

# Endringsoppgave:

## Plan for høy aktivitet - Innføring av beslutningsstøtteverktøy på post

«Endelig implementering og bærekraft over tid er avhengig av kontinuerlig lederfokus på verktøyets hovedformål (kontroll på belegg i egen avdeling) og gjennomføringskraft i divisjonen»

Nasjonalt topplederprogram

Versjon 1.1

Øystein Evjen Olsen

Stavanger, 30 Mars 2016

## Innhold

|  |   |
|--|---|
| 1. Bakgrunn og organisatorisk forankring for oppgaven .....  | 3 |
| Plan for høy aktivitet – et beslutningsstøtteverktøy for postene .....   | 3 |
| 2. Behovet for endring – hvorfor endringen er nødvendig .....  | 3 |
| 3. Målsetting på kort og lang sikt.....  | 3 |
| 4. Analyse knyttet til endringskaleidoskopet .....   | 4 |
| 5. Fremdriftsplan.....   | 6 |
| Interessentanalyse.....  | 6 |
| Kommunikasjonsplan.....  | 6 |
| Risikoanalyse .....  | 6 |
| Kritiske suksessfaktorer .....   | 6 |
| Milepælsplan .....   | 7 |
| Spesielle ledelsesutfordringer som er knyttet til gjennomføringen av endringsoppgaven med henvisning til relevant endrings- og ledelseslitteratur.....                         | 7 |
| 6. Budsjett - nøkkeltall .....   | 8 |
| 7. Sammendrag og konklusjon.....   | 8 |
| 8. Vedlegg .....   | 8 |
| Vedlegg 1 – Teoretisk forankring (nedenfor) .....  | 8 |
| Vedlegg 2 – Interessentanalyse (eget pdf vedlegg).....   | 8 |
| Vedlegg 3 – Kommunikasjon og mediaplan (eget pdf vedlegg).....   | 8 |
| Vedlegg 4 – Risikoanalyse (eget pdf vedlegg).....  | 8 |
| Vedlegg 5 – Spesielle ledelsesutfordringer som er knyttet til gjennomføringen av endringsoppgaven med henvisning til relevant endrings- og ledelseslitteratur (nedenfor) ..... | 8 |

## **1. Bakgrunn og organisatorisk forankring for oppgaven**

Det er et krav fra Helse Vest RHF at Helse Stavanger HF når målet om null korridorpasienter. En prosjektgruppe i Helse Vest RHF har utformet anbefalinger som skal bidra til å nå disse målene. Stavanger HF har fulgt opp krav og anbefalinger, og arbeidet med å nå dette målet har vært pågående i divisjonene over lenger tid.

Ledelsen ved Stavanger HF har utpekt en prosjektgruppe som skal følge opp målet om null på korridor. Prosjektgruppen består av deltakere fra alle somatiske avdelinger i tillegg til verneombud og tillitsvalgte. Den ledes av en styringsgruppe. Styringsgruppen består av divisjonsdirektørene, fagdirektøren og representanter for hovedverneombud og hovedtillitsvalgt ved SUS.

Prosjektgruppen har flere hovedfokus som det antas har innvirkning på korridorsituasjonen i foretaket. Disse er a) riktig bruk av spesialisthelsetjenestene b) bedre kliniske beslutningsprosesser og c) nye tiltak rettet mot omorganisering av tilbud og omfordeling av ressurser.

Denne endringsoppgaven fokuserer på b), der verktøyet «Plan for høy aktivitet» (PHA) inngår som et av flere tiltak rettet mot å gi bedre beslutningsstøtte til ledere og ansatte i en avdeling og post.

### **Plan for høy aktivitet – et beslutningsstøtteverktøy for postene**

Det er under utarbeidelse en «Plan for høy aktivitet» ved kvinne og barn, kirurgisk og medisinsk divisjon, og også ved intensivavdelingen og akutt poliklinikk. En slik plan har vært i bruk i akuttmottaket over ett år, og har vært en mal for dette arbeidet. PHA søker å beskrive aktivitetsnivå og utvikle et verktøy som gir beslutningsstøtte til ansatte og ledere ved økende grad av aktivitet. Planen er ikke et beredskapsverktøy, men gir et objektivt grunnlag for å avgjøre om sykehusets overordnede beredskapsplan for høyt antall pasienter skal iverksettes.

## **2. Behovet for endring – hvorfor endringen er nødvendig**

SUS har i mange år vært i en situasjon med betydelig overbelegg på mange poster og avdelinger. Dette utfordrer kvalitet, effektivitet og trivsel i avdelingen, og er en særlig utfordring for ansvarshavende og ledere i avdelingen. Gjennom «Prosjekt Korridorpasienter» har det blitt tydeliggjort et behov for å legge til rette for bedre beslutningsverktøy som kan bidra med å identifisere behovene og målrette tiltakene, slik at situasjonen på postene kan håndteres fra dag til dag.

## **3. Målsetting på kort og lang sikt.**

Målsettingen for endringsoppgaven på kort sikt er todelt. Den første målsettingen er å forankre behovet for endring i avdelingene for å oppnå en felles situasjonsforståelse og felles beskrivelse av utfordringen. Den andre målsettingen er, i samarbeid med den enkelte avdeling, å utvikle et beslutningsstøtteverktøy som avdelingen kan ha nytte av dersom det blir implementert riktig. Verktøyet skal gi alle involverte parter i avdelingen en felles plattform for identifisering av utfordringen og en felles forståelse av hva som må gjøres med utfordringen til enhver tid.

Målsettingen på lang sikt er å implementere verktøyet riktig i avdelingen. Dette innebærer ikke bare registrering av nivå for hver indikator, men også å gjennomføre tiltakene beskrevet for hvert nivå. Det er videre en målsetting at verktøyet er et levende dokument slik at innholdet blir kontinuerlig evaluert og forbedret. Den endelige målsettingen er at verktøyet bidrar til bedre tillit mellom aktørene, høyere kvalitet og effektivitet i avdelingen og til å nå målet om null korridorpatienter i foretaket.

#### **4. Analyse knyttet til endringskaleidoskopet**

Som det går frem av den teoretiske gjennomgangen i vedlegg 1, har manglende kontroll på overbelegg store konsekvenser for kvalitet og effektivitet i avdelingen. For å få kontroll er det videre viktig å få til en felles situasjonsforståelse omkring hvor grensen går for hva som er pasientsikkert i avdelingen (se figuren til Cook og Rasmussen vedlegg 1). Verktøyet bidrar til dette ved å identifisere noen få indikatorer som beskriver denne grensen over 4 nivåer (nivå 0, nivå 1, nivå 2 og nivå 3). Verktøyet gir en oversikt over hva hver avdeling har bestemt seg for å være de riktige tiltakene på hvert nivå. Verktøyet gir derfor først og fremst beslutningsstøtte til de som står i vanskelige situasjoner fra dag til dag på post. I tillegg gir verktøyet støtte til å ta beslutninger vedrørende flyt av pasienter mellom poster, avdelinger og divisjoner.

Alle somatiske avdelinger er med på å utvikle sin PHA i egen post / avdeling. Dette innebærer utvikling av en kontekstspesifikk plan for 33 poster / avdelinger i 4 divisjoner. Postene må selv utvikle indikatorene, nivåene for hver indikator og tiltakene de ønsker å iverksette for hvert nivå. Hver enkelt plan må godkjennes i linjen helt opp til divisjonsdirektøren. Indikatorer, nivåer og tiltak avstemmes på tvers av avdelinger og divisjoner. Alle postene må utdanne alt personell i bruk av planen som er ansvarlig for å gjennomføre tiltak når aktiviteten i posten er høy. Implementeringen av verktøyet berører derfor en rekke kontekstuelle faktorer.

Verktøyet innebærer ingen omorganisering av ledelsesstrukturer eller organisatoriske grenser. Det er imidlertid en strukturell endring ettersom det innføres et nytt system for håndtering av høy aktivitet i de enkelte postene. Det er en rekke handlinger som skal gjennomføres både i planleggingsfasen og implementeringsfasen. Forankring, konkret planutvikling, avstemming mellom avdelinger og opplæring i bruk og evaluering av planen innebærer svært mange møter i organisasjonen. Den konkrete planutviklingen krever at postene stiller opp med avdelingsledere (sykepleiere og leger) til møter der verktøyet utvikles i detalj. Avstemmingen mellom avdelinger og divisjoner skjer i en dedikert arbeidsgruppe med bred representasjon fra alle divisjoner. Opplæringen gjennomføres ved innkalling av 2 personer fra hver post til en workshop der planen presenteres og det øves i bruk. Deltakerne blir også opplært til å lære opp kolleger i egen post og avdeling for på den måten å rulle ut planen i hele organisasjonen. De får hjelp av dedikerte fasilitatorer i hver divisjon, målrettet mot både sykepleiere og legegrupper. Alt personell på post får i oppgave å lære og å bruke planen. Dette innebærer at alle involverte må dele virkelighetsbildet som ligger til grunn for behovet for en slik plan, og også metodikken planen bruker for å løse utfordringene presentert. Det krever en felles situasjonsforståelse og en felles holdning til at innføring av en slik plan er nødvendig og at den skal lykkes.

Det er derfor nyttig å dra prosjektet gjennom endringskaleidoskopet (Balogun 2001) for en analyse av faktorer som vil påvirke den endelige bruk og effekt av verktøyet. Faktorene i kaleidoskopet kan oppsummeres i følgende tabell:

|  |  |
|--|--|
| <b>Maktforhold - har prosjektledelsen nok makt?</b>  | <b>Mangfold blant aktører</b>  |
| Prosjektleder og prosjektgruppen er utpekt av en styringsgruppe, som igjen har sitt mandat fra Leder Gruppen (LG) i foretaket. Formelt har derfor gruppen tilstrekkelig makt til å gjennomføre endringen. Det er likevel en utfordring å sikre tilstrekkelig legitimitet hos aktører med uformell makt og stor påvirkningskraft i systemet.    | Innføring av verktøyet påvirker mange forskjellige aktører i systemet. De viktigste er ledere (på alle nivåer), sykepleiere og leger. Blant legene er både overleger og LIS leger involvert i endringen. Disse aktørene har forskjellig motivasjon, holdninger og virkelighetsbilde, men er involvert i de samme aktivitetene. De har forskjellige oppgaver knyttet til tiltakene i planen til enhver tid.   |
| <b>Tid – hvor fort vil det bli realisert?</b>  | <b>Kompetanse for å lykkes med endringen</b>   |
| Planen utvikles over en periode på 12 måneder, og implementeres deretter over en periode på 6 måneder. Monitorings- og evalueringsfasen tar ytterligere 6 måneder. Det vil derfor ta 2 år å fullt ut implementere planen i foretaket. Lang tid på implementering kan medføre endret motivasjon og utfordringsbilde underveis.                  | Verktøyet har ingen nye eller vanskelige elementer eller oppgaver som deltakerne ikke allerede er kjent med. Endringen innebærer kun en systematisering av aktivitetsdata og tilhørende handlingsplan og tiltak som allerede er kjent blant aktørene. Aktørene må lære å samle inn data, registrere og bruke planverket, men det krever ingen ytterligere kompetanseheving.  |
| <b>Omfang – store eller små endringer?</b>   | <b>Kapasitet – for å lykkes med endringen</b>  |
| Tiltakene innebærer i seg selv ingen endringer. Oppgavene beskrevet i planen er kjent for alle. Det er likevel en betydelig endring i koordineringen av disse tiltakene internt i en post og på tvers av avdelinger og divisjoner. Det krever en felles forståelse for språket verktøyet bruker og holdningene som er nødvendige for å lykkes. | Prosjektgruppen, postene og avdelingene har tilstrekkelig kapasitet til å gjennomføre endringen. Det kreves ingen ny kompetanse eller tilførsel av ressurser.  |
| <b>Bevaring – hva må tas vare på?</b>  | <b>Forankring og oppslutning</b>   |
| Kvaliteten i tiltakene beskrevet i planen er høy og må bevares. Det er også viktig at verktøyet ikke medfører unødvendig registrering av data. Endringsvilligheten er fundert på tilliten til at verktøyet bidrar til bedre pasientbehandling og ivaretagelse av ansatte. Denne tilliten og fokuset på pasientens beste må tas vare på.        | Prosjektet er forankret i Helse Vest RHF og HF Stavanger sin ledergruppe. Endringen er prosjektorganisert med styringsgruppe, prosjektgruppe og arbeidsgrupper for arbeidet. Alle divisjoner er representert, og prosjektet er videre godt forankret i avdelingene. Det er stor oppslutning om behovet for endring. Ved å fokusere på belegg som den viktigste indikatoren for arbeidet skapes også oppslutning i fagmiljøene. <b>Det er avgjørende for vellykket implementering at ledere kontinuerlig etterspør bruk og synliggjøring av effekt.</b> |

**Tabell 1: Analyse av implementering av Plan for høy aktivitet ved bruk av endringskaleidoskopet**

## 5. Fremdriftsplan

### Interessentanalyse

Interessentanalysen er vedlagt (vedlegg 2) og viser at det i stor grad er positive holdninger til innføring av verktøyet. Det er mange aktører som har stor påvirkning på implementering og effekt av verktøyet. Det fremgår av analysen at fagpersonell er i en særskilt nøkkelrolle ettersom de er hovedaktørene i utforming og bruk av verktøyet, og premissleverandører for ledergruppens aksept og vilje til å innføre verktøyet i organisasjonen. Sykepleiergruppen har faggruppen med sterkest motivasjon til å innføre verktøyet. Det er også sterke positive endringsaktører blant postleger og avdelingsledere.

### Kommunikasjonsplan

Den vedlagte kommunikasjonsplanen (vedlegg 3) viser hvordan prosjektet vil søke å nå de identifiserte interessentene. Det vil i hovedsak gjennomføres målrettede møter for informasjon og planutvikling, tilbakemelding og forbedring, men også en workshop for alle aktører som skal kunne forstå og bruke verktøyet. Intranet blir også et viktig verktøy for å nå alle ansatte.

### Risikoanalyse

Risikoanalysen (vedlegg 4) fremhever viktigheten av å sikre oppfølging fra ledelse og eierskap i faggruppene (risikofaktorer 6, 20 og 22). Tiltakene er knyttet til to hovedpunkter:

1. Etterspørre bruk i avdelingen (registrering og refleksjon om identifiserte tiltak)
2. Synliggjøre effekt av bruk (effekt av tiltak for kontroll på beleggssituasjonen)

### Kritiske suksessfaktorer

Kritiske suksessfaktorer er i risikoanalysen knyttet til prosjektets definerte leveranser. Disse kan oppsummeres i følgende tabell.

| Leveranse                                       | Kritisk suksessfaktor  |
|---|--|
| Utarbeide planer                                | <ul style="list-style-type: none"><li>• Bred tverrfaglig involvering</li><li>• Utarbeide planer</li><li>• Integret i andre prosjekter</li></ul>  |
| Gjennomføre workshop                            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre riktige deltakere - sykepleiere</li><li>• Sikre riktige deltakere - leger</li><li>• Forankring i avdelingene</li><li>• Identifisere deltakere</li><li>• Design av program - handlingsdyktighet</li><li>• Forberede program</li><li>• Ressurspersoner</li><li>• Etablere overgang til klinikk</li></ul> |
| Videre opplæring av ansatte ved ressurspersoner | <ul style="list-style-type: none"><li>• Etablere møtepunkter</li><li>• Nå alle</li><li>• Progresjon</li></ul>  |
| Bruk av PHA internt på post / divisjon          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Innføringsplan for hele døgnet</li><li>• Nådd alle brukere med opplæring</li><li>• Oppmerksomhet om verktøyet i situasjonen</li><li>• Informasjonsflyt</li><li>• Lojalitet til verktøyet</li></ul>   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Bruk av PHA mellom divisjoner</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riktige kriterier ved flytting av pasienter</li> <li>• Lojalitet til verktøyet</li> <li>• Omorganisering av organisasjonen</li> </ul>                        |
| <b>Vedlikehold / revisjon av planer over tid</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• EQS i divisjonen</li> <li>• Revidere tiltak, nivå og indikatorer</li> <li>• Forankre i styringsgruppe</li> <li>• Forum for Plan for Høy Aktivitet</li> </ul> |
| <b>Tekniske løsninger (Excel og intranett)</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• IT løsninger etablert</li> <li>• Enkle brukerløsninger</li> <li>• Synliggjøring i organisasjonen</li> </ul>  |

**Tabell 2: Hoved leveranser og identifiserte kritiske suksessfaktorer.**

## Milepælsplan

Milepælsplanen er også knyttet til de identifiserte leveransene som angitt i Risikoanalysen.

Milepælsplanen oppsummeres i følgende figur:

| Leveranse                                      | År 1 |    |    |    | År 2 |    |    |    |
|--|------|----|----|----|------|----|----|----|
|  | Q1   | Q2 | Q3 | Q4 | Q1   | Q2 | Q3 | Q4 |
| Utarbeide planer                               | ■    | ■  | ■  | ■  |      |    |    |    |
| Gjennomføring workshop                         |      |    |    | ■  |      |    |    |    |
| Opplæring av ansatte ved ressurspersoner (ToT) |      |    |    | ■  |      |    |    |    |
| Bruk av PHA internt på post / divisjon         |      |    |    |    | ■    | ■  | ■  | ■  |
| Bruk av PHA mellom divisjoner                  |      |    |    |    | ■    | ■  | ■  | ■  |
| Vedlikehold / revisjon av planer over tid      |      |    |    |    |      | ■  |    | ■  |
| Tekniske løsninger (intranett)                 |      |    |    |    | ■    | ■  | ■  | ■  |

**Figur 1: Milepælsplan etter definerte leveranser**

## Spesielle ledelsesutfordringer som er knyttet til gjennomføringen av endringsoppgaven med henvisning til relevant endrings- og ledelseslitteratur

Vedlegg 5 beskriver i ytterligere detalj de tre ledelsesutfordringer som står frem som de viktigste for dette prosjektet. Det første handler om å skape en felles situasjonsforståelse for utfordringen i foretaket. Teorier knyttet til situasjonsbestemt ledelse og organisasjonsforståelse er spesielt nyttige. Videre er det viktig å få til velfungerende team på flere nivåer i organisasjonen. Det er særlig viktig å ta hensyn til at organisasjonen preges av kunnskapsmedarbeidere med faglig forankring og stor innflytelse på prosessene i egne fagmiljøer. Plan for høy aktivitet innebærer å innføre et standardisert verktøy i en kontekst der mange aktører ønsker høy grad av autonomi. Planen må derfor inneholde elementer som ivaretar faglig autonomi og tiltaksfleksibilitet i tråd med vurderinger gjort «der og da». Til slutt vil prosjektet møte ledelsesutfordringer knyttet til implementering og gjennomføringskraft i divisjonene. Implementeringsforskning og litteratur gir nyttige innspill til denne utfordringen.

## 6. Budsjett - nøkkeltall

Verktøyet er utviklet og implementert innenfor foretakets og avdelingenes budsjetttrammer. Det er ikke tilført eksterne ressurser eller omfordelt ressurser til denne prosessen. All møtevirksomhet er gjennomført innenfor disse rammene.

Avdelingene vil imidlertid avgi personell en hel dag til gjennomføring av workshopen. Rundt 90 deltakere vil tas ut av normal drift, fordelt på 33 poster. Deltakerne er i all hovedsak sykepleiere med et mindretall av leger (ca 10). Det er ingen utgifter knyttet til denne aktiviteten men postene og avdelingene må dekke inn kostnadene knyttet til eventuell reduksjon i drift innenfor eksisterende budsjetttrammer. Disse kostnadene er ikke beregnet. Verktøyet er utviklet i samarbeid med SAFER som også dekker sine kostnader innenfor eksisterende driftsrammer.

## 7. Sammendrag og konklusjon

Det er stor enighet i organisasjonen at det er et behov for å beskrive grenser for pasientsikkerhet for på den måten å oppnå en felles situasjonsforståelse rundt utfordringer knyttet til overbelegg og belastende arbeidssituasjoner. Fra en felles forståelse kan det utarbeides en plan for den daglige håndteringen av overbelegg og overbelastning i avdelingen. Målsetningen er å utvikle et beslutningsstøtteverktøy som bidrar til bedre pasientsikkerhet gjennom bedre beslutninger, bedre ledervilkår i avdelingene og bedre arbeidsmiljø. Planen må være forankret i den enkelte post, samtidig som den må integreres og koordineres på tvers av avdelinger og divisjoner. Utarbeidelsen av planer for hver enkelt post innebærer involvering av en rekke aktører og interessenter på tvers av nivåer, avdelinger og faggrupper. Det er en lederutfordring å møte risikoelementene og aktørene med et troverdig prosjekt og formålstjenlige og ekteføyte indikatorer, nivåer og tiltak for den enkelte avdeling. Tillit er en overordnet verdi som vil bære prosjektet mot sitt endelige mål. I denne prosessen skal det utvikles en felles situasjonsforståelse, utøves ledelse av prosjektgrupper, arbeidsgrupper, kunnskapsmedarbeidere og sterke faggrupper. **Endelig implementering og bærekraft over tid er avhengig av kontinuerlig lederfokus på verktøyets hovedformål (kontroll på belegg i egen avdeling) og gjennomføringskraft i divisjonen.**

## 8. Vedlegg

[Vedlegg 1 – Teoretisk forankring \(nedenfor\)](#)

[Vedlegg 2 – Interessentanalyse \( eget pdf vedlegg\)](#)

[Vedlegg 3 – Kommunikasjon og mediaplan \( eget pdf vedlegg\)](#)

[Vedlegg 4 – Risikoanalyse \( eget pdf vedlegg\)](#)

[Vedlegg 5 – Spesielle ledelsesutfordringer som er knyttet til gjennomføringen av endringsoppgaven med henvisning til relevant endrings- og ledelseslitteratur \(nedenfor\)](#)



## Vedlegg 1 – Teoretisk forankring

### Beleggsprosent og bedre kliniske beslutninger i akuttmottak og sykehusposter

Beleggsprosent i en avdeling er en viktig markør for pasientsikkerhet og korridorproblematikk. Det er først og fremst konteksten rundt korridorpatienten som resultat av overbelegg som er viktig å håndtere, og som flest aktører i en avdeling kjenner seg igjen i.

Ved økende belegg (>85 % som normert standard) (Bagust et al. 1999) utnytter ledere og helsearbeidere i første omgang eksisterende buffere for å håndtere situasjonen. Kapasitetsbuffere er første steg i håndteringen av økende belegg der ledige senger og personale innenfor ressursrammen benyttes. Tiltak som overtid, flytting av ressurser mellom enheter, innleie av flere ressurser og reduksjon av elektiv virksomhet er blant tiltakene oftest brukt. Helsearbeiderne vil også bruke av sine responsbuffere ved at de gjennom sin arbeidsetikk ser det som sin plikt å arbeide hardere og raskere over en periode (Scott et al. 2006), og at de er sosialisert til «å gå en ekstra mil» (Laine & Davidoff 1996).

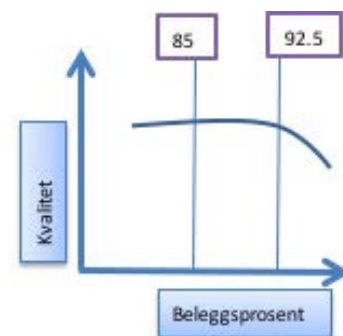
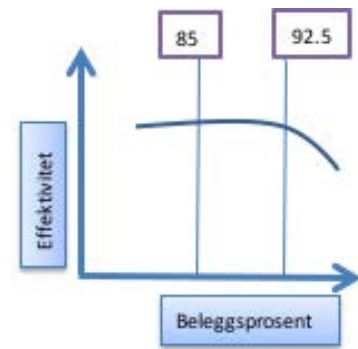
Ved ytterligere økning av belegget er kapasitetsbuffere oftest oppbrukt og helsepersonalet strammer inn tilbudet gjennom rasjonalisering mot den enkelte pasient. Oftest gir dette seg uttrykk gjennom prioritering av de sykeste i post og avdeling (Singh, Terwiesch 2012). Selv om det er nødvendig med prioritering åpner det for forskjellig behandling og ujevne standarder internt i foretaket.

| Beleggsprosent                          | Nivå 0   | Nivå 1  | Nivå 2  | Nivå 3   |
|---|--|---|---|--|
| <b>Buffer mekanismer (lederverktøy)</b> | <p>Normale prosedyrer</p> <p>Strategisk fokus</p> <p>Tid til ledelse</p> | <p><b>Buffer 1:</b></p> <p>Kapasitet strekkes</p> <p>Buffer kapasitet utnyttes</p> <p>Institusjonelle verktøy anvendes</p> <p>Profesjonalitet blant helsepersonell (gå en ekstra mil)</p> | <p><b>Buffer 2:</b></p> <p>Kapasitet utnyttet</p> <p>Institusjonaliserte verktøy utprøvd</p> <p>Helsepersonell overlatt til individuell prioritering (syke først)</p> | <p><b>Buffer oppbrukt:</b></p> <p>Stress symptomer</p> <p>Fravær</p> <p>Økt bruk av ufaglærte / oppgaveoverføring</p> <p>Feilkoding</p> <p>Sviktende avgjørelser</p> <p>Administrasjon prioriteres før ledelse</p> <p>Manglende lederverktøy for håndtering av krisen</p> <p>Kliniske snarveier</p> <p>Reduserte krav til faglige krav</p> |

Ved ytterligere økning av belegget, og ved et gitt «tipping point», vil imidlertid andre mekanismer gjøre seg gjeldende for å opprettholde kontroll. Dersom ledere ikke har utviklet verktøy for håndtering av kritisk høye nivåer vil trykket overføres til frontlinjen («den skarpe enden») og den enkelte helsearbeider vil selv begynne å ta snarveier og redusere på kvalitetskrav (Oliva & Sterman 2001, Hopp et al. 2007). I tillegg til denne aktive kvalitetsreduksjonen vil det følge en passiv kvalitetsreduksjon ved at helsearbeidere utsettes for en opplevelse av ubalanse mellom krav og ressurser og derved i økende grad agere under stress. Dette gir en passiv kvalitetsreduksjon ved at beslutninger og evne til å gjennomføre prosedyrer og tiltak blir dårligere (Lupien et al 2007). Teamfølelse og samarbeid vil også bli skadelidende med

påfølgende kvalitetsreduksjon. Det opprettes kliniske snarveier og krav til faglighet reduseres (Piquette & Reeves 2009). I sum vil det etter en gitt beleggsprosent – «tipping point» - være en nedadgående kvalitetsgradient som ikke er lineær, men progredierende ved økende belegg.

Kuntz et al. (2014) viser i sin artikkel på post/avdelingsnivå fra Tyskland at et belegg over 92,5 % hevdes å være «tipping point». Denne prosentatsen er ikke et uttrykk for et gjennomsnittsnivå, men et absolutt nivå hvoretter det over denne beleggsprosenten gir signifikant økt dødelighet. Konsekvensene ved et høyt pasientbelegg vil i tillegg føre til økt infeksjonsfare, redusert pasientsikkerhet, dårligere kvalitet på pleie og behandling og påvirkning av arbeidsmiljø. Studien inkluderer 624 avdelinger i 83 sykehus, 558.000 liggedøgn og over 82 000 pasienter. Dødelighetsraten for pasientgruppen som faktisk opplever situasjonen med overbelegg øker til 1 av 7 der årsaken til død er overbelegg (korrigert for alle andre faktorer). Denne studien blir også trukket frem av legeföreningen i et policynotat som dokumentasjon for at overbelegg er en trussel mot pasientsikkerheten (Den Norske Legeförening, 2015). Ved å fokusere på tiltak rettet mot overbelegg i forskjellige faser av økende overbelegg, og i tillegg synliggjøre nivået for belegg som gir et omslag av sentrale indikatorer, er det mulig å tydeliggjøre relevansen av tiltakene for de forskjellige aktørene på sykehuset. Høyt belegg fører også til lederutfordringer på mellomleder nivå da fokus oftest blir på administrasjon, og mindre fokus på ledelse. Viktige lederoppgaver (medarbeiderutvikling, motivasjon, styring, konflikthåndtering, monitorering mm.) blir satt til side for å håndtere daglige «kriser» og rapportering der mye av lederkapasiteten blir brukt på å erstatte sykemeldte kolleger (Johannesen og Olaisen, 2006). Effektivitet går ned ved at kliniske beslutningsprosesser blir dårligere, mindre fleksibilitet av ressursbruk, økende bruk av uerfaren arbeidskraft og liggetider opp.



Det er viktig at den enkelte helsearbeider i en situasjon med ekstremt belegg, ikke blir stående alene med ansvaret for progresjon og prioriteringer men at det tilføres beslutningsstøtte både i form av verktøy og dedikert personell med denne funksjonen (Jfr. Mål for verktøyet PHA).

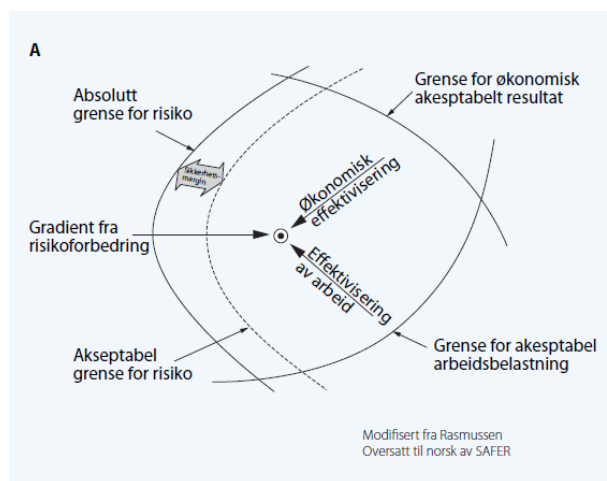
### Pasientsikkerhet i et organisatorisk perspektiv

Implementering av Plan for høy aktivitet kan forbedres ved en dypere forståelse av pasientsikkerhet relatert til organisatoriske forhold. Mye av pasientsikkerhetslitteratur og metode er knyttet til analyser av feil. Richard Cook, professor i pasientsikkerhet ved Kungliga Tekniska högskolan (KTH) i Stockholm forfekter et alternativt syn på sikkerhet i helsevesenet. Hans utsagn «stop recording adverse events» rommer et syn på mennesker der uønska hendelser ikke forklares ut fra at mennesker går inn for å gjøre en dårlig jobb. Flere sikkerhetsforskere står for et «pasientsikkerhetssyn II» der sykehuset er et kompleks system der det skjer feil. Decker (2012) hevder at: «vi må se ulykker som logiske handlinger i sin sammenheng, det er noe som skjer vanlige mennesker i vanlige arbeidssituasjoner. Man må forstå sammenhengene». Mennesker skaper sikkerhet, og sikkerhet og risiko oppstår i interaksjonen mellom mennesker. Han mener det bør forskes mer ved å analysere pasientløp som går bra, og hva som gir suksess. Vi vet ikke hva som gjør at vi er sikre og forstår vi de mekanismene som skaper sikkerhet?

Jens Rasmussen er en annen innflytelsesrik sikkerhetsforsker. Han fokuserer på beslutningsprosesser og sakte, ukontrollert ”drift” mot både sikkerhetsmessige og andre tålegrenser. Helsevesenet kan beskrives og defineres som et sosio-teknisk system. Rasmussens sosio-tekniske system synliggjør hva som skjer på de ulike nivåene i helseorganisasjonen, hvilke prioriteringer som blir gjort og hva som påvirker de ulike prioriteringene. Modellen hans viser hvordan håndteringen av sårbarhet i helseorganisasjoner gjøres og hvordan reduksjon av sårbarhet kan bli integrert på alle nivåer i helsevesenet som system. Modellen kan synliggjøre sårbarhet i helsevesenet som system med henblikk på organisatoriske forhold på alle nivå i systemet.

I moderne organisasjoner mener Rasmussen at den enkelte ansatte er mer ansvarlig for handlingene sine enn i de tradisjonelle produksjonslinjebedrifter eller i byråkratiske organisasjoner. Individuelle ferdigheter og kompetanse blant de ansatte er ofte det viktigste når en skal vurdere en organisasjon eller virksomhet. For virksomheter og organisasjoner kan det være et konkurransefortrinn dersom egne ansatte har muligheten til å foreta raske individuelle beslutninger. Hvert individ har et ”rom av muligheter” (Rasmussen, 1997).

I figuren til høyre viser Rasmussen (1997) hvordan det enkelte individs/ansatte handlingsrom blir formet av krefter som presser i ulike retninger. Tiltak rettet mot budsjettbalanse og bedre overskuddet for virksomheten presser organisasjonen mot grensen for akseptabel utførelse og sikkerhet. Samtidig må arbeidsbelastningen og ansattes arbeidsforhold justeres og holdes på et akseptabelt nivå etter gitte avtaler og retningslinjer både nasjonalt og internt i organisasjonen. Rasmussen (1997, s.190) illustrerer i modellen at det er en grense for hvor effektiv den enkelte arbeidstaker kan være uten å overskride linjen for hva som er usikre handlinger, og han beskriver hvordan slike usikre handlinger vil finne sted når en arbeidstaker blir skjøvet for langt inn i grenseområdet, enten av økonomiske motiver eller i et forsøk på å kutte hjørner og dermed redusere arbeidsbelastningen (og så fremstå mer effektiv).



Figuren viser også viktigheten av å tilstrebe en felles situasjonsforståelse for hvor grensen for akseptabel pasientsikkerhet går i egen organisasjon. Dette er viktig for å oppnå tillit og effektiv kommunikasjon mellom aktørene.

Plan for høy aktivitet er et verktøy som beskriver denne grensen.

## Referanser

Bagust A, Place M, Posnett JW. (1999). Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. *BMJ*; 319: 155 – 158.

Decker, S. (2012). *A Just Culture: Balancing Safety and Accountability*. Ashgate: UK.

Den Norske Legeforening. *Overbelegg i norske sykehus- en trussel mot pasientsikkerheten..* Policynotat nr. 1, 2015.

Hopp, W.J., Iravani, S.M.R., Yuen, G. (2007). Operations systems with discretionary task completion. *Management Science* 53(1) 61–77.

Johannessen, JA. Olaisen, J. Styring av helseforetak. Hvorfor er sykehus så vanskelige å styre? Fagbokforlaget 2006

Kuntz, L., Mennicken, R., Scholtes, S. (2014). *Stress on the ward: Evidence of Safety Tipping Points in Hospitals.*

Laine, C., Davidoff, F. (1996). Patient-centered medicine. *JAMA* ,275, 152–156.

Lupien, S.J., Maheu, F., Tu, M., Fiocco, A., Schramek, T.E. (2007). The effects of stress and stress hormones on human cognition: Implications for the field of brain and cognition. *Brain and Cognition*, 65, 209–237.

Oliva, R., Serman, J.D. (2001). Cutting corners and working overtime: Quality erosion in the service industry. *Management Science*, 47, 894–914.

Piquette, D., Reeves, S. (2009). Stressful intensive care unit medical crises: How individual responses impact on team performance. *Critical Care Medicine*, 37(4), 1251–1255.

Rasmussen, J. (1997). Risk Management in a Dynamic Society: A Modelling Problem. *Safety Science* 27, (2/3), 183-213.

Singh K.C., Terwiesch, D.C. (2012). An econometric analysis of patient flows in the cardiac intensive care unit. *Manufacturing and Service Operations Management*, 14 (1): 50-65.

## **Vedlegg 5 - Spesielle ledelsesutfordringer som er knyttet til gjennomføringen av endringsoppgaven med henvisning til relevant endrings- og ledelseslitteratur**

### **Felles situasjonsforståelse**

Endringsprosjektet er avhengig av at det oppnås en felles situasjonsforståelse omkring hva som er den faktiske utfordringen i foretaket. Uten en slik felles plattform vil det være tilnærmet umulig å komme frem til en felles plan for å løse utfordringen. Teamlederen (prosjektlederen) har et ansvar for å legge til rette for at teamet finner frem til denne felles forståelsen. Det er mange beskrivelser og oppfatninger omkring dette, og de kan sprike i alle retninger. Studier på teamledelse viser at en teamleder bør konsentrere seg om å innhente informasjon og gjøre den tilgjengelig for teamet så de har et best mulig grunnlag til å løse problemer på. (Zaccaro, Rittmana, Marks, 2001):

Det er mulig å beskrive denne prosessen ytterligere og bruke teorier knyttet til situasjonsbestemt ledelse. Situasjonsbedømmelse generelt bygger på tre elementer:

1. innhenting av informasjon,
2. tolking av informasjonen og
3. handlingsplanen som en følge av tolkingen.

En tilfeldig og lettvinnt innsamling av informasjon og en lettvinnt tolking gir et dårligere beslutningsgrunnlag enn en grundig og systematisk prosess med innhenting og tolking. Det er stor forskjell på å se og å se etter. Det er heller ikke nødvendigvis mengden informasjon som er avgjørende, men kvaliteten. At teamet får en felles handlingsplan for arbeidet videre gir det samlede teamet mulighet til å være proaktive i forhold til oppgaven, men kan også raskt identifisere hva som eventuelt tilsier at planen må endres.

Ideelt sett og under gode arbeidsforhold kan en tenke seg at alle i teamet forteller sin informasjon til alle, og at teamleder koordinerer dette ved å spørre teamet om ”hva dette betyr” og ”hva man skal gjøre med det”. Dette må ikke forveksles med at teamleder ikke har kunnskap om tolking og handlingsplan, men må assosieres med at teamleder praktiserer en inkluderende lederstil. (Hollnagel, Braithwaite, Wears, 2013). Det kreves videre en organisatorisk strategi når prosessen er omfattende og dersom mange aktører ikke umiddelbart deler organisasjonspolitiske målsetninger. Dette innebærer å ta i bruk integritets-, oppmerksomhets- og beskyttelsesstrategier i møte med aktører som ikke ønsker å være med på endringsprosessen. Aktører viser sin motstand ved at de enten slutter, resignerer eller tar opp kampen mot prosessen. (Persona Global).

Utviklingen av Plan for høy aktivitet ved SUS er avhengig av at det etableres en felles situasjonsforståelse over flere plan og blant en svært stor gruppe ansatte. Det eksisterer en felles opplevelse av høyt belegg og svært travle dager. Dette åpner en mulighet for å beskrive årsakene og mulige tiltak som kan iverksettes for å motvirke denne utviklingen. I tillegg legger prosjektet til grunn nasjonale føringer og retningslinjer som sikrer at det er i tråd med overordnede målsetninger for foretaket. (Meld. St. 12 Kvalitet og pasientsikkerhet 2014, Meld. St. 11 Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019)). Dette motiverer også ledelsen, i tillegg til at de ønsker å bidra til pasientsikkerhet og bedre arbeidsmiljø, mot en felles forståelse for hvordan utfordringen kan håndteres. Prosjektet tar også utgangspunkt i publisert kunnskap og tilgjengelig evidens som beskriver utfordringen slik den deles også globalt. Med utgangspunkt i Rasmussen (1997) og Kuntz (2014) sine beskrivelser får prosjektet også en akademisk og objektivt beskrevet plattform som deles av alle involverte. Denne plattformen er ytterligere beskrevet i vedlegg 1.

## **Velfungerende team og ledelse**

Plan for høy aktivitet er avhengig av velfungerende team, også dette på flere nivåer. Ved å følge prosjektmetodikken til Helse Vest er det etablert en styringsgruppe og en prosjektgruppe. I tillegg må hver enkelt post (totalt 33 poster) etablere sin egen arbeidsgruppe som skal utarbeide de faktiske indikatorene, nivåer og tiltak for eget bruk i møte med høy aktivitet. Hvert av disse teamene må fungere godt for å komme frem til et godt produkt og en effektiv implementering. Bang og Midelfart (2012) peker på en rekke forhold omkring velfungerende team som er relevante for disse forskjellige nivåene. Det er avgjørende at lederteamene (styringsgruppen og prosjektgruppen) har et klart formål og at gruppene fungerer godt over tid. Arbeidsgruppene på hver avdeling må ha tilstrekkelig balanse mellom sykepleiergruppen og legegruppen for å sikre legitimitet og effektivitet i implementering.

Det er også avgjørende at prosjektet har legitimitet og oppleves å være forankret i en felles verdiplattform. Prosjektets formål og virkemidler må være ektefølt og for å komme fagmiljøer i møte i større grad være rettet mot pasientsikkerhet og gode arbeidsmiljø fremfor effektiviseringskrav og budsjettkontroll. Det er sannsynlig at det vil være en styrke for prosjektet at det preges av autentisk ledelse slik beskrevet av Kvalshaugen (2010). Hun diskuterer viktigheten av å være «hel ved» og troverdig. Ledere som oppleves autentiske, som har selvinnsikt, skaper optimisme og tro på fremtiden har en positiv påvirkning på ansatte som igjen har en positiv effekt på organisasjonens yteevne.

Prosjektet må også ha respekt for, og benytte seg av at organisasjonen preges av kunnskapsmedarbeidere med sterke meninger og innflytelse på prosesser i egne fagmiljøer. Plan for høy aktivitet innebærer å innføre et standardisert verktøy i en kontekst der mange aktører ønsker høy grad av autonomi. (Rueslåttén 2006). Planen må derfor inneholde elementer som ivaretar faglig autonomi og tiltaksfleksibilitet i tråd med vurderinger gjort «der og da». Innføringen av prosedyrer og beslutningsstøtteverktøy (som PHA) blant kunnskapsmedarbeidere krever stor grad av involvering i den kreative og formative fasen, faglig integritet i tiltakspakkene, rettferdighet, objektivitet og etterrettelighet. (Hovrerak og Ødegård, 2006).

## **Implementering og gjennomføringskraft**

Når alle postene har utviklet egne planer gjenstår implementering av planene i hver avdeling og som et felles redskap på tvers av avdelinger og divisjoner. Det er viktig at også denne prosessen følger evidensbaserte prosesser for å sikre størst mulig måloppnåelse. Det er økende forståelse i sentrale helsestrategiske miljøer for viktigheten av helsesystemsforskning og implementeringsforskning i gjennomføring av tiltak og prosesser. Dette gjenspeiles blant annet i Helsedirektorates fokus på virkningsfulle, samordnede og koordinerte tiltak (Og bedre skal det bli 2005), og Kunnskapssenterets egen implementeringsforskning som understreker viktigheten av vitenskap og kunnskapsbaser også for denne delen av prosessen (Flottorp og Aakhus, 2013, Nylenna 2016).

Endringsprosjektet benytter seg av elementer rundt implementeringsstrategi slik den er oppsummert av Fixsen (2005). Her oppsummeres de viktigste stadiene i implementering av tiltak og prosjekter. Disse inkluderer utforskning og adaptering, utvikling av program og tiltak, pilotering, fullskala implementering, innovasjon og bærekraft. Prosjektet skal gjennom alle disse stadiene. Fixsen oppsummerer med tre forskjellige grader av implementering:

1. Papir-implementering: vedtatt protokoll/prosedyre
2. Prosess-implementering: Sette i gang med trening/workshop

### 3. Praktisk-implementering: Reell implementering som gagnar brukerne

En ytterligere dimensjon omkring vellykket implementering er beskrevet av Obstfelder (2007) og Pfeiffer og Sutton (2000). Oppsummert er implementering beskrevet avhengig av en rekke suksesskriterier for å lykkes. Blant de viktigste er:

1. Etterspørre resultat
2. Skreddersydd implementering
3. Skreddersydd intervensjon
4. Forankring i organisasjonen
5. Klart mål og løsning
6. Definert problem
7. Organisasjonens modenhet

Salas (2009) har videre beskrevet syv viktige suksesskriterier som også kan bidra til en effektiv implementeringsstrategi for endringsprosjektet. Disse er:

1. Koordinere målsetningen med intervensjonen opp mot organisasjonens mål
2. Sørge for organisatorisk støtte
3. Få førstelinjeledere om bord
4. Forberede kontekst og aktører på intervensjonen
5. Beskrive nødvendige ressurser og sikre at disse er tilgjengelige
6. Fasilitere opplæring i den aktuelle kontekst
7. Måle effekt av intervensjonen

Implementeringen av prosjektet kompliseres ytterligere av at helseforetak og helsevesenet for øvrig er komplekse organisasjoner med mange aktører og parallelle prosesser. Hvordan dette påvirker implementering er blant annet beskrevet av May (2006). Han beskriver en modell bestående av fire forhold viktige for å sikre normalisering og vedvarende effekt av en intervensjon i et komplekst miljø. Disse er fungerende interaksjoner, integrerte relasjoner, tilstrekkelig kunnskap og kontekstuell tilpasning.

Endringsprosjektet har som mål å lære av og integrere disse rammeverkene for å sikre at prosjektet blir effektivt implementert og normalisert i den daglige drift.

I tillegg skal endringsprosjektet gjennomføre en følgeforskningsprotokoll som søker å studere implementeringsforhold og effekt av intervensjonen opp mot målsetningen om å redusere korridorpasienter og bidra til bedre pasientsikkerhet i avdelingene. Det finnes en rekke mulige protokoller og metoder for å gjennomføre dette. Det er i utgangspunktet komplisert ettersom det er utfordrende å etablere kausalitet mellom intervensjon og oppnådd mål i slike studier (Portela et al 2015).

## Referanser

Balogun, J. Strategic change. Management Quarterly Part 10. January 2001.

Bang, H. Midelfart, TN. Effektive Ledergrupper. Gyldendal 2012.

Flottorp, S. Aakhus, E. Implementation research: science for improving practice. Nor J Epidemiol 2013; 23 (2): 187-196.

- Gytre Horverak, Ødegård, JS. Motivasjon av kunnskapsmedarbeidere. Lederbulletin 02. 2006.
- Helsedirektoratet. Og bedre skal det bli – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005–2015. IS 1162. Veileder. 2005.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. Kvalitet og pasientsikkerhet 2014. Meld. St. 12..
- Hollnagel, E., Braithwaite, J., Wears, R.L. (2013). *Resilient Health Care*. UK: Ashgate
- Implementation research. A synthesis of the litterature. Fixsen et al. University of South Florida. 2005.
- Kuntz, L., Mennicken, R., Scholtes, S. (2014). *Stress on the ward: Evidence of Safety Tipping Points in Hospitals*.
- May, C. A rational model for assessing and evaluating complex interventions in health care. BMC Health Services Research. 2006, 6:86.
- Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019). Meld. St. 11. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement.
- Nylenna M. Randomiserte studier også ved organisatoriske tiltak? Dagens Medisin. Januar 2016. <http://www.dagensmedisin.no/blogger/magne-nylenna/2016/01/20/randomiserte-studier-ogsaa-ved-organisatoriske-tiltak/>
- Persona Global. Transforming office “politics” from a dirty word to a corporate asset on the balance sheet. Brandon Partners and Seldman Executive Development, 2005. (Se også Åsmund Ulvenes Spill kortene klokt - Hvordan skal du forholde deg til det politiske spillet som foregår på arbeidsplassen din? Mentor, 2012.)
- Portela MC, et al. How to study improvement interventions: a brief overview of possible study types. BMJ Qual Saf 2015;0:1–12.
- Rangnhild Kvålshaugen. Autentisk ledelse – en effektiv lederstil? Magma Årgang 10. No 5. 2007.
- Rasmussen, J. (1997). Risk Management in a Dynamic Society: A Modelling Problem. *Safety Science* 27, (2/3), 183-213.
- Rueslåtten, K. Intervju med Tom Colbjørnsen. Hvordan lede høvdinger? Lederbulleting 02. 2006.
- Salas, A. Salisbury, M. King, H. Lazzara, E. Lyons, R. McQuillan, M. (2009). What Are the Critical Success Factors for Team Training in Health Care? . *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 35(8), 398-405
- Zaccaro, S. J., Rittman, A. L., & Marks, M. A. (2001). Team leadership. *Leadership Quarterly*, 12, 451–483.