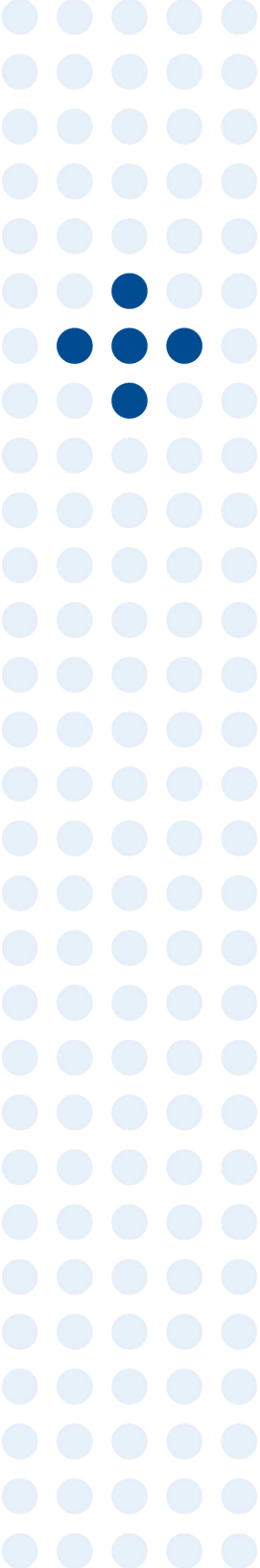


# Nasjonalt Topplederprogram



Videreutvikling og ledelse av  
kliniske mikrosystem ved  
Lungeavdelingen,  
Haukeland Universitetssjukehus

Utviklingsprosjekt  
Kull 9  
Heidi Markussen  
November 2010

## Bakgrunn

Organiseringen ved Lungeavdelingen, Haukeland universitetssjukehus (HUS) er i løpet av de siste 10 år endret fra vanlige sengeposter og poliklinikk, via tverrfaglige kompetanseteam til kliniske mikrosystem med matriseorganisering (organisasjonskart vedlegg 1). Teoretisk fundament for mikrosystem-modellen i helsevesenet kommer fra Center of Evaluative Clinical Sciences Dartmouth, Boston (Nelson, 2002). Modellen består av autonome tverrfaglige team som ivaretar en bestemt pasientgruppe. Den er del av et større mesosystem (avdeling, ledelse og IT) og makrosystem (helseforetak). Målene er transparente og inkluderer målbare delmål. Modellen inkluderer også pasientene og pårørende som en del av systemet. Grunntanken bak kliniske mikrosystem er å fremme kontinuerlig forbedring og evaluering av virksomheten. Det er gjennomført flere forbedringsprosjekter ved avdelingen, blant annet forløp for pasienter med tungpust og utredning og behandling av pasienter med lungekreft (Plessen, 2005).

Ved avdelingen har hver kliniske mikrosystem enhet (KME) utarbeidet kortsiktige og langsiktige mål for egen virksomhet. Hver KME blir veiledet av en formell leder i avdelingen. Målet om at pasient og pårørende skal være del av teamene er et av forbedringsområdene. En annen utfordring er å finne god balanse mellom autonomi i den enkelte KME og styring fra leder, for eksempel i forhold til prioritering av tidsbruk til kjernevirksomheten og utviklingsarbeid. Lungeavdelingen har sammenlignet med andre avdelinger ved HUS, relativ høy kostnadseffektivitet målt med kostnadseffektivitetsindikatorer som benyttes i Helse Bergen, men avdelingen har samtidig et noe negativt budsjettavvik.

## Problemstilling

Hvordan oppnå kontinuerlig forbedret kvalitet og effektivitet i prosess og resultat i de sykehustjenester som Lungeavdelingen har ansvar for gjennom ledelse og utvikling av de kliniske mikrosystemene ved avdelingen.

## Metode

Fokusgruppeintervju ble valgt som metode for å få frem ledergruppen, teamansvarlige overleger og sykepleiere sine erfaringer og refleksjoner over hvilke tiltak som kan forbedre kvaliteten og effektiviteten i avdelingens virksomhet. Fokusgruppeintervju er et strukturert, men uformelt gruppeintervju, hvor deltakerne kan komme med egne tema og innspill. Ved at deltakerne samtaler om sine erfaringer kan man få frem mer informasjon enn ved å intervjuet ett og ett gruppe medlem. Intervjuguide er utarbeidet, LØFT teknikk er benyttet i spørsmålsformuleringen både som grunnholdning og en metode for utvikling og endring (Sørås, 2007). Spørsmålene bygger på teori om team (Bang, 2008) og kliniske mikrosystem (Hansen & Johnson, 2008). Invitasjonen til intervjuene inneholdt hensikten med intervjuene, kort om hovedspørsmålene samt spørsmål om intervjuene kunne bli tatt opp på bånd, transkribert og deretter slettet.

## Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

Ledelse og videreutvikling av mikrosystemmodellen sees i lys av teori om endringsledelse, teori om team, samt teori om kliniske mikrosystem.

I følge Kotter kjennetegnes vellykkede endringsprosesser ved at bestemte faser må gjennomgås og det må avsettes nødvendig tid til å analysere og evaluere i forhold til om målet er nådd før en går over i neste fase. Kritiske feil i en fase kan ha ødeleggende effekt og redusere oppnådde positive effekter. Kotter beskriver følgende faser i endringsledelse:

1. Forståelse for viktighet og nødvendighet for endring.
2. Ledelseskoalisjon med tilstrekkelig gjennomslagskraft og myndighet.

3. Utvikle en god visjon og strategi
4. Kommunisere på alle nivå denne visjonen
5. Bemyndige og delegere i et vidt spekter
6. Skape tidlig suksess
7. Befeste fordeler og produsere eller skape mer på bakgrunn av tidligere endringer
8. Forankre endringene i bedriftskulturen (J. Kotter 1995).

Tilbakemelding fra fokusgruppeintervjuene viser positivitet og støtte til å organisere avdelingen i kliniske mikrosystem. Det er en gjennomgående tilbakemelding på at hensikten og målsetting med KME bør kommuniseres bedre til alle ansatte i avdelingen. Mange opplever det positivt med stor grad av autonomi og myndighet i forhold til å utarbeide egne mål, mens andre mener det bør gis tydeligere bestilling i forhold til for eksempel hva som skal prioriteres og hvor mye tid som skal benyttes til utviklingsarbeid. Hver KME opplever at de har oppnådd flere av egne mål. Det er en felles opplevelse av at organisering i kliniske mikrosystem er nyttig for pasientgruppen de har ansvar for. Det var også en opplevelse av tilhørighet i den enkelte KME. Den enkelte teamansvarlige ga også uttrykk for personlig læring og nytteverdi. Dette samsvarer med Bang sin beskrivelse av kjennetegn på gode team, de gir merverdi for de som mottar teamets tjenester og produkter. Teamet gir merverdi for teamet i form av lagånd, tillit og trygghet. Teamet må også gi merverdi for det enkelte medlem for eksempel i form av motivasjon og læring (Bang, 2008).

Når det gjelder teori om endring så er det flere som peker på at organisasjoner er i stadig forandring, men kun i liten grad planlagt endring, heller av små, rutinemessige steg. Ingen har full kontroll over helheten, over uforutsette forhold og rene tilfeldigheter (Jacobsen, 1998). Det er også rimelig å anta at jo mer omfattende og radikal en endring er, desto sterkere vil motstanden bli. Selve endringsstrategien har også betydning for grad av motstand. Teori som spesielt støtter kliniske mikrosystemmodell er at endring bør legges opp som prosesser med bred deltakelse fra samtlige aktører i organisasjonen (French og Bell, 1990). Deltakelse sees på som en mekanisme for å øke informasjonsflyt, og dermed minske usikkerhet (Nadler, 1987), for å inkludere potensielle motstandere i selve prosessen eller for å utjevne maktforskjeller (Borum, 1976). Disse antakelsene er basert på empiriske studier, som viste hvordan såkalte «top-down»-endringer, dvs. endringer der ledelsen hadde utviklet ferdige løsninger og deretter forventet at ansatte skulle rette seg etter disse, ofte møtte sterk motstand (French og Bell, 1990). Øystein Fossen (foreleser NTP) benyttet begrepet moderne pragmatikk og hevdet at måten prosessene ved endring legges opp er avgjørende. Han understreket betydningen av å se på endring som læringsprosess fremfor endringsprosess, denne tilnærmingen er sentral i videreutvikling av kliniske mikrosystem.

### **Redskaper i kliniske mikrosystem**

Kliniske mikrosystemer kan sees på både som ledelsesfilosofi og redskap til å skape kvalitetsutvikling i helsevesenet. Flere redskaper for læring og forbedring er utviklet som del av klinisk mikrosystem konseptet. Mange av disse instrumentene er benyttet også i andre sammenhenger. De mest kjente redskaper som også har vært benyttet i utviklingen av kliniske mikrosystem ved Lungeavdelingen er Verdikompasset, De 5 P'er og PDSA sirkelen (Hansen, 2008) (vedlegg 2).

### **Effekt mål som skal oppnås i løpet av våren 2011**

- Hver KME oppnår egne mål inklusiv utarbeiding/revidering av minst 5 av de viktigste prosedyrene for eget fagområde til Elektronisk Kvalitetshåndbok.
- Pasienten er bedre inkludert og er en viktig del av KME.

- God kommunikasjon og bedre samhandling mellom KME, målt ved bl.a. VAS skala.
- Forbedring av kvalitetsindikatorer:
  - Ingen fristbrudd
  - Redusert epikrisetid
  - Redusert mortalitet
  - Redusert antall sykehusinfeksjoner
  - Redusert unødvendige re-innleggelser for KOLS pasienter
  - Redusert antall korridorpasienter
  - Redusert liggetid fra 6,5 dager til 6,0 dager
- Kostnadseffektiv drift etter kostnadseffektivitetsindikatorer som brukes i Helse Bergen.
- God pasienttilfredshet og godt arbeidsmiljø.

### **Resultatmål, hvordan oppnå dette?**

Tiltakene bygger på resultat og funn fra fokusgruppeintervjuene samt litteratur om kliniske mikrosystem.

- Hensikten med KME gjøres mer kjent ved hjelp av avdelingens intranettside.
- Mål for hver KME presenteres på veggtavler.
- Teamansvarlige sykepleiere på sengepostene blir i større grad til stede på dagtid, allokere ressurser i budsjettet for 2011.
- Faste møtepunkter i arbeidsplanene til teamansvarlige sykepleiere, bioingeniører, merkantile og leger for å sikre at utviklingsarbeid ikke blir nedprioritert pga drift.
- Bedre dialog i forhold til balansen mellom autonomi i hver KME og tydelige "bestillinger" fra avdelingsledelsen vedrørende prioritering av tidsbruk til kjernevirksomhet/drift og utviklingsarbeid.
- Initiere to pilotprosjekt:
  - 1) Forbedre visitrutiner. Hensikten er todelt, pasienten inkluderes bedre i KME og i beslutninger vedrørende egen behandling, samtidig som både lege og sykepleier sin tid benyttes mer hensiktsmessig og effektivt.
  - 2) Ivaretagelse av pasientens medbestemmelse ved behandling når prognosen er meget dårlig.
- Felles lunsj til lunsjsamling for alle teamansvarlige og ledergruppen i løpet av våren 2011.

### **Hvordan og når skal effektene måles ?**

- Evaluering av målsetting til KME x 2 pr. år.
- Årlige pasient- og medarbeidertilfredshet undersøkelser.
- Øvrige parametre (liggetid, mortalitet etc.) er kontinuerlig tilgjengelig fra seksjon for styringsdata i Helse Bergen.

### **Konklusjoner og anbefalinger**

Utviklingsprosjektet inngår som en del av videreutvikling og ledelse av kliniske mikrosystem ved Lungeavdelingen, HUS. Utviklingsprosjektet har bidratt til to konkrete endringer, struktur og innhold på fellessamling for alle teamansvarlige, samt til å prioritere ressurser slik at teamansvarlige sykepleiere ved sengepostene i større grad er tilstede på dagtid. Videre er det initiert to nye pilotprosjekt i 2011, for å bedre inkludering av pasientene i det enkelte team. Det er også planlagt felles samling (lunsj til lunsj) i februar 2011 for alle teamansvarlige leger og sykepleiere samt ledergruppen.

## **Vedlegg**

Vedlegg 1 Referanser

Vedlegg 2 Organisasjonskart Lungeavdelingen, HUS

Vedlegg 3 Redskaper og metoder for kvalitetsforbedring i  
kliniske mikrosystem

Vedlegg 4 Risikoanalyse

Vedlegg 5 Fremdriftsplan med milepæler

**Referanser****Vedlegg 1**

Bang, H. (2008). *Effektivitet i lederteam – hva er det, og hvilke faktorer påvirker det?* Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 45, nummer 3, side 272-286

Borum, F. (1976): *Organisation, magt og forandring*. København: Nyt Nordisk Forlag

French, W.L. og C.H. Bell jr. (1990): *Organization Development. Behavioral Science Interventions for Organization Improvement*. Englewood Cliffs: Prentice Hall International.

Kotter, John P. (1995) *Leading Change: Why transformation efforts fail*. Harvard Business Press, March/April, s. 59 – 67.

Hansen, Jakob; Charlotte Bredahl Jacobsen; Ulla Møller Ølgaard; Anja Petersen. Introduktion til Kliniske mikrosystemer, DSI og Danske Regioner og Center for Kvalitet 2008

Jacobsen, D.I. (1998), *Motstand mot forandring, eller: 10 gode grunner til at du ikke klarer å endre en organisasjon*, Magma

Johnson JK, Mahoney CC, Nelson EC, Batalden PB. "Learning From The Best: Clinical Benchmarking for Best Patient Care," Practice Based Learning and Improvement: A Clinical Improvement Action Guide, 2nd edition. Joint Commission Resources, 2007

Nadler, D.A. (1987): «The Effective Management of Organizational Change», i J.W. Lorsch (red.): *Handbook of Organizational Behaviour*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Nelson EC, Batalden PB, Huber TP, Mohr, JJ, Godfrey MM, Headrick, LA, Wasson, JH: *Microsystems in Health Care: Part 1. Learning from High-Performing Front-line Clinical Units*. The Joint Commission Journal on Quality Improvement. Volume 28 (9): 472-493, 2002

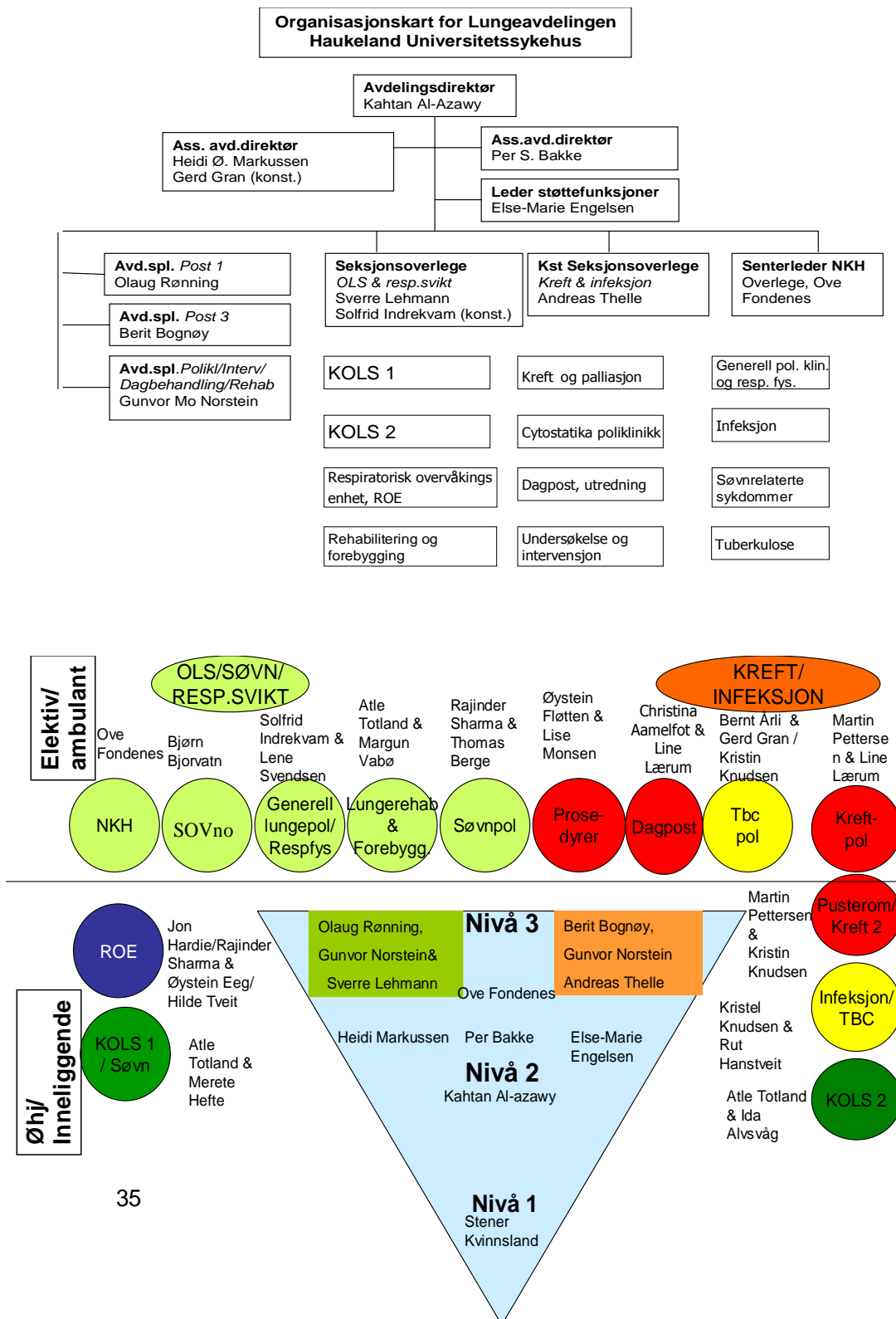
Plessen von C, Aslaksen A. Improving the quality of palliative care for ambulatory patients with lung cancer. *BMJ* 2005; 330(7503):1309-1313

Sørås, I. (2007). *Organisasjonsutvikling i sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget

Nettside: Clinical microsystems : <http://dms.dartmouth.edu/cms/about/>

# Organisasjonskart Lungeavdelingen, HUS

# Vedlegg 2



## Redskaper og metoder for kvalitetsforbedring i kliniske mikrosystem

### Vedlegg 3

Det er flere redskaper for læring og forbedring i mikrosystemmodellen. Mange av disse instrumentene er benyttet også i andre sammenhenger, mens noen er utviklet som del av kliniske mikrosystem tenkningen. De mest kjente redskaper som også har vært sentral for utviklingen av kliniske mikrosystem ved Lungeavdelingen er:

- Verdikompasset
- De 5 P'er
- PDSA ← → SDSA.

### Verdikompasset

Verdikompasset fokuserer på fire ulike måter å måle effekt.

#### 1. Klinisk status/ effekt:

Fokus på biomedisinske resultater av pleie og behandling, typisk målt med mortalitets- eller morbiditetsindikatorer. Det er ofte denne form for resultater helsevesenet er skolert i og benytter.

#### 2. Funksjon og risiko status:

Fokus på pasient og pårørendes opplevelse av helse, livskvalitet og funksjonelle muligheter i hverdagen. Hvordan behandlingen har påvirket pasienten og pårørendes fysiske og mentale status, den selvopplevde helsestatus og sykdomsrisiko.

#### 3. Pasienttilfredshet:

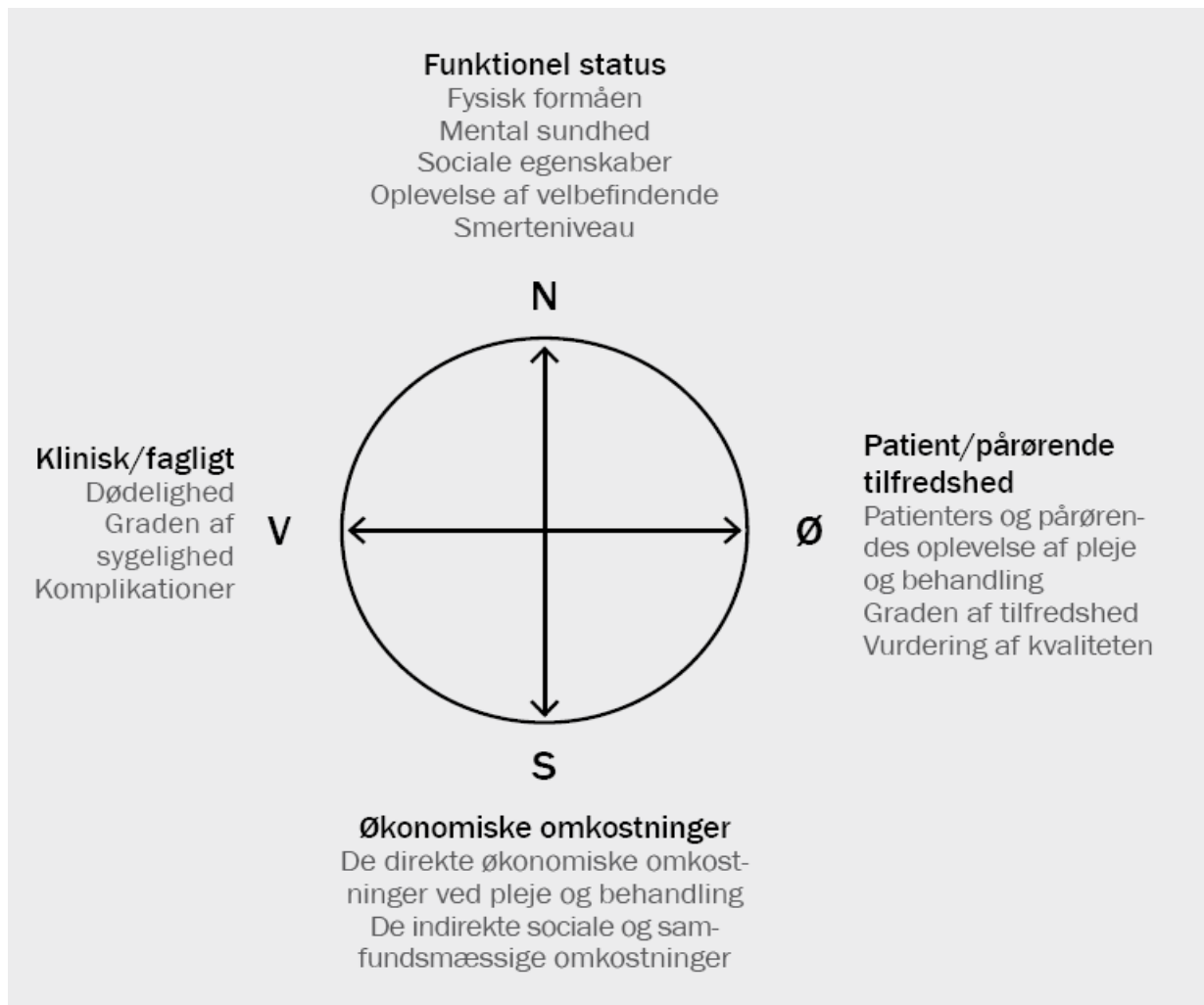
Fokus på resultater i forhold til om behandlingen har ført til den helseeffekt pasienten forventet og hvordan pasienten opplever helsetilbudet.

#### 4. Omkostninger og økonomi

Vurdering av verdiskapningen og de samlede resultater vurderes mot omkostningene, ved å oppnå resultatene. Omkostninger kan både være direkte kostnader som helsevesenet har hatt til behandling og pleie, og indirekte kostnader som individ og samfunn har hatt som konsekvens av problemer knyttet til sykdommen.

Verdikompasset visualiserer de fire aspekter av verdiskaping. De er samlet i samme kompass for å gi et helhetsperspektiv på kvalitet, verdiskaping og effekt. Verdikompasset er en ramme for hvordan man kan tenke effektmåling i helsevesenet. Det kan anvendes både på det individuelle plan og for en pasientgruppe.





## De 5 P'er

De 5 P'er setter fokus på fem konkrete aspekter av det kliniske mikrosystem og kan danne et godt grunnlag for videre forbedringsarbeid. De 5 P'er er hentet fra den engelske litteratur om kliniske mikrosystemer, og står for:

- **Purpose**
- **Patients**
- **Professionals**
- **Processes**
- **Patterns**

De representerer ulike perspektiv i analysen av et klinisk mikrosystem. Målinger av disse parametrene gjøres av representanter fra alle faggrupper i det kliniske mikrosystem. Det er viktig, at det er de ansatte og de daglige lederne, som er med på å ta temperaturen på det kliniske mikrosystem. På den måten kan ønskene til forbedring oppstå innenfra mikrosystemet i stedet for

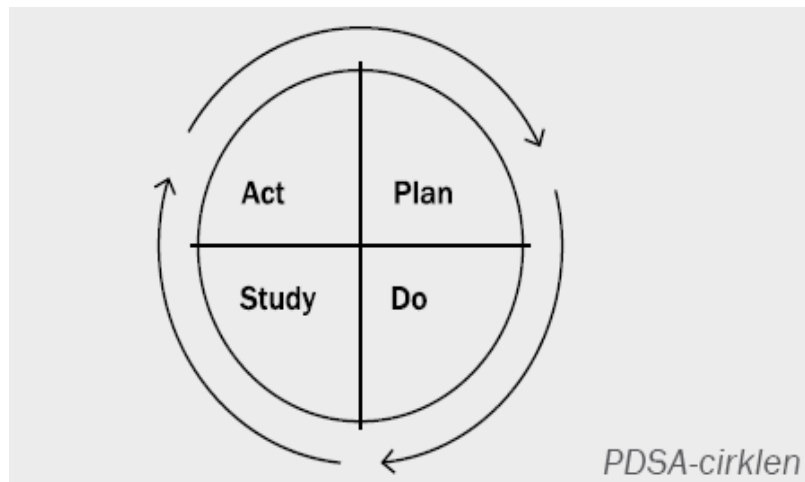
å komme fra en ekspertkonsulent eller toppledelse fjernt fra hverdagen i det kliniske mikrosystemet. Omvendt kan det være fornuftig å hente inspirasjon og input utenfra, så man ikke blir fanget i vante rutiner og forestillinger.

## PDSA

I kliniske mikrosystem handler det om at ansatte i frontlinjen får bygget et fellesskap, hvor alle kan tenke, beslutte og handle. Med læring som middel og forbedring som mål må forbedringsarbeide skje i nær relasjon til hverdagens faglige utfordringer.

Dette verktøyet er utviklet av organisasjonsteoretikeren Demming. Modellen bygger på at forbedringer skjer best gjennom en læringsprosess, på engelsk plan-do-study-act. Denne forbedringsmodell er et redskap, en systematikk og en metode i forhold til kontinuerlig å prøve ut, standardisere og implementere forbedringer.

Metoden er videreutviklet for å tydeliggjøre og forsterke trinn i forbedringsarbeidet, som man har sett trenger spesiell oppmerksomhet. Metoden tilpasses de lokale forhold og det enkelte forbedringsprosjekt (Hansen, 2008).



Ref: Kunnskapssenteret

**Risikoanalyse****Vedlegg 4**

Risikoanalyse er gjennomført i forhold til mulige tenkte problemer som kan oppstå og mulige konsekvenser av disse.

<b>Mulige problemer eller hendelser</b>	<b>Konsekvenser</b>
Medarbeidere har ikke erkjent hensikten ved å organisere avdelingen etter kliniske mikrosystemmodellen.	Mer enn 50 % av endringsprosjekt feiler allerede i starten pga av dette. (Kotter,1995).
Det er ikke dannet en sterk nok alliansegruppe bak klinisk mikrosystem modellen.	Vanskeliggjør gjennomføring.
Visjonen med mikrosystem organiseringen er ikke klart nok formulert og forankret i organisasjonen,	Uklarhet i organisasjonen, manglende felles retning oppslutning om felles visjon og mål.
Målet om at pasienten skal være integrert og aktiv i den enkelte kliniske mikrosystem enhet (KME) er ikke erkjent eller gjennomført.	Ikke mulig å oppnå planlagte mål for mikrosystemorganiseringen.
Mangelfull plan for informasjon og kommunikasjon om mikrosystem organiseringen.	Forskjellige informasjonskanaler, tilfeldig om informasjon når ut i organisasjonen.
For tette skott mellom de ulike KME, redusert samarbeid.	Ulik arbeidsbelastning i teamene, ikke optimal bruk av personalressursene.
Fare for uklarhet om hvem som er personalansvarlig leder, når medarbeidere arbeider tett mot teamansvarlig sykepleier og overlege og samtidig følger pasienter ”på tvers” av seksjonene.	Ansatte blir usikker på hvem de skal forholde seg til i personalsaker.
Spesialisering i diagnosegrupper gjør det vanskeligere å arbeide med andre grupper pasienter.	Større sårbarhet ved ikke planlagt fravær og mindre fleksibilitet.
Ikke klare rammevilkår for utviklingsarbeid eller ikke allokert nødvendig tid til dette.	Frustrasjon blant teamansvarlige og redusert måloppnåelse.
Ta seieren på forskudd, tro at de første positive endringene er tegn på at organiseringen i mikrosystem fungerer.	Endring av organisering tar ofte lengre tid enn forventet.
Ikke tid til tilstrekkelig opplæring av nyansatte.	Dårligere kvalitet på pleie og behandling.
Ikke evidensbaserte skriftlige prosedyrer og retningslinjer for behandling og pleie	Dårligere kvalitet på tilbudet til pasientene.
Utfordringer i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene på grunn av ulike forventninger vedr. arbeidsforhold.	Kan føre til misfornøyde medarbeidere og vanskeliggjøre utviklingsarbeid.
Uønsket deltid for å få arbeidsplanene til ”å gå opp” på kveld, natt og helg.	Misfornøyde ansatte, utfordrende å gjennomføre utviklingsarbeid.

## Beregning av risiko

Beskrivelse av mulige problemer eller uønskede hendelser	Sannsynlighet	Konsekvens alvorlighet	Verdi
1. Medarbeidere har ikke erkjent hensikten ved å organisere avdelingen etter kliniske mikrosystemmodellen.	2	4	8
2. Det er ikke dannet en sterk nok alliansegruppe bak klinisk mikrosystem modellen.	2	4	8
3. Visjonen med mikrosystem organiseringen er ikke klart nok formulert og forankret i organisasjonen,	3	4	12
4. Målet om at pasienten skal være integrert og aktiv i den enkelte kliniske mikrosystem enhet (KME) er ikke erkjent eller gjennomført.	3	5	15
5. Mangelfull informasjon og kommunikasjon om mikrosystem organiseringen.	3	3	9
6. For tette skott mellom de ulike KME, redusert samarbeid.	3	3	9
7. Fare for uklarhet om hvem som er personalansvarlig leder når medarbeidere samarbeider tett med teamansvarlig sykepleier og overlege .	2	4	8
8. Spesialisering i diagnosegrupper gjør det vanskeligere eller mindre interessant å jobbe med andre grupper pasienter.	3	3	9
9. Ikke klare rammevilkårene for utviklingsarbeid eller ikke allokert nødvendig tid for teamene å arbeide med egne mål.	4	4	16
10. Ta seieren på forskudd tro at de første positive endringer er tegn på at organiseringen i mikrosystem fungerer.	1	3	3
11. Ikke tid til tilstrekkelig opplæring av nyansatte,	3	4	12
12. Ikke tilstrekkelig skriftlige evidensbaserte prosedyrer og retningslinjer for behandling og pleie	4	3	12
13. Utfordringer i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene på grunn av ulike forventninger til hva som er realistisk og mulig å gjennomføre vedr. arbeidsforhold.	3	3	9
14. Uønsket deltid for å få arbeidsplanene til ”å gå opp” på kveld, natt og helg.	4	2	8

**Sannsynlighet er gradert fra 1-5.**

1: meget liten. 2: liten. 3: moderat. 4: stor. 5: svært stor.

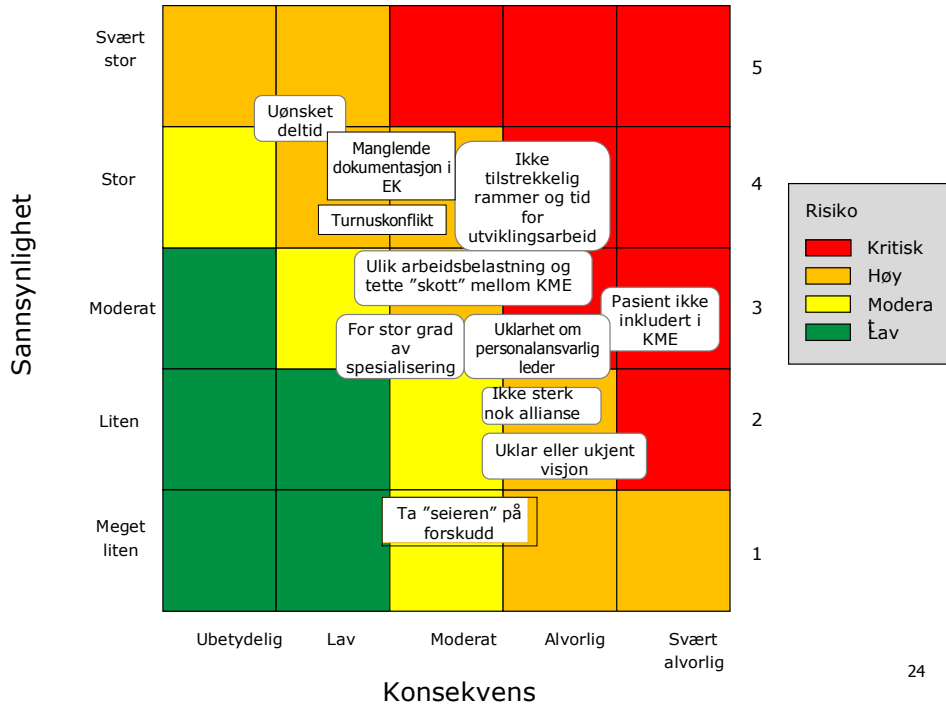
**Konsekvens er gradert fra 1-5.**

1: ubetydelig. 2: lav. 3: moderat. 4: alvorlig. 5: svært alvorlig.



## Oppsummering av risikovurderinger

Matrisen oppsummerer risikovurderinger som er utført for ledelse og utvikling av de kliniske mikrosystemene (KME) ved avdelingen. <sup>5</sup>



## **Fremdriftsplan med milepæler**

## **Vedlegg 5**

### **Høst 2010**

- Kartlegging, litteratursøk, tidligere forskning, fokusgruppeintervju. Tilsammen 5 fokusgruppeintervjuer.
- Ferdigstilling og sammenskrivning av utviklingsprosjektet.
- Presentasjon og aktiv involvering av prosjektplan for avdelingens ledergruppe og for teamansvarlige sykepleiere og leger
- Struktur og innhold på fellesmøtet er endret.
- Informasjon og involvering av tillistvalgte, verneombud og AMU.

### **Vår 2011**

- Bedre rammebetingelser for teamene, koordinere møtepunkter mellom teamansvarlige sykepleiere, bioingeniører, merkantile og leger i arbeidsplanene.
- Felles samling teamansvarlige og ledergruppen i februar 2011.
- Pilotprosjekt for å forbede visittrutiner, som inkluderer pasienten bedre.
- Pilotprosjekt for å bedre inkludering av pasienten i beslutninger om behandling ved svært alvorlig prognose.