

Endring i sykehus – et spørsmål om ledelse

Ved store endringsprosjekter i sykehussektoren følger man konsulentråd fra andre bransjer – og feiler overraskende ofte. En gjennomgang av studiene i forskningsprogrammet «IKT og endring» gir oss grunn til å mene at profesjonene i for liten grad blir inkludert når ny teknologi og nye styringsfilosofier skal innføres.

Frode Heldal
 frode.heldal@hist.no
 Endre Sjøvold

Tidligere forskning viser at det å lede profesjoner gjennom en organisasjonsendring er utfordrende (1). Endringsledelse i sykehus er avhengig av ledere som kjenner til profesjonsidentitetens plass i dagens sykehus og tar hensyn til dette i endringsprosessen (2). Det er viktig at lederne er ydmyke overfor prosessens faser og ikke søker for mye kontroll og overvåking på tvers av organisasjonskulturen (3). Hvordan ser dette ut i dagens sykehus?

Forskningsprogrammet «IKT og endring» har resultert i 40 mastergrader og fire doktorgrader i perioden 2003–13. Programmet var et samarbeid mellom St. Olavs hospital, Helse Midt-Norge, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Helsebygg Midt-Norge, med base ved Institutt for industriell økonomi ved universitetet. Det faglige grunnlaget var ledelse i sykehus, med hovedvekt på ledelse i endring. Alle prosjektene har hatt endring i sykehus som enten hovedtema eller tilstøtende tema.

I flere av studiene har man sett konkret på prosesser rundt innføring og organisering av IKT og Lean, en styringsfilosofi hentet fra Japan og bilindustrien. Den vektlegger effektivisering gjennom fjerning av overflødige prosesser og ressurser, vurdert ut fra et verdiskapingsperspektiv for kunden. I de senere år er Lean blitt forsøkt implementert i helsesektoren – med varierende resultater (4). Når vi ser studiene under ett, er det spesielt tre funn som går igjen.

Manglende tilpasning

Studiene viser at man i endringsprosessene i liten grad tar hensyn til klinikernes ulike behov og måte å jobbe på. Et konsept som Lean har det siste tiåret vært populært, men våre funn viser at lokal tilpasning skjer i varierende grad. En studie gjort på innføring av Lean ved to akuttavdelinger ved samme sykehus understreket forskjellen mellom de to avdelingene hva angikk blant

annet forutsetninger, ressurser, størrelse, eksisterende prosesser og samarbeid. Til tross for dette ble innføringen kun i mindre grad tilpasset disse faktorene, og man forutsatte at de ulike profesjonene arbeidet tettere sammen enn det som var tilfellet (5).

Innføring av elektronisk pasientjournal har vært et gjennomgangstema i flere av studiene. Lium studerte innføringen over tid og i forskjellige sykehus. Han peker på at til tross for en velutprøvd og velfungerende teknologi (i 2005), var organisasjonsmessige forhold (så som ledelse, motivasjon og endringsvillighet) avgjørende for at teknologien ble tatt i bruk (6). Dette ble i varierende grad tatt hensyn til, noe som skapte store forskjeller i bruk av verktøyet. Videre fant han at dobbeltbruk av ny og gammel løsning var fremtredende over lang tid. Årsaken var blant annet at den kliniske nytten av det nye verktøyet ble vurdert som lav. Hovedkonklusjonen fra studien var at teknologien ble innført uten særlig vekt på klinisk nytte og med lite respekt for behovet for endrede rutiner i den kliniske hverdagen.

Urealistiske forventninger

Et viktig funn i flere av studiene er at lederes og administratorers forventning til ny teknologi har vært urealistisk. Dette har vært spesielt fremtredende i prosesser som har involvert nye IKT-løsninger. En studie av sykepleieres tilnærming til bruk av IKT i rapportfasen viste at visjonen om at en elektronisk løsning kunne videreformidle informasjon fra ett skift til et annet ikke holdt (7). Sykepleierne var avhengig av å beholde en gjensidig dialog i rapporteringsfasen, hvilket førte til dobbeltarbeid når de samtidig skulle gjøre bruk av IKT-systemet.

En annen studie peker på hvordan et IKT-basert koordineringssystem bidro til å forverre snarere enn forbedre samhandlingen, fordi ledelsen ikke tok hensyn til profesjonsforskjeller (8). Ledere har i høy grad forventet at nye IKT-løsninger har kunnet erstatte gamle løsninger, ofte med det formål å effektivisere samhandlingen. I virkeligheten har nye IKT-løsninger vist seg å kreve langt høyere grad av tilpasning til brukerne, og man har måttet revurdere hva verktøyene kan forventes å gjøre.

Fleksible profesjoner

Til slutt viser studiene at leger og sykepleiere har utvist betydelig fleksibilitet og endringsvilje på lokalt nivå hvis den kliniske nytten er satt i forsetet. Med «lokalt nivå» mener vi nivået som er nærmest pasienten og avgrenset av samme fag. Klinisk nytte betyr at noe har direkte betydning for pasientbehandlingen. For eksempel har en av de tydeligste endringene vi fanget opp i løpet av programperioden, vært endringer i pasient- og behandlerrollen. Denne relasjonen mellom komplementære roller har utviklet seg betraktelig på kort tid – fra den mer passive pasientrollen til dagens brede spenn med alt fra aktive og kunnskapsrike til passive og kunnskapsløse pasienter (9).

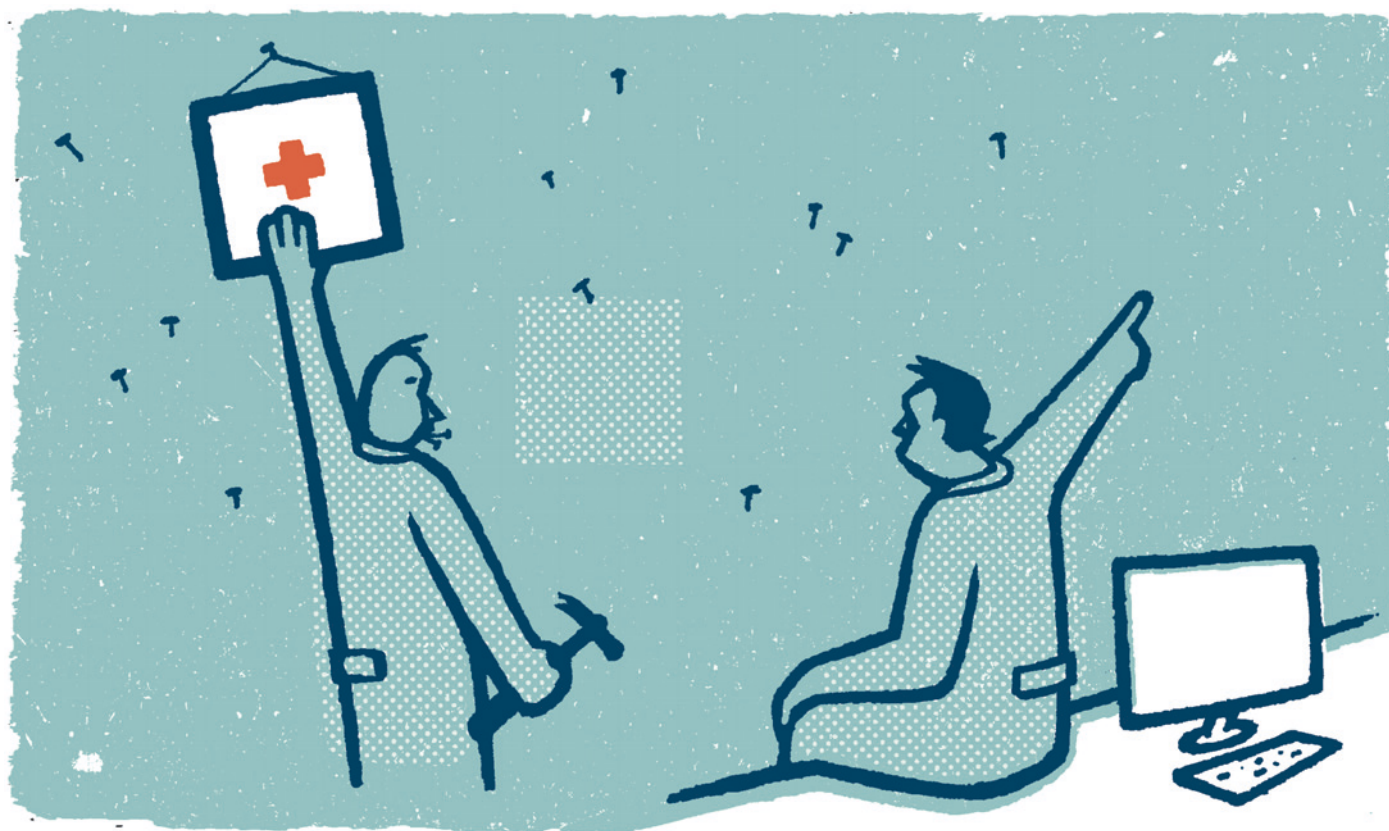
Studiene fra forskningsprogrammet viser at helsepersonell har utøvd en betydelig fleksibilitet i disse relasjonene, dette til tross for at det er vanskelig å finne igjen denne fleksibiliteten i formelle rutiner og regler. I en studie med såkalte ekspert-pasienter fant man at behandlerne tøyde grenser både i tid og rom for å gi en ekspertpasient mulighet til å utvikle seg og utfolde seg i sin pasientrolle. Dette innebar at behandler og pasient utviklet seg sammen og innenfor rammer hvor de følte at de hadde kontroll – med gjensidig enighet om klinisk nytte (11).

Lium, Myhre og Engesmo viser likeledes hvordan teknologi som har klinisk nytte og lokal forankring, gir et bedre grunnlag for endring (5–7). Giæver finner at det ikke er noen generell motstand mot endring i sektoren, men at faktorer som mangelfull ledelse har negativ påvirkning på endringsvilligheten (10).

Ta utgangspunkt i profesjonen, ikke i administrasjonen

Oppsummert peker studiene på at sykehussektoren er preget av løsninger og teknologi som i varierende grad er forankret hos leger og sykepleiere. Dette har ført til dobbeltbruk (nye og gamle løsninger sammen) og til at systemer ikke tas i bruk eller misbrukes. Samtidig viser de samme profesjonene en betydelig endringsevne når alt er lagt til rette.

Vi vil her argumentere for at dette henger sammen med to forhold: For det første



Illustrasjon © Superpop

introduseres nye løsninger uten at man tar hensyn til endringsprosessens faser. For det andre tar man i mindre grad hensyn til profesjonsverdier og den eksisterende kulturen. Dette har med ledelse å gjøre.

Allerede i 1947 foreslo Lewin at endring kunne forstås som en prosess med tre elementer – avlæring (unfreeze), endring (move) og stabilisering (refreeze) (11). I en analogi til hans endringsmodell vil vi påstå at ledere i norske sykehus i for høy grad har hoppet rett til stabiliseringsfasen uten å ta steget om «avlæring» og «endring». Dette fører normalt til at man havner i en konstant reforhandlingsfase, ettersom man mentalt sett fortsatt holder fast på den gamle måten å jobbe på og samtidig tvinges til å arbeide på nye måter (12).

Det medfører ikke bare prosessstap, men også usikkerhet og lavere kvalitet i det kliniske arbeidet. Teknologi kan ikke uten videre effektivisere og erstatte gamle arbeidsprosesser (13), men vi ser at mange sykehusledere har hatt en overdreven tro på at nettopp dette er tilfellet. Dobbeltarbeid og maktkamp kan forekomme i alle endringsprosesser (12), den virkelige utfordringen kommer når dette får lov til å vokse til organisatoriske konflikter.

Det andre argumentet vårt fremhever at endringsprosessene har vært preget av lav

motivasjon hos dem som skal endres eller som påvirkes direkte av endringene, nemlig profesjonene selv. Dette skyldes at disse i liten grad har vært utgangspunkt for endringsprosessene. Klinisk nytte har i mindre grad vært fremtredende, mens administrative forhold som effektivitet har fremstått som viktige. Konsepter som Lean er blitt presentert som løsning – uten at det har gått frem like klart hvilket klinisk problem denne metoden skulle løse.

Det samme har vært tilfellet ved innføring av ny teknologi, for eksempel elektronisk pasientjournal. Nye løsninger og ny teknologi er derfor i mindre grad blitt tilpasset profesjonenes kultur og ståsted, de har heller hatt et utgangspunkt og en begrepsbruk som kan oppleves som fremmed i den profesjonelle verdenen (14).

Hva kan gjøres?

Leger og sykepleiere blir rett og slett i for liten grad premissgivere når det gjelder endringer som påvirker dem direkte. Dette medfører en fremmedgjøring av profesjonsverdiene (8). Weick & Sutcliffe peker på tillit og interpersonlige forhold som grunnleggende faktorer for at mennesker i en organisasjon skal forstå det nye (15). Når dette mangler, er det vanskelig å finne mening i det nye – og man faller tilbake til det gamle.

Brown & Marek finner at dette generelle poenget er spesielt viktig for at profesjoner skal endres (16). En forankring i klinisk nytte vil innebære lokal tilpasning og hensyn til profesjonsverdier. Dette er sannsynligvis viktig for å skape tillit og grunnlag for at et slikt steg er mulig. Argumentet kan relateres til «opprinnelige» profesjonsverdier, som faglig autonomi og spesialisert praksiskunnskap (8). Endringer som går på tvers av disse verdiene, har et svakt grunnlag for å lykkes, mens endringer som har disse som utgangspunkt, har et langt sterkere fundament.

Her mener vi det ligger en svakhet i måten endringsledelse drives i denne sektoren i dag. Det er ikke nødvendigvis slik at endring er spesielt vanskelig i sykehus. Mens profesjonenes rett til faglig autonomi og frihet tidligere er fremhevet som utfordringer i forhold til styrte organisasjonsendringer (2, 17), er vårt argument at motstand har mer å gjøre med hvordan profesjonene selv utelukkes fra viktige deler av prosessen.

Administrative ledere har i for høy grad latt seg overbevise av mulighetene som ligger i ny teknologi og nye styringsfilosofier – uten å relatere dette til klinisk nytte. Vi foreslår å sette profesjonene tilbake i førersetet.

Frode Heldal (f. 1975)

er førsteamanuensis i teknologiledelse ved Handelshøyskolen i Trondheim. Hans doktorgrad omhandler teamledelse og organisering i sykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Endre Sjøvold (f. 1957)

er førsteamanuensis i organisasjon og ledelse ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Han har omfattende erfaring fra endringsledelse og forskning på sykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Page M, Wallace I, McFarlane WC et al. Emergent change and its Implications for professional autonomy and managerial control: a case study from midwifery. *J Change Manag* 2008; 8: 249–63.
- Pepper A. Leading professionals: a science, a philosophy and a way of working. *J Change Manag* 2002; 3: 349–60.
- Kavanagh MH. The impact of leadership and change management strategy on organizational culture and individual acceptance of change during a merger. *Br J Manage* 2006; 17: 81–103.
- Mazzocato P, Savage C, Brommels M et al. Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *Qual Saf Health Care* 2010; 19: 376–82.
- Myhre IU. Betydningen av teamarbeid ved innføring av Lean på sykehus. Trondheim: Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2006.
- Lium JT. Use of electronic medical records and the road towards paperless hospitals in Norway: a socio-technical perspective. Trondheim: Faculty of Technology Management, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2007.
- Engesmo J. Managing organisational change and technology. The case of introducing electronic patient records in hospitals. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2008.
- Heldal F. Integrasjonsprosesser på sykehus: Hvilken rolle spiller ledelse og profesjonsgrenser? I: Tjora A, Melby L, red. Samhandling for helse: kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helse tjenesten. Oslo: Gyldendal, 2014.
- Heldal F. Nettverkspatienten. I: Tjora A, red. Den moderne pasienten. Oslo: Gyldendal, 2008.
- Giæver F. Exploring the emotional experience of organizational change over time: The case of introducing electronic care plans in hospitals. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2008.
- Lewin K. *Frontiers in Group Dynamics: Concept, Method and Reality in Social Science; Social Equilibria and Social Change.* Hum Relat 1947; 1: 5–41.
- Bridges W. *Managing Transitions.* New York: Da Capo Press, 2003.
- Zuboff S. *In the Age of the Smart Machine: The Future of Work and Power.* New York: Basic Books, 1988.
- Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease—Part II: Integration. *Health Care Manage Rev* 2001; 26: 70–84, discussion 87–9.
- Weick KE, Sutcliffe KM. *Managing the unexpected: resilient performance in an age of uncertainty.* San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2007.
- Brown K, Marek K. Librarianship and change. A consideration of Weick's «Drop Your Tools» metaphor. *Library Administration and Management* 2005; 19: 68–74.
- Choi S, Brommels M. Logics of pre-merger decision-making processes: the case of Karolinska University Hospital. *J Health Organ Manag* 2009; 23: 240–54.

Mottatt 24.10.2014, første revisjon innsendt 12.11.2014, godkjent 11.12.2014. Redaktør: Hanne Støre Valeur.