

Organisasjonskultur i Klinikk psykisk helsevern voksne.

Undersøkelse av organisasjonskultur i en psykiatrisk klinikk.

HILDE BRU-AARSTAD
AUDUN WIGESTRAND

VEILEDER

Linda Hye og Morten Øgård

Universitetet i Agder, 2021

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Forord

Denne masteroppgaven avslutter erfaringsbasert master i helseledelse ved Universitetet i Agder. Det har vært en lang, men spennende og lærerik vei.

Vi vil begynne med å takke tidligere avdelingssjef Håkan Nordin og avdelingssjef/miljøfaglig rådgiver Karin Smedvig for at begge hadde tro på oss inn i ledelse, og videre ga oss muligheten til å starte på studiet.

Vi vil også benytte muligheten til å takke alle de i Helse Stavanger som har på en eller annen måte bidratt til at vi er kommet til dette punktet. En spesiell takk går til ledergruppen i avdeling affektiv og psykose, som vi begge i lang tid var en del av. De faglige- og samfunnskritiske diskusjonene har vært til inspirasjon og bidratt til å utvide perspektivet vårt på både ledelse og fag. Fokuset har alltid vært forbedring - med hjerte og hodet på rett plass.

Vi vil takke våre veiledere Linda Hye og Morten Øgård, som begge har bidratt med innspill og gode råd i arbeidet med masteroppgaven. I tillegg har de begge bidratt til at studiene på en inspirerende og engasjerende måte økte vår kompetanse på de kompliserte faget helseledelse. Vi vil også rette en spesiell takk til Vitenskapelig assistent Kasper Vijn Nome for teknisk veiledning og gode råd i forbindelse med denne oppgaven.

Vi må tilslutt få takke våre respektive familier for deres tålmodighet, oppmuntring og for at de har holdt ut med oss i denne tiden.

Stavanger, desember 2021

Hilde Bru- Aarstad og Audun Wigestrånd

Sammendrag

Vi har i denne masteroppgaven kartlagt organisasjonskulturen i Klinikk Psykisk Helsevern Voksne ved hjelp av kartleggingsverktøyet Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI). Klinikken vi undersøkte gir et psykiatrisk spesialisttjenestetilbud til den voksne befolkningen i opptaksområdet til Helse Stavanger HF. Klinikken inneholder både poliklinikker, distriktpspsykiatriske sengeposter, spesialposter på sykehusnivå og sikkerhetspsykiatri.

Oppgaven forsøker å gi svar på følgende problemstillinger:

- i. Hva er den dominerende organisasjonskulturen i Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne?
- ii. Er organisasjonskulturen konsistent i Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne?
- iii. Hvilken organisasjonskultur ønsker de ansatte i Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne, og varierer den ønskete kulturen mellom profesjonene?
- iv. Er det variasjon mellom nåværende organisasjonskultur i Klinikk psykisk helsevern voksne og foretrukket kultur fordelt på de ulike enhetene internt i organisasjonen?

Med utgangspunkt i problemstillingen og ved hjelp av kartleggingen fant vi ut hvilken organisasjonskultur som var dominerende i klinikken og hvilken organisasjonskultur som er den foretrukne. Datainnsamlingen ga også antydninger om likheter og ulikheter mellom nivåene i klinikken og profesjonene.

Innledningsvis forklarer vi tema og relevans for oppgaven vår. Videre presenterer vi klinikken gjennom utfordringsbilde, historikk og organisasjonsstruktur. Teoridelen vektlegger organisasjonsteori og de ulike dimensjonene som påvirker og former organisasjonskulturen. Videre forklares Cameron og Quinn (2013) sitt teoretiske rammeverk som er verktøyet vi har benyttet oss av for å kartlegge

organisasjonsstrukturen i klinikken. De ansatte i sykehusene har ulike profesjoner og vi avslutter kapittelet med teori rundt profesjonenes rolle i organisasjoner.

Metodedelen tar for seg vårt valg av forskningsmetode og hvordan vi har gått frem i søken etter empiri. Vi har videre redegjort for utvelgelse av utvalg og gjennomføring av undersøkelsen, samt sett på svakheter og mulige feilkilder.

Resultatene våre viser at den sterkeste og mest dominerende organisasjonskulturen i Klinikk psykisk helsevern voksne er kontrollkulturen. I tillegg er samarbeidskulturen sterkt, skapekulturen moderat og markedskulturen svakest vektlagt i organisasjonskulturen. Når vi tolker hoveddimensjonene i rammeverket viser de at kulturen er preget av internt fokus og integrering kombinert med stabilitet og kontroll.

Vi har også undersøkt konsistens på to måter. Den ene ved hjelp av OCAI sin inndeling i de seks ulike dimensjonene som er karakteristiske for organisasjonskultur. Her vinner vi forholdsvis lite avvik mellom de forskjellige variablene målt opp mot gjennomsnittskulturen. Også her dominerer hierarkiet, eller kontrollkulturen i hovedsak. Vi har i tillegg sett på variasjon i organisasjonskulturen mellom profesjonene. Vi finner at kontrollkulturen er den dominerende nåværende organisasjonskulturen blant alle profesjonene vi har undersøkt.

Når vi ser på nåværende dominerende kultur og foretrukket kultur finner vi ett avvik. De ansatte ønsker en dominerende samarbeidskultur, og mer skapekultur. For de konkurrerende verdiene på hoveddimensjonene betyr dette at de ansatte ønsker en større grad av fleksibilitet og skjønn enn nåværende kontrollkultur gir rom for. Samarbeidskulturen representerer en organisasjon som har interesse for mennesker og sensibilitet ovenfor kundene. Undersøkelsen viser at de ulike gruppene og profesjonene i undersøkelsen er ganske samstemte om foretrukket kultur.

Når vi ser nøyere på de ulike profesjonenes nåværende og foretrukne kultur finner vi allikevel noen større avvik. Alle profesjonene ønsker å redusere kontrollkulturen betydelig, og avviket er gjennomgående sterkt. Den foretrukne dominerende organisasjonskulturen blant profesjonene er klan- eller samarbeidskulturen. De ønsker i tillegg en økt skapekulturen, og reduksjon i markedskulturen. Vi finner to grupperinger

mellom profesjonene. Legene og sykepleierne er mest samstemte i vurderinger mellom nåværende og foretrukne organisasjonsprofil. Psykologene avviker noe mer, mens vernepleierne har det sterkest avviket mellom nåværende og foretrukne kulturprofil. Felles for psykologene og vernepleierne er at deres foretrukne organisasjonskultur vektlegger skapekulturen høyere enn kontrollkulturen. Disse kulturtypene står diagonalt ovenfor hverandre i rammeverket og gir en uoverensstemmelse. Dette finner vi ikke i profilen til lege/sykepleie gruppen som vektlegger samarbeidskultur og kontrollkultur sterkest. Ellers finner vi små eller moderate variasjoner mellom profesjonene.

Tilslutt så vi på om det var variasjon mellom nåværende organisasjonskultur i klinikk psykisk helsevern voksne og foretrukket kultur på de ulike enhetene. Her fant vi et forholdsvis entydig resultat. Enhetene ønsker en dominerende samarbeidskultur og en sterk reduksjon i kontrollkulturen.

Resultatene våre samsvarer med Cameron og Quinns tenking om organisasjonskultur. Kartlegging av organisasjonskultur kan være et nyttig verktøy som gir en kunnskap om organisasjonen som nødvendigvis ikke er synlig eller bevisst for de ansatte i det daglige. Funnene kan brukes som et utgangspunkt for felles forståelse og eventuelt som ledelsesverktøy for justering eller endringer av retning.

Innhold

1.0	Innledning.....	1
1.1	Tema.....	1
1.2	Relevans.....	4
1.3	Problemstilling.....	5
2.0	Sykehusene, Helseforetakene.....	6
2.1	Det psykiatriske sykehus.....	7
2.1.1	Psykisk helsevern i Stavanger – fra Psykiatrisk divisjon til Klinikk psykisk helsevern voksne (KPHV).....	8
2.2	Helse Stavanger.....	10
2.3	Klinikk psykisk helsevern voksne – KPHV.....	11
2.3.1	Mediebildet.....	14
3.0	Teori.....	17
3.1	Organisasjonsteori.....	18
3.1.1	Organisasjonskultur.....	19
3.1.2	Competing Values Framework.....	22
3.1.3	En stor kultur eller mange små.....	25
3.1.4	Organisasjonsstruktur.....	28
3.2	Profesjonsstudier.....	31
4.0	Metode.....	34
4.1	Valg av metode.....	34
4.2	Måleverktøy: OCAI.....	36
4.2.1	Reliabilitet og validitet av OCAI.....	37
4.2.2	Definisjon av styrke/ svakhet i kultur.....	38
4.2.3	Erfaringer ved bruk av OCAI.....	38
4.3	Populasjon, utvalg og avgrensninger.....	39
4.4	Praktisk gjennomføring.....	41

4.4.1 Håndtering av data og analyser.....	42
4.5 Svarprosent.....	42
4.6 Feilkilder	43
5.0 Resultater.....	46
5.1 Problemstilling 1: Hva er den dominerende organisasjonskulturen i Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne?.....	46
5.2 Problemstilling 2: Er organisasjonskulturen konsistent i Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne?.....	47
5.2.1 Konsistens i kulturdimensjonen i Klinikk Psykisk Helsevern for voksne	47
5.2.2 Er det variasjon i organisasjonskultur mellom de ulike profesjonene	55
5.3 Problemstilling 3: Hvilken organisasjonskultur ønsker de ansatte i Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne, og varierer den ønskete kulturen mellom profesjonene?	56
5.4 Problemstilling 4: Er det variasjon mellom nåværende organisasjonskultur i Klinikk psykisk helsevern voksne og foretrukket kultur fordelt på de ulike enhetene internt i organisasjonen?	64
5.5 Oppsummering av funn.....	65
6.0 Diskusjon	68
6.1 Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne sett i lys av omgivelsene.....	69
6.2 Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne sett i lys av trender og sammenlikninger med andre organisasjoner.....	72
6.3 Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne sett i lys av integrasjonsperspektivet.....	75
6.4 Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne sett i lys av differensieringsperspektivet ...	79
7.0 Avslutning.....	84
8.0 Litteraturliste.....	90
Figur 1. Organisasjonskart Helse Stavanger	11
Figur 2 Organisasjonskart Klinikk psykisk helsevern voksne	12
Figur 3. Ulike elementer i organisasjon som påvirker organisasjonsatferd.....	19

Figur 4. Kultur – lagvis.....	20
Figur 5. Hoveddimensjonene og kulturtypene i rammeverket	23
Figur 6. Tre modeller for organisasjonskultur.....	26
Figur 7. De fem hoveddelene i en organisasjon	29
Figur 8. Metodens domene.	34
Figur 9. Nåværende organisasjonskultur Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne	46
Figur 10. Gjennomsnittlig helhetlig kultur og organisasjonens karakteristikkk	48
Figur 11. Gjennomsnittlig helhetlig kultur og organisasjonsledelse	49
Figur 12. Gjennomsnittlig helhetlig kultur og ledelse overfor ansatte	51
Figur 13. Gjennomsnittlig helhetlig kultur og organisasjonslim.....	52
Figur 14. Gjennomsnittlig helhetlig kultur og strategisk vektlegging.....	53
Figur 15. Gjennomsnittlig helhetlig kultur og suksesskriterier	54
Figur 16. Nåværende organisasjonskultur fordelt på fag/profesjon	55
Figur 17. Avvikene mellom nåværende helhetlig organisasjonskultur og organisasjonskultur for de ulike profesjonene	56
Figur 18. Nåværende og foretrukket kultur i KPHV	57
Figur 19. Foretrukket organisasjonskultur fordelt på de ulike profesjonene	59
Figur 20. Nåværende og foretrukket organisasjonskultur blant leger	60
Figur 21. Nåværende og foretrukket organisasjonskultur blant psykologer	61
Figur 22. Nåværende og foretrukket organisasjonskultur blant sykepleiere.....	62
Figur 23. Nåværende og foretrukket organisasjonskultur blant vernepleiere	63
Figur 24. Nåværende kultur KPHV, foretrukket kultur enhetene	64
Figur 25. Nåværende og foretrukket kultur KPHV, 2021	73
Figur 26. Nåværende og foretrukket kultur SV, Klingsheim, 2016	73
Figur 27. Gjennomsnittlig kulturprofil offentlig administrasjon (Cameron & Quinn 2014. s92)	73
Tab 1. Gradering av styrke i kulturtyper	38
Tab 2. Populasjon fordelt på profesjon	39
Tab 3. Svarprosent fordelt på enheter	42
Tab 4. Svarprosent fordelt på profesjon.....	43
Tab 5. Nåværende organisasjonskultur Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne	46
Tab 6. Gjennomsnittsverdi for helhetlig kultur og organisasjonens karakteristikkk	49

Tab 7.Gjennomsnittsverdi for helhetlig kultur og organisasjonens ledelse	50
Tab 8.Gjennomsnittsverdi for helhetlig kultur og ledelse overfor ansatte	51
Tab 9.Gjennomsnittsverdi for helhetlig kultur og organisasjonslim.....	52
Tab 10.Gjennomsnittsverdi for helhetlig kultur og strategisk vektlegging	53
Tab 11.Gjennomsnittsverdi for helhetlig kultur og strategisk vektlegging	54
Tab 12.Nåværende organisasjonskultur fordelt på fag/ profesjon	55
Tab 13.Gradering av avvik mellom nåværende og foretrukket kultur	57
Tab 14. Gjennomsnittsverdi for nåværende, foretrukket kultur og avviket	58
Tab 15. Gjennomsnittsverdi foretrukket kultur fordelt på profesjon.....	59
Tab 16. Gjennomsnittsverdi for foretrukket og nåværende kultur blant leger	60
Tab 17. Nåværende og foretrukket organisasjonskultur blant psykologer.....	61
Tab 18. Gjennomsnittsverdi for foretrukket og nåværende kultur blant sykepleiere	62
Tab 19.Gjennomsnittsverdi for foretrukket og nåværende kultur blant vernepleiere.....	63
Tab 20.Nåværende KPHV, foretrukket enheter.....	64

1.0 Innledning

1.1 Tema

Sykehusene våre er kunnskapsorganisasjoner, hvor tillit og medbestemmelse er en forutsetning for å levere gode tjenester. Pasienten i fokus er en sentral og viktig verdi i spesialisthelsetjenesten spesielt, men også i vår kultur og vårt samfunn. Hver pasient har sin spesielle pasienthistorie og dermed også individuelle behov for å oppnå subjektiv vellykket behandling. Det er i den senere tid innført både standardiserte pakkeforløp og nasjonale retningslinjer for behandling. Likevel kan ikke alltid pasientene nødvendigvis behandles via disse forhåndsutarbeidede oppskriftene. Profesjonene må i tillegg gis rom og mulighet for skjønn og gode faglige vurderinger. Suksesskriteriet i drift av sykehus blir spesielt viktig med tanke på at menneskeliv kan gå tapt dersom noe svikter.

Strukturelt er sykehuset preget av stor kompleksitet og ett stort antall ansatte med ulike spesialiseringer. Koordinering av aktiviteter er derfor et sentralt moment, og en god organisasjonskultur er avgjørende for at de forskjellige helseprofesjonene skal kunne samarbeide godt. Klarer ledere på de ulike nivåene i sykehus hierarkiet å samle profesjonene til et felles kulturelt ståsted på tvers av profesjon og teoretisk forankring?

En av hovedgrunnene til å studere organisasjonskultur er nettopp antagelsen om at kultur kan være en viktig nøkkelfaktor for å forklare hvorfor noen organisasjoner lykkes mens andre mislykkes. Organisasjonsteorien setter seg som mål å forklare akkurat dette fenomenet. Verktøyene for en slik forståelse er ulike begreper, kategorier og modeller (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Sett i lys av det viktige samfunnsoppdraget sykehuset forvalter, kan ingen være uenige i at innenfor disse organisasjonene er det spesielt viktig å identifisere faktorer som kan gi nøkkelen til suksess.

Ett særtrekk ved offentlig sektor er at mange av kjerneoppgavene er kompliserte og målene for tjenestene dermed er uklare og vanskelig lar seg måle. Derfor er det nærmest umulig å utforme klare og sammenhengende mål – middel – hierarkier i disse organisasjonene (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 41). Målet med behandling innen psykisk helsevern er kanskje noe av det vanskelig å definere. Det er ingen fasit på hvordan du reparerer menneskesinnet. I noen sammenhenger er målet remisjon av sykdommen, men andre ganger er målet kun skadereduksjon og vedlikehold av funksjon og livskvalitet. Når pasientene opplever tjenestene som fragmenterte og lite sammenhengende, kan det være et uttrykk for sviktende samhandling eller uklare mål? Resultatet av manglende behandling av psykisk lidelse kan føre til unødvendige sykehusinnleggelses og reinnleggelses og redusert funksjonsnivå.

Innen Klinikk psykisk helsevern voksne jobber tverrfaglig sammensatte yrkesgrupper i ulike avdelinger, sengeposter og poliklinikker sammen døgnet rundt. Sammensetningen blant personell varierer på ulike skift, og behovet for døgkontinuerlige vaktsystemer gjør at personell ruller rundt på flere ulike enheter samtidig. Organisasjonsstrukturen er sammensatt og komplisert samtidig som den faglige praksisen er preget av faglig skjønn mer enn medisinske sannheter. Kompleksiteten er mangfoldig og derfor interessant å undersøke i lys av organisasjonskulturbegrepet. Kulturperspektivet er sammensatt og har flere perspektiver. Kulturen i en organisasjon kan preges av en integrert helhetlig kultur som er felles for alle medlemmene i organisasjonen. En slik kultur kan bidra til å styrke tilliten mellom ledelsen og de ansatte og skape en viktig følelse av tilhørighet og fellesskap. I tillegg kan organisasjonskulturen være differensiert og bestå av flere ulike subkulturer som oppstår i samspillet mellom de ulike profesjonene og kanskje til og med ned i de ulike avdelingene og sengepostene. Begge perspektivene fanger opp ulike trekk ved kulturen og komplimenterer hverandre på en slik måte at de kan kombineres og anvendes samtidig for å få en rikere innsikt i organisasjonskulturen (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Kanskje er det til og med ekstra interessant å gjøre denne undersøkelsen innenfor fagfeltet psykiatri – nettopp fordi faget står i ett enormt krysspress. Krysspresset spenner seg fra alle de interne elementene i organisasjonsteorien til søkelyset fra

omgivelsene gjennom ett mangfold av kontrollorganer, lovverk og jus, forventinger og krav fra myndigheter, pasienter og media.

Moderne sykehus er høyrisikobedrifter og det er et økende krav om å produsere tjenester til lavest mulig pris, da sykehusenes drives av offentlige midler. Man ønsker mest mulig for pengene i tillegg til at helsetjenestene skal være trygge. En av grunnene til å studere organisasjonskultur er at observasjoner og forskning har vist at organisasjoner ofte mislykkes i sitt forsøk på endring eller forbedring fordi de ikke er i stand til å endre organisasjonskulturen (Bang, 2013).

Vidar Klingsheim leverte høsten 2016 sin avsluttende masteroppgave som en del av erfaringsbasert masterprogram i helseledelse ved Universitetet i Agder:

«Organisasjonskultur i Spesialavdeling voksne: Undersøkelse av organisasjonskultur i en spesialisert psykiatrisk avdeling.»

Masteroppgaven til Klingsheim viste at det helt klart var ett avvik mellom nåværende og foretrukket kultur. Han fant at organisasjonskulturen i Spesialavdeling voksne var dominert av en sterk kontrollkultur, og et moderat innslag av samarbeidskultur, skapekultur og markedskultur. Videre fant han at det var avvik mellom nåværende og foretrukket kultur. De ansatte ønsket en dominerende samarbeidskultur og mer skapekultur. Han så også på profesjonenes nåværende og foretrukket kultur og fant at her var avvikene betydelige. Legene var den gruppen som i størst grad ønsket å opprettholde nåværende kultur, mens psykologene var den gruppen som avviket mest mellom nåværende og foretrukket kultur (Klingsheim, 2016).

I løpet av en femårs periode vil det i enhver organisasjon kunne skje endringer. Evne til omstilling og tilpasning er i dagens tekning rundt organisasjoner en faktor til suksess. Innen medisin og pasientbehandling skjer det kontinuerlig utvikling. Vi lærer og justerer praksis både gjennom tilsyn, avviksmeldinger, feil behandling og suksesshistorier. I sykehuset generelt, men kanskje spesielt innenfor fagfeltet psykiatri, blir en til stadighet sett i kortene. Befolkningen ønsker en åpenhetskultur om livet i de psykiatriske sykehusene fordi det angår oss alle. Psykisk helse er mer og mer viktig og en økende

helseutfordring i det norske samfunnet. Pasientrettighetene står sterkt sammen med lovverket om gjennomføring av psykisk helsevern og tidvis i motsetning til muligheten for å benytte tvang i forbindelse med behandling av pasienter. Det føres tilsyn både gjennom internkontroller, kontrollkommisjoner, Statsforvalteren, rettsapparatet, UKOM (undersøkelseskommisjonen for alvorlige hendelser), Sivilombudsmannen og den europeiske menneskerettsdomstolen. Utvikling og forbedringer skjer kontinuerlig. For innen fagfeltet psykiatri er det ingen fasit. Hadde vi hatt fasit i hånden ville ikke depresjon blitt en folkesykdom.

Endringene i sykehuset kan komme som resultat av politiske beslutninger, ulike tilsyn, ny forskning, nye oppgaver, lederskifte, eller som en nødvendig organisasjonsendring. Ofte skjer organisasjonsendringer fordi det identifiseres ett problem eller en utfordring som må løses.

Det har skjedd store strukturelle endringer i organiseringen av psykisk helsevern i Stavanger i løpet av de siste fem årene. Både Psykiatrisk divisjon og Spesialavdeling for Voksne er blitt splittet opp i to klinikker og flere avdelinger.

1.2 Relevans

Sykehusene og psykisk helsevern spesielt står som nevnt overfor kontinuerlig krav og press fra omgivelsene som krever endring og tilpasning for å kunne løse morgendagens oppgaver i ett marked der etterspørselen etter tjenestene er økende.

Organisasjoner er både like og forskjellige. Jakobsen og Thorsvik skriver følgene i boken, Hvordan organisasjoner fungerer:

«Ulike virksomheter- uansett om det er en klesbutikk, et direktorat eller et konsulentfirma- har noen fellestrekk. I bunn og grunn er de systemer der mennesker samhandler for å nå mål og løse oppgaver, de har en formell struktur, en kultur og noen uformelle maktforhold, samtidig som de inngår i et sett omgivelser» (2013, s.26).

Fellestrekkene er de som vies mest oppmerksomhet både i organisasjonsteorien og i oppgaven vår. Samtidig er det sagt at organisasjoner også er forskjellige. To viktige skiller kan settes mellom vareproduserende og tjenesteytende organisasjoner, og mellom offentlig og private organisasjoner (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Problemstillingen vil gjennom relevant teori forsøke å belyse likheter, men også og ulikheter i organisasjonskulturen til en offentlig organisasjon. Videre ser vi etter variasjon og avvik som hjelp til å: «*identifisere på en systematisk måte hva som bør økes, hva som bør reduseres og hva som bør forbli som det er*» (Cameron & Quinn, 2013, s.83). Funn som viser variasjon og avvik mellom den nåværende og foretrukne organisasjonskulturen vil være en viktig informasjonskilde for organisasjonene om intensjonen er endring eller forbedring.

1.3 Problemstilling

Vi har i denne masteroppgaven valgt å undersøke organisasjonskulturen i Klinikkk Psykisk Helsevern Voksne, som er bygget opp av deler av Psykiatrisk divisjon og satt i sammen for å gi et psykiatrisk spesialisttjenestetilbud til alle over 18 år i nedslagsfeltet til Helse Stavanger. Klinikken inneholder både poliklinikker, distriktpsikiatriske sengeposter, spesialposter på sykehusnivå og sikkerhetspsykiatri. Klinikken gir tjenester til pasienter med alt fra lettere psykiske plager til alvorlig psykiatriske lidelser.

Vi vil besvare følgende problemstillinger:

1. Hva er den dominerende organisasjonskulturen i Klinikkk Psykisk Helsevern for Voksne?
2. Er organisasjonskulturen konsistent i Klinikkk Psykisk Helsevern for Voksne?
3. Hvilken organisasjonskultur ønsker de ansatte i Klinikkk Psykisk Helsevern for Voksne, og varierer den ønskete kulturen mellom profesjonene?
4. Er det variasjon mellom nåværende organisasjonskultur i Klinikkk psykisk helsevern voksne og foretrukket kultur fordelt på de ulike enhetene internt i organisasjonen?

2.0 Sykehusene, Helseforetakene

I 2002 skjedde det store endringen innen sykehusvesenet i Norge. Alle offentlige sykehus, ambulansetjenester, rusomsorg og psykiatriske institusjoner ble overført fra sin tidligere eier, fylkeskommunene, til staten. 1 januar 2002 trådte sykehusreformen i kraft og det ble opprettet regionale helseforetak som ble fristilt forvaltningen. De enkelte sykehusene innen regionen ble organisert inn under foretaket som egne helseforetak. Det finnes noen få privateide sykehus i Norge, men de fleste av disse har driftsavtaler med det offentlige innenfor sitt spesialområde

De regionale helseforetakene skal legge til rette for spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning og omfatter alle offentlige virksomheter innen spesialisthelsetjenesten i ett geografisk definert område.

Norge har nå fire regionale helseforetak:

- Helse Nord
- Helse Midt-Norge
- Helse Sør-Øst
- Helse Vest

Sykehusene står selv ganske fritt i forhold til den strukturelle organiseringen av sykehuset, slik som hvordan inndelingen skal være når det gjelder klinikker, avdelinger, sengeposter og poliklinikker. Hovedoppgaven til sykehus er å gjennomføre undersøkelser og drive behandling av pasienter og må organiseres deretter.

For å kunne utføre sine hovedoppgaver trenger sykehusene personell med kompetanse. Sykepleiere, leger, fysioterapeuter, bioingeniører, radiografer, psykologer og annet helsepersonell har opp gjennom årene i stor grad fått utforme sine yrkesroller da den drivende faktoren har vært å finne i faget og den rivende utviklingen som har funnet sted innen medisinen. Rollene til de forskjellige profesjonene har i liten grad vært definert igjennom lovgivning eller andre styringsdokumenter noe som har medført at organiseringen i sykehusene dels har vært ut fra tradisjon og dels ut fra lokale forskjeller (Iversen & Braut, 2021). Dette gjør at man i dag vil finne store forskjeller på hvordan sykehusene er organisert.

Sykehuseier har også stor frihet når det gjelder ledelsesstruktur. Lovgivningen fastslår at det skal være en ansvarlig leder på hvert nivå, og fastslår prinsippet om enhetlig ledelse i sykehus. Det stilles ikke eksplisitte faglige krav til leder i forhold til kompetanse og utdanning. Det er derimot et unntak innenfor psykiatrien da det stilles krav om spesifikk kompetanse for å kunne være faglig ansvarlig for behandlingstiltak. Lovgivningen slår også fast at det i både somatikk og i psykiatri skal være en pasientansvarlig lege overfor den enkelte pasient. Ut over dette står sykehuset noenlunde fritt til å organisere seg slik det ønsker så lenge kravet om faglig forsvarlig drift ivaretas (Iversen & Braut, 2021).

I ett historisk perspektiv har ulike profesjoner ledet seg selv i sykehusene. Dette har gitt både rom og mulighet for profesjonene til å opprettholde og skape sine egne kulturer internt i sykehusorganisasjonen (Smeby & Gundersen, 2021)

2.1 Det psykiatriske sykehus

Psykiatri har også i takt med utviklingen av det moderne sykehuset og samfunnsutviklingen generelt gjennomgått store forandringer det siste århundret. Dette gjelder både organisering, behandlingssyn og behandlingstilbud. I 1961 kom «Lov om psykisk helsevern» og med den kom det store endringer i tilbudet til psykisk syke mennesker. Loven omfattet føringer for undersøkelse, behandling og pleie i psykiatriske sykehus og inkluderte også psykiatrisk forvern og ettervern. Lovvedtaket førte også til starten på nedbyggingen av psykiatrien. De store institusjonene og asylenes tid var forbi og disse ble omdefinert til psykiatriske sykehus eid av fylkeskommunene.

Denne loven ble i 1999 erstattet av «Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven)».

I perioden 1999-2006 iverksatte regjeringen opptrappingsplanen psykisk helse. Man ville med denne øke de kommunale tjenestene innen psykisk helse samtidig som fylkeskommunen skulle øke sin andel av desentraliserte behandlingstilbud. Det skulle planlegges og bygges nye distriktpsikiatriske sentre i fylkene med utgangspunkt i de tidligere psykiatriske sykehjemmene og dagavdelingene. Disse skulle spres ut fra et

geografisk hensyn. Gjennomsnittlig var det 4 DPS per fylke som ble lagt under de psykiatriske sykehusene. Intensjonen med DPS var ifølge St.meld. 25 (1996- 1997) Åpenhet og helhet- om psykiske lidelser og tjenestetilbudene:

- Selvstendig faglig enhet med poliklinikk, dag og døgntilbud
- Skal ha bred kontaktflate mot de kommunale helse- og sosialtjenestene
- Skal ta imot henvisninger direkte fra primærhelsetjenesten

(Husøy, 2012)

Da sykehusene i 2002 ble overført fra fylkeskommune til statlige helseforetak, ble også de distriktpsikiatriske sentrene overført.

I 2006 kom Helsedirektoratet med en veileder for tjenesteinnholdet i DPS:
Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommune og sentraliserte sykehusfunksjoner i ryggen (Sosial- og helsedirektoratet, 2006)

Det har over tid skjedd en markant dreining fra behandling i døgn og lange institusjonsopphold, til kortere behandling i nærheten av der pasienten bor og oppholder seg, fortrinnsvis gjennom poliklinisk behandling eller via ambulante tjenester.

2.1.1 Psykisk helsevern i Stavanger – fra Psykiatrisk divisjon til Klinikk psykisk helsevern voksne (KPHV)

Psykiatrisk divisjon var den største divisjonen i Helse Stavanger med et budsjett på ca. 1.1 milliard kroner. Divisjonen inneholdt spesialiserte tjenester som omhandlet psykiatri og rus både til barn, unge og voksne. Den hadde enheter lokalisert så langt sør som Egersund og var spredd over et stort geografisk område.

Klingsheim beskriver i sin masteroppgave hvordan opptakten til organisasjonsendring av Psykiatrisk divisjon utspilte seg gjennom beskrivelser av utfordringsbildet i divisjonen og omtale i media fra 2012 og frem til september 2016. Her pekes det på

både overbelegg, dårlige pasientforløp, rekrutteringsutfordringer, økende vold og trusler mot ansatte, kritikk fra brukerorganisasjoner i forhold til utbredt bruk av tvang knyttet opp mot en ukultur blant de ansatte i organisasjonen. Det hele toppet seg med en varslingssak fra divisjonen sin erfaringskonsulent og påfølgende påstander om gjengjeldelse. Resultatet ble at daværende direktør i Psykiatrisk divisjon sluttet første august 2015 etter å ha siddet i stillingen fra 1999 (Klingsheim, 2016, s. 18-20).

Skissene mot en mulig organisasjonsendring av Psykiatrisk divisjon ble iverksatt av administrerende direktør i september 2015 og beskrevet i prosjektdirektivet: *Utredning - fremtidig organisasjonsstruktur i Psykiatrisk divisjon*. Selve divisjonen ble prosjektorganisert i omstillingsperioden.

I tillegg ble det i oktober 2015 iverksatt ett samtidig prosjekt som handlet om pasientbehandling og pasientforløp kalt: *Prosjekt Psykiatrisk divisjon – fra døgn til dag – fra seng til poliklinisk behandling*. Prosjektet hadde sitt utspring i at divisjonen hadde ett høyere antall døgnplasser i forhold til befolkningsgrunnet sett opp mot resten av landet. Dermed skulle ressurser overføres fra døgnbehandling til dagbehandling for å styrke ambulante tjenester og poliklinikk i tråd med DPS veilederen og samhandlingsreformen. Begge pekte på en retning som signaliserte ett behov for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og en dreining mot at pasienten i større grad skal hjelpes der de bor.

Spesialavdeling for Voksne var den største avdelingen i Psykiatrisk divisjon og en del av Stavanger Universitetssykehus. Avdelingen bestod for det meste av lukkede sengeposter for de sykeste pasientene og lå lokalisert på sykehusområdet på Våland i Stavanger. Avdelingen hadde i tillegg noen spesialiserte enheter som ikke var geografisk plassert på sykehusområdet. Disse enhetene var knyttet opp mot seksjon Sikkerhet som var inkludert som en seksjon under Spesialavdeling for Voksne. De andre seksjonene innenfor Spesialavdeling for Voksne, lokalisert på Våland i Stavanger, var Alderspsykiatrisk-seksjon, Seksjon akutt- og intensivpsykiatri og Affektiv og psykose-seksjonen.

Etter omstruktureringen av Psykiatrisk divisjon ble de nye avdelingene som før hadde tilhørt Spesialavdeling for Voksne slått i sammen med seks distrikts psykiatriske sentre som var selvstendige avdelinger og inneholdt åpne sengeposter og poliklinikker. Den nye overordnede enheten fikk navnet Klinikk Psykisk Helsevern Voksne (KPHV) og skulle gi spesialiserte psykiatritjenester til befolkningen i Helse Stavangers nedslagsfelt.

Det videre resultatet av prosjektorganiseringen ble at daværende Psykiatrisk divisjon ble delt i to klinikker innen psykisk helse:

- Klinikk psykisk Helsevern Voksne (KPHV)
- Klinikk psykisk helsevern barn, unge og rusavhengige (KPHBURA)

Prosjektet fra døgn til dag resulterte i at en sengepost med 12 døgnplasser på Ryfylke DPS ble lagt ned for å omdisponere ressursene.

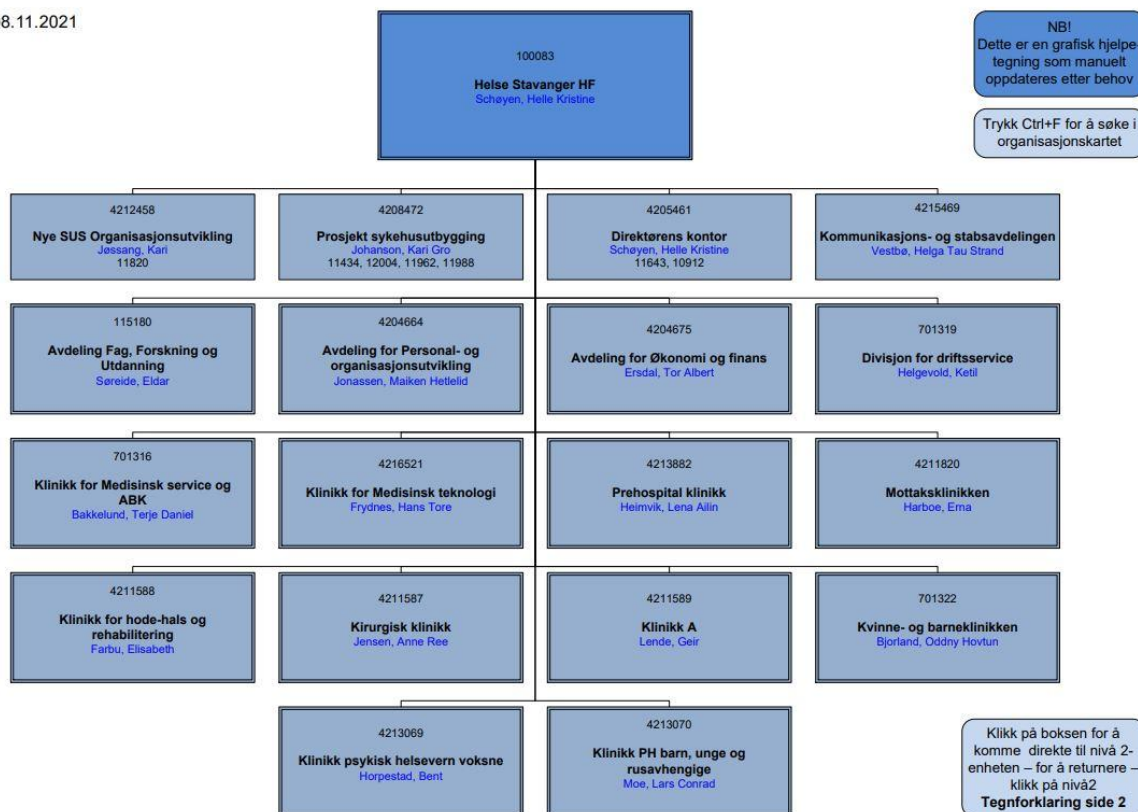
Klinikk psykisk helsevern har hatt tre lederskifter i perioden fra 2016. Helle K. Schøyen ble i juni 2020 ny administrerende direktør i Helse Stavanger HF da Inger Cathrine Bryne gikk over i stillingen som administrerende direktør i Helse Vest. Helle kom fra stillingen som klinikkdirektør i KPHV.

2.2 Helse Stavanger

Helse Stavanger HF, Stavanger Universitetssykehus, (SUS) er et av landets seks universitetssykehus og Norges tredje største akuttssykehus. SUS har over 7800 medarbeidere, omtrent 5000 netto månedsverk som rommer 130 ulike yrkesgrupper organisert i over 20 fagorganisasjoner. Medarbeiderne kommer fra over 30 nasjoner. Av de de største yrkesgruppene er omtrent 2500 sykepleiere, 1500 fagarbeidere og 950 leger. Over 180 medarbeidere har doktorgrad og det er over 30 professorer ansatt. Budsjett for 2020 var på 7,55 milliarder. Og i 2020 ble det investert 1,5 milliarder i utbyggingen av nye SUS2024. Første byggetrinn på ett nytt universitetssykehus er påbegynt. Administrerende direktør ved SUS er ansvarlig for prosjektet som per nå er landets største byggeprosjekt. SUS betjener en befolkning på 370 000 i 15 kommuner i Sør-Rogaland. Helse Stavanger HF er delt inn i 10 ulike klinikker.

Sykehusets sine hovedoppgaver er pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og pasientopplæring. Kjerneverdiene er respekt, trygghet og kvalitet.

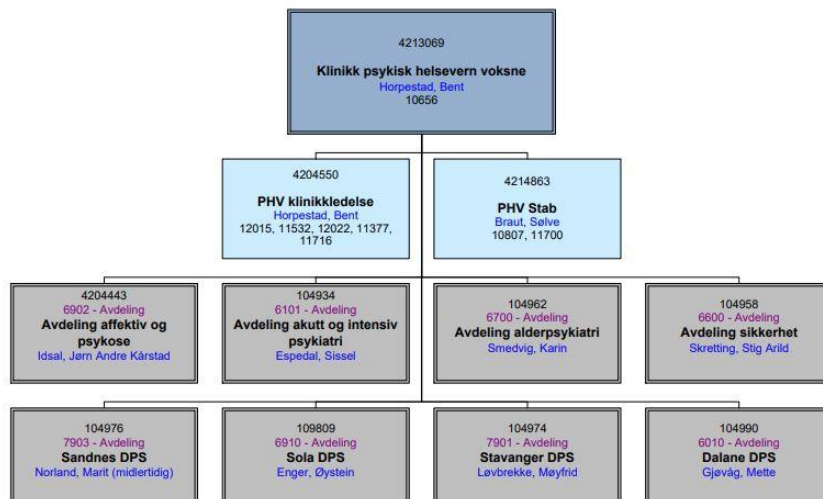
08.11.2021



Figur 1. Organisasjonskart Helse Stavanger

2.3 Klinikk psykisk helsevern voksne – KPHV

I dag er Klinikk psykisk helsevern voksne er en av klinikkene i Helse Stavanger HF. Og en av to klinikker som yter helsehjelp innen psykisk helse. Klinikk psykisk helsevern voksne yter spesialiserte helsetjenester for den voksne befolkningen over 18 år i sør-Rogaland. Klinikken strategier bygger på Helse Stavanger sin visjon om å fremme helse, mestring og livskvalitet. Klinikken har fire avdelinger som er lokalisert ved sykehuset Vålånd (gamle spesialavdeling for voksne), samt avdelinger ved DPS-ene: Stavanger, Sandnes, Sola og Dalane i Egersund. Klinikken har omtrent 700 årsverk og ett budsjett på ca. 800 millioner.



Figur 2 Organisasjonskart Klinikk psykisk helsevern voksne

I følge DPS veilederen skal veien inn til all psykisk helsehjelp være via DPS. I klinikk psykisk helsevern voksne har klinikken valgt en felles vei inn for alle pasientene i regionen. Mottaksfunksjonen er dermed en samorganisering for hele KPHV, Akutt Mottakspost C2 (AMC2) har 8 sengeplasser.

Alle pasientene som legges inn som ø-hjelp går via AMC2 som er en psykiatrisk mottakspost lokalisert på sykehusområdet på Våland. I tillegg drifter enheten på kveld, natt, helg og helligdager ø-hjelps oppgaver ovenfor KPHBURA, Jæren DPS, Rogaland A-senter og til dels det somatiske akutt mottaket (raske overføringer ved mistanke om psykisk lidelse). Innleggende instans er i hovedsak legevaktene i regionen.

Akutt mottaket åpnet i 2001 og vant akuttprisen både i 2004 og 2008. Pasientene som kommer til AMC2 blir værende i 1 døgn før de vurderes av spesialist og overføres til riktig omsorgsnivå. Pasienten kan vurderes i behov av opphold på sengepost på DPS, spesialposter på Våland, Rogaland A-senter eller til ulike polikliniske eller ambulante tilbud. Noen pasienter kan også vurderes til akutt plasser i de tilhørende kommunene. Ca. 30 prosent av pasienten skrives årlig ut etter ett døgn. Legetjenesten på mottaket driftes i hovedsak av vaktlaget i KPHV. Det er i tillegg faste behandler stillinger og miljøpersonell på AMC2. Noen av de fast ansatte sykepleierne på posten drifter også psykiatriambulansen.

Fra enheten åpent i 2001 og frem til i dag har det vært gradvis økning i antall innleggelser fra år til år. I 2002 hadde enheten 1375 innleggelser og i 2020 var tallet steget til 2505 innleggelser.

Alle døgnenhetene i klinikken er strukturelt organisert likt. Hver sengepost har sine egne ledere, overleger, leger, psykologer, sosionom, konsulent og pleiepersonell (sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter). I tillegg har noen enheter ansatt fysioterapeuter, musikkterapeuter og kunst terapeuter.

Forskjellen mellom sengeposter på DPS og spesialposter på Våland er rammene, som i hovedsak representerer åpen eller låst dør inn i posten, samt personellfaktoren. Den åpne døren fordrer at pasientene på eget ønske vil være på sengeposten. De kan fritt gå ut av sengeposten når de måtte ønske det uten å trenge hjelp av personalet for å åpne døren. Pasienter med høyest symptomtrykk og lavest funksjonsnivå innlegges i hovedsak på lukkede spesialposter på Våland.

KPHV har i tillegg 6 allmenn psykiatriske poliklinikker fordelt geografisk på de 4 ulike DPS-ene. Poliklinikkene har ulike opptaksområder, men driftes i hovedsak likt. Poliklinikkene har egne poliklinikkledere og flere ulike behandlerstillinger som er tverrfaglig sammensatt. Pasienten som søkes inn rettighets vurderes etter retningslinjene i prioriteringsveilederen. I motsetning til sengepostene som i stor grad får pasienter innlagt via ø-hjelp, jobber poliklinikkene med elektive pasienter som søkes inn til behandling fra for eksempel fastlege.

KPHV har også noen spesialpoliklinikker som er klinikkovergripende innen fagfeltene: sikkerhetspsykiatri, alderspsykiatri, spiseforstyrrelser, ECT (Elektrokonvulsiv behandling), raskere psykisk helsehjelp og en gruppepoliklinikk. Disse er i forhold til struktur organisert tilnærmet likt de vanlige poliklinikkene. Klinikken har i tillegg ulike etterverns tilbud på de ulike DPS-ene og innen sikkerhetspsykiatri. Disse tilbudene er organisert noe ulikt avhengig av kommunetilhørighet og hvordan tjenestene til pasienter med psykiske lidelser er organisert i de ulike kommunene i regionen. Sandnes DPS har for eksempel ett FACT tilbud som er en samarbeidsmodell mellom DPS-et og kommunen.

I tillegg har DPS-ene tilhørende ulikt organiserte akutt ambulante team (AAT) som på kveld og helg er driftet som ett felles AAT.

Avdeling sikkerhet skiller seg noe ut fra resten av avdelingene både strukturelt og organisatorisk. Ansatte som er definert som behandlere (lege og psykolog) er organisert på avdelingsnivå, i motsetning til sengepost og enhet. I tillegg til en sikkerhetspost med 10 senger har avdelingen spesialiserte langtidsavdelinger som ivaretar pasienter med alvorlige psykiske helseutfordringer som i tillegg også gjerne er dømt til behandling (botiltaket EVA og Eiketun). Disse er organisert med ulike strukturer og geografisk plassering. I tillegg har avdelingen polikliniske tjenester tilknyttet fengsel, nevropsykiatri og mobilt innsatsteam (MIT, jobber innen PUH og autisme spekteret kombinert med alvorlig adferdsforstyrrelse).

2.3.1 Mediebildet

I masteroppgaven til Klingsheim belyste han media sin interesse for fagfeltet psykiatri (2016, s.9-11). Han pekte på negative overskrifter som følge av overbelegg, økt tvang, økt antall registrerte avvik med vold og trusler mot ansatte og nedleggelse av døgnplasser på grunn av rekrutteringsutfordringer.

Prosjektet fra døgn til dag i Helse Stavanger HF medførte en reduksjon av døgnplasser som en ønsket endring mot nære og bedre psykiatri tjenester til befolkningen gjennom poliklinikk tjenester, dagtilbud, ambulante team og FACT team.

Medieoppslagene har fortsatt å komme – både lokalt og nasjonalt.

Behovet for økt antall sengeplasser for pasienter som er dømt til behandling er satt på agendaen både av Helse Stavanger HF og Helse Vest. Dette fordi antall pasienter som blir dømt til tvunget psykiatrisk behandling i regionen øker. Behovet synliggjøres dessverre ytterlige gjennom flere groteske hendelser med tap av menneskeliv som en konsekvens. Massedrapene i Kongsberg 13.10.2021 ble bredt dekket av media (Lepperød, 2021). Hendelsen på Bislett skjedde en måned etter: En mann som allerede var dømt til psykiatrisk behandling mistet livet som følge av en alvorlig voldshendelse mot

allmennheten og politi (Pedersen & Kolstad, 2021). Grusomme handlinger begått av personer som både hadde vært, og fortsatt var i psykiatrisk behandling. Det ble i ettermælet av disse sakene stilt spørsmål om psykiatrien hadde gjort jobben sin. Flere aktører gikk ut og lurte på om disse menneskene hadde fått god og forsvarlig helsehjelp. Alle disse sakene aktualiserte igjen behovet for sikkerhetsplasser nasjonalt, men også i Helse Stavanger HF.

I følge Faktisk.no var det 169 personer som var dømt til behandling i psykisk helsevern i 2015. I 2020 var tallet 246, en økning på 45% (Delebekk, 2021).

Helse Stavanger har fått tildelt 10 millioner kroner til å bygge opp en ny sikkerhetspost. Dette er ikke nok. 31.10.2021 skriver Stavanger Aftenblad en artikkel om at SUS styrker sikkerhetspsykiatrien – og vurderer å legge med en psykosepost, for å få tilstrekkelig økonomi, fysisk plass og helsepersonell nok til ett nytt tilbud til pasienter dømt til behandling. Lederen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP) i Rogaland, Arnhild Ottesen kaller beslutningen et paradoks ((1) Pettersen, 2021).

Den nye helseministeren, Ingvild Kjerkol (Ap) har nylig uttalt at den nye regjeringen vil hindre nedbygging av sengeplasser i psykiatrien (Holmes, Elgaan & Quist, 2021).

23.11.2021 bekrefter Klinikkjef i KPHV, Bent Horpestad til Stavanger Aftenblad at planen om nedleggelse av sengeposten ikke er anbefalt etter å ha foretatt en risiko- og sårbarhetsanalyse ((2) Pettersen 2021).

24.11.2021 skriver tidligere erfaringskonsulent Målfrid Fram Jensen en kronikk med tittelen «Gjenskinnet av en fryktkultur i helsetjenesten» i Stavanger Aftenblad der hun skriver at de ansatte ved den nedleggingsstruede sengeposten har bedt utenforstående engasjere seg i kampen mot nedleggelse. Hun skriver: «*Ansatte har altså kontaktet utenforstående og bedt dem om å skrive. Jeg er også kontaktet. Det er sikkert greit, men spørsmålet er: Hvorfor våge de ikke ytre seg selv? Er det gjenskinnet av helsetjenestens fryktkultur vi ser?»* (Jensen, 2021)

I dag er kanskje hovedproblemet at nedbyggingen av psykiatriske institusjoner har gått så langt at det er for få institusjonsplasser til dem som tross alt trenger dette. Resultatet er så korte opphold på sykehusene at en del må skrives ut av plasshensyn før deres

psykiske lidelse er tilstrekkelig stabilisert. De overføres til lavere omsorgsnivå, men mangler kanskje forutsetningen for mestring av livet utenfor rammene av sykehuset.

Dette fører til snarlige reinnleggelser, noe som på sikt er uheldig og fører til dårlige behandlingsforløp og svingdørspasienter.

Det er kanskje tidlig å konkludere, men: Psykiatrien vil nok alltid ha en plass i media, på både godt og vondt.

3.0 Teori

Oppgaven vår tar sikte på å undersøke og belyse organisasjonskulturen for Klinikk psykisk helsevern voksne. Det har vært gjennomført mye forskning innen psykiatri og psykisk helse opp igjennom årene, men forskningen omhandler i hovedsak resultater på effekt av behandling, eller har fokus på brukermedvirkning. Ved et raskt søk på internett med søkeordene «forskning, psykiatri, organisasjonskultur» er det ikke mange treff som kommer. Forskning på profesjoner er også tidligere i hovedsak forankret i sosiologi, der det vektlegges teorier om profesjonenes rolle og utvikling, spesielt innenfor offentlig sektor. Det var først på 1980-tallet innenfor management-teorier at interessen for profesjonelle tjenestebedrifter vokste frem (Døving, Elstad & Storvik, 2016).

Vi vil i dette kapitlet av oppgaven beskrive den teorien vi vil benytte videre i vår oppgave. Vi starter med organisasjonsteori, og fortsetter med å belyse teori rundt organisasjonskultur og organisasjonsstruktur.

Organisasjonskultur kan ses på som ett stabilt element i en organisasjon, men det kan også oppstå ulike kulturer internt i samme organisasjon. I et sykehusperspektiv er det naturlig å se for seg at subkulturer kan finnes og oppstå for eksempel innad i de ulike yrkesgruppene eller i de ulike avdelingene og sengepostene. Oppgaven belyser derfor integrasjonsperspektivet og differensieringsperspektivet på organisasjonskultur.

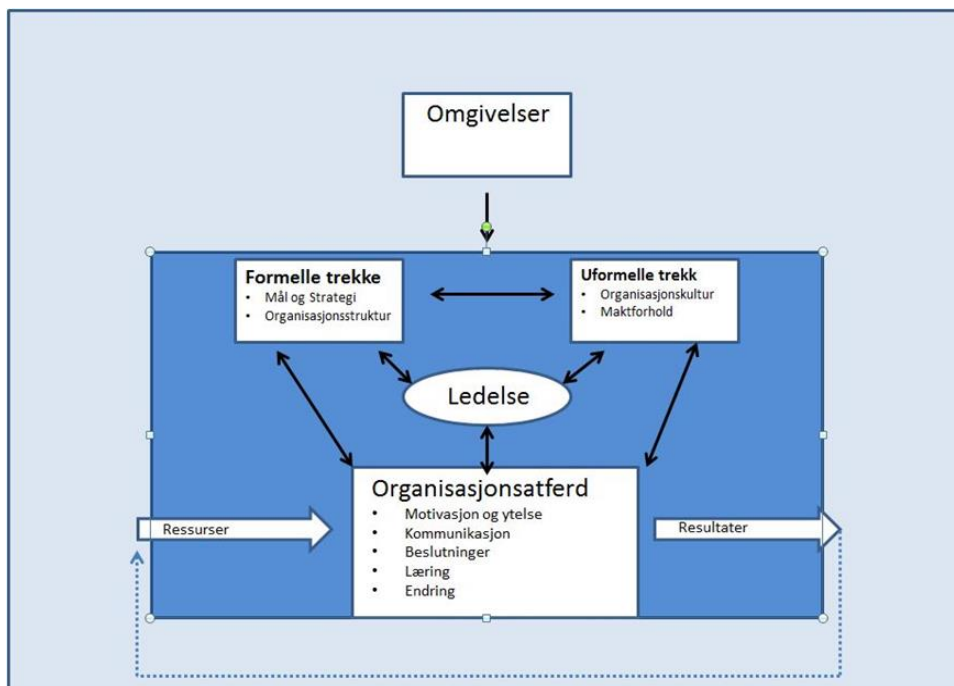
Sykehus beskrives som kunnskapsbaserte organisasjoner bygget opp rundt ett hierarki der ansatte med lengst utdanning er plassert øverst, og utdanningsnivå er avtagende nedover i hierarkiet. I tillegg er organisasjonskulturen i et sykehus dominert av rigide strukturer og lange tradisjoner. Yrkesprofesjonene har forventede rolletyper utfra profesjon og i vårt kunnskapsbaserte samfunn er betydningen av profesjonene mer og mer viktig og sentralt. Teoridelen belyser derfor også begrepet og betydningen av profesjonsteori inn i en organisasjon.

Teoridelen redegjør også for rammeverket The Competing Value Framework (CVF) som er et rammeverk for å identifisere og endre organisasjonskultur og ledelsesprofil (Cameron & Quinn, 2013).

3.1 Organisasjonsteori

Organisasjonsteorien har høye ambisjoner. Den sikter mot å forstå og samtidig forklare hva som skjer i organisasjoner, for derved å kunne bruke kunnskapen til å forbedre, påvirke og eventuelt endre organisasjonen i ønsket retning. Når vi her snakker om organisasjon er det i lys av den teoretiske definisjonen: «*et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål*» (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 18). Utgangspunktet for denne definisjonen er at alle organisasjoner er å betrakte som produksjonssystemer som enten produserer varer, tjenester eller beslutninger som gir ett resultat som en mottaker, tjenesteyter eller kunde er villig til å betale for. Organisasjonsteorien setter søkelys på menneskene som utfører tjenestene eller oppgavene, og organisasjonsteori kalles derfor en atferdsvitenskap (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Menneskers oppførsel eller atferd i organisasjoner er delvis forskjellig fra atferd i andre sammenhenger der mennesker samles. Ulik kontekst skaper ulik atferd, og adferden i organisasjoner blir påvirket av den organisatoriske konteksten. I tillegg påvirker ledelse atferd i en organisasjon. Formelle trekk som mål og strategi, og organisasjonsstruktur påvirker atferden til de ansatte. Uformelle trekk som maktforhold og organisasjonskultur påvirker også atferden i en organisasjon. Til slutt inngår også selve organisasjonen inn i en større kontekst kalt omgivelser. Alle disse elementene samlet gir oss ett bilde av en helhetlig modell som kan beskrive og forklare hvordan organisasjoner fungerer. Jacobsen og Thorsvik (2013) har i boken; *Hvordan organisasjoner fungerer*, beskrevet en modell (fig.3) som danner grunnlaget for en overordnet tenkning omkring temaet:



Figur 3. Ulike elementer i organisasjon som påvirker organisasjonsatferd.

Modellen forsøker å forklare og forstå hva som skjer i en organisasjon for videre å bruke kunnskapen til å påvirke og endre organisasjonen.

3.1.1 Organisasjonskultur

Det finnes mange ulike definisjoner på begrepet organisasjonskultur, men innholdet i kulturbegrepet er de fleste organisasjonsforskere noenlunde samstemte omkring. Vi har derfor valgt å fremheve Henning Bang sin definisjon på begrepet som trekker inn alle elementene som virker sammen og danner organisasjonskultur. Han beskriver organisasjonskultur slik:

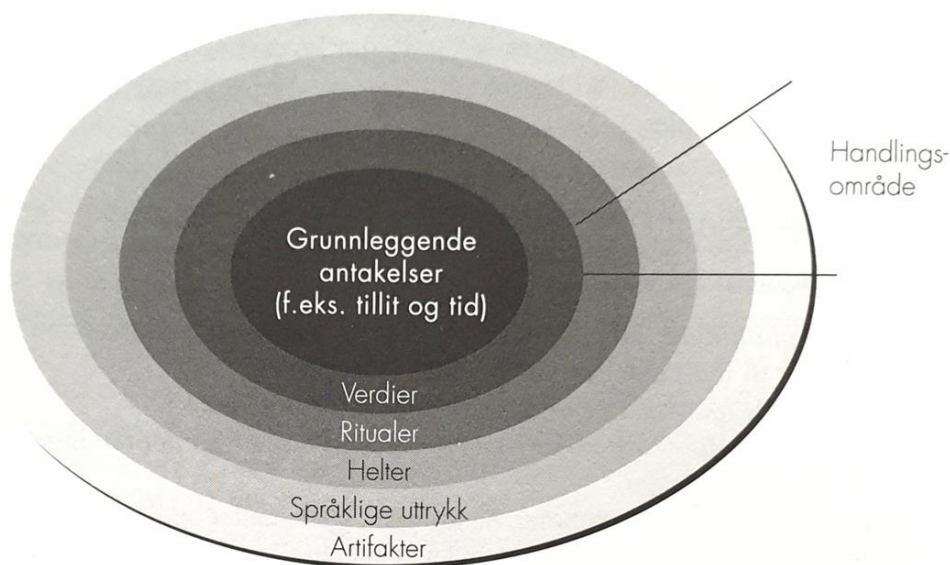
«Organisasjonskultur er de sett av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene, og som kommer til uttrykk i medlemmenes handlinger og holdninger på jobben» (Bang, 2013, s.327)

Organisasjonsforskere har lenge vært opptatt av å finne svaret på hvorfor noen organisasjoner lykkes mens andre ikke lykkes. Viktigheten av organisasjonskultur ble

for alvor aktualisert etter 1980-tallet da det dannet seg en forståelse for at det var mer enn teknologi og økonomi som var avgjørende for å lykkes som en organisasjon (Strand, 2007, s.180).

En gruppe mennesker som deler de grunnleggende oppfatninger av omgivelsene og om «verden» har en felles kultur. Kulturen eksisterer på grunn av ulike kjennetegn (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Organisasjonskultur består av flere ulike elementer eller nivåer. Hvordan disse elementene settes i system eller beskrives varierer i noen grad, men dette er nyanser som ikke utgjør store forskjeller på selve forståelsesrammen. Kulturen illustreres i hovedsak med ulike pedagogiske modeller som inneholder flere lag, nivåer eller systemer. Den modellen vi har valgt å gjengi er inspirert av Hofstede (2001) og Hatch (1997, 2001) og beskriver 6 ringer med ulike kulturelementer (fig.4) (Strand, 2007, s 186):



Figur 4. Kultur - lagvis

Denne modellen presenterer elementene i en kultur lagvis i en sirkelformet figur. Innerst er en stabil og beskyttet kjerne som er vanskelig å komme til for å få endret den. Etter hvert som vi beveger oss fra kjernen og gjennom lagene ut mot ytterkanten, vil man i større og lettere grad kunne påvirke, endre eller omdefinere elementene. De ytterste sirklene er handlingsområde for forandring og omtolkning.

- *Grunnleggende antakelser*, her finner vi grunnmuren, det som er mest stabilt. Ting som tillitt, tilhørighet og tid. Her finnes det *verdier* og tilsvarende normer tett knyttet opp til antakelsene. Dette er noe vi tar som gitt og som bare er der. Begynner vi å rokke ved disse fører det til opprør og uro. På organisasjonsnivå omhandler antakelser organisasjonens uunnværlighet, organisasjonens plassering i omgivelsene og ideen om at organisasjonen er svaret på utfordringer som oppstår.
- *Ritualer* omhandler repeterende handlinger som kan tjene som hjelpemiddel, men også rene uttrykksfulle utbrudd som kan forklares direkte. De er en del av det vi har å spille på og tjener til å forankre samhandling. For personer som ikke er kjent med ritualene vil disse fremstå ubegripelige.
- *Helter* er noen å se opp til. Dette er de som innehar de «rette» idealer og evner og fremstår som et forbilde for andre.
- *Språklige uttrykk* er måten vi snakker på i sammen med «våre egne». Dette markerer om man er innenfor eller utenfor stammen.
- *Artefakter* er fysiske uttrykk som sier noe om organisasjonen. Dette kan være merker, logo, klær, bygninger, osv.

(Strand, 2007, s.185-187)

Kulturer er systemer som benyttes for å kunne tolke det omkringliggende organisasjonslandskapet. Da må man også forvente at det er variasjoner mellom individer og mellom grupper. Mindre grupper kan skille seg ut fra resten av bildet, og vi snakker da om subkulturer. Disse kan i forskjellig grad være forenelig med resten av organisasjonen, eller de kan tilføre noe ekstra som ikke ville vært tilstede uten en subkultur. Det er mer vanlig med ulikheter og mangfold enn likheter og ensartethet noe som kan være et tegn på dynamikk og tilpasningsevne, eller grunnlaget for konflikt.

(Strand, 2007)

De fleste definisjoner av organisasjonskultur setter fokus på verdier, meninger, oppfatninger og holdninger som er felles for alle i organisasjonen. Denne tilnærmingen kan skjule at organisasjoner også kan ha kulturelt mangfold og konflikter mellom verdier og meninger om hva som er riktig. En erkjennelse av dette fører til et behov for

ulike perspektiver for å fange opp variasjoner i organisasjonskultur (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

3.1.2 Competing Values Framework

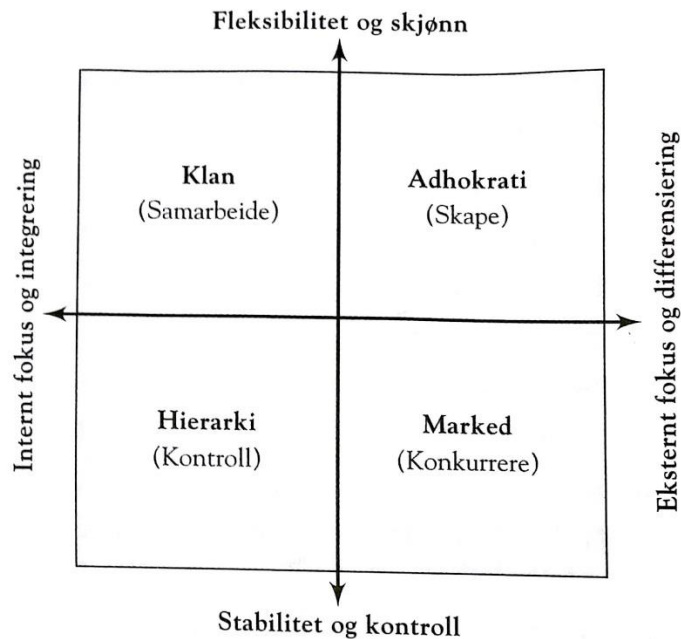
Competing Values Framework (CVF), er en teoretisk modell som kan benyttes til å måle, vurdere og endre organisasjonskultur. Cameron og Quinn har utviklet rammeverket med utgangspunkt i omfattende studier av hvilke faktorer som kjennetegner effektive organisasjoner (Cameron og Quinn, 2013).

Denne teoretiske modellen er nå det mest fremtredende rammeverket i verden for å vurdere organisasjonskultur. Verktøyet ble utviklet gjennom forskning som forsøkte å identifisere de største indikatorene for effektivitet i organisasjoner. Resultatet ble trettini ulike indikatorer som Quinn og Rohrbaugh (1983) senere systematisert i fire hovedbolker langs to hoveddimensjoner med effektivitetskriterier:

Den ene dimensjonen tar for seg kriteriene som understreker fleksibilitet, dynamisme, skjønn og stabilitet, orden og kontroll. Den andre dimensjonen tar for seg kriteriene som vektlegger intern orientering, integrering, helhet og ekstern orientering; differensiering og rivalisering. (Cameron & Quinn, 2013)

«Kontinuiteten strekker seg fra organisatorisk samhörighet og overensstemmelse i den ene enden til organisatorisk atskillelse og uavhengighet i den andre enden» (Cameron & Quinn, 2013, s.39)

Dimensjonene danner fire deler (fig.5), hvor hver del representerer hvert sitt sett med effektivitetsindikatorer. De fire boksene representerer kjerneverdier som er motsigende eller konkurrerende antakelser, og boksene som henger i sammen fremhever en kjerneverdi som er motsatt av den andre. Fleksibilitet versus stabilitet og intern versus ekstern. De fire delene blir også motstridende eller konkurrerende diagonalt (Cameron & Quinn, 2013).



Figur 5. Hoveddimensjonene og kulturtypene i rammeverket

Navnene eller merkelappene i figuren (fig. 5) er gitt ut fra sitt mest klare kjennetegn og er ikke tilfeldig valgt men er et produkt av forskning og forklarer hvordan de ulike organisasjonsverdiene passer inn med organisasjonsformene. Merkelappene til de fire delene er: *klan* – *adhokrati* – *marked* - *hierarki* (Cameron & Quinn, 2013). Dette er de fire store kulturtypene i teorien.

3.1.3.1 Hierarki- (kontroll-) kultur

Den første kulturtypen er hierarki. Kulturen har sitt utspring i Max Webers arbeid om statlige organisasjoner. Weber pekte på syv kjennetegn som skulle effektivisere produksjonen av varer og tjenester, og som senere også har blitt de klassiske kjennetegnene på et byråkrati: *regler, spesialisering, elitestyre, hierarki, særreie, mangel på personlighet og ansvarlighet*. Offentlige etater og store organisasjoner har ofte denne kulturen (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. Det er prosedyrer som bestemmer hva de ansatte skal

gjøre og hvordan. Formelle regler og retningslinjer holder organisasjonen sammen. Hierarkiske kulturer kjennetegnes av kontrollerende omgivelser. Suksess er stabil og pålitelig produksjon, der alt går som på skinner og kostnader holdes nede (Cameron & Quinn, 2013).

3.1.3.2 Markeds- (konkurrans-) kultur

Denne måten å organisere bedrifter på ble populær på slutten av 1960-tallet og ideen bygger i hovedsak på arbeidet til flere ulike organisasjonsforskere. Det nye kulturen ble omtalt som en markedsform for organisering, og var avhengig av andre verdier enn hierarki-kulturen. Det viktigste grunnlaget for organisatorisk effektivitet var transaksjonskostnader. Marked i denne konteksten har ikke samme betydning som et marked med forbrukere og varer som selges. Dette handler om en organisasjon som selv fungerer som ett marked. Den retter fokus mot eksterne forhold istedenfor interne og fungerer gjennom markedsøkonomiske mekanismer, konkurrerende dynamikk og pengeutveksling. Kjerneverdiene er konkurransevne og produktivitet som blir oppnådd gjennom vektlegging av ekstern posisjonering og kontroll (Cameron & Quinn, 2013)

Konkurranseskulturen er en direkte kontrast til samarbeidskulturen. Organisasjonen er opptatt av resultater. Det viktigste er å få jobben gjort. De ansatte bør være konkurransemennesker og opptatt av å nå mål. Belønning gis etter hva gruppen presterer, ikke den enkelte ansatte (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Ledere er tøffe og stiller høye krav. Organisasjonen holdes sammen av fokuset på å vinne. Det viktigste budskapet er at organisasjonen får suksess gjennom å bli anerkjent for omverdenen (Cameron & Quinn, 2013). Organisasjoner med dominerende konkurransekultur kan inneha manglende aksept for ansatte som ikke yter sitt beste og hele tiden er «på hugget» (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

3.1.3.3 Klan- (samarbeids-) kultur

Den tredje idealtype av organisasjoner kalles klan på grunn av likheter til en familieorganisasjon. Bakgrunn for klankulturen er at forskere studerte organisasjoner i Japan på 1960-tallet. De fant en kultur preget av delte verdier og mål, samhørighet,

deltakelse, individualisme og en tanke om «å være oss». Samarbeidskulturen preges av teamarbeid, ansattes medvirkning og bedriftens forpliktelser overfor ansatte. Arbeidsplassen er som en utvidet familie, og ledere ses på som mentorer eller foreldrefigurer. Man opplever en sterk forpliktelse til hverandre. Suksess handler om omsorg for mennesker og å forstå deres behov (Cameron & Quinn, 2013). Organisasjonstypen kan også kalles gruppeorganisasjoner. Ett eksempel kan være er ekspertgrupper med felles status, for eksempel profesjonskollegier (Strand, 2007).

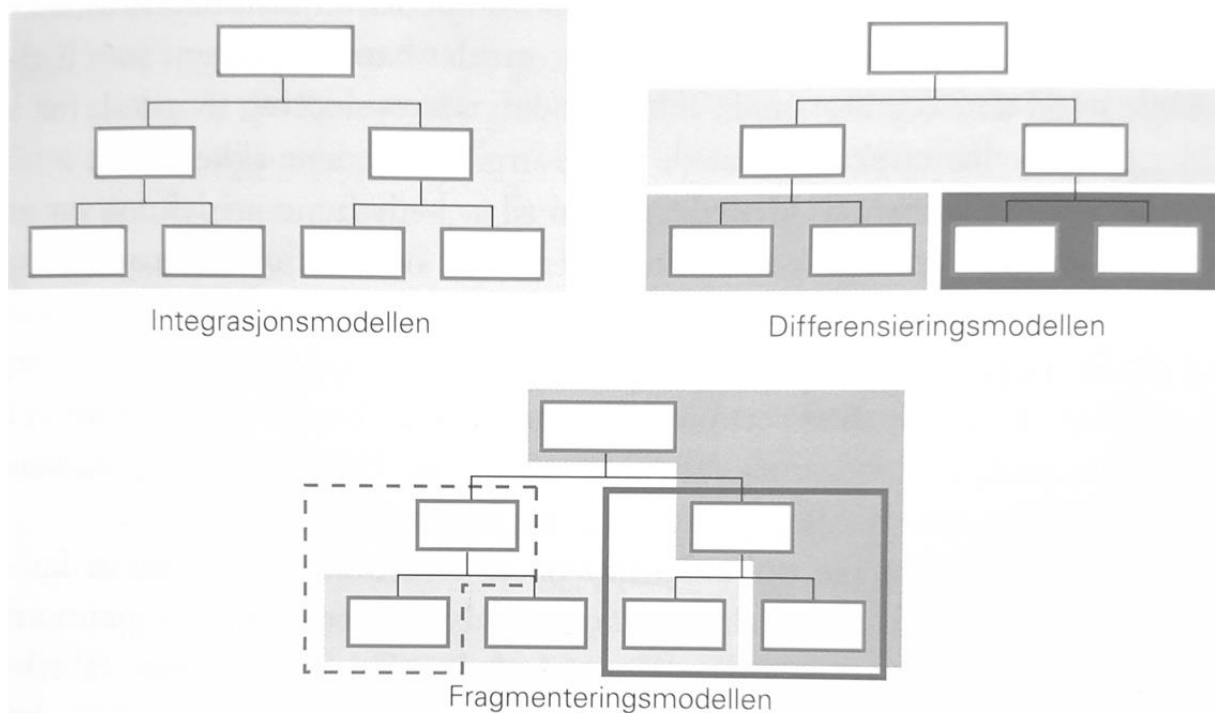
3.1.3.3 Adhokrati- (skape-) kultur

Når verden utviklet seg fra industrialderen til informasjonsalderen oppstod denne fjerde idealtypen for organisering. Denne organisasjonsformen er mer mottakelig for de raskt varierende og endringskrevende vilkårene som preger organisasjoner i det 21-århundret. Adhokrati kommer fra ordet ad hoc som antyder noe midlertidig, spesialisert og dynamisk. Organisasjonen skaper hele tiden noe nytt. Innovasjon står sentralt. Den tilpasser seg behovene for varer eller tjenester i markedet. Organisasjonen har tro på at stadig innovasjon og nyskaping medfører tilførsel på nye ressurser. Adhokratier har ikke sentralisert makt- eller autoritetsforhold. Makten flytter seg fra individ til individ eller arbeidsgruppe til arbeidsgruppe. Dette avhenger av hvilken sak som er i sentrum akkurat på gjeldene tidspunkt. Ansatte og ledere er villige til å ta risiko, stikke seg frem og ta sjansen på å gjøre feil med mål om å komme ett steg videre. Kjennetegnet er dynamiske, innovative og kreative arbeidsplasser. Det som binder organisasjonen er felles forpliktelse til å eksperimentere og skape noe nytt (Cameron & Quinn, 2013). Konfliktnivået kan være høyt, men konflikt ses på som en kilde til innovasjon og er derfor både akseptert og ønsket (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, s.51).

3.1.3 En stor kultur eller mange små

Martin (1992) presenterer tre modeller for organisasjonskultur Figuren (fig.6) beskriver at organisasjoner kan være preget av en integrerende helhetlig kultur slik det

er illustrert i *integrasjonsmodellen*, de kan være preget av ulike subkulturer slik det er illustrert i *differensieringsmodellen*, eller så kan organisasjonen være preget av tvetydige og overlappende kulturer slik det er illustrert i *fragmenteringsmodellen* (Jacobsen og Thorsvik, 2013, side 143):



Figur 6. Tre modeller for organisasjonskultur

Integrasjonsperspektivet kjennetegnes av et kulturelt fellesskap preget av kollektiv konsensus. Her virker kulturen integrerende på alle medlemmer i organisasjonen. Perspektivet tar utgangspunkt i at kulturen er lederstyrt, og ledere kan forme kulturen (Bang, 2013).

Differensieringsperspektivet peker på at ulike grupper i organisasjonen tolker kulturelle uttrykk ulikt og det er meningsforskjeller mellom subkulturer. Subkulturene kan eksistere uten konflikt, de kan virke uavhengig av hverandre og ikke virke inn på hverandre, eller det kan være konflikt mellom subkulturer med påfølgende maktkamp og rivalisering.

Fragmenteringsperspektivet skiller seg fra de andre perspektivene ved at det fokuserer på uklare og tvetydige kulturelle uttrykk. Kulturuttrykket er situasjonsbetinget, ustabil og skiftende. Ved å bruke alle de tre perspektivene i undersøkelse av

organisasjonskultur får vi en rikere innsikt enn ved en ensidig innfallsvinkel. Perspektivene komplementerer hverandre, slik at svakheter i det ene perspektivet dekkes av et annet (Jacobsen & Thorsen, 2013).

Kultur er altså et abstrakt begrep som er vanskelig å definere. *Har man en kultur eller er man del av en kultur? Er det mulig å endre kultur? Spørsmålene henger sammen og skiller de to hovedretningene innenfor kulturteori: en sosiologisk og en antropologisk tilnærming til kulturforståelsen. Den sosiologiske tilnærmingen tar utgangspunkt i at kultur er noe man har, den kan derfor påvirkes og endres. I en organisasjon er ledere drivere av kulturen og kan påvirke den for å øke ytelsen (Cameron & Quinn, 2013). Den antropologiske tilnærmingen 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.

Differensieringsperspektivet retter altså oppmerksomheten mot alle subkulturene som eksisterer i en organisasjon og forholdet mellom dem. Vi har tidligere trukket sammenhenger mot at de ulike profesjonene i ett sykehus, og videre i klinikker utgjør subkulturer.

Bang refererer i artikkelen sin til Van Maanen og Barley (1985) som har gitt denne forståelsen av subkultur. «En subkultur er noe som utvikles i *«en undergruppe av organisasjonens medlemmer som samhandler jevnlig med hverandre, som identifiserer seg selv som en distinkt gruppe i organisasjonen, som deler et sett av utfordringer som de fleste i gruppen er enige om er problematisk, og som rutinemessig handler på grunnlag av gruppens unike kollektive virkelighetsoppfatning»* (Bang, 2013, s. 329).

Videre beskriver Bang i artikkelen at særlig tre betingelser gir næring til dannelse av subkulturer i organisasjoner (Trice & Beyer, 1993):

- Hyppig og nær kontakt mellom medlemmene
- Felles delte erfaringer
- Felles personlige karakteristika

I følge Mullen og Cooper (1994) er disse tre betingelsene delaktige i å fremme følelsen av samhold og fellesskap (kalles ofte kohesjon) noe som er grunnlag for dannelse av en gruppe og gi medlemmene en følelse av å tilhøre en distinkt gruppe i organisasjonen.

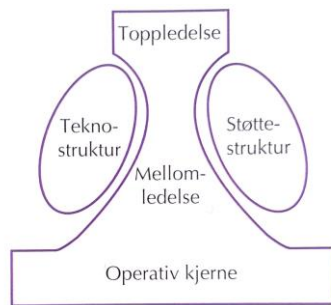
Bang stiller i artikkelen spørsmålet om dette betyr at enhver organisasjon av en viss størrelse heller må betraktes som en samling av subkulturer enn som en helhetlig organisasjonskultur. Svaret blir at du må betrakte organisasjonen som begge deler. Både som en stor organisasjonskultur og som flere ulike subkulturer (Martin, 2002). Han påpeker at det viktigste er at vi må definere hvilket perspektiv vi beskriver når vi omtaler organisasjonskultur (Bang, 2013).

3.1.4 Organisasjonsstruktur

Sentralt innenfor organisasjonsteorien er kunnskapen om hvilke forhold som påvirker den formelle organisasjonsstrukturen. En retning innenfor organisasjonsteori er den konfiguratoriske retningen. Denne retningen ser på den strukturelle oppbygningen av en organisasjon. Henry Mintzberg har utarbeidet en av de mest innflytelsesrike typologiseringene innenfor organisasjonsteori. I følge Mintzberg er alle organisasjoner bygd opp av fem hoveddeler (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 95):

- 1) Operativ kjerne: utfører produksjonsrelaterte aktiviteter (inkludert tjenester)
- 2) Mellomledelse: fører tilsyn, koordinerer produksjonen, utveksler informasjon mellom toppledelse og operativ kjerne
- 3) Toppleidelse: Er administrativt ansvarlig for hele organisasjonen.
- 4) Teknostruktur: lager planer og rutiner, gjennomfører opplæring eller driver med økonomikontroll.
- 5) Støttestruktur: er ikke deltakende i produksjonen, men utfører oppgaver som organisasjonen er avhengig av, funksjoner som rengjøring, sentralbord og lignende.

De tre første delene utgjør linjeorganisasjonen, de to siste utgjør såkalte stabsfunksjoner. Alle de ulike typologiene har ulik vektlegging av de ulike delene, men inneholder de samme elementene (fig 7) (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 94).



Figur 7. De fem hoveddelene i en organisasjon

Mintzberg beskriver fem ulike organisasjonstyper som alle består av disse fem hoveddelene vektlagt på ulike måter alt etter organisasjonsstruktur. De fem ulike organisasjonsformene er (Jacobsen & Thorsvik, 2013):

Entreprenørorganisasjonen (s.95): kjennetegnes ved en enkel struktur som i hovedsak består av to deler: en toppledelse og en operativ kjerne. Eksempel på en entreprenørorganisasjon kan være gründer virksomheter og små familiebedrifter i norsk næringsliv. Strukturelt kjennetegnes organisasjonen av at man benytter hierarki som koordineringsmekanisme. Lederen tar de fleste beslutninger, det er lite spesialisering slik at en og samme person i må utføre flere oppgaver.

Fordeler: Høy grad av fleksibilitet, gode forutsetninger for service, lave administrasjonskostnadene.

Ulempene: Uklare ansvarsområder, administrative problemer kan lett forekomme.

Maskinbyråkratiet (s.96): Utviklet fra Webers idealtypiske byråkratimodell, og som Mintzberg kaller for maskinbyråkratiet. Det karakteristiske for denne organisasjonsformen er sentralisert beslutningsmyndighet og høy grad av formalisering. Man styrer og koordinerer mye av virksomheten gjennom skriftlige regler og prosedyrer. Den har en forholdsvis stor teknostruktur som utarbeider regler og sørger for at de blir fulgt. Organisasjonsformen vil være funksjonelt spesialisert, men kan også ha en markedsbasert inndeling. I dimensjonen kompleksitet finnes både enkle og mer

komplekse byråkratier. Det er massiv kritikk mot maskinbyråkratiet. Argumentene retter seg mot at organisasjonsformen er dysfunksjonell i nåtidens samfunn hvor organisasjoner må være fleksible og raskt tilpasningsdyktige relatert til ny teknologi. Eksempler på maskinbyråkrati er organisasjoner som masseproduserer forholdsvis enkle tjenester (f.eks. hotell, postverk).

Fordelene: Klare ansvarsforhold, stabilitet, forutsigbarhet og standardisering som fremmer produksjon.

Ulempene: Rigiditet, vanskelig å endre, å følge målene kan bli en regel i seg selv, formaliseringen reduserer ansattes mulighet til å utnytte sin kompetanse og informasjonsmulighet, sentralisering av beslutningsmyndighet kombinert med standardiserte oppgaver kan virke demotiverende.

Det profesjonelle byråkratiet (s.98): Kjennetegnes ved at beslutningsmyndighet i faglige spørsmål er delegert til de ansatte i den operative kjernen, altså ett desentralisert byråkrati. Det er kun de med utdanning innen en viss profesjon som kan vurdere hvordan jobben skal utføres. Strukturen er sterkt spesialisert og fremstår dermed som horisontalt komplekst. De beste eksemplene på et profesjonelt byråkrati er sykehus eller høyere utdanningsinstitusjoner. På sykehus har vi spesialister på ulike sykdommer gruppert i særskilte avdelinger inndelt etter spesialisering.

Fordeler: Delegering av beslutningsmyndighet sikrer faglig godt arbeid, gir rask problemløsning og saksbehandling.

Ulemper: Rivalisering og konflikter mellom ulike faggrupper, samarbeids- og styringsproblemer, forskjellsbehandling av ulike pasientgrupper på bekostning av andre, strid mellom profesjoner med tanke på ansvars og arbeidsområde, vanskelig økonomistyring fordi profesjonelle i hovedsak vil sette faglig standard foran økonomiske begrensninger.

Den innovative organisasjonen (s.99): Har en løs struktur nesten på grensen til strukturløshet. Det finnes ingen regler eller prosedyrer. Fokuset er på 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.

Fordeler: Fleksibilitet, god koordinering og utnyttelse av kompetansen til de ansatte.

Ulemper: Uklare autoritetsforhold medfører ofte usikkerhet og frustrasjon, problemer med styring og koordinering av de ansatte kan derfor oppstå.

Den divisjonaliserte organisasjon (s.101): Omtales ofte som konsernstruktur.

Organisasjonen består av avdelinger eller 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. Strukturen er kompleks og det legges opp til sterk resultatevaluering.

Fordeler: Inndelingen i divisjoner synliggjør produktområdenes lønnsomhet, og delegering av beslutningsmyndighet til divisjonene er gunstig for markedstilpasningen.

Ulemper: Helhetlig styring og koordinering er vanskelig fordi divisjonene har stor frihet fra den sentrale ledelsen.

Kritikere av typologiseringen hevder at organisasjonsformene slik de beskrives er idealiserte modeller skapt av Mintzberg. Mintzberg gir ikke uttrykk for å være uenig med kritikken, men legger til grunn at ut fra disse idealene kan man forme en hvilken som helst organisasjon. Han sammenligner sin teori med legoklosser der forskjellige elementer kan kobles på ulike måter og gi ulike modeller eller byggverk. Med disse fem hovedformene kan man skape mer realistiske organisasjonsformer, såkalte hybrider, som innehar elementer fra alle de «rene» konfigurasjonene (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 103).

3.2 Profesjonsstudier

Profesjonene spiller en stadig større og viktigere rolle i samfunnet og blir derfor studert i mange ulike sammenhenger. Den viktigste ressursen i alle bedrifter er de ansatte. Dette gjelder kanskje særlig ansatte med profesjonsutdanning. Vi vil forsøke å belyse hva som kjennetegner en profesjon, i hvilke typer organisasjoner du møter på ulike profesjoner og hvordan profesjoner oppfører seg i organisasjonen.

Profesjonene kjennetegnes for sin utstrakte autonomi i yrkesutøvelsen. De har og ofte enerett til utvalgte arbeidsoppgaver. I tillegg kjennetegnes profesjonenes yrkesutøvelse

av at systematisk og vitenskapelig kunnskap blir brukt for å løse problemer. De fleste profesjonsutøvere i dagens samfunn vanlige ansatte i formelle organisasjoner (Døving et al., 2016, s.32)

Freidson (2001) kaller institusjonen som profesjonen utgjør, for den tredje logikken som hverken er marked eller stat. Staten beskytter profesjonenes yrkesutøvelse fra markedet gjennom å gi dem enerett på å utføre visse arbeidsoppgaver, samt å begrense utdanningen av nye kandidater til yrket. Dette gir profesjonene en privilegert posisjon på arbeidsmarkedet sammenlignet med andre grupper som tilbyr sin arbeidskraft. Til gjengjeld forventer staten at profesjonene bruker sin kunnskap og stilling til samfunnets beste. Profesjonene forventes å sette egennytten til side og i stedet fremme fellesskapets interesser. (Døving et al., 2016, s. 33)

Profesjonsbegrepet er likevel uklart og omstridt, og forskere på feltet har ikke klart å enes om hva som kjennetegner profesjoner som yrkesgruppe. Molander og Terum (2008) mener at alle yrker i mer eller mindre grad kan være en profesjon. Det er med andre ord ikke et kategorisk skille på om ett yrke er en profesjon eller ikke. Isteden er det snakk om gradforskjeller langs flere dimensjoner. En slik definisjon har en fordel fordi det blir lettere å fange opp en sammensatt virkelighet med glidende overganger. Molander og Terum skisserer profesjonsbegrepet på følgende måte (Døving et al., 2016, s. 35):

«Profesjonsbegrepet må oppfattes som en idealtipe, det vil si en tankemessig konstruksjon som betoner visse trekk ved virkeligheten og sammenfører den til en meningsfull og logisk helhet. Det innebærer at idealtypen ikke er en ren avbildning av virkeligheten, men i stedet er et hjelpemiddel for å studere virkeligheten (Weber, 1971)»

Profesjonelle yrkers samfunnsmessige organisering har flere kjennetegn (Døving et al., 2016, s. 35-37):

- Monopol
- Politisk konstituerte yrker
- Autonomi
- Institusjonelt imperativ

- Profesjonell sammenslutning

Det performative aspektet handler om yrkesutøvelsen og praksis. Molander og Terum (2008, s.19) nevner her åtte forskjellige kjennetegn ved profesjonelle virksomheter:

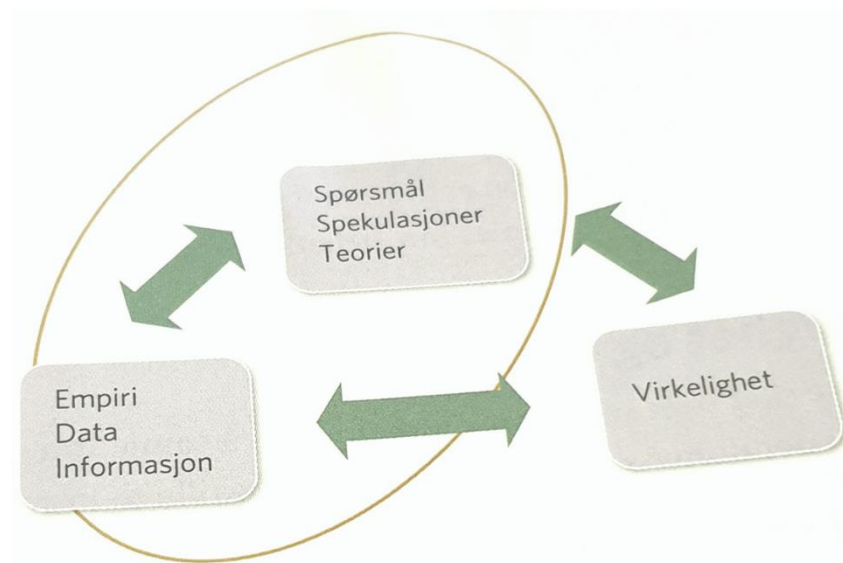
- De yter tjenester
- De har klienter
- De løser «hvordan problemer»
- Tjenestene er endringsorienterte
- Benytter en systematisert kunnskapsbasis på enkelttilfeller
- Yrkesutøvelsen er preget av skjønn
- Praksisen er preget av usikkerhet
- Praksisen er normativt regulert

Alle disse variablene finnes altså i større eller mindre grad i alle yrker. Som nevnt tidligere er det derfor ikke entydige grenser i profesjonalisering av yrker, men yrker har mer eller mindre grad av profesjonskarakteristika. Dette betyr altså at yrker over tid kan bevege seg på skalaen og bli mer eller mindre profesjonaliserte. Når et yrke beveger seg i retningen mot de nevnte variablene i organisatoriske eller performative aspektet skjer en profesjonalisering av yrket. Avtar disse variablene så skjer en deprofesjonalisering av yrket (Molander & Terum, 2008). Legeyrket får høyest uttelling på skalaen. Dette kan være ett resultat av at det er gjennom legeyrkets utforming i vårt samfunn at ideen om profesjon har blitt skapt (Døving et al., 2016, s. 37).

4.0 Metode

Målet med oppgaven vår er å gjennomføre en empirisk undersøkelse av organisasjonskultur i Klinikk Psykisk Helsevern Voksne.

I følge Jacobsen (2015 s.15) er hensikten med forskning å frembringe gyldig og troverdig kunnskap om virkeligheten. For å klare dette må forskeren ha en strategi for hvordan han ønsker å gå frem. Denne strategien er metoden.



Figur 8. Metodens domene.

Metoden tar med andre ord for seg prosessen man utfører for å beskrive virkeligheten på best mulig måte via å samle inn empiri som er troverdig og svarer på spørsmål som vist i figur 8.

Ifølge Jacobsen (2015, s.16) bør empirien som samles inn tilfredsstillende to krav:

1. Empirien må være gyldig og relevant (valid).
2. Empirien må være pålitelig og troverdig (reliabel).

4.1 Valg av metode

Vi har valgt å benytte den kvantitative metoden for å finne svar på våre spørsmål. Denne metoden passer bra når en skal se på et forskningsobjekt som er så avgrenset at det lar

seg strukturere på forhånd. Det er enkelt å nå mange mennesker i løpet av kort tid og den kan gi bredde ved å kunne ta for seg mange enheter. Ved hjelp av spørsmål og begrensede svaralternativ, kan en lett systematisere og generalisere svarene som kommer frem. Fordelen med metoden er at den er effektiv, man kan lett inkludere mange enheter i undersøkelsen, den er objektiv, nøytral og individualistisk.

Kritikken mot kvantitativ metode er at respondentene må forholde seg til undersøkelsens fastsatte svaralternativ som betyr at man kan miste relevant informasjon og dermed gi et overfladisk preg på undersøkelsen (Jacobsen, 2015). Metoden er også rigid, en sekvensiell prosess hvor fasene må komme etter hverandre noe som gjør det vanskelig å endre på noe i etterkant (Jacobsen, 2015).

Vi har en deduktiv tilnærming til våre forskningsspørsmål da vi har noen forventninger om hvordan ting er, og kan via innsamling av empiri se på om våre forventninger stemmer overens med virkeligheten. Det eksisterer allerede mye kunnskap om organisasjonskultur og Competing Values Framework er det teoretiske utgangspunktet for oppgaven. Det er utviklet et eget spørreskjema Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI), for å teste ut teorien. Vi vil redegjøre for dette senere i kapitlet.

Det kan både være en fordel og en ulempe med avstand til undersøkelsesobjektet, men avstanden i en kvantitativ studie kan bli for stor. Vi kan miste forståelse for den enkeltes situasjon (Jacobsen, 2015). Ved bruk av spørreskjemaer andre har laget, blir avstanden enda større, da det ikke tas med, eller tas høyde for informasjon vi selv sitter med som kunne gjort at undersøkelsen traff bedre. Ved bruk av OCAI distanseres vi derfor fra undersøkelsesobjektet og vi må stole på et instrument andre har utviklet. Det er derfor ikke sikkert at instrumentet passer for vår undersøkelse.

Undersøkelsen gir en beskrivelse av tilstanden på det tidspunktet den er gjennomført og må derfor betraktes som en tverrsnittsundersøkelse. Da vi har valgt alle ansatte i KPHV som undersøkelsesgruppe er den ekstensiv. Dette er en effektiv og lite kostbar måte å innhente empiri på og en slipper å gjennomføre undersøkelsen flere ganger (Jacobsen, 2015).

4.2 Måleverktøy: OCAI

Vi har valgt å benytte Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) som kartleggingsverktøy. Denne har sitt utgangspunkt i den teoretiske modellen Competing Values Framework (rammeverket for konkurrerende verdier) utviklet av Cameron og Quinn (2013). Dette er et måleverktøy utviklet for å kunne vurdere organisasjonskultur. I følge Cameron og Quinn (2013) er dette sannsynligvis det hyppigste brukte verktøyet i verden til dette formålet og har vært benyttet til både å undersøke organisasjoner og til akademisk forskning.

Det finnes flere versjoner av OCAI, men vi har valgt å bruke versjonen som presenteres i boken «Identifisering og endring av organisasjonskultur» av Kim Cameron og Robert Quinn (2013).

Via Universitetet i Agder har vi fått tilgang til en oversatt elektronisk versjon som kan sendes ut til respondentene via programmet Survey Xact. Denne er laget slik at respondenten må avgi fullstendige svar for at svaret skal lagres i databasen.

Selve spørreundersøkelsen består av 6 deler som kartlegger hovedelementer ved organisasjonskultur:

1. «De dominerende karakteristikkene i organisasjonen eller hvordan den overordnede organisasjonen er.
2. Ledelsesstilen og tilnærmingen som gjennomsyrrer organisasjonen.
3. Ledelsen av de ansatte eller stilen som karakteriserer hvordan ansatte blir behandlet, og hvordan arbeidsmiljøet er.
4. Organisasjonslimet eller forbindelsesmekanismer som holder organisasjonen sammen.
5. Den strategiske vektleggingen som definerer hvilke områder som driver organisasjonsstrategien.
6. Suksesskriteriene som avgjør hvordan seire blir definert, og hva som blir belønnet og feiret.» (Cameron og Quinn, 2013 s.171)

Hver del har 4 svaralternativer og hvert svaralternativ representerer hver sin kulturtype basert på Competing Values Framework. Man svarer på to dimensjoner. En for hvordan man opplever organisasjonen nå, og en for hvordan man ville foretrukket at den skulle være.

Respondentene skal fordele 100 poeng i hver dimensjon og gi en tallverdi i forhold til hvordan de vektlegger påstandene. Til sammen skal poengsummen utgjøre 100 poeng innenfor de fire svaralternativene innen en dimensjon. Ut over kravet om at sluttsummen skal bli 100 står respondenten helt fritt til å fordele poengene slik den ønsker (Cameron og Quinn, 2013, s.29-30). Gjennomsnittet regnes ut for å finne hvordan de ulike kulturtypene fordeler seg i organisasjonen.

Ut fra antall poeng som tildeles hver av kulturtypene kan en identifisere hvilke som er dominerende i organisasjonen. Jo flere poeng som fordeles til en kulturtype desto mer dominerende er den.

4.2.1 Reliabilitet og validitet av OCAI

I hvilken grad verktøyet måler kulturtyper på en konsekvent måte, kalles reliabilitet. Cameron og Quinn (2013) viser til at det er gjennomført flere studier av reliabilitet til OCAI. Den ene studien ble gjennomført av Young, Brockbank og Ulrich av 10 300 ledere i 1064 bedrifter, og den andre av Quinn og Spreitzer av 796 ledere fra 86 ulike offentlige foretak. Begge studiene fant høy grad av reliabilitet. Det vises videre til andre studier som også bekrefter verktøyets reliabilitet. «Det er med andre ord blitt produsert nok bevis når det gjelder reliabiliteten til verktøyet OCAI for å skape nok tillit til at det matcher eller overgår reliabiliteten av de oftest brukte verktøyene i samfunns- og organisasjonsvitenskapen» (Cameron og Quinn, 2013, s. 176).

Validitet sier noe om i hvilken grad det som skal måles faktisk blir målt. OCAI forsøker å måle 4 typer organisasjonskultur og en har igjennom flere studier klart å vise at det som forsøkes målt, faktisk blir målt. Cameron og Freeman gjennomførte en studie av organisasjonskultur i 334 høyere utdanningsinstitusjoner hvor man produserte bevis for OCAI sin validitet. Også Quinn og Spreitzer (1991) fant bevis for to typer validitet:

konvergerende validitet og diskriminerende validitet ved å ta i bruk OCAI som benytter Ipsativ-skala og et annet verktøy som vurderte de samme kulturdimensjonene men ved bruk av en annen svarskala, Likert-skala. «Ytterligere studier har også undersøkt validiteten av verktøyet OCAI, men på samme måte som reliabilitetstestene finnes det etter vår kunnskap ikke noen studier hvor det har blitt funnet motsigende eller avkreftebevis. De empiriske bevisene tilsier med andre ord at verktøyet OCAI måler det som det hevder å måle: hovedfaktorer i organisasjonskultur som har betydelig effekt på organisatorisk og individuell atferd» (Cameron og Quinn, 2013 s.180)

4.2.2 Definisjon av styrke/ svakhet i kultur

Rammeverket gir ikke noen svar eller retningslinjer på hvordan man skal definere graden av styrken i organisasjonskultur. Med utgangspunkt i at svarskalaen er fra 1-100 gradert i 3 variabler, og våre tall varierer fra 13 – 38 har vi i har valgt å definere styrken som gjengitt i tabell 1. Hver variabel er da omtrent 1/3 av skalaen.

Grad	Poeng
Svak	< -19
Moderat	20 - 29
Sterk	30 - <

Tab 1. Gradering av styrke i kulturtyper

4.2.3 Erfaringer ved bruk av OCAI

Som tidligere nevnt er OCAI mest sannsynlig det mest brukte verktøyet for å måle organisasjonskultur i verden Det har vært benyttet i akademisk forskning og til å vurdere organisasjonskultur blant tusenvis av organisasjoner de siste 20 årene (Cameron og Quinn,2013 s, 27). Metoden er vel gjennomprøvd og den har vært utsatt for omfattende forskning.

Ifølge Grunni og Nordskog (2014 s.25) har metoden vært lite benyttet i Norge. Både Grunni og Nordskog samt Tronstad, Aasen og Velle beskriver i sine masteroppgaver fra samme år ved Universitetet i Agder, om prosessen med å fornorske spørsmålene da

boka til Cameron og Quinn bærer preg av å være oversatt direkte fra engelsk til norsk (Tronstad, Aasen og Velle, 2014, s 20). Under utprøvingen av den bearbejdede spørreundersøkelsen fikk de flere tilbakemeldinger om at skjemaet var vanskelig å forstå. Både hva som menes med «organisasjonskultur» og forskjellen mellom «organisasjonsledelse» og «ledelse overfor de ansatte», mente testrespondentene kunne gi utfordringer når ansatte som ikke jobber med temaet eller begrepene skulle svare (Tronstad, Aasen og Velle 2014 s 20-21).

4.3 Populasjon, utvalg og avgrensninger

Det er i Klinikk Psykisk Helsevern Voksne 696,19 årsverk som fordeler seg på ulike stillingsstørrelser, særlig blant turnusansatte hvor mange har mindre stillinger. Så det totale antallet ansatte er betydelig høyere enn antall årsverk.

I vårt tilfelle er populasjonen kjent, da alle som har et ansettelsesforhold i KPHV automatisk legges til en felles e-postgruppe. For å kunne nå flest mulig av de ansatte i KPHV valgte vi å sende ut undersøkelsen til alle som var tilknyttet denne e-postgruppen, totalt 1030 ansatte på utsendelsestiden. Disse fordeler seg på profesjon som vist i tabell 2.

	Sykepleiere	Vernepleiere	Leger	Psykologer	Andre	Total
Antall	332	97	97	63	441	1030

Tab 2. Populasjon fordelt på profesjon

Vårt utgangspunkt var at vi ønsket å se på alle enhetene i KPHV, og sortere avdelingene slik at en fikk en oversikt i om det var variasjon mellom avdelingene. På denne måten kunne vi også se på forskjeller mellom enheter i samme avdeling som har forskjellig målgruppe med pasienter. KPHV inneholder som tidligere nevnt både sikkerhetspsykiatri, lukkede sengeposter for svært syke pasienter, åpne sengeposter for mindre syke og poliklinikker. I tillegg har man forskjellige ambulerende team som driver oppfølging ute i kommunene.

Ved nærmere ettersyn ble det klart for oss at dette ikke lot seg gjøre da det i enkelte avdelinger var svært få ansatte innenfor visse profesjoner. Det er rekrutteringsutfordringer som gjør at man ikke får ansatt i ledige stillinger og man har over tid mistet ansatte. Vi kunne kommet i den situasjonen at selv om undersøkelsen er lagt opp til å være fullstendig anonym ville det vært mulig å identifisere respondenten. Dette førte til at vi måtte sette i sammen nye og større enheter å se på.

Vi har derfor valgt å dele enhetene inn i sammenlignbare nivåer. På dette nivået er pasientpopulasjonen og arbeidsoppgavene noenlunde de samme. Dette gir oss mulighet til å se på om det er forskjell i kulturen mellom nivåene.

Gruppene vi har delt inn i er:

1. Våland sengepost: Dette er sengepostene som ligger inne på sykehusområdet på Våland. De er alle lukket og jobber med de sykeste pasientene, ofte innlagt på tvang.
2. DPS sengepost: Dette er sengeposter som er organisert på DPS. Det er 4 DPS tilhørende KPHV og de ligger utenfor Våland og har åpne sengeposter som har pasienter som både kan være på tvang og frivillig paragraf, men som er i stand til å forholde seg til åpne dører, dvs at de kan komme og gå som de vil.
3. DPS Poliklinikk: Poliklinikkene er også organisert på DPS, men jobber på en annen måte enn sengepostene. De gir poliklinisk behandling til pasienter som kommer utenfra til timer.
4. Annet: Dette er resten av organisasjonen som vanskelig kan sammenlignes med de andre. Her ligger gjerne avdelingsovergripende tjenester, og tjenester knyttet opp til sikkerhetspsykiatrien slik som polikliniske tjenester tilknyttet fengsel, MIT (jobber innen innenfor PUH og autisme) og EVA/Eiketun (botilbud).

Det vil derfor være vanskelig å si at «sannheten» er funnet da vi har vært nødt til å konstruere nye, større og mer sammensatte enheter enn det som finnes originalt i organisasjonen. Delen av populasjonen som svarer vil derfor utgjøre et utvalg som kan observeres og analyseres.

I undersøkelsen hadde vi lagt opp til å ta med helsefagarbeiderne som egen profesjonsgruppe, men da vi bare fikk 4 respondenter fra denne gruppen har vi

inkludert disse i gruppen «andre» som også inneholder sosionomer, konsulenter, tilkallingsvikarer og andre som har et ansettelsesforhold i Klinikk Psykisk Helsevern Voksne.

Vi har valgt å ta for oss gruppene lege/psykolog og sykepleier/ vernepleier da dette er fire profesjoner som kan deles inn i 2 grupper som begge er svært tett på pasientene som behandler og miljøterapeut.

Selv om lege og psykolog har forskjellig utdanning og innfallsvinkel til å forstå mennesket, hvor legene har en medisinsk tilnærming mens psykologene har en psykologisk tilnærming, er jobben de utfører og rollen de innehar i pasientbehandlingen noen lunde lik. Disse to profesjonene driver begge på med kartlegging, utredning og behandling og innehar behandlingsansvar for pasientene og de er organisert noenlunde likt.

Det samme gjelder sykepleier/ vernepleier, som også på tross av forskjeller i utdanning utfører noen lunde de samme oppgaver overfor pasientene som primær- og sekundærkontakter til pasientene. Disse gruppene driver også på med kartlegging, utredning og behandling, men må ha enten en psykolog eller lege til å være ansvarlig for resultatet.

4.4 Praktisk gjennomføring

Det ble ved undersøkelsens start sendt ut en mail til alle registrerte ansatte i KPHV. I denne e-posten var det en kort presentasjon av undersøkelsen og hvem som stod for den, samt hvorfor vi ønsket å få deres svar. Det var i tillegg informasjon om at denne undersøkelsen var anonym og at masterprosjektet var godkjent av forskningsavdelingen ved SUS, samt av klinikksjef. Videre lå det med en lenke til undersøkelsen.

Ved å klikke seg inn på lenken har respondentene kommet direkte inn til undersøkelsen som er laget i programmet Survey Xact, uten å måtte logge seg inn eller på annen måte registrere hvem de er. Undersøkelsen var også satt opp slik at programmet heller ikke registrerte IP-adresse, dette for å gjøre undersøkelsen helt anonym. Vi har derfor ikke søkt om godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata, men fikk godkjenning fra

forskningsavdelingen og personvernombudet ved Helse Stavanger til å gjennomføre undersøkelsen.

Undersøkelsen lå åpen i 2 uker og i løpet av denne tiden ble det sendt totalt 3 e-poster som påminning. Diverse muligheter for å snakke om undersøkelsen, samt oppfordre ledere til å motivere sine ansatte for å vurdere å svare, har også vært gjort.

4.4.1 Håndtering av data og analyser

Vi har brukt analyseprogrammet Survey Xact til selve gjennomførelsen av undersøkelsen. Vi benyttet en allerede utformet mal fra Universitetet i Agder som inneholdt selve OCAI. I tillegg laget vi noen valg man måtte igjennom for å komme til selve undersøkelsen. Disse tok for seg: profesjon, utdanning, og «enhet/ nivå» man jobber. Dette ble gjort for å kunne dele inn dataene slik at vi kunne få de dataene vi trengte for å gi svar på spørsmålene våre.

Til analysene og for å få produsert grafene har vi benyttet Excel.

4.5 Svarprosent

Det kom inn totalt 130 svar, noe som bare gir en svarprosent på 13.

Disse fordelte seg som vist i tabell 3 på de ulike enhetene og som vist i tabell 4 på profesjon.

	Antall svar	Populasjon	Svarprosent
Våland sengepost	54	344	15,7
DPS sengepost	18	234	7,7
DPS poliklinikk	26	111	23,4
Annet	32	341	9,4

Tab 3. Svarprosent fordelt på enheter

	Antall svar	Populasjon	Svarprosent
Sykepleiere	63	332	19
Vernepleiere	10	97	10
Lege	20	97	21
Psykolog	13	63	21
Andre	24	441	5
Total	130	1030	13

Tab 4. Svarprosent fordelt på profesjon

Det kan ut fra antall ikke fullførte spørsmål se ut som at det er en god del som har gitt opp å svare. Det var ved undersøkelsens slutt 148 respondenter som kun har svart på noen få spørsmål, mens 130 hadde fullført. Da undersøkelsen var anonym og derfor ikke mulig å ettergå disse delvise svarene, er det fullt mulig at noen av disse respondentene allikevel har svart ved en senere anledning og er en del av de som har fullført undersøkelsen.

Den lave svarprosenten på 13 prosent er problematisk da det er for få som har gjennomført undersøkelsen til å kunne si at en kan sette to streker under resultatet. I beste fall kan en vise en mulig retning som kan gi noen indikasjoner som i sammen med annen informasjon kan styrke eller avkrefte mulige årsaksforhold i organisasjonen. For denne oppgaven må vi forholde oss til de svarene vi fikk og disse vil da utgjøre utvalget i fortsettelsen.

4.6 Feilkilder

Som allerede nevnt er den lave svarprosenten et dilemma og gjør at funnene våre ikke nødvendigvis forteller hele sannheten. Når det er sagt har utvalget vårt en forholdsvis lik forståelsesramme gjennom utdanning og erfaring til å kunne ha noenlunde samme utgangspunkt til å svare på undersøkelsen, og alle profesjonene er tilstede i utvalget i de

inndelte enhetene. Men med få og forskjellig mengde svar fra profesjonene og de inndelte enhetene, kan det oppstå en skeivfordeling i de dataene som er samlet inn. Det er en fare for at de resterende 87 prosentene som ikke gav sitt svar på undersøkelsen har en annen oppfatning av spørsmålene, som dermed hadde gitt et annet resultat enn det vi kom frem til.

KPHV består av forskjellige enheter som fysisk ligger på forskjellige plasser og i forskjellige kommuner. Kommunene er forskjellig inndelt og organisert, noe som påvirker samarbeidet med det tilhørende distrikts psykiatriske senteret. Med å dele inn i større enheter og slå i sammen forskjellige DPS-er vil man kunne miste viktig informasjon og blir overlatt til å generalisere.

Da undersøkelsen er anonym og det er umulig å logge hvem som har svart, kan en mulig feilkilde være at en respondent har svart flere ganger, gitt feil opplysninger eller at lenken til undersøkelsen er delt med andre utenforstående som igjen har svart. Vi har vært oppmerksom på dette dilemmaet men har vurdert det dit hen at utfordringen heller ligger i at få svarer, enn at noen svarer mange ganger eller gir uriktige opplysninger. I tillegg vurderer vi det dithen at det er liten sjans at noen som ikke er ansatt i KPHV synes at det er interessant å svare på undersøkelsen og tar seg tid til å fylle den ut. Vi har også grunnet anonymiteten ikke hatt muligheten til å sende målrettede påminnelser til de som ikke har svart og dermed blitt overlatt til å sende ut generelle påminnelser til hele gruppen hver gang.

Ved å sende informasjon om undersøkelsen, samt lenke i e-post til et stort antall mulige respondenter vil denne kunne bli en av mange e-poster respondentene mottar i løpet av kort tid. Da er det lett at e-posten glemmes, overses, eller legges bort da det er andre saker som krever umiddelbar oppmerksomhet. Miljøpersonale som jobber med pasientene inne på sengepostene utfører ikke jobben sin foran en pc, og det er ikke alle som sjekker e-posten sin jevnlig. Det er av denne grunn stor sannsynlighet for at mange av dem som har svart faktisk sitter for seg selv og har tilgang til pc. Dette vil også påvirke svaret, da det potensielt kan være få svar fra miljøpersonale på sengepostene noe som også understøttes av antall svar vi har fått inn.

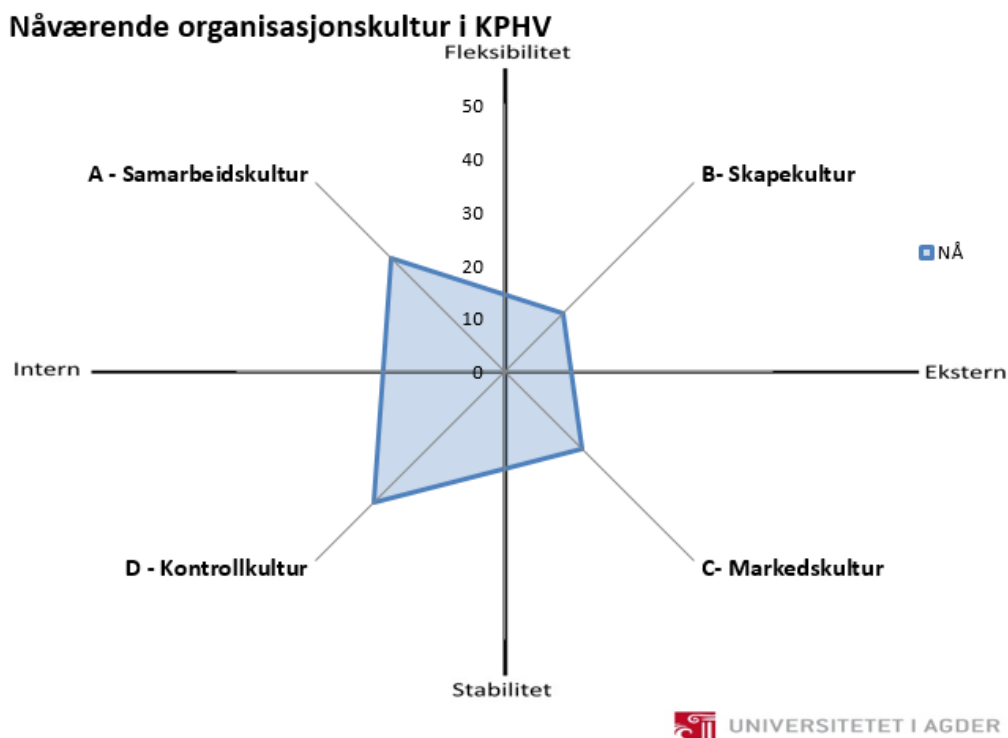
Det har under undersøkelsesperioden kommet kommentarer på at respondenter ikke helt forstår begrepene, eller har sett meningen med hvordan man vokter spørsmålene. Mange har hengt seg opp i hvordan fordele poeng og vært opptatt av om man skal bruke runde tall eller ei. Videre har det vært gitt tilbakemelding om at man ikke helt kjenner igjen hvordan spørsmålene passer med deres arbeidssituasjon, noe som også kan ha medført at man ikke fullførte svarene, og dermed gjør at vi mister informasjon eller får feil opplysninger, da man ender opp med å bare skrive noen tall på vilkårlige plasser for å bli raskest mulig ferdig.

For å finne resultatene fra svarene har det vært nødvendig å lage gjennomsnittssummer. Disse kom ofte ut som et tall med mange desimaler og måtte derfor avrundes til nærmeste hele tall. Her vil det være en feilkilde da en kan ende opp med et tall høyere eller mindre i svaret. Vi har vurdert det dit hen at dette i de fleste tilfeller ikke har særlig stor betydning.

5.0 Resultater

Cameron og Quinns Competing Values Framework er det teoretiske utgangspunktet for identifisering og endring av organisasjonskultur i denne oppgaven. Vi vil i analysen vurdere styrker og svakheter i de ulike kulturtypene og de konkurrerende verdiene basert på boken til Cameron og Quinn.

5.1 Problemstilling 1: Hva er den dominerende organisasjonskulturen i Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne?



Figur 9. Nåværende organisasjonskultur Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne

Nåværende				
	Samarbeidskultur	Skapekultur	Markedskultur	Kontrollkultur
	30	16	20	35

Tab 5. Nåværende organisasjonskultur Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne

Figur 9 og tabell 5 viser at kontrollkulturen med 35 poeng er sterkest sammen med samarbeidskulturen som scorer 30 poeng. Markedskulturen er moderat med 20 poeng. Skapekulturen står svakes gradert i organisasjonen med 16 poeng.

Klinikk psykisk helsevern voksne sin nåværende overordnede og sterkeste kultur er kontrollkulturen som er typisk for en tradisjonell byråkratisk kultur. Organisasjonen er formalisert, strukturert og regelstyrt. I tillegg er samarbeidskulturen sterkt vektlagt med ett internt fokus på vedlikehold, fleksibilitet og interesse og sensibilitet ovenfor kundene. Skapekulturen preger organisasjonen minst.

Rammeverket i de konkurrerende verdier (CVF) består som beskrevet i figur 5, av to dimensjoner. 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 Klinikk psykisk helsevern voksne er preget av ett internt fokus og integrering. I den andre dimensjonen i rammeverket er kulturen sterkest preget av stabilitet, kontroll og orden, kombinert med ett i tillegg sterkt fokus på fleksibilitet, skjønn og en interesse for mennesker.

5.2 Problemstilling 2: Er organisasjonskulturen konsistent i Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne?

For å vurdere organisasjonskultur kan man se om den er konsistent. Vi har valgt å benytte de ulike dimensjonene av organisasjonskultur og se på om svarene i de 6 ulike spørsmålene er konsistente eller inkonsistente. Vi vil også se på om det er konsistens mellom de ulike profesjonene.

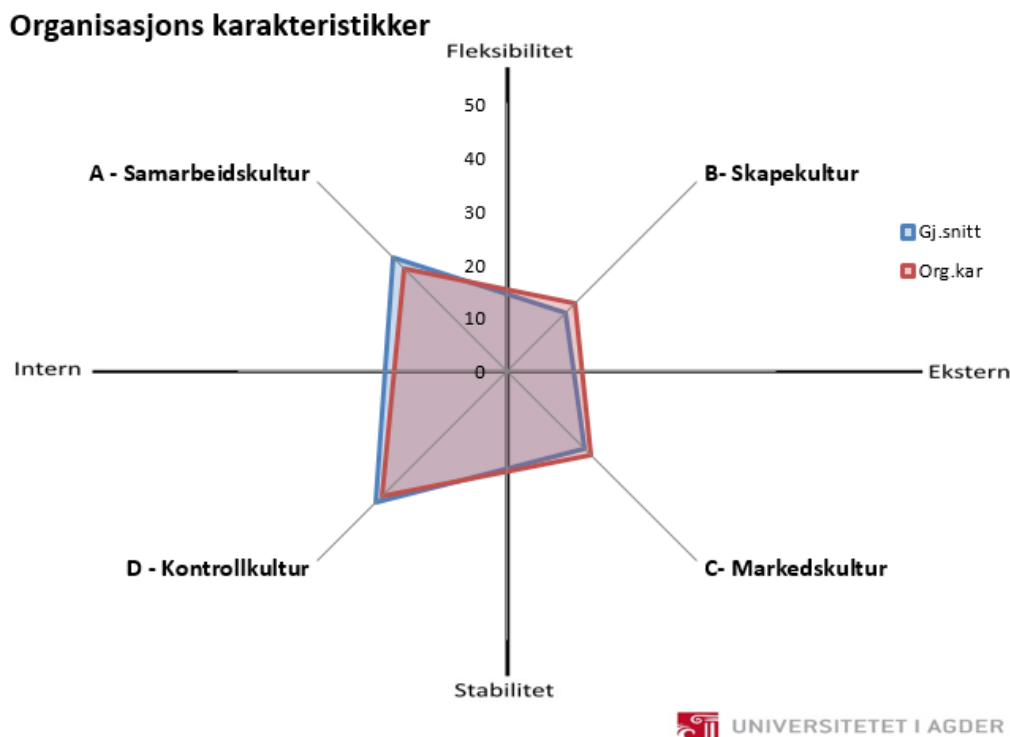
5.2.1 Konsistens i kulturdimensjonen i Klinikk Psykisk Helsevern for voksne

Inndelingen i OCAI gir informasjon om 6 forskjellige deler av organisasjonen. I følge Cameron og Quinn (2013) vil et avvik i kulturtypene kunne stimulere til et ønske om endring som kan føre til at medlemmene i organisasjonen begynner å klage på tvetydighet, mangel på integrering eller tilpasning til deres erfaring, eller at man

begynner å klage over ett opplevd hykleri i organisasjonen. Skjer dette, kan det tvinge seg frem endringer da det kan oppstå forskjellige mål, strategier eller perspektiver innad i organisasjonen (Cameron og Quinn, 2013)

Ved å bli bevisst avvikene i de forskjellige delene av organisasjonen og analysere disse, kan man sette inn tiltak for å redusere uoverensstemmelsene i organisasjonen. Uløste uoverensstemmelser over lang tid vil kunne være til hinder for at organisasjonens effektivitet og yte-evne (Cameron og Quinn,2013).

Vi vil benytte dette videre i vår analyse og gå igjennom de seks spørsmålene respondentene svarte på og ut fra svarene se om det er kongruens mellom de ulike delene og gjennomsnittskulturen. I følge Cameron og Quinn (2013) må man særlig være observant på avvik på 10 poeng eller mer. Vi fant ikke avvik på 10 poeng eller mer, så vi vil særlig se på avvik som var tett opp mot 10 poeng. Vi vil også være observante der hvor diagonale kulturer dominerer, det vil si kulturer som skårer høyt på verdier som konkurrerer.



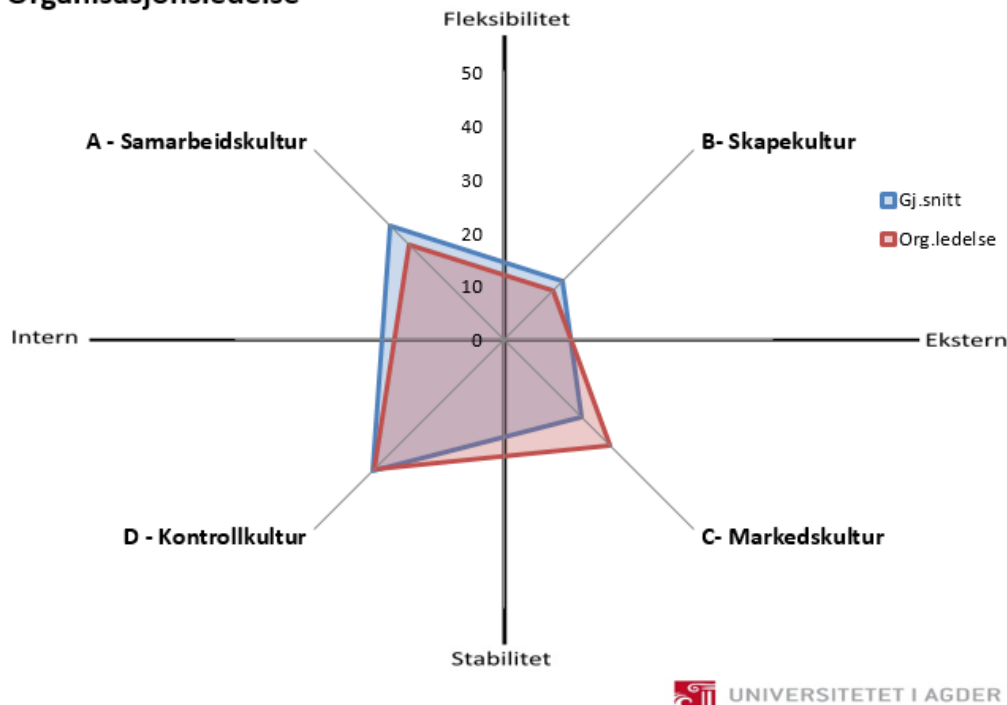
Figur 10. Gjennomsnittlig helhetlig kultur og organisasjonens karakteristikk

	Gjennomsnittsprøfil	Organisasjonskarakteristikker	Avvik
Skapekultur	16	18	-2
Markedskultur	20	22	-2
Kontrollkultur	35	33	2
Samarbeidskultur	30	27	3

Tab 6. Gjennomsnittsverdi for helhetlig kultur og organisasjonens karakteristikk

Deltakerne i undersøkelsen fikk spørsmål om hvilke kjennetegn som er mest beskrivende for KPHV. Figur 10 og tabell 6 viser at gjennomsnittsverdien for svarene på spørsmålet samsvarer med den nåværende helhetlige kulturen. Avvikene er små og tilnærmet helt like. Det største avviket finner vi på samarbeidskultur som er på 3 poeng mot de andre variablene som avviker med 2 poeng. De ansatte har en forståelse om at samarbeidskulturen er lavere i klinikken enn det som kommer frem i den overordnede helhetlige kulturen. Resultatet mellom gjennomsnittsprøfil og organisasjonens karakteristikk er likevel tilnærmet kongruente. Dermed er det rimelig å definere avvikene som ubetydelige for hovedinntrykket om at disse variablene er oppfattet likt i organisasjonen.

Organisasjonsledelse



Figur 11. Gjennomsnittlig helhetlig kultur og organisasjonsledelse

	Gj.snitt	Org.ledelse	Avvik
Skapekultur	16	13	3
Markedskultur	20	28	-8
Kontrollkultur	35	34	1
Samarbeidskultur	30	25	5

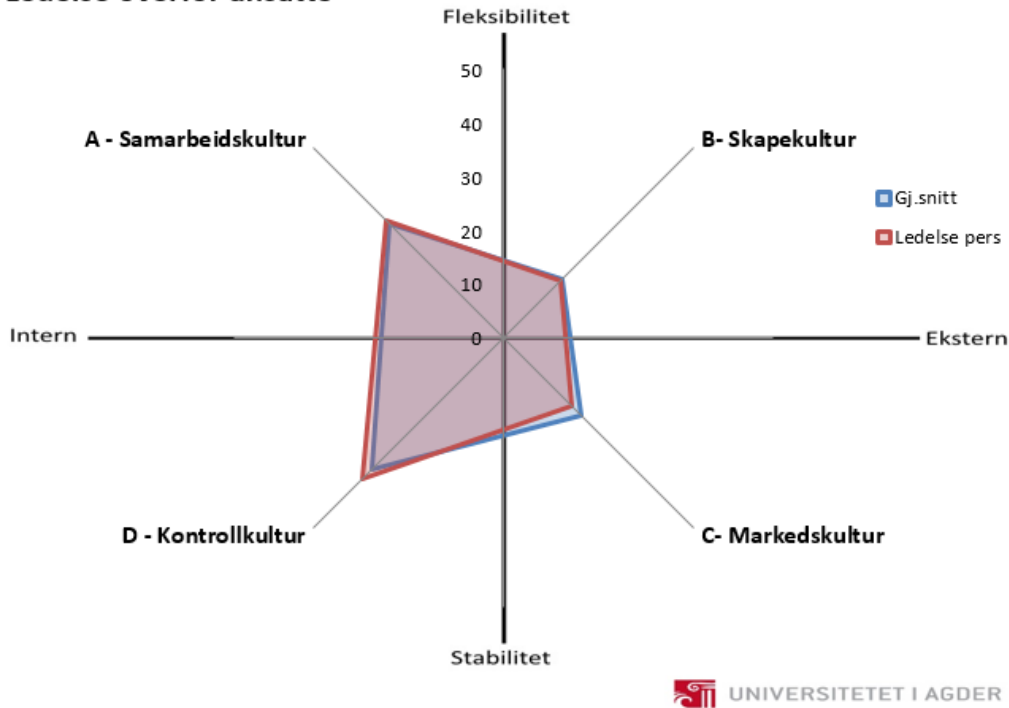
Tab 7. Gjennomsnittverdi for helhetlig kultur og organisasjonens ledelse

Et annet spørsmål som ble stilt var hvordan ledelse i organisasjonen gjennomgående er oppfattet i KPHV. Figur 11 og tabell 7 viser at avviket er størst på -8 poeng når det gjelder markedskulturen. Denne delen av kulturen oppfattes å ha en sterkere orientering mot markedskultur i forhold til organisasjonsledelse enn i den gjennomsnittlige kulturen. Videre viser resultatet ett lavere fokus på samarbeidskultur med ett avvik på 5 poeng fra gjennomsnittet. Kontrollkulturen skåres tilnærmet likt og har kun 1 poeng avvik, mens organisasjonens ledelse tilskrives å ha 3 poeng lavere fokus på skapekultur enn gjennomsnittet.

Oppfattelsen av organisasjonsledelsen er at det vektlegges høye krav til resultat og måloppnåelse nest etter koordinering, organisering og effektiv drift. Kontrollkulturen er fortsatt likevel dominerende også i denne delen av organisasjonskulturen. Ett avvik på -8 poeng i markedskultur fra den helhetlige organisasjonskulturen til organisasjonsledelse gjør at kulturen 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, på bekostning av fleksibilitet og skjønn. De konkurrerende verdiene internt fokus versus eksternt fokus dreier seg i noen grad mot det eksterne.

Avvik mellom markedskultur og samarbeidskultur som står diagonalt ovenfor hverandre i rammeverket for konkurrerende verdier (CVF) gir i større grad uoverensstemmelse enn når naboprofilene dominerer. Uoverensstemmelser skaper ofte ubehag i organisasjonen og de ansatte kan klage på tvetydighet, mangel på integrering eller tilpasning til deres erfaring. Denne kulturdelen strekker seg altså slik at respondentene oppfatter organisasjonsledelse som mer motsigende. En slik kultur kan føre til forskjeller i perspektiver, mål og strategier innad i organisasjonen. Når ledelsens organisatoriske atferd er inkompatibel med hva organisasjonens medlemmer anser for å være aksepterte verdier kan det oppfattes som hykleri (Cameron & Quinn, 2013).

Ledelse overfor ansatte

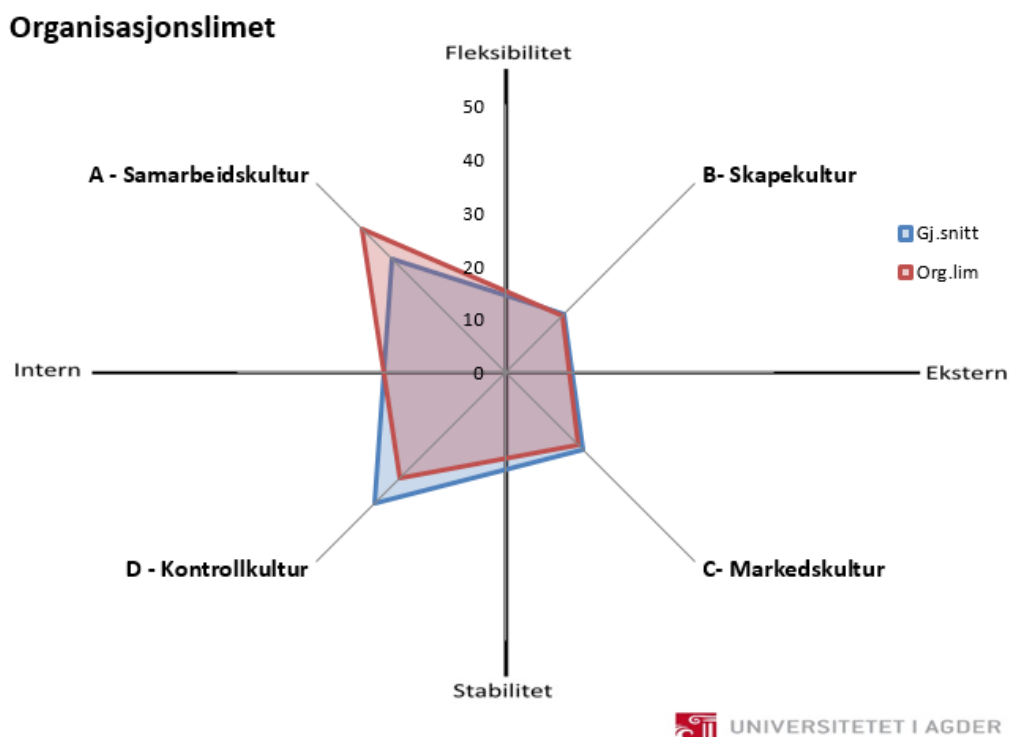


Figur 12. Gjennomsnittlig helhetlig kultur og ledelse overfor ansatte

	Gj.snitt	Ledelse overfor ansatte	Avvik
Skapekultur	16	15	1
Markedskultur	20	18	2
Kontrollkultur	35	37	-2
Samarbeidskultur	30	31	-1

Tab 8. Gjennomsnittsverdi for helhetlig kultur og ledelse overfor ansatte

Videre ble det stilt spørsmål om hvilke forventinger ledelsen i KPHV har til de ansatte i forhold til utførelse av sine arbeidsoppgaver. I figur 12 og tabell 8 viser resultatet at det også i denne delen er kontrollkulturen dominerende. De ansatte mener at kontrollkulturen i forhold til ledelse av ansatte er noe sterkere enn i gjennomsnittskulturen. Også samarbeidskulturen er den noe sterkere i denne organisasjonskulturen enn gjennomsnittskulturen. Markedskulturen oppfattes 2 poeng lavere vektlagt enn gjennomsnittskulturen, og skapekulturen 1 poeng lavere. Avvikene er likevel kun så små og må anses som kongruent i forhold til gjennomsnittskulturen..



Figur 13. Gjennomsnittlig helhetlig kultur og organisasjonslim

	Gj.snitt	Organisasjonslimet	Avvik
Skapekultur	16	15	1
Markedskultur	20	19	1
Kontrollkultur	35	28	7
Samarbeidskultur	30	38	-8

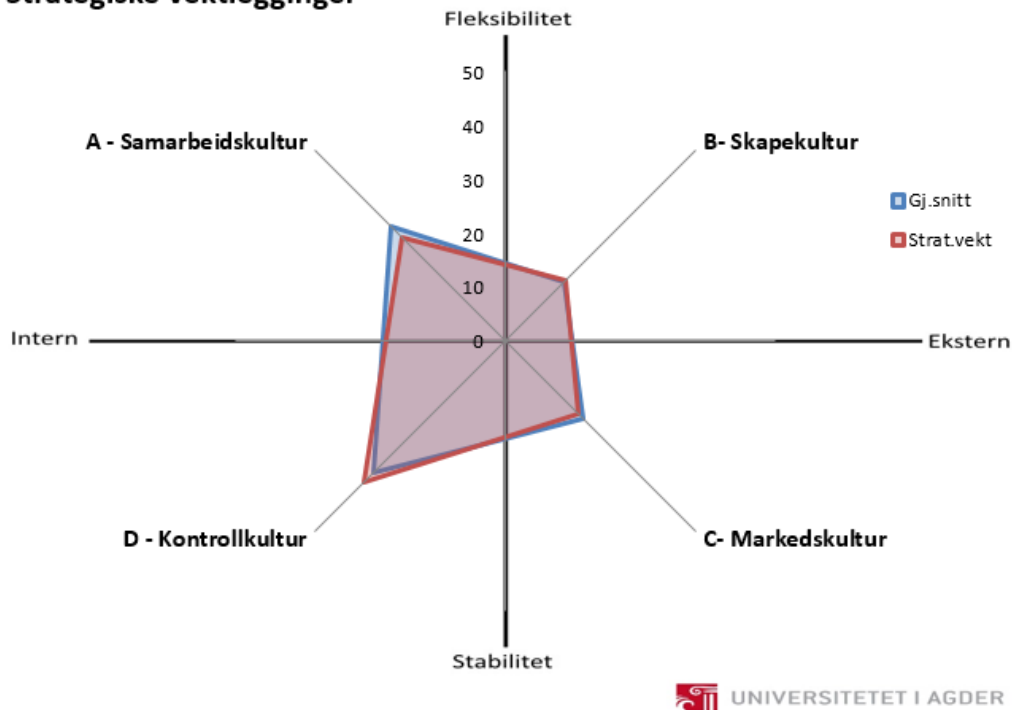
Tab 9. Gjennomsnittsverdi for helhetlig kultur og organisasjonslim

Et annet spørsmål som ble stilt var hvordan man vil beskrive "limet" i organisasjon. Figur 13 og tabell 9 viser at den dominerende kulturen i denne delen er samarbeidskultur, som er tillit, forpliktelse og lojalitet. Samarbeidskulturen er hele 10 poeng sterkere enn kontrollkulturen internt i denne dimensjonen av organisasjonskulturen. Organisasjonskulturen er 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 mellom naboprofilene kontrollkultur og samarbeidskultur. Det vil si at kulturene deler det interne fokuset. Uoverensstemmelsen er dermed i mindre

grad alvorlig eller av betydning enn om variablene var plassert diagonalt mot hverandre i rammeverket. Man kan allikevel ikke se bort fra uoverensstemmelsen, da avviket kan vise mangel på retning eller at kulturen er uklar for de ansatte. En annen forklaring kan være at kompleksiteten i organisasjonen og omgivelsene krever mangfoldige vektlegginger i ulike deler av organisasjonen (Cameron & Quinn, 2013).

Strategiske vektlegginger



Figur 14. Gjennomsnittlig helhetlig kultur og strategisk vektlegging

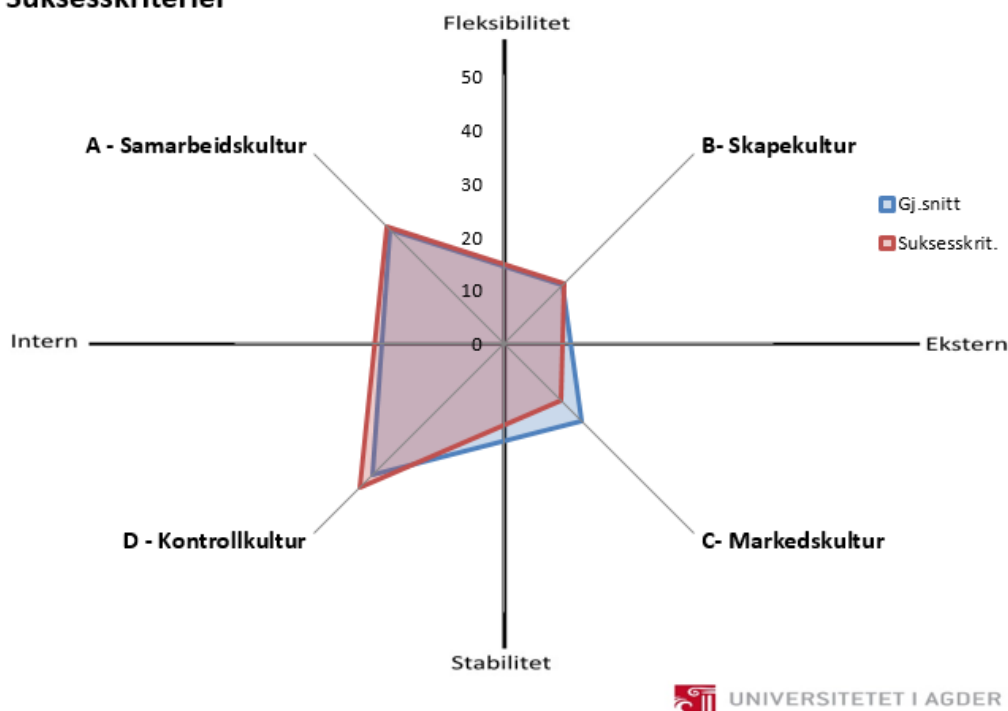
	Gj.snitt	Strategisk vektlegging	Avvik
Skapekultur	16	16	0
Markedskultur	20	19	1
Kontrollkultur	35	37	-2
Samarbeidskultur	30	27	3

Tab 10. Gjennomsnittverdi for helhetlig kultur og strategisk vektlegging

Neste spørsmål handler om hva respondentene oppfatter som det strategiske fokuset i organisasjonen. Figur 14 og tabell 10 viser at kontrollkulturen igjen dominerer og skårer -2 poeng høyere enn gjennomsnittskulturen. Samarbeidskulturen er redusert med 3

poeng. Markedskulturen ett poeng lavere og skapekulturen lik som gjennomsnittskulturen. Avvikene er allikevel såpass små at man må anta at de ikke spiller særlig stor rolle. Det strategiske fokuset samsvarer derfor i hovedsak med den helhetlige kulturen og kan ses på som kongruent.

Suksesskriterier



Figur 15. Gjennomsnittlig helhetlig kultur og suksesskriterier

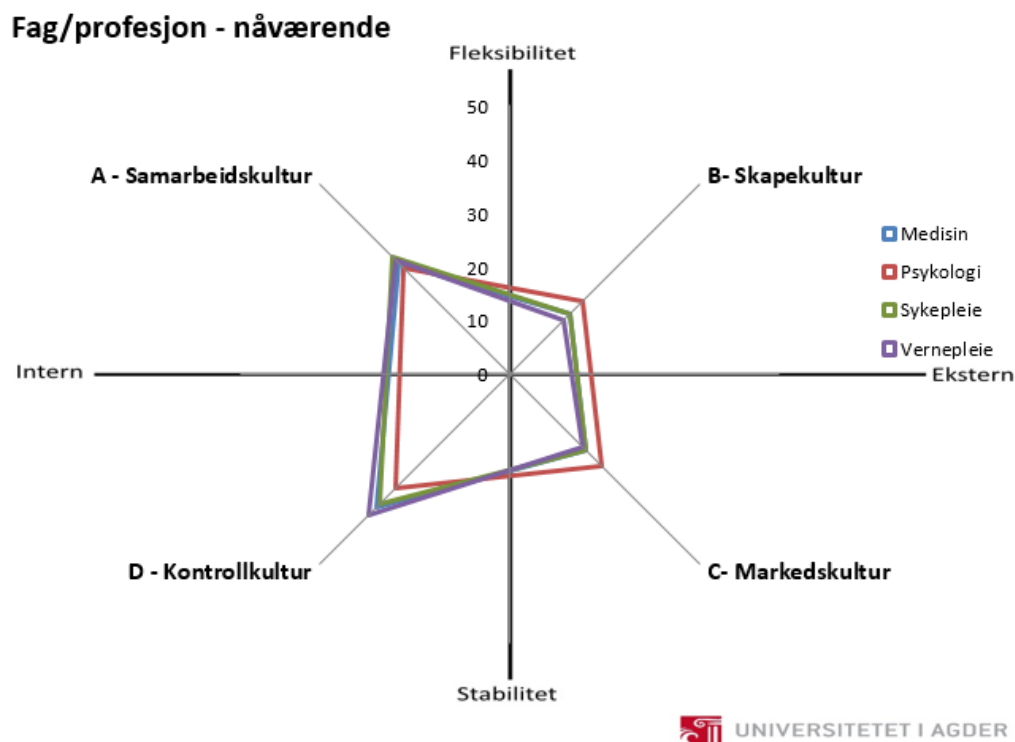
	Gj.snitt	Suksesskriterier	Avvik
Skapekultur	16	16	0
Markedskultur	20	15	5
Kontrollkultur	35	38	-3
Samarbeidskultur	30	31	-1

Tab 11. Gjennomsnittverdi for helhetlig kultur og strategisk vektlegging

På det siste spørsmålet ble de ansatte spurt om hvordan organisasjonen definerer suksess. Figur 15 og tabell 11 viser at den dominerende kulturen er kontrollkultur som er styrket med - 3 poeng sammenlignet med den helhetlige og overordnede organisasjonskulturen. Markedskulturen er vektlagt 5 poeng lavere i forhold til suksesskriteriet enn gjennomsnittskulturen, noe som kan tyde på at organisasjonskulturen i forhold til suksesskriterier vektlegger resultatfokus, konkurranse og måloppnåelse som mindre viktig for å lykkes. Samarbeidskulturen er styrket med -1 poeng og skapekulturen er likt gjennomsnittet. De ansatte har en tanke

om at suksess blir definert gjennom at intern planleggingen går bra og at «ting» flyter eller går på skinner, kombinert med at de er effektive, stabile og pålitelige leverandører. Alt i alt kan man konkludere at denne delen er kongruent til den gjennomsnittlige kulturen.

5.2.2 Er det variasjon i organisasjonskultur mellom de ulike profesjonene



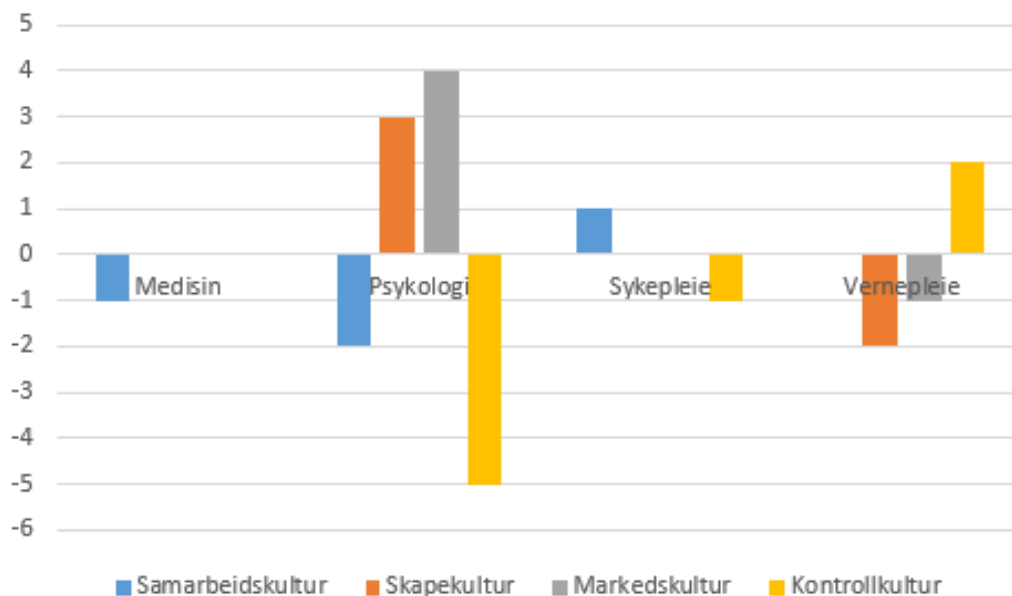
Figur 16. Nåværende organisasjonskultur fordelt på fag/profesjon

	Medisin	Psykologi	Sykepleie	Vernepleie
Samarbeidskultur	29	28	31	30
Skapekultur	16	19	16	14
Markedskultur	20	24	20	19
Kontrollkultur	35	30	34	37

Tab 12. Nåværende organisasjonskultur fordelt på fag/ profesjon

Vår undersøkelse av de utvalgte profesjonene i Klinikk psykisk helsevern voksne, viser at kontrollkulturen er gjennomgående dominerende. Som vist i figur 16 og tabell 12 har profesjonene samme dominerende kultur, men med forskjellig styrke. Psykologene

opplever kontrollkulturen svakest av profesjonene. Det største avviket på 7 poeng finner vi mellom gruppene vernepleiere og psykologer med henholdsvis 37 og 30 poeng. Sykepleierne, vernepleierne og legene opplever nesten samme organisasjonskultur. Avvikene er svake og varierer kun mellom 1 til 2 poeng på alle kulturområdene. Dermed må figurene ses som kongruente mellom disse profesjonene. Psykologene (fig. 17) har den mest avvikende oppfatningen av organisasjonskulturen internt mellom profesjonene i KPHV sammenlignet med gjennomsnittlig organisasjonskultur. Avviket er sterkest på opplevelsen av kontrollkultur -5 poeng, til fordel for en opplevelse av større fokus på markedskultur (4 poeng) og skapekultur (3 poeng). Psykologene sin profil er også i større grad rettet mot ekstern orientering på den horisontale akse enn det som er tilfelle hos de andre profesjonene (som er mer internt orienterte).



Figur 17. Avvikene mellom nåværende helhetlig organisasjonskultur og organisasjonskultur for de ulike profesjonene

5.3 Problemstilling 3: Hvilken organisasjonskultur ønsker de ansatte i Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne, og varierer den ønskete kulturen mellom profesjonene?

En viktig informasjonskilde når man tar sikte på å analysere organisasjonskultur er å se på avvik mellom den nåværende og foretrukne kulturen. Områder der avvikene er betydelige bør utforskes med tanke på mulighet for endring. Avvik fra 5-10 poeng

krever vanligvis konkrete kulturendringstiltak. Avvik på over 10 poeng må vies særlig oppmerksomhet (Cameron & Quinn, 2013).

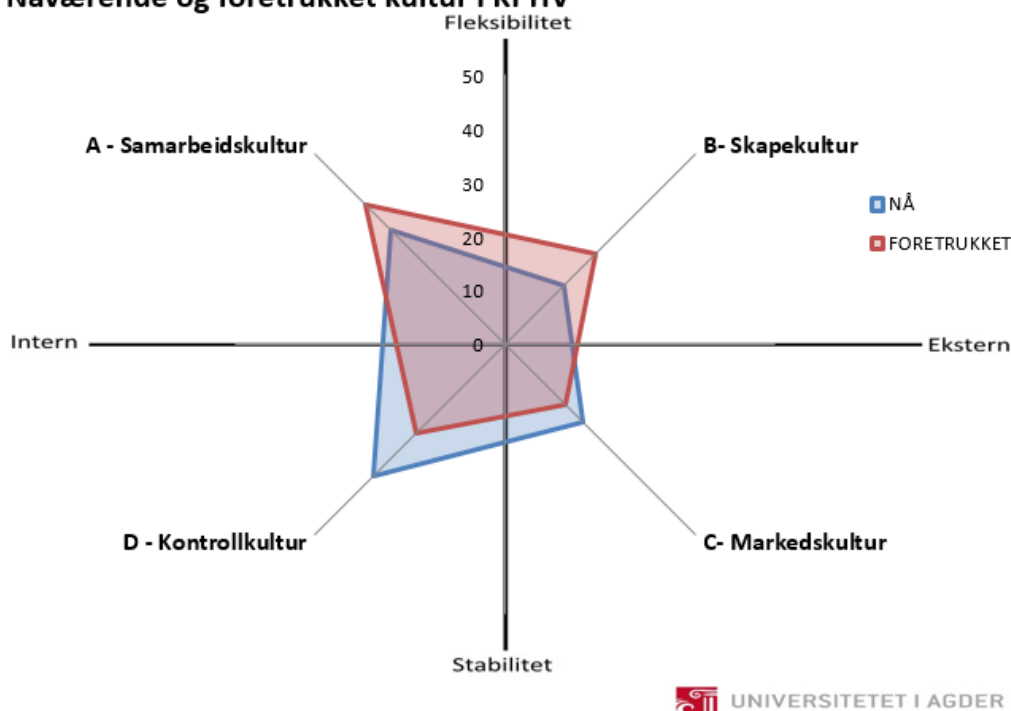
I tabell 13 definerer vi graden av avvik basert på anbefalingene i rammeverket.

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

Tab 13. Gradering av avvik mellom nåværende og foretrukket kultur

Avvikene kan være til hjelp med å systematisk identifisere hvilke kulturområder som bør økes, hvilke som bør reduseres, og hva som bør bli som det er. Avviksdataene vil vise de viktigste avvikene en organisasjons kan få ut av sin kulturprofil. De vil være spesielt viktige om hensikten er å få til en organisasjonsendring (Cameron & Quinn, 2013).

Nåværende og foretrukket kultur i KPHV



Figur 18. Nåværende og foretrukket kultur i KPHV

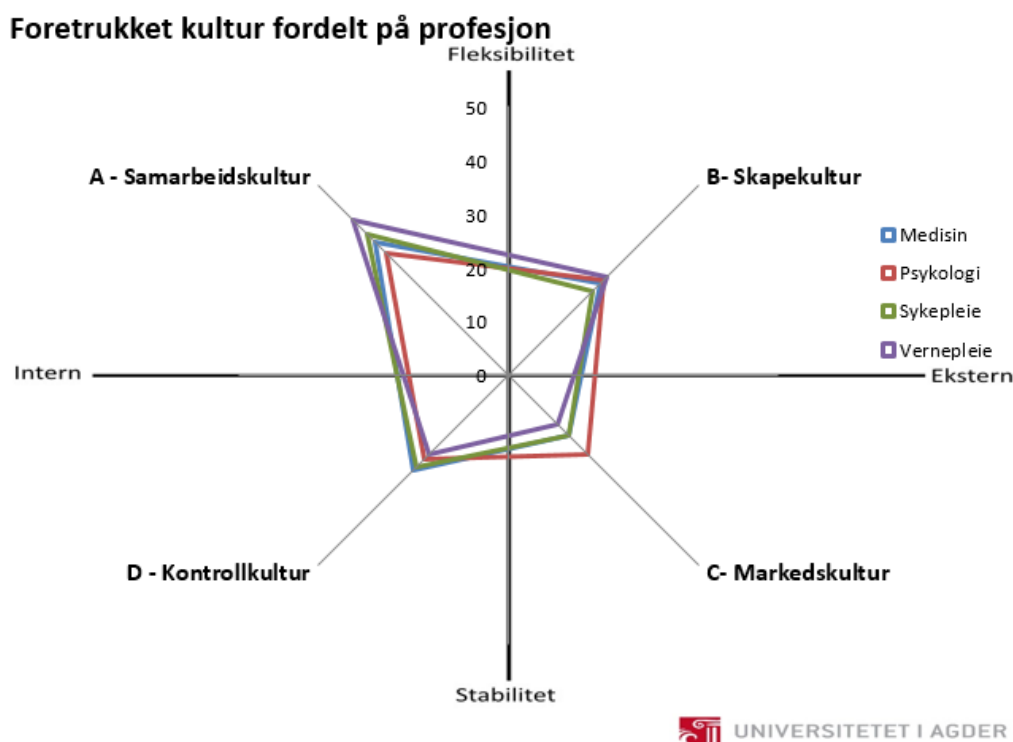
	Foretrukket	Nåværende	Avvik
Samarbeidskultur	37	30	7
Skapekultur	24	16	8
Markedskultur	16	20	-4
Kontrollkultur	23	35	-12

Tab 14. Gjennomsnittsverdi for nåværende, foretrukket kultur og avviket

Figur 18 viser grafene for nåværende og foretrukne kultur og at det er ett ønske om en endring eller dreining av organisasjonskulturen blant de ansatte i KPHV. Vi finner ett sterkt avvik på hele -12 poeng på den nåværende dominerende kontrollkulturen i organisasjonen i forhold til den foretrukne. I tillegg til ett betydelig ønske om mindre kontrollkultur ønsker de ansatte også ett lavere fokus på markedskultur. Avviket i forhold til markedskultur er på - 4 poeng og karakteriseres derfor som ett svakt avvik. Den foretrukne organisasjonskulturen dreier seg i moderat grad mot skapekultur med 8 poeng og med 7 poeng mot samarbeidskultur. Den foretrukne organisasjonskulturen i er i Klinikk psykisk helsevern er samarbeidskulturen.

Funnene ut fra våre tall er at det er en uoverensstemmelse mellom nåværende og foretrukne organisasjonskultur. Figurene er ikke kongruente. Ser vi på de dimensjonene fleksibilitet versus stabilitet viser resultatet at de ansatte ønsker å erstatte stabilitet, orden og kontroll med fleksibilitet, dynamisme og skjønn. De ønsker videre å beholde kriteriene for intern orientering, integrering og helhet. Videre er det en uoverensstemmelse og et avvik i begge kulturprofilene som står diagonalt ovenfor hverandre i rammeverket. Avviket fra den dominerende kulturtypen er det største funnet.

Avviket kan vise mangel på retning eller at kulturen er uklar. En annen forklaring kan være at kompleksiteten i omgivelsene krever mangfoldig vektlegging i ulike deler av organisasjonene (Cameron & Quinn, 2013)



Figur 19. Foretrukket organisasjonskultur fordelt på de ulike profesjonene

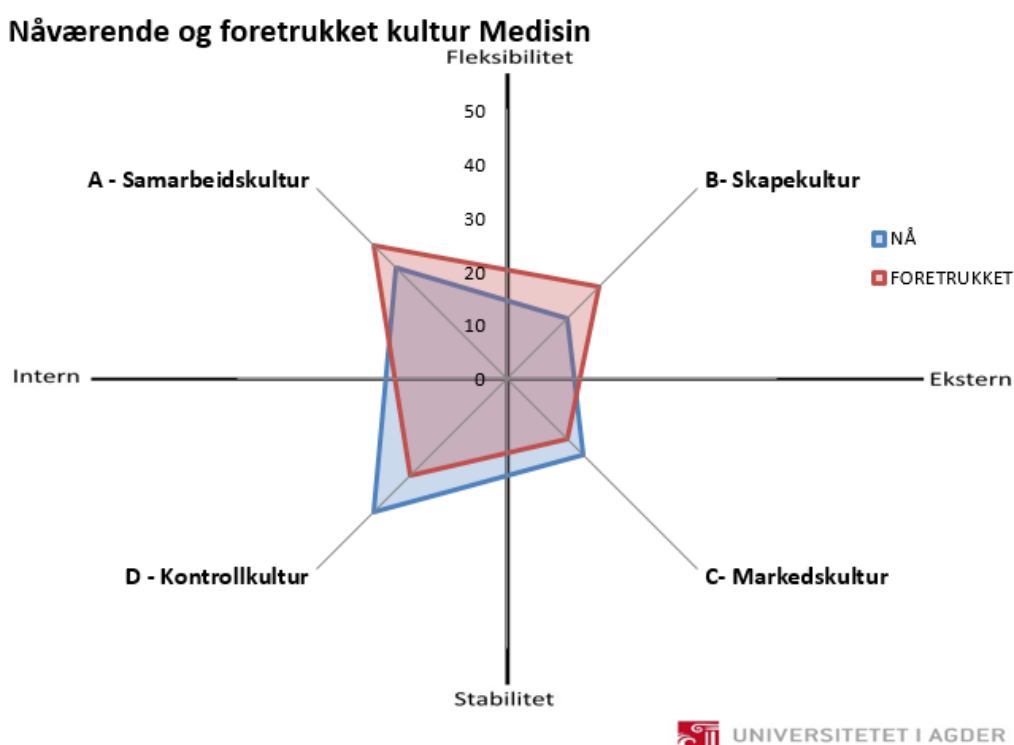
	Sykepleiere	Leger	Psykologer	Vernepleiere
Samarbeidskultur	37	35	32	41
Skapekultur	22	24	25	26
Markedskultur	16	16	21	13
Kontrollkultur	24	25	22	21

Tab 15. Gjennomsnittsverdi foretrukket kultur fordelt på profesjon

Figur 19 og tabell 15 viser at alle profesjonene beveger seg vekk den nåværende kontrollkulturen. Profesjonene er også samstemte i ønske om at samarbeidskulturen bør være den dominerende organisasjonskulturen. Det er også enighet blant profesjonene om at markedskulturen bør vektlegges minst oppmerksomhet. Ulikhetene oppstår først når vi undersøker kontroll og markedskulturen. Psykologene og vernepleierne foretrekker at skapekulturen er sterkere enn kontrollkulturen med henholdsvis 3 poeng og 5 poeng. Sykepleierne og legene ønsker at kontrollkulturen vektlegges sterkere enn skapekulturen med henholdsvis 2 og 1 poeng. Det er i hovedsak små variasjoner. Den største variasjonen finner vi når det gjelder den dominerende foretrukne samarbeidskulturen. Vernepleierne ønsker størst grad av

samarbeidskultur med 41 poeng som gir ett avvik på 9 poeng til psykologgruppen som har det laveste scoren innenfor denne kulturtypen med 32 poeng. Sykepleieren har 5 poeng (37) mer enn psykologene og legene 3 poeng (35).

De resterende avvikene er 4 eller mindre og kan graderes som svake og i liten grad vektlegges stor betydning. Vernepleierne, sykepleierne og legene har derfor nesten identisk former for foretrukket organisasjonskultur, med mindre betydelige avvik. Oppsummert er det størst avvik i figuren til psykolog gruppen. Hovedårsaken er ett sterkere ønske om fokus mot en markedskultur på bekostning av samarbeidskulturen som er den dominerende foretrukne kulturen bland alle profesjonene. Psykolog profesjonen vil på den horisontale aksene ha ett mer eksternt fokus enn de øvrige profesjoner.

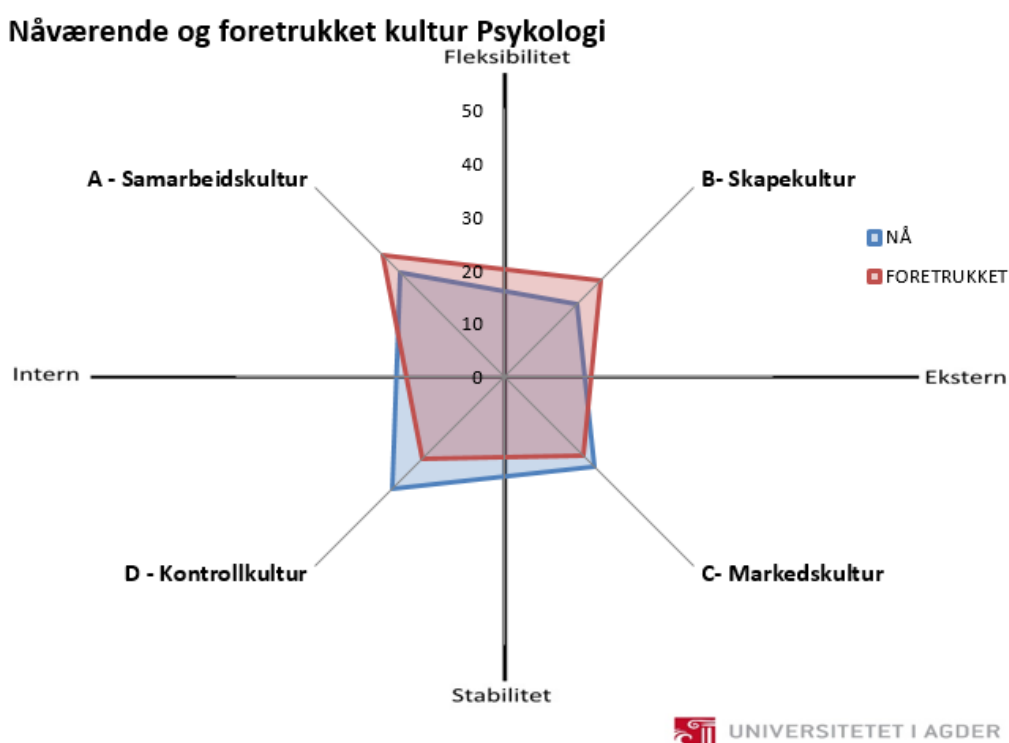


Figur 20. Nåværende og foretrukket organisasjonskultur blant leger

Leger			
	Foretrukket	Nåværende	Avvik
Samarbeidskultur	35	29	6
Skapekultur	24	16	8
Markedskultur	16	20	-4
Kontrollkultur	25	35	-10

Tab 16. Gjennomsnittsverdi for foretrukket og nåværende kultur blant leger

Figur 20 og tabell 16 viser at legene ønsker at samarbeidskulturen blir den dominerende organisasjonskulturen, økning med 6 poeng, på bekostning av nåværende kontrollkultur i KPHV som har en reduksjon på 10 poeng. I tillegg er det en økning av ønske mot en skapekultur på 8 poeng. Det er også en svak reduksjon av fokus på markedskultur på 4 poeng. Ser vi på de to dimensjonene i rammeverket ønsker legene en kultur mindre preget av kontroll og stabilitet, og mer preget av fleksibilitet og dynamisme. I dimensjonen mellom internt fokus og eksternt fokus er det forholdsvis likt som nåværende kultur. Oppsummert kan vi si at figurene mellom nåværende og foretrukne organisasjonskultur blant legene ikke er kongruente og at de gjenspeiler ett ønske om endring.

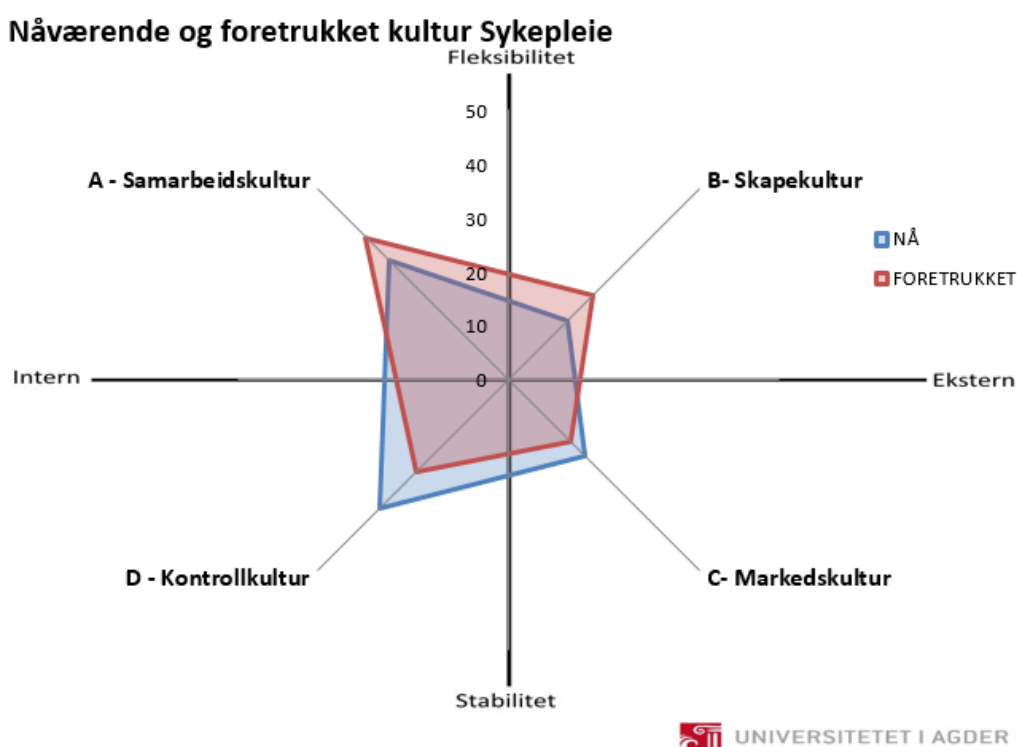


Figur 21. Nåværende og foretrukket organisasjonskultur blant psykologer

Psykologer			
	Foretrukket	Nåværende	Avvik
Samarbeidskultur	32	28	4
Skapekultur	25	19	6
Markedskultur	21	24	-3
Kontrollkultur	22	30	-8

Tab 17. Nåværende og foretrukket organisasjonskultur blant psykologer

Det er også ett avvik i foretrukket og nåværende kultur blant psykologene. Figur 21 og tabell 17 viser at psykologene ønsker en dominerende samarbeidskultur (opp 4 poeng fra nåværende) og en reduksjon av kontrollkulturen på 8 poeng. De ønsker i tillegg en økning av skapekultur på 6 poeng og en svak reduksjon på 3 poeng i markedskulturen. De ønsker en mer fleksibel og dynamisk kultur på bekostning av stabilitet og kontroll mens forholdet mellom intern og ekstern orientering er forholdsvis likt. Dermed kan vi oppsummert si at figurene mellom nåværende og foretrukne organisasjonskultur for psykologene ikke er harmonisert. De er i uoverensstemmelse på tvers av begge de horisontale konkurrerende kulturverdenen i rammeverket.



Figur 22. Nåværende og foretrukket organisasjonskultur blant sykepleiere

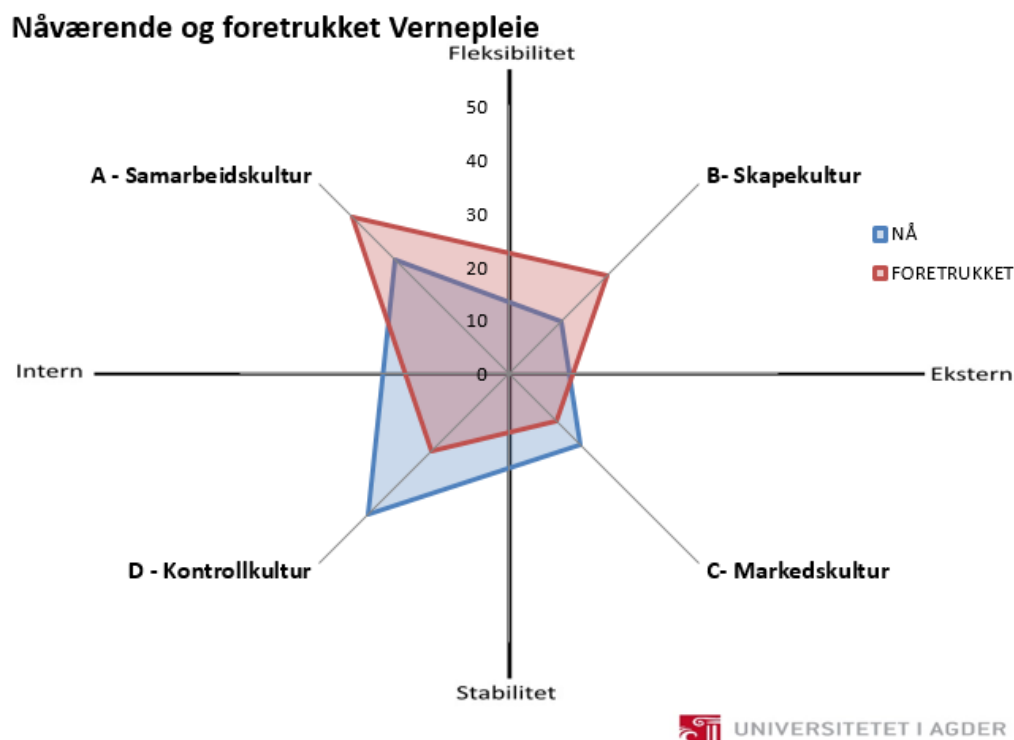
Sykepleiere			
	Foretrukket	Nåværende	Avvik
Samarbeidskultur	37	31	6
Skapekultur	22	16	6
Markedskultur	16	20	-4
Kontrollkultur	24	34	-10

Tab 18. Gjennomsnittsverdi for foretrukket og nåværende kultur blant sykepleiere

Figur 22 og tabell 18 viser at også sykepleierne ønsker en dominerende samarbeidskultur, og en sterk reduksjon i den nåværende kontrollkulturen. Kontrollkulturen har ett sterkt avvik på 10 poeng. Skapekulturen og

samarbeidskulturen har begge avvik på 6 poeng. Markedskulturen ønskes redusert med 4 poeng. Ser vi på den vertikale dimensjonen ser vi at sykepleierne ønsker en endring med større fokus på fleksibilitet, dynamisme og skjønn, men de ønsker å opprettholde forholdet mellom den interne og eksterne orienteringen på den horisontale dimensjonen.

Figurene er ikke kongruente og dermed er det ett betydelig avvik i nåværende og foretrukket kultur hos sykepleierne i KPHV.



Figur 23. Nåværende og foretrukket organisasjonskultur blant vernepleiere

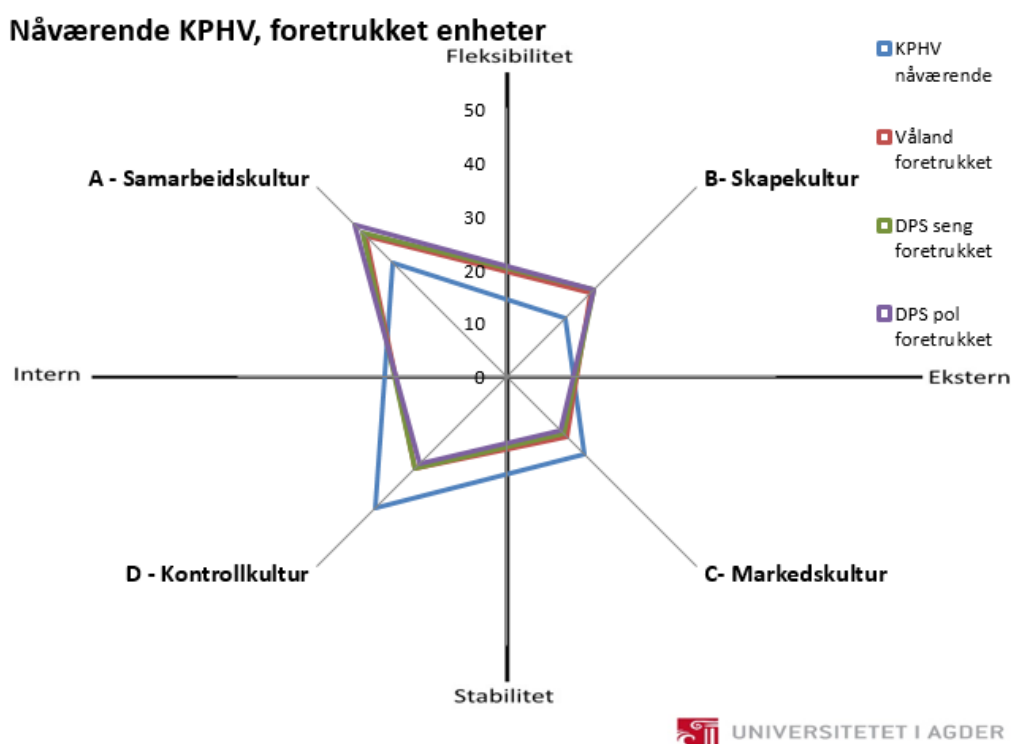
Vernepleiere			
	Foretrukket	Nåværende	Avvik
Samarbeidskultur	41	30	11
Skapekultur	26	14	12
Markedskultur	13	19	-6
Kontrollkultur	21	37	-16

Tab 19. Gjennomsnittsverdi for foretrukket og nåværende kultur blant vernepleiere

Figur 23 og tabell 19 viser at også vernepleierne ønsker en dominerende samarbeidskultur. Vi finner et sterkt avvik på 11 poeng økning mellom nåværende og foretrukket score innenfor samarbeidskulturen. Samtidig er det ett tilsvarende ønske om økning i skapekultur på 12 poeng. Det sterkeste og mest betydningsfulle avviket er

på hele 16 poeng reduksjon. Dette avviket viser seg på den nåværende dominerende kulturen i KPHV som er kontroll kultur. Det er i tillegg en reduksjon på 6 poeng i markedskultur. Ser vi på den vertikale dimensjonen er det en forskyvning mot fleksibilitet, dynamisme og skjønn og mindre av kultur preget av kontroll og stabilitet. På den horisontale akse er avviket mindre betydelig. Vernepleierne har figurer i rammeverket som ikke er i harmoni mellom ønsket og nåværende organisasjonskultur.

5.4 Problemstilling 4: Er det variasjon mellom nåværende organisasjonskultur i Klinikk psykisk helsevern voksne og foretrukket kultur fordelt på de ulike enhetene internt i organisasjonen?



Figur 24. Nåværende kultur KPHV, foretrukket kultur enhetene

	KPHV nåværende	Våland foretrukket	Dps seng foretrukket	Dps pol foretrukket
Samarbeidskultur	30	37	38	40
Skapekultur	16	22	23	23
Markedskultur	20	16	15	14
Kontrollkultur	35	24	24	23

Tab 20. Nåværende KPHV, foretrukket enheter

Figur 24 og tabell 20 viser at alle enheter i Klinikk psykisk helsevern voksne ønsker at den dominerende nåværende organisasjonskulturen endres fra kontrollkultur til samarbeidskultur. Begge avvikene er sterke. Avviket bort fra kontrollkultur er på 11-12 poeng, og avviket mot en samarbeidskultur er fra 7- 10 poeng. Det foretrekkes en dreining mot skapekultur på alle enheter fra 6-7 poeng og vekk fra markedskultur på 4-6 poeng. Avviket mellom de ulike enhetene er svake på mellom 1-2 poeng på alle kulturvariablene og figurene på de ulike avdelingene og enhetene må dermed defineres som kongruente.

Det sterke avviket finner du mellom nåværende og foretrukket kultur. Dette avviket er sterkt og bør vektlegges betydning. Avviket viser ett klart ønske om at den dominerende organisasjonskulturen endres fra kontrollkultur til samarbeidskultur. Alle kulturverdiene avviker med mer enn 6 poeng og opptil hele 12 poeng. På hovedaksene er forskjellen mellom det interne fokuset og eksterne fokuset noenlunde likt mellom foretrukne og nåværende kultur, mens forskjellen mellom fleksibilitet og skjønn på den ene siden er økende vektlagt på bekostning av kontroll og stabilitet på motsatt side. Erfaringene med bruk av OCAI i mer enn 10 000 organisasjoner viser at forskjell mellom «Nå»- og «Foretrukket»- kulturprofiler på mellom fem og ti poeng vanligvis indikerer behov for en konkret kulturendringsinnsats (Cameron & Quinn, 2013).

5.5 Oppsummering av funn

Med det utvalget vi har hatt til rådighet i vår undersøkelse har vi funnet ut at organisasjonskulturen i Klinikk psykisk helsevern voksne er dominert av en sterk kontrollkultur. Den har også et forholdsvis sterkt innslag av samarbeidskultur og moderat markedskultur samt en svak skapekultur. Rammeverkets hoveddimensjoner er i den ene dimensjonen preget av intern orientering, integrering og helhet, og i den andre dimensjonen finner vi stabilitet, kontroll og orden.

Når en ser på de 6 forskjellige delene av organisasjonen som er målt ved hjelp av OCAI finner vi at de er forholdsvis konsistente (fig. 10, 11, 12, 13, 14, 15). Det er ingen avvik over 10 poeng i noen av delene (tab.6, 7, 8, 9, 10, 11). De største avvikene finner vi i organisasjonsledelse og i organisasjonslimet, begge 8 poeng. I organisasjonsledelse er

det markeds kultur som vektet 8 poeng høyere (tab. 7), mens i organisasjonslimet er det samarbeidskulturen som vektet 8 poeng høyere (tab. 9) enn helhetskulturen.

Vi har også målt konsistens fordelt på profesjonene lege, psykolog, sykepleier og vernepleier. De opplever alle kontrollkulturen som dominerende, men vi finner størst avvik blant psykologene sammenlignet med gjennomsnittlig organisasjonskultur. De opplever kontrollkulturen 5 poeng lavere enn gjennomsnittskulturen samtidig som de opplever både markeds- og skapekulturen høyere enn de andre profesjonene (fig. 17)

Når vi ser på foretrukket kultur i KPHV viser det seg at respondentene ønsker seg en dominerende samarbeidskultur, samtidig som de også ønsker seg å øke skapekulturen. Reduksjonen fra nåværende til foretrukket kontrollkultur er hele 12 poeng, men økningen i samarbeidskultur og skapekultur er henholdsvis 7 og 8 poeng. Markedskulturen har en reduksjon på poeng (-4 poeng) fra nåværende til foretrukket kultur. Tar vi for oss hoveddimensjonene ønsker de ansatte en kultur preget av fleksibilitet, skjønn og dynamisme og i den andre dimensjonen en kultur preget av intern orientering, integrering og helhet (fig. 18, tab. 14)

Når det kommer til foretrukket kultur blant profesjonene, er alle enig om at man ønsker en dominerende samarbeidskultur men det er variasjon i scoren fra psykologenes 32 poeng til vernepleiernes 41 poeng. Sykepleiere og leger ligger med henholdsvis 37 og 35 poeng.

Hvis vi sammenligner de enkeltes profesjoners nåværende og foretrukket kultur finner vi størst avvik innen kontrollkulturen. Vernepleierne (fig. 23 og tab. 19) har sterkest avvik med en reduksjon på hele -16 poeng innen denne kulturen, mens leger (fig. 20 og tab. 16) og sykepleiere (fig. 22 og tab. 18) har et avvik på -10 poeng. Psykologene (fig. 21 og tab. 17) har et moderat avvik på -8 poeng.

Vernepleierne skiller seg ut fra de andre profesjonene også innen andre kulturer. I samarbeidskulturen fremviser de et sterkt avvik på 11 poeng, mens de andre profesjonene har moderat avvik. Innen skapekulturen har vernepleierne også et sterkt avvik på 12 poengs økning, mens de andre profesjonene har moderat avvik. Innen

markedskultur har alle profesjonene et moderat avvik og alle er enig om at det må bli mindre markedskultur.

Vi har tilslutt sett om det kan være store forskjeller mellom enhetene vi har delt inn i sin foretrukne kultur og nåværende gjennomsnittskultur. Resultatet er forholdsvis entydig med bare små forskjeller i foretrukket kultur (fig.24). Enhetene ønsker en dominerende samarbeidskultur i Klinikk psykisk helsevern voksne. Både «Våland sengepost» og «DPS sengepost» foretrekker en moderat økning av samarbeidskulturen på 7 og 8 poeng, mens «DPS poliklinikk» ønsker en sterk økning på 10 poeng. Når det gjelder kontrollkulturen ønsker alle gruppene en sterk reduksjon hvor både «Våland sengepost» og «DPS sengepost» ønsker en reduksjon på 11 poeng mens «DPS poliklinikk» ønsker - 12 poeng. Ser vi på hoveddimensjonene ønsker man en dreining av kulturen mot mer fleksibilitet, skjønn og dynamisme mens forholdet mellom det ekstern og intern orientering er noenlunde likt.

6.0 Diskusjon

Hovedmålet med å utvikle en kulturprofil for organisasjoner er å hjelpe til med å identifisere hvilken type kulturendring som passer best, og på hvilken måte kultur kan bli omformet på en mest fordelaktig måte (Cameron & Quinn, 2013).

De som har svart på vår undersøkelse i Klinikk psykisk helsevern voksne ønsker en endring i organisasjonskulturen. Vårt materiale og våre funn skaper dermed oppgavens refleksjoner rundt organisasjonskulturen i klinikken. Vi vil diskutere med ett utgangspunkt i at det ikke er noen fasit på hva som er rett eller galt med organisasjonskulturen. Cameron & Quinn (2013) sier at hvorvidt en kulturtype er rett eller galt avhenger av hvilke omgivelser organisasjonen befinner seg i. Vi vil derfor bruke omgivelsene som KPHV befinner seg i og påvirkes av til om mulige belyse funnene, reflektere rundt mulige retningsvalg, ledelsesutfordringer og andre viktige verdispørsmål.

Cameron og Quinn (2013) mener at det er viktig at vi har med en ensarta organisasjonskultur å gjøre for å opprettholde effektivitet og kvalitet i tjenestetilbudet. Martin (1992) hevder at en organisasjon må lære å leve med ulike kulturer. Lokale tilpasninger til organisasjonskultur vil gjøre oppgaveløsningen lettere og dermed gjøre tjenestetilbudet kvalitativt bedre og dermed mer effektivt. For å få med disse forskjellige nyansene i funnene ønsker vi å diskutere organisasjonskulturen ut fra integreringsperspektivet og differensieringsperspektivet. Vi vil også sammenligne funnene med andre organisasjoner og med tilsvarende undersøkelser.

Til syvende og sist er det de ansatte i organisasjonen og deres individuelle atferdsendring som kan være nøkkelen til den ønskede kulturendring: *«En endring i kultur vil til syvende og sist avhenge av at medlemmene i organisasjonen tar i bruk atferd som forsterker de nye kulturelle verdiene og er i samsvar med dem»* (Cameron og Quinn 2013, side 135).

6.1 Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne sett i lys av omgivelsene

13.mars 2020 ble Norge rammet av en pandemi. Ingen var forberedt, heller ikke det norske helsevesenet. I KPHV hadde vi på nyåret begynt å snakke om viruset som spredte seg, men ikke innsett at vi skulle bli påvirket i så stor grad som det i dag viser seg ble tilfellet. Dette illustrerer dessverre godt hvor avhengige alle organisasjoner er av sine omgivelser. Den generelle definisjonen av omgivelser er ifølge Jacobsen og Thorsvik: «*Alle forhold utenfor en organisasjon som kan ha en potensiell effekt på organisasjoners effektivitet og legitimitet*» (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 199).

Klingsheim (2016) beskriver i sin masteroppgave påvirkningen fra omgivelsene som spesialisthelsetjenesten har gjennomgått med følgende hovedtrekk:

- New Public Management (NPM) Dreining som preger omstillingsarbeidet i offentlig sektor siste 20 år der de tre hovedlinjene er troen på ledelse, indirekte kontroll og brukerfokusering (Øgård 2005).
- Politisk styrte prosesser gjennom lovgivning som omfatter helsepersonelloven (1999) pasientrettighetsloven (1999), spesialisthelsetjenesteloven (1999) og samhandlingsreformen (2012)
- Innføring av fagspesifikke føringer slik som nasjonale retningslinjer for utredning og behandling og pakkeforløp.
- Innføring av innsatsstyrt finansiering i somatikken (1997)

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2018. Innføring av innsatsstyrt finansiering i psykiatrien ble begrunnet ut fra en tro på at dette vil gi flere pasienter raskere tilgang til behandling samt bedre utnyttelse av ressursene.

Den innsatsstyrte finansieringen møter spesielle utfordringer i psykiatrien. Psykiatriske diagnoser er sammensatte. Hvilken behandling som passer for de ulike diagnosene, er i tillegg avhengig av en individuell tilnærming til hver enkelt pasient. Fordi hver unik psykiatrisk pasient har ulike kliniske, sosiale og rettslige behov. Klassifisering kun ut fra diagnose, etter mal fra somatikken, vil ikke fange opp pasientenes samlede behandlingsbehov. Behandlingsbehovet henger igjen tett sammen med kostnader.

Registrerte diagnoser vil derfor i liten grad fange opp kostnadsvariasjoner pasientene imellom og mellom psykiatriske institusjoner. En ytterligere kompliserende faktor er at liggetiden i psykiatriske institusjoner ikke sentrerer seg rundt et gjennomsnitt. Fordelingen er preget av at det finnes svingdørspasienter og langtidspasienter. Mange lidelser er dessuten livslange, og pasienter vil kunne ha langvarige forhold til institusjonen, med svært ulikt behov for hjelp i ulike faser. En innsatsstyrt finansieringsordning for psykiatrien må i tillegg ta hensyn til at det for psykiatriske pasienter ofte kan ta lang tid å fastsette diagnose og behandlingsopplegg (Bretteville-Jensen & Kaarbøe, 2004).

I 2017 trådte også endringene i Lov om psykisk helsevern i kraft. Endringene gjaldt først og fremst bruk av tvang og pasienten sin rett til å selv bestemme om de vil motta hjelp. Pasienter som ble vurdert til å inneha samtykkekompetanse i forhold til egen helse, kunne som hovedregel ikke lenger tvangsinnlegges eller tvangsbehandles. Lovendringen var omfattende og krevde interne omstillinger av mye av den sentrale driften i klinikken.

Den *avhengigheten* organisasjoner har til omgivelsene skaper en *usikkerhet* fordi det reduserer evnen eller muligheten til å forutsi hva som skal skje i fremtiden (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I lys av det samlede innholdet i denne utviklingen i omgivelsene til Klinikk psykisk helsevern voksne er det derfor kanskje naturlig at den nåværende dominerende organisasjonskulturen er kontrollkultur.

Når omgivelsene skaper usikkerhet gjennom stadig nye lovendringer og nasjonale føringer, kommer med nye standardiserte oppskrifter gjennom pakkeforløp, samtidig som tilsynsmyndigheter leter etter feil med lykt og lupe, er kvalitetsstrategiene til hierarki eller kontrollkulturen ett passende verktøy for organisasjonen.

Kvalitetsstrategien er å oppdage feil, gjøre målinger, drive prosesskontroll og systematisk problemløsning (Cameron & Quinn, 2013). Klinikk psykisk helsevern voksne sin nåværende overordnede og sterkeste kultur er kontrollkulturen som er typisk for en tradisjonell byråkratisk kultur. Organisasjonen er formalisert, strukturert og regelstyrt. Klinikken har kvalitetsrådgiver som sammen med ledere overvåker interne avviksmeldinger og justerer prosedyrene slik at driften tilpasses nye krav og

forventninger. I tillegg føres det jevnlig tilsyn med alle enheter av Kontrollkommisjonen der alle tvangsprotokoller og tvangsvedtak gjennomgås i ett juridisk perspektiv. Samarbeidskulturen er også sterkt vektlagt i den nåværende organisasjonskulturen i KPHV med ett internt fokus på vedlikehold, fleksibilitet og interesse og sensibilitet ovenfor kundene. Involvering av de ansatte og det å bemyndige dem er viktige kvalitetsstrategier i skapekulturen (Cameron & Quinn, 2013).

Dette samsvarer bra med at driften i klinikken er helt avhengig av en bemyndigelse av de ulike profesjonene for at pasientene skal få optimal behandling som følger faglige retningslinjer og som samtidig balanserer innenfor ett krevende og omfattende lovverk. Den helhetlige organisasjonskulturen i Klinikkk psykisk helsevern voksne er samtidig med stabilitet, kontroll og orden preget av ett internt fokus og integrering som derfor samsvarer godt med de to dominerende kulturtypene. Kombinert med ett fokus på fleksibilitet, skjønn og interesse for mennesker som trekker paralleller til den lojaliteten, omsorgen og hjelperrollen de ansatte har ovenfor pasientene og god pasientbehandling.

De svakere kulturtypene i den nåværende organisasjonskulturen i klinikken er marked- og skapekulturen. Skapekulturen sine kvalitets strategier vektlegger blant annet å skape nye standarder og å finne kreative løsninger. Innenfor de rammene som klinikken jobber under sett i lys av omgivelsene, gis det ikke veldig stort rom for disse verdiene. Det å finne på en ny diagnose eller gjøre behandling som går på tvers av etablert praksis ville neppe bli sett på som noe positivt i øynene på kontrollorganene våre. Det ville tvert imot heller gitt rom for represalier mot den ansatte som hadde behandlingsansvar eller mulighet for erstatning for feil behandling om praksisen ble vurdert i for eksempel pasientskadenemda.

Markedskulturen i klinikken er som vi har pekt på forsøkt regulert eller styrt gjennom ISF intensivt. Markedskulturen sine kvalitetsstrategier er for eksempel forbedring av produktivitet. En lavere vektlegging av markedskulturen i organisasjonen er også ett forståelig funn fordi de som står nærmest pasientene i pasientbehandling vil ha ett fokus på individuell behandling for den pasienten de møter fremfor effektivitet og produksjon på overordnet nivå.

Vi har i dette kapittelet sett på mulige årsaker og forklaringer på hvorfor den nåværende organisasjonskulturen i Klinikk psykisk helsevern voksne har den organisasjonskultur profilen som viser seg i våre funn i lys av omgivelsene.

6.2 Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne sett i lys av trender og sammenlikninger med andre organisasjoner

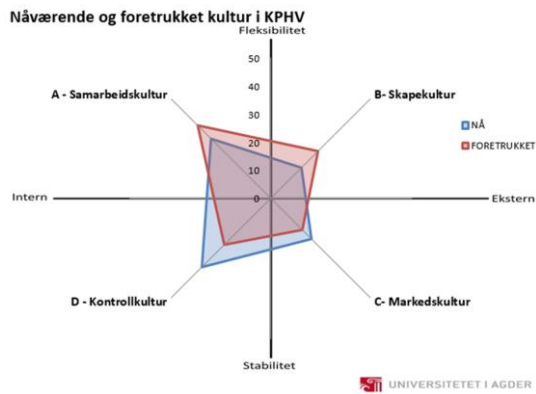
En av metodene som kan benyttes for å sammenligne den organisasjonen man undersøker, er å speile den mot en «gjennomsnittlig» organisasjon innen samme sektor. Gjennomsnittsprofiler for ulike sammenlignende organisasjoner har som formål å vise at det ikke finnes en riktig eller en beste kulturprofil for en organisasjon. Profilene er enkelt og greit bare gjennomsnittlige for de ulike bransjene. Utgangspunktet er som nevnt data samlet fra mer enn 10 000 organisasjoner (Cameron & Quinn, 2013).

Klingsheim (2016) er blant de første som har benyttet OCAI i sin undersøkelse innen spesialisthelsetjenesten i en psykiatrisk enhet, Spesialavdeling for voksne i Helse Stavanger HF. Hans funn viser en sterk kontrollkultur og moderate samarbeids-, skape- og markedskulturer. Klingsheim viser til Kjekshus (2016) og definerer i oppgaven sykehusene som offentlig administrasjon. Offentlig administrasjon blir også ofte omtalt som forvaltningsorgan. Forvaltningsorganer har en særstilling i samfunnet og Klingsheim referer Kjekshus (2016) sin definisjon på forvaltningsorganer i oppgaven:

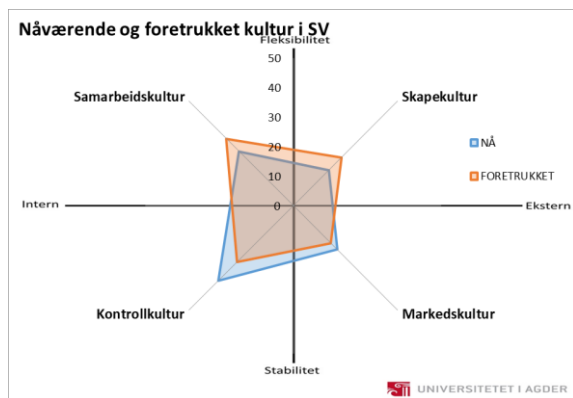
«Forvaltningsorganer er satt til å forvalte viktige samfunnsverdier, og deres legitimitet baserer seg på demokratiske beslutningsprinsipper. Forvaltningsorganer skal ta avgjørelser som det i utgangspunktet er uenighet om, pålegge byrder og fordele goder det er knapphet på. Sentralt i denne organisasjonsformen fremme en rettferdig og lik fordeling av goder og byrder» (Klingsheim, 2016, s. 72).

Ut fra disse refleksjonene ble organisasjonskulturen i Spesialavdeling for voksne sammenlignet med organisasjonskultur i offentlig administrasjon (Klingsheim 2016).

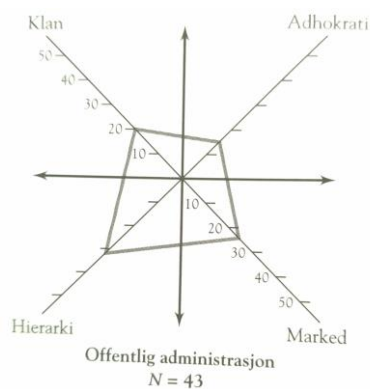
For vår undersøkelse gjelder den samme betraktningen, vi velger derfor å sammenligne den nåværende organisasjonskulturen i Klinikk psykisk helsevern voksne (fig.25) med offentlig administrasjon slik de beskrives i bransjeprofilen i Cameron og Quinn (2013) (fig.27) og videre våre funn med funnene til Klingsheim i 2016 (fig.26).



Figur 25. Nåværende og foretrukket kultur KPHV, 2021



Figur 26. Nåværende og foretrukket kultur SV, Klingsheim, 2016



Figur 27. Gjennomsnittlig kulturprofil offentlig administrasjon (Cameron & Quinn 2014. s92)

Først sammenligner vi den nåværende organisasjonskulturen i Klinikk psykisk helsevern for voksne med gjennomsnittlige kulturprofilen til offentlig administrasjon. Den viser at den helhetlige organisasjonskulturen i Klinikk psykisk helsevern voksne er i tilnærmet lik gjennomsnittsprfilen til organisasjoner som er definert som offentlig administrasjon. Kontrollkulturen dominerer, og skapekulturen er svakest. Markedskulturen er tilsvarende lik gjennomsnittskulturen for offentlig administrasjon. Det som skiller seg mest ut fra gjennomsnittskulturen for offentlig administrasjon er en høyere vektlegging på samarbeidskulturen.

Når vi ser på funnene til Klingsheim (fig.26) ser vi at den nåværende kulturen i Spesialavdeling for voksne i 2016 er svært lik gjennomsnittet for offentlig administrasjon. Avviket er svakt med en noe høyere vektlegging på kontrollkulturen og samarbeidskultur. Avviket er som nevnt ikke betydelig og hovedinntrykket er at disse to figurene er mer kongruente enn figuren i våre data fra Klinikk psykisk helsevern voksne.

Klinikk psykisk helsevern voksne sin nåværende organisasjonskultur slik vi ser sammenligningen mot de to andre figurene viser altså en sterkere samarbeidskultur og noe svakere skapekultur. Dette kommer spesielt til syne når vi sammenligner med funnene til Klingsheim i figur 26. Avviket på skapekultur er mindre sammenlignet opp mot figuren i offentlig administrasjon (fig. 27).

Vi kan ikke gi ett svar på hvorfor denne forskyvningen mot samarbeidskultur på bekostning av kontrollkultur og for så vidt skapekultur har oppstått i våre funn. Vi kan likevel spekulere i om innføringen av ISF i psykiatriske poliklinikker kan være noe av forklaringen? I vår undersøkelse har 23,4 prosent av de ansatte i poliklinikkene svart. Når vi i tillegg ser på foretrukne organisasjonskulturen i KPHV og det rapporterte ønske om en sterkere orientering mot samarbeidskultur og skapekultur på bekostning av markedskultur og kontrollkultur kan utviklingen indikere at dette kan være en mulig faktor som har påvirket dreiningen. Denne utviklingen er også sterkere sammenlignet med de foretrukne funnene til Klingsheim i 2016, da ISF ikke var innført i psykiatrien. Poliklinikkene i klinikk psykisk helsevern har fått ett enormt fokus etter innføringen av ISF. De har på mange måter blitt inntektskilden til klinikken, og kravet om produktivitet og effektivitet har for alvor kommet inn i driften og påvirker fagligheten. Økonomene i

sykehuset har utarbeidet målkrav til hver behandler på aktivitetskrav og det gjøres jevnlig målinger og sammenligninger for å overvåke resultatene. Behandlerne i poliklinikken blir gjennom forløpstider i pakkeforløpene målt på varighet av utredning og behandling og målet er avslutning av forløp innen gitte frister. Kundene må ekspederes raskt slik at nye kunder kan få hjelp – eller mer billedlig: pakkene må pakkes inn og sendes slik at de kan ta imot nye pakker. Resultatet kan være det vi nå mulig kan antyde gjennom trenden i organisasjonskulturen og det faktum at flere ansatte slutter i poliklinikkene?

Vi har i dette kapitlet sammenlignet og drøftet organisasjonskulturen til klinikk psykisk helsevern voksne med ett gitt utvalg som vi fant naturlig. Det er flere uavklarte spørsmål omkring hva som fremover vil påvirke organisasjonskulturen i Klinikk psykisk helsevern voksne. Det er med andre ord flere usikre variabler som må fastsettes før en kan si noe om hvilken retning organisasjonskulturen tar. Det er for eksempel ute ett nytt lovforslag kalt Tvangsbegrensingsloven som selvfølgelig vil påvirke og kreve endringsprosesser. Prosesser som kanskje - eller kanskje ikke påvirker organisasjonskulturen? Vi har altså behov for ulike perspektiver for å kunne fange opp variasjoner og trender innen organisasjonskultur. Velger vi ett teoretisk perspektiv som får oss til å fokusere på likheter vil vi i større registrere hva som er likt og ignorere ulikheter og omvendt (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

De ulike delene av organisasjonen påvirker altså hverandre gjensidig. Derfor er det viktig å utforske den helhetlig forståelse av kultur i organisasjoner ved å kombinere ulike perspektiver i det kulturelle mangfold (Jacobsen og Thorsvik 2013).

6.3 Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne sett i lys av integrasjonsperspektivet

Integrasjonsperspektivet har fokus på likhet. Vi vil registrere hva som er likt og ignorere det som er ulikt. Dette teoretiske perspektivet på organisasjonskultur tar sikte på å fange opp sammenfallende meningsmønstre og likhet innen og mellom sosiale grupper (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Profesjoner og enheter i lys av integrasjonsperspektivet:

Funnene våre viser at selv om det er små variasjoner mellom de ulike profesjonene og de ulike enhetene vi har valgt å undersøke, har likevel alle en felles oppfatning og forståelse for at kontrollkulturen er den dominerende organisasjonskulturen i Klinikk psykisk helsevern voksne. Denne konsensusen går gjennom hele organisasjonen. Det er ingen av profesjonene eller utvalg av avdelinger som mener at en av de andre kulturene er dominerende. På tross av lav svarprosent og ett forholdsvis bredt utvalg av enheter med få antall respondenter velger vi å tolke resultatet som tilnærmet pålitelig. Valget om å vektlegge konsensus rundt kontrollkulturen som dominant styrkes sett i lys av funnene til Klingsheim (2016) og gjennomsnitt bransjeprofil for offentlig administrasjon (Cameron & Quinn, 2013).

Når vi sammenligner differansen mellom nåværende organisasjonskultur og foretrukne organisasjonskultur blant utvalget av enheter finner vi helt klare og særdeles like sammenfallende trekk. Utvalget er enige om nåværende kultur, men også ganske overraskende tilnærmet samstemte, for ikke å si identiske, i foretrukne organisasjonskultur. I lys av integreringsperspektivet er både oppfattelsen av virkeligheten og drømmene om hvordan fremtiden skal bli kongruent. Kongruensen strekker seg blant alle medlemmene, uavhengig av profesjon, i alle de ulike enhetene i Klinikk psykisk helsevern voksne. Dette funnet kan indikere at de ulike gruppene er godt integrerte i hverandre. Profesjonene jobber tett sammen tverrfaglig gjennomgående i hele klinikken. Felles erfaringer er viktig for fellesskapsfølelsen og vektlegges blant de ansatte. De er en del av ett felles team. Enten som en del av en enhet i den faste personalgruppen eller som en del av teamet på vakt. Når ansatte 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 som nevnt særlig krav til samhandling og felles forståelse. Betingelsene for å danne en felles organisasjonskultur og i tillegg ønske en felles foretrukket kultur er gode. Medlemmene er hyppig sammen og arbeidet er organisert noenlunde likt med samme arbeidsoppgaver. I tillegg deler de felles erfaringer (Trice & Beyer, 1993).

Funnene i våre data indikerer altså at det er et betydelig avvik mellom nåværende og foretrukket kultur. Spørsmålet blir da hvordan kan organisasjonskulturen utvikles eller

endres? Forskning på hva som former organisasjonskultur viser til to «skoleretninger». Den ene retningen ser på organisasjonskultur som noe som skapes internt og kan påvirkes av organisasjonens ledelse (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I integrasjonsperspektivet er ledere skaperne av en kultur. Lederne kan påvirke kulturen for å øke produktivitet og effektivitet. En etablert kultur må til enhver tid vedlikeholdes, overvåkes og fornyes (Martin, 1992).

For å få til en vellykket endring av organisasjonskultur bør man starte med å se på avviket mellom nåværende kultur og foretrukket kultur. Den dominerende nåværende kultur i KPHV er kontrollkulturen, og den dominerende foretrukne kulturen er samarbeidskulturen. Når vi ser tilbake på Mintzbergs konfigurasjoner, som vi redegjorde for i teoridelen, ser vi at de ansatte ønsker en endring i dominerende kontrollkultur fra hierarkikulturen til klankultur. Altså en ending fra det tradisjonelle maskinbyråkratiet til en kultur mer lik det profesjonelle byråkratiet. Med tanke på at klinikken sine medlemmer i hovedsak er ulike profesjoner gir ønsket en forståelig mening.

Klingsheim (2016) beskriver i sin oppgave at avviket mellom eksisterende kultur og foretrukket kultur kan håndteres med to strategier av lederne i organisasjonen. Den ene er å endre dagens kultur til den foretrukne. Den andre muligheten ligger i at man som leder opplyser og informerer medlemmene om hvorfor den foretrukket kulturen er lite hensiktsmessig og hvorfor det er lurt å opprettholde eksisterende kultur. Denne prosessen bør skje gjennom en bevisstgjøring av eksisterende kultur og iverksetting av tiltak for å vedlikeholde eller fornye kulturen. I dette arbeidet er lederens rolle som kulturskaper sentral (Klingsheim 2016).

Funnene våre om nåværende og foretrukne kultur samsvarer i stor grad med funnene til Klingsheim. Vår vurdering er derfor at vi på tross av lav svarprosent kan se linjer i de to undersøkelsene som har store likhetstrekk og dermed styrker våre data. Oppsummert blir derfor også anbefalingen vår tilnærmet lik. Ser man som leder medlemmene sin foretrukne kultur som en god og meningsfull retning, bør tiltak iverksette for å høyne samarbeidskulturen og redusere kontrollkulturen. Ønsker man å opprettholde dagens

kultur er det viktig at man overbeviser medlemmene om at dagens kultur er nødvendig for å oppnå en stabil og effektiv organisasjon.

Kulturdimensjonene i lys av integrasjonsperspektivet:

Funnene våre gir oss i tillegg til informasjon om de fire store hovedkulturtypene ett mer nyansert bilde av organisasjonskulturen i Klinikk psykisk helsevern voksne gjennom de seks ulike kulturdimensjonene. Fem av de seks ulike kulturdimensjonene i Klinikk psykisk helsevern voksne viser at også her er den dominerende kulturen hierarkiet- eller kontrollkulturen. I lys av integrasjonsperspektivet som ser på likheter og ignorerer ulikheter velger vi å tolke dette resultatet dit at det styrker konsensus rundt en helhetlig og integrert organisasjonskultur i hele organisasjonen i KPHV.

Sett i lys av integrasjonsperspektivet har Klinikk psykisk helsevern voksne en helhetlig kultur som forener medlemmene i organisasjonen. Det er ikke uvanlig at man tolker konsensus om kultur som et sterkt følelsesmessig uttrykk som skapes i relasjon mellom menneskene tilsvarende det man opplever i familienære relasjoner. Her virker kulturen integrerende og tvil, usikkerhet og opposisjon er ikke tilstede (Martin, 1992).

Som nevnt står Klinikk psykisk helsevern voksne i ett krysspress. Kanskje blir dette krysspresset best synliggjort gjennom de mange diskusjonene rundt bruk av tvang ovenfor mennesker med psykiske lidelser? På den ene siden er det politiske føringer for reduksjon av tvang, og kontrollorganene følger opp føringene med argusøyne på det skrevne innholdet i tvangsprotokoller og vedtak. Brukerorganisasjoner og media bidrar også til å belyse viktigheten av reduksjon av tvang gjennom å peke på den urett som begås når mennesker utsettes for tvang. Tvang innen psykisk helsevern sammenlignes også i noen sammenhenger med så sterke ord som tortur. På den andre siden står fortvilet pårørende og helsepersonell med spisskompetanse på psykiske lidelser, som må se på at alvorlig psykisk psyke mennesker forfaller og blir enda sykere. Dette for å komme i posisjon til å behandle pasienten faglig forsvarlig og riktig. Riktig behandling med tvang, eller med rett bruk av tvang. Men vi må vente til pasienten ikke er samtykkekompetent. Vi må vente til pasienten sin lidelse viser godt nok i all sin galskap. Artikkelen i NRK Ytring, «En vanlig dag på akuttpsykiatrisk avdeling» (Dieset, 2021), tar virkelig pulsen på utfordringene innenfor veggene i akuttpsykiatriske organisasjoner. Og

på trappene står en ny omfattende lovendring og banker på dørene, nemlig Tvangsbegrensningsloven.

Den relative sterke konsensusen mellom medlemmene i organisasjonen kan være et uttrykk for nettopp dette presset i klinikken. Som redegjort for tidligere i oppgaven har presset mot organisasjonen fra omgivelsene vært betydelig de siste årene. Dette har medført en usikkerhet i organisasjonen. Usikkerheten har også spredt seg til profesjonene, som ytrer at de tviler på sine egne faglige vurderinger fordi lovverket hindrer dem i å gjøre det som kjennes riktig. De begrenses i å følge det faglige skjønnnet som må være til stede for å gi den beste behandlingen. Selv om det innebærer tvang. En av overlegene i klinikken sa engang i ett stort møteforum med tvang som tema: *«Min drøm fra jeg var liten var å bli en flink lege. Det er jeg ikke lenger. Jeg er en kombinasjon av en dårlig jurist og en dårlig doktor».*

Det ytre presset som har eksistert over tid i Klinikk psykisk helsevern er nettopp ukontrollerbart. De ansatte har et behov for å skape en forutsigbarhet mot en uforutsigbar fremtid. De samler seg om sine felles verdier og virkelighetsoppfatninger. Sterkt press fra flere kanter kombinert med sterk fellesfølelse kan i verste fall resultere i at organisasjonens medlemmer samles mot «en felles fiende». Det kan bli en «oss» mot «dem» mentalitet som i 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).

6.4 Klinikk Psykisk Helsevern for Voksne sett i lys av differensieringsperspektivet

Differensieringsperspektivet setter søkelys på at det kan oppstå og finnes kulturelle uttrykk som viser seg forskjellige mellom ulike grupper i organisasjonen. Disse gruppene skaper subkulturer. Gruppene kan eksistere sammen i organisasjonen uten konflikt, virke uavhengig av hverandre og uten gjensidig påvirkning, eller det kan være konflikter (Martin, 1992). Organisasjonslitteraturen beskriver mange eksempler på at det kan utvikles og eksistere mange ulike kulturer side om side i samme organisasjon. Det vanligste inndelingen oppstår innenfor ulike avdelinger, men er også vanlig å finne

mellom ulike profesjoner der normer og verdier knyttet til en spesiell utdanningsretning er viktig (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Samtidig påvirker organisasjonens oppbygning og utforming profesjonenes autonomi og arbeidssituasjon, det samme gjør antall ledernivå og hvilken type lederstillinger som finnes. Dette gjelder spesielt i profesjonelle byråkratier hvor organisasjonskartet kan vise en mer hierarkisk struktur enn det som faktisk råder. (Døving et al., 2016).

I boken profesjon og ledelse beskrives dette på følgende måte:

«Byråkratiets regler og rutiner så vel som NPM-inspirerte styringssystemer kan begrense profesjonsutøvernes frihet i arbeidssituasjonen, og det kan også ledelse gjøre» (Døving et al., 2016, s. 69)

Resultatene våre antyder svake ulikheter totalt sett mellom profesjonene i forhold til nåværende organisasjonskultur. Alle profesjonene ønsker å bevege seg bort fra den nåværende kontrollkulturen, over mot samarbeidskulturen og strukturen til typologien for det profesjonelle byråkrati som foretrukne dominerende kultur. Det er også noenlunde lik oppfatning blant profesjonene om at markeds-kulturen bør vektlegges minst oppmerksomhet.

I ett differensieringsperspektiv er det mest interessante ulikhetene. Ulikhetene er som nevnt svake totalt sett i nåværende kulturuttrykk fordelt på profesjoner. Avvikene blir betydelig sterkere når vi sammenligner profesjonene i lys av nåværende kultur opp mot fortrukne organisasjonskultur. Felles for alle profesjonene er at de ønsker en sterkere skapekultur på bekostning av kontrollkulturen. Avviket er sterkt hos alle profesjoner. Herfra markerer det seg ett skille mellom to grupper. Psykolog- vernepleier profesjonen og lege- sykepleier profesjonen.

Psykogene og vernepleierne foretrekker at skapekulturen vektlegges sterkere enn kontrollkulturen. Skapekulturen finner vi diagonalt ovenfor den nåværende dominerende kontrollkulturen, noe som betyr at kulturtypene er motstridende. Avviket viser dermed en uoverensstemmelse. Uoverensstemmelsen er dermed å betrakte som betydelig fordi avvikene er moderate og sterke i tillegg til å være motstridene. Vi finner ikke dette avviket i lege- sykepleie gruppen. Disse profesjonen ønsker at

kontrollkulturen vektlegges sterkere enn skapekulturen. Ser vi på total inntrykket av figurene fordelt på profesjoner finner vi også flest fellestrekk mellom legene og sykepleierne. Psykologene og vernepleierne sine figurer mellom nåværende og foretrukne kulturprofil er mer ulike enn det vi finner mellom lege- og sykepleie profilen, på tross av fellestrekket i forhold til skapekulturen.

En mulig årsak kan være at legene og sykepleierne troner øverst i det interne hierarkiet tradisjonelt sett i sykehusene. Legene med sin sterkeste faglige profil og ideal profesjon og sykepleierne som selveste rollemodellen for alle omsorgsyrkene. I tillegg er sykepleierne i klinikken sterkt representert inn i ledelse på ulike nivå. Individuer i grupper som er høyt plassert i hierarkiet vil ofte 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 rettferdigjør derfor eksisterende kultur (Martin, 1992).

Den største forskjellen mellom profesjonen medisin/sykepleie og psykologi/vernepleie er at fokuset på medisiner er betydelig mindre vektlagt i utdanningsprogrammet til sistnevnte profesjoner. Innenfor fagfeltet psykiatri er også medisiner en omdiskutert behandlingsform. Den nye trenden er recovery-orienterte tjenester og medisinfrie tilbud innen psykisk helsevern og rusbehandling. Recovery-perspektivet har vokst frem som en motstand mot paternalistisk institusjonsbehandling og det tradisjonelle medisinske fokuset på behandling og reduksjon av symptomer. Erfaringskompetanse skal tas på alvor og likestilles med fagkompetanse. Uten å være for bastante i våre antakelser vil vi likevel gjøre en betraktning rundt forskjellene i profesjonsutdanningene og våre resultater.

Det å dele ut medisiner til pasienter som ikke forstår at de er syke, som motsetter seg behandling og i ytterste konsekvens blir tvangsmedisinerte er krevende. Kanskje er det slik at leger og sykepleier gjennom sin utdanning har en større tiltro til virkningen av medisiner? Psykologene sitt utdanningsprogram vektlegger menneskers adferd og mentale prosesser, mens vernepleieren sin utdanning har fokus på å veilede og tilrettelegge for menneskers med ulike funksjonssvikt. Vektleggingen på farmakologi og sykdomslære er betydelig mindre vektlagt i utdanningsprogrammet til begge disse

profesjonene enn innen medisin- og sykepleier utdanningen. Kanskje er psykologene og vernepleierne mer åpne for å utforske alternative metoder og behandlingsformer enn det legene og sykepleierne er? Historisk sett har også sykepleierne og legene hatt de mest sentrale rollene i sykehusene. Kanskje er de mest opptatt av å holde på den medisinske tradisjonen mens psykologene spesielt er mest åpne for perspektivet på at menneskesinnet ordner seg selv med terapiprosesser, uten medisiner?

Ett annet viktig moment inn i disse refleksjonene er at psykologene i klinikken ikke har noe med medisineringen å gjøre. Når behandleren til en pasient er utdannet psykolog er det i tillegg alltid en lege som har medisinskfaglig ansvar. Legen må medisinere pasienten og fatte vedtak på tvangsmedisinering om pasienten motsetter seg behandling.

Vernepleierne har en tilnærmet lik rolle som sykepleierne i forhold til medisiner inn i det tverrfaglige teamet. Men yrkesgruppen er nyere inn i driften av sykehus og spesialisthelsetjenesten. Vektlegging av profesjonen sin rolle og betydning inn i driften må nok karakteriseres som underordnet i forhold til sykepleie profesjonen. Dette gjenspeiler seg også i «Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m (psykisk helsevernforskriften)» der det kun nevnes medisinsk-, psykolog- eller sykepleiefaglig kompetanse under § 4. Krav til bemanning.

Det er ikke mange år siden (2010- tallet) at diskusjonen gikk omkring vernepleiere sin rolle i administrering av medisiner i akuttpsykiatriske enheter. Spørsmålet gikk på om deres kompetanse i forhold til medisiner var godkjent i spesialisthelsetjenesten slik at vernepleiere kunne ha medisinsansvaret, sette injeksjoner, ha ansvarsvakter eller være ledere av enhetene. Sett i ettertid kan nok denne diskusjonen like mye ha handlet om en profesjonskamp mellom sykepleiere og vernepleiere der sykepleierne ikke ønsket å miste sin posisjon og makt. Det er derfor ikke utenkelig at den sterke kontrollkulturen vernepleierne opplever har sammenheng med at de opplever seg styrt av sykepleierne spesielt, men også de andre profesjonene som har en mer overordnet rolle i klinikken. Maktforholdet mellom lege- og sykepleie gruppen og psykolog- og vernepleier kan dermed være i ubalanse. Differensieringsperspektivet styrker disse antakelsene. 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). Dermed kan den sterke opplevelsen av kontrollkultur som vernepleierne rapporterer sammenlignet med de andre gruppene være et uttrykk for en binær opposisjon.

Psykologene og vernepleierne ønsker utfra funnene våre en betraktelig kulturendring. Det kan være ett uttrykk for at de oppfatter seg som binær opposisjon til henholdsvis legene og sykepleierne. Det er rimelig å anta at psykologene sammenlikner seg i større grad med legene og vernepleierne i større grad med sykepleierne utfra rollene i driften. Både psykologene og vernepleierne kan utfra det vi har drøftet være profesjoner som til en viss grad er avhengig av andre mer dominerende profesjoner i klinikken. Teorien forklarer at undertrykte grupper kan oppleve 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).

Andre forklaringer finner vi kanskje i teorien. Cameron & Quinn (2013) peker på fenomenet uoverensstemmelse og presiserer viktigheten av å se avvikene inn i den konteksten de oppstår i: «*Dersom for eksempel individer fra ulike deler av organisasjonen vurderer sine egne underenheter, vil det bli skapt svært ulike kulturprofiler i de ulike underenhetene*» (Cameron & Quinn, 2013, s. 86). Vi er usikre om dette medfører riktighet for våre funn. En annen mulighet er at vernepleierne viser fragmenteringsperspektivet innen organisasjonskulturen (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Etter en totalvurdering utfra den svake svarprosenten kombinert med få respondenter i vernepleiergruppen fordelt på nivåene, velger vi ikke å drøfte dette funnet ytterligere selv om avvikene hos denne profesjonen er betydelige og skiller seg sterkt ut fra alle andre profesjoner vi har undersøkt i klinikken.

7.0 Avslutning

Vi har i denne oppgaven sett på hvilken organisasjonskultur som er dominerende i Klinikk psykisk helsevern voksne (KPHV) og om den er konsistent. Vi også sett på hvilken foretrukken organisasjonskultur de ansatte ønsker og om denne varierer mellom profesjoner. Tilslutt så vi på om det var variasjon mellom nåværende og foretrukket kultur fordelt på de ulike enhetene internt i organisasjonen.

KPHV er en forholdsvis ny klinikk i Helse Stavanger. Den er et resultat av en omstrukturering av Psykiatrisk divisjon og ble delt i to klinikker. Man valgte å samle psykiatritjenestene til den voksne befolkningen (over 18 år) i den ene klinikken og tjenestene til barn og unge, samt rusproblematikk i den andre klinikken.

I KPHV fikk man dermed samlet hele spennet av tjenester både de som omhandler tvang og de som omhandler frivillighet, og man fikk et mangfold av mindre enheter som var spesialiserte innen sitt felt og som lå i et stort geografisk område.

KPHV er inne i en tid hvor det er rekrutteringsutfordringer, og det finnes ledige stillinger på de fleste enheter. Dette påvirket valget vårt når det kom til å strukturere undersøkelsen. Vi kunne ikke gjennomføre undersøkelsen som tenkt på avdelingsnivå, da det viste seg at på enkelte avdelinger var det svært få mulige respondenter innen noen profesjoner. Dette kunne satt anonymiteten i fare da man kunne kommet i den situasjonen at disse kunne blitt gjenkjent. For å unngå dette så vi oss nødt til å slå i sammen enheter til større og mer generaliserte enheter: Sykehus- (Våland) sengeposter, DPS sengeposter og DPS poliklinikker. Dette er nivåer som har mer eller mindre samme målgruppe pasienter, og en kunne med denne sammenslåingen se om det var variasjon mellom de forskjellige nivåene. Vi delte også inn i profesjon, da alle profesjonene har sitt virke på alle nivåene. Vi hadde håpet å få tatt med helsefagarbeiderne som profesjon, men fra denne gruppen kom det ikke nok svar til at de kunne tas med.

Undersøkelsen ble gjennomført med utsendelse av en e-post med en lenke som gav tilgang til undersøkelsen via felles epostliste til alle i KPHV.

Når undersøkelsen ble avsluttet etter 14 dager, var det kun 130 respondenter som hadde gjennomført undersøkelsen. Dette utgjorde 13% av alle ansatte i KPHV. Etter gjennomgang av de innkomne dataene så vi at selv om det var forskjell i hvor stor andel av de ansatte på hvert nivå som hadde svart (tab.3), var de aktuelle profesjonene representert i svarene på hvert nivå. En valgte derfor å gå videre da en hadde et representativt utvalg for denne masteroppgaven. Når det er sagt er det svært problematisk for svarene våre, da det er 87 prosent av de ansatte ved KPHV som ikke har avgitt sitt svar og sin mening. Hadde disse også avgitt svar, kunne man kommet i den situasjonen at bildet ble helt annerledes. Derfor må våre funn sees på som en mulig retning som sammen med annen informasjon kan bekrefte eller avkrefte mulige årsaksforhold i organisasjonen. En kan ikke sette to streker under svaret vårt og påstå at slik er KPHV i dag.

Vi startet resultatanalysen med å søke svar på hvilken organisasjonskultur som råder i klinikken. Funnene våre viste at den nåværende organisasjonskulturen i Klinikkk psykisk helsevern er kontrollkulturen, som er absolutt sterkest og dominerer, sammen med samarbeidskulturen som også viser seg sterk. Funnene våre samsvarer til en viss grad med gjennomsnittskultur i offentlig administrasjon og tidligere sammenlignbare resultater. Avviket viser seg gjennom en sterkere vektleggingen mot samarbeidskulturen. Resultatet gir mening sett i lys av at kontrollkulturen er typisk for det tradisjonelle maskinbyråkratiet, og samarbeidskulturen typisk for det profesjonelle byråkrati. På den vertikale dimensjonen er organisasjonen formalisert, strukturert og regelstyrt kombinert med fleksibilitet, interesse og sensibilitet ovenfor kundene. På den horisontale dimensjonen er kulturen preget av intern orientering og integrering.

Vi har også undersøkt om organisasjonskulturen er konsistent i klinikken. Her finner vi forholdsvis lite avvik mellom de forskjellige utvalget av variabler målt opp mot gjennomsnittskulturen. Den dominerende kontrollkulturen er i hovedsak konsistent gjennom alle kulturdimensjonene og i vårt utvalg av enheter og profesjoner. Avviket i kulturdimensjonene finner vi på variabelen organisasjonslim der samarbeidskulturen er sterkere enn kontrollkulturen. Avviket er moderat, og utfra en helhetsvurdering av både antall respondenter og resultatene for øvrig, der samarbeidskulturen konsistent vektlegges sterkt, velger vi å definere at organisasjonskulturen er konsistent i KPHV.

Utfordringen i Klinikk psykisk helsevern voksne er at de ansatte gjennomgående ønsker et kulturskifte. De ansatte ønsker en dominerende samarbeidskultur på bekostning av kontrollkulturen. Når vi videre analyserer data fordelt på de ulike profesjonene sin nåværende og foretrukne kultur finner vi tilsvarende resultater, men med noen flere variabler og avviksstyrker. Alle profesjonene ønsker å redusere kontrollkulturen betydelig samt øke samarbeidskulturen og skapekulturen. Legene og sykepleierne har mest samstemt profil og ønsker at samarbeidskulturen erstatter kontrollkulturen som dominerende, men ønsker likevel å beholde kontrollkulturen på en sterk andre plass som dominerende kulturtype. Psykologene og vernepleierne ønsker at samarbeidskulturen dominerer med en sterkere skapekulturen enn kontrollkulturen.

Når resultatet viser seg såpass samstemt i forhold til avvik mellom nåværende kultur og foretrukket kultur anbefales to mulige løsninger. Enten at ledelsen i organisasjonen endrer kultur eller i større grad tilstreber å oppnå konsensus rundt eksisterende kultur. En valgt retning mot ett kulturskifte kan bli utfordrende med tanke på den allerede konsistente dominerende kulturoppfatningen kombinert med det sterke krysspresset organisasjonen befinner seg fra omgivelsene. Den foretrukne kulturen der likhetstrekkene til en utvidet familie er sterke, står nok mer i motsetning til omgivelsene enn den eksisterende kulturen der prosedyrer og retningslinjer er viktig. Den anbefalte løsningen for ledelsen er derfor kanskje å søke oppslutning om at eksisterende kultur, eventuelt å gjør moderate justeringer for å imøtekomme den foretrukne organisasjonskulturen. Det er avgjørende at leder involverer ansatte for å lykkes (Cameron & Quinn, 2013). Leder kan benytte seg av ulike metoder og virkemidler for å skape konsensus og for å påvirke organisasjonskulturen. Endringen kan gjennomføres gjennom prosesser hvor ansatte bevisstgjøres på nåværende og foretrukket organisasjonskultur, videre på hva endringene skal innebære og til slutt opplyse om hvilken betydning endringene vil ha for de ansatte (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Resultatene våre antyder altså at det er en inkonsistens når man ser på svarene fordelt på de ulike profesjonene. Med tanke på at utvalget av profesjoner opplever nåværende kultur noe ulikt, og i tillegg har avvikende foretrukne kulturprofiler må eventuelle kulturendringer differensieres både i mål og tiltak. Dette vil selvfølgelig komplisere en justering eller endringsprosess ytterligere.

Avslutningsvis så vi på om det var variasjon mellom nåværende organisasjonskultur i klinikk psykisk helsevern voksne og foretrukket kultur på de ulike enhetene. Her fant vi et forholdsvis sterkt entydig resultat. Enhetene ønsker en dominerende samarbeidskultur og en sterk reduksjon i kontrollkulturen.

Funnene i vår oppgave belyser praksisfeltet psykiatri som er en del av offentlig sektor i spesialisthelsetjenesten i Norge. Som tidligere nevnt er sykehus komplekse organisasjoner som i løpet av de siste 20 årene har blitt tvunget til gjør drastiske endringer grunnet ulike styringsformer, politiske beslutninger og lovmessige endringer. Innføring av enhetlig ledelse, pasientrettigheter, fokus på økonomi og budsjett og styring direkte i pasientarbeidet, har medført kontinuerlige endringsprosesser og etter vår oppfattelse kanskje skapt en uro i organisasjonene.

Psykiatrien som er en del av sykehuset, blir kanskje satt i en enda vanskeligere situasjon enn resten av sykehusorganisasjonen. Man må forholde seg til en lov som gir mulighet for å utsette samfunnsborgere for tvang og tilbakeholdelse i institusjon uten at vedkommende ønsker det, eller ser at han er syk. Man må forsvare de faglige vurderinger man gjør overfor kontrollkommisjoner, pasienter, pårørende, statsforvalter, advokater, helsetilsyn og media. Man må kunne forholde seg til juss som en jurist uten at man har juridisk embetseksamen, og samtidig behandle pasienter med omsorg. Som profesjonell fagperson skal du gjøre gode faglige vurderinger med mål om å hjelpe pasienten til å bli frisk nok til å komme seg tilbake til - og fungere ute i samfunnet igjen.

Oppgaven kan virke uoverkommelig, men allikevel jobber helsepersonell med disse komplekse etiske problemstillingene kontinuerlig i denne typen organisasjoner. Det må gå an å undre seg over om svarene på foretrukket kultur er et tegn på at belastningen på hver enkelt ansatt har vært for stor over tid. Presset fra omgivelsene er for stort, og har vært det over tid. Tretthet og oppgitthet lurar seg nærmere og nærmere og ønsket om lettere hverdager med fokus på samarbeid og entreprenørskap virker forlokkende og mer i tråd med de styringssignaler som kommer fra politiske myndigheter. Signaler som omhandler mindre tvang, troen på at individet vet best selv hva man trenger, medisinfrie tilbud og at alle blir friske hvis de bare får «rett» behandling. Hva som er rett behandling, er det ingen fasit på.

Offentlig sektor, og psykisk helsevern spesielt, må ta ansvar i de oppgaver som ingen andre vil eller kan håndtere. Såkalte «wicked problems» eller uløselige problemer. Det er viktig at man får oversikt over den kulturen som er rådene i de enhetene som håndterer denne typen utfordringer. For hersker det en ukultur som i verste fall går på bekostning av pasientbehandling, er det alvorlig. Men om kulturen sier at de ansatte faktisk vil det beste for kundene sine er det kanskje også verdt å lytte til? Kulturprofilen kan si noe om hvor skoen trykker, og bør også kunne gi noen hint til både ledelse og styrende myndigheter om hva som kan skje hvis strikken strekkes lenger. De ansatte, profesjonene, som har valgt å jobbe med og hjelpe mennesker som samfunnet har dyttet fra seg, er uunnværlige brikker i samfunnets sikkerhetsnett som nettopp skal fange medborgere som faller utenfor.

Forskning på organisasjonskultur innenfor enheter i spesialisthelsetjenesten og psykisk helsevern spesielt er som nevnt lite utbredt. Med tanke på det søkelyset som er på psykisk helse og at «alle» har en mening om fagfeltet og den praksisen som utøves i organisasjonene bør det etter vår mening vies større oppmerksomhet fremover. Spesielt med tanke på at alle ønskede endringer har større mulighet for å lykkes når man som leder tar hensyn organisasjonskulturen.

Det har i to masteroppgaver, Klingsheim og vår egen, vært noenlunde sammenfallende resultater når det kommer til forholdet mellom nåværende og foretrukket kultur. Begge masteroppgavene tar for seg psykiatrien i Stavanger, en av landets største byer. Men er forholdet mellom nåværende og foretrukket kultur det samme andre plasser i landet?

Som vi har vært inne på, står psykiatrien i en spesiell stilling i det norske helsevesen og i det norske samfunn. Psykiatri er et av svært få felt i det offentlige Norge, som med loven i hånd kan bruke tvang overfor innbyggerne, og det eneste som i bunn og grunn trengs er at noen som er gitt myndigheten i loven, tar en vurdering av samtykkekompetansen til vedkommende. Dette er litt forenklet sagt, men poenget er at det finnes enormt mye makt i en slik vurdering. Folk er forskjellige og vurderinger kan variere, men folk kan også i stor grad la seg påvirke og dermed kan kanskje også vurderingene la seg påvirke? Kan organisasjonskultur ha noe å si for mengde tvang som brukes overfor innbyggerne i et gitt område?

Oppgaven vår kommer som sagt ikke med noen fasit på hva som er rett eller galt. Verken i organisasjonskulturen i Klinikk psykisk helsevern voksne eller i forhold til omfang i bruk av tvang eller i omfanget av tvangsbruk. Vi er som våre kollegaer i fagfeltet opptatt av god pasientbehandling og riktig bruk av tvang. Våre verdier, holdninger og organisasjonskultur er farget av profesjon og fag, og som organisasjon tåler vi at omverden kikker inn vinduene våre for å se hvordan det står til innenfor huset fire vegger.

8.0 Litteraturliste

Bang, H. (2013). «Organisasjonskultur: En begrepsavklaring». *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 50(4): 326-336.

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

Døving, E. Elstad, B. & Storvik, A (red). (2016). *Profesjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget

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

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget

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

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

Molander, A. & Terum L. I. (2008). *Profesjonsstudier – en introduksjon*, i Anders Terum og Lars Inge Terum (red). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget

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

Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget.

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

Øgård, M. (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

St.meld.nr.25 (1996–1997) *Åpenhet og helhet*. Oslo: Sosial og helsedepartementet, 1996.

Nettkilder:

Bretteville-Jensen, A.L & Kaarbøe, O. (2004). Innsatsstyrt finansiering også i psykiatrien? *Tidsskriftet den norske legeforening*, 2004 (18). Hentet fra:

<https://tidsskriftet.no/2004/09/kronikk/innsatsstyrt-finansiering-ogsaa-i-psykiatrien>

Delebekk, N. (2021, 11 november). Flere dømmes til psykisk helsevern. *Faktisk.no*.

Hentet fra: <https://www.faktisk.no/artikler/zp1gp/flere-dommes-til-tvungent-psykisk-helsevern>

Dieset, I. (2021, 19 november). En vanlig dag på akuttpsykiatrisk avdeling. *Nrk*. Hentet

fra: <https://www.nrk.no/ytring/en-vanlig-dag-pa-akuttpsykiatrisk-avdeling-1.15733821>

Grunni, A. H & Nordskog, W. (2014): *Organisasjonskultur på Sørlandet* (Masteroppgave,

Universitetet i Agder). Hentet fra: <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/handle/11250/276944>

Holmes, M.C.S, Elgaan, V & Quist, C. (2021, 21 oktober). Vil evaluere omstridt lovendring:

-Må sørge for at alle alvorlig syke får hjelp. *Verdens gang(VG)*. Hentet fra:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/34RaXX/vil-evaluere-omstridt-lovendring-maa-soerge-for-at-alle-alvorlig-syke-faar-hjelp>

Husøy, G. (2012). Fra asyl til åpen omsorg- et tilbakeblikk. *Det norske medisinske selskab, Michael 2012;9:238–45*. Hentet fra:

<https://www.michaeljournal.no/article/2012/06/Fra-asyl-til-%C3%A5pen-omsorg-et-tilbakeblikk>

Iversen, Olav H.; Braut, Geir Sverre: sykehus i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 14. desember 2021 fra <https://sml.snl.no/sykehus>

Jensen, M.J.F. (2021, 24 november). Gjenskinnet av en fryktkultur i helsetjenesten. *Stavanger Aftenblad*. Hentet fra: <https://www.aftenbladet.no/meninger/debatt/i/9KxKoM/gjenskinnet-av-en-fryktkultur-i-helsetjenesten>

Klingsheim, V (2016): *Organisasjonskultur i Spesialavdeling voksne: undersøkelse av organisasjonskultur i en spesialisert psykiatrisk avdeling* (Masteroppgave, Universitetet i Agder). Hentet fra: <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/handle/11250/2434846>

Lepperød, T. (2021, 18 oktober). Politiet i Kongsberg: Bekrefter at drapene skjedde med stikkvåpen. *Nettavisen*. Hentet fra: <https://www.nettavisen.no/nyheter/politiet-i-kongsberg-bekrefter-at-drapene-skjedde-med-stikkvapen/s/12-95-3424191968>

Pedersen, J.N & Kolstad, S. (2021, 9 november). Knivmann (33) var ute på permisjon da han ble skutt og drept. *Avisa Oslo*. Hentet fra: <https://www.ao.no/knivmann-33-var-ute-pa-permisjon-da-han-ble-skutt-og-drept/s/5-128-209612>

(1) Pettersen, P.F. (2021, 31 oktober). SUS styrker sikkerhetspsykiatrien- vurderer å legge ned psykosepost. *Stavanger Aftenblad*. Hentet fra: <https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/z7xAg1/sus-styrker-sikkerhetspsykiatrien-vurderer-aa-legge-ned-psykosepost>

(2) Pettersen, P.F. (2021, 23 november). Anbefaler ikke nedleggelse av psykosepost: - For stor risiko. *Stavanger Aftenblad*. Hentet fra: <https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/JxL0n7/anbefaler-ikke-nedleggelse-av-psykosepost-for-stor-risiko>

Smeby, J-C.; Gundersen, T.: profesjon i *Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 12. desember 2021 fra <https://snl.no/profesjon>

Sosial- og helsedirektoratet (2006), Distriktpsikiatriske sentre- med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Hentet fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2444716/Distriktpsikiatriske-sentre-IS-1388.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tronstad, M, Aasen, T.M, & Velle, Å.F (2014). *Organisasjonskultur i Kristiansand kommune* (Masteroppgave, Universitetet i Agder). Hentet fra: <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/handle/11250/223333>