

”Top-down”

**Motstand**

Lojalitet

Strategi O

**Primadonnaer**

Relasjoner

**Medvirking**

# Situasjonsbestemte endringsstrategier - utfordringer for toppledelsen

Å manøvrere i kraftfeltet

”Bottom-up”

**Karismatisk**

**Diktatorisk**

**Strategi E**

*Fordypningsoppgave gruppe 2, kull 6 høst 2008  
Bård Helge Hofstad, Helse Midt Norge RHF  
Britt Rakvåg Roald, Helse Nordmøre og Romsdal HF  
Ole Tjomsland, Sykehuset Asker og Bærum HF*

<b>1</b>	<b><i>Innledning med historien</i></b>	<b>3</b>
1.1	<b>Innledning</b>	<b>3</b>
1.2	<b>Historien – omorganisering av fødetilbudet i det lokale helseforetaket</b>	<b>4</b>
1.3	<b>Elementer i historien til refleksjon</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b><i>Relevant teori</i></b>	<b>7</b>
2.1	<b>Bakgrunn for valg av teorigrunnlag</b>	<b>7</b>
2.2	<b>Endring som begrep</b>	<b>7</b>
2.3	<b>Endringsstrategier</b>	<b>8</b>
2.3.1	Strategi E og strategi O	8
2.3.2	Videreutviklet modell	9
2.4	<b>Vellykkede endringsprosesser</b>	<b>10</b>
2.4.1	Fellestrekk ved vellykkede endringsprosesser	10
2.4.2	Primadonnaer i endringsprosesser	11
2.5	<b>Motstand mot endring</b>	<b>12</b>
2.5.1	Typer motstand i endringsprosesser	12
2.5.2	Årsaker til motstand mot endring	13
<b>3</b>	<b><i>Drøfting og refleksjon</i></b>	<b>14</b>
3.1	<b>Drøfting av historien i lys av relevant teori</b>	<b>14</b>
3.1.1	Valg av endringsstrategi	14
3.1.2	Forankring av prosessen	14
3.1.3	Lojalitet og endringstretthet	15
3.1.4	Ledelsen velger ny endringsstrategi	16
3.1.5	Status når vi forlater historien	16
3.2	<b>Situasjonsbestemt valg av endringsstrategier</b>	<b>17</b>
3.2.1	Erfaringer med endringsprosesser i helsesektoren	17
3.2.2	Behov for kjernevirksomhetskompetanse på beslutningsnivået	18
3.2.3	Viktigheten av engasjement blant ansatte	20
3.2.4	Endringsstrategier for forskjellige endringsbehov	21
<b>4</b>	<b><i>Konklusjon for meg som leder</i></b>	<b>23</b>
4.1	<b>Bård Helge Hofstad</b>	<b>23</b>
4.2	<b>Britt Rakvåg Roald</b>	<b>23</b>
4.3	<b>Ole Tjomsland</b>	<b>24</b>
4.4	<b>Erfaringer med å jobbe sammen</b>	<b>25</b>
<b>5</b>	<b><i>Referanser</i></b>	<b>26</b>

# 1 Innledning med historien

## 1.1 Innledning

Siden sykehusreformen i 2002 har endring og endringsprosesser blitt en del av hverdagen for ledere og ansatte på alle nivåer i helseforetakene. Prosessene har vært kjørt med ulike motivasjon og målsetting, og av mer eller mindre kvalifiserte prosjektledere. Prosessene i seg selv har i mange tilfeller bidratt til å øke gapet mellom klinikere og ledere. Klinikere har hatt vanskelig for å se hvilken positiv effekt endringer skulle ha på kjernevirksomheten. I tillegg har man i de kliniske miljøer mistenkt at alle prosesser med mål om endring har vært økonomiske og sjeldent faglig motiverte. Ledelsen har i mange tilfeller blitt kritisk til klinikers konstruktivitet og vilje til å bidra positivt for endring som kan komme pasienten til gode. Det har også vist seg i praksis at mange endringsprosesser har mislyktes pga motstand på ulike nivåer i organisasjonen.

Men dette som bakteppe ønsket vi å lære mer om endringsprosesser, endringsstrategier og endringsledelse. Vi ville se på om valg av endringsstrategier kan føre til mindre motstand og dermed mer vellykkede endringsprosesser

Utvalget i teori er vel nærmest ubegrenset og vi har fått noen henvisninger fra vår veileder og ellers hatt nytte av å se på hva andre kull har benyttet av litteratur i sine oppgaver. En kan alltid spørre seg om valg av teorigrunnlag har vært optimalt, men valget har uansett gitt læring og utvidet perspektiv for alle gruppe-medlemmene.

Gruppens tre medlemmer har ulike helsefaglig og merkantil utdanning samt arbeidserfaring fra privat- og offentlig helsevesen i inn- og utland, konsulentbransjen og industribedrifter. Vi har alle opplevd at god endringsledelse og gode endringsprosesser er en klar suksessfaktor for de fleste virksomheter, kanskje særlig innen offentlig helsevesen. Samtidig har vi en felles forståelse av at mangel på slik kompetanse har medført at de endringsprosesser som har vært forsøkt gjennomført ikke alltid har lyktes i henhold til suksesskriteriene i den grad de har vært definert. Vi har derfor valgt å fokusere på endringsledelse og endringsprosesser ut fra et overordnet strategisk perspektiv. Vi har jobbet sammen på ulike måter i prosessen og prioritert å jobbe til dels mye sammen når vi har vært på fellessamlingene. I ukene hjemme har vi lest litteratur, skrevet og diskutert i telefonmøter. Gruppen har jobbet godt sammen og hatt stor takhøyde i diskusjonene ispedd mye humor. Selv om interesseutgangspunktet vårt var likt har vi med vår ulike erfaringsbakgrunn hadde ulikt syn på mye. Dette har gjort diskusjonene interessante og de har ofte gått i uforutsigbare retninger. Alt i alt har arbeidet med fordypningsoppgaven i gruppe 2 kull 6 gitt inspirasjon til å jobbe videre med endringsprosesser på våre respektive arbeidsplasser.



## **1.2 Historien – omorganisering av fødetilbudet i det lokale helseforetaket**

Ledelsen i helseforetaket, ledermøtet, var samlet til ettermiddagsmøte. Bestillingen fra det regionale helseforetaket, RHF, var at den eksisterende driftsformen for den somatiske sykehusstruktur skulle utfordres med hensyn til faglig kvalitet og kostnadseffektivitet. Til tross for at bevilgningene til spesialisthelsetjenesten hadde steget jevnt og trutt de siste årene, kunne dette ikke gjenspeiles i økt behandlingskvalitet eller pasienttilfredshet. Tvert om vitnet årlig økonomisk overforbruk om dårlig styring.

Den lokale ledelsen, ledermøtet, der alle avdelingssjefene var representert, var enige om at det burde utarbeides en mer hensiktsmessig funksjonsfordeling. Økende spesialisering hadde innen mange fagfelt ført til økt kvalitet, men også økende grad til sentralisering. Videre var det klart at man ønsket å styrke nærheten av de tjenester hvor det var mulig. En betydelig diskrepans mellom eksisterende og anbefalt antall lokasjoner med akuttfunksjoner innen de største kliniske spesialitetene indremedisin, kirurgi, ortopedi samt føde/kvinnesykdommer var en av de store utfordringene. Det var også klart at dersom man skulle følge Nasjonalt Råds føringer for legehjemler kunne man ikke videreføre dagens funksjonsfordeling. I tidligere høringsrunder var det anbefalt at fødeavdelinger burde ha et volum på minst 1500 fødsler årlig. I dette foretaket hadde en av avdelingene ca 30 fødsler årlig. Det forelå videre data som viste at forekomsten av dødelig hjerneskade hos fosteret som fødselskomplikasjon var 3,5 ganger høyere i avdelingen med lavest volum i forhold til avdelingen med flest fødsler.

Administrerende direktør og fagdirektør i helseforetaket så dette som en kjærkommen mulighet til å endre en sykehusstruktur som var tuftet på historisk plassering av tilgjengelig bygningsmasse, og en organisering som ikke var blitt justert for endringer i befolkningsmønster og ikke minst utviklingen av det medisinske fag. Ledermøtet bestemte at man i første runde skulle se på fødetilbudet ut fra de regionale føringene og nasjonale medisinskfaglige standarder, og ga avdelingsledelsen for fødeavdelingene i oppdrag å ta tak i problemstillingen. Der var det liten stemning for å diskutere utfordringene. Det ble vist til at man hadde gjennomgått stadig nye omorganiseringer uten at noe var blitt bedre. Fødetilbudet hadde vært oppe til diskusjon flere ganger, og fagmiljøet var fornøyd med måten tilbudet var organisert på. Man ønsket nå å få ro til å jobbe. Oppdraget ble oppfattet som en prosess for kun å kutte kostnader, og selv etter gjentatte oppfordringer skjedde det lite i avdelingen.

Etter 6 måneder besluttet derfor ledermøtet å etablere en prosjektgruppe med engasjerte og åpenbart motiverte representanter fra begge berørte sykehus i foretaket. Gruppen besto av fagdirektør, en barnelege, en gynekolog, to jordmødre, en barnepleier og en tillitsvalgt. Barnelegen hadde vært ved det største sykehuset i foretaket 15 år og hadde tidligere tatt doktorgrad innefor lungekomplikasjoner hos for tidlig fødte. Han var en anerkjent fagperson nasjonalt og også internasjonalt, og var drivkraft for faglig utvikling innenfor eget område, men også kjent for å utfordre andre fagområder med hensyn til å oppdatere seg medisinskfaglig. Ledermøtet så det som essensielt at han ble med i prosjektgruppen.

Prosjektgruppen diskuterte lenge hvordan prosessen burde gjennomføres. Det ble etter hvert lagt opp til en prosess med sterkt involvering fra ansatte, med tverrfaglige grupper og involvering av brukerrepresentanter. Det ble også gjennomført dialogmøter, og informasjon om prosjektet var oppdatert og tilgjengelig på intranett. Etter hvert som arbeidet skred frem var det tydelig at engasjementet vokste. Flere og flere så viktigheten av de faglige og kvalitetsmessige argumentene, mens noen fortsatt mente at dagens tilbud var godt nok.

Et halvt år etter at arbeidet startet skulle man møtes for å koordinere det siste arbeidet med sluttrapporten. Like etter at møtet startet ble det klart at den tillitsvalgte i prosjektgruppen,

som også var representant for ansatte i det lokale styret, ikke kunne møte. Det var innkalt til ekstraordinært styremøte i foretaket av følgende årsak: En uferdig arbeidsversjon av den aktuelle rapporten var blitt distribuert på et internt møte, og en av møtedeltagere hadde fått tak i utkastet. Dette ble overlevert til en journalist i lokalavisen. Neste dag var det vanskelig å unngå følgende overskrift; «Vår fødeavdeling legges ned i ny hemmelig rapport». Dagen etter opplevde stedet der den minste fødeavdelingen i foretaket lå generalstreik – flere tusen personer la ned arbeidet i 3 timer for å markere sin støtte til fortsatt drift av den lokale fødeavdelingen.



### 1.3 Elementer i historien til refleksjon

Historien er fiktiv og satt sammen av ulike elementer fra våre respektive historier og arbeidserfaringer. Historien representerer en narrativ fremstilling. Ordet narrativ defineres i bokmålsordboka som:

«**Narrativ** (fra lat., av *narrare* 'fortelle') fortellende; som gjelder handlingsgangen i en fortelling.»

I Wikipedia beskrives narrativ metode som teoritradisjonen som peker på vårt uttrydelige og grunnleggende behov for å skape mening i det vi opplever ved å innskrive enkelthendelser i en større, strukturerende sammenheng. Denne metoden forutsetter at fortellingen fortelles uten å settes inn i en fortolkningsramme, mens man i ettertid gjør fortelleren oppmerksom på at alle fortellinger er uttrykk for valg og å peke på disse og andre mulige valg i de enkelte situasjonene i fortellingen. Den sentrale teoretiker innefor denne sjangeren er franskmannen Paul Ricoeur (1913-2005).

Historien illustrerer noen problemstillinger som er aktuelle i endringsprosesser. Vi ønsker å problematisere endringsprosesser ut fra et strategisk overordnet ståsted, og vil i det følgende omtale de områder som vi vil diskutere ut fra innhentet teori og vår historie. En hovedmålsetting i oppgaven er å vurdere og anbefale hvilke endringsstrategier som bør velges i noen aktuelle endringsprosesser i spesialisthelsetjenesten.

Følgende temaer vil drøftes som underlag for disse anbefalingene:

- *Forankring* er et sentralt element i alle endringsprosesser. Vi vil diskutere ulike måter å forankre prosesser på i en organisasjon. Sentralt er felles verdigrunnlag, erkjennelse av endringsbehov og krav til effektivisering ut fra et faglig og/eller økonomisk perspektiv. I historien vår er forankring belyst, først i de ulike ledernivåene, så blant de ansatte som berøres.

- Vi vil drøfte *endringstretthet* og hvordan dette påvirker endringsprosesser. Endringstretthet er i historien fremstilt slik det ofte beskrives i sykehusorganisasjoner («Dette har vi prøvd før» osv).
- Vi vil se på *lojalitet* som begrep og hvordan dette påvirker endringsprosesser. Sentralt i historien er lojalitet/mangel på lojalitet hos avdelingsledelsen som velger å trenere en oppgave som er delegert til dem fra direktør i HF'et via RHF'et.
- *Motstandselementet* er sentralt i endringsprosesser. I historien vår tar dette ulike former, og dette vil vi belyse ut fra aktuell litteratur.
- Vi vil også se på teori om noe, og i tilfelle hva, skiller spesialisthelsetjenesten fra andre bransjer i endringsprosesser. I den sammenhengen vil vi reflektere rundt *sterke fagfolks innflytelse* i endringsprosesser.
- Behov for ulike *kompetanse i ledergruppen* og for *kjernevirksomhetskompetanse* hos beslutningstagere vil drøftes ut fra teoretisk forankring.

I avslutningsfasen i den narrative historien får media en sentral rolle. Medias rolle i endringsprosesser er interessant, men pga oppgavens rammer og omfang kommer vi ikke til å drøfte dette.



## 2 Relevant teori

### 2.1 Bakgrunn for valg av teorigrunnlag

Gruppen har, gjennom diskusjoner rundt relevante elementer i den innledende historien, ønsket å analysere hva som kjennetegner gode endringsprosesser. Vi har funnet ulike teorigrunnlag hvor det meste er av generell karakter uten å ta høyde for eventuelle bransjespesifikke fenomener. Vi har valgt teoretiske tilnærminger der vi gjennom diskusjoner i gruppen har ment at overføringsverdien til sykehussektoren har vært nærliggende.

Det foreligger også analyser som påpeker bransjespesifikke utfordringer i sykehus/helseforetak som ser ut til å være av vesentlig betydning for at endringsforsøk mislykkes. Blant annet påpeker analyser utført av den amerikanske forskningsstiftelsen «The Advisory Board Company» (2007) interessante forhold som kan bidra til øke forståelsen for hvorfor man ikke har lyktes i måloppnåelse i endringsprosesser i helsesektoren. Disse bransjespesifikke erfaringene vurderes opp mot den generelle teorien.

I sektoren arbeider det mange fagpersoner med spisskompetanse. Disse omtales i noen sammenhenger som primadonnaer og er viktige premissleverandører og retningsgivere i endringsprosesser. Vi har derfor valgt å ta med et teoretisk bakgrunnsmateriale om dette felt.

Historien beskriver et eksempel på en endringsprosess av en kompleks karakter som vanskelig kan forklares med enkle teoretiske modeller for endringsprosesser. Imidlertid ønsker vi en gjennomgang av teoretiske modellen sammenholdt med bransjespesifikke erfaringer å skissere en overordnet forståelse for hvilke verktøy som kan benyttes som modeller i endringsprosesser.

### 2.2 Endring som begrep

Jacobsen og Thorsvik (2007) definerer at endring har skjedd når organisasjonen utviser forskjellige trekk på to ulike tidspunkt. Definisjonen er vid, men hensiktsmessig i den videre drøfting.

Hennestad og Revang (2006) viser til Beckhard og Harris (1987) som illustrerer organisasjonsendring på en enkel måte (figur 3.1. s 82):



B illustrerer den tilstanden som organisasjonen ønsker å være i. C er den kritiske perioden, der kvaliteten for B legges. Endringsprosessens utforming og gjennomføring, det vil si endringsstrategien, er altså avgjørende for hvordan organisasjonen vil fungere i den ønskede situasjonen B. Antagelsen forutsetter at det finnes ulike tilnærminger for å oppnå endringer i en organisasjon, og flere måter å lede endringsprosesser på. Jacobsen (2004) presenterer som en grunnleggende antagelse at planlagt endring er mulig å gjennomføre hvis to forhold er tilfredsstillt:

1. At man har valgt riktig endringsstrategi
2. At endringen ledes på riktig måte (det vil si at den passer til endringsprosessen og konteksten).

## 2.3 Endringsstrategier

### 2.3.1 Strategi E og strategi O

Jacobsen (2004) drøfter to idealtyper av strategier, med rendyrkede egenskaper, først presentert av Michael Beer og Nitin Nohria. Den første strategien kalles Strategi E (for «economic»):

«Strategi E har som formål å skape økt økonomisk verdi, ofte uttrykt i form av avkastning for eierne. Strategiens fokus er på formelle strukturer og systemer. Den er drevet frem av toppledelsen med betydelig hjelp fra eksterne konsulenter og med bruk av finansielle insentiver. Endringen er planlagt og programmatisk».

Den andre strategien kalles Strategi O (for «organization»):

«Strategi O har som formål å utvikle organisasjonens menneskelige ressurser slik at de blir i stand til å iverksette strategi og å lære fra de erfaringer man har fra endringstiltak. Strategiens fokus er utvikling av kultur for å skape stort engasjement. Virkemidlene som benyttes, er en utstrakt grad av deltakelse, og man baserer seg i mye mindre grad på konsulenter og finansielle incentiver. Endring er noe som skjer sakte, og den er mindre planlagt og programmatisk.».

Tabell 1. Egenskaper ved Strategi E og Strategi O

	Strategi E	Strategi O
Mål	Økonomisk forbedring	Læringsevne
Ledelse	Instruerende og kommanderende	Delegerende og støttende
Innhold	Strategi, struktur og systemer	Mennesker, grupper og kultur
Planlegging	Sekvensiell og analytisk	Interaktiv, eksperimenterende og inkrementell
Motivasjon	Bruk av finansielle incentiver	Indre motivasjon, ønske om å endre
Konsulenter	Eksterne spesialister	Prosesskonsulenter

Jacobsen beskriver Strategi E som en «top-down»-modell, tilsvarende kan Strategi O beskrives som en «bottom-up»-modell.

Som en grunnleggende tanke bak Strategi E ligger en idé om at en liten gruppe mennesker, som regel den formelle toppledelsen, har vurdert at det foreligger et behov for endring. De utarbeider selv, gjerne med ekstern bistand, løsninger for å møte de problemer eller utfordringer organisasjonen står overfor. Når løsningene er utarbeidet blir de implementert i organisasjonen. Endringen ligner i så måte det som andre har kalt en «kommandørmodell» for endring eller en form for «diktatorisk endring». Endringsprosessen er her i all hovedsak lineær, ved at de følger en fastsatt sekvens der en fase må finne sted før en annen. I følge Jacobsen vil strategi E generelt ha best sannsynlighet for å lykkes når:

1. Problemene organisasjonen opplever kan løses ved å endre på organisasjonens formelle elementer
2. Ledelsen har tilstrekkelig støtte internt (makt) til å gjennomføre endringen
3. Ledelsen har tilstrekkelig støtte eksternt (makt) til å gjennomføre endringen
4. Den generelle kulturen både i og utenfor organisasjonen aksepterer ledelsesstyrte prosesser

I Strategi O foretas det ikke en fullstendig analyse av problemer og utvikling av løsninger. I stedet legges det mer vekt på usikkerhet, det vil si at det i de fleste tilfeller er svært vanskelig å kunne kartlegge klart hva problemer består av, og hva som er den riktige løsningen. I



forbindelse med denne strategien snakker man oftere om utvikling. Endring ses ikke som en engangshendelse, men som en kontinuerlig og interaktiv prosess. I følge Jacobsen vil strategi O ha best sannsynlighet for å lykkes når:

1. Organisasjonen har tid til å ta små skritt, eksperimentere, prøve og feile
2. Motstanden er liten, noe som ofte vil være i de tilfeller der endringer ikke påvirker grunnleggende maktforhold, der omfanget er lite (inkrementell endring) og der organisasjonen ikke er sterkt fragmentert
3. Kulturen aksepterer stor grad av deltakelse, det vil si der maktavstanden er liten

### 2.3.2 Videreutviklet modell

Strategi O og E, omtalt i 2.3.1, danner grunnlaget for en videreutviklet modell for endringsledelse beskrevet av Jacobsen og Thorsvik (2007). Modellen fremstilles skjematisk som 4 strategier for endring:

**Tabell 2. Strategier for endring**

	Revolusjon	Evolusjon
Basis i orden og tvang	Diktatorisk omforming	Tvungen utvikling
Basis i samarbeid og konsultasjon	Karismatisk omforming	Deltagende utvikling

*Diktatorisk omforming* er det som tradisjonelt omtales som strategisk reorientering, og denne kan illustreres ved 3 faser:

1. Ledelsen analyserer situasjonen, eksternt med hensyn til trusler og muligheter, internt med hensyn til sterke og svake sider.
2. Ledelsen setter et strategisk mål ut fra analysen, delmål og tidsplan settes.
3. Analyse av iverksettingsmetode, hvilke problemer kan oppstå, strategier for å minske motstand, belønningssystemer, ekstern konsulenthjelp osv.

Modellen er en klassisk «top-down»-prosess med et militært ideal. Den åpner lite for alternative synsvinkler og begrenser ansattes mulighet for medvirkning. Denne metoden får ofte mye motstand, fra lavere nivå pga mangelen på innflytelse og fra kompetansepersonell pga stor motstand mot å få «tredd» endringer nedover hodet.

*Karismatisk omforming* krever tilstedeværelse av en karismatisk leder/autoritet som, definert hos Weber (1947) som en person som via sine personlige trekk fremstår som et forbilde for andre. Denne type ledere er oppfattet som til å stole på og derfor vil all informasjon de kommer med oppfattes troverdig.

Nyere ledelsesteoretikere benytter «transformasjonsledelse» og karisma i forhold til endringsledelse, der den karismatiske lederen fører til følgende:

- Skaper «dommedagsstemning» som etter hvert blir en akseptert oppfatning i organisasjonen.
- Lager en visjon, ofte formulert i metaforer, som innebærer høy standard og står i kontrast til hva som vil skje hvis man ikke gjør endringer.
- Viser et stort personlig engasjement og trekker stadig frem små suksesser som bevis på at man er på vei i riktig retning. Slik ødelegges troen på de gamle strukturer og kulturer.
- Setter ansatte i stand til å gjennomføre planene, fordi han/hun er en rollemodell man ønsker å identifisere seg med.

Bruk av karismatisk omforming er beheftet med store problemer. Karismatiske ledere er ikke lett å finne, de er ofte gode i en spesiell situasjon og dårlige i andre, eks endringsprosesser kontra hverdagsaktiviteter. Dessuten er en karismatisk leder ofte organisasjonsspesifikk, dvs karismatisk i en organisasjon og ubrukelig i en annen. Karismatiske ledere skaper ofte store forventninger som kan være vanskelig å innfri, og dette kan derfor gi dessillusjon på sikt.

*Tvungen utvikling/inkrementell utvikling* er endringer som skjer i små, men sammenhengende steg og kommer som ordre fra ledelsen. Et aktuelt eksempel er innføring av nytt arkivsystem. Disse endringene kan være enkeltendringer eller være en del av en langsiktig plan om store endringer. Følgende elementer er sentrale:

- Mange små endringer på ulike områder utarbeides og ledelsen innpasser disse i en større strategi som ikke er detaljert i forkant.
- Målet er klart, men lavere nivå bestemmer gjennomføringen for delmålene.
- Løsninger/forslag som velges som viser seg å ikke fungere, må ledelsen avvikle. Når dette gjelder i begrensede avdelinger/enheter er det lettere å avvikle dem uten store protester.
- Allianser kan splittes ved at ledelsen støtter tiltak man liker og avvikler tiltak man ikke liker. Små endringer/tiltak gjør det vanskeligere å skape omfattende allianser.
- Ut fra de små endringene får vi til slutt en større og mer omfattende endring. Prosessen kan heller kalles en naturlig evolusjon enn en ledelsesstyrt endring.

Karakteristisk ved modellen er at ledelsen har en klar plan/mål og at endringen skjer i små skritt.

I *deltagende utvikling* er hovedpoenget at organisasjonen har ansvar for organisasjonens utvikling og er aktiv i endringsprosessen. Metoden sees som en reaksjon på toppstyrte prosesser og har fellestrekk med organisasjonsutvikling (OU). OU ble til på bakgrunn av et ønske om humane og demokratiske organisasjoner, og var et alternativ til den tradisjonelle «top-down»-endringene. Strategien bygger på et syn om at alle mennesker frivillig bidrar for organisasjonens beste og at det ikke er noen grunnleggende konflikter mellom ledelsen og ansatte. Tilnærmingen tilsvare også Strategi O i Jacobsen (2004), som også beskrives som en «inkrementell» eller «deltakende» tilnærming, eller rett og slett som «organisasjonsutvikling».

OU har blitt kritisert fra ulike hold, bla overfokuset betydning av sosiale systemet på bekostning av struktur og teknologi og at man har fokusert for mye på interne forhold og for lite på konsekvenser for omgivelsene. Den kritiseres også for å fremstå som en universell strategi og at endringene i praksis ikke skjer i samarbeid, men med sterke konflikter, manipulering og utilsørt maktbruk. Strategien kritiseres også for å være tidskrevende og at den derfor ikke passer inn der endring må skje raskt.

## **2.4 Vellykkede endringsprosesser**

### **2.4.1 Fellestrekk ved vellykkede endringsprosesser**

Jacobsen og Thorsvik (2007) oppsummerer fellestrekk ved vellykkede endringsprosesser de siste tiårene. Følgende punkter sammenfaller i de fleste studiene:

- Skapt følelse av krise, «vi må gjøre noe»
- Definert visjon som er kommunisert bredt i organisasjonen
- Det defineres hva som skal endres, men samtidig hva som skal bli stabilt
- Sterk koalisjon bak endringsønsket, makt som kan mobiliseres for å overkjøre motstand

- Starter man med små skritt er sjansen større for å lykkes, små mål som er oppnådd kommuniseres ut i organisasjonen
- Hele tiden understreke sammenhenger mellom endring og positive resultater.

Det understrekes at dette på mange måter er en «manipulerende prosess».

Øystein Fossen (2008) beskriver forutsetninger for vellykkede endringsprosesser. Fossen stiller innledningsvis spørsmålet: «Så mye flinke folk, så mye penger – hvorfor får vi ikke til endring?», og oppsummerer 10 viktige elementer i endringsprosesser. I det følgende beskrives disse.

*Bygging av lederkollegiet* presenteres som driver i endringsprosesser. Fossen fremhever dette som en ubetinget forutsetning i endringsprosesser. Toppledere må forstå, kommunisere og manøvrere ulike arenaer, blant ledere, fagfolk, tillitsvalgte, brukere, politikere, presse og publikum. Dette kaller Fossen å *manøvrere i kraftfeltet*. Det er viktig å trekke med brukere og brukerperspektivet i endringsprosesser, og ha dette fokuset når nødvendige og upopulære grep må gjøres, stikkordet her er *brukermobilisering*.

Videre fremheves *lederutdanning* som en langsiktig satsning. Ledere må se fag, økonomi og politikk i sammenheng, og dyktige fagpersoner kan skoles til dette. Det er viktig for endringsprosesser at det foretas en overordnet *funksjons- og oppgavefordeling* som sikrer ressursutnyttelse og volum. Styring via rammebetingelser, eks effektivisering og overgang til dagbehandling/kortere liggetid, fremskyndes ved styrt tilførsel av areal, også kalt *arealpolitikk*. En annen måte er at måltall for hverdagens handlinger synliggjøres, deretter må fagmiljøet selv ta utfordringen med å trekke slutninger og gjøre de nødvendige endringer. På denne måten vil avdelinger arbeide selvstyrt. Fossen kaller dette *tilbakespill av måltall*.

Til sist fremheves poenget med *engasjerte fagfolk*, dvs mobiliser fagfolk til å drive systematisk utviklingsarbeid via behandlingslinjer og metoder for forbedringsarbeid. Får du ikke med fagfolkene er alle de andre punktene vanskelig å gjennomføre. Endringstrette medarbeidere kan ivaretas ved en rolig og forsiktig «*bottom-up*» mobilisering, uten at det snakkes for mye om behov for endring, også kalt *myke endringsprosse*. Til slutt omtales momentet *partssamarbeid*. Her forankres behov for endring, forståelse og samarbeid om påkrevd endring via mobilisering av alle aktuelle parter.

Fossen fremhever at engasjerte fagfolk, bygging av lederkollegiet og manøvrering i kraftfeltet er spesielt viktige elementer for å lykkes med endringsledelse.

#### **2.4.2 Primadonnaer i endringsprosesser**

Sykehusorganisasjoner skiller seg ikke mye fra andre høykompetansebedrifter med hensyn til at dedikerte fagfolk med spisskompetanse fungerer som uformelle ledere, slik at det formelle organisasjonskartet ikke nødvendigvis gjenspeiler den reelle maktstruktur. Dette er ansatte og/eller ledere som i kraft av sitt faglige ståsted har stor innflytelse og derfor også i endringsprosesser er viktige. Av enkelte omtales disse fagpersonene som primadonnaer.

Helle Hedegaard Hein skriver i en artikkel i *ledelseidag.dk* nr. 2, 2008 om «Ledelse av primadonnaer – myter og fakta», om primadonnaer som et stort aktivum for en virksomhet, men også om hvordan de er en stor ledelsesutfordring. Hein beskriver at primadonnaer ofte har følelsen av å tjene et høyere formål, deres faglige og personlige verdier går inn i hverandre og de klarer ofte ikke å holde på grensene mellom jobb og privatliv. Derfor er det inngripende å lede disse, ledelsen blir med inn i den private sfæren.

Den eksistensielle motivasjonsfaktoren hos primadonnaer er *kaldet*. To psykologiske faktorer er beskrevet som drivkrefter for primadonnaenes motivasjon, *kick*'et og *flow*. *Kick*'et er

tilstanden man streber etter og det kommer når man har lyktes, «Det er derfor jeg gjør dette». *Flow* er prosessen frem til *kick*'et. Dette er ikke en lett vei, man prøver å finne en løsning og glemmer tid og sted.

Hein viser til at primadonnaer ønsker å ledes, men at de raskt mister respekten for en leder som forsvarer en faglig standard som er lavere enn det primadonnaen ønsker. Og de er vare for å ikke bli behandlet som den viktigste drivkraften i virksomheten. Hvis lederen oppfører seg som om det er han/hun som gjør den store forskjellen, mister primadonnaen respekten.

I endringsprosesser er altså primadonnaer svært viktige, ikke minst fordi de ofte nyter stor respekt blant andre ansatte og deres meninger blir hørt på.



## 2.5 Motstand mot endring

### 2.5.1 Typer motstand i endringsprosesser

De fleste endringsforslag møter motstand, en stor utfordring er å identifisere dette når det forekommer. Det viser seg at motstand kan deles inn i ulike faser, der hver fase har sitt karakteristika. Jacobsen (2004) beskriver dette gjennom en modell der intensiteten i motstanden øker i ulike faser:

Tabell 3. Motstand i ulike faser

Fase	Type motstand
Fase 1	Apati/likegyldighet: <ul style="list-style-type: none"><li>• Fravær av positive eller negative følelser</li><li>• Manglende interesse</li></ul>
Fase 2	Passiv motstand: <ul style="list-style-type: none"><li>• Negative oppfatninger og holdninger</li><li>• Negative og kritiske synspunkter på endringen</li></ul>

Fase	Type motstand
Fase 3	<p>Aktiv motstand:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sterke kritiske ytringer (for eksempel gjennom media)</li> <li>• Stiller seg tvilende til poenget med videre deltagelse i prosessen</li> <li>• Fredelige boikotter og protester</li> </ul>
Fase 4	<p>Aggressiv motstand:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktiv spredning av negative rykter og historier</li> <li>• Nekting av iverksetting av endringstiltak</li> <li>• Mer voldsomme streiker og aksjoner</li> <li>• Direkte undergraving og skjult sabotasje</li> <li>• Direkte ødeleggelse og «terrorisme»</li> </ul>

### 2.5.2 Årsaker til motstand mot endring

Årsaker til motstand kan være både individuelle og/eller gruppebaserte. Det kan være nyttig å tenke gjennom og analysere potensielle årsaker til motstand i aktuelle endringsprosesser, og på denne måten forebygge eller på en mer konstruktiv måte håndtere dette underveis.

Jacobsen og Thorsvik (2007) trekker frem ulike årsaker til motstand mot endring:

1. *Frykt for det ukjente*, endring fører til at man går fra en sikker tilstand til en usikker tilstand. «Det er tryggest å holde på det man har, man vet aldri hva man får.»
2. *Brudd på en psykologisk kontrakt*, definert som et sett av uskrevne forventninger mellom den enkelte arbeidstaker og ledelsen i organisasjonen. «Det var ikke dette jeg var forespeilet da jeg tok jobben.»
3. *Tap av identitet*, arbeidstakere identifiserer seg med den jobben de gjør, man identifiserer seg med den jobben man har gjort. «Betyr denne endringen at alt jeg har drevet med har vært meningsløst?»
4. *Symbolisk orden endres*, organisasjoner kan forstås ut fra symboler, måten man blir snakket til, hvilket kontor man har osv.
5. *Maktforhold endres*, motstand som følge av at man er usikker på egen maktposisjon og/eller innflytelse etter eventuell endring.
6. *Krav om nyinvesteringer*, enkeltpersoner kan bli nødt til å innfri krav om kompetanseøkning. Hvis man har spesialisert kompetanse fra før, kan motstanden bli stor. «Men det er jo dette jeg kan og er opplært til.»
7. *Dobbeltarbeid (i en periode)*. Hvis arbeidssituasjonen oppleves presset fra før kan motstanden arte seg som motstand mot ekstraarbeid mens endringen pågår og «gammel drift» fortsetter en stund til.
8. *Sosiale bånd brytes*, endringen kan medføre tap av kontorfelleskap og kontakt med kollegaer man har hatt over tid. Trist (1981) viser i studier av omorganisering av kullindustrien i England at den største motstanden kom i forbindelse med frykt for at sosiale bånd brytes.
9. *Utsikter til personlig tap*, det være seg frykt for at jobben forsvinner eller karrieremuligheter forringes.
10. *Eksterne aktører ønsker stabilitet*, for eksempel en ekstern gruppe som frykter for å miste sin inngangsport til organisasjonen.

## 3 Drøfting og refleksjon

### 3.1 Drøfting av historien i lys av relevant teori

#### 3.1.1 Valg av endringsstrategi

Innledningsvis var ledelsen enige om at det forelå et konkret endringsbehov («*det burde utarbeides en mer hensiktsmessig funksjonsfordeling*», dette for å forbedre kvaliteten). De utarbeidet også en av løsningene for å møte utfordringen (funksjonsfordeling innenfor fødetilbudet). Endringsstrategien ser innledningsvis ut til å samsvare med Strategi E i Jacobsen (2004).

Ledelsen valgte deretter å delegere implementering til avdelingsledelsen. Dette kan forstås som et valg om å kombinere Strategi E med en annen endringsstrategi, som minner om Strategi O. Selv om løsningen var skissert på overordnet nivå, blir gjennomføringen overlatt til berørt fagavdeling hvor man tilsynelatende forventer en «*bottom-up*»-tilnærming. Muligens skyldes de etterfølgende problemene at man her kombinerer strategier, som i følge Jacobsen (2004) kan være problematisk. I dette tilfellet besto kombinasjonen av en overordnet beslutning om hva som skulle gjøres, og en avdelingsvis gjennomføring. En annen mulig forklaring på etterfølgende problemer kan være at ingen av de nødvendige betingelser for å lykkes med Strategi E er til stede: Løsningen kunne ikke skje gjennom formelle endringer, ledelsen hadde ikke tilstrekkelig støtte internt eller eksternt, og den generelle kulturen i og utenfor organisasjonen aksepterte ikke ledelsesstyrte prosesser.

I denne delen av prosessen skjer motstanden i henhold til Jacobsens (2004) Fase 1 av motstand, dvs. apati eller likegyldighet («*man ønsket nå å få ro til å jobbe*», og «*selv etter gjentagende oppfordringer skjedde det lite i avdelingen*»). En forklaringsmodell for årsaker til motstanden kan finnes i Jacobsen og Thorsvik (2007). En ser at «*fagmiljøet var fornøyd med måten tilbudet var organisert på*». Årsaker til dette var sannsynligvis en kombinasjon av flere årsaker; (1) frykt for det ukjente, at (4) symbolsk orden ville blitt endret samt (9) utsikt til personlig tap og frykt for at jobben og/eller karrieremulighetene kunne forsvinne. «*Man ønsket nå å få ro til å jobbe*» innebar sannsynligvis også en kombinasjon av ytterligere årsaker; (3) tap av identitet – man identifiserte seg med jobben og (7) utsikt til dobbeltarbeid som ikke var ønsket i en presset arbeidssituasjon. Det er også åpenbart at en har erfaringer som gir gode grunner til å være skeptiske («*...man hadde gjennomgått stadig nye omorganiseringer uten at noe var blitt bedre.* »).

På den annen side stemmer valgt endringsprosess godt overens med modellen «*Tvungen utvikling*» fra Jacobsen og Thorsvik (2007); endringen skal skje etter ordre fra ledelsen, og målet er klart. Samtidig er det lavere nivå som bestemmer gjennomføringen. En ser også at ledelsen har en plan for endringen, samtidig som det ikke er lagt begrensninger for at endringen kan skje i mindre skritt hvis avdelingen ville gå inn for det.

#### 3.1.2 Forankring av prosessen

Det er administrerende direktør og medisinsk direktør som synes vedtaket i RHF'et er en god anledning til å se på organiseringen av fødetilbudet i foretaket. Det virker ikke tilstrekkelig forankret, verken i ledergruppen eller blant ansatte. Ledelsen i fødeavdelingen får beskjed om å effektivere vedtaket ved å se på struktur og forslå endringer under dekke av medisinsk faglig standard.

At ledelsen i den avdelingen ikke gjør noe på 6 måneder bekrefter at prosessen ikke er forankret, dvs man har ingen felles forståelse for nødvendigheten av endringen, referert hos Jacobsen og Thorsvik (2007) som «å skape følelse av krise og av at det er nødt til å gjøres

noe». De fire første punktene i Jacobsens og Thorsviks oppsummering av vellykkede endringsprosesser innfris ikke, det vil si at man får en relativt trang start.

Det skapes ingen følelse av at noe må gjøres. Det er administrerende direktør og medisinsk direktør som ser at dette er en god ide, og i historien får man inntrykk av at de to har løsningen klar med hensyn til hva som må vurderes og endres før ledergruppen har fått diskutert dette godt nok. Det defineres ingen visjon som kan kommuniseres ut og det defineres ikke hva som skal bli stabilt; hva som ikke rammes av eventuelle endringsforlag.

Det er ingen sterk koalisjon bak endringsønsket, når i praksis ikke engang hele ledergruppen stiller seg bak. Dette punktet kan man tenke er banalt og selvfølgelig, men i praksis viser det ofte at toppledergruppen ikke stiller seg lojalt bak det flertallet bestemmer i ledermøtet. Hvordan man da skal kunne forankre videre nedover i organisasjonen, kan nok i beste fall beskrives som en nokså umulig oppgave. Dette er dessverre hverdagen i mange helseforetak.

### **3.1.3 Lojalitet og endringstretthet**

Historien illustrerer manglende lojalitet på de følgende punkter:

1. Avdelingsledelsen ved fødeavdelingen følger ikke opp et vedtak som er gjort i ledermøtet om å se på organisering og struktur i lys av medisinsk faglig utvikling. De er raskt på banen med unnskyldninger og viser ingen lojalitet til det ledermøtet har bestemt. Ledermøtet må derfor gjøre et nytt vedtak der de detaljstyrer en prosess som avdelingen selv burde ha laget.
2. Et annet eksempel på manglende lojalitet i historien er når et medlem i en arbeidsgruppe velger å gå til pressen med et arbeidsdokument.

Punkt 1 viser at det i denne organisasjonen gis anledning til å ikke følge opp det flertallet i ledermøtet har pålagt en enkelt avdeling. Dette er et alvorlig tegn med hensyn til lojaliteten innad i ledergruppen og har konsekvenser for hvordan organisasjonen ellers fungerer og tillater seg å opptre. Når en avdelingsledelse tillater seg å ikke effektuerer et vedtak fra RHF og deretter egen ledergruppe, er det illojalt med hensyn til det kollegiale og et sterkt signal til fagmiljøet med hensyn til hvor man står lojalitetsmessig. Verdien og gjennomføringsmulighet med hensyn til et eventuelt senere fattet vedtak begrenses mye av treneringen fra avdelingsledelsens side.

Et interessant aspekt er da hvor lojaliteten til avdelingsledelsen er. I sykehusorganisasjoner er det vanlig at engasjerte fagfolk, som har jobbet samme med andre klinikere i mange år, blir avdelingssjefer. Som avdelingssjef forutsettes det fra sykehusledelsen at lojaliteten din er i ledergruppen og at helheten har prioritet. Fra ansatte, og ofte da tidligere kollegaer, forutsettes det at lojaliteten er hos dem og at avdelingssjefens primære rolle er å føre deres sak i ledergruppen. I tillegg kommer lojaliteten til faget og ønske om å opprettholde og ekspandere eget fagområde, som stemmer godt overens med lojalitetskravet fra ansatte. Erfaringer fra egne organisasjoner er at lojalitet ikke diskuteres prinsipielt og med tanke på praktiske konsekvenser i ledergrupper, og at dette gjør at ulike ledere legger forskjellige elementer inn i begrepet, som igjen gjøres om til ulik praktisering. I vår historie er det nærliggende å anta at lojaliteten til lederne ligger i fagmiljøet og hos de ansatte og at dette blir årsaken til treneringen.

Punkt 2 er dessverre ikke bare et tenkt eksempel, men skjer stadig i endringsprosesser i vår sektor. Media er mer enn villig til å la seg bruke på denne måten. Det er også et tydelig signal på manglende lojalitet og tiltro til egne prosesser, når et medlem av en av arbeidsgruppene går til media med et arbeidsdokument. Dette kan tolkes som desperasjon, men det kan også være

at dette regnes som et virkemiddel som det er naturlig og legalt å benytte seg av. Det siste gjør det i tilfelle ikke enklere å være toppledelse i en virksomhet.

Historien viser til en avdeling som er motvillig til å etablere en målsetting om endret drift ut fra faglige begrunnelser. I seg selv er dette påfallende, fagfolk bruker vanligvis å ha stor stolthet med hensyn til å ville drive medisinskfaglig forsvarlig. Det er nok derfor tydelig at den faglige gevinsten for pasientene ikke er et åpenbart motiv for endringsvurderingen, verken i avdelingsledelsen eller lengre ned i organisasjonen.

Endringstretthet kommer sannsynligvis av manglende tro på og eierskap i prosessene. Sykehussektoren har i en årrekke vært pålagt utredninger med hensyn til endringer, og en stor del av disse forslagene har av ulike årsaker blitt «lagt i en skuff». I mange omorganiseringer har det vist seg svært vanskelig å se og eventuelt forankre positiv effekt av endringene for pasientene. Dette gjør at når ledelsen benytter medisinskfaglige argumenter benyttes som motiv for endring, blir dette misstenkeliggjort som fordekte økonomiske motiv av fagfolkene. Fagfolk føler også ofte at endringsprosessene ikke dreier seg om kjernevirksomheten, og de mister interessen, bidrar begrenset inn i prosesser eller trenerer dem. Konsekvensen kan altså være manglende lojalitet, både blant ansatte og ledere, på grunn av endringstretthet.

### **3.1.4 Ledelsen velger ny endringsstrategi**

På grunn av manglende fremdrift velger ledermøtet en ny strategi: «Etter 6 måneder besluttet derfor ledermøtet å etablere en prosjektgruppe med engasjerte og åpenbart motiverte representanter fra begge berørte sykehus...». Denne strategien ser ut til å være en mer rendyrket form av Jacobsens (2004) Strategi O.

Strategien stemmer nå også godt overens med Jacobsen og Thorsviks (2007) «Deltagende utvikling», der alle mennesker i organisasjonen (her blant annet gjennom tverrfaglige grupper) bidrar. En kan også kommentere at «deltagende utvikling», på samme måte som ny strategi i vårt narrativ, kommer som en reaksjon på toppstyrte prosesser. Det legges opp til en opptiningsfase («etter hvert som arbeidet skred frem... flere og flere så viktigheten av de faglige og kvalitetsmessige argumentene»), gjennom å skape engasjement i tverrfaglige grupper samt ved involvering av brukerrepresentanter.

Ledelsen velger her samtidig en interessant innfallsvinkel ved å involvere direkte en «primadonna», dvs. barnelegen. Han hadde åpenbart, ved at han var drivkraft for den faglige utviklingen, et «kald» tilsvarende det som beskrives i Hein (2008), og kunne sannsynligvis i betydelig grad bidra til at fagfolk i enheten fikk tillit til prosessen.

### **3.1.5 Status når vi forlater historien**

Når konklusjonen fra arbeidsgruppen skal ferdigstilles ser vi at motstanden går over i Jacobsens (2004) Fase 3, Aktiv motstand («...en uferdig arbeidsversjon av den aktuelle rapporten... ble overlevert til en journalist i lokalavisen»). Dette ble sannsynligvis gjort for å anspore til eksterne reaksjoner som tilsvarende Jacobsens Fase 4, Aggressiv motstand («...generalstreik – flere tusen personer la ned arbeidet i 3 timer...»), en strategi man tydeligvis lyktes godt med.





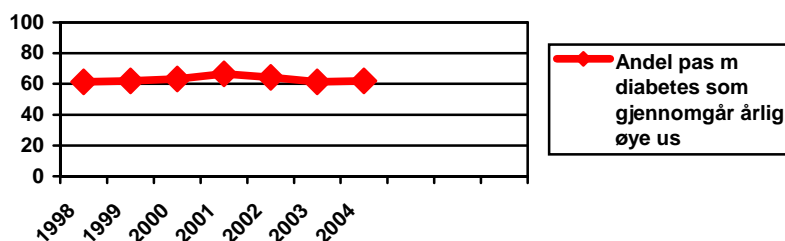
## 3.2 Situasjonsbestemt valg av endringsstrategier

Hvilke muligheter finnes for gjennomføring av endringer i sykehussektoren? Hvem bestemmer egentlig på en arena der prinsipp-politikk, lokalpolitiske agendaer, redsel for velgerflukt og medias fokus på enkeltpasienter/enkeltsaker styrer prinsipielle beslutninger og sterke fagpersoners/primadonnaers ord veier sterkt til tross for at deres fokus ofte er på deres begrensede fagområde?

### 3.2.1 Erfaringer med endringsprosesser i helsesektoren

Helsevesenet er internasjonalt blitt karakterisert som «an industry standing still»; til tross for økt ressursbruk har man ikke kunne påvise tilsvarende effekt sentrale effektmål som behandlingskvalitet, pasienttilfredshet eller økonomisk resultat. Denne tendensen har vært observert uavhengig om virksomheten drives privat og konkurranseutsatt eller offentlig i monopollignende situasjon. I perioden 1998-2004, har ressursbruken i amerikansk helsevesen økt fra ca. 9 % til 14 % av brutto nasjonalprodukt. På tross av dette har de fleste indikatorer på kjernevirksomhetens faglige kvalitet og kostnadseffektivitet vært uendret illustrert ved følgende eksempler:

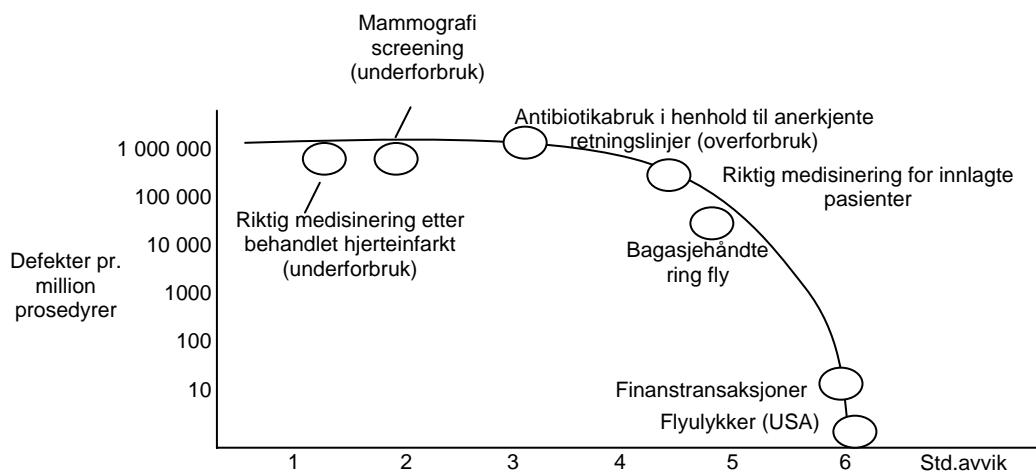
- Kvalitetsindikatorer; et aktuelt eksempel er andel pasienter med diabetes som gjennomgår årlig øyebunnsundersøkelse. Figur 1 viser at det for denne indikatoren ikke har skjedd positiv utvikling i denne perioden (fra Advisory Board (2007), hentet fra Center for Disease Control, National Diabetes Surveillance System)<sup>1</sup>.
- Pasienttilfredsheten har vært nærmest helt uendret i perioden (Advisory Board (2007), fra Management Association Almanac of Hospital Finance and Operating Indicators 2006).
- Økonomisk resultat; gjennomsnittlig EBITDA (økonomisk bunnlinje) i amerikanske sykehus har vært mellom 2,5 % og 4 %, slik at plassering på vanlig bankkonto ville gitt høyere avkastning enn driftsmarginen for sykehusdrift. (fra Advisory Board, 2007), hentet fra Press Ganey Ass Inc Health Care Financial).



Figur 1. Andel pasienter i USA med diabetes som gjennomgår årlig øyebunnsundersøkelse 1998-2004

En sammenligning av diagnostisk og terapeutisk presisjon i helsevesenet med tilsvarende presisjonsnivå for prosedyrer i andre bransjer viser at bransjen har en stor utfordring for å komme opp på samme nivå som andre bransjer. Figur 2 viser blant annet at sjansen for å miste bagasje under flyreiser er mindre enn sjansen for å få riktig medisinsk behandling etter gjennomgått hjerteinfarkt.

<sup>1</sup> Den hyppigste årsak til blindhet i den vestlige verden er Aldersrelatert Makuladegenerasjon (AMD), en tilstand med økt forekomst hos pasienter med diabetes. Tilstanden kan behandles effektivt når den oppdages og behandles tidlig, slik at utvikling av synstap kan hindres og dels reverseres. Det er derfor anbefalt at pasienter med diabetes bør gjennomgå årlig øyeundersøkelse.



**Figur 2. Diagnostisk og terapeutisk presisjon i amerikansk helsevesen sammenlignet med andre bransjer**

Et gjennomgående bransjetrekk er at det har vært iverksatt en rekke endringstiltak hvor man ikke på forhånd har definert klare effektmål for endringene og det har derfor vært vanskelig å evaluere effekten av endringene. De gangene dette har vært gjort har man imidlertid ikke oppnådd resultater har vært i nærheten av målsetningene. Advisory Board (2007) evaluerte over 500 prosjekter initiert for å bedre behandlingsskapasitet, personalforvaltning samt lønnsomhet. Analysen viser at man oppnådde forventet resultat i 16 % av prosjektene, imidlertid ble det funnet negativ effekt i 18 %, mens ingen effekt ble observert i 58 %, noe som demonstrerer en meget begrenset endringsevne.

Advisory Board (2007) viser også til at der prosjekter initielt har kunnet dokumentere måloppnåelse er denne av kortvarig karakter. I 1275 prosjekter hvor man ønsket å bedre pasienttilfredshet ble det etter ett år observert tilfredsstillende resultater i ca 25 % av prosjektene. Etter tre år ble det observert vedvarende resultater i under 1 % av prosjektene.

En kan dermed oppsummere at helsesektoren har:

- Vedvarende dårlige resultater i form av ledelsesindikatorer som økonomisk resultat og kvalitet i behandling
- Uakseptabelt dårlig resultat i diagnostisk og terapeutisk presisjon sammenlignet med andre bransjer
- Dårlig og kortvarig effekt av forbedringstiltak

Det er åpenbart drevet endringsprosesser – men disse har ikke hatt den ønskede effekt. En av årsakene til manglende effekt kan være at det er valgt uhensiktsmessige endringsstrategier, eller endringsstrategier som ikke passer til den aktuelle situasjon.

### 3.2.2 Behov for kjernevirksomhetskompetanse på beslutningsnivået

I henhold til Fossen (2008) er bygging/sammensetning av lederkollegiet viktig for å kunne gjennomføre hensiktsmessige endringsprosesser. Helsevesenet har i moderne tid opplevd endringer i rammebetingelser som krever stadig mer sammensatte egenskaper av dens ledere. Der den mest kompetente legen tidligere utgjorde et naturlig lederskap som administrerende overlege, er dagens lederutfordringer så vidt mangfoldige at dette må dekkes av ledere med forskjellige kompetanseområder.

Ved rekruttering til lederstillinger bør man derfor lete spesifikt etter spisskompetanse slik at lederteamets samlede kompetanse dekker virksomhetens utfordringer, lederutvikling bør være

fokusert på å videreutvikle den enkelte leders sterke sider og ikke prøve å utvikle evner/egenskaper som vedkommende i utgangspunktet ikke innehar.

Dette er en erkjennelse av at virksomheten er blitt så vidt kompleks at toppledelsen ikke har tilstrekkelig faglig kompetanse og integritet til å gjennomføre endringer i henhold til Jacobsens Strategi E. Strategi E som uttrykk for «top-down prosesser» er således kun egnet for endringsprosesser som er tuftet på helt overordnede rammebetingelser som defineres på et høyt politisk/departementalt plan. Jacobsen nevner ett eksempel på en type organisasjon der det er svært lite sannsynlig at man vil lykkes med strategi E, nemlig i et norsk sykehus. Norge er et land med liten maktavstand, og samtidig er norske sykehus klassiske eksempler på profesjonelle byråkratier med svært mye makt tillagt den operative kjernen. Omgivelsene er sterkt institusjonalisert, med mange sterke profesjonsforeninger, interessegrupper, fagforeninger og tilsynsorganer.

I fremtiden vil man sannsynligvis oppleve større innslag av faglig dissens på bakgrunn av prioriteringsgapet som krever av et samlet fagkollegium må sikre midler til «sin» virksomhet på bekostning av annen medisinsk behandling med dokumentert effekt. Dette fordi det allerede nå eksisterer et gap mellom det som er medisinsk mulig å tilby og det som samfunnet ønsker å bruke av økonomiske midler til helseformål. I slike tilfeller er det sannsynligvis behov for en mer «top-down» – preget prosess, fordi en ikke kan forvente at fagfolk vil kunne diskutere seg frem til endringer som har stor konsekvens for eget fagområde. Et eksempel på dette er funksjonsfordeling. En klar forutsetning for å lykkes med en slik prosess er en klar allianse mellom HF-ledelse, RHF-ledelse og sentral politisk ledelse. Hvis disse alliansene er til stede og det samtidig velges en hensiktsmessig endringsstrategi, øker muligheten for å lykkes med strukturell endring. En slik strategi tilsvare i praksis Diktatorisk omforming, som beskrevet av Jacobsen og Thorsvik (2007). En slik «top-down» strategi forutsetter sannsynligvis en prosess der fagfolk kvalitetssikrer forsvarligheten i endringsprosessene, slik at de er tuftet på faglige innsikt og kjernekompetanse. Dette er helt nødvendig for å gi prosessen legitimitet i forhold til de fagmiljø som skal gjennomføre implementeringen.

Et alternativ til diktatorisk omforming er nødvendig når endringsarbeidet innebærer behov for detaljert faglig utvikling og en er avhengig av sterkere forankring *samtidig* som beslutningen om den planlagte endringen må skje «top-down». Et alternativ er da å kombinere Diktatorisk omforming med Deltagende utvikling, dvs kombinasjon av Strategi E og Strategi O. Jacobsen (2004) hevder imidlertid at selv om det umiddelbart virker fornuftig å «hente det beste fra to verdener», kan strategiene også være vanskelige å kombinere. En endringsprosess som inneholder uforenlige elementer, for eksempel ensidig maktbruk fra ledelsen samtidig med aktiv involvering, kan gi sterkere motreaksjoner enn man ville oppnådd ved bare å benytte en «hard» endringsstrategi av type E. Å si at man driver med en strategi, mens man faktisk (også) driver med en annen strategi, kan oppleves som at ledelsen opererer med en skjult agenda. Dette kan gjøre at en opplever at selve *prosessen* oppfattes som urettferdig. Dermed oppnår man ikke bare en reaksjon mot selve innholdet i endringen, men også mot hvordan den er gjennomført. Jacobsen (2004) hevder videre at hvis kobling av flere endringsstrategier samtidig er vanskelig, er det en mulighet å tenke seg at ulike endringsstrategier kan anvendes på ulike tidspunkt. Det vil si at de brukes i sine «rene» former, men på ulike tidspunkt i en og samme organisasjon.

Et bedre alternativ er da Tvungen utvikling som på en bedre måte kombinerer «top-down» og «bottom-up»-strategier (Jacobsen og Thorsvik 2007).

### 3.2.3 Viktigheten av engasjement blant ansatte

I Storbritannia gjennomførte *National Health System* totalt 12 større reformer (white papers) i perioden juli 2000 til oktober 2007. Evaluering i ettertid har vist at man i liten grad hadde lykkes med å nå de målsetninger som var beskrevet i reformene. Fagmiljøenes egen dom var beskrevet som «*drowning in rapid change*». Man observerte at mange fagpersoner mistet sitt engasjement; de mistet troen på at organisasjonen får det beste ut av dem som arbeidstagere. Samtidig ble de stadig mindre villige til å bidra utover et minstemål for at organisasjonen skal lykkes med å nå sine faglige og økonomiske mål. De ansatte bar etter hvert preg av å være lojale i forhold til sin arbeidsgiver ved at de ikke ønsket å skifte arbeidsgiver, imidlertid mister de engasjementet som beskrevet ovenfor.

Undersøkelser avdekket at kun 17 % kunne kategoriseres som «engasjerte», 63 % som uengasjerte, og 20 % som direkte negative i forhold til sin arbeidsgiver i helsevesenet. Dette viser et vesentlig lavere engasjementsnivå enn det man har observert i tilsvarende undersøkelser i andre bransjer. Dette er en stor bransjemessig utfordring av mange grunner; det er funnet en nærmest lineær sammenheng mellom engasjement og lojalitet til arbeidsgiver samt kundefokus og evne til å levere det som er forventet i jobsammenheng.

Innen *National Health System* er det interessant å merke seg at selv om gruppene av engasjerte og negative ansatte er omtrent like store, er utgiftene forbundet med sykemelding fem ganger høyere i den sistnevnte gruppen enn for de engasjerte. Man endte opp med resignerte fagpersoner som ikke ønsket endring, men som heller ikke ønsket å skifte arbeidsplass. Felles for de organisasjoner som lykkes med endringsprosessene var at man lykkes i øke andelen engasjerte medarbeidere en prosess som ble beskrevet som «*unlocking the engagement*».

Det er sannsynligvis en klar forutsetning for å vekke et engasjement i sykehussektoren, at endringene er tuftet i fagets og virksomhetens kjerneverdier. Mange av prosessene hvor man ikke lykkes er tuftet på økonomiske og organisatoriske forhold hvor det er meget utfordrende å se hvilke positive konsekvenser endringene vil ha for kjernevirksomheten; pasientbehandling, utdanning, forskning og pasientopplæring. Vårt narrativ viser at dette imidlertid ikke er nok, den aktuelle endringsprosessen var i høyeste grad faglig motivert. Likevel er det åpenbart andre faktorer som blir vel så mye vektet, hensyn til arbeidsplasser i distriktene, fagforeningspolitikk osv i tillegg til generell endringsvegring.

Hein (2008) beskriver i drøftinger av såkalte primadonnaer et mikronivå i endringsprosesser som har stor konsekvens også på makronivået. I alle sykehusorganisasjoner er det dedikerte fagpersoner, oftest leger, som gjennom sin faglige karriere er uformelle ledere. De har sitt største engasjement i klinikken og hos pasientene. I vår historie representeres primadonnaen ved en dedikert barnelege som nyter stor respekt. Ved sammensetningen av prosjektgruppen viser ledergruppen forståelse for verdien av å benytte seg av faglig ekspertise i endringsprosesser.

De såkalte primadonnaer har stor kunnskap innenfor sitt fagfelt og er ofte den store drivkraften med hensyn til oppdatering innen medisinsk faglig utvikling. De vil også uten ledelsens påvirkning sørge for at fagområdet er oppdatert i virksomheten og vil utfordre kollegaer med hensyn til å være oppdatert. Gjennom sin faglige status har de stor innflytelse på mange mennesker i organisasjonen. Å ha primadonnaer med på laget i en endringsprosess, betyr at mange andre ansatte stiller seg positivt bak. Noen kan synes at primadonnaene tar for stor plass og derfor prinsipielt stille seg på motsatt side, men dette er færre enn det førstnevnte gruppen. Til sist vil det å få en primadonna mot seg i endringsprosesser kunne gjøre faglig argumentasjon fra ledelsens side ubrukelig, fordi primadonnaen vil sørge for alltid å være mest faglig oppdatert. Primadonnaer er viktig i en organisasjon og for fagets utvikling i

virksomheten. I endringssammenheng er de viktige pga evnen til egenrefleksjon og ikke minst som holdningsskapere blant andre ansatte.

Der lederen selv har primadonnaens egenskaper vil utøvelsen av ledelsen ta preg av karismatisk omforming/ledelse. Denne typen ledelse egner seg dermed for endringsstrategier der det er viktig å ha en engasjert fagperson som drivkraft.



#### **3.2.4 Endringsstrategier for forskjellige endringsbehov**

Ut fra delkonklusjoner gjort underveis i drøftingskapitlet, presenteres i Tabell 4 alternative endringsstrategier ved aktuelle endringsbehov i spesialisthelsetjenesten. Dette gjøres med Jacobsen og Thorsviks fire modeller for endringsledelse som utgangspunkt.

**Tabell 4. Endringsstrategier**

Endringsstrategi	Eksempel på endringsprosesser der strategien er aktuell	Begrunnelse	Andre vurderinger
Diktatorisk omforming	Funksjonsfordeling	Det kan generelt ikke forventes at fagfolk vil diskutere seg fram til at deres HF, avdeling eller enhet skal gi fra seg funksjoner, noe som medfører behov for en toppstyrt prosess.	Må besluttes overordnet av RHF-ledelse, gjerne etter høringsrunder i berørte HF
Karismatisk omforming	Initiering av fagutvikling	Ved å ha en engasjert fagperson/-utvikler i fronten viser det seg lettere å få med andre fagpersoner/ansatte.	Bør kombineres med deltagende utvikling. Etter vedtak må denne følges av tvungen omforming og deltagende utvikling.
Tvungen utvikling	Første gangs innføring av kvalitetssystemer eller sertifisering/ akkreditering  Første gangs innføring av behandlingslinjer eller standardiserte pasientforløp	Aktuelt der ledelsen har satt et hovedmål og der delmålene kan oppnås på ulikt vis, men der involvering er helt essensielt for måloppnåelse og implementering.	Hovedretning er satt, faglig/økonomisk mål og endepunkt er definert av toppledelsen.  Det som ikke er klart må avklares av utførende enheter, som får ansvar for deler av arbeidet mot målet.  Bør kombineres med deltagende utvikling innenfor berørte avdelinger.
Deltagende utvikling	Videreutvikling av innført kvalitetssystem eller behandlingslinjer  Kontinuerlig fagutvikling	Sjansen for å lykkes er bedre ved å ha med fagmiljøet i klinikken, der effekten av endringen får direkte konsekvens.  Det kontinuerlige arbeidet rundt å oppdatere seg medisinskfaglig og dermed sine prosedyrer og rutiner må gjøres av aktuell faggruppe, enhet eller avdeling.	Det bør ikke foreligge grunnleggende konflikter mellom ledelse og ansatte.  Fungere bedre ved samtidighet med karismatisk leder innen faget.  Utvikling bør skje med tverrfaglig involvering.

## 4 Konklusjon for meg som leder

### 4.1 Bård Helge Hofstad

Etter helsereformen og etablering av foretaksstrukturen er det initiert en lang rekke endringer, der gjennomføringen har vist seg problematisk. Motstanden til slike endringer er gjerne grunnet i befolkningens ønske om nærhet, sikkerhet og stabilitet, kombinert med lokale og sentrale politiske motiver. Motstanden skyldes også gjerne ansattes ønske om stabilitet og fagutvikling. Vår analyse har lagt til grunn at omhyggelig valg av endringsstrategi kan øke gjennomføringsevnen i endringsprosesser. Formatet på analysen er ikke slik at alle forhold er vurdert og analysert, men det er beskrevet et anvendbart resonnement som kan brukes generelt for valg av strategi ved initiering av endringsprosesser. Registeret av disponible strategier blir dermed forhåpentligvis utvidet.

Endringsprosesser som standardisering av pasientforløp er vurdert ut fra egne erfaringer. En annen type endringsprosess som innføring av kvalitetssystem/ISO-sertifisering er det sannsynlig at egen helseregion vil igangsette i løpet av kort tid. Det har derfor vært nyttig å kunne bygge på erfaringer fra de andre i gruppen for å vurdere riktig endringsstrategi for et slikt arbeid.

Hvis en gjør opp statistikk over deltagere i lederutviklingsprogrammer vil en sannsynligvis se at toppledere vanligvis er fraværende. Det er nok vanligere at toppledere bruker ressurser på å bygge ledere i egen organisasjon, og nedprioritere egen utvikling på bekostning av forefallende lederoppgaver. For et medlem i ledergruppen i et regionalt helseforetak kan det derfor oppleves som et privilegium å få anledning til å konsentrere om egen person og egenskaper som leder, i tillegg til fordypning i relevant litteratur.

### 4.2 Britt Rakvåg Roald

Etter mangeårig praktisk erfaring som medvirkende kliniker og tillitsvalgt i forsøk på endringsprosesser, som bla pga motstand når konsekvensen for egen praksis kom frem ligger «nederst i skuffen», er det lett å tenke at «bottom-up» prosesser ikke fører frem og det beste nok er at noen bare bestemmer. Forutsetningen da er selvfølgelig at de som bestemmer, mener det samme som jeg som kliniker tenker er det lureste.

Etter at jeg har drevet frem noen slike prosesser som prosjektleder, har min tro på at det likevel er mulig å gjennomføre endringsprosesser kommet tilbake og nysgjerrigheten med hensyn til teorigrunnlag blitt vekket. Denne oppgaven har gitt meg anledning til å lete i litteraturen og diskutere teori og praktisk erfaring med erfarne kolleger, noe som har vært veldig lærerikt. Spesielt interessant har vært å lese om teorier som går på kriterier for vellykkede endringsprosesser, om årsaker til motstand og karakteristika ved ulike endringsstrategier. Gruppen har brukt tid på å resonnerer rundt hvilke strategier som bør velges i ulike aktuelle endringsprosesser i helsesektoren og av hvilken årsak. Dette er diskusjoner som er fruktbare å ta med seg i videre arbeid med endringsprosesser.

Jeg mener nå at jeg har fått et mer nyansert syn på hvilke kriterier som er viktige å vektlegge i planleggingen og gjennomføringen av endringsprosesser, og en positiv erkjennelse av at man heller ikke teoretisk finner fasiten for hvordan slike prosesser skal kjøres. Det er også en viktig erkjennelse at i tillegg til valg av strategi, vil det i høyeste grad være situasjons- og personavhengig om strategien man velger lykkes.

### 4.3 Ole Tjomsland

Michael Porters hevder i sin mye omtalte bok «Redefining Healthcare» (2006) at helsevesenets hovedutfordring er å tilpasse moderne medisinske behandling utviklet i det 21de århundre inn i en gammelmodig organisasjonsform med røtter i det 19de århundre. Denne beskrivelsen fremstår som relevant for spesialisthelsetjenesten i Norge, hvor den medisinske utvikling har medført en betydelig grad av spesialisering uten at organisering og funksjonsfordeling samt geografisk distribusjon og opptaksområder for sykehusene har endret seg i vesentlig grad. Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg i økende grad fått forståelse at medisinsk fagutvikling foregår som organisasjonsutvikling, og at selv om sammenligning med andre bransjer viser denne kontinuerlig endringen kan gjøres enda bedre (jfr kapittel 3.2.1), har de medisinske fremskritt siste tiår resultert i en dramatisk nedgang i dødelighet v hjerte-karsykdommer, enkelte kreftformer, alvorlige infeksjonssykdommer som HIV m.fl. vist at dette en kontinuerlig endringsprosess som fungerer rimelig bra.

Imidlertid ser jeg at nåværende rammer for overordnede endringsprosesser er utilstrekkelig innen to hovedområder:

1. Gjennomføring av overordnede strukturelle reformer som tilrettelegger for en organisering av helsevesenet som møter de utfordringer som utvikling av det medisinske fag medfører (jfr Hovedstadsprosessen HSØ-RHF)
2. Nødvendig prioritering mellom behandlingsmetoder som følge av diskrepans mellom demokratisk vedtatte økonomiske rammer ønsket brukt til helseformål og de mulighetene som dagens medisinske viten gir til å utføre medisinsk diagnostikk og behandling.

Vedr. 1 med dagens struktur med aksent departement – regionalt helseforetak – helseforetak er det en åpenbar diskrepans mellom lokalisering av beslutningsmakt og fagkompetanse. Beslutningsmakten og dermed muligheten til å initiere overordnede endringer er tillagt departement og RHF mens kompetanse relatert til kjernevirksomheten fortrinnsvis er å finne på HF-nivå. Videre er den fagkompetansen som måtte finnes på RHF-nivå er underlagt RHF styret som erfaringsmessig ikke er sammensatt for å sikre tilstedeværelse av kjernekompetanse. For at overgripende reformer skal kunne planlegges og gjennomføres slik at dagens organisasjonsform tilpasses moderne medisinsk praksis er man således helt avhengig engasjement fra personer med fagkompetanse fra HF nivå. For at dette skal fungere må involverte fagpersonene «habiliteres» slik at de råd som gis ikke er tuftet på et ønske om å verne om den aktivitet som personene til daglig er involvert i. Dette gjelder også de råd som konsulentfirma som bistår i omstillingsprosesser innhenter fra fagpersoner på HF nivå. Det er således en klar forutsetning at det på beslutningsnivå må være tilgang på «uhildet» kompetanse for å analysere og ekstrahere de aspekter som er helt nødvendig for at alle endringer er forankret i kjernevirksomhetens verdier samt å kvalitetssikre de råd som gis. Dersom denne forankringen ikke ivaretas har erfaringene fra NHS (jfr kapittel 3.2.1) vist at sjansene for måloppnåelse ved endringsprosessene er meget små.

Vedr. 2, det mye omtalte prioriteringsgapet forutsetter nasjonale overgripende prosesser for at pasienter sikres likeverdig behandling uavhengig av bosted. Dette forutsetter klare overordnede rammebetingelser som defineres på departementalt nivå og som implementeres etter «strategi E» metoden (kap 2.3.1). Imidlertid vil også slike prosesser være helt avhengig av mobilisering av kompetanse på HF nivå både ofr å innhente fagkompetanse men også for å sikre forståelse av behovet for prioriteringer og ikke minst for de prinsipper som prioriteringsarbeidet er tuftet på.

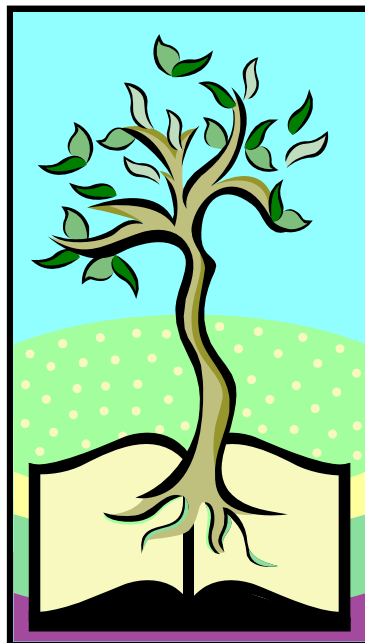


Konklusjon: Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg fått en forståelse av at helsevesenets hovedutfordring er å tilpasse moderne medisinske behandling utviklet i det 21de århundre inn i en gammelmodig organisasjonsform med røtter i det 19de århundre. For å lykkes med å modernisere organisasjonsform er en helt avhengig av involvering på HF nivå for å sikre at endringene er tuftet på kjernevirksomhetens verdier slik at medarbeidernes engasjement samtidig som man på beslutningsnivå må ha tilgang til tilstrekkelig fagkompetanse som er habil i forhold de organisasjonene hvor endringsprosessene skal finne sted. Dette er av stor betydning for å kunne møte den forventede endringsmotstand med kraft og tyngde som er trygt forankret i kjernevirksomhetens verdier slik at endringene kan gjennomføres til tross for lokal motstand som ofte er tuftet på andre forhold enn kjernevirksomhetens verdigrunnlag (jfr historien).

#### **4.4 Erfaringer med å jobbe sammen**

Siden arbeidet er utført i et gruppesamarbeid er læringen ikke bare begrenset til det faglige/tekstlige innholdet. De enkeltes ulike erfaringer er vurdert opp mot teori og mot hverandre. Dette fører naturlig nok til behov for felles diskusjon og refleksjon, som både gir trening i resonnerer og utvikler erfaringene videre. Med vår ulike erfaringsbakgrunn har vi også via diskusjonene fått en økt rolleforståelse for nivåene innefor en helseregion og helseregionene imellom. Siden et av gruppemedlemmene har vært og er sterkt involvert i endringsprosessene i Helse Sør-Øst, har dette vært et viktig perspektiv inn i diskusjonene.

For videre arbeid i våre respektive stillinger har diskusjoner i gruppen bla med hensyn til motstand, lojalitet og endringstretthet, utvidet perspektivet vårt med hensyn til muligheter som finnes for å forebygge og håndtere disse momentene som finnes i de fleste endringsprosesser. Dette gir trygghet og motivasjon i videre arbeid.



## 5 Referanser

The Advisory Board Company 2007: *Leadership in the times of changes* Washington, DC, US.

Beckhard, R. og R.T. Harris: *Organization Transitions*. Reading, MA.: Addison-Wesley Publishing Company, 1987.

Fossen, Ø.: Forelesningsnotater fra Nasjonalt lederutviklingsprogram kull 6, oktober 2008.

Hennestad og Revang i samarbeid med Strønen: *Endringsledelse og ledelsesendring*. Universitetsforlaget 2006.

Høst, T.: *Ledelse i helse- og sosialsektoren*. Universitetsforlaget, 2005.

Jacobsen og Thorsvik: *Hvordan organisasjoner fungerer*. 3. utgave, Fagbokforlaget 2007.

Kotter JP. *Leading Change: Why Transformation Efforts Fail*. I: Harvard Business Review, March-April 1995.

Kotter JP. *Transforming organizations: Why firms fall*. I: Kotter JP. *Leading change*, s.3-16. Boston: Harvard Business School Press, 1996.

Lewin, K. *Field: Theory in Social Science. Selected Theoretical Papers*. Chicago: University of Chicago Press, 1951.

Lyngdal, L.E.: *Organisasjonsutvikling*. Oslo: Tano, 1992.

Trist, E.L.: *The Sociotechnical Perspective*. I: A.H. Van de Ven og W.F. Joyce (red.). *Perspectives*, 1981.

Weber, M.: *The Theory of Social and Economic Organization*. London: Oxford University Press, 1947.