

# Endringsledelse i sykehus

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Det stilles høye krav til lederes kompetanse og personlige egenskaper i utvikling av ressurseffektive og nyskapende løsninger ved endringer i sykehus. Vi har undersøkt hvordan klinikkledere synes de håndterer endringsprosesser og hvordan de løser problemer som oppstår i tverrfaglig møtevirkosomhet.

**Materiale og metode.** Åtte klinikkledere ved to sykehusforetak i Helse Sør ble intervjuet om sine erfaringer fra endringsledelse.

**Resultater og fortolkning.** Noen av klinikklederne var fortrolige med tilrettelegging av endringsprosesser og hadde et til dels stort repertoar av ledelsesverktøy, men de fleste hadde begrenset innsikt i hvilke metoder som egnet seg best i de ulike fasene av en endringsprosess. Det som var vanskeligst å håndtere, var samspill preget av mistenksomhet, negative fortolkninger, antakelser og skjulte agendaer. Slike samspill opplevde de også som den mest begrensende faktoren for utvikling av en felles forståelse av problemer, målsetting og forankring av prosesser på tvers av klinikker og enheter.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

**Bente P. Skogsaa**

*bpskogsaa@online.no*  
Sykehuset i Vestfold  
3103 Tønsberg

**Martin Veel Svendsen**

Seksjon for arbeidsmedisin  
Sykehuset Telemark  
3710 Skien

Ledelse og lederkvalifikasjoner har vært mye debattert i norsk og utenlandsk helsestjeneste, men diskusjonen har hovedsakelig dreid seg om hvem som skal lede og hvilken kompetanse vedkommende skal ha (1). Hensikten med denne undersøkelsen var å bidra til debatten om innholdet i endringsledelse (2–5).

I dag er det store krav til omstilling, og det er et sterkt press på de ansatte til stadig å arbeide mer effektivt for å heve kvaliteten og optimalisere ressursbruken (6). I utviklingen av hensiktsmessige løsninger, som for eksempel skreddersøm av pasientforløp og utvikling av nye arbeidsmodeller, blir det avgjørende å få til et godt tverrfaglig samarbeid (7). Dette er prosesser som krever maksimalt av møteledelses- og samarbeidskompetanse.

I årlige medarbeiderundersøkelser i et regionalt helseforetak viste det seg at lederne generelt hadde lavest skår på den «utviklede delen» av sitt lederskap (8). Hva i det utviklende lederskapet er det ledere kommer til kort i? I en tidligere undersøkelse er det beskrevet at det har vært for lite oppmerksomhet omkring systematisk kvalitetsforbedring av ledelse og metodikk gjennom alle faser i en endringsprosess (9). Årsakene lå hovedsakelig i konformitetspress, normer og atferd, noe som begrenset læringen, og i manglende kompetanse i bruk av prosessverktøy. Med «prosessverktøy» menes her teknikker for å oppnå et forutbestemt mål (10). Prosessverktøy i endringsledelse vil i stor grad være av pedagogisk karakter, ved at det innebærer å tilrettelegge for refleksjon, lytting, involvering, engasjement, læring og samarbeid. For eksempel kan man tilrettelegge for forskjellige temaer og innstillinger ved eksplisitt å invitere til kritisk, analytisk og kreativ tenkning.

I noen sammenhenger er ledere deltakere i endringsprosesser, i andre sammenhenger er de ledere og dermed premissleverandører for prosesser og resultater. Hensikten med denne undersøkelsen var å få innsikt i hvordan klinikkledere håndterte begge disse as-

pektene og deres erfaringer med bruk av prosessverktøy.

## Materiale og metode

Datamaterialet er hentet fra intervjuer med åtte klinikkledere fra somatiske klinikker ved Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark (fire fra hvert foretak). De åtte informantene hadde flere års erfaring som ledere. Seks av dem hadde også kortere kurs av mer formell karakter (nasjonalt topplederprogram for ledere i helsestjenesten, mastergrad i helseadministrasjon, fylkeskommunal lederutdanning, BI-kurs o.l.). De fleste hadde bakgrunn i medisin, noen i sykepleie og noen i økonomi. De ledet noenlunde tilsvarende kliniske fagområder, men i det ene foretaket besto klinikkene av flere spesialområder og ansatte.

Hensikten med undersøkelsen var å få innsikt i hvordan klinikklederne resonnerer omkring egen og andres atferd i håndteringen av krevende endringsprosesser. Innsikt i problemer og utviklingsmuligheter ligger særlig i data som avdekker gapet mellom det vi sier og det vi gjør. Dette kommer til syne i forholdet mellom anvendte og uttalte teorier (2, 11). Et spørreskjema vil i liten grad få frem dette gapet (det bringer hovedsakelig frem data angående uttalte teorier) – intervjuer gir tilgang til innsikt i begge typer teorier vi handler ut fra (2, 11).

Intervjuene, som ble gjennomført av førsteforfatter, ble innledet med en kort beskrivelse av hva som mentes med krevende endringsprosess. De ble gjennomført som delvis åpne intervjuer. Klinikklederne ble bedt om å beskrive hva de la i gode resultater, gode møter og kreative løsninger. De beskrev hva de mente var begrensninger for en slik utvikling, og hva som var deres kompetanse- og



## Hovedbudskap

- En kvalitativ undersøkelse ved to norske sykehus avdekket et stort behov for mer kompetanse i endringsledelse
- Tverrgående endringsprosesser var vanskeligst å håndtere og var ofte preget av mistenksomhet og skjulte agendaer
- Dette hadde store negative konsekvenser for utviklingen av en felles problemforståelse, kreative løsninger og forankring

støttebehov. Viktige ord og utsagn ble nedskrevet og utdypet under intervjuene. For å få en ytterligere utdyping og korrigerende utskrift fra intervjuene sendt informantene rett etterpå.

Funnene blir presentert under tre forskningsspørsmål, basert på temaer av stor betydning for resultater av endringsprosesser (2, 3, 12):

- Hvordan tilrettelagte lederne for ulike temaer og faser i prosessen?
- Hvordan opplevde lederne å håndtere mange meninger og nye ideer?
- Hva var ledernes erfaringer med defensive samarbeidsforhold?

For å beskrive omfang av ulike funn brukes betegnelser eller tall: Alle (åtte), de fleste (seks, sju), flere, mange eller halvparten (fire, fem), en del (tre), noen få eller to (to), én (én) og ingen. Fordi materialet stammer fra kun to foretak gjøres det her ingen sammenlikninger eller beskrivelser av forskjeller.

## Resultat og fortolkning

### *Hvordan tilrettelagte lederne for ulike temaer og faser i prosessen?*

Tre av klinikklederne hadde god innsikt i at endringsprosesser består av faser av ulik karakter. En av dem gir en beskrivelse av hvordan fokus, atferd og innstillinger endres gjennom hele prosessen: «Først må vi jobbe analytisk og systematisk for å forstå problemene. Innstille oss på ideen, skissen. Så er det en periode med intensiv jobbing for å prøve ut. I driftsfasen er det viktig med tålmodighet og utholdenhet.»

En av de tre kunne konkretisere prosessverktøy knyttet til ulike faser og temaer: «Det er nødvendig å kjenne på når det er viktig å unngå press på folk og heller verne og støtte.» Og: «Ved idéutkast skal vi ikke alltid presse på for å gå videre, men la det modne slik at folk får tid til å utvikle flere perspektiver.» Eller: «Hør nå her! Nå går vi rett inn i detaljer igjen. Det hører ikke hjemme i denne fasen av arbeidet.» Selv om bare noen av klinikklederne eksplisitt omtalte fasene i en prosess, viste alle praktisk innsikt gjennom bruk av ord og uttrykk som for eksempel: «Vi må forstå problemstillingen før vi kan diskutere løsninger.»

Mange av lederne ønsket større oppmerksomhet omkring utvikling av langsiktige og bedre forankrede mål for organisasjonen som helhet: «Slik vi jobber nå, blir det kortsiktige løsninger i form av sparepakkeløsninger og brannslukking.» De mente en del beslutninger ble tatt uten tilstrekkelig innsikt i problemer og konsekvenser: «Det er for liten faglig tilnærming til ledelse, med lite analyse, evaluering og strukturert jobbing. Vi gjør endringer uten skikkelig plan, innhold og oppfølging.» Særs falt dette negativt ut når det gjaldt forankring av prosesser på tvers av klinikkgrensene. Noen av dem mente at de hadde forsøkt å få dette



*De fleste av lederne var lite fortrolige med møteverktøy for utvikling av engasjement, åpen atmosfære, felles problemforståelse og kreative løsninger. Illustrasjon Scanpix Creative*

synet frem, men at de ikke fikk tilstrekkelig støtte, at innspillet ikke ble verdsatt eller at deres forsøk ble oversett.

Mange av lederne mente også at tall og økonomiske begreper ikke fungerte motiverende i prosesser: «Budsjett og økonomiske begreper er kun verktøy, ikke mål i seg selv.» Noen få hadde erfart at prosessverktøy som visualisering av mål i form av metaforer og visjoner motiverte sterkere. En av lederne beskrev det eksplisitt: «Det er en arbeidsform som krever at vi legger bort noe av den konforme stilen vi er vant med i sykehus. I den er det nødvendig med større romslighet for å tenke annerledes tanker.» Der klinikklederne uttalte seg om konformitet, var det hovedsakelig om møter utenfor eget domene.

### *Hvordan opplevde lederne å håndtere mange meninger og nye ideer?*

Klinikklederne erfarte at de gjennomførte mange møter der det var behov for å føre folks ulike meninger inn i konstruktive kanaler. En del av dem hadde ikke tenkt så mye på hvilke regler de hadde eller ikke hadde for møteatferd. Kun et fåtall hadde tatt opp regler for møteatferd, men de mente at de hadde enda mer å hente ved å drøfte det mer eksplisitt.

De fleste mente det var viktig å involvere de ansatte i prosessene, men ut fra noe ulike perspektiver eller intensjoner: «Det er viktig å starte prosjekter med bred involvering på gulvplanet. Vi vet jo hvor galt det går når vi ikke involverer folk.» Et par var bevisst på å velge ut deltakere med ulike egenskaper og

perspektiver, dvs. motsetninger: «Da får vi alt opp på bordet, og risikoen for undergraving blir mindre.» Eller: «Da blir motstanden synlig og kan diskuteres.» En erfarte at det likevel ikke fungerte: «Hva skal til og hvilke stemmer skal man ha med når man arbeider på tvers? Trodde at prosessen var god! Ledere og tillitsvalgte tar ikke opp med andre internt, og det blir ikke forankret!»

Noen av klinikklederene mente at en del av deres underordnede med legebakgrunn hadde høy fagkompetanse, men utilstrekkelig ledelses- og endringskompetanse. Dette hemmet utviklingen av løsninger som krevde innsikt og forståelse for helhet og samspill i organisasjonen: «De oppfatter seg først og fremst som fagpersoner. (...) Jeg har erfart at når vi jobber med noe vanskelig, har de tendens til å flykte inn i faget og dekke seg bak faglig forsvarlighet osv.»

Det var vanskelig for de fleste å svare på hva de la i det å «se» og å «høre» gode ideer til nye løsninger. De brukte ord og uttrykk som «å være» (å sanse), «intuisjon», «stole på meg selv», «lete etter ideer som matcher» eller «at det var vanskelig å svare på». En beskrev det noe mer konkret: «Det er en måte å jobbe på hvor jeg har tillit til noe intuitivt, en magefølelse, et slags repertoar hvor noe passer inn og noe ikke, å skape en ny forståelse og nytt språk. Det innebærer at jeg må se den enkelte og bruke folks kroppsspråk.»

#### *Hva var ledernes erfaringer med defensive samarbeidsforhold?*

Dette viste seg å være et tema med høy aktualitet som ville ha egnet seg for en utdypende undersøkelse. Denne delen av intervjuet ble innledet med å beskrive hvordan møter kan ha en atmosfære som gjør at man lar være å ta opp enkelte temaer til tross for at de er viktige for den aktuelle saken. Erfarte de slike situasjoner og hva mente de lå til grunn for det?

For de fleste var det vanskelig å beskrive hva som lå til grunn for slike relasjoner. Dette var noe de snakket lite om i fellesskap, men som de i fortrolighet snakket med andre om. De omtalte det som «skjulte agendaer» og «mistenksomhet overfor hverandre»: «I sammenhenger hvor prosesser går mer på tvers av klinikkene blir vi [i vår klinikk] nesten alltid mistenkeliggjort: De tror det ligger noe annet eller mer bak det hele, og vi blir tillagt meninger og intensjoner vi ikke har. På denne måten blir det aldri nye løsninger!» De fleste antok at de andre kanskje tenkte eller opplevde det på samme måten.

I saker som gikk på tvers av klinikkene, så de at dette kunne få betydelige konsekvenser for beslutninger og løsninger: «Det blir et problem når vi skal tenke ut langsiktige løsninger at mistenksomhet farger de dataene vi baserer vår strategi på.» Og: «Angrep blir det beste forsvar! Slitsomt ikke å kunne diskutere høyt. Det hemmer både den innovante og den etiske tenkningen.»

På spørsmålet om hvordan de forholdt seg

til slike situasjoner, beskrev de mange reaksjonsmåter. Typiske utsagn var «jeg tar på meg en maske», «jeg trekker meg tilbake», «jeg velger å la være å reagere», «jeg overser» og «jeg legger bånd på meg». En beskrev hvordan situasjoner med mye aggresjon og sinne kunne bli vanskelig: «Det kjennes utrygt, veldig ubehagelig og litt farlig. Kjenner jeg trekker meg litt, og jeg blir litt oppgitt over at jeg ikke klarer å styre det bedre.»

De fleste opplevde møter og relasjoner preget av en defensiv atmosfære som sterkt ubehagelige. Fire av klinikklederene beskrev eksplisitt hvordan de i en del sammenhenger forsøkte å løse eller begrense omfanget av dette gjennom det de omtalte som «kontrollspørsmål»: «Jeg sjekker ut forståelsen min med kontrollspørsmål for å finne ut om vi har rimelig lik forståelse.» En av dem kom med et eksempel på testing som fungerte godt og som også kan ses på som et forankringsverktøy: «Er dette et budskap du kan gå tilbake til din klinikk med? Hvordan tenker du å legge det frem for dem?» De fleste som hadde erfart testing som et godt verktøy, hadde mest erfaring fra det i tilknytning til konkrete saker. Men som en av dem sa i intervjuet: «Jeg burde kanskje også bruke det i forhold til relasjoner.»

#### **Diskusjon**

Et stadig økende press for utvikling av resurseffektive løsninger har ført til større oppmerksomhet omkring ledelse som eget fag også i helsetjenesten (5, 13). I denne undersøkelsen har vi sett mest på det pedagogiske aspektet ved endringsledelse og på endringsprosesser som involverer mange fagområder og avdelinger. Undersøkelsen ga innsikt i åtte klinikklederes refleksjoner omkring endringsledelse, i prosessverktøy de var fortrolige med og i problemstillinger der de opplevde å komme til kort.

I de fleste sykehusforetak er det tre eller fire ledernivåer. I de to foretakene vårt data-materiale stammer fra, er det fire nivåer, og klinikklederene er på ledernivå to. Vi har ikke data fra de andre ledernivåene. Etter vår mening er det rimelig å anta at funnene også avspeiler de andre nivåene, men i ulikt omfang. For eksempel opplever muligens enhetsledere mindre grad av mistenksomhet og skjulte agendaer ved at de er mindre direkte involvert i tverrgående prosesser. Det ville ha vært en styrke for undersøkelsen om de øvrige ledernivåene også hadde inngått i den. Om vi i tillegg hadde benyttet observasjoner og spørreskjemaer, ville det høynet validiteten på funnene. Ambisjonen med denne undersøkelsen var imidlertid kun å få innsikt i erfaringer og opplevelser.

Det blir ofte sagt at det mest krevende ledernivået er nivå 4 – post- og enhetsnivået. Her står lederen nærmest de ansatte, pasientene og de pårørende og kommer dermed også mellom barken og veden. Funn fra denne undersøkelsen viser at også klinikkledere

er sterkt presset fra mange kanter. Et gjennomgående problem var at løsninger som var grunnlagt på for liten felles forståelse av problemer og mål, ble vanskelige å forankre videre i egen klinikk. Hovedårsaken plasserte klinikklederene på at ulike meninger ikke kom opp på bordet. Dermed bidro disse meningene til defensive samarbeidsrelasjoner med mye mistenksomhet, utrygghet og skjulte agendaer. Samarbeid i tverrgående prosesser handler om å overkomme hindringer som skyldes forskjellig ideologi og målsetting og uenighet om kriterier (7). Men, som denne undersøkelsen viser, dette forutsetter at uenighet kommer tydelig frem og blir satt ord på. Det er blant annet det prosessverktøy i endringsledelse kan bidra med.

Ledernes erfaringer med defensive samarbeidsforhold viste seg å være et hett tema i undersøkelsen. De mente at slike samarbeidsforhold hadde betydelige negative konsekvenser for utvikling av nyskapende løsninger. De hadde erfart at det ikke lønte seg å være åpen i en slik atmosfære, men samtidig opplevde de at løsningene ble dårlig forankret og resultatene uteble. Det resulterte i et dilemma de ikke så noen løsning på – uansett hva de gjorde, ble det galt! Det er ingen grunn til å tro at dette funnet kun gjelder disse to foretakene.

Karakteristisk for defensive samarbeidsmønstre er at vi alle fanges inn i dem, og at vi ikke så lett ser at vi selv tillegger andre defensive holdninger. Et eksempel på det kan være utsagnet om legene som oppfatter seg som fagpersoner og som flykter inn i faget når det blir vanskelig. Det kan være en porsjon sannhet i utsagnet: «Ledere er generelt ikke dyktige i å innta et multiperspektiv på en problemstilling» (14). Når er det hensiktsmessig å forsvare faget og når er det riktig å legge større vekt på et annet perspektiv? Leger har en sterk kultur på å innta et pasient- og fagperspektiv, og for dem kan det være en ekstra stor utfordring å innta et mer helhetlig perspektiv i sitt lederskap (14, 15). Om ledere med medisinsk bakgrunn fikk særskilt støtte i å utvikle et ledelsesperspektiv ved siden av sitt fagperspektiv, ville de kunne få bedre forutsetninger for å bli dyktige ledere i sykehus (15).

Argyris & Schön, som har forsket mye på hva defensive samarbeidsrelasjoner gjør med et arbeidsmiljø og hvilken effekt det har for evnen til å løse oppgaver, konkluderer med at folk generelt er lite villige til å vise proaktiv og modig atferd og bidra til dialog der samarbeidsklimaet er preget av forsvar, utrygghet og mistenksomhet (2). Vi kan kalle det et defensivt arbeidsmiljø når noen forsøker seg med kritiske innspill, men erfarer at det ikke lønner seg fordi de blir utsatt for straff og sanksjoner.

Metoder for å begrense og bryte slike relasjoner går i stor grad ut på å finne ut hvorvidt vi gjør oss opp en mening basert på fortolkning og antakelse eller om den er basert på egen oppfatning eller intensjon. Dette kan

vi bare gjøre gjennom verbal kommunikasjon. Noen av lederne hadde erfart at det å komme med kontrollspørsmål, teste ut meningen og tenke høyt bidro til å skape en tydeligere og mer åpen dialog. For de fleste var dette den delen av lederrollen som var vanskeligst å håndtere. I en reelt åpen dialog vil partene ha større tillit til hverandres argumentasjon. Med andre ord – mindre mistenksomhet når det gjelder hva som ligger bak argumentasjonen hos den enkelte! På denne måten vil for eksempel motstand mot endring, både saklig og emosjonell, bli satt ord på og vil kunne bli oppfattet som nyttige innspill til prosessen videre.

Undersøkelsen viser at det ville blitt lettere å komme med både kritiske og kreative innspill om atmosfæren i mange sammenhenger hadde vært mindre preget av defensive relasjoner og konform møtestil. Konformitet snevrer inn normene for hva vi anser som akseptable væremåter og gir lite rom for annerledeshet og kreativitet. Konformitetspress ble i en tidligere undersøkelse oppgitt som en av årsakene til for dårlig håndtering av endringsprosesser (9). I vår undersøkelse får vi et inntrykk av at jo høyere opp i ledernivåene vi kommer, desto mer konformitet er det. En undersøkelse der de øvrige ledernivåene inngår vil kunne gi svar på om det er tilfellet.

Funnene forteller at noen få av lederne behersker endringsledelse i den grad at de kan beskrive med ord hvilke prosessverktøy de knytter til de enkelte faser og problemstillinger i en endringsprosess. Vi har ingen data som sier noe om at det å være i stand til å sette ord på prosessverktøy, gjør disse personene til bedre endringsledere, men vi antar at de færreste vil være i stand til å tilrettelegge strategisk for ulike typer tenkning, dialog og atferd. Det ser ut til å kunne samsvare med en undersøkelse som viser at toppledere handlet ubevisst intuitivt og i mindre grad brukte intuisjonen som et bevisst verktøy for strategiske beslutninger (16).

Å legge til rette for endring og utvikling er i stor grad en pedagogisk oppgave. Inntrykket vi sitter igjen med etter undersøkelsen, er at ledere i liten grad identifiserer seg med rollen som pedagog og veileder i ledelse av endringsprosesser.

*Vi takker forskningsutvalgene ved Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark for tildeling av stipend og klinikklederne for deres store imøtekommenhet og deres refleksjoner omkring et vanskelig tema. Takk også til Mariann Mathisen, biblioteksleder ved Sykehuset i Vestfold, for hennes innspill og gjennomlesing av manus.*

#### Litteratur

1. Gjerberg E, Sørensen BA. Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet? Tidsskr Nor Lægeforen; 2006; 8; 1063–6.
2. Argyris C, Schön D. Organizational learning II. Boston: Addison Wesley Publishing Company, 1996.
3. Engeström Y. Learning by expanding. An activity-theoretical approach to developmental research. Doktoravhandling. Helsingfors: University of Helsinki, 1987.

4. Mintzberg H. Managers not MBAs: a hard look at the soft practice of management and management development. London: Financial Times Prentice Hall, 2004.
5. Øgar P, Hovland T. Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten. Oslo: Gyldendal, 2004.
6. Lian OS. Når helse blir en vare. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2003.
7. Haugtomt SA. Samarbeid over virksomhetsgrenser – en forutsetning for god pasientbehandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2462–4.
8. Medarbeiderundersøkelse i Helse Sør. MBU-rapport 2006. Skien: Seksjon for arbeidsmedisin, Sykehuset i Telemark, 2006.
9. Øvretveit J. A team quality improvement sequence for complex problems. Qual Health Care 1999; 8: 239–46.
10. Moe S. Læredikt. Systemisk-konstruktivistisk pedagogikk. Oslo: Universitetsforlaget, 2000.
11. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
12. Pettersen B. Skisse av en innovativ og diskurs-etisk endringsmetodologi. Hovedfagsoppgave. Oslo: Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo, 2004.
13. Næss E. Ta ledelse. En innføring i sykehusledelse. Oslo: Universitetsforlaget, 2000.
14. Farrell M. Health care leadership in an age of change. Aust Health Rev 2003; 26: 153–64.
15. McAlearney AS, Fisher D, Heiser K et al. Developing effective physician leaders: changing cultures and transforming organizations. Hosp Top 2005; 83: 11–8.
16. Henden G. Intuition and its role in strategic thinking. Oslo: BI Norwegian School of Management, 2004.

*Manuskriptet ble mottatt 6.12. 2005 og godkjent 13.10. 2006. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.*