



Motivasjon for endring

LEGELIVET

KARIN ISAKSSON RØ

E-post: karin.ro@legeforeningen.no

LEFO – Legeforskningsinstituttet

Hva motiverer engasjement i endringsprosesser – bedret pasientbehandling eller kostnadsreduksjon?



Illustrasjonsfoto:

satenik_guzhanina/iStock

«The Triple Aim» – å bedre pasientbehandling, bedre befolkningshelse og samtidig redusere/ikke øke kostnadene – har vært veiledende for mange omorganiseringsprosesser av helsetjenester både i Skandinavia og USA. I en studie fra Danmark har man vist at denne tredelte målsettingen ofte forstås forskjellig, avhengig av om man er leder eller kliniker (1).

En gynekologisk observasjonsavdeling hadde gjennomgått en endringsprosess i forbindelse med en sykehussammenslåing. Bakgrunnen var krav om nedskjæringer og økt effektivitet ved avdelingen. Endringene ved denne avdelingen ble i stor grad oppfattet som gode og hensiktsmessige (1). Dette er i motsetning til erfaringene fra de fleste andre tilsvarende endringsprosesser. Ifølge en oversiktsstudie har bare 30 % av slike endringer ført til forbedringer (2).

Ved å intervjuer leger, ledere, sykepleiere, jordmødre og sekretærer ved avdelingen ville man undersøke hva som gjorde at denne endringsprosessen ble oppfattet som positiv (1).

Ut fra intervjuene så man at motivasjon for endring ble forstått på ulike måter. Det kunne enten forstås i et profesjonelt rammeverk, som en indre motivasjon for å forbedre behandlingen for pasienten. Det kunne også forstås i et sosiokulturelt rammeverk, som ytre krav til å bli mer effektive/ redusere kostnader. På samme måte fant man to måter å forstå økonomi på. Økonomi ble enten forstått som at «man får det man betaler for», og da vil mindre penger bety et dårligere tilbud. Økonomi kunne også forstås som at «man kan få mer ut av hver krone», og da vil mindre penger være en mulighet for innovativ endring.

Sett i lys av disse ulike tilnærmingene til endringsmotivasjon og økonomi, fant man en forskjell mellom klinikere på den ene siden og ledere på den andre. Klinikere opplevde den

tre delte målsettingen som et dilemma mellom kvalitet og økonomi og en trussel mot klinisk behandling og kvalitet. Ledere så hovedsakelig på den som et paradoks med mulighet for å forbedre innsatsen. Man hadde altså ulike tankemodeller.

I intervjuene beskrev lederne at for å få til endring måtte de forstå og bruke den kliniske tankemodellen for å motivere endringsprosessene og ikke demotivere de ansatte. Lederne forklarte at de måtte oversette kravene til endring, oftest innsparinger, som kom til dem som politiske føringer via toppledelsen. Dette måtte omgjøres til et fokus på pasienten og bedre behandlingsforløp. Bare da kunne klinikere og ledelse få en felles motivasjon og slik sikre høy behandlingskvalitet og sikkerhet.

Lederne mente at hvis de hadde startet endringsprosessen ved å begrunne den med en økonomisk tankemodell, ville de ikke ha nådd frem til det kliniske personalet. Ved å velge den beskrevne fremgangsmåten fantes det ingen garantier for reduserte kostnader, men ved å skape et felles engasjement for å bedre pasientforløp fikk man også høyere effektivitet.

Forfatterne av studien peker på at det er viktig med bevisstgjøring av de ulike måtene å forstå motivasjon for endring på. Da kan man bevisst velge å bruke modeller som gir større mulighet for hensiktsmessige og nødvendige endringer og fremme prosesser der man i fellesskap kan arbeide for bedret pasientbehandling.

LITTERATUR:

1. Storkholm MH, Mazzocato P, Savage M et al. Money's (not) on my mind: a qualitative study of how staff and managers understand health care's triple Aim. *BMC Health Serv Res* 2017; 17: 98. [PubMed][CrossRef]
2. Hussey PS, Wertheimer S, Mehrotra A. The association between health care quality and cost: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013; 158: 27 - 34. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 8. november 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0703

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no