (Jacobsen, 2015). Ved bruk av OCAI blir avstanden enda større da jeg selv ikke har utviklet spørreskjemaet. Jeg distanserer meg således enda mer fra undersøkelsesobjektet og stoler på et verktøy andre har utviklet. Det er ikke sikkert dette verktøyet passer for mitt undersøkelsesobjekt. Kvantitativ metode er også en rigid metode. Den er som en sekvensiell prosess hvor fasene kommer etter hverandre. Det er vanskelig å endre på noe i etterkant (Jacobsen, 2015).

Undersøkelsen er gjort på et tidspunkt, noe som medfører at undersøkelsen er å betrakte som en tversnittundersøkelse. Den er også ekstensiv siden jeg har valgt alle ansatte i Spesialavdeling voksne som undersøkelsesgruppe og ikke et utvalg. Fordelen med denne type undersøkelse er at den gir en presis beskrivelse av tilstanden på et gitt tidspunkt. I tillegg er slike undersøkelser lite kostbare, det tar forholdsvis kort tid å få inn data og jeg slipper å gjøre undersøkelsen flere ganger (Jacobsen, 2015).

3.2 Valg av respondenter

Spesialavdeling voksne er en stor organisasjon. Den består av mange enheter, og mange ulike grupperinger. Totalt er det 401 årsverk i avdelingen. Årsverkene fordeler seg på ulike stillingsstørrelser. Særlig gjelder det turnusansatt. Det er derfor betydelig flere ansatte i avdelingen enn 401.

Når jeg skulle velge respondenter valgte jeg å nå flest mulig. Jeg valgte derfor å sende ut undersøkelsen til alle som er tilknyttet felles mailgruppe i avdelingen. Totalt 561 ansatte. De 561 ansatte fordelte seg på profesjon slik som vist i tabell 1.

Tabell 1 Populasjon fordelt på profesjon

	Sykepleiere	Vernepleiere	Leger	Psykologer	Andre	Total
Antall	211	53	34	13	250	561

Utgangspunktet mitt var også å ta med helsefagarbeiderne som egen gruppe. Jeg fikk bare 3 respondenter fra denne gruppen. Har derfor valgt å se bort ifra dem og legge helsefagarbeiderne i gruppen med «andre». I tillegg til helsefagarbeidere er konsulenter, tilkallingsvikarer, sosionomer og andre definert under gruppen andre. Årsaken til at jeg valgte å se på gruppene sykepleiere, vernepleiere, leger og psykologer er at sykepleieren og vernepleierne har noenlunde samme type arbeid som er organisert på noenlunde samme måte. Det samme gjelder for legene og psykologene. Selv om gruppene vil hevde det er stor forskjell å se på psykiatri fra et medisinsk synspunkt og et psykologisk, er arbeidets art og organisering noenlunde likt. Begge gruppene innehar roller som hovedbehandler og utfører noenlunde samme oppgaver selv om begge grupper vil hevde at de har ulike tilnærminger til behandling.

3.3 Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)

Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) er utviklet for å kunne kartlegge og identifisere organisasjonskultur. Det er det mest brukte verktøy for vurdering av organisasjonskultur. Instrumentet er både blitt brukt i organisasjoner og i akademisk forskning. Verktøyet er blitt brukt i en rekke ulike bransjer. Det er også blitt brukt for å undersøke organisasjonskultur innenfor helseorganisasjoner (Cameron & Quinn, 2013).

Det finnes flere versjoner av OCAI. Det finnes blant annet en versjon med 24 punkter. Jeg har valgt å bruke den versjonen som er gjengitt i boken «Identifisering og endring av organisasjonskultur» av Kim Cameron og Robert Quinn (2013).

Det er gjort flere forsøk med bruk av OCAI ved Universitet i Agder som blant annet har laget en elektronisk versjon. Jeg har brukt den oversatte elektroniske versjonen fra Universitet i Agder

Skjemaet består av 6 spørsmål eller dimensjoner av organisasjonskultur. De seks spørsmålene er:

1. Hvilke kjennetegn vil du si er dominerende for din organisasjon? (Fremtredende kjennetegn)
2. Hvordan vil du si ledelse gjennomgående er oppfattet i din organisasjon? (Organisasjonsledelse)
3. Hvilke forventninger vil du si ledelsen i din organisasjon har til sine ansatte når de skal løse arbeidsoppgavene sine? (Ledelse overfor ansatte)
4. Hvordan vil du beskrive "limet" i din organisasjon? (Organisasjonslimet)
5. Hva vil du si er det strategiske fokuset i din organisasjon? (Strategisk vektlegging)
6. Hvordan vil du si organisasjonen definerer suksess? (Suksesskriterier)

Hvert spørsmål har fire påstander som hver representerer de fire kulturtypene basert på Competing Values Framework. Skåren fordeles på de fire påstandene (kulturtypene) og

gjennomsnittet regnes ut for å finne hvordan de ulike kulturtypene fordeler seg i organisasjonen.

3.3.1 Svarskala

OCAI bruker en skala hvor hvert individ får tildelt 100 poeng for hvert spørsmål. Respondenten skal så fordele poengene på de fire ulike påstandene til hvert spørsmål. Respondenten deler ut 100 poeng for nåværende og 100 poeng for foretrukket. Slik skala kalles ipsativ skala. Ipsativ skala har både fordeler og ulemper. Fordelene er at den fremmer de kulturelle unikheterne. En annen fordel er at respondenten blir tvunget til å gjenkjenne kompromissene i en organisasjon (Cameron & Quinn, 2013).

En av ulempene kan være at respondenten regner feil og summen av svarene blir større eller mindre enn 100. Den elektroniske versjonen av OCAI som Universitetet i Agder har utviklet og jeg har benyttet, gjør det ikke mulig for respondenten å tildele mer eller mindre enn 100 poeng. Respondenten kommer ikke videre i undersøkelsen om summen blir større eller mindre enn 100. Undersøkelsen blir dermed ikke fullført og blir ikke vurdert med i databasen.

3.3.2 Definisjon av styrke/svakhet i kultur

Rammeverket gir ikke svar på hvordan man skal definere graden av styrken i organisasjonskultur. Jeg har valgt å definere styrken som gjengitt i tabell 2

Tabell 2 Gradering av styrke i kulturtyper

Grad	Poeng
Svak	0-15
Moderat	15-35
Sterk	36 +

3.3.3 Reliabilitet og validitet av OCAI

Reliabilitet handler om at kulturtypene måles på en konsekvent måte. Cameron og Quinn (2013) viser til en rekke studier av reliabilitet til OCAI. De viser til en studie gjort av Quinn og Spreitzer, og en undersøkelse gjort av Yeung, Brockbank og Ulrich. Begge studiene viser høy grad av reliabilitet. Flere undersøkelser viser det samme. Verktøyet OCAI matcher eller overgår reliabiliteten til de oftest brukte verktøyene i samfunns- og organisasjonsvitenskap (Cameron & Quinn, 2013)

Validitet handler om at det som skal måles faktisk blir målt. I dette tilfelle handler validitet om at OCAI faktisk måler organisasjonskultur. Cameron og Quinn (2013) viser til flere studier som finner sammenheng mellom kulturtyper og de områder organisasjonen utmerker seg på effektivitet, og hvilken type strategi, beslutningsmyndighet og struktur som ble brukt.

En måte å vurdere validitet til komplekse fenomener er å teste konvergerende og diskriminerende validitet. Med konvergerende validitet menes at spørsmålene faktisk måler det samme. Diskriminerende validitet betyr at begreper som vi definerer ulike ikke skal korrelere empirisk (Jacobsen, 2015). Både konvergerende og diskriminerende validitet er testet, og funnene bekrefter at OCAI er et valid verktøy (Cameron & Quinn, 2013).

Ifølge Cameron og Quinn (2013) finnes det ikke studier som avkrefter validitet og reliabilitet til OCAI. De studier som finnes bekrefter at OCAI måler det det skal måles. Det innebærer hovedfaktorer i organisasjonskultur som beskriver organisasjonens struktur og menneskenes atferd. I tillegg måler OCAI dette på en reliabel måte.

3.3.4 Erfaringer ved bruk av OCAI

Jeg har i undersøkelsesperioden fått flere tilbakemeldinger fra respondenter om OCAI. De fleste har gitt tilbakemelding om at de synes spørsmålene var vanskelige å svare på. De opplevde ikke spørsmålene som tilpasset sin arbeidssituasjon. Jeg har også fått tilbakemelding fra ansatte som har reagert på den ipsative svarskalaen. Det har vært vanskelig å plassere poengene, noe som kan bekreftes gjennom svarprosenten. Hele 86 respondenter har kun svart på noen spørsmål. Det kan selvfølgelig være noen har påbegynt undersøkelsen på et senere tidspunkt, og derfor er en av de som til slutt har gjennomført undersøkelsen. Det er allikevel en betydelig andel som har avsluttet undersøkelsen før den er fullført.

3.4 Praktisk gjennomføring

I et forsøk på å få flest mulig respondenter sendt jeg først ut en mail til alle hvor jeg informerte om undersøkelsen. Denne mailen ble sendt ut cirka en uke før undersøkelsen startet. Jeg sendte så ut mail med link til undersøkelsen. Det har ikke vært nødvendig for respondentene å logge seg inn eller på annen måte gjøre seg gjenkjennbar for å svare på undersøkelsen. Det medfører full anonymitet uten mulighet for meg til å undersøke hvem som har svart. Jeg har derfor ikke søkt om godkjenning til Norsk Senter for Forskningsdata, men fikk intern godkjenning fra Helse Stavanger til å foreta undersøkelsen.

Undersøkelsen lå ute i 6 uker. I løpet av de seks ukene sendte jeg 3 påminningsmailer. Jeg fikk også mulighet til å presentere undersøkelsen på avdelingsmøtet hvor alle lederne i SV

samt alle psykiatere og psykologspesialister deltar. I tillegg ble jeg invitert av to sengeposter til å presentere undersøkelsen.

3.5 Feilkilde

Jeg har valgt ansatte som medlem i mailgruppe som respondenter. Mulig feilkilde er at mailgruppen ikke er oppdatert. Det kan medføre at ansatte som for eksempel har sluttet i Spesialavdeling voksne har fått mailen og svart på undersøkelsen. Det kan også medføre at ansatte i Spesialavdeling voksne ikke har fått tilsendt linken til spørreskjemaet.

En annen mulig feilkilde er at ansatte kan svare på undersøkelsen flere ganger. Siden svar ikke krever innlogging er det teknisk mulig å svare flere ganger. Jeg har allikevel vurdert det slik at utfordringen i undersøkelser heller er å få personer til å delta enn at de vil delta flere ganger.

Selv om jeg har foretatt en ekstensiv undersøkelse kan slike undersøkelser gi lav svarprosent. Lav svarprosent gir mer usikkert resultat. Jeg må allikevel forholde meg til den svarprosenten jeg har fått og analysere den på best mulig måte.

For presentasjon av resultatene har jeg ønsket hele tall, mens gjennomsnittsberegninger gir tall med flere desimaler. Jeg har derfor rundet av tallene etter vanlige avrundingsregler. I noen tilfeller har flere tall hatt desimaler under 0,5, som har gjort at etter vanlige regler skulle alle rundes ned. Dette ville i tilfelle gitt totalsum 99. Jeg har i disse tilfellene rundet opp det tallet med høyeste desimaler. I de fleste tilfeller har dette liten betydning.

3.6 Svarprosent

Totalt kom det 95 fullførte svar, noe som gir en total svarprosent på 17. I tabellen 3 viser jeg hvordan svarene fordelte seg på de ulike profesjonene.

Tabell 3 Svarprosent fordelt på profesjon

	Antall svar	Populasjon	Svarprosent
Sykepleiere	52	211	25
Vernepleiere	6	53	11
Lege	9	34	26
Psykolog	10	13	77
Andre	18	250	7
Total	95	561	17

4.0 Teori

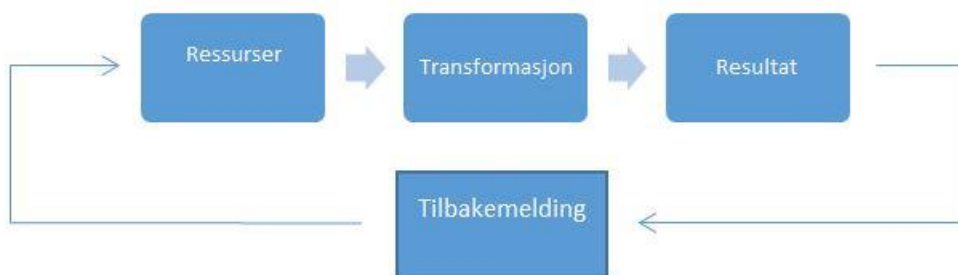
I denne delen av oppgaven vil jeg presentere teori som benyttes i oppgaven. Hovedvekten vil være på organisasjonsteori. Jeg vil belyse teori om organisasjonskultur og om organisasjonsstruktur. Forholdet dem imellom belyses i neste kapittel.

I tillegg til organisasjonsteori vil jeg også presentere profesjonsteori. En av målsetningene til oppgaven er å svare på om de ulike profesjonene har egne subkulturer i samme organisasjon. Jeg har derfor valgt å beskrive nærmere vilkårene for at et yrke kan kalles en profesjon.

4.1 Organisasjonsteori

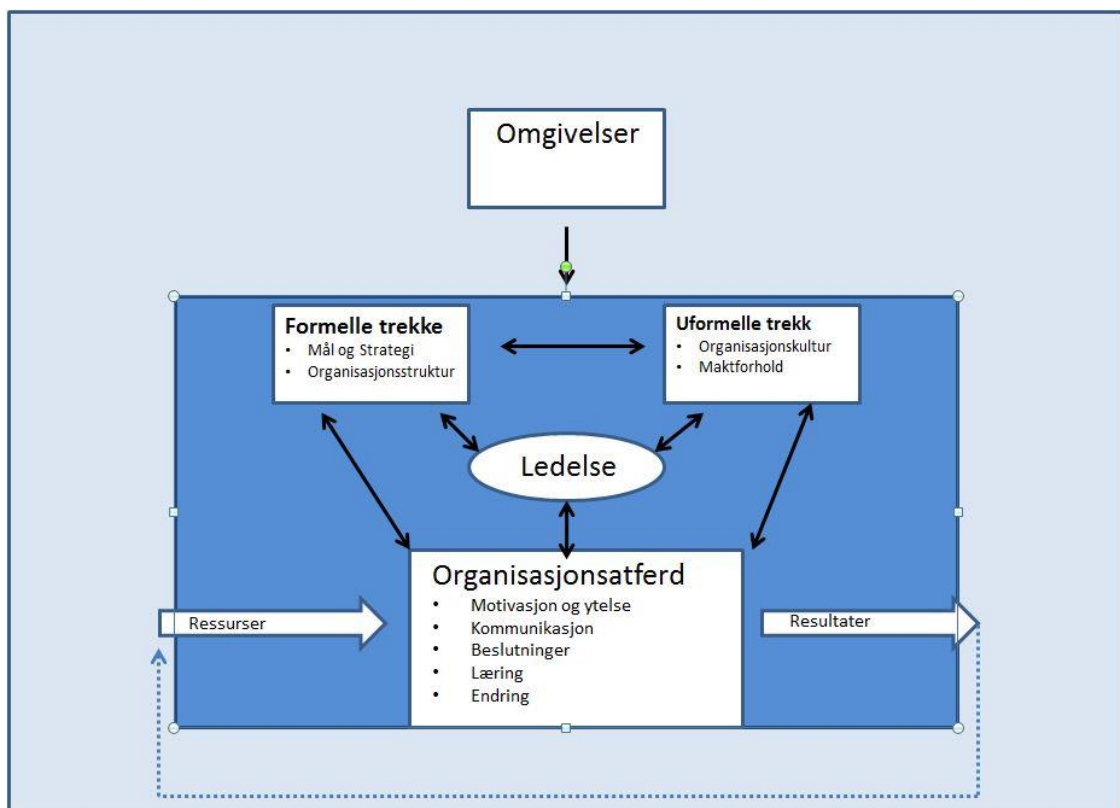
Organisasjonsteori er et stort felt med mange elementer. Jacobsen og Thorsvik (2013) betrakter organisasjoner som produksjonssystemer. Amitai Etzioni (i Jacobsen & Thorsvik, 2013) definerer organisasjoner som *et sosialt system som bevisst er konstruert for å løse spesielle oppgaver og bestemte mål*.

I prosessen med å løse oppgavene tilføres det en mengde ressurser som transformeres til et resultat. På bakgrunn av resultatet kommer en tilbakemelding som medfører at en ny mengde ressurser tilføres (Jacobsen & Thorsvik).



Figur 3 Organisasjoner som produksjonssystem (Jacobsen & Thorsvik, 2013)

Det er i transformasjonsprosessen verdier skapes. Råvarer blir omdannet til produkt, tjeneste eller beslutning. Denne prosessen krever innsats eller atferd fra mennesker. Organisasjonsteori studerer derfor menneskers atferd i denne prosessen. Atferd varierer ut fra hvilken sammenheng vi er i. Ledelse kan påvirke atferd. Formelle trekk som mål og strategi, og organisasjonsstruktur påvirker atferden til mennesker i en organisasjon. Uformelle trekk som maktforhold og organisasjonskultur påvirker også atferden til mennesker i en organisasjon. Samtidig må organisasjonen inngå i et samspill med omgivelsene sine.



Figur 4 Ulike elementer i organisasjon som påvirker organisasjonsatferd (Jacobsen & Thorsvik, 2013)

Jacobsen og Thorsvik (2013) har laget en modell (Figur 4) om hvordan de ulike elementene i en organisasjon påvirker produksjonen. Modellen forutsetter at organisasjonskultur kan endres og påvirkes. Den tar utgangspunkt i at kultur er noe en organisasjon har, altså at organisasjonskultur er en variabel hvor lederens oppgave er å påvirke kulturen for å bedre ytelse i produksjonen (Jamil, 2005).

4.1.1 Organisasjonskultur

Organisasjonsforskere har lenge vært opptatt av å finne svaret på hvorfor noen organisasjoner lykkes mens andre ikke lykkes. På begynnelsen av 1980-tallet rettes fokuset på organisasjonskultur. Flere var av den oppfatning at organisasjonskultur hadde stor betydning for hvor vellykket organisasjoner er. Bøkene *In Search of Excellence* (Peters & Waterman, 1982) og *Corporate Cultures* (Deal & Kennedy, 1982) bidrog til dette. Ingen av bøkene var forskningsbasert, men ble svært populære med sitt budskap om at organisasjonskultur har betydning for hvor suksessrik en organisasjon er. Bøkene bidrog sterkt til videre diskusjon og forskning omkring organisasjonskultur og har således vært viktige bidragsytere om temaet (Bang, 2013) (Cameron & Quinn, 2013).

Organisasjonsforskere og organisasjonsteoretikere har etter hvert anerkjent at organisasjonskultur har en betydelig påvirkning på ytelsen til en organisasjon (Cameron & Quinn, 2013). Blant annet peker Cameron og Quinn (2013) på at en dramatisk høy andel av alle planlagte organisasjonsendringer mislykkes. Videre viser de til at flere studier viser at årsaken som oppgis for at man mislykkes er at man har neglisjert betydningen av organisasjonskultur i omstillingsprosessen.

Kultur er et abstrakt begrep som gjør det vanskelig å definere. Innenfor organisasjonskultur er det i hovedsak to retninger; den sosiologiske tilnærmingen og den antropologiske. Den sosiologiske tilnærmingen tar utgangspunkt i at kultur er noe man *har*, mens den antropologiske tilnærmingen anser kultur for noe man *er* (Cameron & Quinn, 2013). Den sosiologiske tilnærmingen tar utgangspunkt i at kulturen kan endres, påvirkes og manipuleres. I en organisasjon er ledere drivere av kulturen og kan påvirke den for å øke ytelsen. Den antropologiske perspektiv ser på kultur som konstant og ikke foranderlig. Menneskene må tilpasse seg eksisterende kultur (Jamil, 2005).

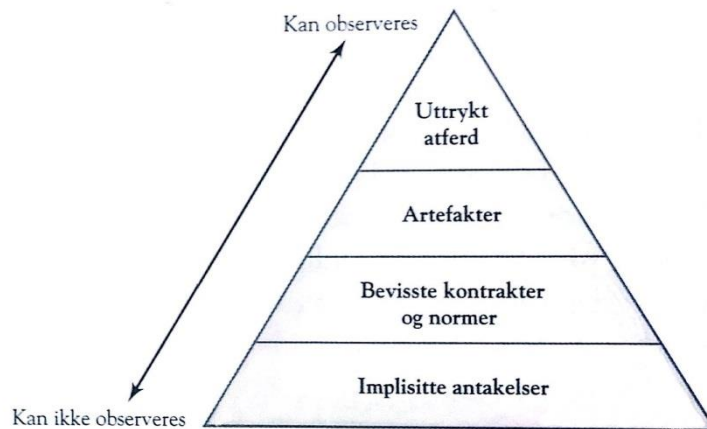
De fleste teoretikere er av den oppfatning at organisasjonskultur oppstår i samhandling mellom medlemmene i organisasjonene. Den sosiologiske tilnærmingen er altså dominerende blant teoretikere. Schein (2010) mener at enhver enhet som deler en historie

vil utvikle en kultur. Styrken i kulturen vil avhenge av tiden medlemmene har sammen, kontinuiteten av medlemmene, og den følelsesmessige intensiteten de opplever og erfarer sammen.

Flere har definert organisasjonskultur. Blant de mest kjente er Geert Hofstede, Edgar Schein, og Harrison Trice og Janice Beyer. Det meste som er skrevet om organisasjonskultur retter seg mot at kultur i organisasjonen er en sosial konstruksjon (Cameron & Quinn, 2013). Kultur er noe som oppstår når mennesker samhandler. Bang (2013) beskriver kultur som et biprodukt av interaksjon mellom mennesker og omgivelser. Bang (2013) oppsummerer definisjonene av organisasjonskultur på følgende måte:

«Organisasjonskultur er de sett av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene, og som kommer til uttrykk i medlemmenes handlinger og holdninger på jobben» (Bang, 2013).

Det er vel etablert at organisasjonskultur består av elementer eller nivåer. Hvordan elementene/nivåene kategoriseres og systematiseres er noe ulikt, men det er stort sett nyanser som utgjør forskjellene. For eksempel opererer Cameron og Quinn (2013) med fire elementer som er systematisert ut fra hvor observerbare de er. Hensikten med denne kategoriseringen er at mennesker som er bærere av kulturen, ofte ikke er klar over kulturen selv. Årsaken er at store deler av kulturen er usynlig. Dette medfører at organisasjonskulturen ofte blir forsømt av ledere (Cameron & Quinn, 2013).



Figur 5 Elementer i organisasjonskultur (Cameron & Quinn, 2013)

Schein (2010) omtaler 3 nivåer; artefakter, verdier og virkelighetsoppfatninger. Schein (2010) hevder at desto dypere nivå man dykker i en kultur desto mer vil man forstå kulturen. Schein (2010) sine nivåer vil videre bli redegjort for.

I overflaten finner man kulturens synlige uttrykk, også kalt artefakter. Artefakter er det observerbare uttrykket i en kultur, for eksempel den fysiske utformingen, hvilke type klær medlemmene har på seg, oppførsel, hvordan medlemmene snakker til hverandre og det følelsesmessige uttrykket (Schein, 2010). Mens artefakter er lette å observere er de svært vanskelige å fortolke. Dette kommer av at man etter å ha observert et kulturuttrykk skal dekode eller fortolke det man har observert. Mennesker har med seg en fortolkningsramme ut fra sin bakgrunn. Som nytt medlem i en kultur vil man derfor bruke den gamle fortolkningsrammen noe som medfører at man kan konkludere feil. Blir man i kulturen lenge nok vil man utvikle en ny fortolkningsramme som er mer forenlige med eksisterende kultur (Schein, 2010).

Verdier anses for å være troen på en handlemåte som er foretrukket foran en annen (Bang, 2013). I en nyetablert gruppe som skal løse et problem vil ingen vite hvordan man skal løse det før en foreslår en løsning. Viser det seg at denne løsningen gir resultat vil etter hvert

gruppen dele troen på denne løsningen. Gruppen deler verdier og oppfatninger om hvordan problemet skal løses (Schein, 2010)

I teorien skiller man mellom forfektete verdier og bruksverdier. Forfektete verdier er de verdiene medlemmene i en organisasjon hevder de tror på. Bruksverdier er de verdier som faktisk brukes. For eksempel kan en organisasjon sine verdier motsi det organisasjonen faktisk gjør. Mange organisasjoner fremhever lagarbeid som en verdi, mens man i realiteten belønner individuelle prestasjoner (Schein, 2010).

Implisitte antakelser eller virkelighetsoppfatninger er det siste og dypeste nivået i organisasjonskulturen. Når en løsning på et problem virker gjentatte ganger utvikles først en tro på handlemåten (verdier). Etter hvert går troen over til en virkelighetsoppfatning. Medlemmene får en kollektiv forståelse for «slik gjør vi det her» (Schein, 2010). De utvikler en felles forståelse for hva som er sant og hva som er usant, om hvordan ting henger sammen, vurderinger av hendelser, personer og grupper, antakelser om hva som kommer til å skje fremover, og årsaksforklaringer om hvorfor noe skjedde (Bang, 2013). Det er ubetydelig hvorvidt antakelsene er sanne eller ikke. Det er avgjørende at medlemmene er av den oppfatning at de er sanne (Bang, 2013). Medlemmene blir svært sjelden konfrontert med virkelighetsoppfatningene, og de blir derfor lite debattert. Derfor er virkelighetsoppfatningene svært vanskelige å endre og holdes således i live (Schein, 2010).

4.1.2 En stor eller mange små kulturer

Spørsmålet mange har lurt på er om organisasjonskultur består av en helhetlig kultur eller av mange små kulturer. Joanne Martin (1992) omtaler tre perspektiver; integrasjonsperspektivet, differensieringsperspektivet og fragmenteringsperspektivet.

Integrasjonsperspektivet tar utgangspunkt i at kulturen gjelder for hele organisasjonen. Kulturen er det mennesker deler og som holder dem sammen i en organisasjon (Cameron & Quinn, 2013). Den er helhetlig og konsistent. Det er enighet blant medlemmene om kulturens innhold og de deler verdier og virkelighetsoppfatninger. Perspektivet tar utgangspunkt i at kulturen er lederstyrt, og ledere kan forme kulturen (Bang, 2013).

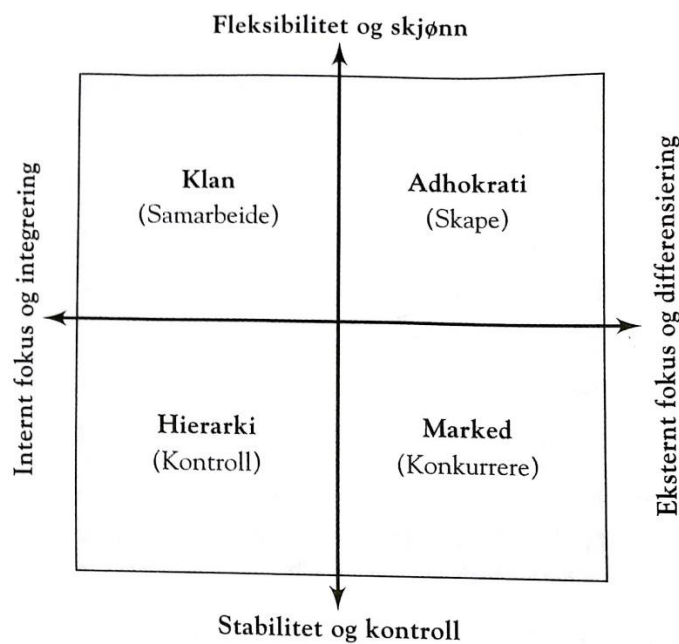
Differensieringsperspektivet tar utgangspunkt i at kulturen består av mange små kulturer. Kulturen er inkonsistent og medlemmene har ulik oppfatning om hva som preger kulturen i organisasjonen. Differensieringsperspektivet tar utgangspunkt i subkulturene som eksisterer i en organisasjon (Martin, 1992). Subkulturene oppfatter seg selv som en egen gruppe i organisasjonen og deler sin unike virkelighetsoppfatning (Bang, 2013). For at subkulturer skal dannes må 3 betingelser være tilstede. Hyppig og nær kontakt er en av betingelsene. Den fysiske utformingen og måten arbeidet organiseres på vil ha betydning for dette. Den andre betingelsen er at gruppen samhandler over tid og deler felles erfaringer. Den tredje betingelsen er at gruppen må dele visse felles personlige karakteristika. Det kan være kjønn, alder eller utdanning (Trice & Beyer, 1993).

4.1.3 Competing Values Framework

Competing Values Framework er et teoretisk rammeverk for organisasjonskultur. Organisasjonskultur er omfattende og favner mye. Kompleksiteten medfører at det stadig kommer nye momenter inn til vurdering som er omfattende og tvetydige. For å kunne definere og måle organisasjonskultur er det behov for å plassere dimensjonene i en ramme som forenkler og gjør det mulig å håndtere den informasjonen man har (Cameron & Quinn, 2013).

Rammeverket tar utgangspunkt i de største indikatorer for organisatorisk effektivitet. Gjennom forskning ble 39 indikatorer identifisert. Disse 39 indikatorene ble så analysert for å finne fellestrekk som gjorde det mulig å kunne plassere dem i kategorier. To

hoveddimensjoner ble funnet. Den ene dimensjonen besto av fleksibilitet, dynamisme og skjønn hvor den motsatte effektivitetskriteriet besto av stabilitet, orden og kontroll. Den andre dimensjonen besto av intern orientering, integrering og helhet hvor det motsatte effektivitetskriteriet besto av ekstern orientering, differensiering og rivalisering (Cameron & Quinn, 2013).



Figur 6 Hoveddimensjonene og kulturtypene i rammeverket (Cameron & Quinn, 2013)

Ut fra forskning om organisatorisk effektivitet ble altså kriteriene forenklet til et rammeverk bestående av to dimensjoner som dannet 4 deler som vist i figur 6. De 4 delene representerer et tydelig sett av kriterier for å oppnå organisatorisk effektivitet. Kriteriene er basert på folks oppfatning, altså kjerneverdier i en organisasjon. De 4 delene har fått merkelappene klan, adhokrati, hierarki og marked. Klan representerer samarbeidsdelen, adhokrati representerer skapelse, hierarki representerer kontroll, og marked representerer konkurranse.

Den første kulturtypen er hierarkikulturen. Hierarkikulturen har sitt utspring i Max Webers arbeid om statlige organisasjoner. Weber foreslo 7 kjennetegn som skulle effektivisere produksjonen av varer og tjenester. De 7 kjennetegnene er: regler, spesialisering, elitestyre,

hierarki, særlig, mangel på personlighet og ansvarlighet. Organisasjoner som er preget av disse kjennetegnene omtales også som byråkratier. Prinsippene ble implementert i en rekke organisasjoner noe som førte til høyere effektivitet, pålitelighet og forutsigbarhet (Cameron & Quinn, 2013)

Organisasjoner med hierarkikultur legger vekt på klare linjer mellom beslutningsmyndigheter, standardiserte regler, kontroll og ansvar. Organisasjonskulturen er formalisert og strukturert. Viktige lederegenskaper er koordinering og organisering. Limet i organisasjonen er formelle regler og retningslinjer (Cameron & Quinn, 2013).

Markedskulturen er preget av et indre marked i organisasjonen. Individene i organisasjonen konkurrerer mot hverandre hvor målsetningen er å skape konkurransefortrinn ved transaksjoner med eksterne støttespillere som for eksempel leverandører og entreprenører. I hierarkikultur opprettholdes intern kontroll av regler, spesialiserte jobber og sentrale beslutninger. Til motsetning opprettholdes den interne kontrollen i markedskulturtypen med markeds økonomiske prinsipper, konkurranse og transaksjoner. Kjerneverdiene i markedskulturtypen er konkurransevne og produktivitet (Cameron & Quinn, 2013).

Organisasjoner med denne kulturtypen er resultatorientert. Ledere er tøffe og krevende. Ønsket om å vinne holder organisasjonen sammen. I denne typen organisasjoner er det viktig å øke markedsandelen. Å være ledende i markedet er viktig (Cameron & Quinn, 2013).

Bakgrunn for klankulturen er at forskere studerte organisasjoner i Japan på 1960-tallet. Man fant at de var veldig annerledes enn hierarki og markedskulturen som preget amerikanske organisasjoner. Klankultur har klare likhetstrekk med en familieorganisasjon.

Organisasjonene kjennetegnes ved sterkt fokus på teamarbeid, ansettes medvirkning og bedriftens forpliktelse overfor ansatte. Lederen ses på som en lagbygger som har som hovedoppgaven å bemyndige de ansatte og å legge til rette for deres deltakelse, engasjement og lojalitet. Belønning gis etter hva gruppen presterer og ikke individer. Som i

en familie skapes det tette bånd mellom medlemmene (Cameron & Quinn, 2013) (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Adhokrati stammer fra ordet ad hoc som impliserer noe midlertidig eller dynamisk. Organisasjoner med denne kulturtypen skaper stadig noe nytt. Innovasjon står sentralt i denne kulturtypen. Den tilpasser seg behovene for varer eller tjenester i markedet. Slike organisasjoner har tro på at stadig innovasjon og nyskaping medfører tilførsel på nye ressurser. Det finnes ingen sentral maktenhet. Makten flytter seg fra individ til individ eller arbeidsgruppe til arbeidsgruppe avhengig av hvilken del som står i sentrum for produksjonen av varen eller tjenesten. Strukturen er løs eller midlertidig noe som medfører at den opphører når prosjektet er ferdigstilt. Det legges stor vekt på individualisme og det tas store sjanser. Kreativitet verdsettes høyt. Lederne fremstår som entreprenør, innovative og risikoorienterte med store innslag av visjoner. Limet i organisasjonene er å eksperimentere for å skape noe nytt (Cameron & Quinn, 2013) (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Det er ikke uvanlig at det i større organisasjoner med annen dominerende kulturtype oppstår adhokratiske undergrupper (subkulturer). Blant annet er det vist i studie fra etaten for psykisk helse i staten New York (Cameron & Quinn, 2013).

4.1.4 Organisasjonsstruktur

En retning innenfor organisasjonsteori er den konfiguratoriske retningen. Denne retningen ser på den strukturelle oppbygningen av en organisasjon. Organisasjoner deles inn i fem hoveddeler 1) operative kjerne, 2) mellomledelse, 3) toppledelse, 4) teknostruktur og 5) støttestruktur. Den operative kjerne, mellom ledelse og toppledelse, utgjør linjeorganisasjonen. Produksjonen foregår i den operative kjerne, mens mellomledelsen fører tilsyn og leder produksjonen. Toppledelsen i en organisasjon har det øverste ansvaret. Teknostruktur og støttestruktur utgjør støttefunksjonen som ikke er direkte involvert i produksjonen, men som er helt nødvendig for at den operative kjerne skal kunne utføre sitt virke. Ut fra hvilken type organisasjon man ser på vil de ulike hoveddelene av en

organisasjon variere i innflytelse og påvirkning. Dette medfører at de også vil variere i størrelse (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Maskinbyråkratiet bygger på den tradisjonelle byråkratimodellen. Organisasjonen har en sentral beslutningsmyndighet. Organisasjonen er styrt av skriftlige regler og prosedyrer. På grunn av den store mengden regler og rutiner har denne organisasjonstypen en forholdsvis stor teknostruktur som har som oppgave å utvikle reglene og rutinene. Organisasjonen har klare ansvarsforhold, stabilitet og forutsigbarhet. Den bruker standardisering som verktøy for effektivitet (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Organisasjoner med høy grad av profesjonalisering, og hvor beslutningsmyndigheten er gitt de ansatte kalles profesjonelle byråkrati. Beslutningsmyndigheten er gitt til de ansatte på bakgrunn av deres spesialiserte kunnskap og utdanning. Kunnskapen og utdanningen er nødvendig for å utføre arbeidet og de har således stor innflytelse på hvordan oppgavene skal løses. Eksempler på slike organisasjoner er sykehus og utdanningsinstitusjoner.

Organisasjoner av denne type kan oppnå rask saksbehandling siden beslutningen er desentralisert. Fordelen er også at slike typer organisasjoner kan oppnå høy faglig standard. Ulempen med slike organisasjoner er at det kan oppstå interessekonflikter og strid mellom de ulike profesjonene noe som gjør det vanskelig å få styringskontroll. Det er også svært vanskelig å oppnå økonomisk kontroll i denne type organisasjoner. De profesjonelle setter de faglige standardene foran de økonomiske standardene (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Entreprenørorganisasjonen har en toppledelse og en operativ kjerne. Den har ingen støttefunksjoner. Denne typen organisasjoner er små. Det er kort vei fra den operative kjerne til toppledelsen. Lederen tar de fleste beslutninger. Nyetablerte organisasjoner har denne strukturen i startfasen (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Den innovative organisasjonen har en løs struktur nesten på grensen til strukturløs. Det finnes ingen regler eller prosedyrer. Fokuset er innovasjon. De ansatte bestemmer over sin egen arbeidshverdag og er selv ansvarlig for å finne seg arbeid. Det finnes ingen sentral beslutningsmyndighet. Beslutningsmyndigheten er desentralisert (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Den divisjonaliserte organisasjon omtales ofte som konsernstruktur. Organisasjonen består av avdelinger/divisjoner som er uavhengig av hverandre, men samles under felles ledelse og koordineres gjennom felles regler og hierarkisk kontroll. Organisasjonen driver med forskjellige virksomheter. Divisjonen drives som egne bedrifter (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

4.2 Profesjonsstudier

I det neste kapittelet vil jeg forsøke å redegjøre for hva som kjennetegner en profesjon. Det er også viktig å forstå hvordan profesjonen opererer i organisasjoner og hvilke typer organisasjoner profesjonene opererer i.

Profesjoner blir studert i mange sammenhenger. Sosiologer, statsvitere, økonomer, historikere og pedagoger studerer alle profesjoner for å finne svar innenfor sitt fagfelt. Profesjonsstudier blir vanligvis ikke skilt ut som eget forskningsfelt, men som en del av de ulike disiplinenes forskning (Molander & Terum, 2008).

Det finnes to retninger innenfor profesjonsforståelse, det organisatoriske aspektet og det performative aspektet. Disse to aspektene består av variabler som beskriver profesjonalitet. Det organisatoriske aspektet tar utgangspunkt i hvordan arbeidet er organisert for at utøveren skal kunne ivareta det arbeidet man er satt til å gjøre. Arbeidet til en profesjon er organisert slik at profesjonen dels har ekstern kontroll over adgangen til arbeidsoppgaven og dels intern kontroll over hvordan arbeidsoppgaven blir utført. Det er mange typer kontroll.

Profesjoner kan ha kontroll over oppgavene ved at de har monopol på oppgaven. Videre har de høy grad av autonomi i utførelse. Yrket er politisk konstituert, noe som medfører at staten mer eller mindre gir yrkesgruppen eksklusiv rett for å ivareta arbeidet på en bestemt måte på vegne av felleskapet. Den siste kontrollordningen er institusjonalisering. Profesjonen har inngått en slags samfunnskontrakt til å ivareta oppgaven på felleskapets vegne. Samtidig har yrkesgruppen en særinteresse, og deres formelle status gir dem mulighet til å ivareta disse (Molander & Terum, 2008).

Det performative aspektet tar utgangspunkt i at arbeidet er av en slik art at det må brukes skjønn kombinert med formalisert kunnskap. Dette kalles praksis. Det finnes flere elementer i praksis som profesjonelle utøver. Profesjoner yter tjenester. Det finnes ulike typer tjenester, men felles for alle tjenester er at produktiviteten er vanskelig å måle og arbeidsprosessen vanskelig å kontrollere. Mottakere av tjenesten er klienter. Klienter søker bistand fra fagpersoner for et forhold som er betydningsfullt for klienten. Profesjonelle tjenester er et forsøk på å løse praktiske «hvordan problemer» som presenteres av klienter. Det kan være problemer knyttet til omgivelsene klienten møter, med seg selv som fysisk og psykisk individ, med kultur og samfunn de lever i. Profesjonelle tjenester er endringsorienterte. Tjenestene bærer preg av forholdet mellom to tilstander som for eksempel syk og frisk. Profesjonene benytter en systematisert kunnskapsmengde for å løse forholdet mellom tilstandene på individet. Problemsituasjonen lar seg ofte ikke standardisere og man må derfor ofte bruke skjønn. Profesjonelle tjenester evalueres i lys av kriterier som er normativt regulert. Den normative fordringen er krav til kunnskapen, moralske krav til behandlingen av klienter og handlemåten som velges er formålstjenlig. Til slutt er profesjonell praksis feilbarlig og preget av usikkerhet. Klienten tar en risiko når man overlater saken sin til en profesjonell. På den andre siden påtar den profesjonelle seg et ansvar (Molander & Terum, 2008).

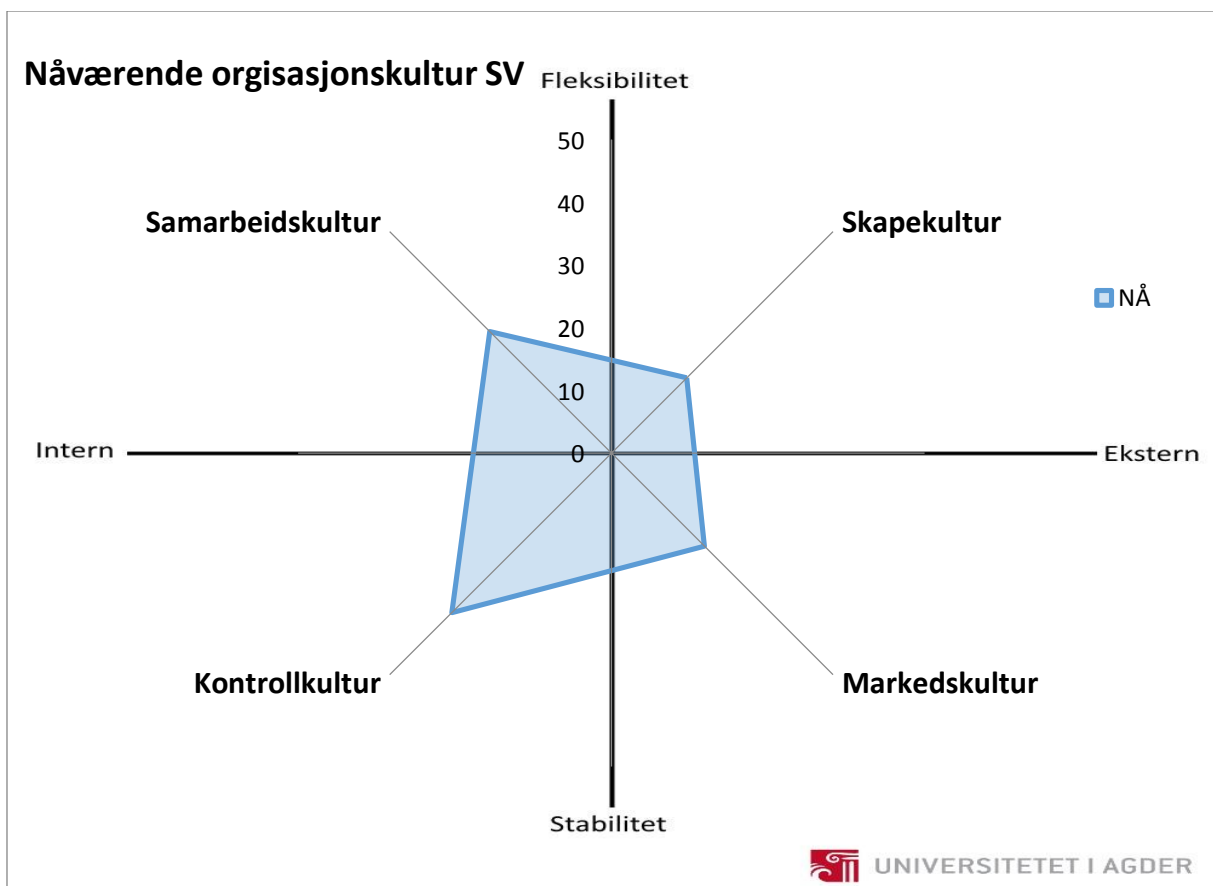
Molander og Terum (2008) hevder at både det organisatoriske og performative aspektet består av en konstellasjon av variabler nevnt ovenfor. Alle disse variablene finnes i større eller mindre grad i alle yrker. Det er dermed ikke entydige grenser i profesjonalisering av

yrker, men yrker har mer eller mindre grad av profesjonskarakteristika. Når et yrke beveger seg i retningen av de variablene nevnt i organisatoriske eller performative aspektet skjer en profesjonalisering av yrket. Avtar disse variablene så skjer en deprofesjonaliseres av yrket (Molander & Terum, 2008).

5.0 Resultater

Denne oppgaven tar utgangspunkt i Competing values framework som er det teoretiske utgangspunktet for identifisering og endring av organisasjonskultur av Cameron og Quinn (2013). Både teori, metode og gjennomføringsmåte er tatt fra boken til Cameron og Quinn. I analysen vurderer jeg styrker og svakheter i de ulike kulturtypene og de konkurrerende verdiene.

5.1 Problemstilling 1: Hva er den dominerende organisasjonskulturen i Spesialavdeling voksne?



Figur 7 Nåværende organisasjonskultur Spesialavdeling voksne

		NÅVÆRENDE		
	Samarbeidskultur	Skapekultur	Markedskultur	Kontrollkultur
Samlet profil	26	17	21	36

Tabell 4 Nåværende organisasjonskultur Spesialavdeling voksne

Figur 7 og tabell 4 viser at kontrollkulturen er sterk. Samarbeid, markeds -og skapekulturen med henholdsvis 26, 21 og 17 poeng skårer til moderat. Den overordnede kontrollkulturen medfører at Spesial avdeling voksne er preget av en tradisjonelle byråkratisk kultur. Organisasjonen er formalisert, strukturert og regelstyrt. Skapekulturen preger organisasjonen minst.

Rammeverket i de konkurrerende verdier består av to dimensjoner hvor den ene dimensjonen understreker fleksibilitet, dynamisme og skjønn, og kriterier som understreker stabilitet, orden og kontroll. Den andre dimensjonen skiller mellom kriterier som vektlegger intern orientering, integrering og helhet, og kriterier som understreker ekstern orientering, differensiering og rivalisering (Cameron & Quinn, 2013). Den helhetlige organisasjonskulturen i Spesialavdeling for voksne er preget av internt orientering, integrering og helhet. I den andre dimensjonen i rammeverket er kulturen preget av stabilitet, orden og kontroll.

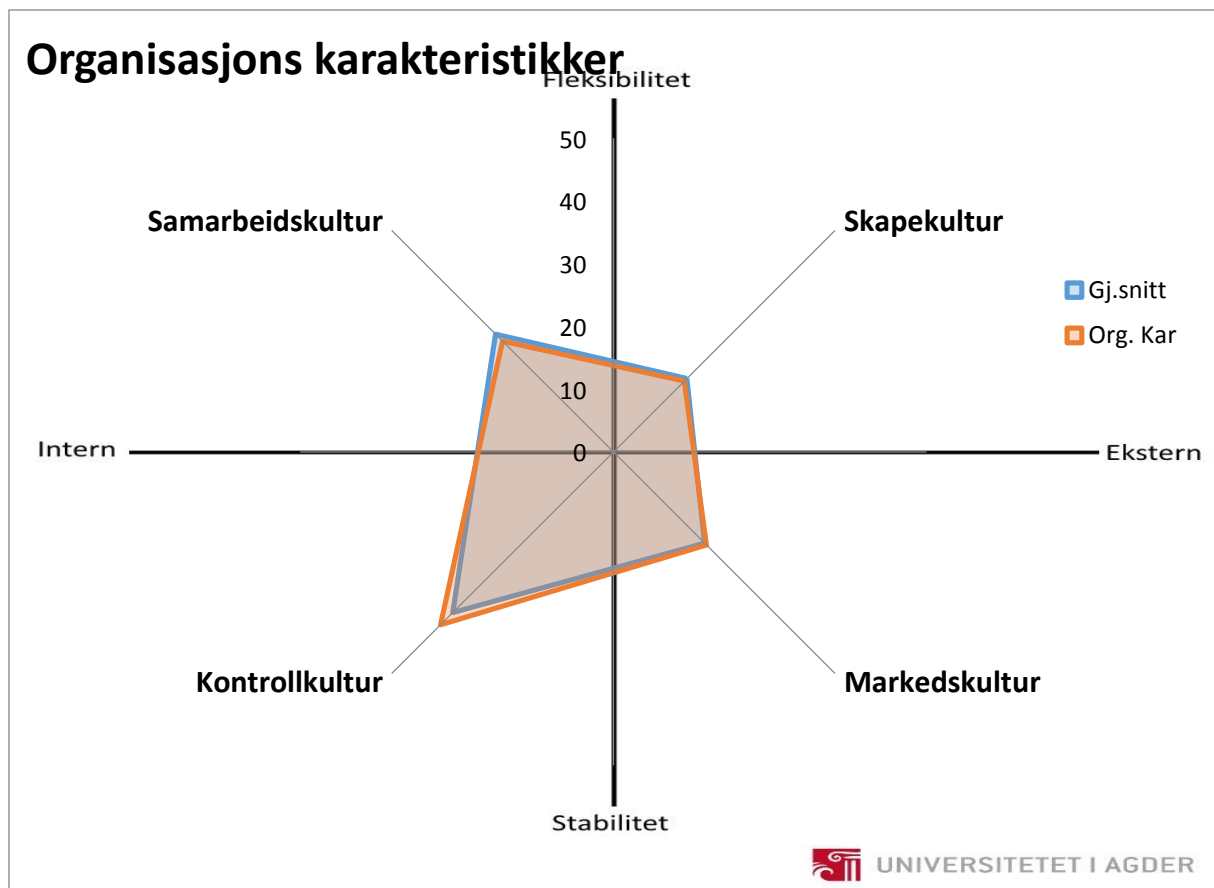
5.2 Problemstilling 2: Er organisasjonskulturen konsistent i Spesialavdeling voksne?

En måte å vurdere organisasjonskultur er å se på om den er konsistent. Jeg har valgt å vurdere konsistens ved å se på de ulike dimensjonene av organisasjonskultur. Med det menes om svarene i de 6 ulike spørsmålene er konsistente eller inkonsistente. I tillegg har jeg valgt å se om det er konsistens i kulturen mellom de ulike profesjonene.

5.2.1 Konsistens i kulturdimensjonen i Spesialavdeling voksne

Som tidligere omtalt består OCAI av 6 forskjellige spørsmål som belyser 6 forskjellige deler av organisasjonen. Om noen av disse delene avviker fra gjennomsnittet vil endringer ofte bli fremtvunget. Hvis de forskjellige delene av organisasjonskulturen er inkongruente kan medlemmene oppfatte organisasjonen som tvetydig, gi manglende evne til tilpasning og integrering, og at medlemmene klager over hykleriet i organisasjonen (Cameron & Quinn, 2013). Ved å analysere de forskjellige delene av organisasjonen kan man redusere uoverensstemmelse i organisasjonen. Uoverensstemmelse i organisasjonen vil i det lange løp være et hinder for effektivitet (Cameron & Quinn, 2013).

Videre vil jeg analysere og se om det er kongruens mellom gjennomsnittskulturen og de ulike delene. Jeg vil gå gjennom de seks spørsmålene deltakerne svarte på. Cameron og Quinn (2013) oppfordrer til særlig å se etter avvik på 10 poeng eller mer. Siden ingen av delene hadde avvik på 10 poeng eller mer vil jeg særlig se på de avvik som var tett opp mot 10 poeng. I tillegg vil jeg se på avvik hvor diagonale kulturer dominerer. Med det menes kulturer som skårer høyt på verdier som konkurrerer, som for eksempel kontroll og fleksibilitet.



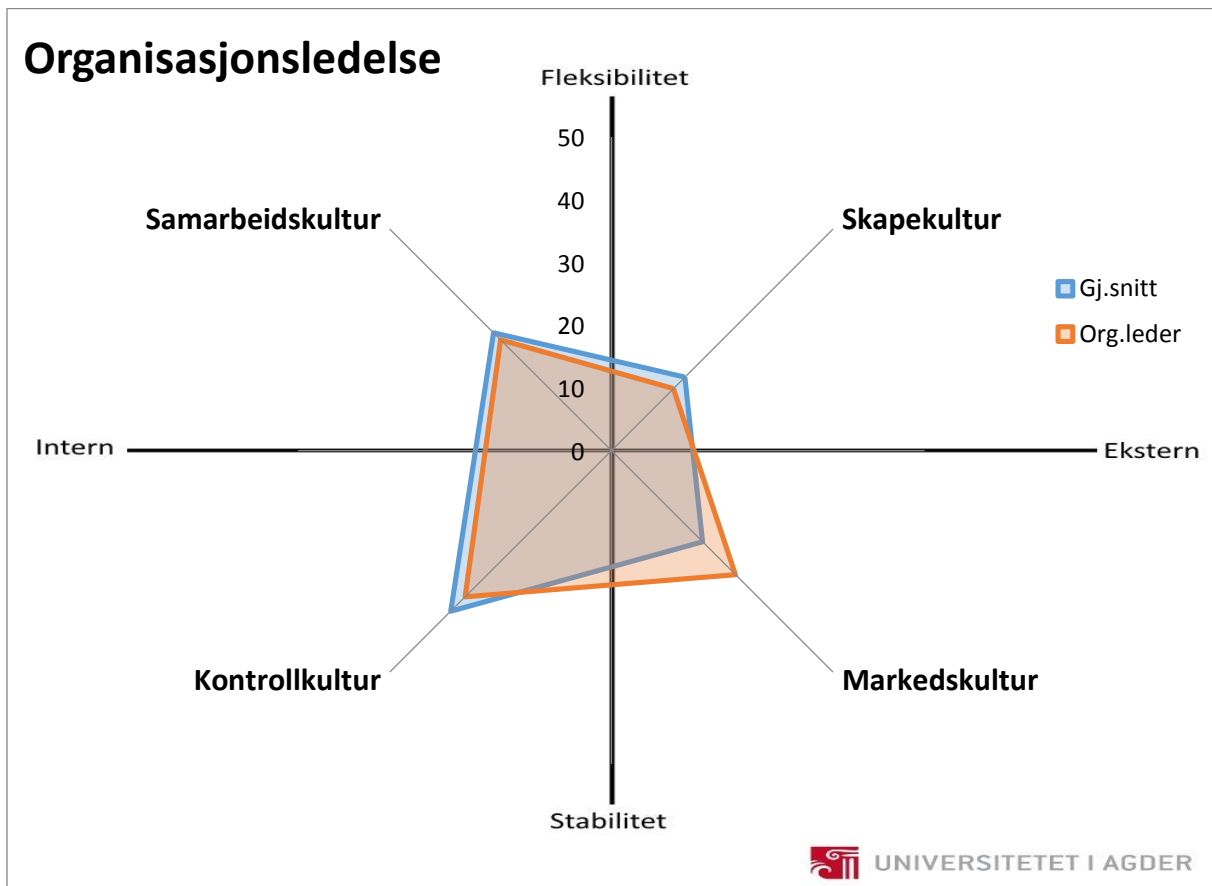
Figur 8 Gjennomsnittlig helhetlig kultur og organisasjonens karakteristikk

Tabell 5 Gjennomsnittsverdi for helhetlig kultur og organisasjonens karakteristikk

	Gjennomsnittsprofil	Organisatoriske karakteristikk	Avvik
Skapekultur	17	16	1
Markedskultur	21	21	0
Kontrollkultur	36	39	-3
Samarbeidskultur	26	25	2

Respondentene ble spurt om hvilke kjennetegn som er dominerende for Spesialavdeling voksne. Figur 8 og tabell 5 viser at gjennomsnittsverdien for denne delen av kulturen er kongruent med den helhetlige kulturen. Avvikene er små. Det største avviket finner man når det kommer til kontrollkultur. Respondentene oppfatter at kontrollkulturen er gjennomsnittlig 3 poeng høyere når det kommer til kjennetegn ved organisasjonen

sammenlignet med den overordnede helhetlige kulturen. Avviket er allikevel så lite at det er rimelig å se bort fra det og vurdere at organisasjonen på dette området er overensstemt.



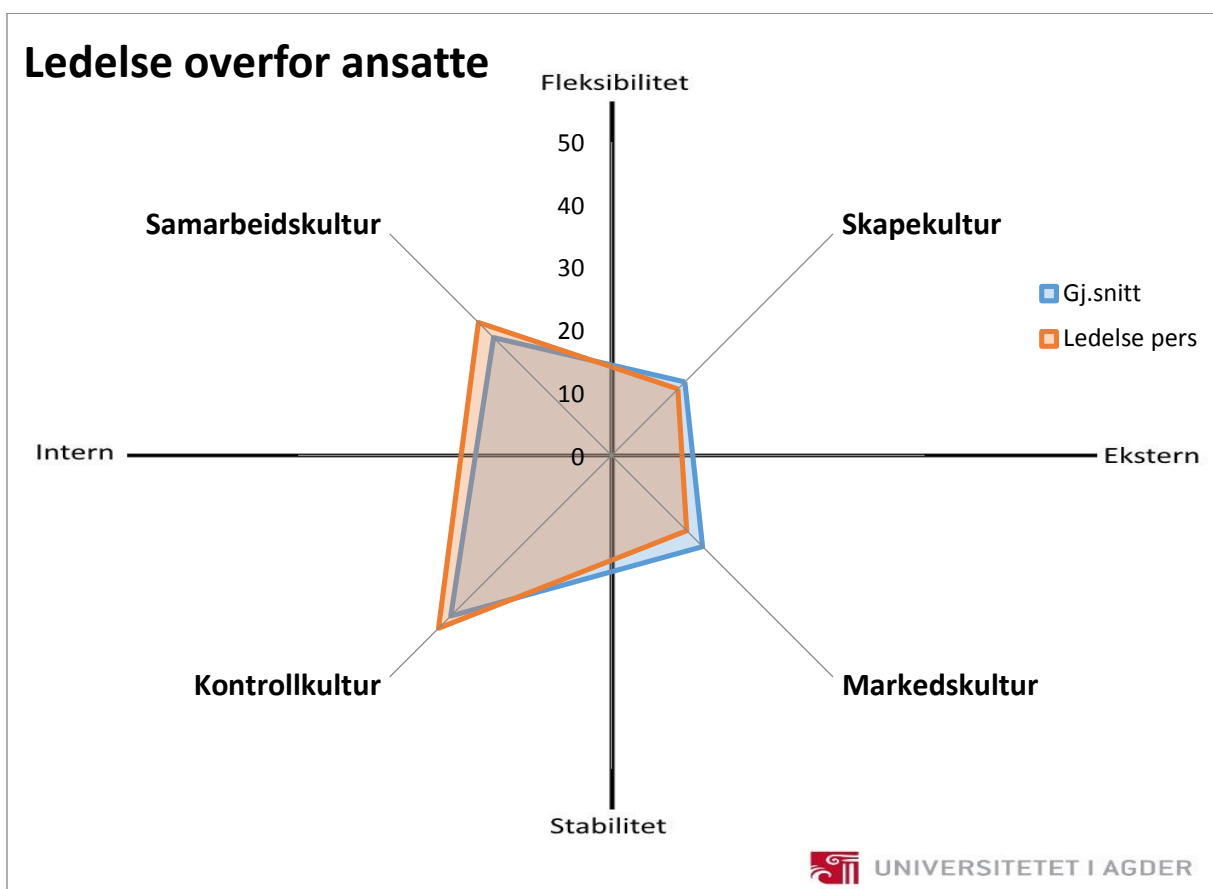
Figur 9 Gjennomsnittlig helhetlig kultur og organisasjonsledelse

Tabell 6 Gjennomsnittverdi for helhetlig kultur og organisasjonens ledelse

	Gj.snitt	Org.leder	Avvik
Skapekultur	17	15	2
Markedskultur	21	28	-7
Kontrollkultur	36	33	3
Samarbeidskultur	26	25	2

Respondentene ble spurt om hvordan ledelse gjennomgående er oppfattet i Spesialavdeling voksne. Figur 9 og tabell 6 viser at markedskulturen er høyere ved denne delen av kulturen enn gjennomsnittskulturen. Respondentene i undersøkelsen oppfatter altså at ledelsen bygger på høye krav til resultat og måloppnåelse nest etter koordinering, organisering og

effektiv drift. Kontrollkulturen er fortsatt dominerende i denne delen av organisasjonskulturen, men avviket 7 poeng i markedskultur fra den helhetlige organisasjonskulturen til organisasjonsledelse gjør at kulturen er noe mindre kongruent innenfor denne delen av kulturen. De konkurrerende verdiene i denne delen av kulturen er i større grad preget av stabilitet, orden og kontroll, enn av fleksibilitet, dynamisme og skjønn. De konkurrerende verdiene intern orientering og eksternt orientering er forholdsvis like. Denne kulturdelen strekker seg slik at respondentene oppfatter organisasjonsledelse som mer motsigende.

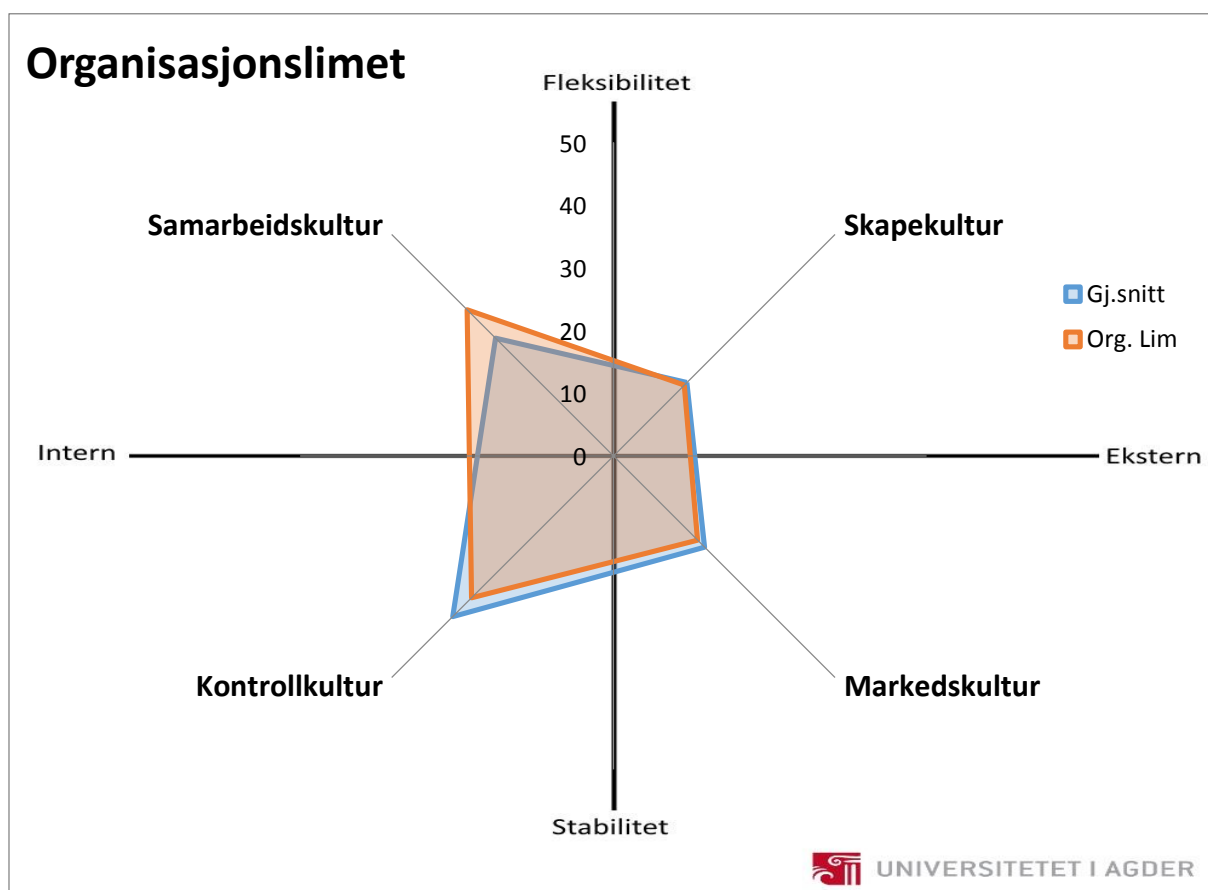


Figur 10 Gjennomsnittlig helhetlig kultur og ledelse overfor ansatte

Tabell 7 Gjennomsnittsverdi for helhetlig kultur og ledelse overfor ansatte

	Gj.snitt	Ledelse overfor ansatte	Avvik
Skapekultur	17	15	2
Markedskultur	21	17	4
Kontrollkultur	36	39	-3
Samarbeidskultur	26	30	-3

Respondentene ble spurt om hvilke forventninger ledelsen i Spesialavdeling voksne har til sine ansatte når de skal løse arbeidsoppgavene sine. Figur 10 og tabell 7 viser at også i denne delen av organisasjonskulturen er kontrollkultur dominerende. Sammen med samarbeidskulturen er kontrollkulturen noe mer styrket i denne delen. Skape- og markeds kultur er noe svekket. Avvikene er allikevel små organisasjonskulturen for ledelse overfor ansatte og må anses som kongruent med den helhetlige kulturprofilen til Spesialavdeling voksne.



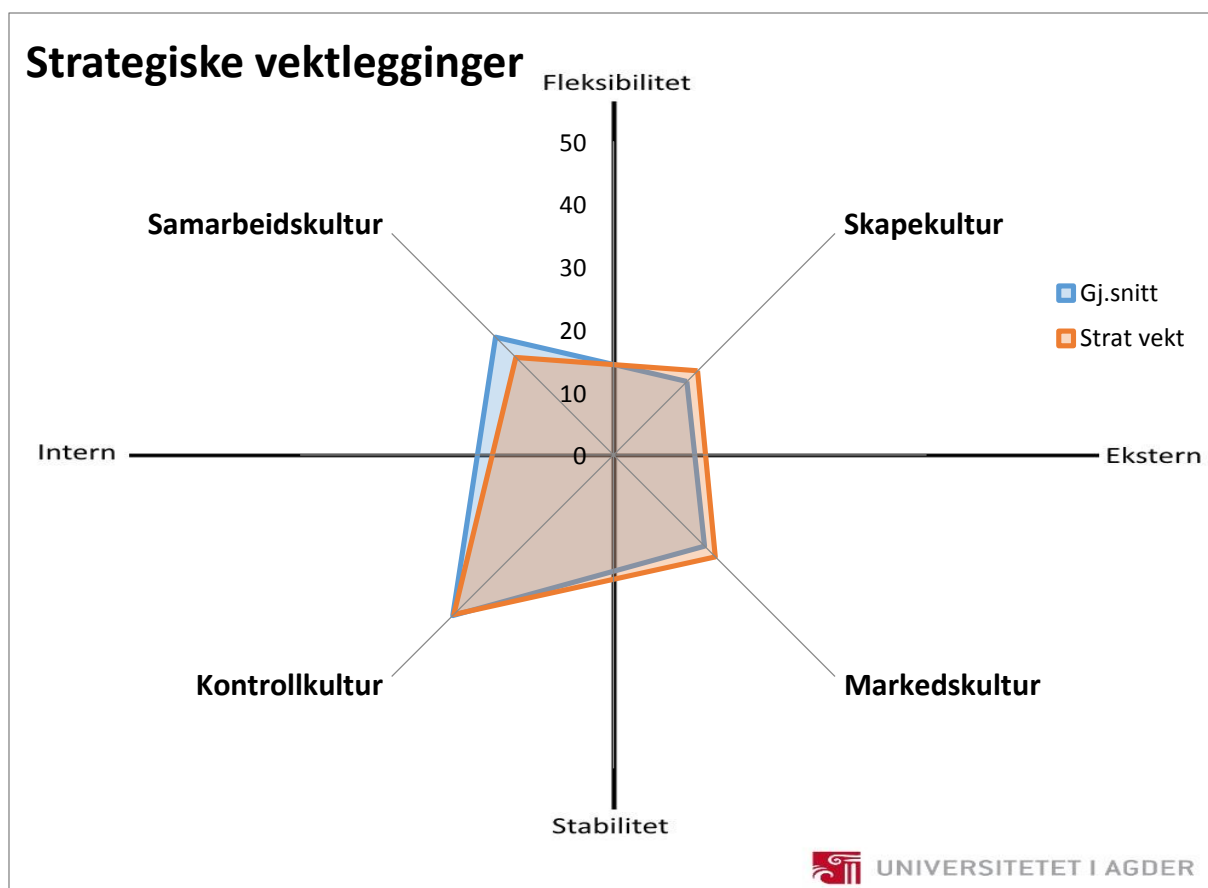
Figur 11 Gjennomsnittlig helhetlig kultur og organisasjonslim

	Gj.snitt	Organisasjonslimet	Avvik
Skapekultur	17	16	1
Markedskultur	21	20	1
Kontrollkultur	36	32	4
Samarbeidskultur	26	33	-6

Tabell 8 Gjennomsnittsverdi for helhetlig kultur og organisasjonslim

Respondenten ble bedt om å svare hvordan man vil beskrive "limet" i organisasjon. Den dominerende organisasjonskulturen for denne delen er samarbeidskultur (Figur 11 og tabell 8). De ansatte oppfatter «limet» i organisasjonen til å være tillit, forpliktelse og lojalitet. Selv om kontrollkulturen skårer nesten like høyt (avvik 1 poeng), så er organisasjonskulturen i denne delen i uoverensstemmelse. Den gjennomsnittlige kulturprofilen er dominert av kontrollkultur. De ulike kulturdelene er også dominert av kontrollkultur, men når det kommer til organisasjonslimet er det samarbeidskulturen som dominerer.

Uoverensstemmelsen er allikevel ikke så betydelig fordi samarbeidskultur og kontrollkultur er «nabokulturer». Kulturene deler det interne fokuset. Om den dominerende helhetlige kulturen hadde vært diagonalt med den dominerende kulturen i organisasjonslimet ville det vært mer alvorlig grad av uoverensstemmelse. Man kan allikevel ikke se bort fra uoverensstemmelsen og at den er en nærliggende årsak til mulig tvetydighet og hyklersk oppfatning medlemmene har av organisasjonen.

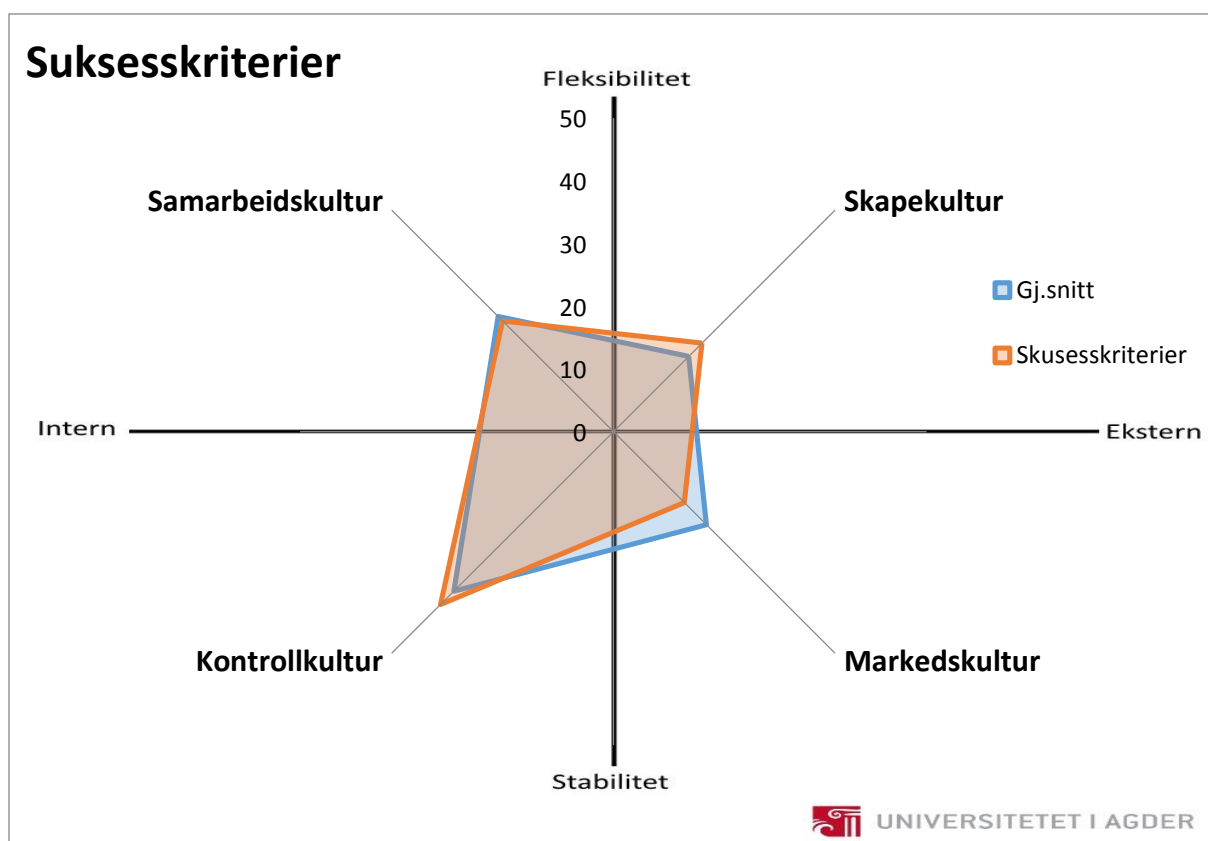


Figur 12 Gjennomsnittlig helhetlig kultur og strategisk vektlegging

Tabell 9 Gjennomsnittverdi for helhetlig kultur og strategisk vektlegging

	Gj.snitt	Strategisk vektlegging	Avvik
Skapekultur	17	19	-2
Markedskultur	21	23	-2
Kontrollkultur	36	36	0
Samarbeidskultur	26	22	4

En femte del av organisasjonskultur er strategisk fokus. De ansatte blir spurt hva de oppfatter er det strategiske fokuset i organisasjonen. Figur 12 og tabell 9 viser at kontrollkulturen for denne delen dominerer. Den skårer lik gjennomsnittskulturen. Samarbeidskulturen er noe redusert, mens skape -og markedskulturen noe høyere sammenlignet med gjennomsnittet. Avvikene er allikevel såpass små at man må anta at de ikke spiller særlig stor rolle. Det strategiske fokuset kan derfor ses på som kongruent med den helhetlige kulturen.



Figur 13 Gjennomsnittlig helhetlig kultur og suksesskriterier

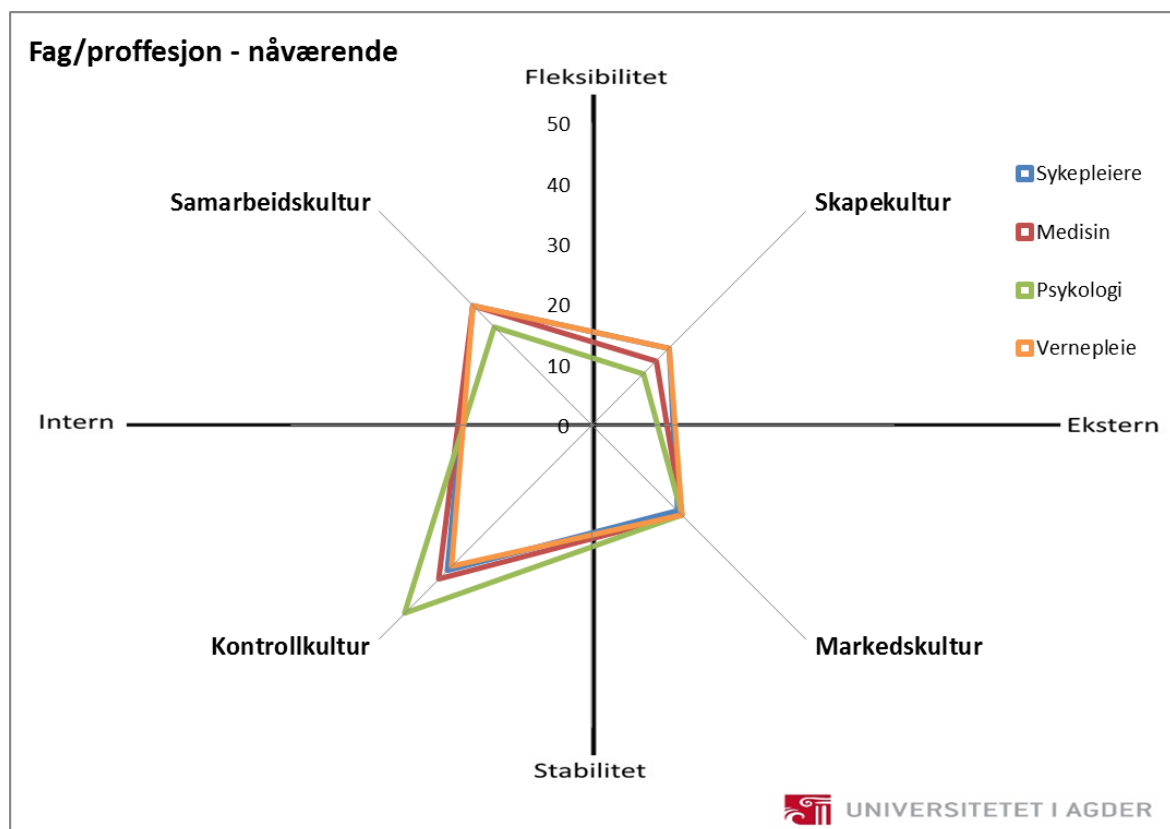
Tabell 10 Gjennomsnittverdi for helhetlig kultur og strategisk vektlegging

	Gj.snitt	Suksesskriterier	Avvik
Skapekultur	17	20	-3
Markedskultur	21	16	5
Kontrollkultur	36	39	-3
Samarbeidskultur	26	25	1

Den siste delen av organisasjonskultur omhandler suksesskriterier. De ansatte ble spurt om hvordan organisasjonen definerer suksess. Figur 13 tabell 10 viser at i denne delen av kulturen dominerer kontrollkulturen. Styrket med 3 poeng sammenlignet med den helhetlige og overordnede organisasjonskulturen. De ansatte oppfatter at suksess er å være en effektiv, stabil og pålitelig leverandør. Lavest mulige kostnader står sentralt i driften.

Markedskulturen er noe svekket i denne delen av kulturen, mens skapekulturen noe styrket. Alt i alt kan man konkludere med at organisasjonskulturen som omhandler suksesskriterier er kongruent med den gjennomsnittlige kulturen. Det er derfor ikke noe tegn til at denne delen av kulturen bidrar til uoverensstemmelse og tvetydig organisasjonskultur.

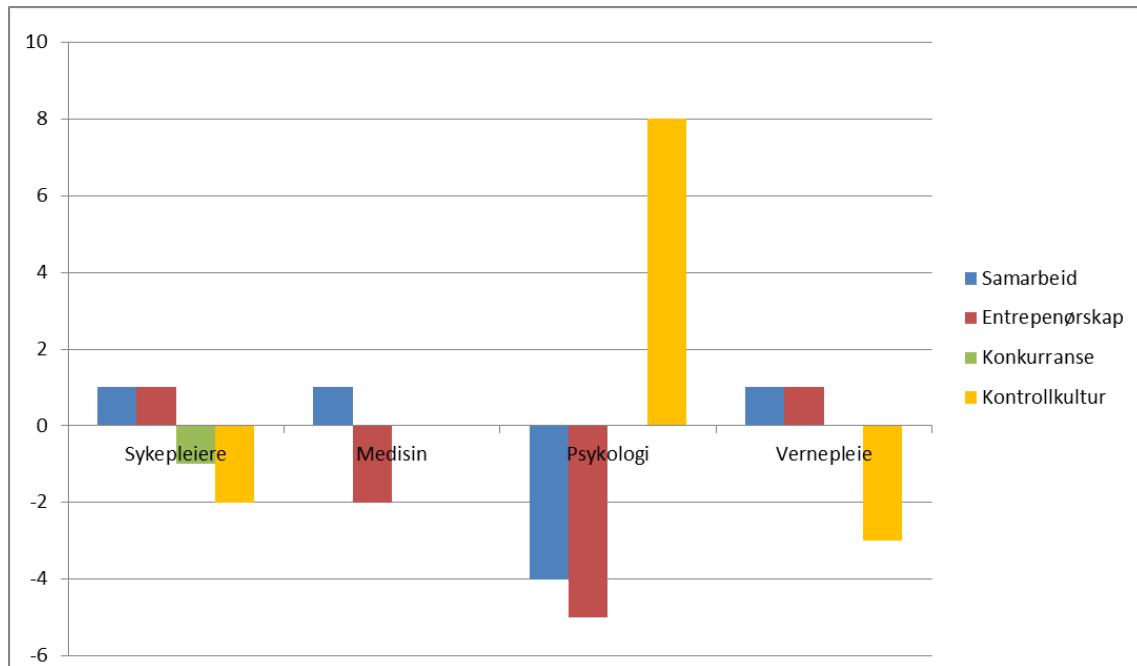
5.2.2 Er det variasjon i organisasjonskultur mellom de ulike profesjonene



Figur 14 Nåværende organisasjonskultur fordelt på fag/profesjon

Undersøkelsen i Spesialavdeling voksne viser at kontrollkulturen er dominerende blant alle profesjonene. Figur 14 og 15 viser at profesjonen har samme dominerende kultur, men styrken varierer. Det mest betydelige avviket er at psykologene opplever større andel kontrollkultur enn de andre profesjonene. Psykologene opplever i større grad enn de andre profesjonene at kulturen er preget av de konkurrerende verdiene stabilitet, orden og kontroll, og mindre grad av fleksibilitet, dynamisme og skjønn. De opplever også mindre

eksternt fokus enn de andre gruppene Sykepleierne og vernepleierne opplever nesten identisk organisasjonskultur, mens det er små forskjeller mellom dem og legene.



Figur 15 Avvikene mellom nåværende helhetlig organisasjonskultur og organisasjonskultur for de ulike profesjonene

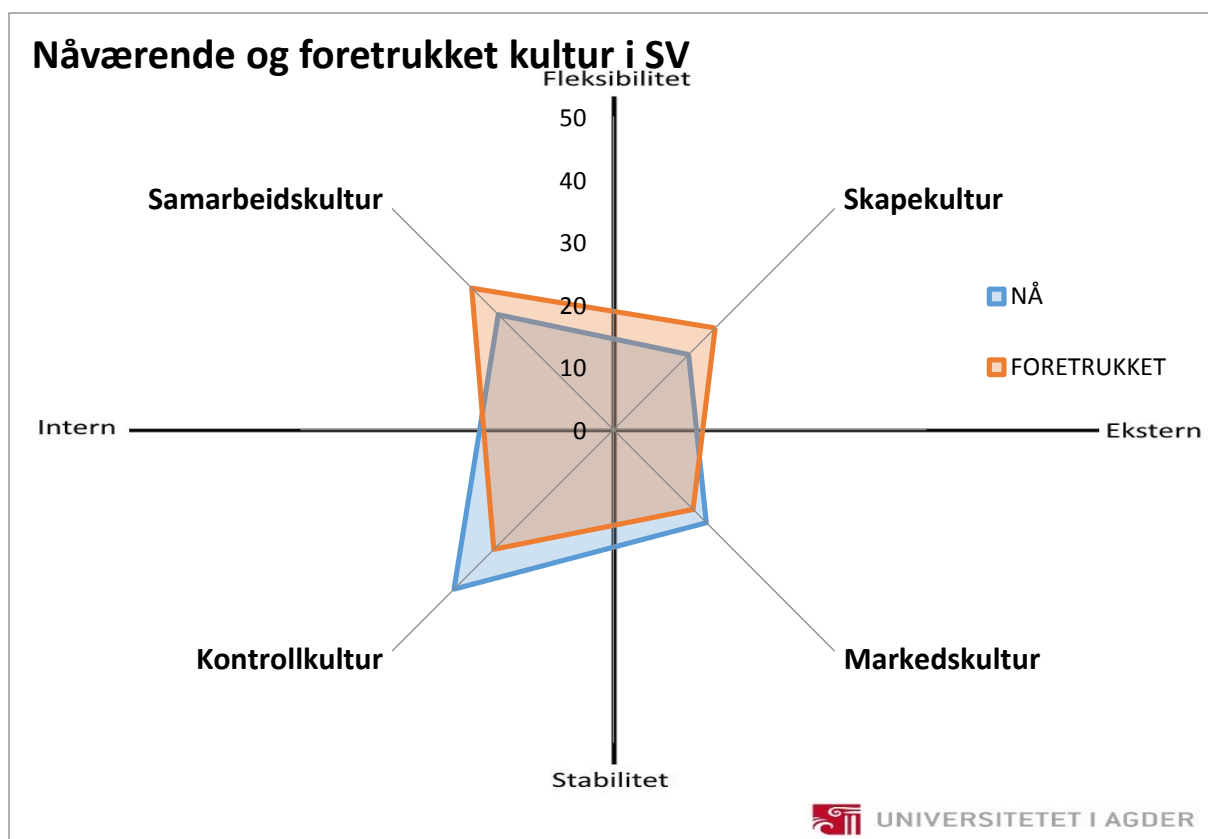
5.3 Problemstilling 3: Hvilken organisasjonskultur ønsker de ansatte i Spesialavdeling for voksne, og varierer den ønskete kulturen mellom profesjonene?

En måte å analysere organisasjonskultur på er å se på hvilken kultur som eksisterer og hvilken kultur de ansatte foretrekker (Cameron & Quinn). Styrken i avvikene for de forskjellige kulturtypene kan variere, men avvik fra 5-10 poeng krever vanligvis konkrete kulturendringstiltak. Avvik på over 10 poeng må vies særlig oppmerksomhet (Cameron & Quinn, 2013). I tabell 11 definerer jeg graden av avvik.

Tabell 11 Gradering av avvik mellom nåværende og foretrukket kultur

Gradering avvik	Poeng
Ingen/svakt avvik	0–4 poeng
Moderat avvik	5-9 poeng
Sterkt avvik	10 poeng eller mer

I tillegg må det vurderes om det er ønskelig med skifte av kultur. Med det mener jeg at poengskåren i seg selv ikke sier alt. Det må også vurderes om det foretrekkes en annen dominerende kulturtype enn den nåværende. For eksempel vil et avvik på 5 poeng være moderat, men om avviket medfører at de ansatte ønsker å skifte den dominerende kulturtypen har det en større betydning enn om avviket ikke medfører endring i overordnet kultur.



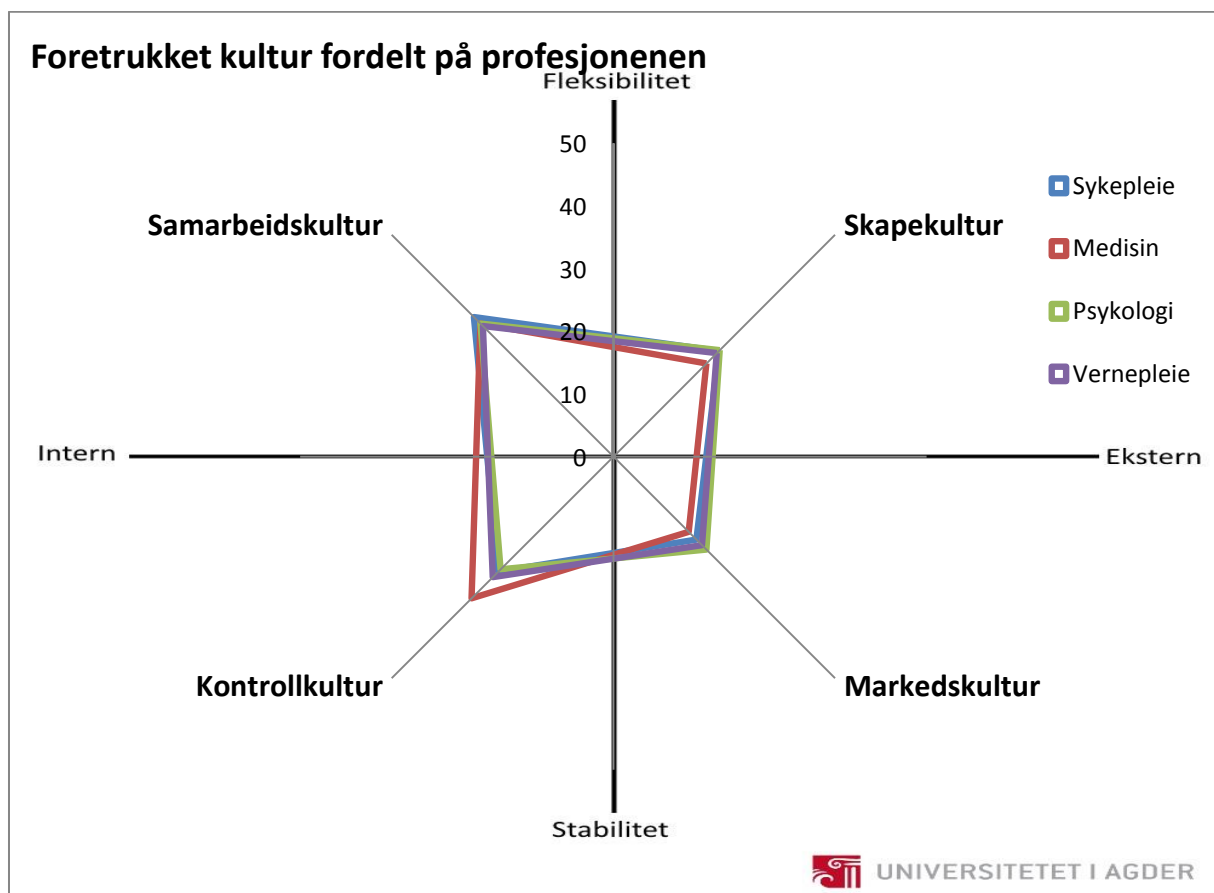
Figur 16 Nåværende og foretrukket kultur i Spesialavdeling voksne

Tabell 12 Gjennomsnittsverdi for nåværende, foretrukket kultur og avviket

	FORETRUKKET	NÅ	AVVIK
Samarbeidskultur	32	26	5
Skapekultur	23	17	6
Markedskultur	19	21	-2
Kontrollkultur	27	36	-9

Som vi ser av figur 16 og tabell 12 er det ønske om kulturendring blant ansatte i Spesialavdeling voksne. Samarbeidskulturen er foretrukket kultur. De ønsker en moderat økning i samarbeidskultur og skapekultur, mens de ønsker moderat (men betydelig) reduksjon av kontroll kultur. De ansatte ønsker en svak reduksjon i markedskultur.

De to dimensjonene i rammeverket viser at de ansatte i Spesialavdeling voksne foretrekker å opprettholde kriteriene for intern orientering, integrering og helhet. I den andre dimensjonen ønsker ansatte å erstatt stabilitet, orden og kontroll med fleksibilitet, dynamisme og skjønn. Man ønsker å flytte kulturen oppover.



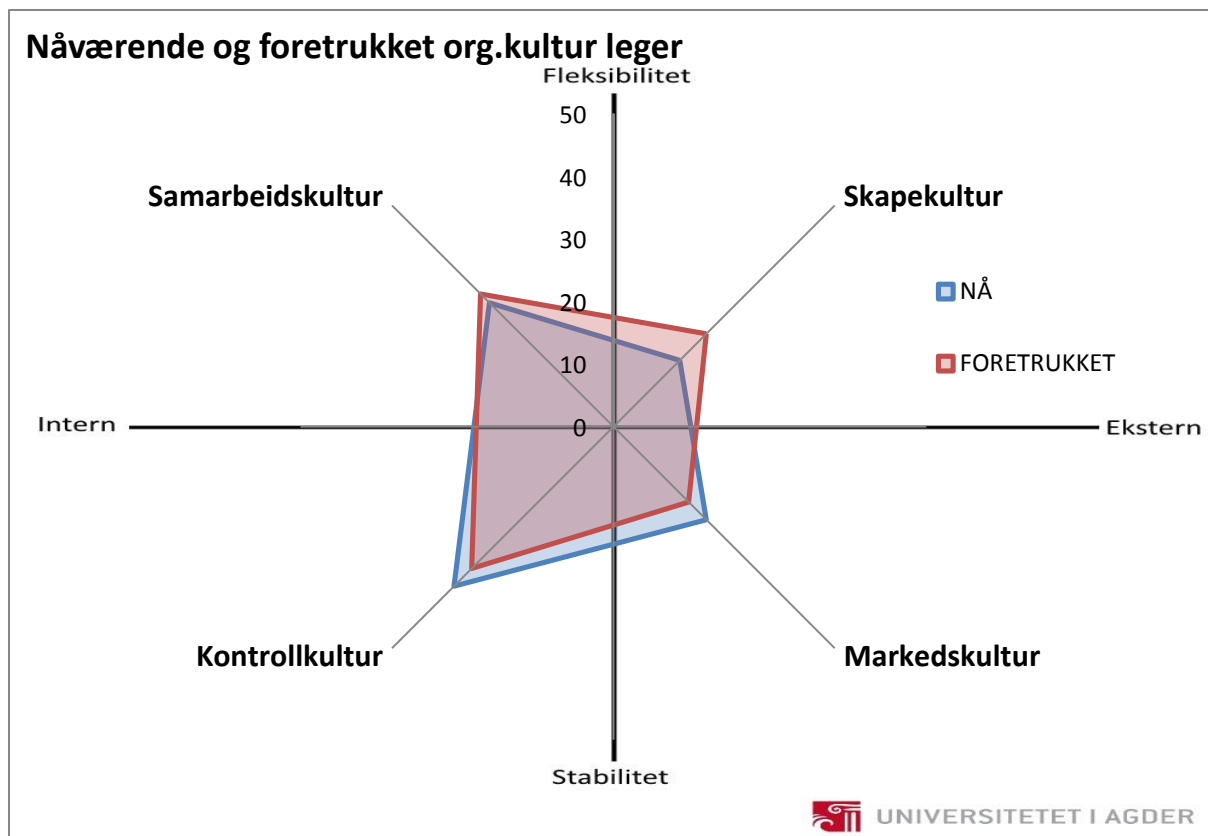
Figur 17 Foretrukket organisasjonskultur fordelt på de ulike profesjonene

Tabell 13 Gjennomsnittsverdi foretrukket kultur fordelt på profesjon

	Sykepleiere	Leger	Psykologer	Vernepleiere
Samarbeidskultur	31	30	30	30
Skapekultur	24	21	24	23
Markedskultur	19	17	21	20
Kontrollkultur	26	32	25	27

Profesjonen er veldig samstemte om foretrukket kulturprofil (Figur 17 og tabell 13). Det er små variasjoner. Den største variasjonen finner vi når det gjelder kontrollkultur. De som har utdanning innenfor medisin ønsker å opprettholde store deler av nåværende kontrollkulturen. De andre profesjonene ønsker en betydelig reduksjon. Den største motsetningen finner jeg mellom de med bakgrunn i medisin og de med bakgrunn fra psykologi. Disse to gruppene skiller seg særlig ut når det gjelder kontrollkultur hvor avviket i foretrukket kultur er 7 poeng. Psykologene ønsker mer skapekultur og markedskultur enn legene. Sykepleierne og vernepleierne har nesten identisk foretrukket organisasjonskultur. Begge disse gruppene ønsker kulturendringer som nesten er kongruent med kulturendringen psykologene vil ha.

Sammenlikner vi nåværende kultur og foretrukket kultur blant profesjonen er det legene og vernepleierne som i størst grad vil opprettholde dagens kultur. Psykologene har det største avviket mellom nåværende og foretrukket kultur. Dette skyldes i hovedsak at de ulike profesjonene vurderer graden av nåværende kultur ulikt. Avviket mellom nåværende og foretrukket varierer derfor mellom profesjonene.

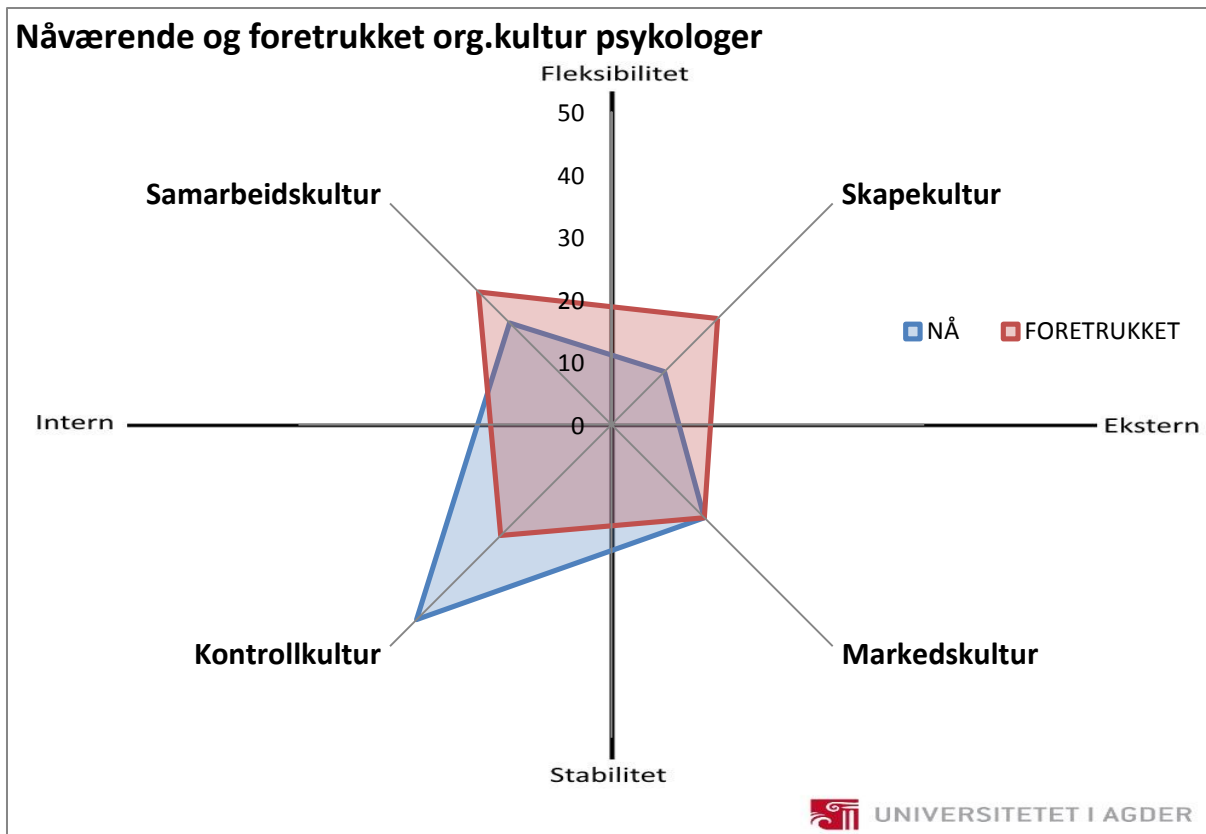


Figur 18 Nåværende og foretrukket organisasjonskultur blant leger

Leger		
	Foretrukket	Nåværende
Samarbeidskultur	30	28
Skapekultur	21	15
Markedskultur	17	21
Kontrollkultur	32	36

Tabell 14 Gjennomsnittsverdi for foretrukket og nåværende kultur blant leger

Figur 18 og tabell 14 viser at legene ønsker noe mer fleksibilitet, skjønn og dynamisme. Forholdet mellom intern og ekstern orientering er noenlunde likt. Legene ønsker at kontrollkulturen fortsatt er dominerende, men i moderat grad.

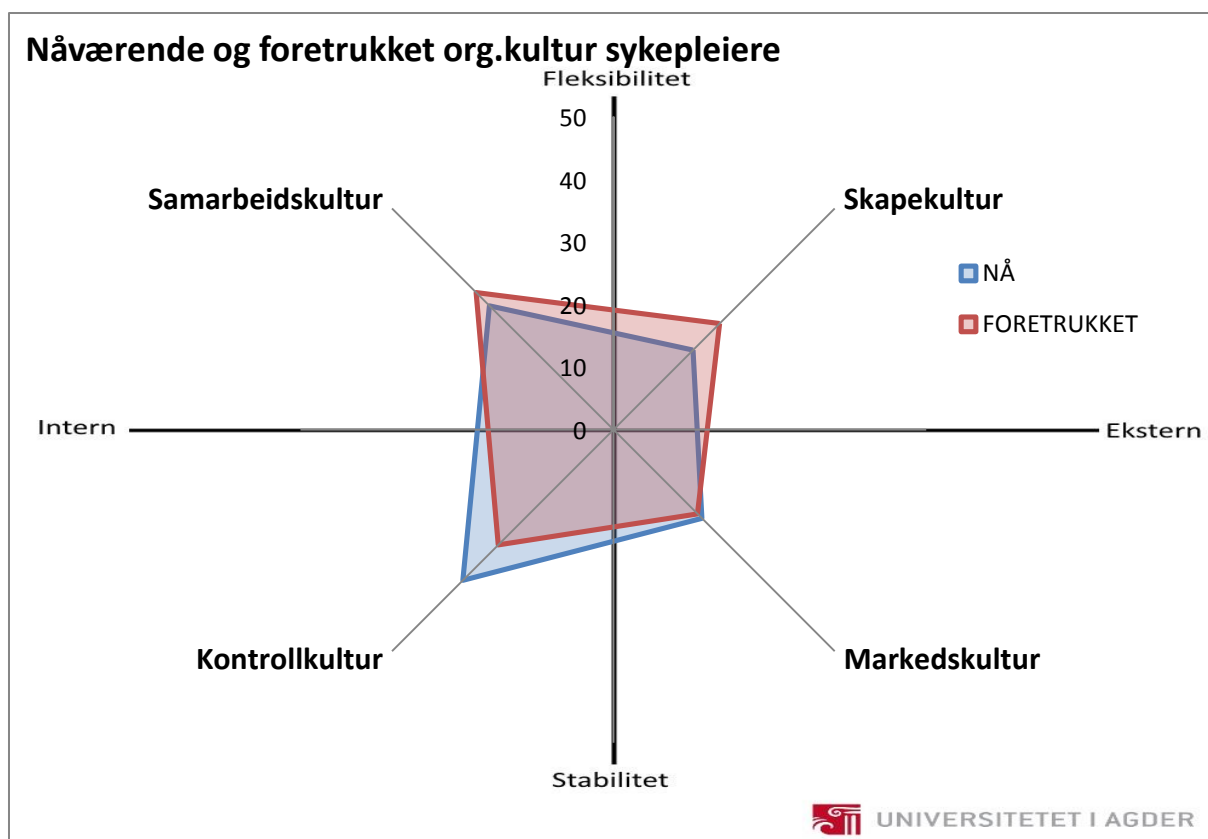


Figur 19 Nåværende og foretrukket organisasjonskultur blant psykologer

Psykologer		
	Foretrukket	Nåværende
Samarbeidskultur	30	23
Skapekultur	24	12
Markedskultur	21	21
Kontrollkultur	25	44

Tabell 15 Gjennomsnittsverdi for foretrukket og nåværende kultur blant psykologer

Blant psykologene er det sterke avvik mellom nåværende og foretrukket kultur (figur 19 og tabell 15). De ønsker en betydelig endring med større fokus på fleksibilitet, dynamisme og skjønn, samt større ekstern orientering, differensiering og rivalisering. De ønsker en dominerende samarbeidskultur og en jevnere fordeling av de 3 andre kulturtypene.

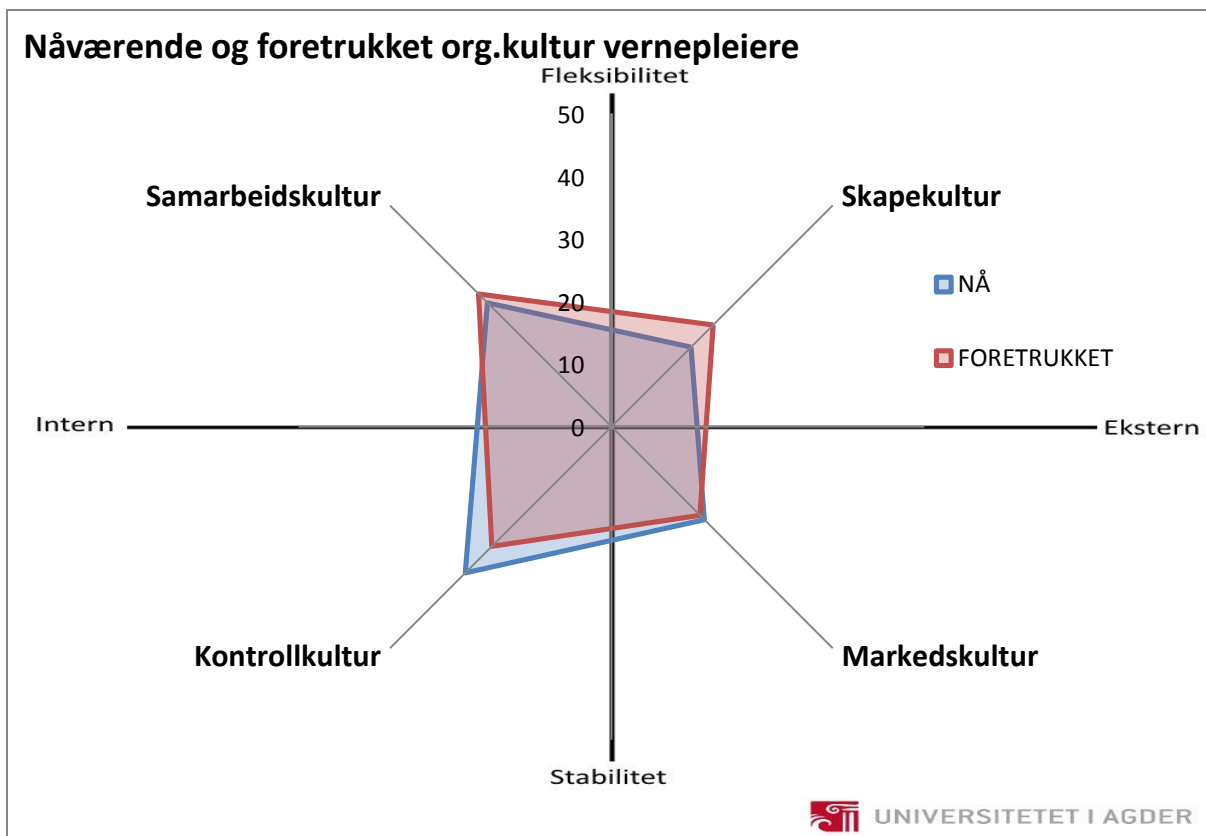


Figur 20 Nåværende og foretrukket organisasjonskultur blant sykepleiere

Sykepleiere		
	Fortrullet	Nåværende
Samarbeidskultur	31	28
Skapekultur	24	18
Markedskultur	19	20
Kontrollkultur	26	34

Tabell 16 Gjennomsnittsverdi for foretrukket og nåværende kultur blant sykepleiere

Det er også moderate avvik i nåværende og foretrukket kultur blant sykepleierne. Figur 20 og tabell 16 viser at sykepleierne ønsker en dominerende samarbeidskultur. De ønsker en moderat økning av skapekultur og moderat reduksjon av kontrollkultur. Ser vi på de to dimensjonene ønsker sykepleierne en mer fleksibel og dynamisk kultur, mens de ønsker å opprettholde forholdet mellom den interne og eksterne orienteringen.



Figur 21 Nåværende og foretrukket organisasjonskultur blant vernepleiere

Vernepleiere		
	Foretrukket	Nåværende
Samarbeidskultur	30	28
Skapekultur	23	18
Markedskultur	20	21
Kontrollkultur	27	33

Tabell 17 Gjennomsnittsverdi for foretrukket og nåværende kultur blant vernepleiere

Vernepleierne ønsker en moderat økning i skapekultur og en moderat reduksjon i kontrollkultur. Figur 21 og tabell 17 viser at vernepleierne ønsker en dominerende samarbeidskultur. Ser vi på de to dimensjonene i rammeverket ønsker vernepleierne en mer fleksibel og dynamisk kultur og mindre av kultur som er preget av kontroll og stabilitet. Forholdet mellom dimensjonen mellom internt fokus og eksternt fokus er forholdsvis likt som nåværende kultur.

5.4 Oppsummering av funn

I min undersøkelse har jeg funnet at organisasjonskulturen i Spesialavdeling voksne er dominert av en sterk kontrollkultur. Den har et moderat innslag av samarbeidskultur, skapekultur og markedskultur. Ser vi på hoveddimensjonene i rammeverket er organisasjonskulturen preget av stabilitet, orden og kontroll fremfor fleksibilitet, skjønn og dynamisme. På den andre dimensjonen er kulturen preget av intern orientering, integrering og helhet, fremfor ekstern orientering, differensiering og rivalisering (se figur 7).

De ulike delene av organisasjonskultur er forholdsvis konsistente (se figur 8,9,10,11,12 og 13). Det er ingen avvik over 10 poeng (se tabell 5,6,7,8,9,10). Det største avviket finner jeg på organisasjonsledelse hvor ansatte opplever markedskulturen større (7 poeng) enn i den helhetlige kulturen (se tabell 6).

Jeg har målt konsistens i kultur fordelt på ulike profesjoner. Alle profesjonene opplever kontrollkulturen som dominerende. Jeg finner at psykologene avviker mest sammenliknet med gjennomsnittlig organisasjonskultur. Psykologene opplever kontrollkulturen 8 poeng sterkere enn gjennomsnittskulturen, samtidig som de opplever skapekulturen og samarbeidskulturen lavere enn de andre profesjonene (se figur 14 og 15).

Jeg finner i min undersøkelse at de ansatte i Spesialavdeling voksne foretrekker en dominerende samarbeidskultur. Avviket mellom nåværende og foretrukket kontrollkultur utgjør 9 poeng i reduksjon. De ønsker samtidig å øke skapekulturen med 6 poeng. Ser vi på hoveddimensjonene foretrekker ansatte en kultur som er preget av fleksibilitet, skjønn og dynamisme. Den andre dimensjonen tilsier at de foretrekker en kultur preget av intern orientering, integrering og helhet (se figur 16, tabell 12).

Avvikene mellom profesjonene når det kommer til foretrukket kultur er ikke særlig store. Legene ønsker å opprettholde en dominerende kontrollkultur, mens de andre profesjonene

foretrekker en dominerende samarbeidskultur. Avvikene er derimot ikke særlig store ser vi på gjennomsnittskåren. Størst avvik finner vi om vi sammenlikner legene med psykologene hvor legene skårer kontrollkultur som foretrukket kultur høyest, mens psykologene skårer denne kulturen som sin foretrukne kultur lavest (se figur 17 og tabell 13).

Om jeg sammenlikner nåværende kultur fordelt på profesjon med foretrukket kultur fordelt på profesjonen grenser avvikene mot sterk. Undersøkelsen viser at det er blant psykologene avviket er størst mellom nåværende kultur og foretrukket kultur (se figur 19 og tabell 15). Avviket mellom nåværende og foretrukket kontrollkultur er 19 poeng reduksjon. Samtidig foretrekker psykologene å øke skapekulturen med 12 poeng. Sammenlikner vi hoveddimensjonen på nåværende kultur med foretrukket kultur ser vi at psykologene foretrekker en kulturendring med mer fleksibilitet, skjønn og dynamisme, og ekstern orientering, rivalisering og differensiering.

6.0 Diskusjon

Hva er en effektiv kultur og hva er en ineffektiv kultur? Rammeverket åpner for at ulike kulturer kan være like effektive. Det hevdes til og med at sigarformede kulturer, hvor konkurrerende verdier blir like mye vektlagt kan være effektive kulturer. Med andre ord paradoksale kulturer hvor fleksibilitet og stabilitet, eller intern orientering og ekstern orientering blir like mye vektlagt kan være effektive (Cameron & Quinn, 2013). Det er allikevel slik at organisasjonskultur kan ses i sammenheng både med eksterne og interne forhold. I det neste kapittelet vil jeg diskutere resultatene jeg fant opp mot eksterne forhold i omgivelsene og i forhold til andre organisasjoner og trender i organisasjonskultur. Jeg vil også diskutere organisasjonskultur sett ut fra interne forhold. Jeg ser på interne forhold fra to innfallsvinkler; integrasjonsperspektivet og differensieringsperspektivet.

6.1 Spesialavdeling voksne sett i lys av omgivelsene

Hvorvidt en kulturtype er rett eller gal avhenger av hvilke omgivelser organisasjonen befinner seg i (Cameron & Quinn, 2013). Spesialavdeling voksne har en sterk kontrollkultur. Svaret på om det er en god eller dårlig kultur finner vi i å studere omgivelsene til organisasjonen. Jeg vil derfor se nærmere på hvordan helsepolitikken har endret sykehusene de seneste 20-25 år og hvordan helsepolitikken i denne perioden former omgivelsene og således sier noe om organisasjonskulturen i Spesialavdeling voksne er god eller er i behov for endring.

Dreining som preger omstillingsarbeidet i offentlig sektor siste 20 år blir omtalt som New Public Management (NPM). Hovedlinjene i New Public Management deles inn i tre hovedbolker (Øgård, 2005):

1. Troen på ledelse.
2. Indirekte kontroll.
3. Brukerfokusering.

NPM har også gjort sitt inntog i sykehusene. Ole Berg (2005) hevder i sin bok *Fra politikk til økonomikk* at årsaken til en mer markedsorientert styring av sykehusene skyldes at den opprinnelige velferdspolitikken blir for kostbar. Løsningen ble å ta kontroll over helsepersonell og da særlig legene som hadde mye makt i rollen sin som lege. Berg (2005) beskriver den politiske manøveren som en «knipetangsmanøver» hvor styrking av pasientrettighetene medfører press nedenfra og inntoget av generalisert ledelse som press ovenfra.

Kommunehelsetjenesteloven ga pasienter for første gang rettigheter til nødvendig helsehjelp. Ventelistegaranti kom i 1992 og pasientskadeerstatning ble lovfestet i 2001. På midten av 1990-tallet ble det også rette fokus på kvalitetsarbeid. Helseinstitusjoner ble pålagt ordninger for internkontroll og Statens Helsetilsyn fikk i oppgave å passe på kvalitet i pasientbehandling. Så kom pasientrettighetsloven i 2001 som var et betydelig pasientstyrkende tiltak (Berg, 2005).

Berg (2005) hevder at legerollen tradisjonelt har innehatt en lederrolle, men at helsepersonelloven (1999) og spesialisthelsetjenesteloven (1999) har separert legerollen fra lederrollen. Helsepersonelloven som kom i 1999 fjerner til dels legerollen fra lederrollen, ved at legene får samme lov som annet helsepersonell som var mindre autonome.

Spesialisthelsetjenesteloven ble vedtatt i stortinget i 1999 noe som medførte to viktige prinsipper.

1. Det ble innført enhetlig ledelse på alle nivå i spesialisthelsetjenesten
2. Det ble innført profesjonsnøytral ledelse.

Tradisjonelt har sykehusene blitt styrt av faglinjene. «Sykepleieledere» har styrt sykepleierne og «legeledere» har styrt legene. I psykiatri har bildet vært enda mer komplisert med psykologene, sosionomene, og i barne -og ungdomspsykiatri, barnevernspedagogene som egne faggrupper som har ledet seg selv. Rester av dette finner man i Spesialavdeling voksne i stillinger som oversykepleier, sjefslege, avdelingsoverlege, ledende sosionom og sjefpsykolog. Før lov om spesialisthelsetjenesten hadde disse stillingene formelt ansvar. Med innføring av enhetlig ledelse mistet disse stillingene sitt formelle ansvar, men ble bevart som stabsfunksjoner med rådgivende myndighet. Enhetlig ledelse betød at en leder på hvert nivå har det fulle og hele ansvaret. I rundskriv I-2/2013 fra Helse- og Omsorgsdepartementet presiseres lederansvaret i sykehusene:

«For hver organisatorisk enhet i sykehuset skal det etter bestemmelse være én leder som har det overordnede og helhetlige ansvaret for virksomheten i enheten, både administrativt og faglig. En organisatorisk enhet vil være en enhet som er ilagt forvaltningen av nærmere angitte ressurser, herunder personellressurser.....Det er etter spesialisthelsetjenesteloven §3-9 ikke anledning til å organisere sykehuset slik at det formelle ansvaret for en organisatorisk enhet er delt mellom flere ledere.»

Sykehusaktørene lærte seg å omgå intensjonen om enhetlig ledelse. Yrkesgruppene ble organisert under egne enheter slik at klinikken ble enda mer matriseaktig og komplisert. På denne måten kunne man beholde de gamle fagstyrene og være lojal mot loven (Berg, 2005). Det har allikevel ikke skjedd alle steder. I Spesialavdeling voksne er alle gruppene organisert under den post/enhet hvor de driver klinisk arbeid. Det vil si at førstelinjeledere er ledere for leger, psykologer, sosionomer, konsulenter, og sykepleiere og annet pleiepersonell.

Organisasjonen er altså mer strømlinjeformet og ledere har blitt gitt det formelle ansvaret som ifølge Berg (2005) var intensjonen fra lovgiver. Ansvaret innebærer også innholdet i den medisinske behandlingen og i brev til Akershus Universitetssykehus (2012) presiserer Helsedirektoratet at det er ledelsen på vegne av helseforetaket som kan stilles til ansvar for svikt eller uforsvarlig pasientbehandling.

Innenfor psykiatri hvor det stilles krav til spesifikk kompetanse utover krav i spesialisthelsetjenesteloven, er sykehuset og ledelsen ansvarlig for de vedtak som fattes. I psykisk helsevernlov stilles det krav til kompetanse hos den som fattet vedtak blant annet fordi vedtakene kan innebære bruk av tvang. I samme brev nevnt tidligere til Akershus Universitetssykehus skriver Helsedirektoratet (2012):

«Avdelingens leder har midlertid det overordnede ansvaret for at vedtaket er fattet av en tilsatt med nødvendig faglige kvalifikasjoner og saksbehandlingen har vært faglig forsvarlig og i samsvar med god forvaltningsskikk»

Spesialisthelsetjenesteloven stiller ikke krav til leders kvalifikasjoner. Også personer uten helsefaglig kompetanse kan bli ledere i sykehus. Forutsetningen er det grunnleggende kravet om forsvarlighet. Arbeidsgiver kan gjennom sin styringsrett stille krav til kvalifikasjoner, men loven åpner for at hvem som helst kan bli ledere så lenge forsvarlighetskravet er tilfredsstillt. Om nødvendig, for å tilfredsstille forsvarlighetskravet, skal det i følge loven utpekes en medisinsk faglig rådgiver. Helse og omsorgsdepartementet presiserer i rundskriv I-2/2013 at den medisinske faglige rådgiver kun har rådgivende myndighet. I brev til Akershus Universitetssykehus toner Helsedirektoratet ned bestemmelsen. Helsedirektoratet skriver at om leder ikke innehar medisinsk faglig kompetanse er det ingen plikt å utnevne en medisinsk faglig rådgiver. Kun om forsvarlighetskravet gjør det nødvendig. Videre understreker Helsedirektoratet at leder kan rådføre seg med underordnede eller andre med nødvendig kompetanse uten at dette formaliseres i en rådgiverrolle. Hvorvidt det skal utpekes en medisinsk faglig rådgiver avhenger av om organiseringen, systemer og kompetanseforhold for øvrig sikrer at de nødvendige medisinske faglige råd trekkes inn i beslutningsprosessene.

Jeg har vist og argumentert, som Berg (2005), for hvordan helsepersonell, og da særlig legene, har blitt presset både nedenfra og ovenfra gjennom politisk styrte prosesser (lovendringer). Fremvekst av pasientrettigheter og ansvarliggjøring av ledelsen i sykehusene har gitt grobunn for tilsynsmyndigheter til å føre kontroll og ansvarliggjøring av helseforetakene. Men kontroll i omgivelsene strekker seg lenger enn lovendringer. Sykehusene minner etter hvert mer om industrielle organisasjoner hvor faget som utøves blir redusert til vitenskapelige dokumenterte prosedyrer. Prosedyrene gir ledere, til tross for manglende fagkvalifikasjoner, et styringsverktøy som har stor gjennomslagskraft (Berg, 2005). Et eksempel på dette er pakkeforløp. I 2015 kom helsedirektoratet med 28 pakkeforløp for kreft. Pakkeforløpene er standardiserte pasientforløp. I løpet av høsten 2016 har helsedirektoratet iverksatt arbeidsgrupper som skal se på pakkeforløp for psykisk helse og rus. Dette til tross for at Helsedirektoratet allerede har utgitt flere nasjonale retningslinjer innenfor psykisk helse og rus.

De politiske prosesser som Berg (2005) beskriver som «knipetangsmanøver» får den naturlige konsekvensen at skapekultur (adhokrati) blir redusert. Skapekultur og kontrollkultur plassert diagonalt overfor hverandre og er således paradokser. Den interne organisasjonskulturen i Spesialavdeling voksne bærer samme preg. Det er derfor forventet at organisasjonskulturen i en organisasjon som Spesialavdeling voksne med en dominerende og sterk kontrollkultur vil ha en svak skaperkultur.

Et annet viktig element i den markedsfokuserende reformbølgen som kalles New Public Management er den indirekte kontrollen som har som hensikt å stimulere til marked, kontrakter og konkurranseeksponering. Store organisasjoner blir brutt ned til mindre selvstendige økonomiske enheter som skulle målstyres gjennom autonomi og fleksible løsninger (Øgård, 2005). Således er det også i Spesialavdeling voksne hvor hver enhet har sin økonomiske ramme å styre etter. Paradokset er at fleksibiliteten og autonomien blir kneblet av faglige retningslinjer som kom med pasientrettighetene. I tillegg vil fleksibilitet være avhengig av at rammen har en grad av handlingsrom. Kulturmålingen i Spesialavdeling

voksne viser at markeds-kulturen ikke er særlig fremtredende. Den skårer moderat til lav noe som medfører at bare skapekulturen er lavere.

En annen årsak til mangel på markeds-kultur kan være mangel på økonomiske incentiver. I 1997 ble innsatsstyrt finansiering (ISF) innført i sykehusene. Sykehusene fikk ikke lenger bare en ramme, men deler av finansieringen kom på bakgrunn av den aktivitet man kunne vise til. Hvor stor del av økonomien til sykehusene som er ISF-basert har variert. På det meste har 60% av økonomien til sykehusene vært ISF. Psykiatrien har frem til nå vært unntatt ISF. Problemstillingen har vært at man frem til nå ikke har visst hvordan man skal måle aktivitet innenfor det psykiske helsevern. I løpet av 2017 vil ISF også bli innført i psykiatrien. Dette vil i førsteomgang ikke ramme Spesialavdeling voksne da det først og fremst rammer de polikliniske enhetene. Det meste av aktiviteten i Spesialavdeling voksne er akutte innleggelser, men det kan påvirke inntekten til psykiatrien totalt sett i Helse Stavanger noe som kan gi en følgekonsklusjon for de enhetene som jobber akutt.

6.2 Spesialavdeling voksne sett i lys av trender og sammenlikninger med andre organisasjoner

En måte å analysere organisasjonskultur er å sammenlikne sin egen kultur med andre organisasjoner og med trender ellers (Cameron & Quinn, 2013). Cameron og Quinn (2013) har innhentet data for mer enn 10.000 organisasjoner og laget gjennomsnittsprøfer for ulike bransjer.

Offentlig administrasjon blir også ofte omtalt som forvaltningsorgan. Forvaltningsorganer har en særstilling i samfunnet. Kjekshus (2016) definerer forvaltningsorganer på følgende måte:

«Forvaltningsorganer er satt til å forvalte viktige samfunnsverdier, og deres legitimitet baserer seg på demokratiske beslutningsprinsipper. Forvaltningsorganer skal ta avgjørelser som det i utgangspunktet er uenighet om, pålegge byrder og fordele goder det er knapphet på. Sentralt i denne organisasjonsformen fremme en rettferdig og lik fordeling av goder og byrder»

Kjekshus (2016) hevder at sykehusene i Norge i varierende grad må betraktes som et forvaltningsorgan som følger en forvaltningslogikk, selv om de også må betraktes som servicebedrifter som opererer i et marked med tilbud og etterspørsel. Det er derfor rimelig å sammenlikne organisasjonskulturen i Spesialavdeling for voksne med organisasjonskultur i offentlig administrasjon.

Den helhetlige organisasjonskulturen i Spesialavdeling voksne er svært lik gjennomsnittsprofilen til organisasjoner som er definert som offentlig administrasjon. Kontrollkulturen er dominerende og skapekulturen er svak. Markedskulturen er noe sterkere i gjennomsnittskulturen for offentlig administrasjon enn jeg finner i Spesialavdeling voksne. Likeså finner jeg en sterkere samarbeidskultur enn den i gjennomsnittskulturen for offentlig administrasjon. Skapekulturen er svak både i gjennomsnittskulturen for offentlig administrasjon og for Spesialavdeling voksne. Sammenlikner vi med trender generelt i tallmaterialet til Cameron og Quinn (2013) så finner vi at skapekulturen er generelt lavest. Den skårer generelt lavest og færrest bedrifter har denne kulturtypen som den dominerende kulturtypen.

En annen trend er at organisasjoner som har høy grad av stabilitet, det vil si at kontrollkulturen og markedskulturen dominerer, ser ut som de blir værende i denne kulturen. Cameron og Quinn (2013) beskriver det som om organisasjoner som kommer dit blir utsatt for tyngdekraften og ikke kommer ut av det. Foreløpig er ikke Spesialavdeling voksne der. Markedskulturen er for liten og samarbeidskulturen for sterk til det. Det betyr ikke at kulturen ikke kan endre seg over tid. Noe som derimot taler mot denne endringen er foretrukket kultur. De ansatte ved Spesialavdeling voksne ønsker sterkere samarbeid og

skapekultur, noe som vil være det motsatte av «tyngdekraftloven». Det er allikevel en del uavklarte spørsmål som vil påvirke organisasjonskulturen. Som Jacobsen og Thorsvik (2013) argumenterer for så påvirke de ulike deler av organisasjonen hverandre. Spesialavdeling voksne er på undersøkelsestidspunktet fortsatt prosjektorganisert, noe som medfører at de formelle trekkene og ledelsesspørsmålet ikke er fastsatt. I tillegg presser omgivelsene på for endringer i helsepolitikken. Det er med andre ord flere usikre variabler som må fastsettes før en kan si noe om hvilken retning organisasjonskulturen i Spesialavdeling voksne tar.

6.3 Spesialavdeling voksne sett i lys av integrasjonsperspektivet

Integrasjonsperspektivet tar utgangspunkt i at vi har en helhetlig kultur som forener oss hvor tvil, usikkerhet og opposisjon ikke er tilstede (Martin, 1992). Resultatet av undersøkelsen viser at selv om det er små variasjoner mellom de ulike gruppene har alle gruppene den grunnleggende forståelsen av at den dominerende organisasjonskulturen i Spesialavdeling voksne er kontrollkultur. Det er ingen av gruppene som mener at en av de andre kulturene er dominerende. Denne konsensusen går på tvers i hele organisasjonen.

I dette perspektivet er ledere skaperne av en kultur og bruker kultur til å øke produktivitet og effektivitet i organisasjoner. For å få dette til må man se på avviket mellom nåværende kultur og foretrukket kultur. Undersøkelsen viser at det er et betydelig avvik mellom nåværende og foretrukket kultur. En etablert kultur må til enhver tid vedlikeholdes, overvåkes og fornyes (Martin, 1992) (Cameron & Quinn, 2013). Denne prosessen skjer gjennom bevisstgjøring av eksisterende kultur og iverksetting av tiltak for å vedlikeholde eller fornye kulturen. I dette arbeidet er lederens rolle som kulturskaper helt sentral.

Avviket mellom eksisterende kultur og foretrukket kultur kan håndteres på 2 måter. 1) Endre dagens kultur til foretrukket, 2) Bevisstgjøre medlemmene på at foretrukket kultur er lite hensiktsmessig og endre kultur til den mest hensiktsmessige. Hvis man i Spesialavdeling voksne anser medlemmenes foretrukket kultur som en god retning, må det innebære å

iverksette tiltak for å høyne samarbeid og skapekulturen, samtidig som særlig kontrollkulturen må reduseres. Ønsker man å opprettholde dagens kultur er det viktig at man overbeviser medlemmene om at dagens kultur er nødvendig for å oppnå en effektiv organisasjon.

Fra integrasjonsperspektivet er konsensus i kulturuttrykket som vi ser i Spesialavdeling voksne et uttrykk for de familiære bånd medlemmene i en organisasjon knytter. Det er ikke uvanlig at man tolker konsensus om kultur som et sterkt følelsesmessig uttrykk som skapes i relasjon mellom menneskene tilsvarende det man kan oppleve i familienære relasjoner (Martin, 1992).

Den relative sterke konsensusen mellom medlemmene i Spesialavdeling voksne kan være et uttrykk for den usikre situasjonen avdelingen befinner seg i. Som redegjort for innledningsvis har presset mot organisasjonen fra omgivelsene (media) vært stort de siste årene, noe som har medført en usikkerhet i organisasjonen. Endringer er varslet via prosjektorganiseringen. Integrasjonsperspektivet tar utgangspunkt i at kulturen eksisterer for å kontrollere det ukontrollerbare, for å gi forutsigbarhet til det uforutsigbare og for å skape tydelighet i det tvetydige (Martin, 1992). Det ytre presset som har eksistert over tid er nettopp ukontrollerbart. En prosjektorganisering vil skape en tvetydighet. Medlemmene av Spesialavdeling voksne har et behov for å skape en forutsigbarhet mot en uforutsigbar fremtid. De samler seg om sine felles verdier og virkelighetsoppfatninger.

6.4 Spesialavdeling voksne sett i lys av differensieringsperspektivet

Differensieringsperspektivet tar høyde for at organisasjonskultur består av forskjellige undergrupper og at gruppene står i interessekonflikter med hverandre (Martin, 1992). Jan Grund (2016) hevder at den største utfordringen i helsetjenesten er å håndtere relasjonen mellom de ulike profesjonene. Sykehusene har svært spesialiserte tjenester og er avhengig av kompetansen til de ulike profesjonene. Ansvarsområdene til de ulike profesjonene er

stadig til diskusjon, og ansvarsforhold og makt avhenger av hvordan de ulike profesjonene markerer seg overfor myndigheter og ledelse (Grund, 2016).

Det er rimelig å anta at psykologene sammenlikner seg i større grad med legene enn andre profesjoner på grunn av arbeidets art. Begge har roller som hovedbehandlere noe som innebærer likhet i arbeidsoppgaver. De har allikevel ulike teoretiske ståsteder. Det er ikke utenkelig at den sterke kontrollkulturen psykologene opplever har sammenheng med at de opplever seg styrt av legene. Differensieringsperspektivet støtter denne argumentasjonen. Innenfor dette perspektivet hevdes det at det alltid vil være en binær opposisjon. Det er heller ikke uvanlig at gruppen er hierarkisk inndelt hvor den ene av gruppene har mer makt, status og verdi (Martin, 1992). Den høye forekomsten av opplevelsen av kontroll som psykologene rapporterer sammenlignet med de andre gruppene, kan derfor være et uttrykk for en binær opposisjon.

Sammenlikner vi nåværende kultur og foretrukket kultur fordelt på profesjon finner jeg at legene i større grad ønsker å opprettholde eksisterende kontrollkultur. Årsaken til det kan være at legene troner øverst i det interne hierarkiet. Mange individer i en gruppe som er høyt plassert i hierarkiet vil være overbevist om sin egen ideologi. Dette medfører at gruppens medlemmer ikke evner å identifisere de undertrykte gruppens ideologi. De oppfatter derfor organisasjonen som tilfredsstillende og rettferdiggjør derfor eksisterende kultur (Martin, 1992).

Psykologene derimot ønsker en betraktelig kulturendring, og da særlig en reduksjon av kontrollkultur. Det tyder igjen på at de oppfatter seg som binær opposisjon til legene. Undertrykte grupper opplever konstant «lidelse». De opplever kulturen som lite tilfredsstillende, og trekker medlemmene i de undertrykte gruppene mot en forståelse av at noe er galt med systemet. Smerten de undertrykte gruppene opplever motiverer dem til stadig søk etter hva som er galt, kritisere de etablerte virkelighetsoppfatningene og utvikler nye og mindre forvrengte virkelighetsoppfatninger (Martin, 1992).

Paradokset er at vernepleierne og sykepleierne, som også har likheter i arbeidets art men ulikt teoretisk ståsted, har kongruente kulturer. Dette kan forklares med at gruppene er godt integrerte i hverandre. Sykepleiere og vernepleiere jobber tett sammen. Stort sett jobber de turnus noe som medfører at de er på jobb sammen til alle døgnets tider. Felles erfaringer bør særlig vektlegges. Når de jobber så tett som beskrevet deler de også felles erfaringer som er betydelige. I kritiske situasjoner, som man kan oppleve innenfor psykiatri og ellers i helsevesenet, stilles det særlige krav til samhandling og felles forståelse. Betingelsen for å danne felles kultur er altså tilstede. De er hyppig sammen og arbeidet er organisert noenlunde likt med samme arbeidsoppgaver. I tillegg deler de felles erfaringer (Trice & Beyer, 1993).

Kulturteorien kan også forklare likheten mellom legene, sykepleierne og vernepleierne. Legen går i vakt. Det medfører at de relativt ofte må samhandle med sykepleierne og vernepleierne i kritiske situasjoner. Samhandlingen medfører at den binære opposisjonen ikke er tilstede. Situasjonene kan være knyttet til alvorlige hendelser som krever ekstraordinær samhandling fra de involverte. Psykologene har ordinær arbeidstid og får innsikt i situasjonen på kveld og nattestid kun gjennom gjenfortelling eller dokumentasjon i journal. Det kan selvfølgelig hende at slike akutte situasjoner også oppstår på dagtid, men på kveld og natt er ikke den normale bemanningen tilstede, noe som krever samhandling utover det normale fra involverte parter.

7.0 Avslutning

Denne oppgaven har målt, analysert og diskutert organisasjonskultur i Spesialavdeling voksne som er en spesialisert psykiatrisk enhet i Helse Stavanger. Det teoretiske utgangspunktet for oppgaven har vært rammeverk bestående av konkurrerende verdiene stabilitet og fleksibilitet, og intern og ekstern orientering.

Funnene er i tråd med omgivelsen og gjennomsnittskultur i offentlig administrasjon. Kontrollkulturen er sterk. På den vertikale dimensjonen er kulturen preget av orden, kontroll og stabilitet. På den horisontale dimensjonen er den preget av intern orientering, integrering og helhet. Utfordringen i Spesialavdeling Voksne er at de ansatte ønsker et kulturskifte som i mindre grad er i tråd med omgivelsene. De ansatte ønsker en mer dominerende samarbeidskultur. De ønsker en kultur på den vertikale dimensjonen som er mer preget av fleksibilitet, skjønn og dynamisme. I en situasjon hvor det er avvik mellom nåværende kultur og foretrukket kultur anbefales det at ledelsen i organisasjonen endrer kultur eller i større grad får konsensus om eksisterende kultur. Et eventuelt kulturskifte kan bli utfordrende med tanke på presset fra omgivelsene. Den anbefalte løsningen er derfor at man søker oppslutning om at eksisterende kultur opprettholdes, eventuelt gjør justeringer for å imøtekomme det foretrukne ønsket om mer fleksibilitet, skjønn og dynamisme. Endringen kan gjennomføres gjennom prosesser hvor ansatte bevisstgjøres på nåværende og foretrukket organisasjonskultur, om hva endringene skal innebære og hvilken betydning det har for ansatte og ledelse. Avgjørende for å lykkes er involvering av ansatte (Cameron & Quinn, 2013).

Undersøkelsen har også vist at kulturen er inkonsistent når man deler svarene på de ulike profesjonene. Særlige skiller psykologene seg fra de andre profesjonene. Det kan også være at inkonsistensen ville vist seg enda tydeligere om andre profesjoner og faggrupper hadde blitt inkludert i undersøkelsen. Blant annet var det for få svar blant helsefagarbeiderne til at de kan tas med. Med tanke på at noen profesjoner opplever nåværende kultur noe ulikt, men er rimelig samstemte om foretrukket kultur, må eventuelle kulturendringer

differensieres. Om man velger å iverksette samme tiltak overfor alle profesjonene vil noen av gruppene ikke oppleve det som relevant fordi de opplever kulturen som ulik. Det vil kreve mindre endring blant legene for å oppnå endring fra nåværende kultur til foretrukket kultur. Blant psykologene vil man måtte sette inn sterkere tiltak for å få til en kultur som samsvarer med organisasjonens foretrukket organisasjonskultur. Slik differensiering i endring vil være viktig for at medlemmene skal oppleve endringen som relevant. Effekten av endringene vil være avhengig av at medlemmene kjenner på relevans.

LITTERATURLISTE

Aubert, Vilhelm. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bang, Henning (2013). «Organisasjonskultur: En begrepsavklaring». *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 50: 326-336.

Berg, Ole (2006). *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Oslo: Den norske lægeforening

Brev til rådgiver Per Thysnes Akershus Universitetssykehus (2012). *Lovtolking - spesialisthelsetjenestelovens § 3-9 - ledelse i sykehus*. Oslo: Helsedirektoratet.

Cameron, Kim S. og Quinn, Robert E. (2013). *Identifisering og endring av organisasjonskultur. De konkurrerende verdier*. Oslo: Cappelen Damm As

Grund, Jan (2016). «Ledelse av profesjonsutøvere – personlige erfaringer og refleksjoner», i Erik Døving, Beate Elstad og Aagoth Storvik (red). *Profesjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget

Jacobsen, Dag I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelse? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske

Jacobsen, Dag I og Thorsvik, Jan (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget

Jamil, Ishtiaq (2005). «Kulturteori – kan kultur velges?», i Harald Baldersheim og Lawrence E. Rose (red.). *Det kommunale Laboratorium*. Bergen: Fagbokforlaget

Kjekshus, Lars Erik (2016). «Fra forvaltning til servicebedrifter – Dilemmaer i sykehusledelse», i Erik Døving, Beate Elstad og Aagoth Storvik (red). *Profesjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget

Martin, Joanne (1992). *Cultures in Organizations*. USA: Oxford University Press

Molander, Anders og Terum Lars Inge (2008). «Profesjonsstudier – en introduksjon», i Anders Terum og Lars Inge Terum (red). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget

NOU 1997: 2 *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Rundskriv I-2/2013. *Lederansvar i Sykehus*. Oslo: Det kongelige Helse- og Omsorgsdepartement

Schein, Edgar H. (2010). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass

Trice, Harrison M. og Beyer, Janice M. (1993). *The cultures of work organizations*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall

Øgård, Morten (2005). «New Public Management – fornyelse eller fortapelse av den kommunale egenart», i Harald Baldersheim og Lawrence E. Rose (red.). *Det kommunale Laboratorium*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS