

**Elisabeth Kleppe Sagafos**

## **Mind the Gap!**

**Hvilke utfordringer kan ledere i sykehus møte i arbeidet med å utvikle organisasjonskultur med sikte på å forbedre det tverrfaglige samarbeidet?**



**L 41 Mastergradsoppgave i Verdibasert ledelse**

**Diakonhjemmet Høgskole  
Avdeling for diakoni, familierapi, helse og ledelse  
2. mai 2008**

**Antall ord: 24 403**

**Veileder: Asbjørn Kaasa**

# Innholdsfortegnelse

<b>INNHALDSFORTEGNELSE.....</b>	<b>0</b>
<b>SAMMENDRAG.....</b>	<b>2</b>
<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>3</b>
1.1 BAKGRUNN.....	5
1.2 EGET FAGLIG PERSPEKTIV OG REFERANSERAMME.....	6
1.3 SITUASJONSBEKRIVELSE .....	8
1.4 PROBLEMSTILLING.....	9
1.5 AVGRENSNING .....	11
<b>2.0 SENTRALE BEGREP.....</b>	<b>12</b>
2.1 SAMARBEID .....	12
2.2 TVERRFAGLIGHET.....	12
2.3 PROFESJONER.....	13
2.4 BRUKERMEDVIRKNING OG BRUKERPERSPEKTIV .....	13
2.5 ORGANISASJONSKULTUR .....	14
<b>3.0 METODE.....</b>	<b>15</b>
3.1 FORFORSTÅELSE .....	15
3.2 FRAMGANGSMÅTE .....	16
3.3 VALIDITET, RELIABILITET OG METODEKRITIKK.....	17
3.4 OPPGAVENS OPPBYGGING OG STRUKTUR.....	18
<b>4.0 SYSTEMTEORI - TEORETISK OVERBYGNING.....</b>	<b>19</b>
4.1 HELHET OG DELER .....	19
4.2 SAMSPILL.....	20
4.3 ENDRINGER OG KONSEKVENSER .....	22
<b>5.0 VERDIER.....</b>	<b>23</b>
5.1 INNLEDNING.....	23
5.2 VERDIER - ET KOMPLEKST BEGREP.....	24
5.3 VERDIBASERT LEDELSE.....	28
5.4 BRUKERPERSPEKTIV OG BRUKERMEDVIRKNING SOM VERDI .....	30
5.5 OPPSUMMERING.....	35
<b>6.0 TVERRFAGLIG SAMARBEID.....</b>	<b>37</b>
6.1 INNLEDNING.....	37
6.2 SAMARBEID .....	37
6.3 TVERRFAGLIGHET.....	41
6.4 PROFESJONER.....	45
6.5 OPPSUMMERING.....	51
<b>7.0 KULTUR .....</b>	<b>52</b>
7.1 INNLEDNING.....	52
7.2 KULTUR - HVA DET ER OG HVORDAN DEN KAN FORSTÅS.....	52
7.2 SPRÅK OG TVERRFAGLIG SAMARBEID .....	55
7.3 ORGANISASJONSKULTUR OG LEDELSE .....	57
7.4 OPPSUMMERING.....	62
<b>8.0 AVSLUTNING.....</b>	<b>63</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>66</b>

## Sammendrag

I et samfunn mange mener er et av verdens beste, og helsevesenet er bygget opp slik at vi kan få gode og trygge helsetjenester når vi trenger det, viser undersøkelser at brukerne av helsetjenesten opplever mangel på samarbeid og kontinuitet. Et bedre tverrfaglig samarbeid sees som løsningen på disse problemene. Strukturelle endringer og omorganisering er ofte svaret når organisasjoner fungerer uhensiktsmessig. Min tilnærming i denne oppgaven har vært at et lite fungerende tverrfaglig samarbeid også kan skyldes andre omstendigheter, for eksempel organisasjonskulturelle. Lederes utfordring blir da av en annen karakter. Min problemstilling er derfor: *Hvilke utfordringer kan ledere i sykehus møte i arbeidet med å utvikle organisasjonskultur med sikte på å forbedre det tverrfaglige samarbeidet?*

I kapittel 1 tar jeg for meg bakgrunnen for valg av tema og beskriver mitt eget faglige perspektiv. Situasjonsbeskrivelsen leder fram til problemstillingen. I kapittel 2 gjennomgår jeg kort definisjoner av sentrale begrep i oppgaven, før jeg presenterer egen for forståelse og metode i kapittel 3. Dette er en litteraturstudie. Systemteori beskrives i kapittel 4, og utgjør oppgavens teoretiske overbygning. Teori presenteres og drøfting foregår fortløpende i de neste kapitlene. Verdier som begrep og som grunnlag for norsk helsetjeneste tas opp i kapittel 5. Her redegjøres også for den verdibaserte ledelse, og brukermedvirkning trekkes fram som egen verdi. Tverrfaglig samarbeid er tema i kapittel 6, hvor både samarbeid og tverrfaglighet sees som en forutsetning for å få til helhetlige løsninger for pasienten. Problematikk knyttet til profesjoner er en del av denne framstillingen. Organisasjonskulturens betydning for tverrfaglig samarbeid med hovedvekt på profesjonene og deres språk, tas opp i kapittel 7. Her diskuteres dessuten ledelse og organisasjonskultur. Til sist gjøres en oppsummering av lederes utfordringer i kapittel 8.

## 1.0 Innledning

Mange vil hevde at norsk helsevesen er et av verdens beste. Vi lever i et samfunn hvor alle forhold ligger til rette for at den enkelte innbygger, når behovet er der, kan motta helsetjenester som få i vår verden er forunt. Levealderen i Norge er økende og klassifiseres som en av de høyeste, og noe av forklaringen på denne velstanden ligger også i et godt fungerende helsevesen. Som sykepleier utgjør jeg en del av helsetjenestetilbudet, og gjennom studiet i verdibasert ledelse har jeg fått anledning til å reflektere over kvaliteten på helsetjenestene sett i et lederperspektiv og i lys av økonomiske, politiske og etiske problemstillinger. I årene som sykepleier har jeg møtt mange mottakere av helsetjenestene - som anestesisykepleier de akutt og kritisk syke, og i de seneste årene de kronisk syke. I arbeidet med den siste pasientgruppen har jeg fått mange innblikk i hva sykdom kan ha av konsekvenser for den enkeltes liv. Det er sterkt å få kjennskap til hvordan helsevesenet møter kronisk syke, og på mange måter gjør det meg ydmyk for hva sykdom kan ha å si for den enkeltes liv. Flere forteller historier som er gode eksempler på hva behandling og pleie kan føre til for enkeltindividet. Men det er også mange historier som gir uttrykk for store mangler ved hvordan helsevesenet fungerer i slike situasjoner. Ofte er det faktorer som går igjen; ingen har det helhetlige ansvaret for min reise gjennom helsevesenet og det er vanskelig å navigere mellom de mange forskjellige behandlingstilbudene, yrkesgrupper og nivåer. Det stilles spørsmål om hvorfor helsepersonell kommuniserer så dårlig med hverandre slik at den enkelte hele tiden må ha regien for sitt behandlingsforløp. Tjenestene oppleves som oppstykket og fragmenterte, det er mange profesjoner inne i bildet og yrkesgruppene samarbeider ikke på tvers av fagfeltene. En pasients opplevelse er ganske betegnende for hvordan det er å møte helsevesenet:

Da jeg ble syk, tenke jeg at dette kom til å bli som en ”pakketur” gjennom sykehuset og systemet, hvor alt var planlagt ned til minste detalj til jeg ble frisk igjen. I stedet ble det en ”backpacker-tur”, hvor jeg selv hele tiden måtte sørge for at ting ble gjort.

Mine egne erfaringer som sykepleier tilsier at kommunikasjonen mellom helsearbeidere ofte kunne ha vært bedre. Pasienter gir uttrykk frustrasjon fordi man må gjenta informasjon om egen helsetilstand flere ganger i løpet av ett og samme sykehusopphold. De samme spørsmål stilles flere ganger av forskjellige fagfolk, og det er ikke utenkelig at det kan være med på å gjøre pasientene usikre. Vet dere ikke hva dere driver med her? Er jeg ikke ventet? Snakker dere ikke med hverandre? Dette er spørsmål mange pasienter stiller. Meningen med informasjonsinnhentning er at den både skal være et grunnlag for den enkeltes vurderinger og

handlinger, men dessuten et kommunikasjonsverktøy mellom fagfolk. Det kan argumenteres for at man ønsker å sikre seg at opplysninger er riktige og at pasienten har forstått spørsmålene riktig, men det er uansett betimelig å stille spørsmål ved om dokumentasjon av helsehjelp fungerer slik den egentlig er tenkt.

Statens Helsetilsyn støtter denne pasientens opplevelse av helsetjenestene, og hevder at tjenestene er mer eller mindre fragmenterte på alle nivåer. Der det ikke er noen som har totalansvar, kan det lett glippe og føre til økt risiko for feil og identifisering av feilene. Kontinuitetsavbrudd i behandlingen er derfor en sentral utfordring, og tilsynet påpeker at det er en sammenheng mellom hvordan helsetjenestene er organisert, de forskjellige ansvarsnivåene, den økte spesialiseringen og oppsplittingen av tjenestene i tid og rom (Statens Helsetilsyn, 2008:16).

Problemstillingene er kanskje mest tydelige hos de som har mer eller mindre kontinuerlig behov for helsetjenester; personer med kronisk sykdom, og som ofte vil ha behov for helsetjenester på forskjellige nivåer. I perioder vil det være behov for spesialisthelsetjenester og kontakt med sykehus med lands- eller regionskompetanse, mens den regelmessige oppfølgingen skal gjøres av fastlege. Norsk helsevesen er organisert slik at helsetjenestene skal gis etter det såkalte LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgsnivå). Dette innebærer at behandling skal gis på det nivå den er faglig forsvarlig og koster minst. I praksis vil det si at primærhelsetjenesten skal følge pasienten gjennom hele livet, mens spesialisthelsetjenesten skal bidra i de perioder det er behov for behandling som kun gis på dette nivået (avansert medisinske undersøkelser og diagnostisering, behandling, kirurgi, rehabilitering osv.). Mange pasienter forteller at alle nivåene er et av de største problemene ved å ha en kronisk sykdom. Man har hele tiden følelsen av å falle mellom stoler. ”Det blir litt Kafkask”, som en engang uttrykte det. Samtidig er dette en pasientgruppe som, fordi de er mer eller mindre syke gjennom hele livet, er avhengig av helsetjenester. I en slik situasjon er det ikke lett å fremme kritikk eller stille spørsmål til hvordan systemet fungerer. Maktesløshet og resignasjon er derfor noe flere gir uttrykk for. Dette står i sterk kontrast til lovverket som gir den enkelte rett til å få et individuelt tilpasset helsetjenestetilbud.

Samfunnet satser store økonomiske ressurser på spesialisthelsetjenesten. For 2006 utgjorde utgiftene ca. 81,2 milliarder kroner, eller mer enn 10 % av bruttonasjonalproduktet ([www.ssb.no](http://www.ssb.no)). Det er derfor neppe sannsynlig at dårlig økonomi er årsaken til at pasientene opplever et fragmentert tilbud. Helse-Norge opplever en stor etterspørsel etter tjenester, og befolkningens forventninger til de medisinske behandlingmuligheter øker. Ressurstilgangen har på den andre side vært økende til tross for store underskudd gjennom en årrekke.

Forklaringene på den utilstrekkeligheten pasienten opplever, må derfor ligge andre steder enn i manglende ressurser.

## **1.1 Bakgrunn**

De fleste sykehus har nedfelt verdier og visjoner for sin virksomhet. De aller fleste har en eller annen versjon som forklarer organisasjonens eksistensgrunnlag, og mange henviser til at de har pasienten eller brukeren som sitt utgangspunkt for virksomheten. "Pasienten først" eller "Pasienten i sentrum" er slagord som klinger godt og som gir assosiasjoner til at den viktigste aktør, er den som ber om helsetjenester. Men hva vil det så si i praksis? Hva vil det si å være "i sentrum" eller være "først"? For meg innebærer det at aktiviteter sirkler rundt og inn mot den som befinner seg i sentrum. Det betyr at hovedpersonen i et sykehus er pasienten. Det er ikke den enkelte faggruppes bidrag til behandlingen som er i sentrum, men den enkelte mottaker og dennes behov for helsehjelp. Som leder har jeg fundert mye på hva som skal til for å få fagfolkene til å samhandle på en slik måte at pasienten opplever å være i sentrum. Hva kjennetegner en "pakketur" med sømløse overganger? Hvordan sørge for at samhandling og logistikk foregår knirkefritt? Hvordan kan pasientens medbestemmelse i behandlingen bli en realitet? Er det bare organisasjonens struktur som påvirker tverrfaglig samarbeid, eller har kultur noen betydning?

Mange av mine medarbeidere hevder at det har blitt travlere innenfor sykehusenes vegger. De senere årene har det foregått en formidabel aktivitetsøkning innenfor spesialisthelsetjenesten. Denne innebærer at stadig flere får behandling og at det er flere ansatte enn noen gang tidligere. Det har vært en vekst i antall årsverk på 2,4 % fra 2005 - 2006, hvilket betyr at det i dag er mer enn 95 000 årsverk og et enda større antall ansatte ([www.ssb.no](http://www.ssb.no)). Unni Krogstad konkluderer med at de mest typiske trekkene for dagens sykehus er økt spesialisering, redusert liggetid og høy personell-turnover (Krogstad, 2006:1f) Det blir altså flere og flere personer som skal forholde seg til hverandre på kortere og kortere tid. Tempoet er skrudd opp og strukturelle endringer og raske omstillingsprosesser er hverdagen i Sykehus-Norge. Bare i løpet av den tiden det har tatt å skrive denne oppgaven er Helse Sør og Helse Øst slått sammen til ett helseforetak, og før sensuren faller vil det etter planen foreligge forslag til struktur og funksjonsendringer mellom sykehus i hele regionen. Sannsynligheten er stor for at disse forholdene påvirker de ansattes mulighet og evne til å samhandle, og at det påvirker relasjonene mennesker imellom.

## **1.2 Eget faglig perspektiv og referanseramme**

I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer beskrives idealene for god sykepleiepraksis. Et av hovedpunktene dreier seg om sykepleierens forhold til pasienten, hvor det uttrykkes at å ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet også dreier seg om å stå for en helhetlig omsorg (NSF, 2007:7). Sykepleiefaget befinner seg i disiplinenes grenseland og har innslag fra fagfeltene medisin, psykologi og sosiologi. Selv om ingen av disiplinene utgjør statiske størrelser, har de forskjellige beskrivelser av virkeligheten og har ulikt syn på kunnskap (Nyseth, 2007: 17). Disse forholdene vil være med på å prege synet på mennesket. Jeg tror at en helhetlig omsorg forutsetter et helhetlig menneskesyn.

Mennesket kan ikke bare forstås som enkeltindivid bestående av en kropp, men må også sees som et relasjonelt vesen under påvirkning av andre sosiale, kulturelle, åndelige, økonomiske og økologiske forhold. Sykepleiens grunnleggende plikt er å vise omsorg for mennesker som lider (NSF, Yrkesetiske retningslinjer, 2007:5). I dag er begrepet "pasient" på vei ut av det pleiefaglige språket, men jeg velger å holde på begrepet fordi det nettopp forteller hvem vi har med å gjøre; en person som er syk eller får behandling for en sykdom ([www.ordnett.no](http://www.ordnett.no)). Samtidig bruker jeg ordet "bruker" fordi det ofte forekommer i litteraturen. Den siste setningen illustrerer noe av det jeg synes er problemet med begrepet; ordet har mange betydninger og blir lett upresist. Det refererer både til å bruke, misbruke, konsumere, benytte, men kan være verd å benytte fordi det inkluderer pårørende og andre nærpersoner ([www.ordnett.no](http://www.ordnett.no)). I denne sammenhengen har "bruker" samme innhold som "pasient". Lov om pasientrettigheter definerer pasient som:

En person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller en som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle (Lov om pasientrettigheter, 2000:§1-3)

Samtidig presiseres helsehjelp som handlinger av forebyggende, diagnostiske, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende karakter eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell (ibid). Å være pasient gir grunnlag for visse lovfestede rettigheter. På den andre siden innebærer sykdom sårbarhet og avmakt. Sykepleierens relasjon til medarbeidere omtales i de yrkesetiske retningslinjene. Det påpekes at samarbeid, både faglig og tverrfaglig, skal stimuleres og initieres av sykepleiere (NSF, Yrkesetiske retningslinjer, 2007:9).

Helsefagene kan sies å bygge på "fireprinsippetikken". Dette utgjør ikke noen selvstendig etisk teori, men er en slags sammenfatning av viktige etiske prinsipper innenfor de forskjellige etikktypene; autonomiprinsippet, ikke-volde-skadep prinsippet, velgjørenhetsprinsippet og rettferdighetsprinsippet. Autonomiprinsippet bygger på at

mennesket har rett til å bestemme over seg selv. Behandling skal være frivillig og pasienter har krav på å gi sitt samtykke. Velgjøringsprinsippet bygger på at helsearbeideren, i tillegg til ikke å skade pasienten, også skal søke å gjøre det beste for pasienten. Rettferdig fordeling av goder og prioriteringer er grunnleggende ideer i helsetjenesten. Men en konsekvens av all denne velmenthet, er at vi lett kan bli paternalistiske og tro at vi vet hva som er til det beste for pasienten (Johannessen m.fl.2007:167). Profesjoner gir makt, både i form av kunnskap og posisjon. Det er mange maktkonstellasjoner mellom mennesker, men en av dem er forholdet mellom den som mottar og den som gir helsehjelp. Pasienten er i en sårbar situasjon og i møtet med den enkelte yrkesutøveren oppstår det asymmetri i maktbalansen. Dette er en viktig erkjennelse ettersom det fra pasientens ståsted kan føre til en opplevelse av maktesløshet og avmakt.

Lov om helsepersonell (2001) stiller krav til helsepersonells yrkesutøvelse. Vårt arbeid skal utøves faglig forsvarlig og i tillegg skal vi gi ”omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (Lov om helsepersonell, 2001:5). I kommentarene til loven understrekes det at utgangspunktet for all helsehjelp er at den skal være begrunnet i hensynet til pasientens beste. Det betyr at informasjon, samtykke og medvirkning er sentralt i all helsehjelp (ibid:16). Når pasientens behov for helsehjelp er utgangspunktet, kan det ofte tilsi at flere fagpersoner må jobbe sammen for å gi et helhetlig tilbud i tråd med faglig forsvarlighet og pasientens behov. Loven sier at i slike tilfeller skal helsepersonell samarbeide (ibid:17). Det er altså ikke bare snakk om at det kan være kjekt og greit, men det er et krav til samhandling.

Nye pasientrettigheter og forskning vektlegger den enkeltes ressurser og muligheter som avgjørende for behandlingsresultatet. Pasientrettighetsloven gir pasienten rett til medvirkning, informasjon, samtykke til behandling, journalinnsyn og til å klage hvis man mener at rettighetene ikke er oppfylt (Lov om pasientrettigheter, 2001: §§ 3, 4, 5, 7). Rettighetene gir kurs til en ny holdning og tilnærming til pasienten. Den enkelte er ekspert på sitt eget liv, og det er ikke gitt fagfolk å fortelle hva som er det beste for den enkelte. ”Empowerment” som begrep uttrykker at pasienten skal ”bemyndiges”. Betegnelsen innebærer at den enkelte er gitt mulighet for autonomi, medbestemmelse og innflytelse i saker som angår en selv (Stang, 2003:141 - 161). Dette støttes av internasjonale dokumenter, for eksempel Ottawa-charteret fra 1986 hvor WHO pålegger fagfolk å samarbeide med hverandre og involvere brukerne (Haugland m.fl. 2006:7). Det synes å herske enighet om at brukermedvirkning styrker tjenestene og forsterker nytteverdien for brukerne (ibid:6). Dette står som en kontrast til tankegangen som framhever ekspertveldet og dets løsningsforslag som



det beste. Samtidig representerer det en utfordring å sikre de pasientgruppene som ikke makter en slik medvirkning å ikke bli usynlige i denne prosessen, men derimot involverte og trukket inn (Lauvås & Lauvås, 2006:60).

### **1.3 Situasjonsbeskrivelse**

Det norske samfunn tar mål av seg til å tilby gode og likeverdige helsetjenester til hele befolkningen. Mer enn halvparten av alle voksne har en eller annen form for sykdom eller skade som gjør at vi før eller siden får behov for forskjellige former for helsetjenester. Det gjør at vi en eller annen gang i løpet av livet kommer i kontakt med helsevesenet og alle dets forskjellige faggrupper, spesialister og nivåer (Sosial- og helsedirektoratet, 2006) Mange gir uttrykk for at de er fornøyde med selve den medisinske behandlingen og pleien sykehusene tilbyr, men at det er mangler i koordineringen og at de opplever at ingen har det overordnede ansvaret. Denne oppfatningen støttes også av de såkalte PASOPP-undersøkelsene (pasientopplevelse-undersøkelser). Studien viser at det er signifikante forskjeller i pasientopplevelsene når det gjelder informasjon og organisering av sykehus, både mellom forskjellige helseforetak og forskjellige avdelinger i samme sykehus ([www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)).

Sosial- og helsedirektoratet møter kritikken mot at helse- og sosialtjenestene er oppstykket og lite koordinert med å etablere et nytt Nasjonalt råd for prioritering og kvalitet. Tiltaket skal bidra til bedre helhet og samhandling (Sosial- og helsedirektoratet, Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren, 2007:192). Helhet og samhandling omtales i Nasjonal helseplan 2007 - 2010 som en av helseplanens bærebjelker, og det understrekes at ”mange brukere og pårørende opplever helsetjenesten som oppstykket, uten tydelig ansvar for samhandling mellom de forskjellige aktørene” (St.prp.nr. 1 (2006 - 2007) kapittel 6:243). I helseplanen for denne perioden er det derfor sentralt å endre dette. Målet er at alle medarbeidere i helsetjenesten skal ha kunnskap om den enkelte brukers behov for samhandling både i og utenfor organisasjonen. Dessuten gis ledere et spesielt ansvar for å organisere og gjennomføre samhandling (ibid:244).

Dette er på ingen måte en ny problemstilling. Utredningen ”Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus” hevder at koordineringsbehovet i sykehusene er stort, og at det stiller store krav til ledelse når mange forskjellige personer og avdelinger skal dele arbeidsoppgaver og samtidig gi pasienten et helhetlig behandlingstilbud. Det påpekes også at

organiseringen av sykehusene kan oppfattes som mer fokusert på faggruppenes behov enn på pasientenes (NOU 1997:2, Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus:14).

Helsevesenet har utviklet en rekke spesialister innenfor smale fagområder, og det er et høyt kunnskapsnivå innenfor stadig mindre og mindre fagfelt. I tillegg til den økte spesialiseringen, preges virkeligheten av høy turnover blant personellgruppene. Samtidig behandles flere pasienter på kortere tid enn noen gang tidligere. Gjennomsnittlig liggetid i sykehus er redusert og utgjorde for 2006 5,0 dager. Slik er det også høy pasientturnover i sykehusene. (www.ssb.no). Flere og flere pasienter behandles i dag også poliklinisk. Dette innebærer økt trafikk gjennom institusjonene, og vil nødvendigvis stille større krav til samhandling, logistikk og koordinering. Gode dokumentasjonssystemer og god kommunikasjon er en forutsetning for at dette arbeidet skal lykkes, og det er innlysende det finnes flere muligheter for at det tverrfaglige samarbeidet havarerer i en slik opphetet og travel hverdag.

#### **1.4 Problemstilling**

Mitt utgangspunkt for dette prosjektet har vært at det er en sammenheng mellom ledelse, verdier, tverrfaglig samarbeid og organisasjonskultur. Jeg har en formening om at organisasjonskultur er lite påaktet som begrep og at det nærmest blir betraktet som en sidegren til ledelsesfaget. Min erfaring er at mange ledere har et lite bevisst forhold til hva det innebærer å utvikle en organisasjonskultur. Dette ønsker jeg å belyse fra et pasientperspektiv, ettersom det er pasienten som bærer de største kostnadene ved manglende samarbeid. Jeg ønsker å forstå hvilke faktorer som kan påvirke det tverrfaglige samarbeidet, og om organisasjonskultur kan utvikles for å styrke tverrfaglig samarbeid og dermed pasientens mulighet til medvirkning.

I løpet av et sykehusopphold må pasienten selv og pårørende forholde seg til flere forskjellige personer med lik og ulik fagprofesjon. Informasjon og kommunikasjon passerer mange ledd, og i den grad informasjon i en slik setting oppleves som enhetlig, må det nesten betegnes som et lykketreff. Pasientrettighetsloven fastslår at pasienter i helseinstitusjon har rett til medvirkning og informasjon. I merknaden til loven framgår det at det skal utpekes en ansvarlig person som skal gi informasjon, og at det er denne personen pasienten kan henvende seg til for å få fullstendig informasjon (Lov om pasientrettigheter, 1999). For å styrke pasientens situasjon under et sykehusopphold og bedre kommunikasjon mellom aktører i sykehuset og mellom sykehus og primærhelsetjenesten, har departementet bestemt at det skal

utpekes en pasientansvarlig lege ved innleggelse i somatiske institusjoner eller i det psykiske helsevernet. Tilsvarende ordninger gjelder også for andre grupper helsepersonell (Lov om spesialisthelsetjenesten, 1999)

Strukturelle omorganiseringer i helsevesenet for å bedre kvalitet og effektivitet er blitt en standardmetode for å løse helsevesenets mange problemer. Men sannhetens øyeblikk når det gjelder kvalitet, består i den enkeltes erfaring i møtet mellom de som skal motta og de som skal gi helsetjenester. Min påstand er at det må mer til enn et godt organisasjonskart for at denne erfaringen skal bli god. Unni Krogstad hevder at arbeidskulturens betydning som bærer av felles mål, gjensidig avhengighet og respekt og utvikling av gode tverrfaglige team er lite belyst gjennom forskning (Krogstad, 2006:24)

Ledelse dreier seg om å få en organisasjon til å fungere - til å nå sine mål og fullføre sine oppgaver. Fløistad definerer ledelse som ”målrettet samarbeidsutvikling” (Fløistad, 2002:405) og peker med det på at ledelse innebærer å arbeide for å få mennesker til å fungere sammen mot et mål. Det er mange veier mot dette målet. Alle organisasjoner har en eller annen form for formell struktur hvor ansvar og oppgaver er fordelt. Organisasjonsstrukturen skal være tilpasset det som skal skje i organisasjonen, og utgjør dermed arkitekturen som bestemmer hvordan organisasjonen skal se ut (Jacobsen og Thorsvik, 2007:62). Men organisasjonens medlemmer, menneskene, tenker og handler ikke alltid rasjonelt. I en organisasjon må medlemmene samhandle i større eller mindre grad på tvers av tilhørighet på organisasjonskartet. Organisasjonens uformelle trekk påvirker menneskene den består av og hvordan de fungerer sammen. I litteraturen kalles dette organisasjonskultur.

De ledelsesmessige utfordringene knyttet til tverrfaglig samarbeid er ganske sikkert flere enn de som presenteres i denne oppgaven. Jeg velger å fokusere på de som er knyttet til profesjoner i sykehus og på verdibasert ledelse som en tilnærming for å utvikle organisasjonskultur. Kultur handler om relasjoner, og relasjonsbygging er tidkrevende prosesser. I en hektisk hverdag med høye krav til rasjonalitet og resultater, tror jeg det kan være vanskelig å utvikle gode kulturer for tverrfaglig samarbeid dersom det ikke er en bevisst satsing. Min problemstilling blir derfor:

**Hvilke utfordringer kan ledere i sykehus møte i arbeidet med å utvikle organisasjonskultur med sikte på å bedre det tverrfaglige samarbeidet?**

## **1.5 Avgrensning**

Samhandling mellom de ulike tjenestenivåene er også en form for tverrfaglig samarbeid, og mangel på kontinuitet oppleves nok særlig problematisk for de pasienter som har behov for langvarig kontakt med helse- og sosialtjenesten. Tverretatlige samarbeide er ikke en del av denne oppgavens tema.

Det er ganske sikkert mange forhold som påvirker mulighetene for å lykkes eller mislykkes med tverrfaglig samarbeid. Rammefaktorer som tid og fysiske forhold blir ikke berørt i oppgaven. Økonomi og finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten er et komplisert og stort område, men blir bare i liten grad omtalt her. Sykehus og spesialisthelsetjeneste brukes i noen grad om hverandre, og jeg har ikke definert eller sett nærmere på forskjeller mellom sykehus og funksjonsområder.

Målet med oppgaven er å få en større forståelse for problemene knyttet til tverrfaglig samarbeid i sykehus, slik at det kan danne grunnlag for videre arbeid. Det er ikke en beskrivelse av hva som skal til for knekke koden til tverrfaglig samarbeid, men er ment å kaste lys over tema i et bruker- og ledelsesperspektiv.

## 2.0 Sentrale begrep

I dette kapitlet vil jeg kort gjennomgå sentrale begrep i oppgavens problemformulering. Samarbeid, tverrfaglighet og pasient- eller brukervedvirkning er honnørord i dagens helsevesen. Utredninger og offentlige dokumenter er fulle av henstillinger om å bedre det tverrfaglige samarbeidet, og sette brukeres interesser i sentrum. Politiske signaler følges opp av ledere som alle har gode argumenter for tverrfaglig samarbeid. Det hevdes at tverrfaglig samarbeid gir effektive oppgaveløsninger, økonomiske gevinster og øker brukervennlighet (Repstad, 1993:9). Men hvorfor er tverrfaglig samarbeid så vanskelig å få til, når alle ønsker det? For å se nærmere på dette, vil jeg gi en kort redegjørelse av begrepene.

### 2.1 Samarbeid

*Samarbeid* innebærer ”å arbeide i fellesskap” (www.ordnett.no, 11.03.08). Begrepet brukes i mange sammenhenger, og betegner samhandling mellom mennesker. I sykehus er samarbeid aktuelt i mange forbindelser. Pasienter og helsepersonell trenger å samarbeide om å nå felles mål. Når fysioterapeuten lager mål for pasienten at han skal kunne bøye knærne 45 grader, kan det hende at pasientens mål er å kunne knyte skolissene. Profesjoner samarbeider innad i sine grupper. De kollegiale båndene åpner for samarbeid på en annen måte innad i en profesjon. Som sykepleier synes jeg det er lettere å spørre en annen sykepleier til råds enn en med en annen profesjonsbakgrunn. Det er også lettere å samarbeide med en sykepleier som er i samme avdeling som meg. Samarbeid mellom profesjonene er ikke alltid like lett - leger og sykepleiere kan være ganske bestemte på hva som er lege- og/eller sykepleieoppgaver selv om begge to har overlappende oppgaver. Som anestesisykepleier er jeg vant til å legge inn venekanyler på pasienter som skal opereres. Dersom en lege finner på å legge inn en kanyle på en pasient jeg har tenkt å stikke, kan det oppleves som at det ”tråkkes i mitt blomsterbed”. Aadland mener at samarbeid forutsetter ”samarbeidskunnskap” (Aadland, u.å.:10), og at det burde være et eget fag i profesjonsutdanningene (ibid:11)

### 2.2 Tverrfaglighet

*Tverrfaglighet* er i likhet med samarbeid et positivt ladet ord. Det betyr ”på tvers av faggrensene” (www.ordnett.no:11.03.08), og begrepet kan brukes for å beskrive den faglige sammensetningen i en gruppe eller den faglige sammensetningen mellom forskjellige nivåer. Å finne oppskriften til vellykket tverrfaglighet, er et ønske fra mange hold. ”Det er de styrende organer som vil ha fagutøverne til å forandre adferd”, hevder Aadland (Aadland, u.å.:12). De eier begrepet, og det er ikke mulig å få til tverrfaglighet når ideen ikke eies av de

som forventes å få det til. Vilje til tverrfaglighet er derfor en forutsetning for at det skal kunne gjennomføres. Tverrfaglighet er et forsøk på å samle spesialisert kunnskap. Ettersom det er pasienten som skal nyte godt av tverrfaglighet, ville det vært naturlig om pasienten selv var en del av det tverrfaglige samarbeidet. Mye taler for at å ha pasienten til stede i det tverrfaglige teamet i seg selv er med på å holde fokus på brukernes behov, og ikke organisasjonens (Sosial- og helsedirektoratet, 2006:32)

### **2.3 Profesjoner**

Definisjonen av begrepet *profesjon* kan deles i to hovedkategorier. Begrepet kan oppfattes som kjennetegn ved yrkesutøvere og være beskrivelse av forholdet mellom utdanning og yrke (Lauvås&Lauvås, 2004:87). Ordet kan defineres som "et yrke man er fagutdannet i" (www.ordnett.no), men kan i tillegg sees som en spesiell kategori av yrker hvor utdannelsen nærmest gir monopol til stillingsbenevnelsen. Man velger altså yrke samtidig som man velger utdanning. Et slikt eksempel er at man ved å studere medisin får rett til et yrke som lege (Lauvås&Lauvås, 2004:89). Å være *profesjonell* referer til kvaliteten ved yrkesutøverens arbeid. Det forventes at en profesjonell yrkesutøver besitter et visst kunnskapsgrunnlag som personer uten utdanning ikke har. Innen profesjoner som er knyttet til behandling av mennesker, er det en balanse mellom empati på den ene siden og objektivisering på den andre. Å være profesjonell beskriver derfor kvaliteten på den enkeltes evne til å distansere seg til pasienten eller brukeren. En profesjonell yrkesutøver vet hvordan likevekt mellom empati og objektivisering skapes (ibid:88).

### **2.4 Brukermedvirkning og brukerperspektiv**

*Brukermedvirkning* og *brukerperspektiv* er begreper som i litteraturen delvis brukes om hverandre. *Bruker* henviser til en som nyter, utnytter eller anvender noe (www.ordnett.no) og kan dessuten knyttes til å konsumere eller misbruke. *Medvirkning* handler om å bidra, hjelpe eller influere (www.ordnett.no) og henspiller derfor til en relasjon mellom parter. *Perspektiv* dreier seg om en synsvinkel (www.ordnett.no). Et brukerperspektiv vil derfor referere til å se en sak fra brukerens side, eller å ha forståelse for brukerens situasjon. Vifladt og Hopen hevder at vi stort sett ser det vi har teorier og kunnskap om fra før av, og at "når oppmerksomheten rettes mot den medisinske siden av sykdommen, vil pasienten "se" annerledes ut enn om vedkommende selv får snakke om og beskrive sin opplevelse av sykdommen" (Vifladt og Hopen, 2004:22)

## **2.5 Organisasjonskultur**

*Organisasjon* kan være ”en ordning til et hele av innbyrdes samvirkende deler” (www.ordnett.no) og representerer en sammenslutning hvor noe er ordnet på en spesiell måte. *Kultur* kan defineres som å dyrke naturressurser, sivilisasjon og dannelse (ibid). Kultur står som en motsetning til *natur*; det opprinnelige og ekte. Organisasjoner er som små kulturlandskap; de er foredlet natur. Organisasjonskultur er ikke et statisk begrep, og dreier seg om relasjonene mellom menneskene i et arbeidsfellesskap (Aadland, 2005:12).

### **3.0 Metode**

Dette er en litteraturgjennomgang om tverrfaglig samarbeid, ledelse og organisasjonskultur. I utgangspunktet var planen å gjøre en empirisk studie, men forskjellige årsaker gjorde det vanskelig. Jeg brukte mye tid til å reflektere over hva problemstillingen skulle bli og hvilke metode som egnet seg til å få svar på spørsmålene. I tillegg var jeg tvilende til å gå i gang med en undersøkelse i egen organisasjon, fordi jeg selv har en lederstilling. Etter råd fra veileder endte jeg derfor opp med en litteraturstudie. Tverrfaglige møter i egen organisasjon og samtaler med helsepersonell med ulik profesjonstilhørighet har bidratt til inspirasjon og informasjon, og farger nok mitt eget utgangspunkt. Det samme gjør pasientenes egne fortellinger og erfaringer med tverrfaglighet på sykehus - det har gitt meg verdifulle innspill og refleksjoner omkring tema.

#### **3.1 Forforståelse**

Forforståelse som begrep ble innført av Hans-Georg Gadamer, og innebærer at alle mennesker har sine egne preferanser som gjør oss i stand til å lage mening med tilværelsen (Aadland, 2005:100). Forforståelse utgjør en forståelseshorisont som kan sammenliknes med briller verden sees gjennom, og vil være med på å fargelegge og prege min tolkning av problemstillingen. Med bakgrunn som sykepleier, anestesisykepleier og leder, vil jeg mer eller mindre bevisst tolke virkeligheten ut fra erfaringer gjennom yrket mitt. I tillegg vil min forforståelse også utgjøres av mine egne, personlige erfaringer gjennom livet. Historie, tradisjoner og livserfaring er med på å farge min egen oppfatning av sammenhenger og forventninger. Forforståelsen er verden slik den ser ut for meg, og den er instinktiv (ibid:101). Det er derfor ikke mulig å avdekke hele sin forforståelse.

Sykepleiefaget befinner seg i en kunnskapstradisjon som balanserer mellom hermeneutikk og positivisme. Min forforståelse er at det tverrfaglige samarbeidet i sykehus ofte fungerer dårlig. Det har sin bakgrunn i min erfaring som sykepleier i flere situasjoner - både gjennom det jeg selv har opplevd i konkrete situasjoner, det medarbeidere har fortalt og det pasienter har gitt uttrykk for. Naturlig nok vil det prege denne studien, og jeg forventer ikke å finne litteratur som hevder at tverrfaglig samarbeid i sykehus er velfungerende.

Ledelse i sykehus har fra 1980-tallet vært todelt mellom avdelingsoverlegen og oversykepleieren. De har hatt et felles ansvar for administrasjon og drift av avdelingene (NOU 1997:2:521-22). I denne ledelsesmodellen var det oftest oversykepleieren som tok hånd om de praktiske oppgavene i forbindelse med å administrere avdeling og pleiepersonell, mens



avdelingsoverlegen hadde pasientrettede oppgaver (Torjesen, 2008:48). Etter at enhetlig ledelse ble innført som prinsipp i 1999, innebar det at ledelse som fag ble fristilt fra helsefagene og åpnet en lederkarriere for ledere med eller uten helsefaglig utdanning. Min forforståelse er også preget av denne utviklingen. Sykepleiere har hatt en yrkeskarriere knyttet til ledelse, og utdanningene har i mange år satset på å bygge opp om helhetlig behandling og ledelse samtidig. Torjesen hevder at det har vært en suksess for sykepleien ved at det har ført til en symbiose mellom ”sykepleievitenskapens kunnskapsproduksjon (om den suverene pasient) og økonomisk, markedliberal kunnskapsproduksjon (om den suverene markedsaktør)” (Torjesen, 2008:52). Min erfaring bygger altså på at sykepleiere har et profesjonelt forhold til ledelse, hvor de som velger lederstillinger oftest går ut av klinisk virksomhet og konsentrerer seg om å lede. Jeg tror det gir andre kvalifikasjoner i forbindelse med utvikling av organisasjonskultur enn for ledere hvor ledelse er en bigesjeft. Som profesjon opplever jeg at sykepleiefaget er like proteksjonistisk som de andre helsefagene, og at våre holdninger til tverrfaglig samarbeid når alt kommer til alt er lik andre profesjoners. For meg er brukermedvirkning å betrakte som en verdi. Pasienten er det min virksomhet først og sist dreier seg om. Pasienten er mitt mandat, og for meg er det gyldig enten det dreier seg om klinisk virksomhet som sykepleier eller som leder og sjefsykepleier.

I forbindelse med tidligere litteraturstudier har jeg gjort meg noen tanker om tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning, kultur og ledelse. Mangel på samhandling og pasienter som føler seg overkjørt av helsevesenet, er ofte å finne i media. De vanlige motreaksjonene når ting ikke fungerer, er å omorganisere og gjøre strukturelle endringer. Min forforståelse er at ledere ofte ikke tar organisasjonens kultur på alvor og ikke ser at uhensiktsmessig kultur kan være årsak til at ting ikke virker etter sin hensikt.

### **3.2 Framgangsmåte**

I oppstarten av dette prosjektet var litteraturgjennomgangen sentral. Det er skrevet og forsket mye om tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning, ledelse, verdier og kultur. Veileder har bidratt i sterk grad med tips til litteratur. Jeg har foretatt litteratursøk i BIBSYS på søkerordene i oppgavens sentrale tema. Det er utgitt en rekke publikasjoner, og jeg har valgt ut litteraturen etter flere kriterier. For det første har jeg sett på hvilken type tekst det har vært. Mange av tekstene er lærebøker, men også offentlige utredninger og to doktorgradsarbeider behandler temaet mitt. For det andre har jeg lagt vekt på hvem som har skrevet tekstene. De fleste av forfatterne er anerkjente navn innenfor ledelses- og organisasjonsteorien, og

hovedandelen av litteraturen jeg har brukt er lærebøker. Jeg har også undersøkt hvem som er tekstens målgruppe. Dette kommer ikke alltid helt klart fram, men mye av litteraturen er lærebøker skrevet for studenter på forskjellige nivåer. Det meste av litteraturen jeg har benyttet har vært på norsk, men også engelsk og svensk litteratur er brukt. Foredrag og ”hands-out” har gitt nyttige innspill til de forskjellige temaene (Dalland, 2007:60-79). Det meste av litteraturen ble gjennomgått i forkant av skriveprosessen. Jeg tror det har vært både fordeler og ulemper med en slik gjennomgang. Det har satt meg på sporet av hvilke områder jeg kunne skrive om, samtidig har det vært en svært overveldende mengde litteratur. Det har vært interessant å se hvordan forfattere med ulike ståsted har behandlet samme tema (for eksempel tverrfaglighet), og at de, selv om de har vektlagt tema noe forskjellig, ofte har trukket de samme konklusjoner om forutsetninger og utfordringer.

Uformelle samtaler med pasienter og kollegaer har gitt bidrag jeg har brukt for å forstå litteraturen bedre. Noen er brukt for å fargelegge framstillingen, men de er ikke ment å presenteres som resultater eller funn. Det samme gjelder observasjoner av møter i tverrfaglig regi. Mine egne erfaringer og betraktninger kommer av og til fram. De må ikke tolkes som gyldig kunnskap i enhver sammenheng, selv om de er viktige nok for meg.

### **3.3 Validitet, reliabilitet og metodekritikk**

Min forforståelse preger naturlig nok litteraturutvalget. Litteraturen har for det meste et helsefaglig perspektiv, og jeg har ikke funnet mange kritiske røster med hensyn til nødvendigheten av tverrfaglig samarbeid, men så har jeg heller ikke aktivt søkt etter å finne slike. Jeg har heller ikke hatt tilfeldige treff på antitverrfaglige og samarbeidsmotstandere i løpet av søkeprosessen. Det hadde i så fall vært interessant. Jeg synes det er stort sammenfall mellom egne erfaringer, de innspill pasienter og kollegaer har kommet med og de funn litteraturen utgjør. Selv om mye av litteraturen ikke er skrevet om tverrfaglig samarbeid i sykehus, mener jeg likevel at mye av det som presenteres i forbindelse med tverretattlig samarbeid og om forskning i disiplinenes grenseland gjelder for helsevesenet som felt. Teorier om organisasjoner og organisasjonskultur har oftest et generelt utgangspunkt og er ofte skrevet med bakgrunn i næringslivet. Denne litteratur har jeg brukt fordi jeg mener mange av perspektivene passer på kompliserte organisasjoner som sykehusene utgjør, men det kan selvsagt hende at de ikke er direkte overførbare til helsevesenet. Et rikt tilfagn av litteratur kan gjøre det vanskelig å skille vesentlig fra uvesentlig (Dalland, 2007:74), og jeg har nok opplevd at den omfangsrike litteraturen har tatt mer plass enn jeg i utgangspunktet hadde

tenkt. For det meste har jeg brukt primærkilder, men har av og til tatt med sekundære kilder der jeg synes sitater har vært gode, eller primærkildene ikke har vært mulig å fremskaffe.

Når det gjelder ekstern validitet, er mangel på samhandling og kontinuitetsavbrudd påpekt av flere, blant annet i helsetilsynets rapport for 2007 (Tilsynsmelding, 2007:15) - derav også tittelen på oppgaven: "Mind the gap". Jeg synes det indikerer at flere mener at problemet eksisterer og at det er verd å studere fenomenet nærmere.

I etterkant ser jeg at litteraturgjennomgangen har gitt grunnlag for flere forskningsspørsmål som kunne ha vært prøvd i en empirisk studie. For eksempel hadde det vært mulig å intervjuere ledere med ulik profesjonsbakgrunn om deres syn på organisasjonskultur, og hatt en mer praktisk tilnærming med en sammenlikning av ulike profesjoners tanker om kulturutvikling og tverrfaglig samarbeid. Min forforståelse bærer preg av at profesjonene oppfatter dette forskjellig - det er min antagelse, en tolkning basert på hva litteraturen sier om profesjonene. Brukerperspektivet kunne ha vært bedre belyst, selv om PASOPP-undersøkelsene ([www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)) konkluderer med dårlig organisering i sykehus. En annen tilnærming kunne ha vært å undersøke grad av samsvar mellom vedtatte verdier og opplevde verdier i et brukerperspektiv.

### **3.4 Oppgavens oppbygging og struktur**

Denne rapporten er i sin helhet en teoretisk gjennomgang. Første del gir en beskrivelse av dagens situasjon og bakgrunnen for at jeg har ønsket å skrive om tverrfaglig samarbeid og organisasjonskultur. Videre gis det en kort gjennomgang av sentrale begreper, og metoden for studien beskrives. Den teoretiske overbygningen for oppgaven er systemteori. Dette er valgt fordi kompleksiteten i forholdene knyttet til tverrfaglig samarbeid og profesjoner på den ene siden og organisasjonskultur og ledelse på den andre er stor. Brukerperspektivet er sentralt i oppgaven. Min begrunnelse for dette er at målet med alle profesjonenes tverrfaglig samarbeid, med ledelse og kulturarbeid, er at brukerens tjenestetilbud skal bli bedre. Presentasjon og drøfting av de sentrale tema foregår parallelt og det gis en kort oppsummering for hvert kapittel. Til slutt trekkes konklusjoner av litteraturgjennomgangen i lys av brukerperspektivet.

Jeg har valgt å holde oppgaven på et overordnet teoretisk nivå, og har ikke ønsket å trekke dette inn i min egen spesielle situasjon. Begrunnelsen for det er at jeg ønsker å bruke gjennomgangen som bakgrunn for videre arbeid i egen organisasjon.

## 4.0 Systemteori - teoretisk overbygning

Systemteori representerer en forståelsesmodell, og kan benyttes til å beskrive og analysere sosiale, organisatoriske og økologiske forhold. System som begrep refererer her til å tenke systematisk og systemisk. Mitt utgangspunkt er at systemteori utgjør et perspektiv til å forstå sammenhenger mellom ledelse og tverrfaglig samarbeid, og at det peker på hvor komplekse og kompliserte disse er i sykehus. Dette vil ikke bli diskutert i teorikapitlene, men er å betrakte som et bakteppe for drøftingene om tverrfaglig samarbeid, organisasjonskultur og ledelse.

### 4.1 Helhet og deler

En systemteoretisk analyse vil ha som mål å se sammenhengen mellom de forskjellige delene som utgjør et system, og organisere kunnskapen på en slik måte at helheten ivaretas. Systemteori har sitt utgangspunkt i biologen Ludwig von Bertalanffy, og var en reaksjon mot tidlig 1900-talls syn på mennesker og natur som maskiner eller roboter, som kun reagerte etter prinsippet om stimuli og respons. Bertalanffy laserte begrepet om systemteori ut fra en organisk forståelse av naturen (Yndestad, 2003:4). Men begrepet *system* kan trekkes tilbake til Aristoteles, som hevdet at helheten er større enn summen av delene (Skjørshammer, 2004:36). Innenfor organisasjonsteorien er det systemteoretiske perspektiv særlig nyttig når det gjelder å forstå at organisasjoner befinner seg i en kontekst. Her framheves at organisasjoner ikke bare eksisterer i en kompakt og selvforsynende verden, men de eksisterer i en sammenheng og er avhengig av og samhandler med sine omgivelser. Den klassiske definisjonen er formulert av Bertalanffy: "Et system består av et sett av elementer som samspiller med hverandre" (Skjørshammer, 2004:37).

Tverrfaglig samarbeid bygger på det faktum at det finnes flere interesser i en sak - enten det dreier seg om en pasient, pårørende eller rett og slett om arbeidsdeling. De som står i forhold til hverandre i en gitt sak, samarbeidspartnere, kan defineres som medlemmer i et system. De utgjør elementene som virker sammen. Dersom det skjer en forandring i tilstanden til ett av medlemmene, vil det være med på å forandre og påvirke andre elementer og helheten. Tilstanden til det enkelte element har derfor betydning, og det vil være en gjensidig avhengighet mellom delene i et system. På denne bakgrunn kan man avgjøre om et element hører med i systemet eller ikke. Hvis elementet ikke står i samspill med resten av systemet, er det ikke en del av det. Skjørshammer mener at dette forklarer at en organisasjon er mer enn summen av de ansatte. De ansatte blir først en organisasjon når de har utviklet stabile og mer permanente relasjoner til hverandre (Skjørshammer, 2004:39).

Vedeler påpeker at det kan være nyttig å reflektere over hvem som skal være en del av et system. Alt for ofte utpekes samarbeidspartnere ut fra tradisjon og formelle regler. Men dersom vi skal ha mulighet til å belyse en sak fra flere hold, er det riktig å ikke utelukke og glemme personer som selv ser seg meningsberettiget. Han hevder også at den gode samarbeidspartner ikke nødvendigvis er den mest behagelige. Et fruktbart og godt samarbeid er avhengig av meninger som er forskjellige fra ens egne; meninger som fører med seg nye momenter inn i en sak (Vedeler, 1995/1998:7). Dette harmonerer med systemteoriens sirkulære tenkning om forståelsen av problemer. Det som skjer i en organisasjon kan ikke forklares ut fra en enkelt årsak, men en mangesidig årsakstenkning er nødvendig. Det er kompliserte sammenhenger mellom årsaksfaktorer - de påvirker hverandre gjensidig og virkningene fører til nye årsaker i neste omgang (Skjørshammer, 2004:39).

Strukturene i et system består av de mer eller mindre stabile mønstre for samspill som utvikler seg og som eksisterer over tid. Når et mønster er etablert, er det selvregulerende, og forandringer i strukturen vil føre til forandringer i de enkelte elementene. Hvis vi tenker oss at elementene består av mennesker, vil endringer i de sosiale strukturene kunne påvirke følelser, innstillinger og atferd. Limet i systemet utgjøres derfor av mellommenneskelige prosesser, men det er vanskelig å skille mellom hva som er prosess og hva som er struktur. Dersom endringer skal foretas, vil det være mulig å intervensere i organisasjonen som system og for derved å påvirke den enkelte ansatte eller enhet. I organisasjoner er strukturer både formelle og uformelle. Et organisasjonskart vil være uttrykk for en designet struktur, og vil alltid være et kompromiss mellom delene det er bygget opp av. De dype strukturene i en organisasjon kalles i litteraturen for *dyproller*, og utgjør i overført betydning rollene som finnes i eventyr og myter. Kultur, teknologi, makt og kontroll er andre dypstrukturer i en organisasjon (Skjørshammer, 2004:41). Et system består av deler, men systemet som sådan er samtidig en del av en større enhet (supersystem/oversystem). Tilsvarende kan vi tenke at et system også består av undersystemer (subsystemer), og at disse er forskjellige ved at samspillet mellom elementene er annerledes. I sykehus kan eksempler på undersystemer være grupper av ansatte, profesjoner og avdelinger. Hvis undersystemer forstås som resultat av aktivitet, kan en ansatt tilhøre flere undersystemer. Slike systemer kan dreie seg om produksjon av tjenester, sikring av ressurser, vedlikehold, tilpasning og ledelse (ibid:46-47)

## **4.2 Samspill**

I systemteori er antagelsen at det som foregår i ett system vil virke inn på et annet. Samhandlingsrelasjonene forteller noe om hvordan denne påvirkningen skjer. En pasient vil

ha en helhetsopplevelse av et behandlingsforløp og resultatet for pasienten er den samlede innsatsen fra alle profesjoner og avdelinger. De forskjellige aktørene derimot har gjerne en helt annen forståelse av hva som skjer med pasienten. Deres perspektiv bygger på den lille delen de har med pasienten å gjøre, og mangler en helhetsforståelse av behandlingsopplegget (Skjørshammer, 2004:48)

Systemer betegnes som åpne eller lukkede ettersom hvor stor grad av samspill det har med omgivelsene. Et åpent system vil ikke kunne forstås som uavhengig av miljøet rundt, det er kontinuerlig i interaksjon med prosesser og behov i verden utenfor. Åpne systemer har gjennomtrengelige grenser, mens lukkede systemer er rigide. For sosiale systemer er det vanskeligere å definere grenser, men strømmen av informasjon, energi og omdannelsen av denne begrenser hva som er innenfor og hva som er utenfor systemet. Både grenser og åpenhet varierer med hensyn til gjennomtrengelighet. Grensene verner systemets egenart. Klare grenser beskytter for innblanding og vil være avgjørende for at et system skal kunne fungere. Skjørshammer argumenterer for at helseorganisasjoner er mer preget av lukkede grenser når det gjelder ideologi, men åpner når det er snakk om teknologi.

Derfor er det sjelden noe problem å introdusere nye instrumenter og teknisk pregede behandlingsmetoder på norske sykehus. Å omsette politiske slangord som ”pasienten først” til handling er derimot en langt større utfordring. (Skjørshammer, 2004:50)

Et systems begrensninger kan komme fra ytre forventninger eller fra betingelser som omgivelsene pålegger systemet, eller det kan komme innefra systemet selv. Organisasjonskultur kan være en indre begrensning for læring og utvikling i et system. Det samme kan de kreftene som fungerer i retning av å bevare systemets stabilitet og balanse. Samtidig er stabilitet nødvendig for at relasjonene mellom systemets deler er preget av god samhandling. Tilbakemelding gir informasjon om systemets tilstand. Negativ tilbakemelding fører til at systemet kan korrigere avvik, mens positive forsterker dem. Sosiale systemer vil søke en balanse mellom de krefter som bevarer og de som søker å forandre det. Entropi er et uttrykk for at alle systemer før eller siden vil gå til grunne, mens ekvifinalitet refererer til at det alltid er flere veier som fører fram for et system. Det siste er kanskje særlig viktig i komplekse organisasjoner som helseorganisasjoner (Skjørshammer, 2004:56). Gro Harlem Brundtlands berømte utsagn om at ”alt henger sammen med alt” dekker bare deler av sannheten. Det er kanskje viktigere å erkjenne at vi ikke vet hvordan tingene henger sammen.

### **4.3 Endringer og konsekvenser**

Som tidligere nevnt (kap. 4.2) er antagelsen i systemteori at det som foregår i ett system vil virke inn på et annet. Sykehus er komplekse organisasjoner der delene er løst koblet. Endringer i ett system vil også påvirke et annet, og det er ikke lett å få oversikt over hvilke konsekvenser endringer kan føre til - verken på kort eller lang sikt. I sykehus oppstår det stadig uventede hendelser som forstyrrer planer. Samhandling vil derfor være avhengig av at de som utgjør systemene har evne til å tilpasse seg hverandre (Skjørshammer, 2004:65).

Dersom ønsket er større brukermedvirkning eller et bedre tverrfaglig samarbeid, trenger ledere mentale kart som kan være med på å tegne et bilde av hvilke grep som må til for å oppnå ønsket resultat. Systemteori innebærer tankekart som tar høyde for innsatsfaktorene prosessen tilføres og resultatene av den, og plasserer dette inn i en sammenheng. Et sykehus er et komplekst og komplisert system med en rekke undersystemer, som for eksempel avdelinger og profesjoner. Endringer i undersystemer vil påvirke resten av systemet. Men et sykehus er dessuten et undersystem. De regionale helseforetakene utgjør oversystemene, hvor avgjørelser tas som får betydning for det enkelte sykehussystemet.

## **5.0 Verdier**

I dette kapitlet ønsker jeg å se på hvilke verdier norsk helsevesen er tuftet på og hvordan disse kan ha betydning for ledelse. Jeg vil også drøfte verdier som begrep og som forutsetning for ledelse og brukermedvirkning.

### **5.1 Innledning**

I stortingsmeldingen om verdigrunnet for den norske helsetjenesten legges det avgjørende vekt på menneskeverdet som en ukrenkelig egenskap. Det stilles krav til at helsetjenestene skal være preget av nestekjærlighet og ansvarlig ressursfordeling. Sentralt er også å sikre trygghet for de som til enhver tid er mest sårbare eller som har det vanskeligst, samtidig skal helsetjenesten sikre medvirkning fra hver enkelt pasient og pårørende (St.meld. nr. 26 (1999-2000), s.9). Daglig stilles vi alle overfor valgsituasjoner i forbindelse med helserelaterte problemstillinger der ingen av løsningene er uten ulemper. Det finnes en rekke eksempler på dette. Pasienter med alvorlig sykdom kan bli nødt til å velge mellom behandling med mange bivirkninger og usikkert utfall på den ene siden, og lindrende behandling på den andre. Helsepersonell må vurdere hva som er rett mengde informasjon; skal all informasjon gis - også de sjeldne bivirkningene som vil skape frykt og usikkerhet hos pasienten, eller kun den som inngir trygghet? Pårørende kan bes om avgjørelser som oppleves vanskelige, for eksempel organ-donasjoner eller behandlingstilbud for barn. Brukermedvirkning løftes opp som en verdi, mens det er uklart hva det faktisk innebærer i praksis. Politikere tar avgjørelser som vil få konsekvenser for behandlingstilbud, og ledere gjør interne prioriteringer med tilgjengelige ressurser. Spørsmålene har ofte ikke klare og entydige svar, og alternativene fører oss inn i vanskelige dilemma. I alle disse vanskelige situasjonene er møtet mellom pasienten og helsepersonell selve "lakmustesten" på om helsetjenesten ikke bare er faglig forsvarlig, men også etisk holdbar. Når mennesker gir uttrykk for at de føler seg maktesløse i møtet med helsetjenesten, forteller det at helsetjenestens verdigrunnlag settes på prøve. Hver dag - mange ganger om dagen - er det treff mellom pasienter og helsepersonell hvor vår evne og vilje til å møte den enkelte med et helhetlig menneskesyn er avgjørende for pasientens opplevelse.

Eit heilskapleg syn på menneske føreset at alle tenesteytarar ser tenestene sine som ein del av det totale tenestetilbodet til den einskilde pasienten..... Dette er meir enn ein verdi ved helsetenesteytinga: det er ein føresetnad for at det i det heile skal vere fornuftig å drøfte verdiane for tenesteytinga (St.meld. nr. 26 (1999-2000):6)



## **5.2 Verdier - et komplekst begrep**

*Verdier* som begrep er komplekst og vanskelig å gripe. Ordet er hentet fra økonomien, og betegner hva ting koster, men brukes i dagligtalen og etikken om det som er av "det gode". I språket benyttes begrepene verdi, norm, holdning og prinsipp om hverandre, og Asheim hevder at det ikke finnes innholdsmessige skiller mellom begrepene (Asheim, 1997:15). Begrepets innhold spenner altså fra at ting vi omgir oss med er verdifulle for oss, til det som ikke kan settes en prislapp på, men som vi likevel vurderer som uerstattelig. Et maleri kan ha høy økonomisk verdi, mens god helse verdsettes enda høyere og ikke kan byttes bort mot penger. Verdier representerer alt som er fundamentalt verdifullt for mennesker. Aadland betegner verdiene som "stjernene ein styrer livet sitt etter" (Aadland, 2003:123), mens Aakre sier at "verdier er målesnora inni oss" (Aakre, 2005:16) og "Verdikommisjonen" definerte verdier som "livskvaliteter" (Aadland, forelesning, 2006). I den klassiske filosofien snakkes det om verdier i tre forskjellige betydninger (Johannessen m.fl. 2007:129):

1. Det som fortjener anerkjennelse, ære og respekt
2. Det som holder mål - det som tåler en faglig vurdering
3. Det som er å foretrekke framfor noe annet

I dette perspektivet vil verdier få preg av at det er den enkeltes subjektive oppfatning av hva som er "målesnora". Andres forståelse av hva som er verdifullt kan da komme på kollisjonskurs med mine.

Fordi verdibegrepet er komplekst, er det også vanskelig å operasjonalisere og kategorisere begrepet. Allikevel snakker vi om forskjellige sekkebenevnelser på verdier; for eksempel omsorgsverdier, økonomiske verdier, humanistiske og kristne verdier. Det finnes mange definisjoner på begrepet, men jeg velger her Aadlands: "Verdier er stabile mål, ideal og prioriteringar som kjem til uttrykk gjennom reflekterte verbale fråsegner og/eller gjennom handlingsmønster" (Aadland, 2003:123).

Vi kan skille mellom grunnverdier og målverdier, der grunnverdiene utgjør en basis for hva vi står for (Johannessen m.fl., 2007:129). Grunnverdier er vide formuleringer som gir retning for ulike handlingsalternativer. Helsepersonell har definerte yrkesetiske retningslinjer som uttrykker hva som er basis for yrkesutøvelsen. Et eksempel på dette er sykepleiernes grunnlag:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.

(Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2007)

Grunnverdier er også definert i legenes etiske regler, hvor det heter at ”Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forhold til pasient og samfunn.” (Ethiske regler for leger, 2002). På dette vis har flere helseprofesjoner definert hvilket grunnlag profesjonene bygger sin virksomhet på.

Idealer og mål som vi strever etter å realisere, kan kalles målverdier. Da oppfattes verdiene som det gode vi strekker oss etter og forsøker å nå. Slike verdier kan være knyttet til tilstander, handlinger og relasjoner. De kan for eksempel gi retning for hva som skal til for at vi skal for at vi skal bli lykkelige (tilstand), være rettferdige (handling) eller skape fred (relasjonelt). I profesjonssammenheng kan vi tenke at målverdier er karakteristika ved den gode helsearbeider - for eksempel den gode sykepleier eller den gode lege (Johannessen, 2007:130).

Instrumentelle verdier kan sees som redskap vi bruker for å oppnå grunnleggende verdier. De er underordnet de grunnleggende verdiene. Et kjent eksempel er penger, som kan sette oss i stand til å oppnå både helse og lykke. Men penger har ingen verdi i seg selv - de er å betrakte som et middel til å nå et mål (Aadland, 2003:123). Skillet mellom det som har verdi i seg selv og det som har verdi som middel, er viktig for alt helsepersonell. Mennesket har verdi i seg selv, og kan aldri reduseres til å kun bli et middel for noe annet. De grunnleggende verdier, de som vi bygger vår profesjon på, må alltid være høyest rangert. Samtidig er det mulig at verdier både er et mål i seg selv og et redskap for å nå målet. Et eksempel på dette er innenfor den medisinske forskningen, hvor pasienter lett kan komme i en slik dobbeltrolle. Men pasientens iboende verdighet og grunnleggende rettigheter må ivaretas før de sees som et redskap for andres forskning og ambisjoner om å vinne ære og berømmelse (Johannessen, 2007:131). I et ledelsesperspektiv, er det viktig at vi ikke reduserer pasienter til å kun bli et middel for å skaffe inntekter. Etter omleggingen av finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten, finnes det flere eksempler på at pasienter har blitt klassifisert og behandlet etter diagnosekoder som har vært mer inntektsbringende enn strengt tatt nødvendig. Ved ett tilfelle ble pasienter som skulle operere vekk ”mandler” i stedet ble operert for såkalte ”snorkeoperasjoner” - som er et noe større, men liknende inngrep, og som gir bedre økonomisk uttelling.

Når vi hevder at noe har en verdi, gir vi gjerne en kvalitativ vurdering og plasserer verdien på en skala fra god til best - eller fra dårlig til verst. Vi lager beskrivelser av hva vi setter mest pris på og hva vi anser som mest verdifullt. Disse beskrivelsene kan vi si utgjør en deskriptiv tilnærming til verdispørsmål. Annerledes blir det når vi snakker om hvilke verdier

som bør være gjeldende for helsesektoren. Da blir verdidiskusjonen normativ, forpliktende og angir hvilke mål det er viktig å realisere.

Det kan også trekkes et skille mellom moralske og ikke-moralske verdier. Penger er et godt eksempel på en ikke-moralsk verdi, men hvordan penger håndteres kan sees som en moralsk verdi (Aadland, 2003:122). I helsevesenet er det tilgang på store økonomiske ressurser, og hvordan disse forvaltes kan sees i et moralsk perspektiv. Hvis "lik tilgang på helsetjenester" skal være et prinsipp for helsetjenesten, og de økonomiske ressursene fordeles på en slik måte at behandlingstilbudene ikke kan likestilles eller tilbudene ikke når de samme gruppene innenfor forskjellige geografiske områder, kan dette sees som umoralsk. Et eksempel på dette er de nye såkalte "biologiske legemidlene" som for få år siden revolusjonerte behandlingen av visse kroniske sykdommer. Uklare medisinske kriterier og ulik oppfatning av hvor stor andel av budsjettet som skulle brukes til denne behandlingen, førte til at pasienter med samme diagnose og tilstand fikk forskjellig mulighet til behandling avhengig av hvor i landet de bodde.

Nagel mener at det er nyttig å skille mellom fem ulike slags verdikategorier. Verdier er ikke ensartede og kan derfor være grunnlaget for konflikt. Disse verdiene er:

1. Spesifikke forpliktelser
2. Generelle plikter og rettigheter
3. Velferdsverdier
4. Perfeksjonistiske verdier
5. Livsprosjekter

Verdiene kan være subjektive - de er viktige for enkeltindividet, eller de kan være objektive og derfor være av betydning for alle i et samfunn eller i en gruppe (Nagel, 1986, referert i Aadland, 2003:124)

Stortingsmeldingen om *Om verdier for den norske helsetenesta* (St.meld.nr. 26 (1999-2000)) konkretiserer hva som er av stor verdi for et godt samspill mellom helsetjenesten og pasienten. Jeg vil trekke fram noen av verdiene som påpekes i meldingen. Vern om integritet og styrking av autonomi innebærer at vi skal respektere menneskers ansvarlighet og evne til å treffe egne valg. Trygghet vil være avgjørende for at den enkelte skal kunne ha tillit til behandlingsapparatet og tjenestetilbudet. Rettfærd skal sikre at alle får det helsetilbudet som er nødvendig uavhengig av alder, kjønn, bosted, men at de med de mest alvorlige problemene skal ha høyest prioritet. Profesjonalitet sikter til at helsepersonell skal gi faglig forsvarlige tjenester samtidig som de skal opptre omsorgsfullt, støtte pasientens selvråderett og verne om det sårbare i mennesket.

Brukermedvirkning har som prinsipp stor verdi, og tar utgangspunkt i respekten for det enkelte mennesket. Denne verdiprofilen gir et helt annet perspektiv på helsetjenester enn når det benyttes et språk som er knyttet til markedskreftenes verdier om lønnsomhet, produktivitet og effektivitet (Johannessen, 2007:135). Helse Sør-Øst har tatt til seg innholdet i stortingsmeldingen i utformingen av sin visjon: ”Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, kjønn, økonomi og etnisitet” (www.helse-sorost.no). Men alt dette er verdier på papiret. I praksis er det ikke sikkert at den som søker helsetjenester opplever overensstemmelse mellom teori og praksis. Derfor må det også finnes et lag med verdier som ikke er å finne på trykk og som ikke kan vedtas. ”Den praktiske yrkesutøving speglar kva verdier som faktisk finst i fagfeltet,” sier Aadland (Aadland, 2003:157). Disse verdiene kan være helt annerledes enn de yrkesetiske retningslinjene tilsier, og vi må derfor anta at de ikke er tilgjengelig for den enkelte som har forpliktet seg til å følge egen profesjons verdigrunnlag.

### **Skjulte verdier**

Mennesket opptrer ikke bare rasjonelt og med full klarhet i hvilke verdier som ligger til grunn for handlinger. Aadland bruker begrepet ”skjulte verdier” når han forklarer spontane verdiuttrykk som ikke er forenlige med de vedtatte, åpne verdiene. Forskjellen mellom åpne og skjulte verdier er at de skjulte er ”løynde for medvitet” (Aadland, 2005:61) Også organisasjoner har skjulte verdier, og der de åpne verdiene viser vei til en ønsket tilstand, er de skjulte verdiene mer å betrakte som ryggmargsreflekser - situasjonen slik den *bør* være versus situasjonen slik den *er*. Måten vi takler hendelser på, både ventede og uforutsette, avslører hvilke verdier som veier tyngst. Det er organisasjonens vedtatte verdier som kommuniseres åpent. Når det ikke finnes noen bevissthet om at verdiene eksisterer, snakkes det heller ikke om dem. Skjulte verdier eksisterer som systemer for kommunikasjon og samhandling i organisasjoner, og de kommer til uttrykk gjennom organisasjonskulturen (ibid:61)

Flere har gitt forklaringer på drivkrefter og irrasjonelle handlinger. ”Joharis vindu” er et instrument for å få klarhet i egen lederstil, men blir også brukt for å få innsikt i egen organisasjonskultur. Dette kan skje ved å beskjefte seg med å kombinere avsløring av egne verdier og eksterne tilbakemeldinger (Aadland, 2005:67). Innenfor institusjonspsykologien hevder Repstad at organisasjoner vanligvis opererer med to slags målsettinger: de offisielle og de faktiske. De offisielle målene er de som organisasjonen bevisst setter seg fore. De faktiske resultatene er uttrykk for konsekvenser av handlinger (ibid:67). Aadland mener det eksisterer

en gråson mellom de åpne og skjulte verdiene, og kaller dette for de "halvskjulte" verdiene. Dette er områder vi er klar over, men som vi fortrenger fordi det er for ubehagelig å vite om dem. Det handler om menneskets livsløgn - vi kjenner til sannheten, men synes det er vanskelig å erkjenne den. En slik gråson kan også finnes i organisasjoner, og de kan være like høyt rangert i organisasjonens verdihierarki.

### **5.3 Verdibasert ledelse**

Zygmund Baumann beskriver tidsånden som *den flytende modernitet* og samfunnet som akselererende, uoversiktlig og ustabil (Baumann, 2006:73). Ledelse dreier seg om å få mennesker til å fungere sammen og utføre oppgaver i fellesskap mot et felles mål - en aktivitet som i seg selv strider mot samtidens grunntanke. Verdibasert ledelse er introdusert som en ledelsesfilosofi i denne samtid og kan defineres som:

... å motivere og mobilisere organisatoriske handlingar og avgjerder på basis av ønskede verdier, og å avdekkje og avgrense innslaget av handlingar og avgjerder som uttrykkjer førmedvitne eller ikkje-ønskede verdier. (Aadland, 2004:157)

Det er to hovedretninger innenfor verdibasert ledelse; en amerikansk og en dansk tradisjon. I den amerikanske versjonen vektlegges organisasjonenes sosiale ansvar, miljøansvar og moralsk ansvar i tillegg til økonomisk ansvarlighet (Corporate Social Responsibility). Den danske tradisjonen baseres på innslag fra sosiologi og moralfilosofi. Organisasjonens medlemmer må delta i en prosess som består av dialog og kommunikasjon om verdier, og verdibasert ledelse tar verdier i bruk som kjernefokus når strategier utvikles. I København er det "etiske regnskap" utviklet som metode for å konkretisere og måle hvordan verdier uttrykkes i praksis. Det etiske regnskap er testet ut av flere norske organisasjoner og består av fem faser. For det første må det utvikles et felles verdigrunnlag. Deretter formuleres og konkretiseres sammenhengen mellom verdier og praksis. Neste fase utgjøres av verdimålinger hvor det spørres om verdiene leves opp til. Ut fra svarene i verdimålingene utvikles et verdibudssett med handlingsplan over områder som ønskes styrket. Til sist etableres dialogssirkler hvor motsetninger kan drøftes og det oppnås konsensus om hva som skal til for å komme seg fra *er* til *bør*. Disse fasene inngår i en årssyklus (Aadland, 2004:148).

En spesiell verdi vil kunne operasjonaliseres ulikt for to personer, og kritikken mot det etiske regnskap vil kanskje sterkest rette seg mot at det kun tas hensyn til de valgte, bevisste verdiene. De skjulte verdiene er ikke et tema her, selv om de er med på å prege atferd. Verdibasert ledelse dreier seg om å avdekke de ubevisste og uønskede verdiene som kommer

til uttrykk i en organisasjon. I verdibasert ledelse ønsker vi å forklare verdier sett fra forskjellige perspektiver. Verdier som ide eller et teoretisk begrep kan uttrykke kjennetegn ved handling eller som et mål i seg selv. Brukermedvirkning kan beskrives som en måte å arbeide på, samtidig som det uttrykker en norm. Som teoretisk begrep får det overhodet ingen konsekvenser for vår yrkesutøvelse. Men når brukermedvirkning sees som et motiv for handling og for å tolke handling, blir det straks mer interessant. Verdier kan sees som motiv for aktørens handlinger. Å invitere en pasient med i et møte, kan fra helsepersonells side være et uttrykk for brukermedvirkning, fordi brukeren er representert. Men fra pasientens side behøver ikke det å være møtedeltaker være det samme som å medvirke. Hvis pasientens synspunkter ikke kommer fram eller ikke er likeverdige med helsepersonellet, kan det fra et brukerperspektiv oppleves krenkende at egne anskuelser ikke har verdi. Det vil derfor være interessant å analysere sammenfall eller avstand mellom aktørens og mottakerens tolkning, og det dreier seg om å se på disse forskjellene og hva de går ut på (Aadland, 2004:163).

Hovedtanken i verdibasert ledelse er å gjøre organisasjonen verdibevisst. Dette kan oppnås gjennom å implementere verdier i praksis og øke organisasjonens selvrefleksjon, jfr. ”Det etiske regnskap”. På mange måter handler det om å ha oppmerksomhet på kvaliteten i kontakten mellom mennesker. Max Weber bruker begrepet ”verdirasjonalitet” når mennesker handler i samsvar med sin indre overbevisning om at noe er verdifullt, uten å tenke over hvilke konsekvenser det vil føre til. Som motivasjonskilde er verdirasjonaliteten sterkere enn andre drivkrefter, som plikter og mål (Aadland, 2004:143). Den etiske teorien som ligger nærmest opp til verdibasert ledelse er dydsetikken. Dyd (gr: areté) referer til holdninger, egenskaper og skjønn hos enkeltindividet. Henriksen og Vetlesen definerer dyd som ”en stabil holdning som gjør oss i stand til å virkeliggjøre det gode” (Henriksen og Vetlesen, 1997:205). I den klassiske filosofien er det dydige mennesket representert ved den som følger den gyldne middelveg (Aadland, 2004:112). Det betimelige spørsmålet for dydsetikeren er: Hvis jeg gjør denne handlingen, hva slags menneske blir jeg da?

I verdibasert ledelse, blir organisasjonens ledere sentrale som forbilder og som pådrivere for verdiarbeidet. Ledernes åpne og skjulte verdier må stemme over ens, slik at det blir symmetri mellom ord og handling. I lys av det jeg tidligere har skrevet om åpne og skjulte verdier (kapittel 5.2), kan det jo stilles spørsmål om det i det hele tatt er mulig å være leder i en verdibasert ledelsestradisjon. Men en av ledelsens viktigste oppgaver er å få hele organisasjonen med i dialogen og refleksjonen over egen kultur, samtidig som lederens egne verdier må settes under lupen. Alle organisasjoner har sine ”vandrehistorier” - sine fortellinger som handler om hva organisasjonen står for. Å få disse historiene opp og fram i

lyset, kan bidra til at organisasjonens skjulte verdier avdekkes (Aadland, 2004:161). Oppfølging av verdiarbeidet kan ikke uten videre delegeres til andre. Delegering omtales faktisk som en fallgrube i det verdibaserte ledelsesarbeidet, fordi det vil være med på å svekke betydningen av verdiarbeidet og signalisere at verdier ikke har høy prioritet i organisasjonen (Aadland m.fl., 2006:92). Dette innebærer at det vi anser som sentrale verdier i en organisasjon må målbæres av ledere for at det skal ha gjennomslagskraft.

”Pasienten i sentrum” som motto for norsk helsevesen har ingen betydning dersom vi ikke fra ledelseshold angir og viser hva det i praksis vil si å ha pasienten i sentrum. Det er pasienten som er vårt mandat og det må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester. Dette innebærer at helsetjenestene er tilgjengelige og at helsepersonell tar pasienten på alvor og anerkjenner at det er pasienten som er spesialisten på sitt eget liv. Det handler om faglighet og at behandlingen som tilbys er bygget på oppdatert kunnskap, er forsvarlig og virksom, gis raskt, lindrer smerter og ubehag, og at pasienten gis hjelp til å mestre sykdom gjennom forebygging, behandling og rehabilitering. Å ha pasienten i sentrum innebærer å gi forståelig informasjon, innsyn i dokumentasjon og medbestemmelse. Det innebærer punktlighet, at avtaler holdes og at det er en åpenhet rundt pasientens helsesituasjon. Pasienten er mer enn et kasus, og ønsker å bli oppfattet som en hel person, bli behandlet som et medmenneske og møtt med vennlighet og gjensidighet (”Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. NOU 1997:2, s. 9). Brukerperspektivet kan derfor etter mitt skjønn sees som en egen verdi.

#### **5.4 Brukerperspektiv og brukervedvirkning som verdi**

Hensikten med å ha et brukerperspektiv er å utvikle en intersubjektiv forståelse mellom helsepersonell og bruker/pasient. Denne forståelsen skal danne grunnlaget for avgjørelser i brukerens interesse. Brukervedvirkning er ikke det samme som, men er en forutsetning for *empowerment*, ettersom det handler om å bemyndiges - eller å tilkjempe seg en plass, rettigheter og likeverdige vilkår. ”Slik er brukervedvirkning en forutsetning for *empowerment*, men brukervedvirkning forutsetter ikke nødvendigvis *empowerment*” (Humerfelt, 2005:19). Hensikten er altså å utvikle rammer for hvordan brukeren skal trekkes inn og involveres i løsningen av sine egne problemer.

Brukervedvirkning og brukerperspektivet blir poengtert, framhevet og stadfestet fra flere hold. For det første signaliserer offentlige myndigheter i flere dokumenter at brukervedvirkning og brukerperspektivet skal løftes fram. WHO (Verdens

Helseorganisasjon) har de siste årtier fremmet en rekke prosesser som omhandler tilslutningslandenes forpliktelser i det helsefremmende arbeidet. Alma Ata-deklarasjonen fra 1978 er en av disse, og her understrekes betydningen av befolkningens delaktighet i helsetjenesten. "The people have the right and the duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care" (www.who.int), heter det i erklæringen. Tanken var at befolkningen selv kan gi de mest eksakte beskrivelser av hvilke behov og prioriteringer som er nødvendige for å sikre god helse. Dessuten fremheves det at tilbud som blir gitt i samsvar med befolkningens uttrykte behov, har størst sjanse til å lykkes (Fleetwood, 2005:5). I flere senere konferanser gjentas nødvendigheten av brukerdeltaktighet og brukermedvirkning, bl.a. i Ottawa-charteret fra 1986 (ibid). Selv om disse dokumentene er utarbeidet for å bedre primærhelsetjenesten, er føringene om brukermedvirkning nå implementert i flere lands lovverk og gitt som rettigheter til den enkelte borger. Som tidligere nevnt (Kapittel 1.4) gjelder dette også i Norge, hvor vår pasientrettighetslov fastslår retten til informasjon og medvirkning (Lov om pasientrettigheter, § 3). På sett og vis kan vi si at myndighetene i større grad enn tidligere nå griper inn i selve samhandlingsrelasjonen mellom brukere og helsepersonell. Dette forklares ved den sterke understrekingen av at brukerne skal bli møtt med respekt og likeverd, og at behovet for autonomi og den enkeltes subjektive opplevelse av hjelpebehov skal ivaretas (Humerfelt, 2005:21). Utredningen "Fra stykkevis til helt", sier rett ut at alle som arbeider innenfor helsetjenesten har plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger. "Dette innebærer også en plikt til å se utover egne faglige rammer og forsøke å se pasientens helhetlige situasjon" (Fra stykkevis til helt. En sammenhengende tjeneste. NOU 2005:3, s. 16). Der stadfestes også at brukere som deltar i planlegging, gjennomføring og oppfølging av egen helsehjelp, er bedre rustet til å mobilisere egne ressurser. I tillegg opplever de en høyere kvalitet på tjenestetilbudet (ibid:131)

Humerfelt hevder at den andre kilden som påvirker brukerperspektivet og brukermedvirkningen er dagens forståelsesmodell innenfor helse- og sosialfagene. Modellene er mer preget av interaksjonistiske teorier, og uttrykker derfor en sterkere oppfatning av likeverd mellom den som gir og den som mottar helse- og sosialtjenester. Dette fører til at handlingsmodellene blir preget av nye holdninger og at brukermedvirkning settes i sentrum i utdanningene. Hun mener dette representerer en maktutjevning og at det kan oppfattes som en reaksjon på den paternalistiske holdningen som tidligere har preget helse- og sosialfagene (Humerfelt, 2005:22). Brukermedvirkning handler om enkeltindividets innflytelse i forhold til beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud der en selv er berørt. Det forutsetter at den hjelpetrengende ikke bare ansees som inaktiv mottaker, men derimot skal innta en aktiv



rolle i sin egen behandlingsprosess. På et vis kan vi si at begrepet refererer til et spenningsforhold mellom det å være i den tradisjonelle, passive pasientrollen og befinne seg som aktiv konsument med alle rettigheter (Sigstad, 2004:63)

For å forstå mulige motsetninger når det gjelder brukermedvirkning, er det nødvendig å se nærmere på noen relevante begreper. "Livsverden" sammenfatter hva den enkelte av oss, med vår egen bakgrunn, anser som normalt - vår grunnleggende virkelighet eller livsoppfatning. Det vi har vokst oss inn i, og som vi anser som så selvfølgelig at vi ikke stiller spørsmål ved det. I det øyeblikk vi møter andre med en annen livsverden, skjer det noe med vår egen selvsagthet. Vi får mulighet til en bevisstgjøring av våre standpunkt, og de kan prøves hos andre med en annen livsverden (Henriksen & Vetlesen, 2006:185). I et brukermedvirkningsperspektiv forutsettes det at de som deltar i en felles kontekst, kan dele oppfatninger fra ulike og felles livsverdener. Dialogen og samværet er basis for denne utvekslingen (Sigstad, 2004:63). Humerfelt understreker at "opplevelse av mulighet for brukermedvirkning" (Humerfelt 2005:23), utgjør en tredje kilde til påvirkning. Denne opplevelsen skjer nettopp i møtet mellom hjelpeapparat og brukeren, eller mellom samfunnet og borgeren. Derfor har også samfunnets struktur, for eksempel politiske og sosiale rettigheter, noe å si for brukermedvirkning. Filosofen Jürgen Habermas mener at livsverdenen i vår kultur er inndelt i forskjellige undersystemer, der økonomi og regelverk utgjør et spesielt system. Når dette systemet, preget av effektivitet og styring, griper inn i vår livsverden, koloniseres vi av systemets idealer og verdier. Overført til et bruker- og profesjonsperspektiv, kan vi si at brukeres livsverden koloniseres av den profesjonelles oppfatninger når det er disse som blir styrende for behandlingsprosessen (ibid:63). Brukermedvirkning forutsetter en myndiggjøring av brukeren og kan derfor knyttes mot empowermentbegrepet, fordi det handler om "å mobilisere folks egne krefter og nøytralisere de krefter som bevirker avmakt" (Sigstad, 2004:63). Empowerment innebærer på den ene siden at brukeren sees som en konsument og kunde, og på den andre siden som samfunnsborger og tjenestemottaker (ibid).

Det kan stilles spørsmål til i hvilken grad brukermedvirkning er reell. Ofte benyttes begrepet som ren propaganda uten at brukeres egne verdier nødvendigvis legges til grunn. Det kan dreie seg om situasjoner der ønsket er å styrke brukeren til å ta bedre vare på egen helse, for eksempel gjennom livsstilsendringer. Dette kan være en vanskelig balansegang, fordi sykdomsfremmende livsførsel ikke er ønskelig verken i et folkehelse- eller samfunnsøkonomisk perspektiv. Til tross for rettigheter om medvirkning i behandlingen, er det fremdeles behandlingsapparatet som bestemmer når og på hvilke områder brukermedvirkning kan foregå. Slik legges premissene for samhandling hos den ene part, og

brukeres mulighet til å medvirke ligger derfor hos den profesjonelle. Forutsetningen for reell brukermedvirkning innebærer en bevisstgjøring om at det eksisterer et maktforhold mellom bruker og helsepersonell, både på system- og individnivå (Sigstad, 2004:64). Media utgjør en fjerde kilde til påvirkning ved at brukerne kan gis en stemme og komme fram i offentlighet med sine meninger og opplevelser. Ofte er det de negative erfaringene som løftes fram og som gir de beste salgstallene.

### **Hvorfor brukermedvirkning?**

Brukermedvirkning representerer et bredt spekter av forbindelser mellom den som mottar og de som yter helsehjelp. Målsetningen for brukermedvirkning kan deles inn i to hovedkategorier. For det første er det et ønske om å forbedre kvaliteten på helsetjenestene slik at de blir mer tilpasset brukeres ønsker og behov. For den andre som en strategi for å øke brukeres evner og mulighet til å delta ved avgjørelser knyttet til utforming, gjennomføring og evaluering av tiltak (Poulton, 1999:1291)

Argumenter for brukermedvirkning kan være uttrykt gjennom demokratiske verdier. I dette perspektivet er målet å heve borgerens kompetanse slik han blir en skolert medborger. Brukermedvirkning i seg selv er ikke et mål, men et middel. Borgerstatus innebærer visse rettigheter og plikter som er viktige for menneskeverdet, og kommer til uttrykk gjennom stemmerett og ytringsfrihet. Brukerens medvirkning skal bidra til selvutvikling og selvrealisering. Det innebærer et emosjonelt element ved at den enkelte rent følelsesmessig får det bedre ved å være en aktiv deltaker. I tillegg finnes det et maktutjevningsargument for brukermedvirkning. Maktbalansen mellom brukeren på den ene siden og hjelpeapparatet på den andre er preget av asymmetri ved at forvaltningen og hjelpeapparatet er overlegen i forhold til ressurser, organisering og politisk innflytelse. Økonomiske gevinster ved brukermedvirkning i form av mer effektivitet og høyere måloppnåelse, er også argumenter som brukes. Den aktive deltaker er billigere enn den passive mottaker, og jo raskere brukeren passerer gjennom systemet, desto flere kan behandles. Det terapeutiske argumentet bygger på en forståelse av at brukers medvirkning vil øke mulighetene for et vellykket behandlingsresultat, mens en passiv bruker sees som en snylter som ligger andre til byrde. Brukermedvirkning vil sikre legitimitet for behandlingsapparatet. Kritikkk vil bli møtt med argumentet om at man har fulgt opp brukernes ønsker, og kan derfor fraskrive seg ansvar for mangler og feil. I en slik situasjon bli brukeren å betrakte som et gissel (Humerfelt, 2005:27-30 og Lauvås & Lauvås, 2006:57-58). Men hva med brukermedvirkning hos den som ikke stiller krav til det eller som ikke har en stemme som høres av hjelpeapparatet? Min erfaring er

at det fremdeles er mange eldre som mottar helsehjelp preges mer av takknemlighet enn av at de stiller krav til medvirkning. Foss hevder at vi har liten kunnskap om hvordan gruppen eldre pasienter (75+) ser på medvirkning. De er sosialisert inn i en pasientrolle hvor brukermedvirkning tradisjonelt sett har hatt liten plass og står som en kontrast til dagens ideal (www.kunnskapssenteret.no). I norsk helsevesen utgjør disse en stor pasientgruppe.

Brukermedvirkning kan plasseres på en skala fra enkel informasjon til deltakelse i selve beslutningsprosessen. Poulton beskriver medvirkning i seks forskjellige nivåer:

1. Informasjon: Det basale nivået hvor hensikten er å orientere om behandlingstilbud og hva man kan forvente seg av behandlingsresultater. Brukeren inntar en passiv mottakerrolle.
2. Utdanning: På dette nivå forventes det aktiv involvering fra brukere. Målet er holdningsendring og kunnskap om livsstil og aktuell diagnose.
3. Konsultasjon: Brukeres synspunkt relatert til forhold ved aktuell diagnose og helsesituasjon løftes frem. Det betyr allikevel ikke at brukeres synspunkt blir det avgjørende.
4. Brukertilfredshet: Brukere bes evaluere helsetilbudet de mottar - vanligvis gjøres dette med spørreskjema.
5. Demokratisk deltakelse: Brukere deltar gjennom å påvirke beslutningstakere, for eksempel i politikk og gjennom valg av representanter til styrende organer.
6. Empowerment: Den best tenkelige formen for brukermedvirkning, hvor enkeltindivider og grupper har makt og styrke til å delta i beslutningsprosesser (Poulton 1999:1291)

Empowerment er den ultimate form for brukermedvirkning og er et uttrykk for en utvikling som gir mer makt til brukeren. Poulton er skeptisk til om bemyndigelse av brukeren er mulig i dagens helsevesen:

True power sharing between health service users and health care providers is invariably a vision rather than a reality in a system that remains professionally dominated (Brenda C. Poulton, 1999:1291)

Hennes undersøkelser viser at helsepersonell er betenkelig til brukermedvirkning fordi de frykter at en slik involvering vil gi brukerne urealistisk høye forventninger, og dermed føre til stort arbeidspress for helsepersonellet. Hun konkluderer med at det vil være nødvendig med et kulturskifte for å bedre og øke brukermedvirkningen. Dette må foregå på flere nivåer, både på overordnede politiske og blant profesjonene med deres proteksjonisme (Poulton, 1999:1289-1295).

Brukermedvirkning kan tenkes som grader av innflytelse etter forskjellige forhold. Slettebø & Seim lanserer denne inndelingen (Slettebø & Seim, 2001:25 i Lauvås & Lauvås 2006:59):

- Å bestemme at et problem eksisterer
- Å definere hva problemet gjelder
- Å avgjøre om det skal gjøres noe med problemet
- Å velge mellom ulike former for hjelp
- Å initiere, vedlikeholde eller avslutte kontakten

Brukermedvirkning handler altså i første rekke om rettigheter, valgmuligheter og avhengighet til hjelpeapparatet, men også om å sikre den enkeltes posisjon som samarbeidspart i behandlingsopplegget (Lauvås & Lauvås, 2006:59). Fleetwood hevder at det er lite empirisk forskning knyttet til brukermedvirkning. Det finnes studier som viser problemer knyttet til brukermedvirkning, men få som viser effektene av brukermedvirkning (Fleetwood, 2005:8).

Den myndiggjorte bruker og brukermedvirkning som ideal er kommet for å bli. Etter min mening er det både godt og nødvendig, men det stiller andre krav til helsepersonell og ledere enn tidligere. utfordringen ligger i å både imøtekomme retten til brukermedvirkning og samtidig ikke glemme pasienter som ikke høres så tydelig i floraen av de forskjellige pasientgrupper. Vårt mandat er den som trenger helsehjelp, og det bør bygge på andre prinsipper enn den som markedsfører seg selv best. Retten til helsehjelp gjelder også dem som ikke har store interesseorganisasjoner i ryggen. Et annet viktig poeng er at brukermedvirkning ikke utelukker at helsepersonell har ansvar for at det gis et behandlingstilbud og for å følge opp pasienten. Brukermedvirkning innebærer ikke at man fraskriver seg behandlingsansvar, men det gir den enkelte pasient rett til å medvirke i beslutningsprosessen.

## **5.5 Oppsummering**

I dette kapittelet har jeg sett på verdier som begrep og på verdier som grunnlag for helsetjenesten. Organisasjoners åpne verdier uttrykkes og nedfelles skriftlig, og er mer eller mindre kjente for organisasjonens medlemmer. Skjulte verdier sees som et uttrykk for de faktiske forholdene. Dette representerer situasjonen slik den bør være versus slik den er. På bakgrunn av verdibegrepet har jeg redegjort for den verdibaserte ledelse og trukket fram brukerperspektivet som en egen verdi. Brukermedvirkning innebærer en kulturendring, og verdiene utgjør kjernen i en organisasjonskultur. Hvis ledelse har betydning for

organisasjonskultur, kan ledere ha innvirkning på at brukerperspektivet gis rom i det tverrfaglige samarbeidet.

## 6.0 Tverrfaglig samarbeid

I dette kapitlet vil jeg drøfte hva tverrfaglig samarbeid innebærer og hvilke forutsetninger som må være til stede for at dette skal lykkes. Personene som skal samarbeide med hverandre i sykehus har ofte en profesjonsbakgrunn; det vil si at de har en utdanning som gir dem mulighet til å praktisere innenfor et yrke. Mitt utgangspunkt har derfor vært at også profesjonene har betydning for hvor vellykket det tverrfaglige samarbeidet blir.

### 6.1 Innledning

”Det er ikke brukerne som har sammensatte behov! Brukeren har et helhetlig behov, men møter fragmenterte tjenester!” Utsagnet kommer fra lederen i et lokalt samordningsprosjekt i regi av Aetat, trygdeetaten og kommunale sosialtjenester (Sosial- og helsedirektoratet, 2006:24). Jeg tror denne uttalelsen er dekkende for hva mange pasienter i sykehus også opplever; de blir sendt mellom sykehusene, spesialistene og avdelingene, utredet og behandlet på kryss og tvers, men det er lite helhetstenkning. Helsetilsynet referer til flere uheldige hendelser knyttet til mangel på samhandling og kommunikasjon mellom avdelinger og fagfolk i sykehus generelt. Det vises til at mangel på kontinuitet kan føre til farlige situasjoner. Samtidig pulveriseres ansvaret for den enkelte pasient (Statens helsetilsyn, Tilsynsmelding 2007:15).

Helsetjenestene både i og utenfor sykehus er i all hovedsak organisert som lagarbeid. Det er store utfordringer knyttet til å få dette lagarbeidet til å fungere knirkefritt. Samarbeid er både formalisert og uformelt, og fordi lagorganiseringen er på tvers av ansvarsområder kan det være utfordrende å skape en felles forståelse innad i alle faggruppene. Dette innebærer en ledelsesutfordring.

### 6.2 Samarbeid

Faglitteraturen opererer med flere betegnelser som berører samarbeid som et komplekst fenomen. Samhandling, transaksjon, koordinering, samordning og samarbeid har forskjellig, men også overlappende innhold. *Samhandling* kan sees som synonymt med *transaksjon*, et begrep som avspeiler at ytelse utveksles mot motytelse - eller at den ene tjenesten er den andre verd. *Samordning* (coordination) kan sees som mer formalisert enn samarbeid, og innebærer felles måloppnåelse ved hjelp av økonomisk og personellmessig ressursinnsats. Alle former for samordning i en organisasjon har som mål å effektivisere strømmen av

transaksjoner. Samordning innebærer en trussel mot den enkelte enhets eller organisasjons autonomi (Knudsen, 2004:24). Samtidig kan begrepet gi antydninger om at det er tiltak som er tilpasset hverandre og ikke motvirker hverandre. Samordning vil kunne gi synergieffekter som gjør "at tiltakene forsterker hverandre gjensidig" (Knoff, 1985. Referert i Lauvås & Lauvås, 2004:52). Koordinering har hele tiden som mål at helheten skal bli best mulig, selv om det kan innebærer at den ene part må gi seg mens den andre vinner (Jacobsen, 2004:82). Begrepet *samarbeid* kan tolkes på flere måter og ha flere betydninger. For det første innebærer samarbeid et system av uavbrutt samhandling, mens det for det andre betyr at organisasjonen eller enheten har evne til å gjøre adferdsmessige justeringer, uten konkurranse eller konflikter, og på en slik måte at resultatet blir best mulig ressursutnyttelse og best mulig ytelse totalt sett (Knudsen 2004:25-26). Jacobsen fremholder at samarbeid som begrep bare bør brukes der samhandlingen er et resultat av frivillighet fra de involvert parter. I de tilfellene hvor samarbeid pålegges dreier seg om *samordning* (Jacobsen, 2004:82). Samarbeid innebærer dessuten et spenningsforhold. Vedeler hevder at samtidig som vi må la den ene få innflytelse på oss, må vi ikke være selvutslettende. Dette forhold krever evne til kompromiss; vi må både hevde oss og stå fast, samtidig som vi forsøker å se tingene fra den andres synsvinkel. Samarbeid rommer altså et dilemma (Vedeler, 1995/1998).

Knudsen beskriver to perspektiv på samarbeid. Utvekslingsperspektivet handler om koordinering uten ordre fra ledelsen, mens mandatperspektivet forutsetter at et overordnet organ beordrer samhandling mellom enheter på et lavere nivå (Knudsen, 2004:26). I praksis vil nok skillet ikke være så klart, og mange ledere vil ha erfaringer som tilsier at det ikke er tilstrekkelig med en formell maktposisjon for å tvinge igjennom samhandling mellom underordnede enheter eller medarbeidere.

### **Utvekslingsperspektivet**

En underliggende premiss for samarbeid er erkjennelse av avhengighet. Denne kan være mer eller mindre gjensidig. Alle organisasjoner har et eller annet mål for sin virksomhet, men organisasjonsteorien peker på at organisasjoner som har eksistert en stund vil endre fokusering mot et vedlikehold av dets hovedoppgaver (domene). Kampen om ressurstilgangen vil da bli sentral, og organisasjonens suksess defineres ut fra i hvilken grad den makter å øke ressurstilgangen og sikre interessante arbeidsoppgaver. Dette vil utgjøre et konkurranseaspekt, eller i hvert fall en spenning, som kan være uheldig for samarbeidsklimaet. Samtidig kan det være et konkurransefortrinn å vise evne til samarbeid selv om man konkurrerer om de samme ressursene. Gevinsten ved samarbeid er at egne mål kan realiseres, og selv om det kan skape

et uheldig avhengighetsforhold innebærer utveksling mindre usikkerhet og mer forutsigbarhet. Behovet for samarbeid har også sin årsak i organisasjonens ønske om å fremstå som vellykket. Å kunne vise til godt gjennomførte arbeidsoppgaver, for eksempel behandlingsresultater, vil alltid oppfattes som positivt. Det gir prestisje i fagmiljøene, styrker konkurransefortrinn og gir dessuten gode argumenter for å beholde oppgaver. Samarbeid kan altså både være et resultat av et behov for jevn ressurs- og oppgavetilgang, og et ønske om å hegne om grunnlag for egen eksistens (Knudsen, 2004:31).

Flere betingelser vil være avgjørende for likeverdighet i et samarbeidsforhold. En forutsetning i dette perspektivet er at samarbeidspartene både har noe å gi, samtidig som de har behov for å ta i mot. I de tilfellene hvor den ene part er mer avhengig av den andre, er sannsynligheten for et godt samarbeid liten. Forholdet blir enda mer uttalt dersom ressursene er vanskelig å skaffe fra annet hold. Når ressursene kan skaffes hvor som helst, vil det være liten grunn til at partene bør samarbeide. De beste forutsetningene for samarbeid er derfor til stede når begge parter har et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre gjennom overlappende arbeidsoppgaver, ressursene er vesentlige for begge parter og vanskelig å skaffe fra annet hold (Knudsen 2004:32).

### **Mandatperspektivet**

Utvekslingsperspektivet bygger på at det finnes vilje til samarbeid og at partene ser nytten av et slikt samarbeid. Men av og til er ikke det nok for å iverksette samarbeid. Det vil være situasjoner der det er nødvendig at en overordnet instans griper inn og pålegger partene å samarbeide. Slike situasjoner kan tenkes i forbindelse med at man ønsker å utnytte tilgjengelige ressurser optimalt eller for å tilby et bedre sluttprodukt (Knudsen 2004:33) Helse-Norge har de seneste årene vært gjenstand for et slikt mandat. Sykehusreformen er ett slikt eksempel, og i kjølvannet av denne har det også kommet flere. Som eksempel kan nevnes endringsprosessen som i disse dager foregår i Helse Sør-Øst, "Hovedstadsprosessen", hvor alle sykehus i regionen trekkes inn for å fordele funksjoner som før har vært på flere av regionens sykehus. Helseregionen skal nå deles inn i sykehusområder hvor flere sykehus pålegges å samarbeide om behandlingstilbudet til befolkningen. Hensikten med prosessen er å gjennomføre nasjonale mål om bedre kvalitet og bedre ressursutnyttelse ([www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no)). En slik koordinering er ofte assosiert med mer spenninger og konflikter enn der samhandlingen er et resultat av et frivillig initiativ. Det er ressurskrevende og kan utløse motstand ettersom pålegget kommer fra et høyere nivå i hierarkiet. Men mandatperspektivet kan sees som en forlengelse av utvekslingsperspektivet. Knudsen forklarer det med at den



enkeltes autoritet er et resultat av både overordnede føringer og enhetens egne grep (Knudsen, 2004:36).

### **Forutsetninger for samarbeid**

Det er flere betingelser knyttet til at et samarbeid skal ha livets rett. For det første må samarbeidet være formålstjenlig sett ut fra oppgavefordeling mellom de forskjellige samarbeidspartene. Knudsen kaller dette "domenekompabilitet" og beskriver at dersom to enheter skal samarbeide, er det en fordel at de er nokså like, men ikke helt like (Knudsen, 2004:44). Med "domene" kan det siktes til funksjoner, tjenester, klientgrupper, geografi, fordeling av arbeidsoppgaver eller felles problemområder. To enheter som er identiske med hensyn til disse forhold blir lett konkurrenter. Dersom enhetene derimot har delvis overlappende domener, blir det interessant å samarbeide. De vil se gevinster ved et slikt samarbeid. Dersom domenekompabilitet er til stede, er neste forutsetning at partene er ideologisk og kvalitetsmessig sammenliknbare. Partene deler syn på hva som er riktig og viktig faglig sett, men det kan også dreie seg om profesjoners ulike syn. Til sist vil også mandatkompabilitet ha innvirkning på mulighetene for samarbeid. Litteraturen peker på at hvorvidt dette lykkes er avhengig av mandatgiverens vilje og evne til å kontrollere samhandlingen, de berørte parters oppfatning av hvorvidt samarbeidet er fornuftig eller ikke, og i hvilken utstrekning det er mulig å ta ut gevinster av samarbeidet (ibid:44-50).

### **Samarbeidsgevinster og transaksjonskostnader**

Fra et økonomisk ståsted bør det vurderes to viktige elementer i forbindelse med samarbeid og samordning. For det første kan det forventes en brutto synergieffekt ved at de totale ytelser økes og at produksjonskostnadene for en gitt kvalitet reduseres. Dette må veies opp mot økte eller reduserte transaksjonskostnader (koordineringskostnader) - både investeringskostnader og løpende kostnader. Samarbeid for samarbeidets egen skyld vil ikke nødvendigvis innebære noen gevinst. Alle som har erfaring fra å jobbe sammen har erfart hvor vanskelig og krevende det kan være. Det må altså være nyttig å samarbeide hvis det skal ha noen hensikt. Synergieffektene er de umiddelbare gevinstene som vises ved at for eksempel det blir en sterkere pasient-/brukerorientering, stordriftsfordelene kan hentes ut, reduserte produksjonskostnader gjennom synkronisering og forenkling av administrative rutiner og kultursynergier ved at selvsikkerhet og den faglige fellesskapsfølelsen økes. I tillegg kan det forventes en læringseffekt ved at samarbeid gir mulighet for erfaringsutveksling, fordeling av kompetanse og åpning for nye kombinasjoner av kompetansesammensetning. Gevinstene av samarbeid er ofte ikke innlysende, men krever derimot at partene er villige til å lete etter

utbyttet av samarbeidet (Knudsen 2004:50-53). Uttrykket ”summen er større enn delene” kan kanskje være en dekkende beskrivelse av fenomenet.

På kostnadssiden vil det være nødvendig å ta hensyn til både produksjons- og transaksjonskostnader. Samhandling er i prinsippet basert på utveksling. For å få til denne utvekslingen påløper kostnader. Det skal planlegges, forhandles, kontrolleres og følges opp, enten ved bruk av enhetenes egne ansatte eller eksterne aktører. Uansett vil det medføre ekstra ressursbruk, og spørsmålet er derfor hvilke løsninger som gir de laveste transaksjonskostnadene. Det må være et samsvar mellom hva som ytes og hva man får igjen ved å samarbeide. Jo mer opptatte partene er av å bytte jevnt, jo mer ressurser går med til å forhandle og kontrollere. Transaksjonskostnadene er tilbøyelig til å øke ved ressurs spesifisitet, dvs. der det kreves spesielle investeringer i form av for eksempel utstyr, opplæring og systemer. Det samme kan være tilfelle der det er usikkerhet knyttet til hva som skal til for å få et vellykket resultat; oppgavespesifisitet. Antallet transaksjoner har betydning for kostnadene, og ved et lite antall transaksjoner har transaksjonskostnadene en tilbøyelighet til å stige (Knudsen, 2004:53-59).

### **6.3 Tverrfaglighet**

Det er en økende spesialisering i samfunnet med en oppstykking av funksjoner i forskjellige arbeidsoppgaver. Dette kalles ”funksjonell differensiering” (Lauvås & Lauvås, 2004:38). Tverrfaglighet sees derfor som en nødvendig arbeidsform og et behov for å få til en helhetlig løsning på en eller flere oppgaver (ibid:32-41).

*Fag* er benevnelsen som benyttes både om håndverk og akademiske disipliner. Det er dermed en ganske upresis definisjon, og det er vanskelig å se hva som ligger i dette innarbeidede hverdagsbegrepet. Lauvås beskriver kjennetegn ved et fag som:

Kombinasjonen mellom virkefelt, metoder, sannhetskriterier, begreper og teknologi som danner grunnlaget for kunnskapsbasen innenfor faget og som dermed også kan sies å definere faget (Lauvås & Lauvås, 2004:34)

Av og til kombineres begrepene, og man kan for eksempel snakke om en ”fagdisiplin”. De forskjellige fagene bygger på ulik virkelighetsforståelse og har forskjellige vitenskapssyn. Ofte har de overlappende interesseområder. Eksempelvis består faget medisin av forskjellige basisfag, som for eksempel kjemi, fysiologi og anatomi, og kliniske spesialiteter, som for eksempel indremedisin, kirurgi og gynekologi. Det samme er tilfelle for de fleste yrkesgrupper innenfor helsevesenet. Innad i faggruppene kan det være uenighet mellom de

forskjellige spesialitetene, men ved eksterne trusler viser de samhold og enighet utad (Lauvås & Lauvås, 2004:32-41)

Det vil være fagområder som overlapper hverandre og som flere yrkesgrupper har et eierforhold til. I disse områdene det kan oppstå konkurranse og konflikter. Noen fag har høyere status og kan være mer dominerende i et miljø enn andre, men også samfunnet er med på å fordele status gjennom lovverk og gjennom å etablere profesjoner. Fagene bærer dessuten i seg en disposisjon for videreføring av det særegne ved fagene, ikke bare teoretisk og praktisk kunnskap, men også verdier og normer som representanter for faget tradisjonelt sett formidler. Man sosialiseres inn i et fagfellesskap og blir en del av en yrkeskultur som er særegen for yrkesgruppen (Lauvås & Lauvås, 2004:38)

Tverrfaglighet handler om relasjonene mellom fagene. Lauvås & Lauvås hevder at mange definerer tverrfaglig samarbeid som at flere yrkesgrupper er representert i en organisasjon, men at man ikke er opptatt av forbindelsen mellom yrkesgruppene. I stedet for dialog og samhandling mellom partene, jobbes det parallelt inn mot for eksempel en bruker. Denne situasjonen betegner Lauvås & Lauvås som "flerfaglighet" (Lauvås & Lauvås, 2004:41) De forskjellige yrkesgruppene representerer forskjellig syn på hva tverrfaglighet og tverrfaglig samarbeid innebærer. Krogstad viser til en studie av legers og sykepleieres arbeidsforhold i sykehus, der leger generelt sett er mer fornøyd med det tverrfaglige samarbeidet enn sykepleiere. De definerer også begrepene forskjellig; leger ser på tverrfaglig samarbeid med sykepleiere som assistanse, mens sykepleiere ser på samarbeid med leger som et felles prosjekt (Krogstad m.fl., 2004:491-497). Forskjellige syn på hva som er tverrfaglig samarbeid vil, tenkelig nok, kunne utgjøre en kime til konflikt.

Tverrfaglighet kan kanskje også skrives som tverr faglighet. Ørstavik mener at tverrfaglighet innebærer å bryte med de etablerte fagretningene, og at det handler om "å gå på tvers av og mot etablerte disipliners orientering" (Ørstavik, 2003:11). Med en slik forståelse av begrepet vil tverrfaglighet også handle om å opponere mot eget fag, og tverrfaglighet blir da en vanskelig affære. Han argumenterer derfor for en symbiose av tverr- og disiplinorientert faglighet (Ørstavik, 2003: 7-69). Tverrfaglighet representerer et disiplinkritisk perspektiv, en slags reaksjon og kritikk mot fagenes evne - eller mangel på evne - til å bidra aktivt til oppklaring av relevante problemer. Å ta i bruk begrepene "tverrfaglig" eller "interdisiplinær" innebærer i seg selv en kritikk til disiplinene forstått som kunnskapsmonopoler. Enkelte mener at akademiske disipliner er som "en hvilken som helst religiøs sekt med tilhørende æreskodekser som holder andre på avstand og som opprettholdes gjennom bestemte praksiser" (Nyseth, 2007:19-20).

Innenfor forskning, kan man tenke seg flere nivåer i tverrfaglig samarbeid. Interdisiplinær forskning refererer til forskere med forskjellig faglig bakgrunn som undersøker et område som alle finner interessant. Multidisiplinær forskning handler om tradisjonell disiplinorientert forskning, som utføres i etterkant av at et problemområde er analysert og elementer fordelt til de forskjellige fagene. Når resultatet av forskningen ikke kan være gyldig for en enkel disiplin alene, kalles det kryssdisiplinær forskning. Transdisiplinær forskning brukes der en gruppe forskere med minst en relevant disiplin utvikler kunnskap innenfor en anvendt kontekst (Lauvås & Lauvås, 2004). I transdisiplinær forskning inngår anvendelse og implementering som en del av prosessen, blant annet ved at brukerne trekkes direkte med. Forskningen skal ha nytteverdi og ikke bare produseres for kunnskapens egen skyld, og den foregår utenfor de etablerte universitetsmiljøene. En transdisiplinær problemløsning innebærer at resultatet fremstår som et felles produkt uten at enkelte disipliners bidrag kan identifiseres (Nyseth, 2007:21).

### **Utfordringer knyttet til tverrfaglighet**

Hindringene mot tverrfaglighet er mange. En av dem er utfordringer knyttet til kommunikasjon. Selv om det finnes fellestrekk mellom disiplinene, er det mange forskjeller i begrepsapparat, tilnærming og kulturer. Andre hindringer er fagenes selvkonservering gjennom hegemoniske debatter og kompetansekrav som bidrar til å holde disiplinen og orden i rekkene. Tverrfaglighet utfordrer grensene mellom fagene, og åpner for en annen type kritikk enn den som vanligvis kommer fra fagets egne, og den stiller spørsmål ved disiplinens etablerte perspektiver, forståelse og antagelser. Å åpne for tverrfaglighet krever derfor at man er villig til å ta en viss risiko og miste noe kontroll, men gir også muligheter for utvikling av det enkelte fag (Nyseth, 2007:24)

Buanes og Jentoft sier at disipliner kan oppfattes som institusjoner, og at tverrfaglighet innebærer å rokke ved de regulative, kognitive og normative pilarene enhver institusjon hviler på. Institusjoner etablerer regelverk som gir rammer for adferd, sikrer harmoni og kontroll. ”Disiplin” som begrep kan bety ”fag”. Men det har sin opprinnelse i det latinske *discipulus* (disippel), som henspeiler på en lydige elev, tilhenger eller etterfølger (Buanes & Jentoft, 2007:278). Disiplinene er forankret i *akademia* i enheter med sine egne hierarkier, rekrutteringsprosedyrer, karriereveier, sertifikater, anerkjennelser osv. Dette innebærer et syn på disipliner som et lukket system. Men disiplinene er også i interaksjon med hverandre og samfunnet utenfor. De påvirkes av hverandre - det er tydelig å se hvordan disiplinene organiseres og styres ganske likt. Utdanningenes lengde, rekruttering, sertifisering,

belønningssystemer og publiseringsrutiner er langt på vei sammenfallende. Disipliner har en kognitiv basis som definerer og avgrenser studieobjektet, identifiserer årsaks- og virkningsforhold og lager et språk, forklaringsmodeller, begreper og teorier om det fagdisiplinen er opptatt av. Disse rammene gjør at sider ved saksfeltet velges bort, og tverrfaglighet kan derfor øke perspektivet for problemforståelse og derved mulighetene for alternative løsninger. Egne etiske standarder for hva som er god praksis utgjør et eksempel på disiplinens sett av normer for hvordan faget skal utøves. Disiplinene definerer ikke bare hva som er gyldig kunnskap, men har også mer eller mindre definerte regler for hva som er riktig framgangsmåte eller hvordan ting skal gjøres. Som medlem av en disiplin får man ikke bare del i et visst fagområde, men man sosialiseres inn i et fellesskap. Slik forankres både faglig og personlig identitet, og forsterkes gjennom faglige samlinger, møter og kongresser. Den enkeltes identitet er derfor sterkt forankret i fagfellesskapet, og man oppfatter seg selv om en representant for en gruppe. ”Jeg er ikke bare utdannet sykepleier, jeg er sykepleier”. Ved å krysse faggrenser utfordres vår egen identitet og våre egne verdier. Det handler om å bryte etablerte regler, og kan derved utløse ulike sanksjoner (Buanes & Jentoft, 2007:277-280).

Jeg har tidligere nevnt at disiplinene setter oss i stand til å se et fenomen fra en bestemt synsvinkel. Dette kan kalles ”aspektsyn” (Asplund i Buanes & Jentoft, 2007:281). Argumentet for tverrfaglighet er at vi får en bedre forståelse når aspektsynene kombineres. Riktignok fører disse skylappene til at visse sider av et fenomen utestenges, men aspektbrillene gir unektelig et skarpt bilde fra den ene synsvinkelen. Disiplinene har derfor mye å bidra med. På den andre siden vil det som det ikke finnes begreper for innenfor disiplinen verken sees eller letes etter. Disse forhold finnes det ikke forutsetninger for å gjøre noe med.

Et fag kan bare se det det kan se.

Det kan ikke se det det ikke kan se.

Det kan heller ikke se at det ikke kan se det det ikke kan se!

(Luhmann 1982 i Lauvås & Lauvås, 2004:40)

Spørsmålet som kan stilles, er om tverrfaglighet innebærer at man må se alle aspekt på en gang, eller om man kan se ett og ett i tur og orden? Utgangspunktet for tverrfaglighet er at det ikke finnes et riktig eller et galt aspektsyn, men at det går an å se et fenomen fra flere sider og som flere ting uten at et aspekt er viktigere enn et annet. Buanes og Jentoft argumenterer med at spørsmålet ikke er om alle aspekter skal sees på samme tid eller etter hverandre, men at det dreier seg om ha innsikt og se mening. Tverrfaglighet handler om å kunne gjøre perspektivforskyninger, noe som krever at man er i stand til å gjenkjenne de faglige

kategoriene. Dersom man har en tverrfaglig tilnærming, innebærer det at den enkelte har et stort repertoar av slike kategorier - tilegnet gjennom utdanning eller ved å være en del av en gruppe hvor de ulike perspektivene luftes og er i dialog. Da trengs både nysgjerrighet, toleranse og vilje til å lære av andre fag. I tillegg til denne kollektive tilnærmingen, vil den enkeltes evne til å kunne anvende forskjellige perspektiv sekvensielt være en styrke for tverrfaglighet. utfordringer for tverrfaglighet oppstår når aspektsynet blir til trosoverbevisninger - eller "communities of assumptions" (Amitai Etzioni, 1968. Sitert av Buanes og Jentoft, 2007:283) - og at de derved besitter en overbevisning om hva som er sann og usann kunnskap; et forhold som er så etablert og selvinnlysende at det ikke stilles spørsmål. Å tenke tverrfaglig innebærer å ha et indre bilde av hvordan helheten ser ut, men ingen er i stand til å se alt som én ting samtidig. Buanes og Jentoft sammenlikner det med hvordan en god snekker arbeider. Han har hele tiden et bilde av det ferdige huset i hodet, men unnlater å gjøre ting som vil hindre andre håndverkeres arbeid, samtidig som han gjør sin del av jobben (Buanes og Jentoft, 2007:284)

Motstand mot tverrfaglighet bunner ofte i en oppfatning av dersom man skal samarbeide tverrfaglig, vil det medføre at man reduserer den faglige dybden til fordel for den faglige bredden. Dermed kan det lett oppfattets som at tverrfaglighet blir overfladisk og at det er som å "fuske i andres fag". Et motargument mot dette, er at alle disipliner har sine subspesialiteter, og at de fleste ikke har den fulle oversikt over egen disiplin. Det går derfor an å være overfladisk innen sin egen disiplin. Samarbeid, både innenfor og mellom disipliner, er nødvendig for å kombinere både bredde og dybde, selv om det heller ikke er noen garanti for et vellykket resultat. Enkelte argumenterer for at det å inngå i et tverrfaglig samarbeid krever mot, og at dette motet er et resultat av en faglig modenhet og trygghet som kommer av erfaring. Man risikerer at det stilles spørsmål om faglig identitet fra sin egen disiplin (Bruce m.fl., 2004. i Buanes og Jentoft, 2007:287)

## **6.4 Profesjoner**

I somatiske sykehus utgjør sykepleiere den største profesjonsgruppen. I 2006 var det mer enn 65 000 årsverk knyttet til somatiske sykehus. Av disse var 39 % sykepleiere, 13 % leger, 7 % hjelpepleiere og 13 % andre profesjoner (fysioterapeuter, ergoterapeuter, radiografer, vernepleiere, bioingeniører, sosionomer, psykologer og annet personell i pasientrettet arbeid). De resterende årsverk er knyttet til administrasjons- og kontorpersoneell, service-, tekniske og driftsfunksjoner. Statistikken viser at totalt antall ansatte i sykehus øker for hvert år

(www.ssb.no). Jacobsen beskriver en modell for organiseringsprosessen hvor det fremgår at profesjonalisering er et resultat av arbeidsdeling og spesialisering. Hensikten med en spesialisert utdanning er at personer kan bli eksperter innenfor en avgrenset del av et større arbeidsfelt (Jacobsen, 2004:87). Hvis vi skal se nærmere på hva som skiller profesjoner fra andre yrker, er det fremtredende at profesjonene påberoper seg rett til faglig autonomi. Yrket beskyttes gjerne gjennom offentlige godkjenningsordninger, eksamen og lovgivning. Det er bare profesjonene som kan definere hva som er god praksis og riktig yrkesutøvelse. Tellefsen argumenterer for at det i selve profesjonsbegrepet ligger begrensninger som vanskeliggjør tverrfaglig samarbeid. Særlig aktuelt blir dette når profesjonene føler sin faglige autonomi og sitt stillingsmonopol truet (Tellefsen, 2004:138-139). Et tredje kjennetegn ved profesjoner er at de gjennom tilknytning til universitet og høyskoler har en vitenskapelig status, og at profesjonene har stor grad av innflytelse innhold og omfang av utdanningen (Lauvås&Lauvås, 2004:89).

Enkelte teoretikere mener yrker med relativt kort utdanning kan betraktes som semiprofesjoner. Det er yrker hvor utøverne har mindre grad av autonomi og ikke yrkesmonopol i samme grad som de med lengre utdanning; de ekte profesjonene. Til profesjonene er det knyttet visse privilegier; subjektive i form av status, makt og prestisje, og objektive som lønn, arbeidstid og arbeidsforhold. Lauvås & Lauvås mener at det er meningsfullt å bruke begge begrepene fordi forholdene virker inn på det tverrfaglige samarbeidet. En profesjon er mer ekte enn en semiprofesjon, og profesjonenes yrkesutøvelse vil derfor oppfattes som mer verdifull og av høyere kvalitet enn semiprofesjonene. Dette forhold preger profesjonenes selvoppfatning, og kan bidra til at semiprofesjonene føler seg mindreverdige og underlegne (Lauvås & Lauvås: 2004:90)

I samfunnet generelt har det de siste årtiers spesialisering ført til et stigende antall profesjoner, og oppgaver som tidligere ble ivaretatt av familie, venner og naboer, er i dag overtatt av profesjonelle. Spesielt tydelig kan dette sees i omsorgsarbeid, der de som tidligere besørget omsorgen nå er en del av yrkeslivet. Det kan sies at disse samfunnsmessige endringene har ført til en "klientisering" (Lauvås&Lauvås, 2004:93). Dette er riktignok ikke bare et resultat av den generelle samfunnsutviklingen, men må også forstås som en konsekvens av at profesjonene vedlikeholder og fabrikkerer klienter. På denne måten bidrar profesjonene til å sikre sin eksistensberettigelse, og begge parter blir like avhengige av hverandre.

Profesjonene har, historisk sett, hatt som oppgave å løse spesifikke problemer samfunnet har pålagt dem. Mange av tidligere tiders helseproblemer er betydelig reduserte,

men nye har kommet til. Blant annet viktige områder som rus, psykiatri og eldreomsorg. Den generelle samfunnsutvikling med velstandsøkning har kanskje bidratt vel så mye til å bedre helsetilstanden. I kraft av å være i besittelse av kunnskapen har profesjonene makt og innflytelse som gjør det vanskelig å overprøve profesjonenes anbefalinger (Lauvås & Lauvås, 2004:93). Da blir det betimelig å stille spørsmål om profesjonene til en viss grad fratrukker mennesker mulighet til å ta ansvar for egen helse. For å sikre legitimitet kommuniserer profesjonene at det er pasientens beste som er deres oppdrag. Samtidig er de organisasjoner som skal ivareta sine medlemmers interesser. Denne dobbeltrollen kan være en uheldig konstellasjon og skape tvil om profesjonenes motiver. Kritikken kan også rettes mot at profesjonenes ansvar for å løse samfunnets problemer kun blir symptomatisk, og at det gir en oppmerksomhetsforskyvning vekk fra problemenes årsaker. Den avhengighet samfunnet har utviklet i forhold til profesjonene har medført status, prestisje og makt. I tillegg har det skapt et skille mellom de som har kunnskap og de som ikke har det. Pasienten blir da ikke i stand til å vurdere kvaliteten av den helsehjelpen som gis, og det hele blir en nærmest absurd situasjon:

The professionals can say to the citizen:

We are the solution to your problem.

We know what problem you have.

You can't understand the problem or the solution.

Only we can decide whether the solution has dealt with your problem.

(Mc.Knigt 1977, referert av Lauvås&Lauvås, 2004:95)

En slik ensidig profesjonell autoritet kan ha uheldige konsekvenser. Den som besitter kunnskap, er også i besittelse av makt. Jacobsen og Thorsvik refererer til forsøk om lydighet i forhold til den profesjonelle autoritet, hvor Milgram (1963) påviste at mange av personene som var deltakere i prosjektet var villige til å gå svært langt. De lot seg overtale til å gi forsøkspersoner nærmest dødelig dose med elektrisitet, så lenge en faglig autoritet forsikret om at forsøket var trygt og at det var viktig for eksperimentets skyld at de ikke ga opp under vegs (Jacobsen & Thorsvik, 2007:164).

Torjesen bruker begrepet "den profesjonelle logikk" om hvordan medlemmer i en profesjonsgruppe orienterer sine handlinger inn mot felles verdier (Torjesen, 2008:21). Den spesielle viten profesjonene representerer setter rammen for hvordan fagene regulerer seg selv, sosialiserer og internaliserer felles normer gjennom utdanning og kollektiv disiplin (ibid). Profesjonene er dermed relativt ugjennomtrengelige og selvforsynende.



## **Profesjonenes vitenskapelige forankring**

Profesjonene har sine faglige røtter gjennom studier og utdanning ved universiteter og høyskoler. De forskjellige fagene er basert på ulike vitenskapelige paradigmer. Innenfor faget medisin har den naturvitenskapelige, positivistiske tenkningen tradisjonelt sett vært toneangivende, mens sykepleiefaget er mer rettet mot et hermeneutisk vitenskapssyn. Andre profesjoner er påvirket av kritisk teori og postmodernisme. Vitenskapsteoriene presenterer ulike forståelser av ontologi og epistemologi, og legger føringer for valg av vitenskapelige metoder. Teoriene utgjør rammer for hva og hvordan vi ser og tolker verden. Aadland beskriver det som ”briller og verktøy dei fire vitenskapsteoriane nyttar seg av i møte med røyndommen” (Aadland, 2005:84)

Positivismen har sitt utgangspunkt i de naturvitenskaplige fag og forholder seg til det positivt gitte. Kun det som kan erfares gjennom sanseinntrykk kan bevises og anees som sant eller ikke. Virkeligheten er objektiv og den lar seg studere gjennom empiriske data, hypotesetesting og påvisning av lovmessigheter. Det menneskelige prosjekt er å søke forklaring og årsakssammenheng. Kunnskap avdekkes gjennom den hypotetisk deduktive metode, hvor forskeren prøver ut sin hypotese gjennom observasjoner og eksperimenter. Kunnskapen som avdekkes er objektiv og påvirkes ikke subjektivt. De vitenskapelige metoder er kvantitative; dvs. metoder hvor data samles inn gjennom å telle og måle (Aadland, 2005:90-93). Den viktigste innvendingen mot positivismen er ideen om at forskeren er nøytral og objektiv. Skjervheim argumenterer mot positivismens krav til objektivitet. ”Vi kan ikkje velja å vera engasjert”, sier han, og hevder at man ikke kan objektivere seg selv. En forsker vil alltid være en deltaker i en eller annen form og la seg påvirke av objektet som studeres (Skjervheim, 1996:81).

Hermeneutikk har sitt utgangspunkt i fortolkning av tekst. Innenfor denne teorien er erkjennelsen at virkeligheten er fortolket, og det menneskelige prosjekt er å søke forståelse. Nøytrale fakta er umulig fordi de aldri kan være uavhengig av den personlige tolkning av fakta. Forforståelse er et sentralt begrep i hermeneutikken. Begrepet referer til den innrammingen eller forståelseshorisont den enkelte av oss har, og som vi tolker og opplever verden gjennom - vår kultur, erfaring, historie, tradisjon, språk osv. Forforståelsen er det som farger vår oppfatning av tilværelsen. Vi kan ikke bevisstgjøre oss hele vår forforståelse, men må være villige til å innse at den eksisterer og kunne sette den på prøve. Kunnskap kan være teoretisk, praktisk og erfaringsbasert, og må sees både kontekstuellt og relasjonelt. Den hermeneutiske sirkelen utgjør den vitenskapelige modell. For å forstå noe, må vi alltid tolke delene ut fra vår forforståelse av helheten som delene hører til i. Vår forståelse av delene vil

igjen virke inn på forståelsen av helheten, og slik blir det en vekselvirkning som stadig fører til en utvidelse av forståelsen av helheten og delene. Metodene som brukes er kvalitative, og samtalen (intervjuet) med analyse av tekst er sentral. Den tyngste kritiske innvendingen mot hermeneutikken, er at kunnskap som avdekkes ved forskning alltid vil være subjektiv. Denne relativismen fører til at det vil være vanskelig å si at noe mer gyldig enn noe annet, og objektivitet blir dermed en umulighet (Aadland, 2005: 97-105).

En vitenskapelig retning som er opptatt av samfunnet og hvordan maktinteresser og undertrykkende strukturer oppstår og vedlikeholdes, er "kritisk teori". Emansipasjon (frigjøring) oppnås gjennom diskusjon og ideologisk kritikk. Forutsetningen for den frie diskurs er at den kollektive forforståelsen avdekkes. Forskningen skal ikke bare avdekke problemer, men bidra aktivt til løsninger (aksjonsforskning). Innvendingene mot kritisk teori er at den frie diskusjonen uten innblanding av åpne og skjulte maktstrukturer nærmest må ansees som en umulighet (Aadland, 2005:108).

Postmodernismen (konstruktivismen) kan ikke bare defineres som en egen vitenskapsteori, men må sees som en protestbevegelse innenfor vitenskap, religion, filosofi og politikk. I postmodernismen stilles det spørsmål ved alle etablerte sannheter, og erklæringen om at "Fornuften er død" kan stå som et uttrykk for reaksjonen mot tidligere tiders sterke tro på fornuft og logikk. På mange måter kan vi si at postmodernismen snur opp ned på alt. Sannhet er noe vi har definert som sannhet, eller det vi har blitt enige om er sannhet. Virkeligheten er skapt i det sosiale rom mellom oss og igjennom språket, og kunnskap er det vi til enhver tid er enige om er kunnskap. Tekster brytes opp og gis flere mulige tolkninger, og slik blir virkeligheten flertydig - eller dekonstruert. Innvendingene mot postmodernismen er da også nettopp at den kaster på båten mange av de etablerte sannhetene. Den dekonstruerer og problematiserer uten å ha noen konstruktiv dimensjon, med den konsekvens at "når alt blir like gyldig, blir alt likegyldig" (Aadland, 2005:114)

De fire vitenskapelige paradigmene har alle på sitt vis innvirkning på oss alle, og noen av dem påvirker profesjonene i større grad enn andre. Jeg tror at det som leder er nødvendig å ha forståelse for hvordan vitenskapssyn er med på å påvirke profesjonenes tankesett.

### **Ledelse, profesjoner og tverrfaglig samarbeid**

Ledere i sykehus har historisk sett vært sterkt knyttet til de forskjellige profesjonene, og helsefaglige kvalifikasjoner har vært en forutsetning for å bli ansatt som leder i sykehus. "Det er de fagspesifikke, ekspert- og profesjonsrelaterte kvalifikasjonene som er nøkkelen til å forstå hvordan ledelse har blitt konstituert i helsesektoren", hevder Torjesen (Torjesen,

2008:55). Helsefagene har etablert revir og funksjonsområder som har bidratt til å utvikle parallelle strukturer og faghierarkier innad i sykehusene. Det har resultert i tre hierarkiske retninger med forankring i forskjellige vitenskapssyn; det medisinske og det sykepleiefaglige forsterket av et hierarki av administrative støttfunksjoner (ibid:55) Med innføring av enhetlig ledelse i sykehus (1999) og senere med sykehusreformen (2002), er det tatt til orde for at profesjonsfokuset skal avløses av et organisasjonsfokus. Enhetlig ledelse med en ansvarlig leder skal gi en mer helhetlig tenkning rundt pasienten, og løse problemene som har vært knyttet til den profesjonsdominerte ledelsesstrukturen. Prinsippet om at den som er best til å lede skal være leder, skulle avløse det tradisjonelle og parallelle faghierarkiet (Torjesen, 2008:56).

Lederens utfordring er likevel å lede et arbeidslag med forskjellige faglige forståelseshorisonter, noe som, etter min mening, er like vanskelig med eller uten profesjonsbakgrunn. Men ledere med profesjonsbakgrunn tilhører en faggruppe, og må som leder for flere fag, evne å ha en forståelseshorisont som ikke nødvendigvis er tilpasset sitt opprinnelige fag. Jeg tror at den sterke fagidentiteten er vanskelig å slippe, fordi mange ledere ønsker å fremstå som ”den beste blant likemenn”. Som tidligere nevnt knytter vi vår faglige identitet til vår personlige identitet (kap. 6.3). Det å bryte ut av et faglig felleskap og stille spørsmål ved fagets grunnsetninger, er kanskje den kritikken mot tverrfaglighet som svir aller mest. Når man er sterkt sosialisert inn i et fag, oppleves det som å befinne seg i et vakuum når fagidentiteten må vike plassen for ledelse. Blant leger og sykepleiere i lederstillinger løses dette forskjellig. Mange leger beholder en liten stillingsandel til klinisk arbeid selv om de har lederstillinger, og ivaretar derfor en viss troverdighet innenfor sitt fagmiljø. Sykepleiere har ofte hatt en noe annen tilnærming hvor de slutter i klinikken og blir ledere på heltid. Dette er mulig fordi ledelse innenfor sykepleie er anerkjent som en karrierevei (Torjesen, 2008:58).

Profesjonenes faglige autonomi utgjør en utfordring i det tverrfaglige samarbeidet. En profesjon vil alltid framheve det som er spesielt ved akkurat den. Nettopp det spesielle og unike gjør faget utilnærmelig for andre yrkesgrupper og kan gjøre det vanskelig å vise til hva profesjonene har felles. Men tverrfaglighet handler om perspektivforskyvning gjennom dialog mellom profesjonene. Som leder er det et poeng å se nettopp dette. Ellers blir tverrfaglig samarbeid kun et opprør mot tradisjonene. Det er en lederoppgave å få i gang dialogen og legge forholdene til rette for at alle perspektiv kan løftes opp og fram - både profesjonenes og brukernes.

## **6.5 Oppsummering**

Det tverrfaglige samarbeidet er i seg selv ikke et mål. Målet er at pasienten og brukeren skal få en bedre kvalitet på de helsetjenester som tilbys. I dette kapittelet har jeg drøftet samarbeid som begrep og sett på samarbeid i et utvekslings- og mandatperspektiv. Domenekompatibilitet er en forutsetning for samarbeid. Det er knyttet både gevinster og kostnader til samarbeid. Tverrfaglighet som arbeidsform er en forutsetning for å få til helhetlige løsninger i helsevesenet. Tverrfaglighet dreier seg om relasjonene mellom fagene og utfordrer fagenes grenser. Flere aspektsyn gir en bredere forståelse, og det ene aspektet er like riktig og like viktig som det andre. Kritikken mot tverrfaglighet er at den faglige dybdeforståelsen må vike for faglig bredde. Framveksten av profesjoner er historisk sett et resultat av samfunnets behov for å løse spesifikke problemer. Profesjonsutdanninger gir rett til spesifikke yrker og profesjonene påberoper seg retten til faglig autonomi, samtidig som de definerer problemer. De er forankret i forskjellige vitenskapelige tradisjoner som har betydning for deres verdensanskuelse og hvordan kunnskap defineres. Ledere i sykehus har ofte en profesjonsutdanning og er pålagt tverrfaglig samarbeid. Dette kan være både en styrke og en svakhet, ved at man på den ene siden forstår oppdraget som skal utføres, og på den andre siden på sett og vis oppjonerer mot egen fagidentitet. En utfordring for ledere er å løfte opp dialogen mellom profesjonene og bidra til at flere perspektiv kommer til orde. Dette handler om å utvikle organisasjonskultur.

## 7.0 Kultur

I dette kapittelet vil jeg søke å utdype begrepet organisasjonskultur og undersøke hva litteraturen sier om organisasjonskulturens betydning for tverrfaglig samarbeid. Jeg vil også se på sammenhenger mellom ledelse og organisasjonskultur.

### 7.1 Innledning

Mange stiller spørsmål til hva kultur er og hvilken rolle den spiller for organisasjonene. Organisasjonskultur blir ofte beskrevet som ”det er sånn vi gjør det hos oss” eller at det er det som ”sitter i veggene”. Enkelte mener at organisasjoner er i *besittelse av* en kultur, mens andre hevder at de *er* en kultur. Litteraturen peker på at en av hovedgrunnene til å studere organisasjonskultur, er antagelsen om at kultur kan være en viktig faktor for å forklare hvorfor en organisasjon lykkes. Siden 1980-tallet har flere studier vist at kultur kan være like viktig som struktur for hvordan organisasjoner fungerer (Jacobsen og Thorsvik, 2007:115). Sykehus utgjør kompliserte og komplekse organisasjoner, og selv om det meste av litteraturen om organisasjonskultur er rettet mot organisasjoner i næringslivet, er det interessant å koble begrepet opp mot tilværelsen i sykehus. En organisasjons kultur finnes overalt, men kommer til uttrykk blant annet gjennom arkitektur, kleskodeks, rutiner, møter, historier, tradisjoner, roller og konfliktmønster. Det er stort, tidkrevende og vanskelig å gripe. I dette kapittelet vil jeg forsøke å belyse noen sammenhenger mellom språk og tverrfaglig samarbeid, og se nærmere på hvilke utfordringer kultur kan være for ledelse.

### 7.2 Kultur - hva det er og hvordan den kan forstås

Edgar Schein mener at ”det eneste virkelig viktige en leder gjør er å skape og administrere kultur” (Schein, 1987:2). Han mener det går et skille mellom ledelse og administrasjon, hvor kultur og ledelse er to sider av samme sak. Man kan derfor ikke forstå det ene uten å ta det andre med i betraktningen (Schein, 1987:4). Det er flere forhold som gjenspeiler en organisasjonskultur. For det første vil språk og ritualer som brukes når organisasjonens medlemmer samhandler, fortelle om hva som er akseptabel oppførsel. Dernest kan de normer som utvikles i arbeidsgrupper eller verdier organisasjon forfekter, peke på kulturen. Organisasjonens filosofi, som kommer til uttrykk i hvordan ansatte og pasienter behandles, gjengir også organisasjonens kultur. Det samme gjør spillereglene nyansatte må lære seg for å bli fullverdig medlem. Som ekstern aktør kan man oppleve stemninger gjennom fysisk

utforming og hvordan man blir tatt i mot av organisasjonens medlemmer som et uttrykk for kulturen (Schein, 1987:5). Dette gjenspeiler kulturen, men definerer den ikke. Schein mener at kultur dreier seg om grunnleggende antagelser og oppfatninger som deles av alle i en organisasjon. De er selvfølgelig og bygger på gruppens felles erfaringer og de har vært i virksomhet så lenge at de blir selvskrevne, selv om de ikke nødvendigvis er bevisste. Han definerer derfor *kultur* som:

Et mønster av grunnleggende antagelser – skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at den blir betraktet som sant og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene. (Schein, 1987:7)

Organisasjonskulturen kan forstås i nivåer. Det første nivået utgjør kulturens konstruerte fysiske og sosiale miljø som kommer til uttrykk gjennom artefakter og produkter. De er knyttet til kunst, teknologi og adferdsmønstre, er synbare, men ofte vanskelige å tyde. Det andre nivået utvikles av verdier. All kulturell læring gjenspeiler verdier, og dersom foreslåtte løsninger på et problem ser ut til å fungere, vil verdiene gjennomgå en kognitiv transformasjon og ende opp som antagelser. De blir mindre bevisste, og folk handler ut fra gammel vane. De verdiene som forblir bevisste, er oftest de som formuleres og som virker som norm eller moralsk støtte i gitte situasjoner. Det tredje nivået av kulturen dannes av de ”grunnleggende underliggende antagelser” (Schein 1987:15). Dette er de foretrukne løsninger som er bygget på vage forestillinger og som etter hvert blir behandlet som en kjensgjerning. Schein definerer altså kultur som et resultat av gruppelæring. Den fastholdes så lenge den oppfattes som riktig og den læres bort til nye medlemmer av organisasjonen (Schein, 1987:156).

Bolman & Deal argumenterer for at kulturen både er et produkt og en prosess. Den er et produkt av oppsamlet kunnskap og visdom som vi har fått fra våre forgjengere. Samtidig blir det stadig fornyet og nyanserte lærer seg hvordan ting gjøres, for så å lære dette videre til neste generasjon medarbeidere (Bolman & Deal, 2005:275). Det er mange forklaringer på forholdet mellom ledelse og kultur. Et av de mest interessante er om ledere påvirker kultur eller om det er kulturen som påvirker lederen. Strand hevder at i den grad man lykkes som leder, er det fordi man har evne til å arbeide med kultur (Strand, 2001:201), og sier at den utgjør ”usynlige betingelser for ledelse” (ibid:201). Kulturen utgjør veven i samfunnet, og er det som gjør kommunikasjon mellom mennesker mulig. Innenfor en organisasjon er medlemmene ”programmert” til å fatte og avveie på bestemte måter. Kulturbegrepet er vanskelig å få fatt på, samtidig som alle er enige i at den er der. Den spiller en viktig rolle i

samspeillet mellom mennesker og har dermed betydning både for organisasjoner og for ledelse. En mer poetisk betraktning av kultur er denne: ”Intet i verden er mer svømmende enn begrepet kultur. Et forsøk på å fange meningen i ordet kultur er som å ville fange luften i hendene. Man oppdager at den er overalt - unntatt i hendene” (Lowell, referert av Fløistad, 2002:13).

Det kan stilles spørsmål om organisasjonskultur eksisterer som et resultat av felles verdier, eller om den representerer verdimangfoldet i en organisasjon. Integrasjonsperspektivet, differensieringsperspektivet og fragmenteringsperspektivet representerer tre forskjellige svar på spørsmålet (Aadland, 2005:43). Integrasjonsperspektivet referer til at organisasjonskultur er nedfelt i felles delte verdier og oppfatninger i organisasjonene, mens differensieringsperspektivet forteller at det finnes flere kulturer innenfor en og samme organisasjon. En delkultur utgjøres av grupper som er funksjonelt og geografisk samlet, for eksempel en avdeling i et sykehus. I prinsippet er disse to perspektivene ganske like - kulturen utgjøres av stabile felles verdier innenfor en stor eller liten gruppe. Fragmenteringsperspektivet tar som utgangspunkt at også organisasjoner som er preget av verdimangfold, konflikter og lite samarbeid, er kulturer. Da er det ikke bare fellesverdiene som avgrenser kulturen, men kultur forstås som en mosaikk av verdier, uten at det nødvendigvis er en indre sammenheng. Med disse tre perspektivene kan kultur forstås både som helhet og mangfold på samme tid. Integrasjonsperspektivet representerer helheten og peker på det stabile og samlende i en kultur, mens fragmenteringsperspektivet utgjør mangfold som viser til det dynamiske og oppløsende (Aadland, 2005:47)

Sykehus er å betrakte som kunnskapsbedrifter (Aadland, 2005:13). Kulturen i slike organisasjoner er så kompleks, at den framstår som et puslespill der brikkene ikke passer sammen. Verdiene utgjør kjernen i organisasjonskulturen og de manifesteres gjennom kulturuttrykkene. Kulturen endrer seg på en skala mellom stabilitet og dynamikk, og verdimønsteret i en kultur kan være helhetlig eller mangesidig. Aadlands definisjon av organisasjonskultur blir derfor:

Organisasjonskultur er mønster av opne og løynde verdiar som pregar ei gruppe og som manifesterer seg i kulturuttrykk. Kulturmønsteret ligg på ein skala mellom stabilitet og dynamikk, heilskap og mangfald. (Aadland, 2005:53)

Kulturbegrepet brukes normativt når det lages et skille mellom gode og dårlige egenskaper. Kultur med negativt fortegn - *ukultur* - kan fortelle om uønskede holdninger i et arbeidslag. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst, Bente Mikkelsen, uttalte i den såkalte ”ambulansesaken” at hendelsen skulle granskes for å se om ”det eksisterer en ukultur i enkelte

miljøer. Det vil bli lagt særlig vekt på å få dokumentert hvilke verdier og holdninger arbeidsmiljøet er preget av” (Helse Sør-Øst, 2007). Det er interessant å merke seg at det her legges vekt på ambulanspersonalets verdier og holdninger, og ikke om de har handlet faglig korrekt eller ei. I akademisk sammenheng brukes kulturbegrepet gjerne deskriptivt. Da er det virkelighetsoppfatningene innenfor en gruppe, positive eller negative, som beskrives. Dette åpner for en definisjon av kultur som ”de ideer, verdier, regler, normer, koder og symboler som et menneske overtar fra den foregående generasjon og som man forsøker å bringe videre - oftest noe forandret - til den neste generasjon” (Klausen 1992, sitert i Aadland, 2005:31) Kvalitetene ved en kultur, om den er sterk eller svak - god eller dårlig, er avhengig av øyet som ser. Med en deskriptiv forståelse av kulturbegrepet kan organisasjonskultur kartlegges, og arbeidet med å vurdere hva som skal foredles og hva som bør endres kan starte (Aadland, 2005:31).

Organisasjonskulturer består av en mangfoldig samling av verdier, og medarbeiderne er preget av sine individuelle verdier, profesjonsutdanningen, erfaring og av felles verdier innenfor en gitt organisasjon. Aadland sammenlikner denne tilstanden med natur og flora:

På ei lysande blomstereng veks det mange ulike blommar. Mellom lysande og dominerande gul løvetann kryp det audmjuke fiolar og blåveis, medan grokjemper og jonsokkoll held seg usynleg langs bakken. Det er frodig mangfald som pregar arenaen blomstereng. Dei ulike artane har kvar sitt særpreg og konkurrerer om lys og vatn, men samstundes held dei kvarandre i like i ein økobalanse. (Aadland, 2005:48)

## **7.2 Språk og tverrfaglig samarbeid**

Aadland beskriver kultur og språk som to sider av samme sak, og henviser til Ludvig Wittgenstein som sier at ordene i bruk skaper virkeligheten. ”Det vi ikke har ord for, eksisterer ikke” (Wittgenstein, sitert av Aadland, u.å.:6). Språk innebefatter både verbale og ikke-verbale uttrykk, og omfatter alt fra samtaler og vitser til ansiktsuttrykk og fakker (Aadland, 2005:128). Som tidligere nevnt, kan sykehus betraktes som kunnskapsbedrifter. De består av en rekke fagprofesjoner som alle utvikler sin faglige dialekt, noe som påvirker deres virkelighetsforståelse. Mennesker forstår nyanser i språket hos personer med samme dialekt - både humor og satire. Dialekten markerer grensen mot det ukjente og fremmede, og den sier noe om hvem som hører til fellesskapet og hvem som står utenfor (Aadland, u.å.:2). Gjennom utdanningen tar man ikke bare til seg fagområdets paradigmer, men også interne språkkoder som kan virke ekskluderende for andre (Aadland, 2005:128). I sykehus er det forskjeller mellom de faglige dialektene, og profesjonenes språk kan være svært utilgjengelig for pasienten. ”Å henge opp en liter Ringer” er en meningsfull beskrivelse for meg som



anestesisykepleier, men for pasienten er det ikke like selvsagt at det innebærer å få en liter saltvannsuppløsning tilført gjennom en blodåre. Det ligger mye makt i å beherske et fagspråk. Språket er nødvendig i kommunikasjonen mellom profesjonene og pasientene, og for at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere. Min erfaring er at språket kan brukes til å bygge opp enda sterkere murer mellom fagene. Legene forstår ikke sykepleiernes tanker om holisme og sykepleierne synes det er ubegripelig at leger forstår mennesket som en maskin. I stedet for å møte hverandre med interesse for den andres forståelse og språk, graves det skyttergraver hvor fagene polemiserer over hverandres ståsted. Språket blir da et hinder for tverrfaglig samarbeid.

De fleste av oss har muligheter til å lære flere språk - til å bli flerspråklige. Aadland forfekter at evne til flerspråklighet er "det tverrfaglige samarbeidets håp", og at i det å mestre mange språk ligger tverrfaglighetens muligheter (Aadland, u.å.:10). Profesjonene må slutte å se på andre profesjoner som konkurrenter, og faglig arroganse må erstattes med nysgjerrighet. Utfordringen er å få profesjonene til å se at flere perspektiv kan være utfyllende og bidra til å gi økt forståelse og kunnskap. Jeg mener at større innsikt i andres fagområder faktisk kan være med på å utvikle egen faglighet. Utvekslingsperspektivet (kap. 6.2) legger til grunn likeverdighet som en viktig premiss for samarbeid. Det innebærer at samarbeid er en gjensidig fordel for begge parter, der begge har noe å gi og behov for å ta imot. Når den ene part er dominerende i forhold til makt, posisjon og status blir det ikke noe reelt samarbeid, men en form for samspill der den underlegne tar i mot instruksjon i lydighet eller ulydighet (Aadland, u.å.:10). Slik tror jeg det også det fungerer med språket. Dersom de faglige dialektene ikke har like stor gyldighet og blir sett på som likeverdige, er ikke premissene for samarbeid til stede.

Humor er en del av organisasjonens språk. Aadland hevder at det er "den inste koden i eit språk" (Aadland, 2005:129), og sikter med det til at det ikke er det første man lærer seg som ny arbeidstaker. Det tar tid å forstå koder og sjargonger - å vite hva man kan le av og hva man ikke ler av. Vitsene som slår godt an i en sammenheng, faller igjennom i en annen. Organisasjoner har forskjellige koder for humor. Min erfaring er at galgenhumoren er ganske vanlig i helsevesenet - både blant pasienter og profesjonene. Det er en måte å takle sykdom og vanskeligheter på og det gir utløp for mentale spenninger. Humor kan åpne for samtale og være en befrielse som fjerner den trykkende stemningen. Som mestringsstrategi kan humor virke både oppmuntrende og støttende. Sæther mener at ledere er å betrakte som "sosiale arkitekter" (Sæther, 2005:119) og at humor både kan forme, revitalisere og endre kulturen i en organisasjon. Han fremholder humor som et måleinstrument for det psykiske klimaet i en

organisasjon, og mener den kan fungere som et korrektiv som gir tilbakemelding til lederen om hvordan arbeidsmiljøet fungerer. Det kan derved bidra til å fjerne distansen mellom ledere og medarbeidere (ibid.:120)

Omgangstonen i sykehus sier mye om kulturen. Tradisjonelt sett har toppledere og leger ofte blitt titulert med etternavn, mens andre yrkesgrupper benevnes med fornavn. I dag synes jeg det er en økende tendens til bruk av fornavn mellom alle profesjoner, og man kan jo spekulere i hvorfor. Jeg mener det dessuten er et kjønnsperspektiv knyttet til bruk av titler innad i profesjonsgrupper. Det brukes gjerne fornavn på kvinnelige leger, men etternavn på deres mannlige, litt eldre kollegaer. Etternavn brukt for å titulere pleiepersonell har jeg etter mange år i helsevesenet til gode å høre. Der brukes fornavn - uansett om det er en leder eller en medarbeider det er snakket til. Aadland hevder at tradisjonstunge organisasjoner gjerne holder fast ved et litt akademisk og formelt språk, og at det sier noe om status og roller i en organisasjon (Aadland, 2005:130).

Taushet er talende. Det samme er det ikke-verbale språket; kroppsspråket. Tempoet i ganglaget, måten det hilses på, håndtrykk og smil er eksempler på ikke-verbale uttrykk som gir informasjon om kulturen. Vedeler hevder at dette språket også er viktig i en profesjonell arbeidssituasjon, og at det avgjør hvorvidt vi får bekreftet eller avkreftet fordommene våre. Kommunikasjon mellom to parter kan være symmetrisk, noe som innebærer at partene blir mer og mer lik hverandre ettersom interaksjonen fortsetter. ”Vennlighet møtes med vennlighet, åpenhet med åpenhet, godvilje med godvilje”(Vedeler, 1995/1998:7). Den motsatte varianten kaller han et ”komplementært forhold” (ibid:7). Det vil si at aktivitet svares med passivitet og selvhevdelse med underkastelse. Hvis dette mønsteret gjentar seg og blir en fast måte å kommunisere på, slik at det alltid er den samme som snakker og lytter, vil det ikke gi grobunn for likeverdighet og samarbeid.

### **7.3 Organisasjonskultur og ledelse**

Dersom man som leder skal utvikle organisasjonskultur, er første skritt på veien å klargjøre for seg selv hva begrepet kultur innebærer - det handler om å gjøre de usynlige betingelser for ledelse synlige (Strand, 2001:201). Innenfor den verdibaserte ledelse er å det fremme dialog i en organisasjonskultur en av lederens viktigste oppgaver. Lederens oppgaver handler om å ”sette tonen, fremme dialog og å utruste ansvarlege og sjølvstendige medarbeidarar til å klare seg utan detaljerte instruksjer og reglar” (Aadland, 2004:157). Mange ledere i sykehus har bakgrunn fra forskjellige profesjonsutdanninger, og vil derfor bære med seg en

profesjonskultur inn i en lederposisjon. Det er derfor grunn til å anta at profesjonsbakgrunnen har betydning for lederens blick både på seg selv og egen funksjon, og på organisasjonskultur som fenomen.

Ledelsesteorier forekommer i mange formater og varierer langs flere dimensjoner (Strand, 2001:18). De belyser og vektlegger forskjellige sider av ledelse, og det kan være vanskelig å sammenlikne dem direkte. Ledelsesteoriene gjenspeiler samtiden de er utformet i og de fleste teoriene er utviklet i løpet av det siste århundrene. Lederen og lederrollen kan være mer eller mindre sentral i teoriene, men ingen av teoriene kan sies å inneha fasitsvaret på ”teorien om ledelse”. Det er vanskelig å forklare ledelse uten å ha med seg organisasjons- og kulturperspektivet (ibid:201). Ledelse defineres ulikt fra de forskjellige forfattere av teorier, men et skille går mellom den individuelle utøvelsen av lederskap og den organisatoriske utøvelse av ledelse (Kolltveit & Reve, 1998:177).

Lederens funksjoner er sammensatte og omtales i teoriene. De klassiske lederteoriene hevder at lederens oppgave er planlegging, organisering, veiledning og kontroll (Fayol), og det er gitt klare regler og normer for den enkeltes adferd. Ansvar og linjestruktur er nøye tegnet opp og alle kjenner sine oppgaver og sine plikter. Max Webers ”Byråkrati” ble utviklet i etterkrigstiden, og bygger nettopp på disse prinsippene. Organisasjonene har flere nivåer og den formelle autoriten er plassert i toppen av organisasjonspyramiden. Ofte er dette spesialiserte organisasjoner hvor ledere på ett nivå har styringsrett over de underliggende nivåene (Strand, 2001:46). Henry Mintzberg påpeker at lederen har tre hovedoppgaver: Informasjon, beslutninger og mellommenneskelige oppgaver, mens Ichak Adizes fremhever ledens roller som produsent, administrator, integrator og entreprenør (ibid:20-21). ”Byråkratiet løser saker på enerom ved hjelp av skriftlige påbud og forbud, lover og regelverk, håndbøker for adferd og kontroll”, hevder Jan Spurkeland (Spurkeland, 2004:72). Ledelse sees som en kompleks, sammensatt aktivitet som ikke så lett lar seg klassifisere. En lederfunksjon er å skape resultater og nå mål. Ja, Philip Selznick hevder at ”lederskap er uansvarlig hvis det ikke klarer å fastsette mål” (Selznick, 1957:107). Mange eksterne aktører bedømmer lederes suksess ut fra i hvilken grad han eller hun klarer å oppnå organisasjonens mål. Målstyring, Management by objectives (MBO), er kanskje det tydeligste eksemplet innenfor disse ledelsesteoriene. Å sette mål flytter fokus til handlinger, mobiliserer til innsats, stimulerer og skaper utholdenhet i innsatsen (Strand, 2001:68). Målstyring er en vanlig styringsform innenfor mange organisasjoner, også de offentlige. Lederens oppgave er å sørge for at organisasjonen når produksjonsmålene, men måloppnåelsen nås ved at medarbeiderne forstår og er villige til å gjøre den innsatsen som skal til. I Helse-Norge er måloppnåelse brukt

som kvalitetsindikatorer. For eksempel kan det være et mål at 80 % av alle epikriser skal leveres fastlegen innen 1 uke etter at pasienten er utskrevet fra sykehus. Et slikt mål vil være et indirekte tegn på at flere ledd i pasientbehandlingen fungerer tilfredsstillende. Men det sier ikke noe om hva som gjør at målene eventuelt ikke nås. Det innebærer dessuten en viss fare for at det fokuseres på de målene som kan eller skal måles - ikke på andre sider av virksomheten som også kan være viktige og som kan komme til å lide under prioriteringene.

New public management's inntreden i den offentlige sektoren har ført til at tidligere verditunge virksomheter - som sykehus, hjemmebaserte tjenester, skoler - konkurransesettes for å øke standard og effektivitet. I dette konseptet er god ledelse det samme som at mål gjennomføres effektivt. Belønningssystemer er utformet slik at aktiviteten styres etter insentivene. Det er en form for målstyring som gjør at den enkelte handler instrumentelt, at de velger de midlene som synes best for å nå et mål. Som ledelseskonsept tar det ikke høyde for dialogen og utvikling av holdninger og dømmekraft (Eriksen, 1997:400). I spesialisthelsetjenesten er det innført innsatsstyrt finansiering. Dette er et ektefødt barn av New Public Management, ettersom deler av sykehusenes finansiering gis gjennom en ramme og resten gis etter DRG-poeng (DRG = Diagnoserelaterte grupper). DRG-systemet er bygget opp av medisinske diagnosekoder, og skal i prinsippet dekke kostnader knyttet til både behandling og pleie. Men systemet kommuniserer sterkt at det er de medisinske diagnosene som er grunnlaget for finansieringen. Jeg mener det er med på å skape en balanseforskyvning ved at det vektlegger ett fag tyngre enn de andre. Dermed signaliseres hva som er viktigst også i økonomisk forstand, og mulighetene for tverrfaglig samarbeid vanskeliggjøres.

I den verdibaserte ledelse er utgangspunktet at verdiene er av en annen orden enn regler og mål, og derfor mer egnet til som utgangspunkt for ledelse og organisasjonsarbeid i dagens samfunn (kap. 5.3). Lederens viktigste oppgaver innenfor verdibasert ledelse er, som tidligere nevnt, å utvikle organisasjonens verdibevissthet. Verdier som motivasjon for handlinger er en sterkere drivkraft enn våre rasjonelle mål. Schein hevder at ledelse i bunn og grunn er å manipulere organisasjonskulturen. Det er en svært krevende oppgave ettersom det faktisk handler om å overvinne sine egne selvfølgelige antagelser. Det handler om å forstå hva som skal til for at en gruppe skal kunne trives og utvikles, og om å få ting til å skje slik at ny kulturorientering kan etableres (Schein, 1987:270). Ledere i dagens sykehus har sterke krav om økonomisk balanse. Jeg tror det naturlig nok fører til et sterkt fokus på DRG-produksjonen, mens verdiarbeid blir mindre viktig. Satt litt på kanten kan det sies at når "språket skaper virkeligheten" og virkeligheten er hvor mange DRG-poeng som er produsert sist uke, vil det lett oppfattes som om alt er i orden så lenge DRG-produksjonen holdes oppe.

Pasientens behov blir sekundært, og et tema som tverrfaglig samarbeid er nesten uaktuelt ettersom det i seg selv ikke har en inntektsbringende kode.

Dersom ledelse er å nå gitte mål gjennom andre, tror jeg det er nødvendig å vite mest mulig om hvordan egen organisasjonen er og fungerer. Da kan det være nyttig å studere organisasjonens kultur gjennom en kartlegging. En kulturgranskning vil dessuten gi organisasjonen mulighet til å reflektere over seg selv. Det kan i seg selv være med på å gi økt innsikt. Det er nødvendig å ha som utgangspunkt at resultatet av en kulturgranskning vil være farget av den som har utført analysen. Jeg har tidligere hevdet at mange ledere har bakgrunn i en helseprofesjon, og at de forskjellige profesjonene legger ulike vitenskapssyn til grunn. En leder med et positivistisk kunnskapssyn vil nødvendigvis få et annet resultat av en kulturgranskning, enn en leder med en profesjonsbakgrunn som bygger på en hermeneutisk vitenskapstradisjon. Det er de kvalitative metodene som dominerer i kartlegging av organisasjonskultur, men også kvantitative metoder brukes. Kulturgranskninger innebærer nesten alltid at sensible tema kommer for dagen, og kan derfor være en påkjenning både for ledere og medarbeidere. De skjulte verdier som avdekkes kan kreve mye av en organisasjon, og det forplikter å følge opp resultatene etter en slik kartlegging. Aadland presenterer en analysemodell for kartlegging av kultur, hvor meningsinnholdet i kulturuttrykkene - de fysiske strukturer, språk, organisasjonens struktur, rutiner, tradisjoner og roller - tolkes og avdekker både åpne og skjulte verdier. Det kulturbildet som tegnes av organisasjonen etter en slik tolkning, vil kunne gi vesentlig innsikt og er i seg selv endringsfremmende som et resultat av refleksjonsprosessen. Samtidig vil det være et viktig redskap for å drøfte og planlegge gode endringer i kulturen (Aadland, 2005:151)

Spørsmålet videre er om organisasjonskultur lar seg endre og, i så fall, hva er en god strategi for kulturendring? En organisasjonskultur er ikke statisk, men endrer seg hele tiden. Alle medlemmer i kulturen påvirker den, og bidrar til denne kontinuerlige endringen (Bang, 1990:138). Krav til endringskompetanse er vanlig å se i stillingsannonser. Slik jeg tolker disse annonsene, ønsker arbeidsgiveren at arbeidstakeren har evne til å forandre adferd raskt. Det er tenkelig at dette handler om å endre kulturuttrykk ettersom organisasjonens behov endres. Jeg tror det er vanskelig å vedta en kulturendring, men at bevisst endringsarbeid er mulig. Det er trolig en langsiktig og komplisert prosess, og motkreftene er sterke. Alle systemer ønsker homeostase (likevekt), og endringer er en trussel mot denne. Det er derfor ikke mulig å starte slike prosesser uten å være innstilt på at planene kommer til å møte motstand. Aadland presenterer to mulige perspektiv på endringsprosesser: "termostatendring" og "tankemønsterendring" (Aadland, 2005:157). "Termostatendringer" handler om "å finne den motsette

tilstanden av det som er problemet” (ibid:158). En kultur kan bygge opp et mønster for problemløsning basert på tidligere vellykkede erfaringer. Dermed vet man hva som skal til neste gang det dukker opp et problem. Bang mener dette dreier seg om en påvirkning av kulturen, og ikke om styring ettersom det kan bli vanskelig å beregne hva sluttresultatet av påvirkningen blir. For ledere kan det dessuten være et problem å være nær nok til å forstå kulturen, samtidig som man er fjern nok til å se at den kan endres (Bang, 1990:138). Tiltakene knyttet til ”termostatendringer” handler om systematikk i opplæring, tolking og observasjon, jobbrotasjon, rekruttering og informasjonstiltak (Aadland, 2005:160). Ensformig og systematisk fokusering kan også være en god strategi, det samme kan entusiasme og fornuftig argumentasjon. Anerkjennelse og tilbakemeldinger er sterke motorer for å endre adferd, likedan ledere som opptrer som gode forbilder. I rekrutteringsprosesser kan søkerens lojalitet mot organisasjonens verdigrunnlag være utslagsgivende i tillegg til de faglige kvalifikasjonene. Tvang og sanksjoner er mulige strategier for endringer, men disse tiltakene følger en årsak-virkning-logikk som ikke fanger opp dype lag i kulturen, hvor det hersker uoversiktlige og uberegnelige lover (ibid:162)

”Tankemønster-ending” innebærer å endre sin tolking av en situasjon. Fastlåste problemer som ikke lar seg løse ved hjelp av årsak-virkning-tenkning, kan skyldes at vi tolker situasjonene forskjellige. Strategien er å lære seg å tolke problemer på flere forskjellige måter. Et utvidet tolkningsrepertoar kan føre til felles og uproblematiske oppfatninger av en sak. Aadland argumenterer for at slektskapet mellom tankemønster og skjulte verdier er sterkt (Aadland, 2005:166). Å gi slipp på gamle tankemønster er å bevege seg i ukjent terreng, og det kan oppleves som truende for mange. Tankemønstrene har tilknytning til våre grunnleggende paradigmer og de vitenskapsteoriene vi har bånd til gjennom profesjonene. Det er ”ingen sjølsagd og enkel veg til kulturendring”, sier Aadland, og presenterer fire perspektiv som kan være en rettesnor (Aadland, 2005:168). For det første er en passe stor endring bra. Flere små skritt på vei mot endring er bedre enn et stort - organisasjoner går gjerne i lås dersom endringene oppleves som for store. For det andre er det viktig å få fram så mange framstillinger av et problem som mulig. Flere versjoner av et problem, kan bidra til å finne veien ut av det. For det tredje kan paradoksal tenkning være en strategi til endring. Når det som er et problem blir løsningen på problemet, kan det føre til at paradoksene forsterker problemene slik at de blir så tydelige at alle forstår at endring må til. En siste strategi er å finne en omvei rundt problemet. Å konsentrere seg om andre oppgaver, kan også føre til at problemer løser seg opp (Aadland, 2005:168-171).

## 7.4 Oppsummering

Litteraturen gir flere definisjoner av organisasjonskultur som alle vektlegger forskjellige aspekter ved begrepet. Kultur er grunnleggende antagelser og oppfatninger som deles av alle. De er selvfølgelig og selvskrevne, men ikke alltid bevisste. Organisasjonskulturen kan forstås i nivåer; artefakter, verdier og grunnleggende antagelser. Den er både et produkt og en prosess, er veven i samfunnet og er det som muliggjør menneskelig kommunikasjon. Integrasjonsperspektivet, differensieringsperspektivet og fragmenteringsperspektivet forklarer organisasjonskultur som sammenslutninger med felles verdier og oppfatninger, funksjonelt og geografisk samlede grupper eller organisasjoner som er preget av verdimangfold, konflikter og lite samarbeid. Verdiene utgjør kjernen i organisasjonskulturen og manifesteres gjennom kulturuttrykk. Kulturbegrepet brukes både normativt og deskriptivt.

Språk og kultur kan sees som to sider av samme sak. Fagprofesjonene har utviklet sitt fagspråk - sin faglige dialekt. Språket er en nødvendighet i kommunikasjonen mellom profesjonene og mellom profesjoner og pasienter. Mangel på språkkunnskap vil kunne føre til at det tverrfaglige samarbeidet skranter. Flerspråklighet sees på som det tverrfaglige samarbeidets håp (Aadland, u.å.:10), og vil kunne gi økt innsikt og forståelse. Humor er en del av organisasjonens språk og kan bidra til å forme, endre og revitalisere kulturen. Humor skaper mindre avstand mellom mennesker. Omgangstone i et sykehus kan fortelle om makt og posisjoner. Det ikke-verbale språket bidrar i kommunikasjonen mellom mennesker, og er viktig i en profesjonell arbeidssituasjon. Kommunikasjonen kan være symmetrisk eller komplementær.

Ledere i sykehus har ofte bakgrunn fra profesjonsutdanninger. Det er tenkelig at det har betydning for lederes oppfatning av organisasjonskultur. Ledelsesteorier vektlegger forskjellige sider ved ledelse, og er ikke alltid sammenlignbare. Teoriene beskriver lederes oppgaver, ansvar, roller og sees som en kompleks og sammensatt aktivitet. Resultat- og måloppnåelse er sentralt i ledelse. New Public Management (NPE) representerer et paradigmeskifte i ledelse i offentlig sektor, hvor det gis insitamenter til effektivitet og aktivitet. Men mennesket handler ikke alltid rasjonelt, og ledelse må derfor også dreie seg om å utvikle organisasjonens verdibevissthet. En kartlegging av organisasjonens kultur, vil gi viktig informasjon om verdimangfoldet i kulturen. Lederens profesjonsbakgrunn vil farge lederens tolkning av en kulturgranskning. Organisasjonskultur er ikke statisk, men også ledere vil kunne bidra til å endre organisasjonskultur i ønsket retning. Viktige utfordringer i arbeidet er menneskets motstand mot endring og ønske om homeostase. "Termostatendring" og "tankemønster-endring" representerer to perspektiv på endringsprosesser.

## 8.0 Avslutning

Et helhetlig menneskesyn utgjør forutsetningen for all helsehjelp (St.meld. nr. 26 (1999-200):6). Alle profesjoner bygger på denne forutsetningen, og det kan derfor synes merkelig at behov for et tverrfaglig samarbeid poengteres så sterkt i offentlige utredninger, tilsynsmeldinger, PASOPP-undersøkelser og litteraturen for øvrig. Et helhetlig menneskesyn skulle i seg selv være nok til at profesjonene søkte sammen om å løse en felles oppgave; nemlig pasientens behov for helsehjelp. I stedet trer det helhetlige menneskesynet bare i liten grad fram som retningsgivende for norske helsetjenester.

Sykehus er svært kompliserte og komplekse organisasjoner. De utgjør systemer som består av en rekke elementer som samhandler med hverandre, samtidig som et sykehus i seg selv utgjør et element i en større sammenheng. Endringer som gjøres i ett element, vil påvirke de andre og helheten innenfor systemet. En pasient som har en kontakt med et sykehus, vil få en helhetsopplevelse av oppholdet, men denne er ikke nødvendigvis tilgjengelig for de som utgjør systemet og som bare ser sin del av behandlingsskjeden. En ledelsesutfordring er å formidle nettopp dette. Økt forståelse for hva i pasientforløpet som fungerer bra og mindre bra, vil være en forutsetning for å gjøre pasientens opplevelse bedre.

Den økende spesialiseringen innenfor helsesektoren har kommet som et resultat av mer kunnskap, store medisinske og teknologiske landevinninger og tilgang på økonomiske ressurser. Men det er betimelig å stille spørsmål om det har ført til at helsepersonell representerer et menneskesyn hvor diagnosen og ikke personen settes i sentrum. Som Peter F. Hjort så treffende fortalte om damen som gikk til legen: ”Jeg føler at jeg bare følger sykdommen min til legen, men jeg er verken sykdommen min eller diagnosen min. Jeg er meg!” (Peter F. Hjort, forelesning 25.04.08).

Brukermedvirkning som vil sannsynligvis oppfattes ulikt av forskjellige profesjoner, selv om beskjeden til helsevesenet om å legge brukerperspektivet til grunn, er klart og tydelig formulert. Profesjonene har plikt til å se ut over egne faglige rammer og forsøke å se pasientens helhetlige situasjon. Brukermedvirkning har som mål å forbedre kvalitet og tilpasse tjenestene etter brukernes ønsker og behov på den ene siden, og evne og mulighet til å bidra i avgjørelsesprosesser på den andre. Ledelse må derfor innebære at brukernes perspektiv inkluderes. Å selge dette budskapet til profesjonene kan innebære en utfordring (kap. 5.4). Brukermedvirkning innebærer ikke at man fraskriver seg behandlingsansvar, og ledere må se at brukermedvirkning gjelder alle pasienter - også de svakeste.



Det kan sies at spesialistene utgjør et profesjonsherredømme. De bedømmer hva som er problemet, hvem som er spesialisten, hvordan problemet skal forstås, løses og evalueres. Profesjonene er bygget opp rundt ulike vitenskapelige tradisjoner, og de har derfor ulike syn på tilværelsen generelt og vitenskap spesielt (kap. 6.4). Dette bidrar til å sette grenser mellom fagene. Av respekt for hverandre trækker man helst ikke over grenser. Samtidig har mange ledere i dagens helsevesen en profesjonsbakgrunn. Ledelse er avhengig av tillit og troverdighet fra dem man skal lede, og det representerer en utfordring for ledere å opparbeide seg tillit fra ulike profesjoner. Enhver profesjon vil vokte og bevare sine egne grenser, og overtramp fra andre faggrupper er en trussel mot faglig integritet. Profesjonenes faglige autonomi er bygget opp gjennom en årrekke. Det innebærer en utfordring at profesjonene både definerer problemer, hva som er løsningen og effekten av tiltakene. Profesjonene rekrutterer nye medlemmer som sosialiseres inn i profesjonskulturer. Tverrfaglig samarbeid innebærer en trussel mot profesjonenes autonomi, noe som stiller store krav til lederes evne til å føre profesjoner inn i samarbeidsrelasjoner. Et tverrfaglig samarbeid står og faller på at de som skal jobbe sammen ønsker et samarbeid og at de selv ser gevinstene ved et slikt arbeidsfellesskap (kap.6.2). Overlappende domener mellom profesjonene er et godt utgangspunkt for samarbeid, men jeg tror ideologiske forskjeller er med på å vanskeliggjøre samspillet mellom profesjoner i sykehus. Det er ikke nok å bare peke på hva som er felles fagområder. Ledere har en stor utfordring i å møte profesjonenes eierskapsfølelse til fagområdene.

Finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten følger en innsatsstyrt finansieringsmodell, der pasientenes diagnoser er avgjørende for prissettingen av helsetjenesten. Min mening er at i dette systemet er den medisinske logikk den sterkeste. Når prissetting er koblet opp mot legenes diagnostisering vil andre profesjoners bidrag til pasientbehandlingen usynliggjøres. Ledere har derfor en utfordring i å synliggjøre at pasientbehandling i sykehus er et resultat av mange profesjoners felles innsats. I bunn og grunn dreier ledelse seg om å få mennesker til å fungere sammen. Mennesker handler ikke alltid rasjonelt, men også intuitivt og etter ryggmargsreflekser. Disse handlingene avdekker de skjulte verdiene. Verdibasert ledelse dreier seg blant annet om å avsløre og begrense innslaget av de verdiene vi ikke ønsker skal prege en organisasjon (kap. 5.3). Å gjøre en organisasjon verdibevisst, innebærer dialog og selvrefleksjon. Språk er en utfordring. Profesjonene har sine egne faglige dialekter. De fokuserer ofte på fag, men mindre på relasjoner. Lederens egne åpne og skjulte verdier er en annen utfordring. Verdiene må stemme over ens - det nytter ikke å forfekte et verdsett og samtidig ikke leve opp til det selv.

Ledere i sykehus har gjerne en profesjonsbakgrunn. Det medfører at de vil oppfatte og tolke organisasjonskultur ulikt. Å avklare sin egen forforståelse er nødvendig i analyser av kulturer.

Alle disse forholdene spiller inn når ledere skal utvikle organisasjonskultur, og kulturendring er en lang vei å gå. Cato Zahl Pedersen mistet begge armer i en ulykke, og ble etter det spurt om å ta en tur til Sydpolen. Det svarte han ja til, og etter flere år kom han dit. Hans forklaring på hvordan det som skulle være umulig likevel lot seg gjennomføre, er at han tok et skritt av gangen. Tålmodighet er en helt nødvendig egenskap i et slikt prosjekt. Det er det også å regne med motstandskreftene. Jeg tror at kulturendringer er mulig i små porsjoner. Lederes utfordringer i kulturutviklingsarbeid er så komplekse og vanskelige, at store endringer ikke lar seg gjennomføre. "Språket skaper virkeligheten", men ledere har mulighet til å sette dagsorden. En farbar vei er å starte nettopp der. Deretter gjelder det å være utholdende og motstandsdyktig.

## Litteraturliste

- Asheim, Ivar (1997). *Hva betyr holdninger? Studier i dydsetikk*. Oslo: Tano Aschehoug
- Bang, Henning (1988). *Organisasjonskultur*. Oslo: Tano. 2. utgave, 1990.
- Bolman, Lee G. & Deal, Terrence E. (2004). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse. Struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 3. utg., 2. oppl., 2005.
- Buanes, Arild og Jentoft, Svein (2007). Institusjonelle perspektiver på tverrfaglighet.
- Christensen T., Læg Reid P., Roness P.G., Røvik K.A. (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 4. utgave, 2. opplag 2007.
- Eriksen, Erik Oddvar (1997). Kommunikativ ledelse - institusjonsledelse i en demokratisk tidsalder. I: Byrkjeflot, Haldor (red.) *Fra styring til ledelse*. ss.393-418. Bergen: Fagbokforlaget.
- Everett, Euris Larry og Furseth, Inger (2004). *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre*. 1. utgave (1997) Oslo: Universitetsforlaget.
- Fleetwood, Christina (2005). *Brukarsamverkan inom hälso- och sjukvård i Sverige och Storbritannien. Handikapporganisationernas delaktighet i planering och utveckling av vård*. Master of Public Health. Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap. Göteborg.
- Fløistad, Guttorm (2002). *Kunsten å omgås hverandre*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2. utg. 2005.
- Fløistad, Guttorm (2002). Verdibasert ledelse: Kultur, etikk og kommunikasjon. I: Skogstad Anders, Einarsen Ståle (red). *Ledelse på godt og vondt* ss.401 - 422. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nilsen, Berit Eivi (red.) (2006) *Gylne øyeblikk. Arbeid, deltakelse og inkludering i Samordningsforsøket*. Oslo.
- Haugland Randi, Rønning John A. og Lenschow Kirsti (2006). *Evaluering av forsøk med familiesentre i Norge*. Regionscenter for barn og unges psykiske helse, Nord. Institutt for klinisk medisin. Det medisinske fakultet, UiT.
- Henriksen, Jan-Olav og Vetlesen, Arne Johan (1997). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 3. utgave 2006.
- Hertzberg Dagfinn (2006) I samme globale båt? En studie av sammenslåing i Rolls-Royce Marine som sosialiseringssprosess Dr. Polit.-avhandlingen ved Pedagogisk institutt; NTNU Trondheim.
- Hjort, Peter F. (2008). *Helsepersonells møte med den gamle*. Forelesning 24.04.08.
- Humerfelt, Kristin (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv - honnørord med lavt presisjonsnivå. I: Willumsen, Elisabeth (red.) *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. ss.15-31. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar (1993). Hvorfor er samarbeid så vanskelig? I: Repstad, Pål (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. ss.75 - 112 Oslo: Universitetsforlaget. 2. utgave, 2004.
- Jacobsen, Dag Ingvar, Thorsvik Jan (1997). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget. 3. utgave 2007.
- Johannessen, Kai Ingolf, Molven, Olav & Roalkvam, Sidsel (2007). *Godt - rett - rettferdig. Etikk for sykepleiere*. Oslo: Akribe.

- Knudsen, Harald (1993). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I: Repstad, Pål (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis.* ss.19 -74. Oslo: Universitetsforlaget. 2. utgave, 2004.
- Kolltveit, Bjørn Johs. & Reve, Torger (1998). *Prosjekt - organisering, ledelse og gjennomføring.* Oslo: Universitetsforlaget. 2. utgave, 2002.
- Krogstad, Unni m.fl. (2004). Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. I: Korgstad, Unni (2005) *System-continuity in hospitals - a cultural matter.* Oslo: Avhandling til graden dr.philos. Det medisinske fakultetet, Universitetet i Oslo
- Lauvås Kirsti og Lauvås Per (1994). *Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi.* Oslo: Universitetsforlaget. 2. utgave, 2. opplag 2006.
- Norsk Sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.*
- NOU 1997:2 Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus.
- NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.
- Nyseth, Torill (2007). Tverrfaglighet som ambisjon. I: Nyseth Torill m.fl. (red.) *I disiplinenes grenseland. Tverrfaglighet i teori og praksis.* Bergen: Fagbokforlaget
- Veenstra M. m.fl (2000). Pasienterfaringer ved 21 norske sykehus. Lørenskog. HELTEF.
- Poulton, Brenda C. (1999). User involvement in identifying health needs and shaping and evaluating services: is it being realised? Blackwell Science Ltd, *Journal of Advanced Nursing* 1999, 30(6), 1289 - 1296
- Selznick, Pihlp (1997). *Lederskap.* Oslo: Tano Aschehoug
- Schein, Edgar H. (1987). *Organisasjonskultur- og ledelse. Er kulturendring mulig?* Oslo: Mercuri Libro Forlag
- Sigstad, Hanne Marie Høybråten (2004). Brukermedvirkning - alibi eller realitet? s. 63 - 64. *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr 1,2004.
- Skjervheim, Hans (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays.* Oslo: Idé og tanke, Ashehoug forlag. (Opprinnelig utgitt 1976)
- Skjørshammer, Morten (2004). *Bedre planlegging i helsesektoren. I et systemisk perspektiv.* Oslo: Høyskoleforlaget.
- Sosial- og helsedepartementet (2001). *Lov om helsepersonell m.v.*
- Sosial- og helsedepartementet (2001). *Lov om pasientrettigheter.*
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Gylne øyeblikk. Arbeid, deltakelse og inkludering i Samordningsforsøket.* Oslo. Ansvarlig redaktør: Ingunn Grande.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren.* Oslo. Ansvarlig redaktør: Bjørn Guldvog.
- Spurkeland, Jan (1998). *Relasjonsledelse.* Oslo: Universitetsforlaget. 2. utgave 2004.
- St.meld.nr.26 (1999-2000) Om verdier for den norske helsetenesta.
- St.prp. nr. 1. Nasjonal helseplan (2007 - 2010), kapittel 6
- Stang, Ingun (2003). Bemyndigelse. En innføring i begrepet og "empowerment-tenkningens" relevans for ansatte i velferdsstaten. I: Hauge, Hans A. og Mittelmark, Maurice B. (red). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog.* ss. 141 - 161. Bergen: Fagbokforlaget
- Statens helsetilsyn (2008). *Tilsynsmelding 2007.* Ansvarlig redaktør: Lars E. Hanssen
- Strand, Torodd (2001). *Ledelse, organisasjon og kultur.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Sæther, Kyrre (2005). *Humor sapiens. Om humor og ledelse på arbeidsplassen.* Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Tellefsen, Terje (1993). Hva har ideologien å si for hverdagspraksisen? I: Repstad, Pål (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis.* ss.126 - 146 Oslo: Universitetsforlaget. 2. utgave 2004.

- Torjesen, Dag Olaf (2008). *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten*. Bergen: Avhandling til graden Dr. polit. Universitetet i Bergen.
- Vedeler, Gerdt Henrik (1995/1998). *Flerfaglig og tverretattlig samarbeid i et systemteoretisk perspektiv*. Kopi fra veileder.
- Vifladt Egon H. & Hopen, Liv (2004). *Helsepedagogikk - samhandling om læring og mestring*. Oslo. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring.
- Yndestad, Harald (2003). Generell systemteori. Foredrag ved høgskolen i Ålesund, 14.08.03
- Ørstavik, Ivar Tormod Berg (2003). Tverrfaglighet og programmering som språkbruk. Et sosio-interaksjonistisk multiagentsystem og ubestemte referanser. Hovedoppgave i Anvendt Språkvitenskap. Institutt for Språk- og kommunikasjonsstudier, NTNU Trondheim.
- Aadland, Einar m.fl.(2006). *Verdibasert ledelse i praksis. En studie av 8 medlemsvirksomheter i HSH*. Oslo.
- Aadland Einar (1994). *Kultur i helse-, sosial- og utdanningsorganisasjonar*. Oslo: Det Norske Samlaget. 3. opplag 2005.
- Aadland, Einar (1998). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo: Det Norske Samlaget. 3.utgave, 4. opplag, 2003.
- Aadland, Einar (2004). *Den truverdige leiaren*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Aadland, Einar (2000 - 2001). Etikk og ledelse. *Kompendium fra Norsk kommuneforbunds ideologi og etikkurs*.
- Aadland, Einar (u.å.). *Språk og kultur som premiss for tverrfaglighet*. Foredrag ved Diavetts 10-års jubileum.
- Aakre, Marie (2005). *Hva er verdiene verdt? Etisk regnskap ved St. Olavs Hospital. Sluttrapport 2002 - 2005*. Trondheim: St. Olavs Hospital.
- [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no)
- [www.helse-sor.no](http://www.helse-sor.no)
- [www.helse-sorost.no/modules/module\\_123/proxy.asp?D=2&C=76&I=626&mids=a182a147a](http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=76&I=626&mids=a182a147a) (09.03.08)
- [www.kunnskapssenteret.no/index.php?back=2&artikkelid=899](http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?back=2&artikkelid=899)
- [www.kunnskapssenteret.no/index.php?show=115&expand=14,66,76,115](http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?show=115&expand=14,66,76,115) (PASOPP, 2006) (22.04.08)
- [www.legeforeningen.no/indew.gan?id=485](http://www.legeforeningen.no/indew.gan?id=485) (02.04.08)
- [www.nsd.no](http://www.nsd.no) (18.03.08)
- [www.ordnett.no](http://www.ordnett.no) (22.04.08)
- [www.ssb.no/emner/03/02/speshelsesom/tab-2007-06-20-02.html](http://www.ssb.no/emner/03/02/speshelsesom/tab-2007-06-20-02.html). (18.03.08)
- [www.ssb.no/helsetilstand/](http://www.ssb.no/helsetilstand/) (18.03.08)
- [www.who.int/social\\_determinants/links/events/alma\\_ata/en/print.html](http://www.who.int/social_determinants/links/events/alma_ata/en/print.html) (25.03.08)
- [www.med.uio.no/nonv/ish/sykepleievitenskap/geof/brukermedvirking-og-eldre.php](http://www.med.uio.no/nonv/ish/sykepleievitenskap/geof/brukermedvirking-og-eldre.php) (13.04.08)