



Endringsoppgave: Endring av tjenestetilbud ved Granheim lungesykehus

Nasjonalt topplederprogram

Ingrid Granlien With

Lillehammer 25. februar 2016

1. Bakgrunn og organisatorisk forankring for oppgaven

Granheim lungesykehus har vært i drift i over 110 år. Det har gjennom årene endret fokus fra å være et rent lungesankatorium til å være behandling og rehabiliteringsinstitusjon for lungesyke. Avdelingen har vært igjennom mange endringer i årenes løp. Staten kom inn som eier rundt år 1950, hvoretter fylkeskommunen drev stedet frem til at sykehuset ble innlemmet i Sykehuset Innlandet HF fra 2004. Granheim lungesykehus er i dag en avdeling i divisjon Habilitering/rehabilitering.

Med innføring av samhandlingsreformen fra 2012 skal oppgavene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene fordeles når det gjelder rehabilitering. Tidlig intervensjon, diagnostisering, utredning og igangsetting av spesialisert rehabilitering er spesialisthelsetjenestens ansvar, mens kommunene får større ansvar for den videre rehabilitering. Helse Sør Øst har et stort forbruk av rehabilitering generelt sammenlignet med resten av landet. Sykehuset Innlandet kjøper private rehabiliteringsplasser (med avtale) i stort omfang. Dette gjelder også bruk av egne rehabiliteringsplasser. Dette medfører økonomiske utfordringer for SI. I Styresak 094-2015 gis administrerende direktør mandat å foreta en utredning av senger i SI, rehabiliteringsplasser; både kjøp av private og bruken av egne plasser, og ortopeditilbudet i SI. (vedlegg 1)

2. Behovet for endring – hvorfor endringen er nødvendig

Med bakgrunn i styresak 094-2015 har divisjonsdirektøren for divisjon Habilitering og rehabilitering bedt om at pasienttilbudet i hele divisjonen skal gjennomgås og tilpasses overordnede føringer.

Granheim lungesykehus driver i dag 38 senger med lungerehabilitering. Dette er mange senger sammenlignet med for eksempel indremedisinske sengeavdelinger. Det høye antall senger er kostnadskrevende og det forventes tiltak som vil redusere «ikke medisinsk nødvendig liggetid» for å få en mer samfunnsøkonomisk og kostnadseffektiv drift, samt en optimal bruk av tjenestetilbudet innen rehabilitering. Et optimalt bruk av tjenestetilbudet er å komme på et nivå som er ment gitt av spesialisthelsetjenesten og at man samhandler ytterligere med primærhelsetjenesten om videre pasientforløp. Granheim lungesykehus har en lungepoliklinikk med flere velutbygde lungelaboratorier. Det er god tverrfaglig kompetanse med lungelegespesialister og mange spesialutdannede lungesykepleiere. Når det gjelder oksygentilpasning og søvnregistrering er noen pasienter inne i underkant av en uke. For dette tilbudet er det et stort pasientgrunnlag og gode muligheter for en utvidelse av kapasiteten dersom ressursene dreies mer mot poliklinisk drift/kartleggingsopphold.

Hovedvekten av pasientene får 4 ukers standardisert rehabiliteringsopphold. En andel av disse får utvidet oppholdet med 1-2 uker av ulike årsaker. Det er flere gjengangere (vedlegg 2). De har vært innlagt opptil flere ganger tidligere, og motivasjonen for egeninnsats eller deltakelse i tilgjengelige tilbud om undervisning/ trening er varierende.

Internasjonal veileder http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Pocket_2015_Feb18.pdf anbefaler at lungerehabilitering skjer over fire uker og det er viktig at nasjonale og internasjonale retningslinjer følger for å levere rehabilitering av god kvalitet. Her kan man med fordel samhandle bedre med kommuner og avtalespesialister. Granheim må ta inn de pasientene som har best nytte av det utstyr og den lungefaglige kompetanse som foreligger.

I fremtiden vil antall personer med KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) øke. Dersom tjenesten vris til mer poliklinisk virksomhet, korte tverrfaglige kartleggingsopphold og igangsetting av rehabilitering vil man oppnå et mer kostnadseffektivt og spisset pasienttilbud som hensyn tar oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. GLS kan behandle fler pasienter og på et tidligere tidspunkt i sykdomsforløpet enn i dag.

Det er en utfordring å rekruttere legespesialister til denne delen av spesialisthelsetjenesten. Det er derfor nødvendig å tilby utfordrende og spennende arbeidsplasser for å beholde fagfolk og for å sørge for fremtidig rekruttering. En dreining av virksomheten, som beskrevet ovenfor vil antakelig styrke rekrutteringsmulighetene.

3. Målsetting på kort og lang sikt.

- Det overordnede målet er at GLS gir rett tjeneste på rett nivå.
- Granheim lungesykehus skal intervensere tidlig, utrede, diagnostisere, igangsette behandling og iverksette rehabilitering. Vi skal samhandle godt med pasientens egen kommune om videre rehabiliteringsplan.
- På kort sikt er målet å skape forståelse og entusiasme for behovet for endring, samt beholde og rekruttere personell med rett kompetanse.
- På lang sikt er målet at Granheim lungesykehus fortsetter som en del av spesialisthelsetjenesten og at man tilbyr tjenester på dette nivå.

4. Analyse knyttet til endringskaleidoskopet

For å planlegge endringen av pasienttilbudet har jeg brukt modellen til Julia Balogun; «Strategic change» (Balogun, 2001). Modellen viser til et hensiktsmessig endringskaleidoskop for å gjennomgå organisasjonens kontekst i planleggingsfasen.

Det er viktig å forstå at endring ikke bare handler om å forandre organisasjonen. Det er viktig å ikke undervurdere den kultur som er tilstede. Endringen skjer først når menneskene som er i systemet tar opp i seg nye holdninger, innstillinger og meninger, og arbeider på en annen måte eller tar opp og implementere endrede systemer (Jacobsen & Thorsvik, 2001). Siden vi lever i en tid som er preget av stadig utvikling og endringer er det viktig at ledere har kompetanse og kunnskap til å gjennomføre en analyse av organisasjonens kontekst. Som leder er det nødvendig å ha påvirkningskraft og personlige egenskaper slik at det å selge endrings ideer til andre blir vellykket. Man må også ha evne til å gjennomføre endringen i praksis og til å følge opp i ettertid. Når det gjelder endring i egen organisasjon vil denne skje som en mellomting mellom «big bang» endring og steg for steg. Antall senger for inneliggende pasienter skal reduseres, nye forløp for individuelle rehabiliteringsopphold og kartleggingsopphold skal lages og den polikliniske kapasiteten skal økes. Man er avhengig av god planlegging og forberedelse og endringen kan settes til en gitt dato fram i tid.

Når vi ser til føringene er det en forventning om at vi har gjennomført endringen i løpet av 2016 med oppstart januar 2017. Sykehusets økonomi og fokus på rehabiliteringsfeltets utfordringer ved stort forbruk tilsier behov for ending/omstilling.

Uten støtte fra politiske føringer og administrerende direktør ville endringen av pasienttilbudet være vanskelig. Det er tenkelig at prosessen vil kreve bistand fra divisjonsdirektør eller kommunikasjonsavdelingen i SI når endringen skal kommuniseres til brukere av pasienttilbudet og samarbeidspartnere.

Maktforholdene i avdelingen følger av lederhierarkiet. Ledergruppen består av tre seksjonsledere og avdelingssjef. Utover dette er det ingen utpreget uformell ledelse i avdelingen. På grunn av vanskelig rekruttering av lungelegespesialister går vi fra 1. mars 2016 inn i et samarbeid med divisjon Lillehammer, medisinsk avdeling, om felles legeressurser.

Det foreligger ingen utpreget profesjonskamp som antas å hindre gjennomføringen av endringen.

Endringen blir lederstyrt men ulike tverrfaglige arbeidsgrupper vil settes ned for å arbeide med forskjellige pasientforløp og andre praktiske tilrettelegginger. Ledergruppen vil legge rammer og føringer, mens arbeidsgruppene lager forslag til innholdet i de ulike tilbudene.

Det vurderes til at det ikke er behov for konsulenttjeneste til dette arbeidet. Ledergruppen vil utgjøre endringsteamet og sørge for at interne prosesser settes i gang og avsluttes etter oppsatt milepælsplan. Samtidig vil endringsteamet koordinere helheten og rapportere oppover i systemet vedrørende fremdrift.

Nedleggelse av et visst antall senger er antakelig både ønskelig og nødvendig for å kunne skyve ressursene mot mer poliklinisk virksomhet og kartleggingsopphold. Dette vil kunne oppleves dramatisk og vil kreve at man jobber annerledes enn i dag.

Den fremtidige endringen vil påvirke alle som er ansatt i avdelingen og som er en del av kjernevirksomheten. Den vil ikke omfatte personalet som er ansatt i Eiendom og Internservice slik som kjøkken, renhold eller vaktmestertjenesten i særlig grad. Likevel vil disse bli løpende orientert om endringen fordi de er en del av lungesykehuset. Endringen vil medføre en annerledes inntakspolitikk og vil dermed påvirke særlig tidligere pasienter/gjengangere. De vil nok kunne oppleve endringen som negativ da det ikke lenger blir like enkelt å få gjentagende opphold. Når det gjelder samarbeid med kommuner vil de måtte ta pasientene imot med anbefalt oppfølging av videre rehabilitering. Dette vil skje i større grad enn tidligere. For å ivareta spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt vil vi øke samhandling når det gjelder overføring av kompetanse til kommunene.

Det er viktig å bevare det gode arbeidsmiljøet som er i avdelingen. Forrige medarbeiderundersøkelse viste at ansatte i høy grad trives og er fornøyde. Det er viktig å opprettholde det lave sykefraværet og «stå på» viljen hos de ansatte. Den sterke samarbeidskulturen kan ses på som et nyttig bidrag til at vi lykkes med endringen. Likeledes er det viktig å bevare og utvikle den kompetansen som er på fagfeltet.

Det er mange yrkesgrupper representert og endringen vil omfatte alle som er i direkte pasientnært arbeid. Man har vært gjennom mange endringer i årenes løp slik at endring er ikke ukjent. Den kompetansen jeg erverver meg nå vil være av stor betydning i planarbeidet og i gjennomføringsfasen.

Det er god kapasitet til å drive med endringsarbeid i organisasjonen. Avdelingen er liten og har god ledertetthet som kan dra prosessene. Det er en stabil ansattgruppe med store stillinger og det kan prioriteres å bruke ressurser til å delta i endringsarbeidet samtidig som pasientbehandlingen ivaretas.

Endringsbehovet er forsøkt forankret hos personalgruppen gjennom et års tid. Overordnede føringer og behovet for en mer tilpasset drift har vært tatt opp i ulike fora og ved flere anledninger. Avdelingssjef har deltatt på allmøte og i personalmøter. Det har vært satt ned en tverrfaglig arbeidsgruppe som har fått mye informasjon om overordnede føringer både skriftlig og muntlig. Det har vært diskutert og gruppen har blitt utfordret på å komme med innspill til videre arbeid. På tross av dette er likevel forståelsen for at endring er nødvendig ulikt forankret. Her er det viktig å ha en bevissthet omkring det faktum at personalgruppen er på ulike steder vedrørende forståelse og aksept for endring.

Når det gjelder brukere har de vært holdt orientert i avdelingens brukerråd og brukerrådet har gitt uttrykk for forståelse av at det er et behov for endring. Noen er bekymret for at de selv ikke vil fylle kriteriene for plass i avdelingen i fremtiden. Deres oppfatning er at det aller viktigste for nye pasienter er å få en diagnose med dertil utredning og behandling.

Jeg vurderer situasjonen i dag slik at både seksjonslederne og jeg har den kraften som skal til for å kunne gjennomføre endringen i løpet av 2016. Jeg forutsetter ikke stor motstand men er klar over at ikke alle er på samme nivå når det gjelder forståelse og aksept for endringen.

5. Fremdriftsplan

a) Interessentanalyse

Det er viktig at vi i planleggingsfasen vurderer hvem som vil bli berørt av endringen. Ved å foreta en strukturert interessentanalyse identifiserer man de som har interesse, hvilke

holdninger og påvirkningskraft disse har. Man bygger stort sett på antakelser og foretar en refleksjon rundt hvordan man bør håndtere disse.
(se vedlegg 3)

b) Kommunikasjonsplan

Med utgangspunkt i interessentanalysen lager man en plan for hvordan kommunikasjonen vedrørende endringen bør håndteres. Det er viktig å være proaktiv slik at man ikke kommer i etterkant med nødvendig informasjon. Det er viktig å formidle nøkkelbudskapet i første omgang. Alle er ikke på samme sted når det gjelder hverken forståelse av endringsbehovet eller en akseptasjon Budskapet bør gjentas i ulike kanaler flere ganger og på flere måter. Det er viktig å kommunisere personlig og gjøre bruk av uformelle arenaer. Man kan slik hente inn tilbakemeldinger på informasjonen og besvare spørsmål. Det er smart å la være å komme med all informasjonen på en gang da det kan virke overveldende men heller tilpasse informasjonen til mottakeren. Ved å være tilstede i uformelle arenaer og gjennom tilbakemeldinger vil man kunne forbedre og planlegge informasjonen videre.
(se vedlegg 4)

c) Risikoanalyse

Helse-og omsorgsdepartementet har i Oppdragsdokumentet pålagt sykehusene å innføre risikostyring som et verktøy. Ved å bruke verktøyet når det gjelder endringer kan man forebygge uønskede hendelser og begrense skadene ved uønskede hendelser. Man forsøker gjennom dette å styre risikoen.
(se vedlegg 5)

d) Kritiske suksessfaktorer

Når det gjelder kritisk suksessfaktorer er det de forhold som det er viktigst å lykkes med for å nå målsettingen. Man kan enkelt stille seg følgende spørsmål: Når vi målet dersom vi lykkes med disse faktorene? Eksempler på suksessfaktorer i min endringsoppgave er: Endringen er ferdig i rett tid, kostnadene holdes innenfor ordinært driftsbudsjett, det er gode samarbeidsrelasjoner og et godt arbeidsmiljø når endringen er gjennomført.
(se vedlegg 5)

e) Milepælsplan

Det er nødvendig å utarbeide en milepælsplan i planleggingsfasen av en endring. Milepælsplanen sier noe om aktiviteter som skal igangsettes, til hvilken tid, av hvem og med en tidsfrist. Den sier også når endringen planlegges ferdig gjennomført og hvilke dokumentasjonskrav som stilles til de ulike aktivitetene. Planen viser fremdriften kronologisk og blir et hjelpemiddel til å sikre at måloppnåelsen skjer innen rett tid.
(se vedlegg 6)

f) Ledelsesutfordringer knyttet til gjennomføring av endring av pasienttilbudet.

Hovedutfordringen er å håndtere eventuell motstand. Både interessentanalysen og risikoanalysen viser til at sannsynligheten for en massiv motstand ikke er så stor, men det vil alltid være en viss grad av motstand mot endringer. Det er viktig å ha en endringsstrategi som er sensitiv ovenfor den organisatoriske konteksten, og ha kunnskap og en plan om hvordan man på best mulig måte kan forebygge og dempe motstanden allerede i planleggingsfasen.

Ikke all motstand er irrasjonell, mye er basert på en vurdering av hva forandringen vil kunne koste i tid, penger og dysfunksjonelle virkninger. Motstanden i denne konkrete endringen har nok mest årsak i psykologiske faktorer, som frykt for det ukjente og lav toleranse for forandringer. Det kan være misforståelser om endringens mål og hensikt (Haukedal, 2004). Motstand fra de ulike interessenter må kunne håndteres ulikt alt ut i fra hvordan de ulike vil involveres/påvirkes av endringen og hva motstanden bunner i. De fleste medarbeiderne er allerede positive og forventningsfulle til endringen og det blir viktig å bruke disse som støttespillere. Det blir viktig å ha fokus på informasjon og gjenta denne i flere omganger og på ulike måter. Kunnskap om hvor de ansatte befinner seg når det gjelder forståelse og akseptering av endringen og å møte de ulike interessenter på det nivå de befinner seg vil bli en riktig tilnærming (Haukedal, 2004).

Lederen har både myndighet og muligheter til å påvirke de ansatte. Noen opplever endringsprosesser som smertefulle mens andre gleder seg over det. »Kan vi lære å like forandringer endrer vi oss raskere, bedre og mer effektivt» sier Stein Tyrdal i boken «Endringsglede» (Tyrdal, 2008). Han peker på lederens muligheter til å påvirke nettopp dette ved å vekke de ansattes indre motivasjon gjennom å se, høre og verdsette dem. Derfor blir det viktig

at lederen er en positiv pådriver i endringsarbeidet og har fokus på og informerer, i tillegg til å være åpen for dialog angående de motforestillingene som kan komme. Det blir viktig med bred involvering i gjennomføringen. Det vil settes ned arbeidsgrupper som skal jobbe med å utarbeide nye rutiner og arbeidsprosesser. Dette vil sannsynligvis også føre til at alle får et større eierskap til endringen. Leder bør prioritere tid til å være tett på i hele endringsprosessen og følge opp tett gjennom implementeringen og i etterkant.

6. Budsjett – nøkkeltall

Denne endringsprosessen vil finansieres over ordinært driftsbudsjett. Kostnadene vil knyttes til arbeidstimer ved deltakelse i arbeidsgrupper for noen ansatte stipulert til:

- Arbeidstimer ved gruppearbeider utover ordinær arbeidstid ca 30 timer
- Det vil holdes to til tre allmøter og dekning av kaffe/frukt til alle.

7. Sammendrag og konklusjon

Det er en overordnet forventning om at pasienttilbudet ved Granheim lungesykehus skal endres til å bli mer i tråd med helsepolitiske føringer. Tidlig intervensjon, diagnostisering, kartlegging og iverksetting av spesialisert lungerehabilitering skal til en viss grad erstatte langvarige rehabiliteringsopphold som etter samhandlingsreformen i sterkere grad hører inn under primærhelsetjenestens ansvarsområde.

Gjeldende endringsoppgave beskriver bakgrunnen, forankring og behov for endring samtidig som den ved hjelp av endringskaleidoskopet analyserer avdelingens kontekst. Her er det foretatt en interessentanalyse, laget en kommunikasjonsplan samt at det er gjennomført en ROS analyse av den forestående endringen. Den viktigste ledelses utfordringen er vurdert til å være generell motstand mot endring og denne er forsøkt analysert ved hjelp av ledelsesteori.

Vedlegg

1. Styresak 094-2015
2. Oversikt type innleggelse Granheim lungesykehus
3. Interessentanalyse
4. Kommunikasjonsplan

5. Risikoanalyse/suksesskriterier
6. Milepælsplan

Kilder

- Haukedal, W. (2004). *Arbeids og lederpsykologi* (7. utg). Oslo: Cappelen akademiske
- Tyrdal, S. (2008). *Endringsglede – forandring på egne premisser*. Asker: Humorologisk forlag
- Jacobsen, D-I. & Thorsvik, J. (2001) *Hvordan organisasjoner fungerer* (2. utg). Oslo: Fagbokforlaget
- Balogun, J. (2001). Strategic change. *Management Quarterly*, 2001 (10). Hentet fra: <http://data.helse-midt.no/upload/Topplederprogrammet/Kull%2019/Endringsoppgave/Balogun%20MQ%2020>