



Endringsoppgave:

Økt bidrag i oppgavedeling
for yrkesgrupper i Klinikk for
kliniske servicefunksjoner i
St. Olavs Hospital HF

Nasjonalt topplederprogram

Marianne Mesteig

Trondheim, 9.november 2015

1. Bakgrunn og organisatorisk forankring for oppgaven

Klinikk for kliniske servicefunksjoner (KKS) er en serviceklinikk med ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer, klinisk ernæringsfysiologer og logoped. Klinikken er en av tjue klinikker i St. Olavs Hospital HF. De ansatte i klinikken innehar spesialkompetanser på sine fagområder og tjenestegjør ute på de andre kliniske klinikkene i sykehuset. Klinikken har over 100.000 konsultasjoner per år fordelt på inneliggende og polikliniske pasienter, - nesten halvparten er poliklinikk. KKS har et ønske om å øke vårt bidrag inn i arbeidet med oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten for å bidra til god kvalitet og en mest mulig optimal ressursutnyttelse i sykehuset.

Fleksibel oppgavedeling mellom helsepersonell i spesialisthelsetjenesten kan bidra til reduserte ventetider, færre flaskehals og mer effektiv pasientbehandling. Tidligere helseminister Jonas Gahr Støre sa i sin tale til sykehusene i januar 2013 at «oppgavedeling innebærer at arbeidsoppgaver som tidligere har vært tilknyttet en særskilt profesjon, også skal kunne utføres av andre yrkesgrupper for bedre utnyttelse av samlet kompetanse og ressurser». En hensiktsmessig oppgavedeling mellom yrkesgrupper vil kunne bidra til bedre kvalitet, redusert ressursbruk, økt fokus på kjerneoppgaver og økt motivasjon blant de ansatte.

I rapport – Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten (Helsedir.11-2013) – sies det at det oftest er snakk om at helsepersonell med kortere utdanning kan ivareta oppgaver som tidligere har blitt ivaretatt av helsepersonell med lengre utdanning, men det kan også være jobbglidning på tvers til andre yrkesgrupper på samme nivå. I begrepet oppgavedeling ligger det ingen formalisering av ny kompetanse til en yrkesgruppe, men å kunne gi enkeltpersoner realkompetanse for enkelte arbeidsoppgaver. Rapporten beskriver tre måter å forstå oppgavedeling på:

1. Endret oppgavedeling kan forstås som en formell, permanent overføring av enkelte kompetanseområder eller oppgaver fra en personellgruppe til en annen.
2. Endret oppgavedeling kan være et verktøy for å effektivisere tjenestetilbudet, fjerne flaskehals og korte ned ventelister. Noen ganger kan enkelte oppgaver bli en «flaskehals» på grunn av at arbeidsoppgaven kun blir utført av en yrkesgruppe. En løsning kan være at personell fra en annen profesjon overtar enkelte oppgaver, og tilegner seg ny kunnskap gjennom kurs, bedriftsintern opplæring og/eller etterutdanning.
3. Begrepet oppgavedeling blir også brukt om overføring eller fordeling av ansvar og oppgaver mellom tjenestenivåene, for eksempel mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Foreløpig konklusjon basert på erfaringer og opplevd effekt, viser at endret oppgavedeling mellom helsepersonell kan føre til kortere ventetid og bedre pasientbehandling (Rapport Helsedir.11-2013).

2. Behovet for endring – hvorfor endringen er nødvendig

Det er et høyt press på økt aktivitet i spesialisthelsetjenesten, og oppgavedeling er blitt et naturlig virkemiddel for å utnytte ressursene optimalt. Det oppleves at det er behov for en endring av praksis innad i sykehuset i forhold til å tenke yrkesgrupper i KKS inn som en naturlig del når oppgavedeling diskuteres i de enkelte klinikkene der vi tjenestegjør. Flere

forskningsresultater de siste årene viser at andre tilnærminger enn tradisjonell medisinsk behandling, eksempelvis operasjon, kan gi et bedre resultat for pasienten.

F.eks.

- inkontinens – trening bedre enn operasjon
- skulderoperasjoner – Helse Møre og Romsdal har flere operasjoner enn andre regioner. Lovisenberg sykehus har satt inn fysioterapeut for vurdering, og antall operasjoner har gått mye ned.
- artrose i hender - ergoterapi i stedet for operasjon (pågående multisenterstudie).

3. Målsetting på kort og lang sikt.

Målsetting på kort sikt vil være økt kunnskap om klinikkens spesialkompetanser internt i egen klinikk og i andre samarbeidende klinikker. På lang sikt er målet at klinikkens servicetjenester i større grad enn nå bidrar til reduserte ventetider, færre flaskehals og mer effektiv pasientbehandling, og også til bedre kvalitet på utredning og behandling.

4. Analyse knyttet til endringen

Når det gjelder maktforholdet knyttet til oppgavedeling, vil endringen som ønskes implementert innebære at man må tenke annerledes både i egen klinikk og hos samarbeidende klinikker. Vi som serviceklinikk har ikke tyngde alene til å implementere en slik endring. Støtte hos administrerende direktør og leger ute på aktuelle avdelinger vil være av avgjørende betydning for muligheten til å få gjennomført endringen. Det er viktig å vurdere om man vil ha en endret bruk av ressurser for å frigjøre tid for legene. Konsekvens er imidlertid at KKS må få noen økte stillingsressurser for å sette oss i stand til å ta på oss nye oppgaver. Innad i egen klinikk vil samarbeidet i ledergruppen og blant de enkelte yrkesgruppene påvirke resultatet. Yrkesgrupper må ikke se hverandre som konkurrenter men som samarbeidspartnere til pasientenes beste. Det er viktig å bidra til samhandling og best mulig kvalitet i pasientforløp. Brukerutvalget vil som regel ha en mening om planlagte endringer i behandlingstilbudet til pasientene, og det forventes at de også her har en påvirkning ifht utfallet. Sykehusledelsen, leger og avdelingsledere kan ha et annet fokus ut fra manglende informasjon, som igjen kan medføre reduserte muligheter til å gjennomføre den ønskede endringen. Dersom medlemmer i ledergruppen og de enkelte yrkesgruppene i KKS ser på hverandre som konkurrenter og ikke støtter hverandre som samarbeidspartnere til pasientens beste, vil det ha en negativ konsekvens ifht muligheten til påvirkning for å få gjennomført endringen.

Ved implementering vil en kommunikasjonsplan for hvordan vår klinikk skal jobbe for å skape aksept for endringsprosjektet være nødvendig. Den vil være basert på god informasjon, kunnskapsoverføring og mye dialog.

I St. Olavs Hospital er oppgavedeling etter hvert godt kjent, men ikke enkelt å innføre på alle aktuelle områder. Årsakene kan være flere, - både økonomi og manglende kunnskap. Sykehuset har et stort mangfold av yrkesgrupper med ulik kompetanse, men med det samme ønsket om å bidra til pasientenes beste. Det har stort sett ikke vært naturlig å tenke andre faggrupper enn leger og sykepleiere i oppgavedeling, selv om vi har gode eksempler der yrkesgrupper i KKS bidrar:

- Fysioterapeuter har ansvar for kontrollene for hofte/kneoperasjoner i Ortopedisk avdeling og har frigjort tid for ortopedene

- Fysioterapeut har ansvar for kontroll av nakke/rygg i Nevrokirurgisk avdeling og har frigjort tid for kirurgene
- Ergoterapeut og fysioterapeut tok over deler av utredningene og kontrollene i forhold til Botoxbehandling hos barn med CP på Barneklubben og har frigjort tid for barneortopedene
- Sosionomer har gjennom et prosjekt laget standardiserte legeerklæringer til NAV for legene på Barneklubben og har frigjort tid for barnelegene og kortet ned saksbehandlingstiden i NAV
- Ergoterapivurdering og tiltak i spesialisthelsetjenesten som første konsultasjon til henviste pasienter med håndartrose i Revmatologisk avdeling. Frigjør tid for revmatologene.

Omfanget av nye aktuelle områder for oppgavedeling vil sannsynligvis ikke bli stort, men den vil være avhengig av en kulturendring i sykehuset. Den vil ikke nødvendigvis oppfattes som dramatisk, men det er sterke og viktige yrkesgrupper i sykehuset som vil bli involvert, og det er viktig å unngå at dette blir oppfattet som en profesjonskamp yrkesgruppene i mellom. Dagens organisering og bemanning i de ulike klinikkene vil ikke bli berørt av endringen som ønskes implementert.

En kulturendring på organisasjonsnivå er en langvarig prosess. Organisasjonens medlemmer må oppleve at deler av kulturen er uhensiktsmessig, hvis ikke har de ikke noe motiv eller drivkraft for å bidra til at den endres (Bang, H. 1998). Det vil si at ansatte må bli seg bevisst at endringen er nødvendig. En del av endringen vil være knyttet opp til andre klinikker i tillegg til KKS, noe som også vil gjøre at det sannsynligvis vil ta lang tid. Det er også sånn at vår klinikk yrkesgrupper har sin egen kultur og fastlagte rolle i organisasjonskulturen, noe som kan gjøre det problematisk å endre på forholdene.

Henning Bang sier at det vil være av stor betydning at lederen for organisasjonen får utviklet en klar visjon om den ønskete kulturen, og at vedkommende greier å formidle visjonen til organisasjonens medlemmer slik at de blir inspirert til å bidra til endringen. Mennesker i lederposisjoner har makt til å påvirke kulturen, og det vil derfor være av betydning at de som sitter i lederposisjoner står for verdier og normer som stemmer overens med den ønskete kulturendringen. Dette kan leder av organisasjonen påvirke gjennom ansettelse og forfremmelser. Også systemer som står i klar motsetning til den ønskete kultur må forandres hvis en skal ha mulighet til å oppnå ønsket endring i organisasjonen (1998).

Ledelsen i KKS vil etter dialog med ledelse i klinikkene foreslå to avdelinger som blir pilot for endringsarbeidet. Våre forslag er Ortopedisk avdeling ved Orkdal sykehus, der ortopedene ønsker at fysioterapeutene tar over kontroller etter skulderoperasjon, og Kreftklubben der sosionomene ønsker å videreføre arbeidet med standardiserte legeerklæringer til NAV etter modellen som har hatt suksess blant legene på Barneklubben.

Tidsmessig ser vi for oss at en pilot skal kunne gjennomføres i løpet av et halvt år.

Ansatte i KKS har høy og spesialisert kompetanse på mange områder, og er motiverte for å øke sitt bidrag i oppgavedeling. Det vil kunne bli behov for noe opplæring av våre yrkesgrupper i forhold til aktuell oppgavedeling, men ikke i stor skala, og ikke i forbindelse med pilot.

Dette er en ønsket endring innad i vår klinikk, og endringsviljen er stor både blant ledelsen og medarbeiderne. Endringsarbeidet vil kreve en ekstra innsats fra ledere i KKS, da det først og fremst vil være våre ledere som skal jobbe som endringsagenter opp mot de andre aktuelle klinikkene/avdelingene. Noen av lederne har allerede jobbet med dette tidligere, og vil være en ressurs vi skal bruke i vårt arbeid. Siden KKS vil få tildelt oppgaver vi ikke utfører nå, kan endringen føre til et kapasitetsproblem og det kan bli behov for noen økte stillingsressurser, ressurser som leger i moderklinikken kan bruke på andre pasientgrupper.

I første omgang må endringen forankres på øverste organisasjonsnivå i sykehuset. Dette vil være en del av første fase i endringsprosjektet. Til nå har vi ikke hatt mulighet til å kunne ta egenandel for vår klinikkens tjenester, men dette har kommet inn i Statsbudsjett fra 2016. Dette kan ha vært et økonomisk utgangspunkt for hvorfor man til nå har valgt en sykepleier foran noen av våre yrkesgrupper, i stedet for å legge en forventning om reduserte ventetider, færre flaskehals og mer effektiv pasientbehandling, og også bedre kvalitet på utredning og behandling til grunn. Et eksempel på dette kan være at sykepleier gir kostveiledning til diabetespasienter ved Endokrinologisk poliklinikk, i stedet for at veiledningen gis av klinisk ernæringsfysiolog.

5. Fremdriftsplan

Økt oppgavedeling og større og bedre utnyttelse av kompetanse fra yrkesgrupper i KKS vil i første fase kreve godt planlagt kontakt og kommunikasjon med deler av sykehusledelsen med administrerende direktør og Fagavdelingen, aktuelle klinikkjefer og leger. Dette for å forankre endringsprosjektet. Innad i egen klinikk vil det jobbes med en prosess i ledergruppen og blant fagpersonellet. Prosessen er ment å lede til økt anerkjennelse, gjensidig respekt og mer kunnskap om hverandres kompetanser, noe som er avgjørende for å kunne representere hverandre i diskusjoner rundt oppgavedeling ute på de aktuelle avdelingene. Fram til nå er det oftest fagpersonell i KKS som har tatt initiativ i forhold til mulig oppgavedeling, selv om det også har kommet initiativ fra andre klinikker. Implementering vil komme som fase to.

Spesielle ledelsesutfordringer vil være å sikre at ledergruppen jobber som et team med en felles forståelse av endringsprosjektets mål (Bang og Midelfart, 2014, Caldwell et al, 2008). Det er ledere for forskjellige yrkesgrupper, og det er naturlig at det vil være forskjellige ståsteder innad i ledergruppen. Her vil teamleder (klinikkjef) spille en viktig rolle. En annen ledelsesutfordring vil være hvordan vi kan utøve nok positiv påvirkningskraft i sykehusledelsen og inn i andre klinikker/avdelinger (Lai, 2014). En tredje ledelsesutfordring er at endringen først og fremst skal skje i andre klinikker/avdelinger. Det vil være nødvendig ikke bare å jobbe med forankring i sykehusledelsen, men også endring på systemnivå der medlemmer i ledergruppen og fagpersonellet vil ha viktige roller. Det er viktig at endringsarbeidet er styrt av ledelsen for å unngå at det ender opp i en ressursdiskusjon mellom de enkelte yrkesgruppene (Caldwell et al, 2008, Huy & Mintzberg, 2003, Jacobsen, 1998).

Arbeidet med piloten planlegges gjennomført slik:

1. 29.9.15: Oppstart strategiprosess: Hvordan, hvilke klinikker er mest aktuelle, hvor komme med innspill, gode eksempler på oppgavedeling, forslag til aktuell oppgavedeling
2. 26.11.15: Presentere endringsprosjektet for ansatte på klinikkens fellesmøte.
3. November 2016: Presentere og diskutere endringsprosjektet i møte mellom klinikkssjef KKS/meg og administrerende direktør og Fagavdelingen, samt presentere planlagte pilotavdelinger. Avtale er bekreftet med AD.
4. Januar-mars 2016: Seksjonsleder fysioterapi og seksjonsleder sosionom jobber med å forberede hvordan arbeidet opp mot aktuell avdeling skal foregå.
5. Mars-juni 2016: Dialog og kommunikasjon med aktuelle avdelingsledelser/leger om våre forslag til bidrag i oppgavedeling. Gi økt kunnskap om våre yrkesgruppers kompetanser og aktuelle bidrag.
6. Implementering september -? 2016

6. Budsjett - nøkkeltall

Det er vanskelig å si noe eksakt om budsjett ifht KKS sitt økte bidrag i oppgavedeling, men det må anses som naturlig at det vil bli behov for noen nye stillingsressurser når vi skal få nye oppgaver i tillegg til de vi allerede har. ISF takster i Statsbudsjett 2016 vil virke positivt inn for våre yrkesgrupper.

7. Sammendrag og konklusjon

Klinikk for kliniske servicefunksjoner ønsker å bidra til bedre kvalitet, optimal ressursbruk, økt fokus på kjerneoppgaver og økt motivasjon blant de ansatte gjennom økt deltagelse for sine yrkesgrupper i oppgavedeling i St. Olavs Hospital HF. Dette vil medføre en kulturendring både på organisasjonsnivå og blant leger og pleiepersonell ute på avdelingene, og vil kunne ta lang tid. Vi er avhengig av støtte fra sykehusledelsen og leger ute på avdelingene, og godt internt samarbeid innad i egen klinikk for at dette skal kunne gjennomføres. Med god informasjon og mye dialog mener vi at vi skal kunne utøve positiv påvirkningskraft for å øke sjansen for gjennomføring av endringen.

8. Vedlegg

1. Interessentanalyse
2. Kommunikasjonsplan
3. Risikoanalyse 1
4. Risikoanalyse 2

Referanseliste:

- Bang, Henning. *Organisasjonskultur i praksis*. Universitetsforlaget 1998.
- Bang, Henning og Midelfart, Thomas Nettet. *Effektive ledergrupper*. Universitetsforlaget 2014.
- Caldwell et al. *Implementing strategic change in a health care system: The importance of leadership and change readiness*. Health Care Manage Rev, 2008, 33(2), 124-133.
- Huy, Q. & H. Mintzberg 2003. *The rhythm of change*. MIT Sloan Management Review, 44(4): 79-84.
- Jacobsen, Dag Ingvar. *Motstand mot forandring, eller: 10 gode grunner til at du ikke klarer å endre en organisasjon*. Magma 1/1998.
- Lai, Linda. *Makt og påvirkningskraft*. Cappelen Damm 2014.
- Rapport – Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Helsedir.11-2013.