



Endringsoppgave:

Dokument for virksomhetsstyring av Radiologisk avdeling, SiV HF

Nasjonalt topplederprogram

Lene Aa Hoffstad

Sandefjord, 26. oktober 2015

1. Bakgrunn og organisatorisk forankring for oppgaven

I måldokumentet for 2014- 2017 skal Klinikk Medisinsk Diagnostikk (KMD) arbeide for en utvidet akkreditering iht NS-EN ISO 15189. Målet er at Radiologisk avdeling skal bli den første radiologiske avdelingen med et slikt kvalitetsstempel innenfor enkelte tekniske områder.

I den forbindelse må avdelingen ha et dokument for virksomhetsstyringen – som redegjør for hvordan vi planlegger, følger opp i henhold til mål/lovpålagte krav og en dokumentert kontinuerlig forbedring/evaluering av virksomheten i avdelingen.

KMD's visjon er; ”Rett tjeneste til rett tid, av riktig kvalitet, til riktig pasient.”

2. Behovet for endring – hvorfor endringen er nødvendig

Ledelsen vil få et styringsverktøy med hensyn til arbeidet med strategi og måldokumenter. For de ansatte i avdelingen vil arbeidet bli mer synlig og forutsigbart med hensyn til prioriteringer innefor drift, investeringer og måloppnåelse.

3. Målsetting på kort og lang sikt.

Målsetting på kort sikt:

Utarbeide et dokument for virksomhetsstyringen på Radiologisk avdeling. Utgangspunktet for dokumentet vil være ”Virksomhetsstyring, organisasjon og ledelse KMD”, KMD Felles.

Kartlegge nåsituasjonen mht hvilke dokumenter avdelingen har/mangler iht krav om virksomhetsstyringen (Internkontrollforskriften).

Målsetting på lang sikt:

Utforme en fremdriftsplan med definerte målepunkter på tid og innhold i henhold til de mangler som fremkommer av kartleggingen.

Iverksette endringene som gjør at Radiologisk avdeling får et helhetlig kvalitetssystem. Hvis det er formålstjenelig, kan avdelingen søke om akkreditering iht NS-EN ISO 15189.

4. Analyse

Avdelingen skal ha et kvalitetssystem som er i henhold til ”Forskrift om Internkontroll”. ”Dokumentet for virksomhetsstyring av Radiologisk avdeling” vil skissere en struktur som ivaretar kravet om systematisk styring og kontinuerlig forbedring i avdelingen.

Tid

Arbeidet med å få et helhetlig kvalitetssystem skal være fullført innen utgangen av 2017. Radiologisk avdeling skal da kunne søke om akkreditering innenfor enkelte tekniske områder.

Omfang

Endringen er ikke krevende for hver enkelt ansatt i organisasjonen. Hvis målet er å bli akkreditert er det pr i dag en viss motstand i enkelte faggrupper, men det er ingen motstand mot en målsetting om å arbeide med kontinuerlig forbedring.

For seksjonslederne (4.nivå) er nok målet om en akkreditering krevende da de har store driftsoppgaver i avdelingen.

Våre ansatte, de kliniske avdelinger og pasienter vil ha stor nytte av at vi har et kvalitetssystem som sikrer et kontinuerlig forbedringsarbeid i avdelingen.

Bevaring

Avdelingen har mange tekniske dokumenter på plass mht utøvelse av røntgenundersøkelser, behandlinger, møtstruktur, avviksbehandling med mer. Dette arbeides det kontinuerlig med blant de fagansvarlige, kvalitetskoordinator og ledelse.

Mangfold

Ledergruppen i avdelingen har et ønske om å være den første radiologiske avdelingen i landet som blir akkreditert. Erfaringen blant lederne er forskjellig og flere har ikke arbeidet med større prosjekter – de har arbeidet mot en optimal drift og ressursbruk.

Alle ønsker tid og muligheter til å arbeide strategisk for sin ansattegruppe og avdelingen som helhet.

Kompetanse

Avdelingen har egen kvalitetskoordinator med høy faglig kompetanse innenfor lovverk/fag/ NS-EN ISO 15189.

KMD har i tillegg flere kvalitetskoordinatorer med kompetanse innenfor fagområdet, kvalitetsledelse, som kan være med i en eventuell arbeidsgruppe.

Kapasitet

Avdelingen har i dag en heltidsansatt kvalitetskoordinator i stab. Ledergruppen og avdelingssjef har ikke klart å prioritere denne oppgaven høyt nok blant andre arbeidsoppgaver.

Avdelingen bør derfor prioritere å sette ned en egen arbeidsgruppe, tverrfaglig sammensatt. Den bør ledes av avdelingssjef i samarbeid med kvalitetskoordinator. Det bør vurderes om ledelsen skal styrkes med en ressursperson på fagområdet – fra egen klinikk, sykehusets kvalitetsavdeling eller eksternt. Arbeidsgruppen må være pådriverne til å legge strukturen for arbeidet og fremdriften.

Forankring

Endringen har ikke god nok forankring i organisasjonen. Det vil den ikke få før man kan synliggjøre “What´s in it for me?” Behovet for kvalitetssystemet må oppleves av de ansatte i den daglige driften, gevinsten må synliggjøres, først da vil motivasjon, initiativ og entusiasme komme.

5. Fremdriftsplan

A) Interessentanalyse for igangsetting av strukturert arbeid med virksomhetsstyring

Vedlegg 1

B) Kommunikasjonsplan hvor målet er å skape motivasjon og entusiasme for å oppnå målene om "orden i eget hus", en helhetlig virksomhetsstyring.

Konklusjon: Gode forberedelser med hensyn til informasjon og igangsetting av endringsarbeidet er strategisk viktig overfor alle personalgruppene. Planen som er skissert tar for seg at alle faggrupper starter samtidig etter at "Dokument for virksomhetsstyring av Radiologisk avdeling" er godkjent.

Deretter vil det være viktig å prioritere de arbeidsprosessene som gir organisasjonen en hensiktsmessig og rask gevinst.

Sammensetningen av arbeidsgrupper bør være relatert til hvilken type retningslinjer som skal utarbeides og vil derfor kunne variere i sammensetning. De fagansvarlige bør være med i diskusjonene før hver arbeidsgruppe settes.

Vedlegg 2

C) Risikoanalyse for igangsetting av arbeidet med en helhetlig virksomhetsstyring

Konklusjon: Det må øremerkes midler til dette arbeidet i budsjett 2016 slik at oppgaven blir prioritert på lik linje med pasientbehandling. Dette av hensyn til pasienters liv og helse, men også for å kunne drive med kontinuerlig forbedring på alle nivå, fag, organisasjon og prosess.

Vedlegg 3

D) Kritiske suksessfaktorer

Alle ansatte må se dette som et *samarbeidsprosjekt* som gjør at vår leveranse – "fra mottak av henvisning til svar ut" følger en gitt standard forløp som sikrer god kvalitet og sikkerhet for brukerne våre.

Alle ansatte må kunne *finne igjen sin arbeidsoppgave*. Den må være målbar i den betydningen av om oppgaven er utført i henhold til retningslinje, ja eller nei? Er svaret NEI, må det sendes avvik og vi har da startet arbeidet med kvalitetsforbedring.

Gevinsten i forhold til pasientsikkerhet og kontinuerlig kvalitetsforbedring må være synlig for organisasjonen slik at det finnes vilje, innsats og motivasjon til å gjennomføre endringsoppgaven.

E) Milepælsplan

Milepæl 1: Ved gjennomføring av informasjonsmøtet. Det er en bekreftelse på hva som er gjennomført og beslutning om videre fremdrift.

Milepæl 2: Når arbeidet med prioriteringene er ferdig. Det danner grunnlaget for starten på det videre arbeidet som skal utføres.

Milepæl 3: Når avdelingen har et helhetlig kvalitetssystem. I forarbeidet bør det vurderes om det kan være hensiktsmessig med flere resultatløp og milepæler. Da bør det også være skriftlige betingelser for når et delmål er nådd. Se også fremdriftsplan i vedlegg 2.

F) Henvisning til relevant endrings- og ledelseslitteratur i forbindelse med endringsoppgaven:

Planlegging: "Change kaleidoscope" av Julia Balogun and Hope Hailey, 1999

Motivasjon: "Tilpasset ledelse" av Jan Spurkeland, 2015.

Kultur: "Organisasjonskultur", 3. utgave av Henning Bang (Kap 4, side 71, figur 11)

Ledelse: "Effektive ledergrupper", av Henning Bang og Thomas Nettet Midelfart (Kap 5)

Kommunikasjon: "Valg av påvirkningsstil" modell av Berlew & Harrison

G) Sammendrag og konklusjon

Måloppnåelse skal være mulig innenfor de ressurser som avdelingen og klinikken har. Det viktigste er å få til et kvalitetssystem som synliggjør gevinsten i form av økt pasientsikkerhet, pasienttilfredshet og effektiv ressursbruk. Da vil KMD's visjon "Rett tjeneste til rett tid, av riktig kvalitet, til riktig pasient" også gi mening i praksis.

Det vil også være viktig med en stram tidslinje frem til milepæl 1. Dette for å synliggjøre arbeidet og satsningen i organisasjonen.

H) Vedlegg

Vedlegg 1 Interessentanalyse

Vedlegg 2 Kommunikasjonsplan

Vedlegg 3 Risikoanalyse