



Endringsoppgave:
Implementering av
pågående prosjekter og
kvalitetsarbeid innenfor
kirurgisk avdeling B6,
NLSH

Nasjonalt topplederprogram 2016

Kristin Herseth Solberg
Bodø 08.04.2016

1. Bakgrunn og organisatorisk forankring for oppgaven

Den nasjonale PasOpp undersøkelsen i 2014 viste at Nordlandssykehuset scoret lavt (50%) på pasienttilfredshet når det gjaldt informasjon til pasientene. Kirurgisk ortopedisk klinikk fikk i oppdrag av direktøren å se på hvordan vi kunne forbedre dette. Det ble dannet en prosjektgruppe som skulle utarbeide en ny standard for informasjon til pasientene. Avdelingsleder er leder av prosjektet og jeg som enhetsleder er deltager av prosjektgruppen. Prosjektgruppen har utarbeidet prosedyrer for velkomstsamtale og utreisesamtale.

Vi kalte dette prosjektet: «vennlighetsprosjektet». De nye rutineene for velkomst og utreise skal implementeres i alle sengeposter i kirurgisk ortopedisk klinikk.

Forankring:

Vennlighetsprosjektet er forankret i toppledelsen i sykehuset fra direktør og i alle ledelses-ledd av kirurgisk ortopedisk klinikk. Enhetslederne i kir/ort klinikk er deltagere i prosjektgruppen og har vært involvert i utarbeidelse av nye prosedyrer for informasjon til pasientene. Det er viktig at enhetslederne er forankret til prosjektet siden det er dem som skal stå for den praktiske implementeringen av de nye rutineene.

Direktøren har besluttet at prosjektet som kirurgisk ortopedisk klinikk har utarbeidet, og vært pilot på, skal innføres i hele Nordlandssykehuset.

2. Behovet for endring- hvorfor endringen er nødvendig

Endringen er nødvendig for å sikre at pasientene får tilstrekkelig informasjon. Opplevelsen av kvalitet i helsetjenesten er sterkt knyttet opp mot tilstrekkelig informasjon. Pasienttilfredshet øker når pasientene blir tatt godt imot og ønsket velkommen, får informasjon om hva som skal skje, forventet liggetid og hvordan de skal forholde seg etter hjemkomst.

PasOpp undersøkelsen 2014 samt flere skriftlige pasientklager viste at det vi var dårligst på var informasjon til pasienten. Dette måtte vi gjøre noe med!

Det har i de seneste år vært et høyt fokus på kvalitetsmålinger og det tekniske innenfor sykepleiefaget. Dette fokuset ville vi endre til å se hele mennesket.

3. Målsetting på kort og lang sikt

På kort sikt:

Målsettingen på kort sikt er å implementere vennlighetsprosjektet innen utgangen av 2016. Målsettingen er at pasientene skal oppleve tilstrekkelig og god informasjon ved ankomst og utreise.

Implementeringen av velkomstsamtalen er igangsatt i 2015 og må vedlikeholdes.

Implementeringen av utreisesamtalen igangsettes i februar 2016.

På lang sikt:

Målsettingen på lang sikt er at jeg som leder skal klare å ta imot stadige nye prosjekter ved å benytte de verktøy vi har utarbeidet for systematisk oppfølging. Målsettingen er også at vi gjennom vennlighetsprosjektet har skapt en ny standard som hever kvaliteten på pasientbehandlingen i vår klinikk.

Vi skal redusere antall klager fra pasienter ang. manglende informasjon og score høyere på neste PasOpp undersøkelse.

4. Analyse knyttet til endringskaleidoskopet

Jeg har vært leder på kirurgisk avdeling B6 siden 2008. Jeg har stått i store endringsprosesser tidligere og er bevisst utfordringene en endringsprosess medfører. Implementering av nye måter å jobbe på er en stor utfordring for ledere. Det er enhetslederne som kommuniserer endringen videre slik at de øvrige ansatte blir informert om hva som er nytt og hva som forventes av den enkelte. Det er viktig å kommunisere hva som nå vil bli bedre enn tidligere. Det er nødvendig å etablere verktøy slik at man klarer å følge opp implementeringen og ikke gir slipp før endringen er etablert som en automatisk «sannhet» i ryggmargen på sykepleierne.

Fixen, Naom, Blace, Friedman og Wallace (2005) definerer implementering som et sett av spesifiserte aktiviteter som skal til for å gjennomføre en bestemt metode eller et behandlingsprogram i praksis. Det dreier seg om en planlagt og målrettet systemisk prosess og ikke om en tilfeldig praksisendring eller en kontekstuavhengig innsats. Implementering handler med andre ord om den komplekse prosessen det er å etablere og integrere forskningsbaserte tiltak i vanlig praksis.

Sørli m.fl. påpeker i sin litteratur at det er viktig å etablere verktøy for å gjennomføre implementeringen.

På kirurgisk avdeling har vi lagt vekt på systematisk oppfølging av kvalitetsarbeidet. Det viser seg at systematisk kvalitetsarbeid hever kvaliteten og forbedrer pasientsikkerheten.

Vi har skapt noen verktøy for enhetslederne som hjelper dem med oppfølgingen av kvalitetsarbeidet.

Våre verktøy er :

1. **Kvalitetstavler** som henger på alle sengepostene. Ukentlig møte ved tavlene der fagsykepleier, enhetsleder og avdelingsleder fra alle tre sengepostene møtes for å gå igjennom ukens status. Dette møtet bidrar til å holde fokuset på det vi skal jobbe med konstant.
2. Faste **fagsykepleiermøter** der enhetsleder i samarbeid med fagsykepleierne har utarbeidet en prioritering på hva vi skal ha fokus på i 2016. Dette sikrer en systematisk oppfølging av flere personer på de prosjektene og tiltakspakkene som er innsatsområdet vårt.
3. **Fagkvelder** med innleide forelesere som belyser det tema endringen inneholder.
4. **Personalmøte** hver 6. uke med vennlighetsprosjektet som fast agenda.
5. **Pasienttilfredshets undersøkelser** der vi har utarbeidet spørsmål som går på fokusområdene våre. Disse undersøkelsene gjennomføres en gang i halvåret og gjør at vi kan måle om vi lykkes i implementeringen av nye standarder og om de blir utført slik hensikten var.
6. **Ledermøter** hvor avdelingsleder og enhetslederne drøfter framdrift av prosjektet.

Maktforholdet i avdelingen er linjeorganisert hvor de ansatte på sengeposten forholder seg til enhetsleder på sengeposten. Vi har ingen uformelle ledere i avdelingen men vi har enkelte personer som er negative til endringer. Det er viktig at jeg som leder er forberedt på motstand og ikke lar disse personene få for mye makt. Jeg må korrigere uønsket adferd slik at det utvikler seg en vennlighetskultur i sengeposten.

Jeg har alltid hatt en åpen og tydelig lederstil der min kommunikasjon med mine ansatte har vært preget av dialog og involvering. Jeg som leder er en rollemodell for pleiepersonalet og har mulighet til å påvirke hvordan pleien og kommunikasjonen i avdelingen skal være. Mitt fokus må være at pasientene blir møtt på en vennlig og oppmerksom måte og at informasjonen underveis i oppholdet og ved utreise er tilfredsstillende. Dette vil igjen føre til økt pasienttilfredshet.

Sengeposten har et høyt kompetansenivå med flere spesialsykepleiere og erfarne hjelpepleiere. Vi har også en stabil overlegestab. Legene skal informeres om vennlighetsprosjektet i et eget møte. Det er viktig at vi har legene med på laget og at de følger opp det som forventes av dem i form av informasjon til pasientene ved utreise.

Avdelingen har gjennomgått store omstillinger de siste 5 årene. Vi har effektivisert driften og dreid fra heldøgn til dagbehandling på flere pasientgrupper. Dette har medført endrede arbeidsoppgaver for pleiepersonalet og pasientene som i dag er innlagt på sengeposten er sykere enn før. Personalet må forholde seg til stadige nye måter å jobbe på for å imøtekomme de nye kravene til effektivitet.

Det er mye positivt i kulturen på B6 som jeg vil bevare. Vi har ressurssterke spesialsykepleiere som gjør en fantastisk jobb med våre pasienter og som er gode rollemodeller for de andre sykepleierne. Fagsykepleierne har vært med i prosjektgruppen for vennlighetsprosjektet og er medspillere som vil hjelpe meg med å implementere prosjektet. På sengeposten har vi et stort mangfold av personale. Erfaringsnivået, holdninger og verdigrunnlag er sprikende. Prosjektet berører alle ansatte i sengeposten. Endringen vil ikke oppleves som dramatisk da det vil skje gradvis og være en naturlig del av arbeidshverdagen. I arbeidet med å implementere vennlighetsprosjektet må vi likevel være spesielt forberedte på å kunne håndtere eventuell endringstrøtthet, med bakgrunn i alle endringene som har skjedd tidligere.

Tidsperspektivet for implementeringen av prosjektet er overkommelig for meg som leder i og med at det skal være innført innen utgangen av 2016.

5. Framdriftsplan

- a) Interessentanalyse - eget vedlegg
- b) Kommunikasjonsplan - eget vedlegg
- c) Risikoanalyse - eget vedlegg

- d) kritiske suksessfaktorer

Kritiske suksessfaktorer er hvis enhetslederen og fagsykepleierne ikke følger opp arbeidet i implementeringsfasen. Da vil de ansatte fortsette i det gamle vante sporet og vi vil ikke få en kvalitetsforbedring i informasjonen til pasientene.

e) Milepælsplan

Felles personalmøte med informasjon om prosjektet og nye rutiner	15. februar 2016
Oppstart implementering av vennlighetsprosjektet, fase 2	22. februar 2016
Fagkveld med Johnny Mækele	April 2016
Enhetsvise pasienttilfredshetsundersøkelser	April 2016

- f) Endringsprosessene er krevende for meg som leder i en hektisk hverdag. Jeg er avhengig av at assisterende enhetsleder og fagsykepleierne er like engasjerte og hjelper meg å holde fokuset oppe og følge opp prosjektet i det daglige.

Hennestad og Revang hevder at skal et endringsprosjekt gi resultater er ”underveishåndteringen” kritisk. En av de viktigste årsakene til at endringsprosjekter ofte ikke fører fram, er faktisk at de ikke ledes. Lederen må vise vei og skape oppslutning.

De sier videre at for å bryte ut av det gamle, må man oppleve en avgjørende grunn. Det kan enten være en krise eller også en visjon som virker så løfterik at dagens situasjon framstår som utilfredsstillende.

I boken: ”Endringsledelse og ledelsesendring” kommer Hennestad og Revang med 8 praktiske råd for å lykkes med endringsprosjekter:

- Endring forutsetter erkjennelse av endringsbehov. Enten en krise eller en løfterik visjon.
- Endringsledelse krever ledelsesendring. Behovet for lederskap er ofte sterkt forsømt.
- Endring forutsetter bevissthet om retning og kommunikasjon av retning.
- Det skapes oppslutning om ønsket retning.
- Endringsprosesser må skapes og ledes.
- Endringsledelse er en personlig oppgave og utfordring for lederen.
- Strukturer og systemer i organisasjonen utgjør mektige krefter. Men de er skapt og opprettholdt av mennesker, og kan forandres av mennesker.
- Kunnskap og innsikt vil være til god hjelp. Til syvende og sist kreves det artistiske ferdigheter (artistry) for å få grep om og påvirke den sosiale (organisatoriske) situasjonen.

6. Budsjett – nøkkeltall

Implementeringen av vennlighetsprosjektet vil utgjøre gjennomsnittlig ca. 3 arbeidstimer pr. uke for leder på sengepost. Brosjyrer og plakater vil utgjøre ca. 3000 kr. på budsjettet.

7. Sammendrag og konklusjon

Utfordringen for meg som enhetsleder er å klare å motivere og engasjere mitt personale til å være med på ”enda en” endring. Kirurgisk avdeling er en sengepost med høy aktivitet og sykepleierne er under et høyt arbeidspress. For å få til denne endringen, der vi skal tillegge dem nye rutiner og nye skjemaer som skal fylles ut, er vi nødt til å ta bort noe. Vi har derfor besluttet at tiltakspakkene innenfor urinveisinfeksjon og trykksår er implementerte og resultatene er tilfredsstillende. Det er derfor trygt å utfase disse tiltakspakkene og skape rom for å innføre nye standarder for informasjon til pasientene.

Ved å benytte de standardiserte verktøyene for implementering og oppfølging vil jeg som leder lettere klare å gjennomføre prosjektet som planlagt. Det er viktig at lederne er bevisste sitt ansvar i implementeringsfasen og at det er opp til dem om en implementering blir vellykket eller ikke.

8. Vedlegg

Vedlegg 1: Interessentanalyse

Vedlegg 2: Kommunikasjonsplan

Vedlegg 3: Risikoanalyse

Litteratur:

- Fixen, D.L., Naom, S.F., Blace, K.A., Friedman, R.M. & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the litterature
- Sørli, M.A., Ogden, T., Solholm, R & Olsen, A.R (2010). Implementeringskvalitet- om å få tiltak til å virke.
- Hennestad og Revang (2006): Endringsledelse og ledelsesendring