



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Pingvinhotellet, mest for pingviner?

Hvordan kan vi forstå forskjellene i bruken av pasienthotellet i fem klinikker ved
UNN Tromsø?

Masteroppgave MBA UIN

Emnekode: BE311E
Dato: 20.06.16
Joakim Sjöbäck og Lars Røslie
Totalt antall sider: 60



Forord

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på Masterstudiet i Helseledelse ved Universitetet i Nordland 2014–2016. Studiet er et erfaringsbasert MBA-program som finansieres av Helse Nord RHF.

Det har vært to innholdsrike år hvor vi har hatt gleden av å bli undervist av mange gode forelesere. En av intensjonene med dette studie, fra Helse Nord sin side, har vært å skape relasjoner mellom leder fra de ulike helseforetakene i regionen. Det har de lyktes med. Vi har knyttet verdifulle bånd etter disse to årene, som vi helst sikkert vil ha nytte av i åren som kommer.

Takk til Inger Johanne og Anita som med stødig hånd har geleidet oss gjennom studiet.

Takk til Kari Nyland for at hun tok på seg oppgaven som hovedveileder for oss. Takk også til Unn Sollid Manskow som velvillig stilte opp som biveileder. Takk til Thomas Krogh, uten hans viktig bidrag med sortering og systematisering av datafiler, hadde det ikke blitt noen oppgave. Takk til hotellsjef Astrid Ronesen og personalet i resepsjonen for god hjelp. En oppgave med mange skrivefeil er ikke en god oppgave, takk til Grete og Anders Røslie for at dere tok på dere oppgaven med å lese korrektur. Takk til alle informantene som har delte sine erfaringer oss. Til slutt må vi takke våre familier for fritak for familiære forpliktelser de siste ukene før innlevering av oppgaven.

Tromsø 20. juni 2016

Joakim Sjöbäck og Lars Røslie

Sammendrag

Tema i denne oppgaven har vært endringsledelse og formålet med oppgaven er å undersøke hvorvidt Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN HF) har vært i stand til å gjennomføre en vellykket endringsprosess.

Vi undersøkte om klinikkene ved UNN Tromsø har vært i stand til å ta i bruk det nye pasienthotellet – Pingvinhotellet, i like stor grad som klinikkene har antatt. Vi har sett på sammenhengen mellom dette resultatet og de teorier som beskriver en vellykket endring for å kunne forstå forskjellene mellom klinikkens bruk av pasienthotellet.

Vi har fire hovedfunn:

- Det er en sammenheng mellom graden av suksess og hvor lojalt klinikken har fulgt de åtte trinnene for en vellykket endringsprosess.
- Det er forskjeller i klinikkens måloppnåelse.
- Det er mangel på horisontal ledelse mellom klinikkene.
- Klinikkerne har identifisert hindringer men flere klinikker har ikke klart å fjerne disse hindringene.

Vi har funnet at alle klinikker har klart å øke sin andel av pasienter som bruker pasienthotellet etter at det nye pasienthotellet ble tatt i bruk. Men det er variasjoner mellom klinikkene i forhold til hvor mye de har klart å øke sin andel.

Abstract

This thesis is concerned with the area of change management, and examines the extent to which The University Hospital of North Norway HF (UNN HF) has been able to accomplish a successful transformation.

It investigates whether clinics at UNN in Tromsø have been as successful in making use of the new patient hotel – Pingvinhotellet – as they assume they have. Our findings have been contextualized with reference to theories describing successful change management, in order to understand the differences between how clinics have made use of the patient hotel.

Our four main findings are:

- There is a correspondence between the degree of success and the extent to which clinics have followed the eight stages of successful transformation.
- There are differences between clinics in terms of the level of goal attainment.
- There is a lack of a horizontal level of management comprising all clinics
- Having identified obstacles, several clinics have been unable to overcome them.

Our findings suggest that while all the clinics managed to increase the number of patients who used the patient hotel after it opened, the degree of this increase varied.

Innhold

FORORD	I
SAMMENDRAG	II
ABSTRACT	III
1.0 INNLEDNING	1
1.1 FORMÅL MED OPPGAVEN	1
1.2 BAKGRUNN	1
1.3 PROBLEMSTILLING	2
1.3.1 SENTRALE BEGREPER, OPPBYGNING OG AVGRENSNING AV OPPGAVEN	2
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	3
2.1 ENDRINGSLEDELSE	3
2.2 HORIZONTAL LEDELSE.....	8
2.3 DEKOBLING OG ORGANISATORISK HYKLERI	10
3.0 METODE	11
3.1 METODEVALG OG FORSKNINGSDESIGN	11
3.2 VITENSKAPSTEORETISKE PERSPEKTIV	12
3.3 DATAINNSAMLING.....	13
3.3.1 <i>Utforming av intervjuguiden</i>	14
3.3.2 <i>Utvalg av informanter</i>	14
3.3.3 <i>Gjennomføring av intervjuene</i>	14
3.4 EVALUERING AV METODE – STYRKE OG SVAKHETER.....	15
3.4.1 <i>Validitet</i>	15
3.4.2 <i>Reliabilitet</i>	16
4.0 EMPIRI	16
4.1 UNN HF SIN VISJON OG STRATEGI	17
4.2 PASIENTHOTELL	19
4.3 UTFORDRINGSBILDE I FREMTIDEN	20
4.3.1 <i>Demografi, mangel på helsepersonell og økonomiske rammer</i>	20
4.3.2 <i>Endring i befolkningens sykdomsbilde - økt etterspørsel og nye behandlingsmetoder</i>	21
4.3.3 <i>Dreining fra døgn- til dagbehandling</i>	21
4.4 OPPSUMMERING AV UTFORDRINGSBILDET	21
4.5 DATAGRUNNLAGET	22
4.5.1 <i>I hvor stor grad har klinikkene i UNN Tromsø tatt i bruk pasienthotellet i tråd med intensjonen?</i>	22
4.7 OPPSUMMERING	49
4.7.1 <i>Hovedfunn</i>	49
5.0 DISKUSJON	50
5.1 DET ER EN SAMMENHENG MELLOM GRADEN AV SUKSESS OG HVOR LOJALT KLINIKKEN MAN HAR FULGT DE ÅTTE TRINNENE FOR EN VELLYKKET ENDRINGSPROSESS.	50
5.2 DET ER FORSKJELLER MELLOM KLINIKKENES MÅLOPPNÅELSE	52
5.3 DET ER MANGEL PÅ HORIZONTAL LEDELSE MELLOM KLINIKKENE	54
5.4 IDENTIFISERING OG EVNEN TIL Å FJERNE HINDRINGER	56
6.0 KONKLUSJON	58
6.1 BIDRAG TIL PRAKSIS	59
6.2 BIDRAG TIL TEORI	60
7.0 LITTERATURLISTE	61
8.0 VEDLEGG	63

1.0 Innledning

1.1 Formål med oppgaven

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvorvidt Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN HF) har vært i stand til å gjennomføre en vellykket endringsprosess.

1.2 Bakgrunn

I 2011 besluttet styret ved UNN HF at man skulle sette i gang bygging av et nytt pasienthotell.

Målet med utvidelse av pasienthotellkapasiteten var å frigjøre senger i sykehuset til de pasientene som har størst behov for døgnkontinuerlig tilsyn av helsepersonell. Kvalifisert helsepersonell blir i fremtiden en knapphets ressurs samtidig som det er en demografisk endring mot en aldrende befolkning med økende behov for helsetjenester.

I strategisk utviklingsplan 2015 til 2025 er det beskrevet at: *«Det er fortsatt et mål å redusere andelen døgnopphold ved å øke andelen poliklinisk-, dag- og ambulant - behandling, både for å gi pasientene best mulig behandling, og for å bruke ressursene effektivt. Bruken av pasienthotell skal økes»*. (Universitetssykehuset Nord-Norge HF strategisk utviklingsplan 2015 – 2025, 2015 s. 8)

Dersom man skal være i stand til å øke bruken av pasienthotell, slik som det er beskrevet i strategiske utviklingsplanen, må det skje en endring av praksis i organisasjonen. Vi vil i denne studien bruke pasienthotellet som case for å studere i hvor stor grad man har klart å endre praksisen ute i klinikkene, etter at det nye pasienthotellet ble tatt i bruk. Vi har valgt ut de fem største klinikkene som bruker pasienthotellet. Det er følgende klinikker – Barne- og ungdomsklinikken (BUK), Hjerte- og lungeklinikken (HLK), Medisinsk klinikk (MK), Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K) og Nevro- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR). For å svare spørsmålet om man har klart å endre praksis vil vi vil ta utgangspunkt i teori om forutsetninger for en vellykket endringsprosess.

I 2003 fikk avdelingen ved UNN Tromsø i oppgave å estimere sitt behov for pasienthotellsenger. I vår studie har vi avdekket at det er store forskjeller i klinikkenes utnyttelse av estimert behov for pasienthotellsenger.

1.3 Problemstilling

Hensikten med vår masteroppgave er å undersøke UNN Tromsø sin evne til å endre praksis rundt bruken av pasienthotellet. Vi har utarbeidet følgende problemstilling:

Hvordan kan vi forstå forskjellene i klinikkens bruk av pasienthotellet?

For å kunne svare på denne problemstillingen har vi formulert to forskningsspørsmål:

- *I hvor stor grad har klinikkene i UNN Tromsø tatt i bruk pasienthotellet i tråd med intensjonen?*
- *Hvordan kan vi forstå dette resultatet og er det en sammenheng mellom resultatet og teori om endringsledelse?*

1.3.1 Sentrale begreper, oppbygning og avgrensning av oppgaven

Et pasienthotell er ifølge Regjeringens informasjonsskriv I-24/2001 definert slik: «*hotell som er godkjent som sykehus iht. spesialisthelsetjenesteloven (eller sykehusloven) som pasienthotell*» (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-242001/id108948/>).

I denne oppgaven vil vi se på den somatiske delen av helsetjenestens bruk av pasienthotellet. Begrunnelsen for denne avgrensningen er at det i all hovedsak er somatikken som benytter kapasiteten ved pasienthotellet.

For å få hensiktsmessig tall å arbeide med har vi brukt tall fra de fem største klinikkene som benytter det nye pasienthotellet ved UNN Tromsø. Vi bruker data fra bookingsystemet på det nye pasienthotellet ved UNN Tromsø fra perioden juli 2015 til og med første uken i april 2016. Vi har tatt ut data fra sykehusets elektroniske pasientjournal (Dips) i perioden januar 2012 til april 2016. I tillegg har vi brukt data fra intervjuer av syv ledere fra fem forskjellige klinikker.

Vi har bygd vår oppgave opp over seks kapitler. I kapittel en har vi presentert forskningsspørsmålet og bakgrunnen for valgt problemstilling. I kapittel to blir den teori vi har valgt for å kunne belyse vår problemstillingen, og som vi mener gir en riktig innfallsvinkel til empiri og diskusjon presentert. Når vi kommer til kapittel tre vil vi beskrive vårt valg av forskningsdesign og forskningsmetode samt begrunne de valg vi har gjort. I kapittel fire presenterer vi vår empiri, som er data fra Dips og pasienthotellet sin

gjesteregistreringssystem samt intervjuene fra våre syv informanter. Når vi kommer til kapittel fem vil vi analysere våre hovedfunn og til slutt i kapittel seks presenterer vi vår konklusjon.

2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil det bli gjort rede for de teorier og fenomener som vi har benyttet for å belyse vår problemstilling samt svare på våre to forskningsspørsmål. Det er teori om endringsledelse, horisontal ledelse og fenomenet dekobling.

Alle organisasjoner som gjør endringer møter på utfordringer i forhold til de ansatte og deres forståelse av nødvendigheten av endringene. Det er beskrevet i teorien om endringsledelse hvilke trinn man bør gjøre for å lykkes med en endringsprosess i en organisasjon. Jacobsen og Thorsvik har i sin bok, *Hvordan en organisasjon fungerer*, (2013), beskrevet åtte trinn for en vellykket endringsprosess. Disse åtte trinn er basert på kunnskap som forskere innenfor endringsledelse tidligere har beskrevet. De åtte trinnene beskriver også John P. Kotter i sin bestselgende bok *Leading Change* (1996). Kotter, John P. publiserte i 2007 en artikkel som tok for seg hvorfor endringer ikke lyktes (*Leading Change. Why transformation efforts fail*, 2007). I vår studie bruker vi disse åtte trinnene som rammeverk til å forstå endringsprosessene og resultatet i klinikkene.

I en stor og uoversiktlig organisasjon som et sykehus er, vil det være behov for koordinering slik at man er i stand til å gi pasientene god behandling. I litteraturen er det beskrevet en teori som tar for seg samarbeid på tvers av avdelinger og klinikker – et slikt samarbeid på tvers kalles horisontal ledelse. Vi mener at horisontal ledelse er viktig for å kunne utnytte den økte kapasiteten ved pasienthotellet og vi vil bruke teori om horisontalledelse for å forstå dynamikken mellom klinikken, og deres utnyttelse av pasienthotellsenger.

2.1 Endringsledelse

Hva vil det si at det har funnet sted en endring i en organisasjon? Jacobsen og Thorsvik (2013) sier at *“En endring har funnet sted når organisasjonen utviser forskjellige trekk på ulike tidspunkt”* (s.385). Dette kan være initiert av ytre påvirkninger eller et behov eller ønske som kommer innenfra egen organisasjon.

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2013, s.385/386) er det fem forhold som kan endres i en organisasjon:

1. Endring av arbeidsoppgaver, teknologi, strategi og/eller mål
2. Strukturendringer
3. Endringer i organisasjonskulturen
4. Endring i organisasjonens demografi
5. Endringer i produksjonsprosesser, kommunikasjonsstrategier eller beslutningsnivåer/prosesser

Fire av de fem punktene som Jacobsen og Thorsvik beskriver som mulige å endre i en organisasjon er relevante i prosessen mot å dreie flere pasienter til pasienthotellet. Når det gjelder punkt 1 har UNN HF laget en tydelig strategi på å øke bruken av pasienthotellet. Strukturendringer er en endring av hvordan arbeidsoppgaver utføres og koordineres. Når pasienter flyttes til pasienthotellet og samtidig er innskrevet, så har sengepostene fremdeles ansvar for pasienten når de har behov for medikamenter, pleie eller samtale med helsepersonell. De som styrer bruken av pasienthotellet er påvirket av den kulturen som til enhver tid eksisterer i organisasjonen. Dersom klinikkene vil øke bruken av pasienthotellet må antagelser, normer og verdier endres, det vil si avdelingskulturen dersom det er nødvendig (Jakobsen og Thorsvik 2013). I vår studie ser vi ikke på betydningen av demografien i organisasjonen. Endringer i produksjonsprosess er i denne sammenhengen endrede pasientforløp hvor pasienthotellet i større grad blir inkludert.

Planlagte og ledelsesstyrte endringer er tuftet på en idé om at endring i organisasjonen vil medføre at noe kan bli gjort bedre enn før. En planlagt endring sees som en del av strategisk ledelse for å tilpasse seg de endringer som hele tiden finner sted i omgivelsene til organisasjonen. Slik som nytt lovverk, endret etterspørsel etter helsetjenester eller som i vårt tilfelle en bestilling fra toppledelsen om økt bruk av pasienthotellet (Jakobsen og Thorsvik 2013).

I en slik kontekst er endring en rasjonell prosess som er delt inn i fire faser. Den første fasen er at det skjer en endring utenfor organisasjonen som fremtvinger et behov for endring i egen organisasjon. I vår kontekst er den eksterne påvirkningen fremtidige demografiske endringer - flere eldre, samtidig med at det vil bli en knapphet på helsepersonell. Andre fase er at organisasjonen som er utsatt for en slik endring i omgivelsene må sette seg ned å finne ut av hvilke konsekvenser dette vil ha for organisasjonen og beslutte hvordan man skal forholde seg til disse eksterne endringene. I fase tre må organisasjonen bestemme seg for hvilke mottiltak man skal gjøre for å møte de nye utfordringene. Ledelsen ved UNN Tromsø utredet og besluttet

å bygge ett nytt pasienthotell. I siste fase er det iverksetting av tiltak for å nå de målene. (Jacobsen og Thorsvik, 2013). UNN Tromsø bygde nytt pasienthotell som stod ferdig til bruk i juni 2015.

Nødvendigheten av endring i en organisasjon må være opplevd som reell av sentrale aktører i organisasjonen for at det skal kunne være gjennomførbart. Jacobsen og Thorsvik (2013) bruker endringsagent som et begrep i sin bok. Disse endringsagentene må ha en opplevelse av at det er reelt behov for endring. De må ikke nødvendigvis være en del av ledelsen av en organisasjon, men kan like gjerne være de som er nærmest pasienten. Dersom en ser mot helsetjenesten vil det være mange endringsagenter langt ute i organisasjonen, fordi det er dette personellet som opplever behov for endring sterkest på kroppen i sin daglige utøvelse av sin profesjon.

Hvorvidt en endring er proaktiv eller reaktiv i en organisasjon sier noe om hvor fort en organisasjon ser de utfordringer som ligger i fremtiden. En organisasjon som alltid har en reaktiv tilnærming til endring evner ikke å se hva fremtiden bringer, og i et konkurranseperspektiv vil de alltid være på etterskudd. Er derimot organisasjonen proaktiv er de i stand til å fange opp de endringer som skjer tidlig og setter i verk tiltak/endringer for å imøtekomme disse endringene (Jakobsen og Thorsvik 2013). I UNN er det skrevet en overordnet strategisk utviklingsplan. De ni klinikkene i UNN HF har utarbeidet egne strategiske utviklingsplaner, med bakgrunn i den overordnede, som beskriver de utfordringer klinikkene ser for seg i fremtiden og de strategier som klinikkene skal møte disse utfordringer med. Derfor mener vi at UNN HF og klinikkene forholder seg proaktivt til bruken av pasienthotellet.

For å kunne svare på vår problemstilling har vi tatt utgangspunkt i Jakobsen og Thorsvik sine åtte trinn som kjennetegner en vellykket endringsprosess. Vi vil nå beskrive de åtte trinnene.

1. Det er en omforent forståelse av at det er behov for endring av organisasjonen.

Ledelsen må motivere de ansatte for en endring. Dersom de ansatte ikke ser behovet for endring vil det oppstå vanskeligheter senere i endringsprosessen. Å skape en forståelse av at det er behov for endring hjelper til å motivere de ansatte til endring. Mange organisasjoner gjør den feilen at de undervurderer utfordringen med å overbevise de ansatte om nødvendigheten av endring. Kotter sier i sin artikkel at de organisasjoner han har studert, var det over femti prosent som sviktet i første trinnet. Ledelse er viktig i denne prosessen. Kotter sier at: « *If change is needed in a division, the division general manager is key* ». (Kotter 2007, s.3).

2. Det er laget en visjon om hva som er målet med endringsprosessen samt at det er utarbeidet en strategi for hvordan endringsprosessen skal gjennomføres.

En visjon og strategi kan hjelpe de ansatte til å forstå hvorfor det må til en endring og hvordan. Hva innebærer det med en endring, hvorfor er den nødvendig og hvordan vil den påvirke den ansatte. Visjonen motivere og samler de ansatte – visjonen skal tydeliggjøre hvilken vei organisasjonen skal ta i fremtiden. For at visjonen skal være enkel å forstå må den være lett å forklare. Strategien forteller hvilke tiltak som organisasjonen må gjøre for å innfri visjonen (Jakobsen og Thorsvik, 2013 og Kotter, 2007).

3. Både visjonen og strategien er formidlet ut til alle ledd i organisasjonen, slik at det er en forståelse av hvorfor og hvordan den forestående endringene i organisasjonen skal gjøres.

Å bare utarbeide en visjon og strategi aleine har ingen betydning dersom de ikke blir kommunisert ut i alle ledd i organisasjonen. Kotter (2007) sier at en av feilene man gjør på dette trinnet i en endringsprosess er å underkommunisere visjonen og strategien.

4. De strukturelle trekk som vanskeliggjør endringen blir enten fjernet eller endret slik at endringsprosessen blir mulig å gjennomføre.

Hindringer som blir avdekket må fjernes for at det skal være mulig å gjennomføre endringer. Eksempler på hindringer er uhensiktsmessige arealer, manglende prosedyrer som er til hinder for endringsprosessen eller ansatte som ikke vil ta i bruk pasienthotellet av forskjellige årsaker. Verste av alt sier Kotter (2007), vil være dersom ledere nekter å gjøre endringer og det er ikke mulig å fjerne de sterke motstanderne av en endringsprosess. Alle hindringer kan ikke fjernes i denne fasen, men det må gjøres noe med de største.

5. Det teamet som står bak endringen må fremstå som sterk og klar for å kunne lede en slik prosess. I tillegg må de som berøres mest være med i beslutningsprosessene.

Skal det være mulig å gjennomføre en endring, må de ansatte se at det er en tydelig forventning om en endring i organisasjonen fra alle toppledere. Feilen man kan gjøre på dette trinnet er at lederteamene ikke har en tradisjon for godt teamarbeid og derfor undervurderes betydningen av å stå samlet som ledergruppe. For å skape et eierforhold til endringen må de ansatte som berøres mest være med i beslutningsprosess. Beslutningsprosessen kan være arbeidsgrupper som kommer med innspill til

lederteamet vedrørende fremtidig struktur eller pasientforløp. For å drive en slik prosess over tid er det viktig med en sterk linjeleder og et sterkt team som driver endringsprosessen. Hvis det ikke er en sterk ledelse, vil motstanderen av endringen før eller senere stoppe prosessen (Kotter, 2007).

6. Det må utarbeides kortsiktige mål som det faktisk er mulig å oppnå. Disse målene må det lages kriterier til for. Slik at det er mulig å identifisere forbedringer sett i forhold til visjonen.

Å utarbeide mål er et tiltak for å holde motivasjonen opp hos de ansatte. Og det må kunne presentere resultatet av måloppnåelse for de ansatte slik at de ser med egne øyne at det er fremdrift i endringsprosessen. Dette vil være med på å holde motivasjonen opp hos de ansatte. Ved å ha kortsiktige mål holder man vedlike forståelsen av at endringen var nødvendig. De som har deltatt aktivt i endringsprosessen må belønnes for å vise at det lønner seg å delta aktivt i en endringsprosess (Jakobsen & Thorsvik, 2013 og Kotter, 2007).

7. Forbedringer styrkes ved at endringer som virker tas inn i ny struktur og prosesser.

De strukturer og endringer som ikke passer inn med visjonen må endres. Men det er viktig ikke å glemme at en endring krever et kontinuerlig arbeide. Det er lett å forskuttere en seier og dermed kan endringsprosessen mislykkes. Da kommer de gamle tradisjonen smygende tilbake (Kotter 2007).

8. Nye måter å tenke og handle på institusjonaliseres ved å utvikle kultur omkring endringene som er gjennomført, for på den måten skape avstand til tidligere praksis som hemmer realisering av visjoner.

Det er viktig å forankre endringen som en del av organisasjonskulturen. Kulturen gjenfinner vi i handlingene. Den tidligere IBM lederen Watson uttrykte organisasjonskulturen som– «the way we do things around here». Når organisasjonen beskriver endringer og handlinger med ”det er slik vi gjør det hos oss”, så er det utviklet en kulturen omkring endringene.

Før endringen er en del av den nye kulturen i avdelingen eller klinikken, kan man ikke redusere oppmerksomheten. Det er viktig å holde fokus oppe og ikke minske innsatsen på dette siste trinn.

Kotter (2007) sier det er to faktoren som er spesielt viktige for å institusjonalisere endringen i organisasjonskulturen. Den første er et bevisst forsøk på å vise ansatte

hvordan nye tilnærminger, oppførsel og holdning har hjulpet til å øke effektiviteten/resultatet. Den andre faktoren er å bruke tilstrekkelig tid på å forsikre seg at neste generasjon av ledere representerer den nye kulturen i organisasjonen.

2.2 Horisontal ledelse

I en organisasjon er det to ledelseslinjer – en vertikal og en horisontal. Den vertikale linjen går fra Direktøren nedover til seksjonsleder og enhetsledere og underbygger den hierarkiske organiseringen av helsetjenestens beslutningsvei.

Driften og ansvaret for pasienthotellet ved UNN Tromsø er lagt til Kirurgi-, kreft og kvinnehelseklinikken (K3K). Konsekvensen av dette er at ingen av de andre klinikkene har noen beslutningsmyndighet ovenfor pasienthotellet og hvordan det drives. For pasienthotellet og K3K klinikken sin del medfører en slik organisatorisk plassering, at man er frarøvet instruksmulighet overfor hvordan de øvrige klinikkene utnytter kapasiteten ved pasienthotellet. For å kunne imøtekomme bestillingen fra Direktøren og styre om god utnyttelse av pasienthotellet sin kapasitet må klinikkene samarbeidet med hverandre – horisontal ledelse.

I helsetjenesten er det i all hovedsak fokusert på vertikal ledelse. Grunnen til det er ønske om å lage et styringssystem som er gjennomsiktig, men som også skal kunne fordele ansvar mellom de ulike ledernivåene i en organisasjon - slik som et sykehus/helseforetak. Det har det siste tiåret vært en dreining mot at koordinering er et like viktig styringsverktøy. Koordinering er det som i litteraturen blir beskrevet som horisontal ledelse. I litteraturen som omhandler styringssystemer diskuteres det ikke bare en men to dimensjoner av styring; vertikal og horisontal styring (Nyland og Andreassen, 2013).

I et sykehus er det ikke slik at det er bare en avdeling/seksjon eller klinikk som står for behandlingen av en pasient. Sykehus er en stor og komplisert organisasjon som tradisjonelt har fulgt en funksjonsorientert og strengt hierarkisk organisering. Skal sykehuset være stand til å gi pasienten den behandling vedkommende har behov for ved sykdom eller skade, er det nødvendig med samarbeid på tvers av avdelinger og klinikker. For å få til et godt pasientforløp er det nødvendig med styring på det horisontale planen ikke bare det vertikale.

Vertikal ledelse er formelle byråkratiske styringsmekanisme som tar utgangspunkt i regler. Den horisontale styringsmekanismen er den uformelle varianten av ledelse som har tillit som

sin kjerne verdi. Uformelle styringsmekanismer kan være effektive for styring og kontroll av pasientbehandling, men det forutsetter at den enkeltes mål er identisk med organisasjonens mål (Nyland og Andreassen, 2013).

Et helhetlig perspektiv på styring har i de senere år fått mer oppmerksomhet. Dette perspektivet innebærer å se sammenhengen mellom ulike koordineringsmekanismer, og se formelle mekanismer i samhandling med uformelle mekanismer (Nyland og Andreassen, 2013).

Man har tidligere gått ut fra at koordinering mellom selvstendige organisasjoner først og fremst er basert på formelle mekanismer, men senere forskning har vist at også uformelle mekanismer og tillit mellom partene har stor betydning. At partene har en relasjon til hverandre og har opparbeidet tillit seg imellom over lang tid, skaper nødvendig fleksibilitet i et forhold som i utgangspunktet er preget av streng byråkratisk kontroll. Streng byråkratiske styringsmekanismer kan oppleves som et hinder for effektiv samordning. I perioder kan uformelle styringsmekanismer komme seg forbi rigide byråkratiske systemer ved å finne praktiske løsninger på et problem som begge parter kan leve med, for eksempel ved at enkelte regler kan settes til side. Betydningen av uformelle mekanismer gjelder spesielt på operativt nivå der kompleksiteten ofte er høy (Nyland og Andreassen, 2013).

Pasienthotellet er «eid» av en klinikk – K3K. Det er ingen klinikk som har instruksjonsmyndighet over de andre klinikkene. Det er bare Direktøren som har en klinikkovergripende instruksjonsmyndighet. Bestillingen fra Direktøren er at alle klinikker skal dreie flere pasienter til pasienthotellet. Utfordringen er å finne en uformell arena der leder på avdelings- og seksjonsnivå har en møteplass der de kan diskutere felles utfordringer i forbindelse med å bruke pasienthotellet.

Det som kjennetegner horisontale ledelse er at relasjonen preges av gjensidig avhengighet. I tillegg er det ofte høy kompleksitet og kontinuerlige endringer. Det innebærer at i en slik kontekst er det svært vanskelig å konstruere et vertikalt styringssystem som løser alle tenkelige utfordringer. Et horisontalt styringssystem vil kunne støtte det vertikale styringssystemer dersom den gjensidige avhengigheten er stor nok (Nyland og Andreassen, 2013).

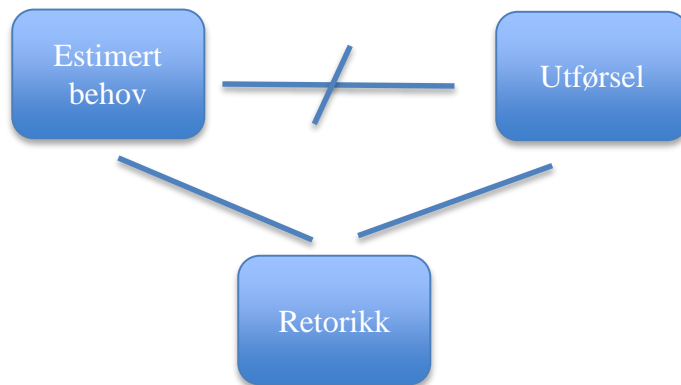
2.3 Dekobling og organisatorisk hyklery

Vår erfaring som leder ved UNN Tromsø, er at det i ulike grader, er en dekobling i de endringsprosessene som finner sted i organisasjonen. Vi vil derfor bruke modellen om dekobling, for å analysere de funn vi har gjort i vår studie hvor vi har undersøker hvor vellykket endringsprosessen rundt økt bruk av pasienthotellet har vært.

Interessemotsetninger eller organisatorisk hyklery er en annen beskrivelse av ordet dekobling. Dekobling er: ”når organisationer stilles over for modstridende krav – til økonomi, til hensyn til de ansatte, til miljø og til social ansvarlighet – er det en normal reaktion at hykle. Hermed menes, at det som siges, det som besluttes og det som gøres ikke harmonerer” (Brunsson 2005).

I helsetjenesten er det alltid motstridene krav og forventinger. Det skal gjøres økonomiske tiltak for å skape handlingsrom for investering samtidig skal ikke pasientbehandlingen bli skadelidende. Det skal behandles like mange pasienter med like godt resultat. I en slik «skvis» kan det være situasjoner der tiltakene, som iverksettes, ikke nødvendigvis blir fulgt opp i tilstrekkelig grad. Da er det en hyklersk organisasjon eller sagt på en annen måte, det er en dekobling i organisasjonen. Det er ikke alltid samsvar mellom det som planlegges og det som faktisk blir gjennomført og hva som har høyest prioritet ute i organisasjonen.

Retorikk er kunsten å tale, og gjennom sin veltalenhet er man i stand til å overtale kollegaer gjennom overbevisende argumentasjon. I figur 1 er retorikken diskusjonen og arbeidet med å overbevise det kliniske miljøet om nødvendigheten av å dreie flere pasienter til pasienthotellet. I tillegg er det beskrevet i de klinikkvise strategiske utviklingsplanene at klinikkene skal ta i bruk pasienthotellet i større utstrekning enn før. Det estimerte behovet er antall pasienthotellsenger anslått i 2003. Utførselen er at klinikkene faktisk bruker pasienthotellsenger ved det nye pasienthotellet og fyller dem med pasienter, slik at det frigjøres kapasitet på sengepostene. I en dekoklet organisasjonen er det bare delvis kobling mellom plan, aktivitet og retorikk (Pettersen, forelesning 29. september 2015). I vår case vil det da være en dekobling mellom det estimert behovet fra 2003 for pasienthotellsenger og hvor mange pasienter klinikkene velger å legge på pasienthotellet fremfor sengepostene. Dersom det ikke er en gjennomføring av en bestilling er det en dekobling i organisasjonen og dette er et ledelses og styringsproblem ute i organisasjonen. Dekobling, illustrert i figur 1, for å vise hvorfor klinikkene ikke å har klart å øke bruken tilsvarende estimert behov.



Figur 1: Dekobling

Organisatorisk hykleri kan beskrives som at organisasjonen sier den skal iverksette et tiltak eller plan, men så gjør noe helt annet. De ansatte i organisasjonen tar ikke hensyn til retningslinjer og bestemmelser som er nedfelt i formelle mål og strukturer, men gjør arbeidsoppgavene sine i tråd med slik de selv mener det bør gjøres. Jacobsen og Thorsvik (2013) sier i sin bok at det er i krysningspunktet mellom mellomleder og ansattnivå dekobling finner sted.

3.0 Metode

Vi vil i dette avsnittet beskrive og redegjøre for valg av metode og forskningsdesign. Vi vil beskrive gjennomføringen av datainnsamlingen og avslutte med å drøfte validitet og reliabilitet.

Vi bruker en samfunnsvitenskapelig metode, som har til hensikt å bidra med kunnskap om hvordan virkeligheten ser ut og hvordan denne informasjonen skal analyseres og fortelle oss om samfunnsmessige forhold og prosesser (Johannessen m.fl. 2011).

3.1 Metodevalg og forskningsdesign

Som grunnlag for studien har vi samlet inn data fra pasienthotellets bookingsystem fra september 2015 frem til april 2016. Vi har også tatt ut data fra sykehusets elektroniske pasientjournal (Dips) der vi har sett på registrerte pasienter som oppholdt seg på pasienthotellet i perioden januar 2012 til april 2016. Målet med disse uttrekken av data har vært å se om

klinikkene har økt bruken av pasienthotellet i sin daglige drift og dermed hatt en endring i klinikken.

Denne data innsamlingen er en kvantitativ metode. Kvantitativ metode er opptatt av å telle opp fenomener, det vil si å kartlegge utbredelse. (Johannessen m. fl 2011) Denne metoden er godt egnet for vår studie fordi vi ønsker å få svare på om klinikkene har økt bruken av pasienthotellet i de fem største klinikkene ved UNN Tromsø. De data som vi har samlet inn omtales som «harde data». Dataene kan også kategoriseres som direkte registrerbar virkelighet, som vi har registrert ved hjelp av harde data og analysert ved hjelp av statistiske teknikker (Johannessen m.fl. 2011).

For å kunne gå ytterligere i dybden på problemstillingen og se hvordan man har drevet frem endringsprosessen i den daglige driften av klinikkene, har vi valgt å intervju sentrale ledere i de fem klinikken vi har hentet vårt datagrunnlag. Disse funn ønsker vi å se opp mot de teorier som omhandler endringsledelse, horisontal ledelse og fenomenet dekobling. Vi vil med en kvalitativ tilnærming få beskrevet de erfaringer klinikkene fikk i forbindelse med prosessen og som kan ligge til grunn for hvor vellykket endringen av driften i den enkelte klinikk ble.

Kvalitativ metode sier noe om kvalitet og spesielle kjennetegn/egenskaper ved det fenomen som studeres. Kvalitative metoder er særlig hensiktsmessig hvis vi skal undersøke fenomener som vi ikke kjenner særlig godt og som det er forsket lite på (Johannessen m.fl. 2011).

I denne oppgaven har vi brukt data fra 2013 frem til april 2016 for å kunne beskrive fenomenet. Forskningsdesignet omtales da som en tverrsnittundersøkelse. Tverrsnittundersøkelser har sin svakhet ved at det er vanskelig å avdekke årsakssammenhenger mellom fenomenene, det vil si om et fenomen kan påvirkes av ett eller flere andre fenomener (Johannessen m.fl. 2011).

«Som kvalitativ design betyr fenomenologisk tilnærming å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer med, og forståelsen av, et fenomen» (Johannessen m.fl. 2011,s.86).

Fenomenet i vår studie er økt bruk av pasienthotell, dermed en endring i driften. For å forstå den sammenheng og for å forstå resultatene, med bakgrunn i endringer, trenger vi en kvalitativ og fenomenologisk tilnærming til de kvantitative data vi har samlet inn. Derfor har vi gjennomført intervjuer med utvalgte informanter for å få en bedre forståelse av fenomenet endringsledelse.

3.2 Vitenskapsteoretiske perspektiv

I vitenskapsteorien er det to retninger, den positivistiske og den hermeneutiske. Positivismen har sitt utspring i naturvitenskapen, der tradisjonen er å kvantifisere og kunnskapen er absolutt

samt den skal være etterprøvbart. Hermeneutikken kom som en reaksjon på positivismen fra humanvitenskapen mot det kvantitative paradigmet. Hermeneutikken som metode har som hovedoppgave å gjøre ting tilgjengelig for oss gjennom tolkning og forståelse. I vår oppgave bruker vi både positivismen og hermeneutikken som metode. Vi søker å finne svar på om UNN Tromsø har klart ta i bruk den øke kapasiteten klinikkene fikk da det nye pasienthotellet stod ferdig i juli 2015. For å finne svaret på dette spørsmålet må vi kvantifisere og sammenligne samt at resultatet vi presenterer må være reproduserbart, dette er den positivistiske retningen innen forskningen (Johannessen m.fl. 2011).

I tillegg til å finne svar på om det har vært en økning i bruken av pasienthotell ved UNN Tromsø, ønsker vi å se «bak» tallen for å forsøke å forstå hvorfor resultatet fremstår slik det gjør. Da må vi tolke de svarene vi får fra våre informanter fra de fem utvalgte klinikkene som inngår i vår studie. Dette er det hermeneutiske forskningsperspektivet i vår oppgave.

3.3 Datainnsamling

UNN har 9 klinikker. Da vi så på data for bruken av pasienthotellsenger så skilte fem klinikker seg ut i forhold til bruken av pasienthotellsenger. Det er ikke alle klinikker som har pasienter som er egnet til å plasseres på et pasienthotell. De klinikker som har få pasienter i pasienthotellet, psykisk helse og rusklinikk, diagnostisk klinikk, operasjon og intensiv klinikken og akuttmedisinsk klinikk, fjernet vi fra studien. De klinikker som gjenstod var fem klinikker:

- Barn og ungdomsklinikken (BUK)
- Hjerte- og lungeklinikken (HLK)
- Medisinsk klinikk (MK)
- Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K)
- Nevro - ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR)

Vi fikk tilgang til data via gjesteregistreringssystemet Suit8 til pasienthotellet. Vi gikk igjennom all data fra uke 27 i 2015, når det nye pasienthotellet åpnet til og med uke 13 i 2016. Vi fjernet all data som ikke var registrert på pasienter som overnattet på hotellet som heldøgns pasient, dagpasient, poliklinisk pasient eller som strålepasienter. Pasienthotellet er i all hovedsak benyttet av pasienter i ukedagene – mandag til fredag. I datagrunnlaget vårt har vi derfor tatt ut lørdag og søndag fra denne studien og ser på antall døgnopphold, polikliniske

pasienter, dagpasienter og strålepasienter som er registeret i pasienthotellets gjesteregister mandag til fredag.

3.3.1 Utforming av intervjuguiden

Vi brukte kapitlet utforming av intervjuguide i boken forskningsmetode for økonomisk-administrative fag (Johannessen m.fl. 2011) som utgangspunkt for å lage guiden. Spørsmålene til informanten utformet vi etter de 8 trinn for en vellykket endringsprosess, hentet fra Jacobsen og Thorsvik sin bok «Hvordan organisasjoner fungerer» (2013) og tilpassede spørsmålene etter hvordan informanten tolket endringsprosessen i egen klinikk eller avdeling i forhold til pasienthotellet.

3.3.2 Utvalg av informanter

Klinikkjefene fra de fem klinikken vi inkluderte i vår studie, fikk en forespørsel via e-post der vi presenterte studien, la frem de data vi har hentet inn for bruken av pasienthotellet for hver klinikken og bad klinikkjefen komme med forslag på en informant som de anså best kunne svare på våre spørsmål. Etter at klinikkjefene ga oss tilbakemelding på egnet, informant kontaktet vi vedkommende og avtalte intervju. Alle informantene fikk tilsendt, på e-post, tall for klinikkens bruk av hotellsenger sammenlignet mot det behovet klinikken hadde estimert i 2003. Vi utvidet antall informanter med ytterligere en ny informant på to forskjellige klinikker. Til sammen ble det syv informanter i stedet for fem. Dette etter at en av informantene selv ikke syntes vedkommende kunne gi et godt nok bilde på klinikknivå, og oppfordret oss til å finne en informant ekstra fra klinikken. Informanten foreslo selv informant nummer to. I den andre klinikken ble informant nummer to presentert av klinikkjefen allerede i svaret vi fikk på e-post.

3.3.3 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble utført under 3 dager i slutten av april 2016. Vi avtalte dato, plass og klokkeslett med 7 informanter. Alle intervjuene varte mellom 45 min til 1 time. Intervjuene ble utført på informantens kontor eller i møterom i administrasjonsavdelingen. Vi fulgte vedlagt intervjuguide. Alle intervjuene startet med en presentasjon av oss selv, vår arbeidsplass og hva masteroppgaven handlet om. Vi brukte en semistrukturert intervjuform. Et semistrukturert intervju har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet, mens spørsmålene, temaer og rekkefølge kan varieres. (Johannessen m.fl. 2011).

En av oss intervjuet informanten mens en noterte svarene på en pc. Den som noterte kunne også komme med ytterligere spørsmål, ønske om presiseringer eller spørre om man oppfattet informanten riktig. Etter intervjuene renskrev vi notatene og sendte dem til informanten med oppfordring om å se over notatene og godkjenne svarene. Hvis informanten ønsket å utdype, endre eller ta bort noe i teksten så gjorde de det innen de sendte tilbake notatene.

Klinikk	Informant	Dato	Lengde	Lokalisasjon
BUK	A	26/4	45 min	Klinikk møterom
HLK	B	26/4	50 min	Møterom administrasjon
K3K	C	25/4	60 min	Møterom administrasjon
	D	25/4	45 min	Møterom administrasjon
MK	E	25/4	40 min	Informantens kontor
NOR	F	18/4	45 min	Informantens kontor
	G	26/4	50 min	Informantens kontor

Tabell 1 Intervjuer

3.4 Evaluering av metode – styrke og svakheter

Hvilken metode vi velger for å samle inn data og på hvilken måte vi kvalitets sikrer våre funn vil ha konsekvenser for hvor valide (gyldige) og reliable (pålitelig) vår studie av pasienthotellet ved UNN Tromsø blir (Johannessen m.fl. 2011).

3.4.1 Validitet

En studie eller forskningsoppgave har gyldighet, er valid, dersom dataene (empirien) vi har samlet bidrar til å besvare vår problemstilling. Det er ønskelig med høy grad av validitet i en studie eller forskningsoppgave. Hvis det ikke er en høy grad av validitet kan det ikke trekkes allmenngyldige slutninger.

«Validitet, gyldighet; i hvilken grad man ut fra resultatene av et forsøk eller en studie kan trekke gyldige slutninger om det man har satt seg som formål å undersøke»

(Dahlum 2015, s.1).

I vår oppgave bruker vi intervju av syv respondenter for å validere datagrunnlaget hentet ut fra pasienthotellet sitt gjesteregistrerings programmet. På den måten har vi kvalitetssikret vårt datagrunnlag i denne studien. Kjennskap til organisasjonen og profesjonene er viktig for å kunne stille de riktige spørsmålene og forstå konteksten informantene svarer ut i fra. Vi er begge ansatt ved UNN Tromsø og har utdannelse innen helsefag samt vi har vært ansatt lenge ved sykehuset i forskjellige funksjoner og roller dermed har vi god kjennskap til

organisasjonen. Vi har tatt utgangspunkt i to teorier og ett fenomen for å belyse vår problemstilling.

3.4.2 Reliabilitet

Om vår studie av UNN Tromsø sin utnyttelse av den økte kapasitet ved pasienthotellet skal være reliabel (pålitelighet), er det avgjørende at vår innsamling av datamaterialet til analysen ikke blir påvirket av metoden vi valgte å benytte for datahøstingen. Målet er at vi skal ha en høy grad av reliabilitet i vårt materialet.

«*Reliabilitet, brukes om konsistens eller stabilitet i målinger*» (Store Norske Leksikon 2005, s.1).

I denne studien har vi høstet data fra pasienthotellet sitt gjesteregistrerings program og ikke benyttet oss av tall for bruk av pasienthotellet fra journalsystemet DIPS. Alle informantene vet hvem vi er og hvor vi arbeider. En av forfatterne har også vært involvert i en revisjon av klinikkens bruk av pasienthotellet der man i forkant av åpningen av det nye pasienthotellet, har hatt gjennomgang med ledelsen fra de ulike klinikkene for å avdekke eventuelt nye pasientgrupper. Risikoen ved at informantene kjenner oss godt er at vi ikke har fått helt ærlige svar og informanten kan ha pyntet på sannheten i forhold til prosessen rundt dreiningen av flere pasienter til pasienthotellet.

4.0 Empiri

Under dette kapitel ønsker vi å beskrive bakgrunnen for å øke bruken av pasienthotellet. Vi vil vise den utfordringsbilde som UNN HF står overfor og gi leseren en forståelse og en bakgrunn for hvorfor bruken av pasienthotellet er et viktig.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF) er et universitets- og regionsykehus som tilbyr befolkningen i Nord-Norge spesialiserte funksjonsfordelte helsetjenester. Samtidig er UNN HF et lokalsykehus for Troms og deler av Nordland.

UNN HF er et helseforetak med somatiske sykehus i Tromsø, Harstad, Narvik og Longyearbyen (Svalbard). Helseforetaket har et psykiatrisk sykehus tilbud i Tromsø med integrert rusbehandling og med distriktpsikiatris senter i Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms samt Tromsø og omegn.

UNN HF er Nord-Norges største kunnskapsbedrift og er en arbeidsplass med ca. 6 200 ansatte og et budsjett på mer enn 6 milliarder kroner.

UNN Tromsø har et stort geografisk opptaksområde for sine regionale funksjoner. For at sykehuset skal kunne tilby diagnostisering og behandling, er UNN Tromsø avhengig av at pasientene kan tilbys overnatting i rimelig avstand fra sykehuset. Dette har vært løst ved å bygge et pasienthotell i 2001/2002 med en kapasitet på 70 senger samt at sykehuset har leid hotellkapasitet på det private markedet i stor utstrekning. (Prosjekt UNN Pasienthotell Forprosjektrapport, 2012)

4.1 UNN HF sin visjon og strategi

Klinikkene har ikke en egne visjoner men deler den visjon som UNN har på overordnet nivå: «*Det er resultatene for pasienten som teller! Vi gir den beste behandling.*» (Overordnet strategi UNN HF, 2011, s.1)

I den overordnede strategiske utviklingsplanen beskrives det at: “*Det er fortsatt et mål å redusere andelen døgnopphold ved å øke andelen poliklinisk-, dag- og ambulant behandling, både for å gi pasientene best mulig behandling, og for å bruke ressursene effektivt. Bruken av pasienthotell skal økes.*» (Strategisk utviklingsplan UNN HF 2015 -2025. 2015 s.8)

Klinikkene på UNN har utarbeidet strategier for de neste 10 årene. Vi har sett på de klinikkvise strategiene for å se om det er beskrevet noe om bruken av pasienthotell.

Medisinsk klinikk beskriver i sin strategi under utfordringer at “*Mangel på helsepersonell, f. eks. bioingeniører og sykepleiere, er en av de største utfordringene fremover. Sammen med demografiske endringer får dette direkte konsekvenser for de av våre fagområder hvor det forventes økt antall pasienter.*” (Medisinsk klinikk strategisk utviklingsplan 2015 – 2025 2016 S.7)

En av flere strategier man beskriver for å møte dette med er:

“*Mange flere av pasientene som kommer til kontroll eller fornyet vurdering vil kunne tilbys opphold på pasienthotell fremfor sengepost. Økt kapasitet og tilgjengelighet har ført til økt bruk av hotellsenger.*” (Medisinsk klinikk strategisk utviklingsplan 2015 – 2025, 2016, S.8)

Klinikken ser også for seg en ytterligere økning av bruken, men peker på behovet av tiltak for å få dette til:

“Potensialet for ytterligere økning ligger særlig innenfor pasientgrupper som har lettere infeksjonssykdommer. Dette avhenger imidlertid av bedre tilrettelegging for smitteverntiltak på hotellet.” (Medisinsk klinikk strategisk utviklingsplan 2015 – 2025, 2016, S.8)

HLK beskriver *“Framtidas pasientforløp vil bli utformet med vektlegging av pasientenes egenomsorgsevne, slik at en høyere andel heldøgnsopphold blir på pasienthotell”.* (Hjerte- og lungeklinikken strategisk utviklingsplan 2015 – 2025, 2016, s.8)

NOR klinikken beskriver lignende utfordring: *«Den demografiske utvikling i befolkningen de neste ti år tilsier at klinikkens må tilpasse seg med stadig bedre pasientforløp og effektivisering, samtidig som kvalitet og pasientsikkerhet blir fundamentet i utviklingen.»*

Og har følgende strategi:

“Virksomheten må dreies i enda større grad mot dagbehandling, dagkirurgi og poliklinisk virksomhet, i tråd med endringer i ISF-ordningen. Benyttelse av pasienthotell blir viktig for å få effektive pasientforløp og forbedret kapasitet til oppgaver som må utføres på dagtid. Sengekapasiteten i avdelingene skal beholdes pasienter med særskilte behov for behandling, overvåkning og operativ virksomhet. En dreining mot dagbehandling vil bedre kapasiteten for innleggelser og redusere presset på sengeposter. Flere av pasientene kan benytte pasienthotellet både før- under og etter nødvendige avdelingsopphold. Klinikken skal vektlegge mulighetene for dagbehandling og dagkirurgi og arbeide systematisk med å utnytte den nye kapasiteten ved hotellet.” (Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken Strategisk utviklingsplan 2015 - 2025, 2016 s.7 s.11)

BUK beskriver at *“det skal innføres dag - og poliklinisk behandling for nye pasientgrupper. Arbeidet skal videreutvikles gjennom å identifisere pasientgrupper med behandlingsforløp der opphold i sengepost kombineres med pasienthotell. Arealer til dagbehandling/poliklinikk skal utvides ved å redusere senger i sengeposten. Personell skal allokere mellom sengepost og dagenhet/poliklinikk for å øke andelen dagbehandling. Pasienter som skal gjennomføre dagkirurgi behandles i Dagkirurgisk avdeling.”* (Barne- og ungdomsklinikken strategisk utviklingsplan 2015 – 2025, 2016 s. 7)

K3K beskriver i sin strategi *“Det nye Pingvinhotellet gir nye muligheter for ytterligere dreining fra døgn til dagbehandling og nye muligheter for kombinasjonsopphold (hotell –*

sengepost -hotell). Klinikken skal bidra til at UNN utvikler et moderne konsept for pasientforløp hvor bruk av pasienthotell er sentralt, for eksempel ved at alle elektive operasjons pasienter er ferdigutredet på forhånd og møter til operasjon samme dag; at alle kreftpasienter utredes poliklinisk og behandles som dagpasienter.” (Kirurgi, - kreft og kvinnehelseklinikken startegisk utviklingsplan 2015 – 2025, 2016 S.4 & S.8)

Disse fem klinikker har alle strategier som går på å bruke pasienthotellet som en del av en strategi for å møte fremtidens utfordringer. Bruken av pasienthotell er tett knyttet opp mot en dreining fra døgnbehandling av inneliggende pasienter til en økning av dag og poliklinisk behandling.

4.2 Pasienthotell

Det første pasienthotellet har vært i drift siden mars 2002 og frem til sommeren 2015. I forbindelse med omstrukturering ved UNN Tromsø, ble økt bruk av pasienthotell lansert som et tiltak for å effektivisere driften.

Målet med denne endringen var å frigjøre senger i sykehuset til de pasienter som har størst behov for døgnkontinuerlig tilsyn av helsepersonell

I hovedfunksjonsprogrammet (HFP) fra konseptfasen til pasienthotellet står følgende definisjon av begrepene pasienthotell og sykehotell:

“Pasienthotell er for pasienter som er innskrevet på sykehuset men ligger på pasienthotellet under oppholdet, dette oppholdet registreres da som et sykehus opphold. Sykehuset har da plikt til å føre tilsyn med pasienten og til å yte behandling dersom det er nødvendig på samme måte som øvrige pasienter ved sykehuset. Regelverket som gjelder for sykehus vil også gjelde for oppholdet ved pasienthotellet.” (Prosjekt UNN Pasienthotell Forprosjektrapport, 2012, s.9).

“Sykehotell er et overnattingstilbud for tilreisende som skal til poliklinisk behandling enten i forkant/etterkant av en innleggelse på sykehuset» (Prosjekt UNN Pasienthotell Forprosjektrapport, 2012, s.9).

«De pasienter som overnatter på sykehotell eller pasienthotell, og som ikke er innskrevet ved sykehuset, vil sykehuset formelt ikke ha noe mer ansvar for enn de som oppholder seg på et ordinært hotell eller i hjemmet» (Prosjekt UNN Pasienthotell Forprosjektrapport, 2012, s.10)

4.3 Utfordringsbilde i fremtiden

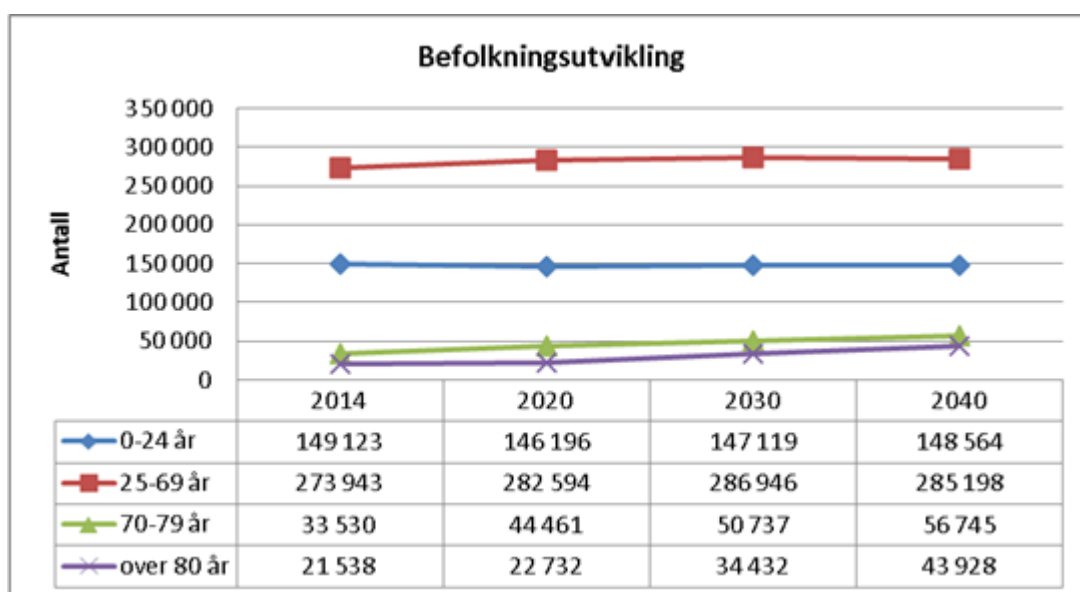
For å være i stand til å møte de endringen som kommer fremover for helsetjenesten, må klinikkene identifisere hva disse utfordringen er og hvilke tiltak de skal sette i verk, for å møte dem på best mulig måte.

4.3.1 Demografi, mangel på helsepersonell og økonomiske rammer

En av de største utfordringer som samfunnet står ovenfor, er de demografiske endringer. Frem mot år 2030 vil vi ha en befolkningsøkning på 1 million i Norge. I dette tallet ligger det et anslag om at det vil bli en økning på 50 % av eldre mennesker over 70 år.

(Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019)

I Helse Nords opptaksområde er det beregnet at antall personer mellom 70 til 79 år øker med 34,5 % innen 2020. Personer over 80 år øker med 5,8 %, mens veksten for aldersgruppen 25-69 år vil være på 3,5 % (Basert på tall fra Statistisk sentralbyrå).



Figur 2 Aldersutvikling i befolkningen 2014 -2040, Helse Nords opptaksområde (Strategisk utviklingsplan UNN HF 2015 – 2025)

Mangel på helsepersonell vil være en av de mest kritiske knapphetsfaktoren for fremtidens helsevesen. Statistisk sentral byrå har presentert tall som viser at hvis vi ikke endrer måten å organisere helsetjenesten på, trenger Norge 30 000 nye helsearbeidere i 2030 og 40 000 helsearbeidere i 2040. Utfordringene knyttet til rekruttering av helsepersonell vil ha betydning for organisering og fordeling av arbeidsoppgaver i sykehusene. I fremtiden vil det særlig være behov for spesialsykepleiere og sykepleier.

UNN HF beskriver i sin overordnede strategi at det ikke forventes realvekst i de økonomiske rammene i årene fremover, utover inntekter som følger av økt aktivitet.

4.3.2 Endring i befolkningens sykdomsbilde - økt etterspørsel og nye behandlingsmetoder

Som et resultat av en aldrende befolkning er det en utviklingen mot økt forekomst av livsstilssykdommer. På grunn av bedre diagnostikk og behandling er det god overlevelse i forbindelse med alvorlige sykdommer. Dette innebærer en økning av langvarige og sammensatte helseproblemer, som igjen medfører behov for økt bruk av helsetjenester. Ny teknologi innen kirurgi, anestesi og diagnostikk gir muligheter for utvikling av nye behandlingsmetoder som gir kort liggetid og rask utreise etter kirurgi og undersøkelser. Dette medfører at flere pasienter klarer seg selv og kan derfor bo på pasienthotell.

4.3.3 Dreining fra døgn- til dagbehandling

Som nevnt tidligere under kapitel 4.1, så har UNN HF et mål om å redusere andelen døgnopphold ved å øke andelen poliklinisk-, dag- og ambulant behandling. Både for å gi pasientene best mulig behandling, men også for å bruke ressursene mest mulig effektivt. Pasienthotellet er en støtte for dreining fra døgn- til dagbehandling. I den overordnede strategien beskriver UNN HF derfor at «Bruken av pasienthotell skal økes.»

4.4 Oppsummering av utfordringsbildet

Vi står innfor store utfordringer i helsevesenet de neste årene.

Fremtiden viser at den demografiske utviklingen i Helse Nord sitt område går i retning av en kraftig økning av antallet eldre. Pasienter med langvarige og sammensatte helseproblemer kommer også at øke, som igjen medfører behov for en økt bruk av helsetjenester.

Samtidig kommer mangel på helsepersonell til å være en av de mest kritiske knapphetsfaktoren for fremtidens helsevesen.

Vi vil ikke kunne bruke økte økonomiske bevilgninger for å kunne møte disse utfordringene. De økonomiske rammene kommer trolig ikke til å forandre seg. Det må tenkes nytt og ta i bruk andre måter og strategier enn økonomi for å kunne møte fremtidens utfordringer.

Ny teknikk og bedre behandlingsmetoder kan være noen av de strategiene som kan brukes for å klare utfordringene. Dreining av pasientene fra døgn innleggelser til dagbehandling med kortere og effektivere opphold er en annen strategi

Pasienthotellet er en av strategiene for å møte noen av fremtidens utfordringer på. Gjennom å dreie de pasienter som ikke trenger overvåking og/eller stort pleiebehov, bort fra sengeposter og over til pasienthotell.

4.5 Datagrunnlaget

Vi har i denne studien to forskningsspørsmål:

- I hvor stor grad har klinikkene i UNN Tromsø tatt i bruk pasienthotellet i tråd med intensjonen?
- Hvordan kan vi forstå dette resultatet og er det en sammenheng mellom resultatet og teori om endringsledelse?

4.5.1 I hvor stor grad har klinikkene i UNN Tromsø tatt i bruk pasienthotellet i tråd med intensjonen?

For å svare på spørsmålet, har vi tatt ut data fra pasienthotellets bookingsystem fra 1 juli i uke 27 og frem til 1 april 2016 og sammenlignet det med estimatet fra 2003. Tallene viser at bruken på samtlige fem klinikker som vi sett på har økt. Det er ingen av klinikkene som har brukt pasienthotellet like mye som de mente det var behov for i 2003.

Det antall pasienthotellsenger, det estimerte behovet av nye pasienthotellsenger og hvilket totalbehov de ulike klinikkene estimerte i 2003 er satt opp i tabellen under.

Klinikk	A	B	C	D
BUK	2	14	16	80
HLK	14	10	24	120
K3K	32	53	85	425
MK	4	9	13	65
NOR	26	47	73	365
Total	78	133	211	1055

Tabell 2 Estimert behov, innrapportert fra avdelingen i 2003 sortert på dagens klinikkstruktur

Forklaring til tabell 2.

Kolonne A beskriver antall pasienthotellsenger som var i bruk i 2003.

Kolonne B beskriver behov av nye pasienthotellsenger som klinikkene estimerte i 2003

Kolonne C beskriver det totale behov av pasienthotellsenger som klinikkene estimerte i 2003.

Det vill si: $A+B=C$

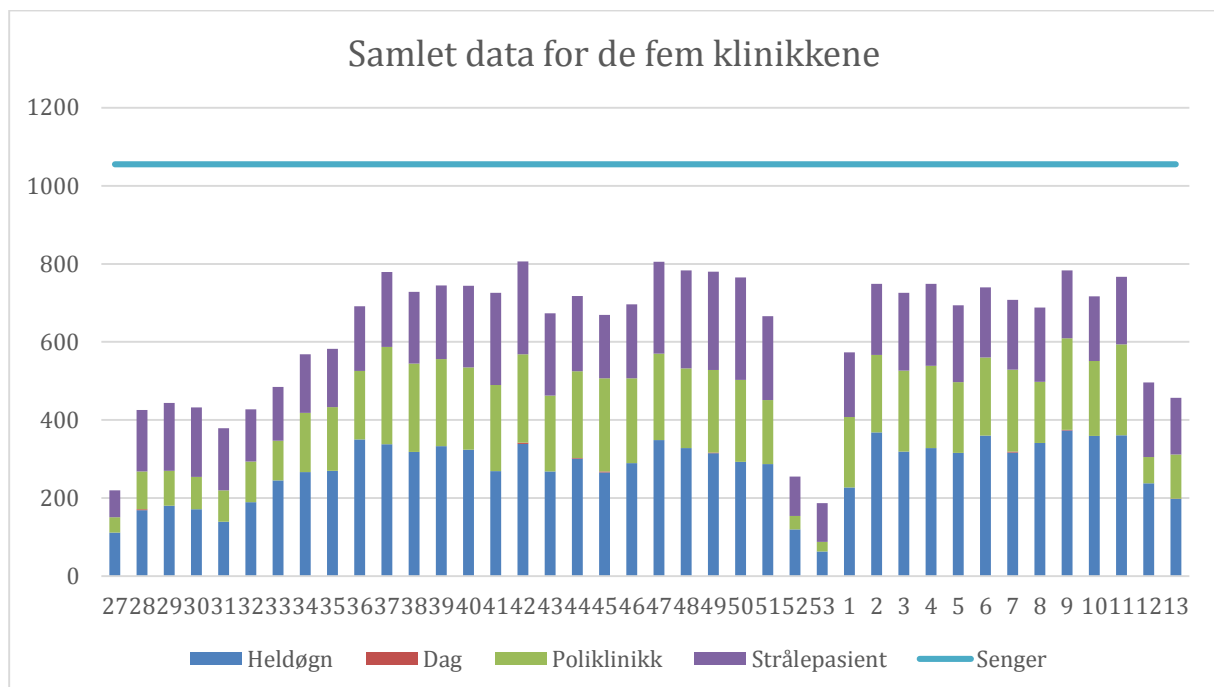
Kolonne D beskriver det ukentlige behov. Det vill si: $(A+B) \times C = D$

(5 for ukedagene mandag - fredag)

A, B og C beskriver alle som gjennomsnitt i ukedager.

I 2012 gjorde Sintef en beregning på hvor mange pasienthotellsenger det ville være behov for i 2012. Sintef beregnet følgende behov med utgangspunkt i tall fra 2009 og utarbeidet en framskriving av behovet i 2020. De kom frem til følgende tall 171 senger – 24 ledsagere er lik 147 per dag og per uke 735 (Sintef notat 2012).

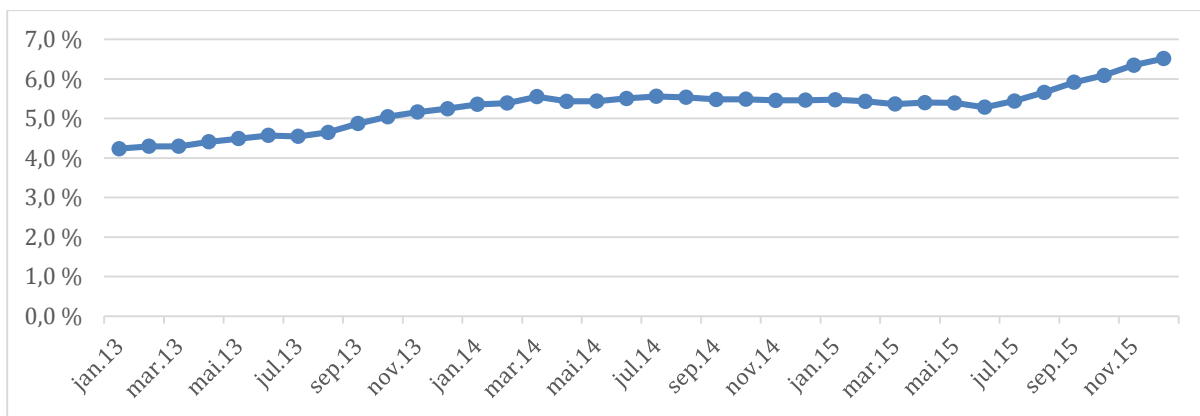
Vi satte opp behovet estimerte i 2003 og sammenlignet det med den faktiske bruken i ukedagene i perioden juli 2015 – april 2016, presentert i figur 3, for å se i hvor stor grad klinikkene hadde tatt i bruk pasienthotellet, i tråd med intensjonen beskrevet i 2003.



Figur 3 Bruk av hotellsenger i de fem klinikkene

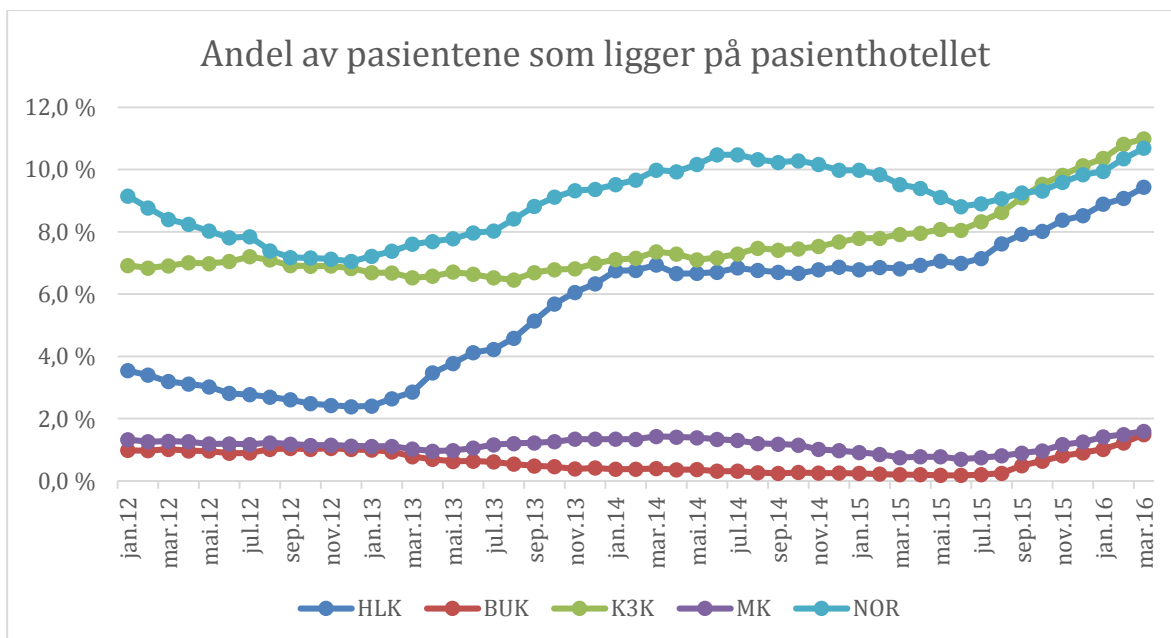
Den blå linjen i figur 3 viser estimat som klinikkene kom frem til i 2003. Estimert antall pasienthotellsenger per uke var 1055. I figur 3 er ukene 27 i 2015 til 13 i 2016 presentert på X - akse og antall brukte pasienthotellsenger per uke vises på Y - akse. De fem klinikkenes gjennomsnittlige bruk i denne perioden er 625 pasientsenger. Det er 59 % av behov klinikkene estimerte i 2003.

Når det gjelder bruken av pasienthotellet som er registret i Dips fra januar 2013 så viser det en stigende kurve under hele perioden med en markant økning fra juni/juli 2015. Dette sammenfaller med åpningen av pasienthotellet ved UNN Tromsø. Se figur under.



Figur 4 Andel liggedøgn på pasienthotell fra januar 2013 til nov 2015 i UNN HF

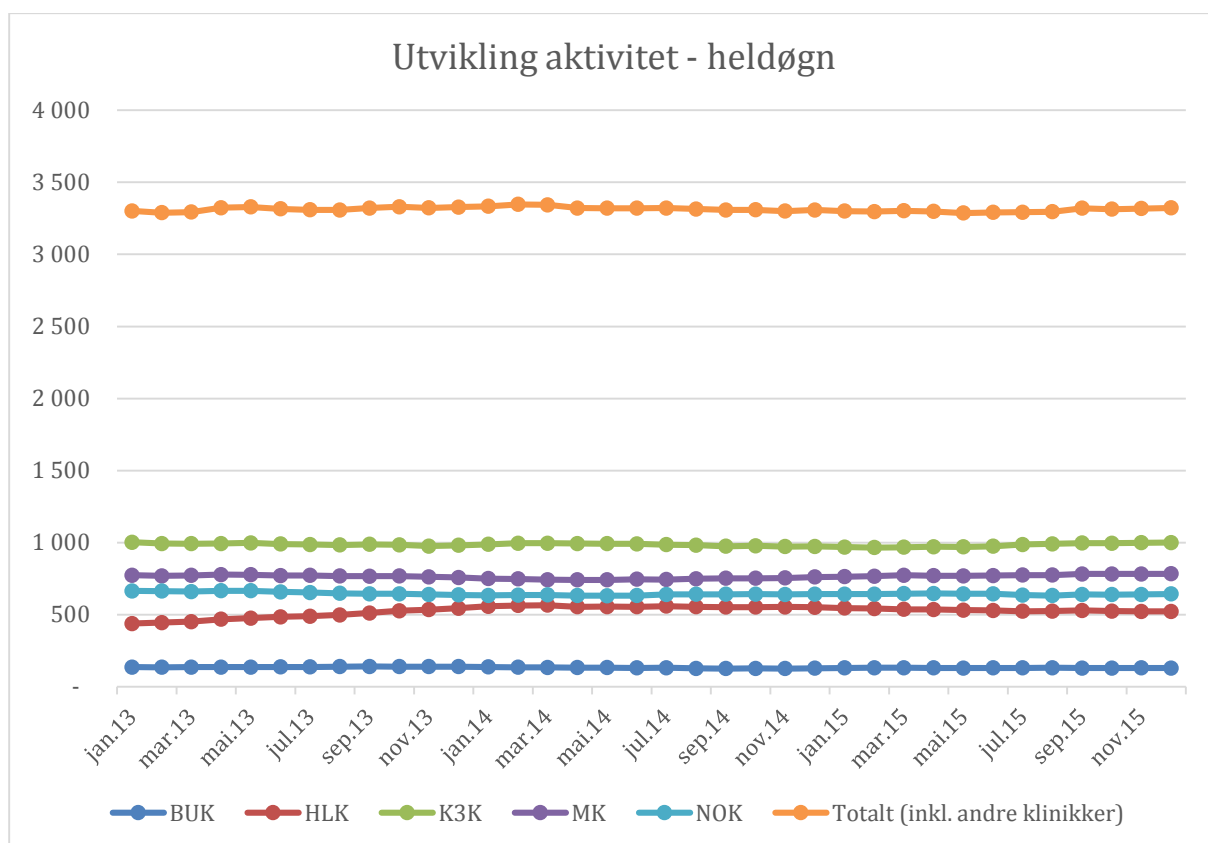
Når vi ser på bruken av pasienthotell fra januar 2012 til mars 2016 så ser trenden for de fem klinikkene ut som beskrevet i figur 5.



Figur 5 Andel pasienter på pasienthotellet vist klinikkvist

En tydelig stigning i kurven kommer i perioden før åpningen av det nye pasienthotellet på samtlige fem klinikker. Vi har vist at denne økningen ikke skyldes en høyere aktivitet i klinikkene, som kunne ha forklart en økt bruk av pasienthotell.

For UNN HF har det ikke vært en endring i aktiviteten for heldøgns pasienter fra 2013 frem til desember 2015. Dataene er hentet fra Dips systemet til UNN HF. Illustrert i figuren 6.



Figur 6 Utvikling aktivitet – heldøgns pasienter

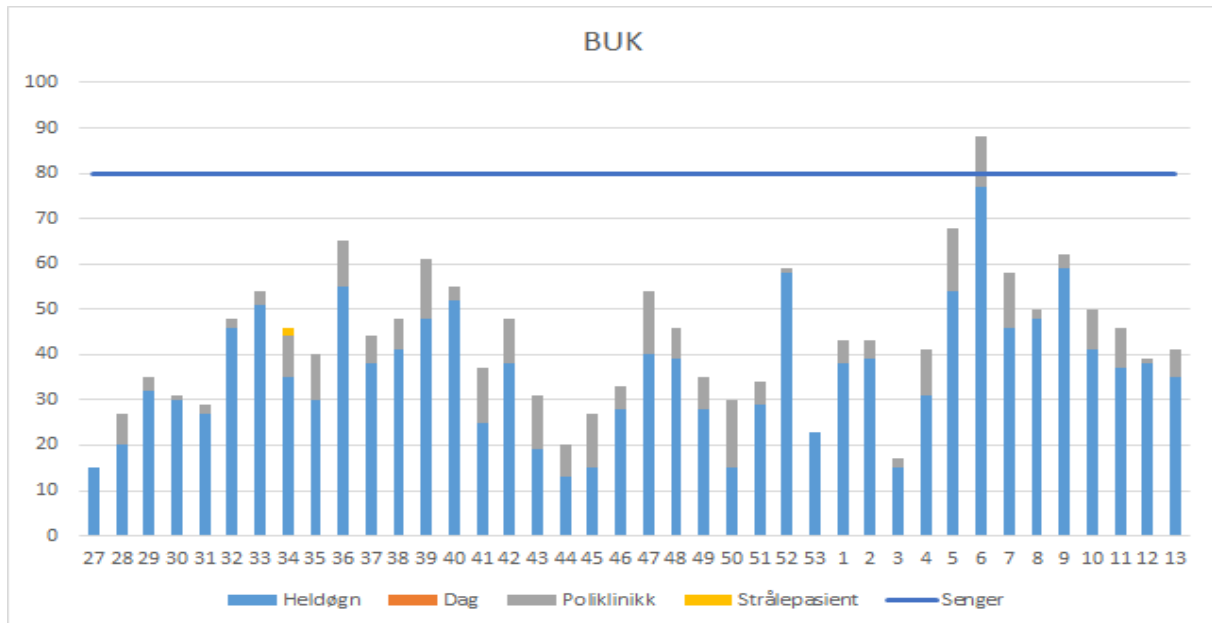
Som beskrevet i figurene 3, 4, og 5 så ser vi at det er en økning av bruken av pasienthotellsenger. Tabell 4 og 5 beskriver andel av pasienter i klinikken som bruker pasienthotellet. I de tabellene ser vi tydelig en trendforandring i juli 2015, når det nye pasienthotellet ble tatt i bruk. Tabell 3 viser at antallet registrerte pasienter, via hotellbookingssystemet, øker fra åpningen i uke 27 i 2015 frem til uke 37, og siden stabiliserer seg. Vi har vist at økningen som er presentert i figurene ikke kan forklares med en økt aktivitet i UNN, da figur 6 viser en jevn linje fra januar 2013 til desember 2015.

Funnen fra disse data, presentert i figurene 3, 4, 5 og 6, beskriver en endring i bruken av pasienthotellet, med en tydelig økning rundt åpningen av det nye pasienthotellet 1. juli. Vi kan også se at klinikkene har ikke klart å ta i bruk pasienthotellet i den grad klinikkene hadde som intensjon da behovet for pasienthotellsenger ble estimerte i 2003. Tabell 2 beskriver dette behov og figur 3 viser med en blå linje at det er en stykke igjen for å nå det estimat klinikkene gjorde i 2003.

I vårt forskningsspørsmål ønsket vi å svare på i hvor stor grad de fem klinikkene har økt en bruk av pasienthotellet. Vi skal nå presentere funnen for de fem klinikkene, klinikk for klinikk, og analysere disse funn.

4.5.1.1 Barne- og ungdomsklinikken (BUK)

BUK rapporterte inn at de brukte 2 pasientsenger per dag i 2003 og estimerte et behov for ytterligere 14 senger. Det vil si totalt 16 hotellsenger per dag i det nye hotellet. Behovet i ukedagene mandag-fredag er da 80 pasientsenger per uke, minus lørdag og søndag. Hvordan har bruken for BUK sett ut i perioden 1. juli (uke 27) til 31. mars (uke 13)?



Figur 7 Barne- og ungdomsklinikken sitt forbruk av hotellsenger sett opp mot estimert behov for hotellsenger fra forprosjektet. Den blå linjen illustrer estimert behov.

Våre data fra pasienthotellet viser en faktisk bruk i perioden juli 2015 – april 2016 med et snitt på 42.14 og en median på 42 registrerte opphold på pasienthotellet per uke. Minste belegg er 15 og mest er 88 opphold per uka. Det er 55% av det behovet klinikken estimerte i 2003. Trenden i figur 7 er veldig varierende.

Informanten fra barne- og ungdomsklinikken sa det var vanskelig å forholde seg til statistikken fordi tallgrunnlaget ikke er representativt for faktisk pasientopphold på hotellet. «Problemet med disse tallene for BUK er at det er foreldrene på nyfødt som ligger på hotellet og blir registrert. Hotellet registrerer dem som innlagte. Det gir ikke et riktig bilde av andel heldøgns pasienter. Derfor er statistikken litt vanskelig å forholde seg til. Vi savner data fra oppholdet på hotellet for våre pasienter, der foreldre er tatt bort fra statistikken».

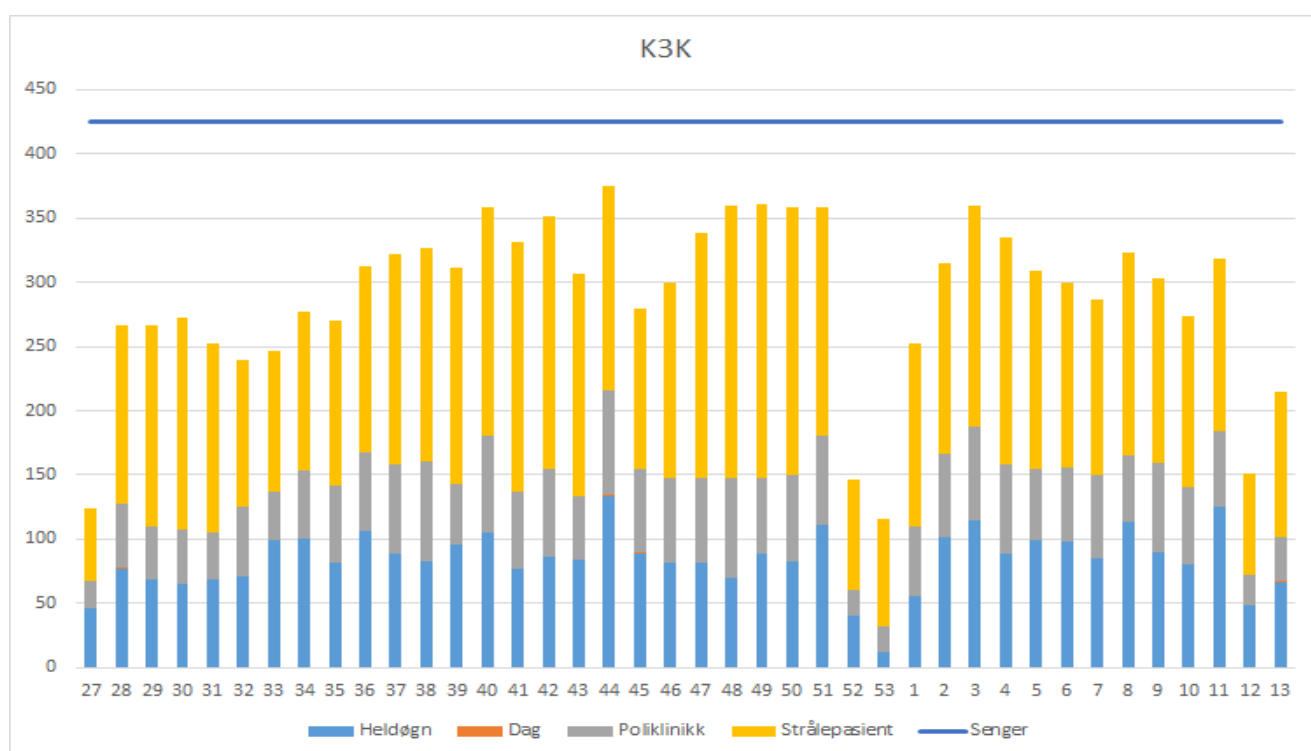
Om vi ser på utviklingen av andel pasienter som blir lagt på pasienthotellet i perioden fra åpningen 1. juli til 31. mars 2016 så kan vi se i tabell 3 at andelen pasienter øker fra 0,20 % til 1,6 % i denne perioden. En total økning på 1,4 %

	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Januar	Februar	Mars	Total økning
BUK	0,20%	0,20%	0,20%	0,50%	0,60%	0,80%	0,90%	1,0%	1,20%	1,60%	1,40%

Tabell 3 viser økningen i prosentandelen av pasienter på BUK som blir lagt inn på pasienthotellet i perioden juni 2015 til mars 2016.

4.5.1.2 Kreft, kirurgi og kvinnehelseklinikken (K3K)

K3K estimerte et behov for 85 pasientsenger per dag i 2003. Behovet i ukedagene mandag - fredag er blir da 425 pasientsenger per uke, minus lørdag og søndag.



Figur 8 Kreft, kirurgi og kvinnehelseklinikken sitt forbruk av hotellsenger sett opp mot estimert behov for hotellsenger fra forprosjektet. Den blå linjen illustrer estimert behov.

Våre data fra pasienthotellet viser en faktisk bruk i perioden juli – april med et snitt på 293,8 og en median på 308 registrerte opphold på pasienthotellet per uka. Minste belegg er 116 og mest er 375 opphold per uka. Det er 69 % av det behov klinikken estimerte i 2003.

Trenden i figur 8 for K3K viser en økning av antallet pasienter fra åpningen av pasienthotellet i uka 27 frem til en topp i uka 44, som deretter stabiliserer seg frem mot juleferien for deretter svakt gå ned. K3K ligger nært det estimat klinikken lagde i 2003 og har et snittbelegg på

pasienthotellet som motsvarer 69 % av dette estimat. Dette anser vi som et bra resultat og er det nest beste resultatet, målt opp mot estimatet fra 2003, av de fem klinikkene.

Informant C fra klinikken begrunner avviket med: «*Det som er endret fra 2003 da man meldte inn disse tall er at Bodø tar strålepasienter nå. Det gjør at man trodde i 2003 at det skulle være flere strålepasienter. Det er for øvrig store svingninger i pågangen av strålepasienter og ulike behandlingsmoduler.*»

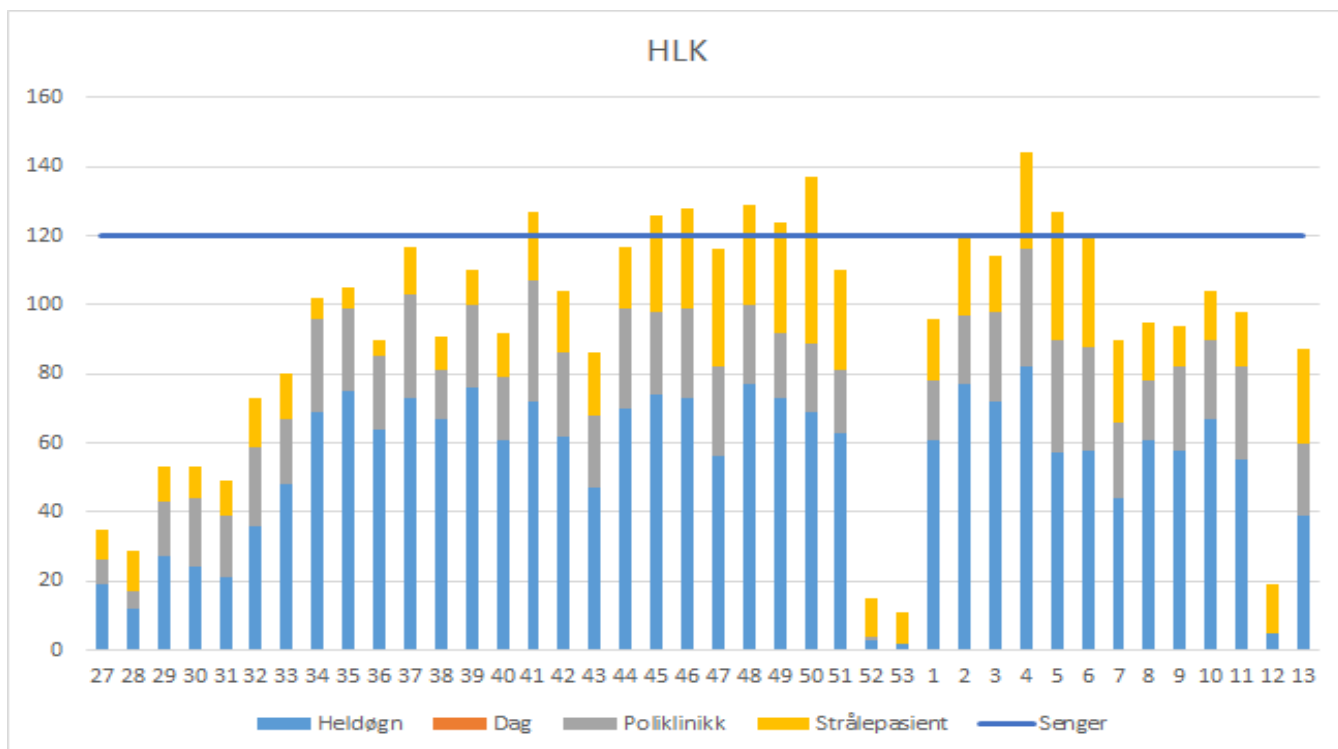
Om vi ser på andelen pasienter som bruker pasienthotellet, beskrevet i tabell 4 så ligger klinikken høyt i andel med 8,1% når pasienthotellet åpner. Det er bare en klinikk som har en større andel, visst i figur 5. Men den totale økningen i perioden, vist i tabell 4, viser en total økning på 2,9%, og klinikken er den klinikk som har høyest andel og største økningen i denne perioden.

	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Januar	Februar	Mars	Total økning
K3K	8,10%	8,90%	9,10%	9,20%	9,30%	9,60%	10,10%	10,40%	10,80%	11%	2,90%

Tabell 4 viser økningen i prosentandelen av pasienter på K3K som blir lagt inn på pasienthotellet i perioden juni 2015 til mars 2016.

4.5.1.3 Hjerte- lungeklinikken (HLK)

HLK estimerte et behov av 24 pasientsenger per dag i 2003. Behovet i ukedagene mandag - fredag blir 120 pasientsenger per uke, minus lørdag og søndag.



Figur 9 Hjerte- lungeklinikken sitt forbruk av hotellsenger sett opp mot estimert behov for hotellsenger fra forprosjektet. Den blå linjen illustrerer estimert behov.

Våre data fra pasienthotellet viser en faktisk bruk i perioden juli – april med et snitt på 94,7647 og en median på 104,5 (85.2 %) registrerte opphold på pasienthotellet per uke. Minste belegg er 11 og mest er 144 opphold per uka. Det er 79 % av det behov klinikken estimerte i 2003.

Trenden i figur 9 viser en jevn økning fra uke 27 frem mot uke 50, som brytes når høytidsukene rundt jul kommer. Etter dette så fortsetter trenden, men med en svak reduksjon i slutten av perioden. HLK er den klinikk som har klart å komme opp til det estimat som ble utarbeidet i 2003, som i figur 9 vises som en blå linje. Klinikken har et snitt på pasienthotell-oppholdet på 95 per uke sammenlignet mot estimat klinikken gjorde i 2003 på 120 opphold per uke. Det er 79 % av estimatet. I lavdriftsperioden på sommeren er det få pasienter på pasienthotellet og rundt jul så har klinikken nesten ikke pasienter i pasienthotellet. Når vi ser på måloppnåelsen uten lavdriftperioder, så hadde HLK hatt enda bedre resultat i forhold hvor stor grad klinikken har tatt i bruk pasienthotellet i tråd med den intensjon klinikken lagde i 2003. Hvorfor har HLK klart å treffe rimelig bra? Når vi ser på tallene fra de ulike avdelingene som inngår i HLK, hjertemedisinsk avdeling, lungemedisinsk avdeling (da beskrevet som med 3b) og avdeling for hjerte- lunge og karkirurgi, vist i vedlegg 2, så beskriver klinikkene at de ikke bruker noen senger på lungemedisin og derfor estimerer de

ikke noen nytt behov i denne avdelingen. På hjertekirurgisk avdeling så har de 3 senger og estimerer ikke noe behov for ytterligere senger på pasienthotellet. Det er kun hjertemedisin som anser et økt behov i avdelingen. Vi er av den oppfatning at både lungeavdelingen og hjertekirurgisk avdeling bruker mer senger enn det avdelingene estimerte i 2003. Dette underestimat i disse to avdelinger, mener vi er forklaringen på hvorfor klinikken har kommet så nært det estimat som ble gjort i 2003.

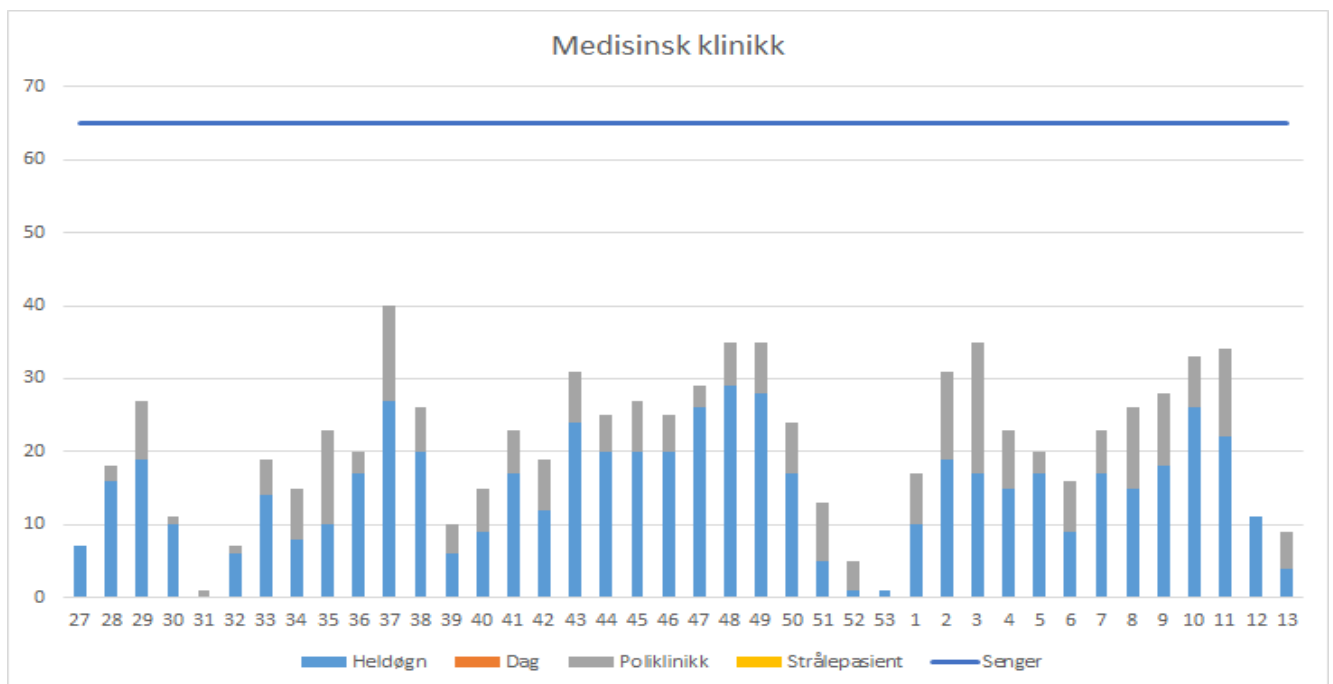
Om vi ser på økning av andel pasienter i klinikken fra juni 2015, så har det vært en jevn økning fra 7% i juni til 9,4% i mars. Totalt en økning på 2,4%. Dette er nest høyest økningen i perioden av de fem klinikkene.

	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Januar	Februar	Mars	Total økning
HLK	7%	7,10%	7,60%	7,90%	8%	8,40%	8,50%	8,90%	9,10%	9,40%	2,40%

Tabell 5 viser økningen i prosentandelen av pasienter på HLK som blir lagt inn på pasienthotellet i perioden juni 2015 til mars 2016.

4.5.1.4 Medisinsk klinikk (MK)

MK estimerte et behov for 13 pasientsenger per dag i 2003. Behovet i ukedagene mandag - fredag blir 65 pasientsenger per uke, minus lørdag og søndag.



Figur 10 Medisinsk klinikk sitt forbruk av hotellsenger sett opp mot estimert behov for hotellsenger fra forprosjektet. Den blå linjen illustrer estimert behov.

Våre data fra pasienthotellet viser en faktisk bruk i perioden juli – april med et snitt på 20,5 og en median på 21,5 registrerte opphold på pasienthotellet per uke. Minste belegg er 1 og mest er 40 opphold per uka. Det er 31 % av det behov på 65 pasienthotellsenger som klinikken estimerte i 2003.

Figur 10 viser ikke en stigende trend men et mer tilfeldig mønster. I tillegg har klinikken få pasienter som ligger på pasienthotellet. Vi mener at dette kan forklares med at avdelingene i medisinsk klinikk har mye ø – hjelp som ikke kan bruke pasienthotellsenger i like stor utstrekning som pasientene i K3K, NOR og HLK. De tre sist nevnte klinikken har en stor andel elektiv behandling og kirurgi, som passer godt inn i en bruk av pasienthotellet.

Når det gjelder i hvilken grad klinikkene har klart å ta i bruk pasienthotellet opp mot det estimat de lagde i 2003, så er MK den klinikken som har lavest oppnåelse av estimatet fra 2003. Kun 31%. MK har også den minste økningen av andel pasienter av de fem klinikkene, 0,9% økning i perioden, vist i tabell 6.

	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Januar	Februar	Mars	Total økning
MK	0,7%	0,70%	0,80%	0,90%	1%	1,20%	1,20%	1,40%	1,50%	1,60%	0,90%

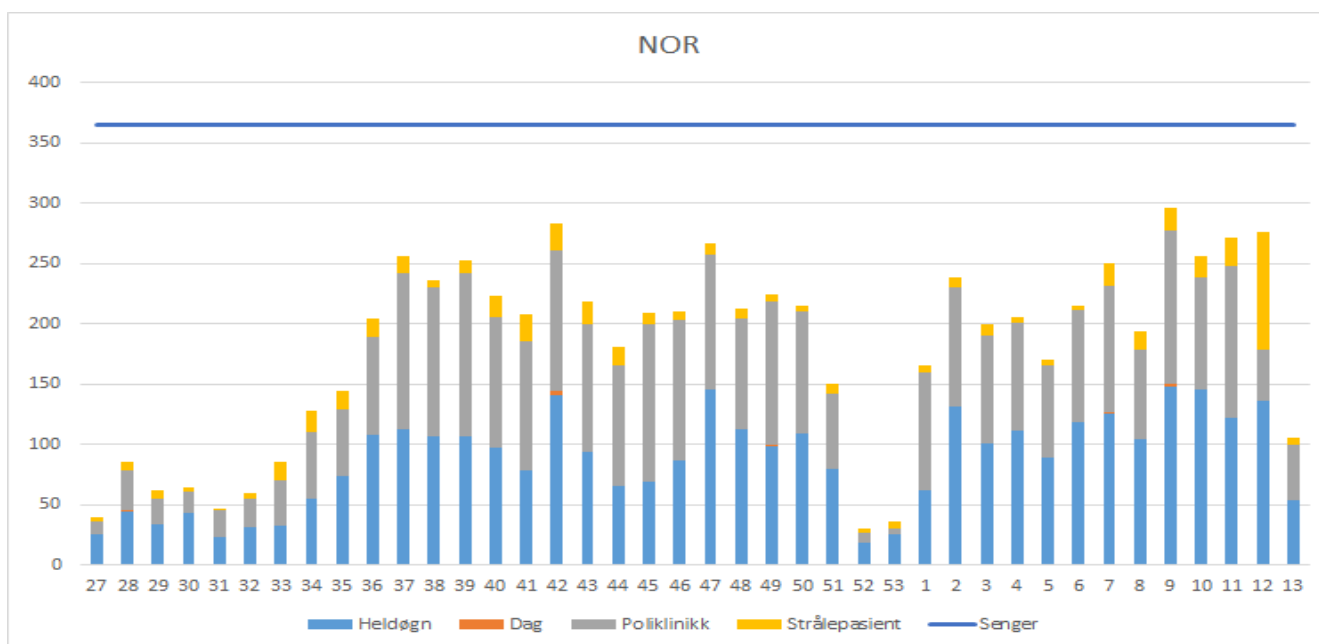
Tabell 6 viser økningen i prosentandelen av pasienter på MK som blir lagt inn på pasienthotellet i perioden juni 2015 til mars 2016.

Medisinsk klinikk har færre pasienter som bruker pasienthotellet enn øvrige klinikker. MK har få pasienter som bruker pasienthotellet, i tillegg til liten erfaring og få rutiner/prosedyrer fra tidligere, så blir det vanskeligere for MK å tenke bruk av pasienthotell, enn det for eksempel K3K har gjort. Informant E fra medisinsk klinikk sier «Spesielt noen avdelinger som bruker pasienthotellet. Statistikken viser en økt bruk på noen avdelinger i klinikken men det kommer fler og fler avdelinger som bruker pasienthotellet». Det at klinikken ikke har hatt tradisjon for å tenke på pasienthotellet gjør det vanskeligere å omstille i MK. Men som informanten sier, og som tabell 6 viser, så øker bruken i klinikken.

4.5.1.5 Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR)

NOR klinikken hadde en økning allerede ett år før det nye pasienthotellet åpnet og en topp i juli 2014 på 10,5 % før andelen sank ned til 8.8 % rett før åpningen av det nye pasienthotellet. Dette illustreres i figur 5. Grunnen til at andelen pasienter på pasienthotellet fra NOR klinikken faller utover sein høsten og vinteren 2014, er at de hadde syv faste senger i en midlertidig hotellavdeling inne på sykehuset. Denne kapasiteten forsvant i november 2014.

NOR estimerte et behov for 73 pasientsenger per dag i 2003. Behovet i ukedagene mandag - fredag blir da 365 pasientsenger per uke, minus lørdag og søndag.



Figur 11 Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken sitt forbruk av hotellsenger sett opp mot estimert behov for hotellsenger fra forprosjektet. Den blå linjen illustrer estimert behov.

Våre data fra pasienthotellet viser et faktisk bruk i perioden juli – april med et snitt på 169.9 og en median på 205. Minste bruk er 30 og mest bruk er 283. Det er 47 % av det behov klinikken estimerte i 2003.

NOR klinikken har en stigende trend i bruken av pasienthotellet fra uke 27 frem til 37, vist i figur 11. Deretter ligger den relativt stabil. NOR klinikken har ikke klart å komme i nærheten av det estimat som avdelingene oppgav i 2003. Klinikken har et snitt som er under halvparten, 47%, av det klinikken mente det var behov for. Dette er blant de dårligste resultatet av de fem klinikkene. Informant F mener at estimatet er for høyt, men sier samtidig at klinikken har potensial å ta ut i å bruke pasienthotellsenger mer: «*antallet senger er estimert for høyt i forhold til behovet i klinikken. I klinikken er det nå endringer i sammensetningen av avdelinger og seksjoner en da behovet for hotellsenger ble estimert. I tillegg mener jeg at det finnes ytterligere potensiale for å ta i bruk flere pasienthotellsenger i klinikken. Men ikke mye*».

	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Januar	Februar	Mars	Total økning
NOR	8,80%	8,90%	9,10%	9,30%	9,30%	9,60%	9,80%	9,90%	10,40%	10,70%	1,90%

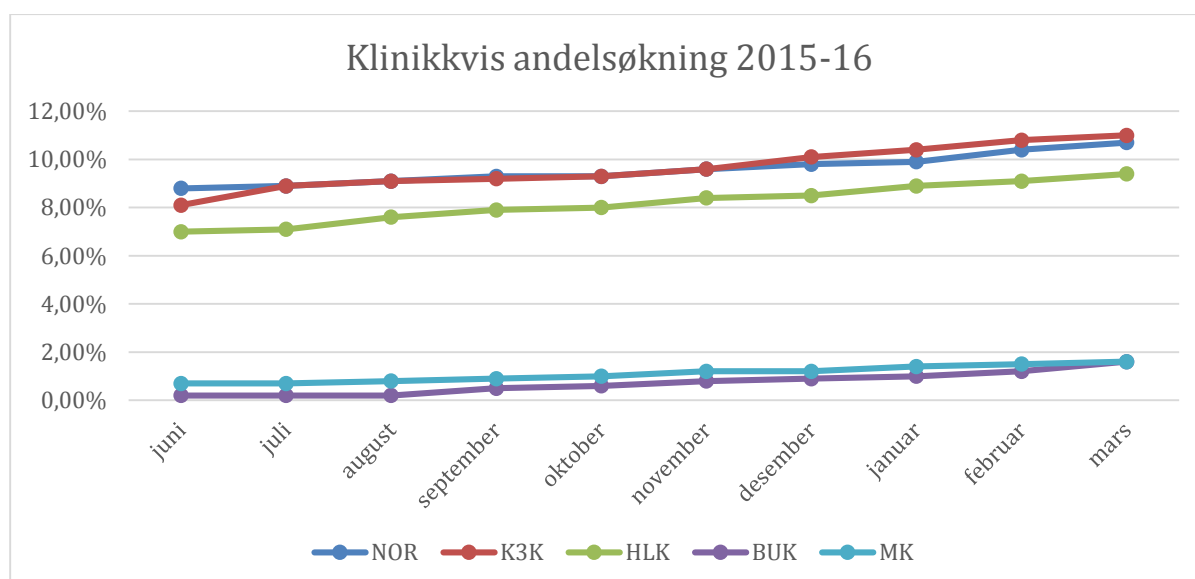
Tabell 7 viser økningen i prosentandelen av pasienter på NOR som blir lagt inn på pasienthotellet i perioden juni 2015 til mars 2016.

Andelen pasienter som bruker pasienthotellet i NOR klinikken er høy innen det nye pasienthotellet blir åpnet. Klinikken har den høyeste andelen av de fem klinikkene i juni 2015 på 8,8%. Etter dette så er det en forsiktig stigning av andelen og har en total økning på 1,9 % totalt i perioden. NOR startet ut med flest andel pasienter som bruker pasienthotellet men blir forbi gått av K3K i desember. Klinikken har den tredje største totale økningen av de fem klinikkene.

NOR klinikken er den klinikk som bruker pasienthotellet mest, sammen med K3K, med tanke på antall og andel pasienter. Informant G fra NOR klinikken forklarer det med at: «Det har snudd betraktelig etter at det nye hotellet er bygd. Også en del av ø - hjelps pasienten bruker hotellet nå. Tidligere var plassmangel et problem. Vi opplevde at vi alltid fikk nei. Nå får man plass ganske fort».

I teorien om endringsledelse er det lagt vekt på at det er viktig å følge trinnene for en vellykket endringsprosess dersom man skal klare å endre hvordan organisasjonen fungerer. Jacobsen og Thorsvik (2013) sier at en endring har blitt gjort i organisasjonen først når man kan se at praksis er endret. I arbeidet med å endre praksis ute i klinikkene, fra å legge pasienten på sengeposten til å bruke pasienthotellet, har det vært nødvendig å gjøre en endringsprosess.

Kan vi se at klinikkene har endret praksis? Resultatene som vi har presentert er indikatorer på om det er gjort endringer i klinikkene. Utfra resultatene har alle de fem klinikkene vist til en økt bruk av pasienthotellet. Men det er store forskjeller mellom klinikkene i hvor stor grad klinikkene har økt bruken av pasienthotellsenger. Se figur og tabell 8.



	juni	juli	august	september	oktober	november	desember	januar	februar	mars	Total økning
NOR	8,80 %	8,90 %	9,10 %	9,30 %	9,30 %	9,60 %	9,80 %	9,90 %	10,40 %	10,70 %	1,90 %
K3K	8,10 %	8,90 %	9,10 %	9,20 %	9,30 %	9,60 %	10,10 %	10,40 %	10,80 %	11 %	2,90 %
HLK	7 %	7,10 %	7,60 %	7,90 %	8 %	8,40 %	8,50 %	8,90 %	9,10 %	9,40 %	2,40 %
BUK	0,20 %	0,20 %	0,20 %	0,50 %	0,60 %	0,80 %	0,90 %	1 %	1,20 %	1,60 %	1,40 %
MK	0,70 %	0,70 %	0,80 %	0,90 %	1,00 %	1,20 %	1,20 %	1,40 %	1,50 %	1,60 %	0,90 %

Tabell 8 Viser økningen i prosentandelen av pasienter som blir lagt inn på pasienthotellet i perioden juni 2015 til mars 2016.

K3K, NOR og HLK har en stor andel pasienter som bruker hotellet mens BUK og MK har en betydelig mindre andel. Alle klinikkene har hatt en økning av andelen fra oppstart av det nye pasienthotellet frem til mars 2016. Men også her er det store forskjeller mellom de som har hatt den største andels økningen, som er K3K på 2,9 % økning mot MK som har en økning på 0,9 %.

Det er store forskjeller i klinikkens bruk av pasienthotellsenger og det behovet som ble estimert i 2003. Den klinikken som var nærmest estimatet fra 2003 er K3K. De hadde 79 % måloppnåelse. Den klinikken som hadde laveste måloppnåelsen var MK. De hadde 31 %. Andelen pasienter på pasienthotellet varierer mellom 1.6 til 11 % mellom beste og dårligste klinikkene. De klinikkene som hadde størst andel pasienter på pasienthotellet hadde også størst vekst i prosent etter at det nye pasienthotellet ble tatt i bruk i juli 2015. Se tabell 9.

NR	Klinikk	Antall pasienter i snitt per uke	Høyest andel i perioden juni - mars	Størst økning i prosent (fra juni – mars)	Prosentvis oppnåelse mot estimert behov 2003
1	K3K	294	11 %	2.9 %	69%
2	NOR	170	10.7 %	1.9 %	47 %
3	HLK	95	9.4 %	2.4 %	79 %
4	BUK	42	1.6 %	1.4 %	55%
5	MK	21	1.6 %	0.9 %	31 %

Tabell 9 Oppsummering av data per klinikk

Vi kan ikke forklare økningen i andelen pasienter som bor på pasienthotellet med en økning i den generelle aktivitet ved sykehuset, vist i figur 6. Det som kan forklare økningen i andelen pasienter til pasienthotellet fra klinikken er at klinikkene har vært i stand til å dreie flere pasienter fra sengepost til pasienthotellet. Slik som visjonen har vært i UNN sin strategiske utviklingsplan. Alle klinikkene har også beskrevet en slik dreining fra døgn til dag i sine strategiske planer og på en generell basis skal flere pasienter skal gå til pasienthotellet. En mulig forklaring på hvorfor det er store forskjeller mellom klinikkene kan være at de klinikkene som har mange pasienter på pasienthotellet også har vært de klinikker som enklest

kunne ta i bruk flere pasienthotellsenger fordi dette er klinikker som har egnede pasientgrupper, det vil si mye elektiv behandling. Og dermed innarbeidet gode rutiner og kultur for bruken av pasienthotellsenger.

K3K er eier av pasienthotellet og har desidert størst antall pasienter som bruker pasienthotellet av alle fem klinikker. K3K er også den klinikk som har størst andel pasienter som bruker pasienthotellet og er den klinikken som har hatt den største økningen av andel fra oppstart til mars 2016. I tillegg har K3K den nest høyeste oppnåelse målt opp mot estimat kliniken lagde i 2003. I motsatt ende er MK som har lavest andel pasienter på pasienthotellet (sammen med BUK) og minst økning av andelen. MK har også den laveste oppnåelsen sammenliknet med estimat fra 2003. Her må det sies at MK er en klinikk med stor andel ø-hjelps innleggelser, som gjør det utfordrende å bruke pasienthotellet og at K3K har derfor et pasientpopulasjon som er mer tilpasset pasienthotell enn det medisinske klinikk har.

Men kan vi se om praksis faktisk er endret, som Jacobsen og Thorsvik beskriver (Jacobsen og Thorsvik 2013) bare gjennom å se på disse tallene? Vi kan forklare at økningen i bruken av pasienthotell som ett uttrykk for at klinikkene tidligere hadde begrenset med plasser på pasienthotellet og når UNN HF åpner ett nytt pasienthotell, med stor kapasitet, så er økningen bare et uttrykk for at det er de pasienter som tidligere kunne ha ligget på pasienthotellet, men som ikke fikk plass som står for økningen. Derfor ønsker vi, med hjelp av teorier om endringsledelse, kunne forstå de forskjeller vi avdekket mellom klinikkene gjennom å se om det er en sammenheng mellom resultatene og teori om endringsledelse.

4.6 Hvordan kan vi forstå dette resultatet og er det en sammenheng mellom resultatet og teori om endringsledelse?

Vi ville undersøke om endringsprosessen i de fem utvalgte klinikkene har fulgt de åtte trinnene for en vellykket endringsprosess som er beskrevet i Jacobsen og Thorsvik sin bok «Hvordan organisasjoner fungerer» (2013).

Vi har laget en intervjuguide basert på det ovennevnte åtte trinn for en vellykket endringsprosess, som vi benyttet i intervjuene med våre syv informanter.

1. Det er en omforent forståelse av at det er behov for endring av organisasjonen

Spørsmålet vi stilte til informanten for å få svar på om de mente at det er en omforent forståelse av behovet for endring var: Har ansatte og ledere i klinikken en forståelse for at klinikken i større grad må ta i bruk pasienthotellet?

Alle informantene svarte bekreftende på at det var en omforent forståelse i klinikken om nødvendigheten av å øke bruken av pasienthotellet. Det var en gradering i forhold til hvor sterk denne forståelsen var nedover i organisasjonen. Informant E (MK) svarer «*ja, men ikke godt nok*». At ansatte i klinikken ikke har god nok forståelse for at det er behov av å bruke pasienthotellet i større grad er den første hindringen for å ta i bruk pasienthotellet i større utstrekning. Kotter (2007) sier at dersom de ansatte ikke ser behovet for endring vil det oppstå vanskeligheter senere i endringsprosessen. Her skiller MK seg ut fra de øvrige klinikkene. Vi mener at dette svaret forklarer det resultatet som vi avdekket hos MK. Andelen pasienter i MK som blir lagt på pasienthotellet viser en økning fra 0,7% til 1,6 %, til sammen en økning på 0,9 % fra juli 2015 til mars 2016. Det er den minste økningen av de fem klinikkene.

Gjennomsnittlig økning for disse fem klinikkene er 1,9 %. Her mener vi at klinikken allerede i trinn en har feilet. Vi tror at dette kan forklare de problem og de hindringer som ledelsen møter på seinere i endringsprosessen. Informant F (NOR) oppgir et «*definitivt ja*» i sitt svar, og fortsetter «*Alle som arbeider på sengeposten forstår at man ikke kan ha alle pasientene innlagt på sengeposten. De ansatte har kommet frem til denne forståelsen etter at man har redusert kapasiteten på sengepostene*».

Her sier begge informantene fra NOR klinikken at de har blitt tvunget til å bruke pasienthotellet i større grad på grunn av redusert sengeantall ved sengeposten.

Her ser vi store forskjeller mellom MK og NOR hvorvidt de forstår nødvendigheten av endring. Det gjenspeiler også resultatet av andel pasienter som bruker pasienthotellet, som hos NOR ligger på 10,7 % og der de økte andelen med 1,9 % i perioden fra juli 2015 til mars 2016. Det er interessant at informantene fra NOR klinikken oppgir at ansatte har fått forståelsen etter at klinikken har redusert på sengepostkapasiteten. Jacobsen og Thorsvik sier i sin bok *Hvordan organisasjoner fungerer* (2013) at det er skapt en følelse av krise, det vil si at det er en utbredt oppfatning i organisasjonen at det er behov for endring, at «*det går galt hvis vi ikke gjør noe*» (s. 404). Ansatte innser alvorlet i situasjonen. At de ansatte ser pasienter i korridorer og opplever mangel på senger på sengepostene, gjør at ansatte og ledere har en

sterkere vilje til å øke bruken pasienthotellet. I 2003 hadde de avdelinger som i dag utgjør de fem klinikkene som inngår i studien, 471 normerte senger. I virksomhetsdata for 10. mai 2016 har de fem klinikken, som tilsvarer avdelingene fra 2003, totalt 338 senger til rådighet. Det er en reduksjon på 133 senger over 13 år. Det har vært en strategi fra ledelsen ved sykehuset å ta ned sengeantallet for å kunne effektivisere driften og frigjøre midler til investeringer i bygg og IKT (Ephorte 2013/210-4). For å kunne klare å gjennomføre denne reduksjonen i sengeantallet ved UNN Tromsø skal klinikkene bruke pasienthotellet i større grad enn før. Noe som understøttes i notatet fra Sintef der de antar det vil bli en økt etterspørsel etter pasienthotellsenger hvis det blir en reduksjon i sengetallet på sykehuset (Sintef notat 2012).

Tre kliniker svarte at det var en forståelse for nødvendigheten av å bruke pasienthotellet i ulike pasientforløp lenge før det nye pasienthotellet var ferdig bygd. *«Vi var godt i gang med å bruke pasienthotellet tidligere også, men fikk ofte ikke plass til pasientene på det gamle pasienthotellet.»* svarer Informant D (K3K). *«Nå er det bedre plass og derfor kan vi utnytte det bedre»*. I K3K så er andelen pasienter som blir lagt på pasienthotellet på 11 %. En økning 2,9 % i perioden fra juli 2015 til mars 2016. Det er den høyeste andelen av alle fem klinikkene. Denne klinikken fremstår også som den klinikken der de var helt klar på at det var en god forståelse av nødvendigheten av å endre pasientforløp, slik at flere pasienter blir lagt inn på pasienthotellet.

I K3K klinikken har de et stort volum av elektive pasienter. Det har derfor vært noe enklere for denne klinikken å lage pasientløp der pasienthotellet har vært tenkt som en løsning på plasseringsutfordringen. Og som de selv opplyser i intervjuet, har de sett at det å plassere pasienten på pasienthotellet har fungert bra, men den store utfordringen har vært at det var for få senger før juni 2015.

Informant C (K3K) sier at *«det er viktig at det er forankret i ledelsen. Men hvis leger for eksempel bestemmer seg for at det ikke er bra, så nytter det ikke. Det er viktig å forankre det i fagmiljøene»*. Det er fremdeles slik at ikke alt helsepersonell er av den oppfatning at pasienthotellet er en god løsning. Det kan virke som enkelte helsearbeidere ikke evner å se at det å ligge på pasienthotellet er bra for pasienten. Men tenker i stedet mer på at flere pasienter på pasienthotellet gir merarbeid for han eller hennes som ansatt. I intervjuene av informantene opplevde vi forskjeller mellom de enkelte avdelingene og klinikkene på dette område. Noen avdeling var veldig tydelig på at ansatte var de som faktisk drev prosessen med økt bruk av

pasienthotellet. «Behovet for å øke bruken av pasienthotellet har sitt utspring fra de som jobber nærmest pasienten – endrings motivasjonen har kommet ned i fra organisasjonen», oppgir informant F i NOR klinikken.

Det er nok en oppfatning ute blant de ansatte i sykehuset at det å dreie flere pasienter til pasienthotellet kun er økonomisk begrunnet. Informant E (MK) forteller: «De ser på det som at målet er økonomi men ikke at det er pasienten som ønsker dette». Da har ledelsen ikke lyktes med å skape en forståelse ute i organisasjonen om hvorfor det er behov for en endring. Årsaken til det, er mangel på kommunikasjon eller en dekobling mellom toppledelsen og de ansatte. Jacobsen og Thorsvik (2013) sier at det er i krysningspunktet mellom mellomleder og ansattnivå dekobling finner sted. Da har ikke lederen oppover i systemet fulgt opp den bestillingen de har gitt til sine mellomledere, om å dreie flere pasienter til pasienthotellet.

Oppsummering: Alle klinikkene svarte at det er en forståelse av behov for endring. Graden av nødvendighet for endring fremstår dog forskjellig i de fem klinikkene og den er korrelert til i hvor stor grad klinikkene har klart å oppnå en dreining med økt andel pasienter til pasienthotellet. Vi mener at dette viser at det er en sammenheng mellom forståelsen av nødvendighet for endring og i hvilken grad klinikkene har klart å endre pasientforløp til pasienthotellet. Derfor er det viktig å legge ned en betydelig innsats i å skape en god forståelse av nødvendigheten for endringen i organisasjonen.

2. Det er laget en visjon /strategi om hva som er målet med endringsprosessen samt det er utarbeidet en strategi for hvordan endringsprosessen skal gjennomføres.

Spørsmål vi stilte til informanten var: Er det laget en visjon/strategi i klinikken for å øke bruken av pasienthotell og hvordan?

Alle klinikker oppgir at det har vært utarbeidet en visjon eller strategi for å øke bruken av pasienthotellet. Informant A (BUK) sier at «Der er det laget en strategi for hvordan vi skal gå igjennom ulike pasientforløp der pasienthotellet inngår som en del av det». En klinikk har skriftlig gjort denne strategien med konkrete tiltak i klinikkens dialogavtale (handlingsplan). Informant D (K3K) sier: «Ja, det har vært et stort fokus, både i klinikkledelse og i avdelingen, på å øke bruken av pasienthotellet. I dialogavtalen så ligger det en strategi for dette. Det finnes tiltak for hvordan vi skal komme oss ditt. Mange tiltak er videreført fra de tiltak vi tidligere har hatt, da vi brukte det gamle pasienthotellet». Klinikken som har nedfelt en

strategi i dialogavtalen er også den klinikken som har den høyeste andelen av sine pasienter på pasienthotellet.

Medisinsk klinikk er den klinikken som har færrest pasienter og den minste andel av sine pasienter på pasienthotellet. MK oppgir at de bare delvis har lagd en strategi/visjon men ikke hvordan denne endringsprosessen skal gjøres. «*Vi har laget et konkret mål men mangler hvilke tiltak som må til for å nå målene. Nye pasientgrupper må det tenkes mer omkring*». Det viser at klinikken ikke er ferdig med dette trinn og at de har potensial for ytterligere nye pasientgrupper til pasienthotellet.

En informant G (NOR) vet ikke om det er laget en visjon eller strategi. «*Vet ikke. Det er dag til dag planlegging*».

Informant F (NOR) «*Det er laget en plan for hvordan avdelingene skal øke bruken av PH. Vinter og vår 2015 ble det gjort en gjennomgang av pasientgruppene våre for så se om det er flere pasientforløp som kan gå via PH. Med i dette arbeidet var sykepleiere og leger.*» Her fremkommer det store avdelingsvis forskjeller innenfor samme klinikk. Hvorfor er det en forskjell internt i denne klinikken? At det er slike forskjeller i klinikken viser en mangel på styring, ledelsen tillater en dekobling i organisasjonen.

De fleste klinikkvise strategiske planer har vært laget av noen få personer i klinikkledelsene slik at dette er et dokument de ansatte nærmest pasienten ikke nødvendigvis har vært involvert i eller kjenner seg så godt igjen i. Det er usikkert hvor godt de ansatte har satt seg inn i disse planer og kjenner til hva som står i dem. Dem som utarbeider strategier og planer ser verden utfra en annen kontekst enn det mange ansatte og ledere gjør. Planen blir virkelighets fjernt for dem. Da blir det også liten lojalitet til innholdet i planene.

Oppsummering: Alle klinikker oppgav at de hadde en strategi om å øke andelen pasienter til pasienthotellet men samtidig så er den strategien, i noen klinikker, frakoblet det som faktisk skjer nærmest pasienten. Det er en dekobling i organisasjonen.

3. Både visjonen og strategien er formidlet ut til alle ledd i organisasjonen, slik at det er en forståelse av hvorfor og hvordan den forstående endringene i organisasjonen skal gjøres.

Spørsmål vi stilte til informantene var: Er denne visjonen, planen eller strategien, gjort kjent blant ansatte og ledere i din klinikk?

De fleste svarer at visjonen og / eller strategien er gjort kjent blant ansatte og ledere i klinikkene. Informant G (NOR) svarer at *«Kanskje blant ledere men ikke bland ansatte»*. *«Strategisk utviklingsplan omtaler fortsatt økt bruk av hotellet, den er nettopp ferdig og er derfor ikke gjort kjent nedover i klinikken»* sier informant F (NOR)

Informant A (BUK) sier *«Ja. Det er godt kjent.»* informanten fortsetter *«De som ikke fått med seg dette har sovet i timen»*.

Informant E (MK) oppgir at *«Alle kjenner den men ikke funnet løsning. Ikke alle har forståelsen av dette. Det er ansatte som styrer dette.»* Videre sier informanten at *«Nei vi trenger å tenke helt nytt og få hjelp av de ansatte»*.

Vår erfaring er at ikke alle forstår hvorfor og hvordan denne dreining fra sengepost til pasienthotell skal gjennomføres. Vi tror at planen er mindre kjent blant ansatte enn det som de gir uttrykk for i intervjuene. At de vet at det finnes planer er en ting. Om de ansatte har satt seg inn i dem og forstår dem er en annen sak. Dette kan være en del av forklaringen til at vi oppfatter at det fremdeles er motstand ute i deler av organisasjonen mot å bruke pasienthotellet til pasientene. Kotter (2007) beskriver at det ikke er nok å bare utarbeide en visjon og strategi aleine. Det har ingen betydning dersom de ikke blir kommunisert ut i alle ledd i organisasjonen.

4. De strukturelle trekk som vanskeliggjør endringen blir enten fjernet eller endret slik at endringsprosessen blir mulig å gjennomføre

Spørsmålet vi stilte til informantene var: Har det vært noen hindringer som har gjort endringen vanskelig i klinikken?

Vi har fått beskrevet hindringer i form av personalet, areal, struktur og organisatorisk. Tre av fem klinikker sa at hindringen for gjennomføring av endringsprosessen lå hos personalet. *«I blant så er det leger som finner årsaker til at deres pasienter ikke kan legges in på pasienthotellet.»* sier informant A (BUK). Informant B (HLK) sier *«Legegruppens arbeid i hverdagen forbedres ikke av økt hotellbruk. De kan oppleve at det er vanskeligere å få tak i pasienten når de er innlagt på pasienthotell. Altså ikke noe umiddelbart, direkte incentiv i legegruppa mht forenkling av egne arbeidsprosesser»*.

En annen informant C(K3K) peker også på manglende incentiver. *«Det finns ikke noen insentiv for å bruke flere senger i pasienthotellet. Pasienthotellbruken kommer i tillegg uten*

at det kommer mere ressurser». Informanten fortsetter: «Tidspress p.g.a økt arbeidsbelastning knyttet til dårligere inneliggende pasienter i sengeposten og økt antall pasienter i hotellet, med samme stab av leger og sykepleiere».

Informant G (NOR) sier «Ansatte kan vegre seg mot å bruke pasienthotellet da disse ikke kommer godt nok fram i virksomhetsdataen til avdelingen.

Det blir en mer ting man må gjøre uten at de er telt med i det totale arbeidet som man må gjøre denne dag».

Informant B (HLK) peker også på erfaring blant de ansatte. «Et aspekt er personalets evne til å vurdere om pasienten faktisk kan ligge på hotellet. Ansatte som er mindre erfarne føler seg ofte mer utrygg på å sende en pasienter til pasienthotellet, men i takt med erfaring så blir man mer klar over hvem dette tilbudet passer for. Alle personellgrupper motiveres av at hotellbruk gir mulighet for redusert omfang av senger på korridor. For sykepleiergruppen gjør hotellet hverdagen noe enklere. Men: De pasienter som man kan flytte er de minst krevende. De pasienten som blir igjen i sengeposten er de sykeste».

Flere klinikker sa at manglende areal er en hindring for å kunne benytte pasienthotellet mer. «Mangler en fysisk møteplass for eksempel hotellbehandlingsareal. En felles areal der pasienten kan få sin antibiotika osv», forteller informant E (MK).

Informant C (K3K) sier «Areal på dagpost er en hindring. Dette har ikke vært til stede. Det gjør at de pasientene må inn i sengepost i stedet for pasienthotell i større grad enn da klinikken eide en dagpost».

Informant A (BUK) sier at betaling en hindring for å bruke pasienthotellet. «Det ble upopulært i avdelingen. Mange pårørende må legge ut mye penger».

En klinikk angir at retningslinjene for infeksjonspasienten er en hindring. «Strukturen kring hvordan vi jobber med disse pasientene er en hindring. Struktur hvordan for eksempel infeksjons pasienter kan få et tilbud i hotellet».

Informant D (K3K) oppgir at «Det har ikke vært noen spesielle hindringer».

Oppfølgingsspørsmål vi stilte til informanten var: Hva har blitt gjort for å eventuelt fjerne disse hindringer?

En informant F(NOR) sier de har gjort organisatoriske endringer for å kunne benytte pasienthotellet i større grad enn før. «Det er laget nye regimer for smertebehandling,

pasienter som skal ligge på pasienthotellet blir satt opp på operasjonsprogrammet på dagkirurgisk avdelingen som nummer en eller to».

Informant C(K3K) oppgir at avdelingen har endret sin bemanning på vakttid etter behovet som har oppstått med økt bruk av pasienthotellet. I tillegg har man sett over tidsbruken i avdelingen. *«Lagt om turnus – eks mellomvakt. Kalenderplan for sykepleietjenesten basert på ABP. Kritisk gjennomgang av all tidsbruk: Korte inn på møtetider hos ansatte, mer tid for pasientene».*

Informant A (BUK) sier at: *«Vi jobber hver dag for å se på hvordan man kan tenke nytt for å løse en del av utfordringene vi har i den daglige driften. Retningslinjer har ryddet opp i en del av dette. Jeg som leder snakker med dem som kan tenkes lage hinder. Vi har engasjert egen personell for selve å komme med løsninger på hindringene».*

Informant B (HLK) sier at det ikke er gjort noe ekstra tiltak for å fjerne eventuelle hindringer. Det inngår i ledelse oppdraget. *«Vi har ikke laget noe ekstra prosjekt. Arbeidet inngår som en del av ledelsesoppdraget».*

To klinikker arbeider med å få areal som er tilpasset økt bruk av pasienthotellet.

Informant D (K3K) sier *«Ja. Vi arbeider med å få areal til en dagpost».* Informant C (K3K) sier at man *«Jobber for en ny dagenhet. En infusjonsenhet»* Informant E (MK) oppgir at man diskutert ulike tiltak for å fjerne hindringer. *«Foreslått å få lage en dagbehandlingsavdeling inne på sengeposten men den plassen trenger vi som buffer. Areal på poliklinisk enhet som ikke er i bruk på kveldstid. Det er begrensninger med personal. Viktig å ha riktig kompetanse der».*

Det å finne hindringer er viktig for kunne gjøre tiltak slik at man kan komme seg forbi de hindringer som stopper endringsprosessen. Når hindringene er identifisert er bare halve jobben gjort. Det vanskeligste har ledelsen igjen - fjerne hindringene. Vi har funnet at flere klinikker ikke har klart å fjerne hindringer. Flere hindringer er av klinikkovergripende karakter. Slik som manglende prosedyre for pasienter med letter infeksjon eller behov for areal med tilknyttet helsepersonell. Ved klinikkovergripende problemer har klinikkene en stor ledelses utfordring. Ingen av klinikken har instruksjonsmyndighet ovenfor en annen klinikk. Styringen av klinikken er strengt vertikalt men det de har behov for er horisontalledelse – samarbeid på tvers av klinikkene. Ingen av våre syv informanter sa noe om fravær av et slikt

samarbeid. Det viser at klinikkene ikke er flink til å se utover sin egen klinikk for å finne løsninger på de utfordringer de har med å lage flere pasientløp som involverer pasienthotellet.

Når vi går i gjennom svarene fra våre informanter så fremkommer det at alle klinikker har identifisert hindringer i egen organisasjon. De to klinikken som har gjort strukturelle og organisatoriske endringer etter å ha identifisert hindringene er de to klinikkene med størst andel og størst økning av andelen etter åpningen av det nye pasienthotellet, samt høyest antall pasienter på pasienthotellet. Klinikken har altså klart å fjerne hindringer, slik som mangel på adekvat areal, omlegging av turnus etter endrede behov i avdelingen og endrede rutiner som har vært til hinder, som for eksempel bedre tilpasset smertebehandlingsregime eller operasjonstider.

De klinikker som ikke har klart å fjerne sine hindringer er også de som har den laveste økningen av andel pasienter på pasienthotellet. Vi så også at det skiller ganske mye mellom to avdelinger innenfor samme klinikk, i hvilken grad de har klart å fjerne hindringene. I den ene avdeling var det beskrevet hindringer der ansatte «*vegrer seg mot å bruke pasienthotellet*», mot at informant F (NOR), i samme klinikk opplyste at ansatte var de som var motivert til å bruke pasienthotellet mer «*for å frigjøre kapasitet til å kunne ta seg av flere pasienter*». Hva kan forklare disse to motsatte holdninger mot å bruke pasienthotellet? En del kan forklares med i hvilken grad de har hatt erfaring og en kultur for å bruke pasienthotellet tidligere og at det tar tid for ansatte å forandre holdninger til endringer. Noe kan være et uttrykk, som også flere av informantene beskrev, mangel på insentiver. Andre forklaringer kan komme av at klinikkene ikke har prioritert å fjerne hindringene høyt nok.

Oppsummering: De klinikker som beskriver vellykkede prosesser med å fjerne hindringer er også de som har best resultatoppnåelse – størst andel og antall pasienter på pasienthotellet. Den klinikk som oppgir hindringer av klinikkovergripende karakter og som ikke har klart å fjerne hindringene har også dårligere resultatoppnåelse.

5. Det teamet som står bak endringen må fremstå som sterk og klar for å kunne lede en endringsprosess. I tillegg må de som berøres mest være med i beslutningsprosessene.

Her har vi utarbeidet to spørsmål:

Spørsmål a: Har klinikkledelsen stått frem med et tydelig budskap i denne prosessen?

Alle informantene opplyste at klinikkledelsen fremsto som sterk og klar med budskapet. «*Ja. Avdelingsledelsen har et tydelig budskap. Klinikken er med. Det er hele grunnlaget.*», sier informant C (K3K).

Spørsmål b: Har klinikkledelsen involvert de ansatte nærmest pasienten i endringsprosessen?

Alle informantene sier at klinikkledelsen har i den grad det har vært mulig involvert de ansatte nærmest pasienten i endringsprosessen. «*Endringsprosessene er planlagt og gjennomført med delaktighet fra alle ansatte i avdelingens sengepost, med aksept fra klinikkledelsen. Suksesskriteriet handler nettopp om 'bottom up' og de ansattes eierforhold til endringen*», sier informant C (K3K).

Informant B (HLK) mener at involveringen av ansatte ikke har vært annerledes enn lignende endringsprosesser. «*På samme måte som i tilsvarende endringsprosesser.*»

Informant G (NOR) svarer at involveringen blant de som er nærmest pasienten er involvert «*Så langt det lar seg gjøres*».

Informant E (MK) sier at denne involveringen kunne vært bedre. «*Ja, men kunne vært enda bedre. Ansatte kanskje kunne se noen løsninger som ikke ledelsen sett*».

Informant A (BUK) sier: «*Ja, med rammene er allerede i stor del lagt. Det er effektivt, men kan skape grobunn for misnøye. Noen kan føle seg overkjørt, provosert eller truet. Man får ikke bestemme selve. Oftest er det legene som opplever det slik*».

Informant F (NOR) sier at denne endringen mot å bruke pasienthotellet mer, har vært drevet frem av de ansatte som arbeider nærmest pasienten. «*Som nevnt under spørsmål tre har dette vært en endring har vært drevet frem av helsepersonellet som jobber ute på sengepostene, da i særdeleshet sykepleierne*».

I teorien beskrives det at mangel på tradisjon i lederteamene til å utøve godt teamarbeid kan være noen av de problemene man kan møte i dette trinn. (Kotter, 2007). Vi har ikke klart å avdekke noe i våre data som skulle styrke den påstanden. Vi mener at det klar budskapet fra Direktøren, klinikkjefene og ledere nedover i organisasjonen, har bidratt til at alle klinikker har hatt en økning i sin andel og antall pasienter på pasienthotellet. I oppfølgingsspørsmålet om involveringen av ansatte så var det ulik beskrivelse. Informant C (K3K) beskrev et eierforhold til prosessen fra de ansatte og en «bottom up» som en suksess i avdelingen mens en annen klinikk opplyste om at denne prosessen kunne vært enda bedre. De klinikerne der

det beskrives at det er de ansatte nærmest pasienten som driver prosessen med å bruke pasienthotellet er også de som har de beste resultatene og som har svart at de ansatte har vært mest delaktige i prosessen. De som derimot har oppgitt at det «*kunne vært enda bedre*» ansatte medvirkning (informant E (MK)) eller «*så langt det lar seg gjøres*» (informant G (NOR)) har også i større grad beskrevet ansatte som hinder for endringsprosessen.

Oppsummering: Alle klinikkene mener at det er et sterkt og klart team som står bak endringene. Derimot så er det to klinikker som mener at medvirkning av de ansatte kunne vært bedre. Det er de to klinikker som også har hatt minst økning av andel og færrest pasienter i antall og i andel, og som benytter seg minst av pasienthotellet.

6. Det må utarbeides kortsiktige mål som det faktisk er mulig å oppnå. Disse målene må det lages kriterier for, slik at det er mulig å identifisere forbedringer sett i forhold til visjonen som er laget i forbindelse med endringsprosessen.

Spørsmål: Er det utarbeidet kortsiktige og målbare mål for bruk av pasienthotell?

Flere informanter sier dette er første gangen de ser konkrete tall for egen klinikk bruk av pasienthotellet.

Fire av fem klinikker opplyser at det ikke har vært utarbeidet kortsiktige og målbare mål. Informant B (HLK) sier «*Nei. Men man lagde et anslag. Man forsøkte å kvantifisere potensialet for hotellbruk, men anslagene ble usikre.* Informant D (K3K) sier «*Kanskje ikke annet enn at vi skulle øke bruken. Finnes ikke noen konkrete mål. Vi har sett at det er et økt bruk av pasienthotellet fra rapporter vi fått. Det hadde vært interessant å se på hvor i forløpene som hotellet brukes og om det øker for eksempel under behandlingens gang*».

Informant E (MK) sier de har konkrete mål for bruk av pasienthotellet «*Ja. 120 døgn / måned på pasienthotellet og 85 % belegg i sengeposten*».

Informant F (NOR) svarer «*Nei det har ikke vært utarbeidet noen kortsiktige målbare tall for bruken av pasienthotellet. Det er første gangen jeg har sett noe konkrete tall på vårt bruk av pasienthotellet*».

Her er det ingen sammenheng med det å utarbeide målbare mål og hvor stor andel eller antall pasienter klinikkene har på pasienthotellet. Det vi fant var at den klinikken som hadde gjort et forsøk på å finne målbare tall, var den klinikken med lavest andel og antall pasienter på pasienthotellet.

Vi mener at det er viktig, for å lykkes med en endringsprosess, at klinikken utarbeider noen mål de ansatte og ledelsen skal strekke seg etter. Men dette vil henge sammen med de fem foregående trinnene fordi dette er en trinnvis prosess der måloppnåelsen avhengig av hvor godt man har arbeidet med de forrige trinnene i endringsprosessen. Det betyr at det å gjøre bare ett av trinnene ikke er tilstrekkelig for å få til en vellykket endringsprosess.

Oppsummering: Bare en klinikk har utarbeidet kortsiktige mål og målbare mål. Det var den klinikken med lavest andel og antall pasienter på pasienthotellet.

7. Forbedringer styrkes ved at endringer som virker tas inn i ny struktur og prosesser.

Spørsmål vi stilte til informantene var: Er det tatt inn forbedringer som vist seg å virke, inn i ny struktur og prosess?

Informant B (HLK) oppgir at pasienten systematisk blir vurdert for pasienthotell under pre visitt på sengepostene «Systematisert på pre visitt.» Informant F (NOR) sier «*Ja det har de. Under visitten vil sykepleierne spørre om pasienter kan legges på pasienthotellet.*

Sykepleierne er suksess faktoren for endringen i klinikken mot å bruke pasienthotellet mer».

Informant A (BUK) oppgir at de tatt inn pasienthotellet i arbeid med pasientforløp «*Tatt in pasienthotellet i en del pasientforløp. Men det er en begrenset volum».*

Informant C (K3K) svarer «*Ja, for eksempel nye arbeidstider, organisering av mottak med microteam, endring av alle møtestrukturer hva angår tidsbruk og deltakelse/representasjon».*

«I tillegg må man følge med pasientene etter at behandlingen er startet opp. Pasientene kanskje får bivirkninger etter oppstart av behandlingen. Viktig at vi følger opp pasientene etter en tid for å fange opp hvis dem blir dårligere. Da tar man inn dem på sengepost igjen. Noen pasienter forsøker å skjule dette for at dem ikke ønsker å flytte fra pasienthotellet og inn på sengeposten. Andre kan flytte over til hotellet etter først å ha hatt et opphold i sengeposten».

Informant G (NOR) sier at «*Når det er fullt i sengeposten så blir mange vurdert om å ligge på pasienthotellet».* Her har de ikke tatt inn endringer i ny struktur eller prosess. Her beskriver informanten det motsatte. Den logiske antagelsen blir da at de ikke vurderer pasienten til å ligge i pasienthotellet hvis de har god plass på sengeposten. Det er mangel på kapasitet ved sengeposten som utløser behovet. Det kan være et uttrykk for at de ansatte er redd for at de sengene som blir ledige fylles opp av pasienter som er mer krevende enn den pasienten som

flyttet til hotellet. De ansatte handler utfra eget velbefinnende på arbeidsplassen enn utfra det behov sykehuset og pasientene har. Dette svaret henger bra i sammen med tidligere svar under trinn 4, hindringer, der informanten beskrev at *«Ansatte kan vegre seg mot å bruke pasienthotellet da disse ikke kommer godt nok fram i virksomhetsdataen til avdelingen. Det blir en mer ting man må gjøre uten at de er telt med i det totale arbeidet som man må gjøre denne dag»*. I denne seksjonen er de ikke ferdig med trinn 1. De ansatte forstår ikke hvorfor de skal øke bruken av pasienthotellet.

Informant D (K3K) mener at de ikke har gjort så store endringer. *«Ja. Ikke noen store endringer. Ikke lagt om mange rutiner. Justert behovet. For eksempel så ringer vi pasientene en uke før innleggelsen og avklarer og «motiverer» for hotellbruk»*. I denne klinikken har de hatt en lang tradisjon og et stort bruk av pasienthotellet sen tidligere. De har derfor gjort mange endringer tidligere og derfor blir det mindre justeringer.

Informant E (MK) forteller: *«Det har også vært tilfellen der pasienten har etterspurt å få ligge på pasienthotellet. Personalet har ikke tenkt på muligheten men har sett at det går faktisk å bruke hotellet. Det har endret praksis for en del av de pasientene i samme kategori»*.

Fire av fem informanten opplyste at i deres klinikk var det gjort endringer som ble tatt inn i den daglige driften av avdelinger og seksjonene ute i klinikkene. Eksempler her er under pre visitt på sengepostene blir pasienten systematisk vurdert om de kan ligge på pasienthoteller i stedet for på sengepost. Det fremkom at det var gjennomført organisatoriske endringer rundt når pasientene ble satt opp på operasjonsprogrammet – de pasienten som ligger på pasienthotellet ble satt som nummer en eller to på operasjonsprogrammet. Dette ble gjort fordi man ville ha kontroll på smertelindringen samt eventuelle andre komplikasjoner før de ble sendt tilbake til pasienthotellet. Dersom disse pasienten ble satt som nummer tre eller fire på operasjonsprogrammet ville de ikke vært klare for overflytting til pasienthotellet når dagkirurgisk avdeling stengt på kvelden.

En klinikk hadde gjort arealtilpasninger for å kunne håndtere de som ligger på pasienthotellet samt de hadde gjort endringer i vaktkoder, slik at klinikken har ekstra personell på ettermiddag og tidlig kveld.

Oppsummering: Vi finner i vårt materiale at de to klinikkene som har gjort endringer og tatt disse endringen inn i ny struktur og prosesser er også de med størst andel og antall pasienter på pasienthotellet.

8. Nye måter å tenke og handle på blir institusjonaliserte ved å utvikle kultur omkring endringene som er gjennomført. På den måten skapes avstand til tidligere praksis som hemmer realisering av visjoner.

Spørsmål vi stilte var: Har det vært en kulturendring i klinikken i forhold til å vurdere om en pasient kan ligge på pasienthotellet i stedet for sengeposten?

Tre av informantene opplyser at det har vært en kulturendring i klinikken.

Informant C (K3K) sier «*Ja. Både leger og sykepleier har et så nært forhold og god kontakt med pasientene og ser mange ganger at pasientene opplever at de har det bra på hotellet. Det at pasientene har det bra på hotellet og at det er et godt tilbud for dem, endrer holdninger hos ansatte. Det finnes ikke motstand fra noen ansatte grupper*».

Informant D (K3K) sier: «*Ikke en kulturendring*».

Vi har et økt fokus på at man alltid skal ligge på hotellet som et utgangspunkt og unntaket er sengeposten. Vi hadde samme rutiner tidligere men det var usikkert om man fikk plass eller ikke på det gamle hotellet, da det var plassmangel. Tidligere vurderte man hvem som skulle få ligge på hotell og hvem som ikke kunne ligge der utfra plassen. Det trenger vi ikke nå».

Vi mener at i K3K har det vært kulturendring, men at informant D ser det ikke selv. Fordi endringen har utviklet overlang tid og begynte i forbindelse med åpningen av det første pasienthotellet i 2002.

Informant F (NOR) sier «*Det har vært en kulturendring blant både sykepleiere og leger i klinikken. Man har alltid forsøkt å legge pasienter på pasienthotell fra 2004, men det var vanskelig å få plass til pasienten på det gamle hotellet. Fra september 2015 har ikke dette vært noe problem lenger og nå blir alle pasienter vurdert om de kan ligge på pasienthotellet*».

Disse to klinikken er de som mener at de har lyktes i å endre kulturen i klinikkene. Når vi ser på disse to klinikkenes bruk av pasienthotellet, så er det en klar sammenheng mellom både antall og andel pasienter og at de har fått en kulturendring rundt bruken av pasienthotellet. De ansatte er en pådriver for å få pasienter ned til pasienthotellet. De ansatte er ikke en hindring for å benytte pasienthotellet i større grad enn før.

Informant E (MK) forteller at. *«Vi utnytter ikke godt nok pasienthotellet litt ut i forløpet. Det er bekvemt å ha dem igjen i avdelingen. Sykepleierne driver ikke denne prosessen. Ikke et tydelig insitament. Sykepleierne risikerer å flytte en pasient til pasienthotellet og får da i tillegg en ny pasient på toppen av det hele. Sitat: «Vi legger han bare han inn på sengeposten så slipper vi få noen annen pasient i stedet for».*

Her er det store kulturforskjeller mellom K3K og MK. I K3K sier informanten at det er de ansatte som driver prosessen og det er ingen motstand mot å bruke pasienthotellet. I MK er det de ansatte som hindrer økt bruk av pasienthotellet. Dette kan også bunne ut i at MK har i større grad ø-hjelps pasienter som ikke egner seg for opphold på pasienthotellet. De ansatte i MK har også mindre erfaring med å bruke pasienthotellet og dette medfører utfordringer med å endre kulturen.

4.7 Oppsummering

Helsetjenesten står foran store utfordringer – demografi/flere eldre, ingen realvekst i økonomiske rammene og mangel på helsepersonell. Et av tiltakene for å møte denne utfordringen er å behandle flere pasienter med færre ansatte. I dette inngår drening av flere pasienter til pasienthotellet. Alle klinikkene som inngår i vår studie har i sine strategiske utviklingsplaner beskrevet at de skal øke bruken av pasienthotell.

Vårt første forskningsspørsmål er: I hvor stor grad har klinikkene i UNN Tromsø tatt i bruk pasienthotellet i tråd med intensjonen? Alle klinikkene som har vært med i denne studien har klart å øke både sin andel og antall pasienter som blir lagt på pasienthotellet. Men det er stor variasjon mellom klinikkene i forhold til måloppnåelse sett opp mot estimert behov.

Vårt andre forskningsspørsmål er: Hvordan kan vi forstå dette resultatet og er det en sammenheng mellom resultatet og teori om endringsledelse? For å lykkes med en endringsprosess er det en klar sammenheng mellom graden av suksess og i hvor stort omfang klinikkene har klart å følge trinnene som er beskrevet i teorien om endringsledelse.

4.7.1 Hovedfunn

Etter at vi har arbeidet med våre to forskningsspørsmål har vi kommet frem til følgende hovedfunn:

- Det er en sammenheng mellom graden av suksess og hvor lojalt klinikkene har fulgt de åtte trinnene for en vellykket endringsprosess.

- Det er forskjeller i klinikkens måloppnåelse.
- Det er mangel på horisontal ledelse mellom klinikkene.
- Klinikkene har identifisert hindringer men flere klinikker har ikke klart å fjerne disse hindringene.

5.0 Diskusjon

I denne studien har vi følgende problemstilling: Hvordan kan vi forstå forskjellene i klinikkens bruk av pasienthotellet? For å svare på denne problemstillingen har vi utarbeidet to forskningsspørsmål - I hvor stor grad har klinikkene i UNN Tromsø tatt i bruk pasienthotellet? Hvordan kan vi forstå dette resultatet og er det en sammenheng mellom resultatet og teori om endringsledelse?

Vi har kommet frem til fire hovedfunn.

5.1 Det er en sammenheng mellom graden av suksess og hvor lojalt klinikkene har fulgt de åtte trinnene for en vellykket endringsprosess.

Tabell 10 viser at de klinikkene som har fulgt Jacobsen og Thorsvik (2013) sine trinn for en vellykket endringsprosess er også de klinikkene som har flest poeng i ovennevnte tabell. De to klinikkene som har ni av ti og syv og en halv av ti poeng er også de to klinikkene – NOR og K3K som har størst andel og antall pasienter på pasienthotellet.

	BUK	HLK	K3K	MK	NOR	TOTAL:
1.	+	+	+	+ (-)	+	1
2.	+	+	+	(-)	+	1
3.	+	+	+	+	-	1
4.	+	+	+	+	+	2
5.	+	+	+	+	+	2

6.	-	-	-	+	-	1
7.	+ (-)	+ (-)	+	-	+ (-)	1
8.	-	+ (-)	+	+ (-)	+	1
ANTALL	7/10	7/10	9/10	6/10	7,5/10	10

Tabell 10 Systematisert svarene i tabellform etter grad av lojalitet mot de åtte trinnene etter intervju av informantene

Forklaring til tabell 10: Vi har satt pluss når vi mener at de har svart at de har fulgt trinnet i stigen for en vellykket endringsprosess. Dette fremkommer som grønt i tabellen. På spørsmål fire og fem var det to delspørsmål. Svar som vi mener bare er delvis gjennomføring av trinnet i stigen har vi satt pluss med minus i parentes. Dette gjelder også der vi har to informanter fra samme klinikk som svarer motsatt. Dette gir halvt poeng – dette fremkommet med orange farge i tabellen. Har de ikke fulgt trinnet i for en vellykket endringsprosess får de minus – fremkommer som rødt i tabellen.

Vi har vist at for å lykkes med en endringsprosess er det en klar sammenheng mellom graden av suksess og hvor lojalt klinikkene har fulgt de åtte trinnene. Som fremkommer i tabellen under, den klinikken som har flest poeng for gjennomføring av de åtte trinnene for en vellykket endringsprosess, har størst andel og flest pasienter samt størst økning i prosent fra juni 2015 til mars 2016.

NR	Klinikk	Antall pasienter i snitt per uke	Høyest andel i perioden juni - mars	Størst økning i prosent (fra juni – mars)	Prosentvis oppnåelse mot estimert behov 2003	Antall poeng for gjennomført trinn, endringsledelse
1	K3K	294	11 %	2.9 %	69%	9/10
2	NOR	170	10.7 %	1.9 %	47 %	7,5/10
3	HLK	95	9.4 %	2.4 %	79 %	7/10
4	BUK	42	1.6 %	1.4 %	55%	7/10

5	MK	21	1.6 %	0.9 %	31 %	6/10
---	----	----	-------	-------	------	------

Tabell 11 Oppsummering av data per klinikk

Vi har i vår studie konkludert med at de fem klinikkene som vi sett på har alle økt andeler pasienter. Med en stigende kurve, fra åpningen av det nye pasienthotellet, til vi avsluttet innsamlingen av data den siste mars 2016. Antall pasienter har derimot stabilisert seg på høsten 2015, etter åpningen 1. juli og holdt seg jevn utøver våren 2016. Da virksomheten har vært uforandret i klinikkene i denne periode så kan det bety at det har blitt færre pasienter i sengepostene, dette har vi ikke undersøkt. Mange oppgir at de pasienter som flytter til pasienthotellet likevel krever ressurser i avdelingen, slik at det ikke er mindre å gjøre for de ansatte men pasienten opptar ikke en plass i sengeposten.

I intervjudelen har vi avdekket at klinikken er kommet ulik i prosessene med å øke bruken av pasienthotellet. Noen klinikker og avdelinger har stor erfaring, innarbeidede rutiner og utviklet en kultur for bruken av pasienthotellet, mens andre ikke har kommet riktig like langt. Vi har kunnet vise at de klinikker som oppga i intervjuene at de hadde vært lojal mot de åtte trinnene i større utstrekning enn andre, også var de med flest pasienter, høyest andel pasienter som brukte pasienthotellet, størst økning av bruken av pasienthotellet etter åpningen av det nye pasienthotellet samt, med ett unntak, høyest måloppnåelse mot det estimat klinikkene satte i 2003.

Vi slår dermed fast at i denne studie så er det et sammenheng mellom graden av suksess og hvor lojalt klinikkene har fulgt de åtte trinnene for en vellykket endring.

5.2 Det er forskjeller mellom klinikkens måloppnåelse

De fem klinikkene som inngår i vår studie, har oppgitt ett estimert døgnbehov på 211 senger ved det nye pasienthotellet se vedlegg to. Dette er det eneste estimatet vi har funnet som kan knyttes til klinikkene. Sintef kom med et estimat for behovet av pasienthotellsenger ved UNN Tromsø i 2012. Dette estimatet var ikke brutt ned på klinikknivå og kan derfor ikke benyttes for å si noe om hvor godt klinikkene har klart å utnytte kapasiteten ved det nye pasienthotellet for hver klinikk.

Våre tall viser at i perioden juli 2015 til april 2016 har de fem klinikkene brukt i gjennomsnitt 625 pasienthotellsenger per uke, det tilsvarer 59 % av det estimerte sengeantallet på 1055. Når vi ser på klinikken enkeltvis, så benytter HLK 79 % av det estimerte behovet for

pasienthotellsenger. Dette er den klinikken med best måloppnåelse. Deretter følger K3K med 69 %, BUK 55 %, NOR 47 % og til slutt MK med 31 %. Se tabell 11. Når vi sammenligner beste og dårligste klinikk i forhold til måloppnåelse så skiller det 48 %. Dersom vi ser på HLK sitt estimat fra 2003, den gangen Hjerte lunge- og karkirurgisk avdeling, Lungemedisinsk avdeling og Hjertemedisinskavdeling, så mente de da at det ikke ville vært behov for å øke kapasiteten utover de tre senger de allerede hadde på pasienthotellet.

Det er ikke samsvar mellom det estimatet som fagmiljøene gjorde i 2003 og det Sintef kom frem til for antallet pasienthotellsenger det er behov for i 2012. For framskriving til 2020 har Sintef har beregnet et behov på 735 pasienthotellsenger per uke. Det er en diskrepans mellom estimatet fra fagmiljøene i 2003 og Sintef sine beregninger fra 2012 på 320 senger.

Ut ifra estimat så fremgår det av våre tall at UNN Tromsø ikke har klart å ta i bruk det antallet senger som klinikkene antok det vil være behov ved det nye pasienthotellet. Forklaringen på dette mener vi er følgende:

1. Estimatet som ble gjort i 2003 var for høyt og at det var urealistisk å forvente at man skulle klare å utnytte den tilgjengelige kapasiteten. Dette fikk vi bekreftet fra en av informanten i intervjuet vi hadde. En av de første kommentarene i dette intervjuet var at estimatet fra 2003 var alt for høyt i forhold til hvilke behov klinikken hadde for pasienthotellsenger. Informant C (K3K) fortalte at det har vært en endring i funksjonsfordeling av strålepasienter i Helse Nord, Bodø tar nå «sine» strålepasienter selv, slik at behovet klinikkene så for seg i 2003 er mindre i dag. Det er to klinikker som uavhengig av hverandre mener at anslaget for pasienthotellsenger er for stor dersom vi tar utgangspunkt i 2003 tallene. Tallene vi har tatt utgangspunkt i for å forsøke å si noe om hvilke behov klinikken har for antall pasienthotellsenger er gamle dette gjør at estimatet er upresist. Som igjen gjør det vanskelig å treffe på estimatet. På bakgrunn av at det ikke samsvar mellom tallene fra 2003 og Sintef sine utregninger, vedrørende behov for hotellsenger ved pasienthotellet, og informasjonen vi fikk fra våre informanter i forbindelse med intervjuene. Mener vi det er grunnlag for å si at klinikkene overdrev sine behov for senger ved pasienthotellet i 2003.
2. Endringsprosessen har ikke vært gjennomført like godt i alle klinikkene. De to klinikkene (K3K og HLK) som har størst økning i andel pasienter på pasienthotellet har vi vist i denne studien at har fulgt trinnene for en vellykket endringsprosess i størst grad. Den klinikken (MK) med minst andel pasienter og lavest antall på

pasienthotellet også er den klinikken som har scoret lavest på gjennomførte trinn i endringsprosessen. Vi mener derfor at denne klinikken (MK) har et større potensiale for å øke sitt bruk av pasienthotellet. NOR klinikken har en lav måloppnåelse sett opp mot estimatet fra 2003. Men det er en av klinikken som har stor andel og høyt antall pasienter på pasienthotellet. Klinikken har bare 1,9 % økning av andelen og scorer relativt høy i oversikten over gjennomførte trinn, se tabell 11. I denne klinikken var det to informanter som beskrev store ulikheter i egen klinikk i forhold til gjennomføring av trinnene for en vellykket endringsprosess. Vi mener derfor også NOR klinikken har et potensiale til å øke bruken av pasienthotellet ytterligere.

5.3 Det er mangel på horisontal ledelse mellom klinikkene

I intervjuene med våre syv informanter ble det aldri problematisert at det ikke var mere samarbeid på tvers av klinikkene – horisontalledelse. En av informanten sa at i deres klinikk er det behov for å etablere et tilbud til pasienter som var innlagt på pasienthotellet og som hadde behov for antibiotika i noen dager før de kunne skrives ut. Dette kan man ikke administrere på pasienthotellet, slik at pasienten er nødt til å komme ned på sengeposten for å få denne behandlingen. Da blir pasienten fra pasienthotellet en ekstra belastning for sykepleierne på sengeposten fordi disse pasientene telles ikke med når klinikkene skal avgjøre hvor mange som skal til enhver tid være på jobb. Informanten sa at dette kan vi ikke løse aleine. Så erkjennelsen av at dette var noen de må jobbe på tvers av klinikkene var tilstede, men de hadde ikke tatt noe initiativ for å finne en samarbeidspartner. Samme informant opplyste også at det var pasientgrupper som ikke kunne være på pasienthotellet på grunn av manglende prosedyrer. Skal det være mulig å få til samarbeid på tvers av klinikkene må de lage arenaer der ledere kan møtes uformelt. For på den måte skape tillit til hverandre og ha et forum for å diskutere felles utfordringer og hjelpe hverandre til å se nye løsninger (Nyland og Andreassen, 2013). Det finnes ikke noen slike arenaer i dag. Vi mener at eier av pasienthotellet burde ta ansvar for å etablere et tettere samarbeid på tvers av klinikkene. Dette vil være med på å holde fokuset rundt driften av pasienthotellet samtidig vært en pådriver for å finne frem til felles løsninger og holdt sakene «varme» hos de instanser som skulle for eksempel se over nye rutiner for pasienter med lettere infeksjoner slik at de kunne vært innlagt på pasienthotellet i stedet for sengeposten, tilrettelagt for samarbeid rundt arealer som kunne avhjelpe enkelte avdelinger.

Våren 2015 ble det igangsatt et arbeid fra Direktøren der man kartla klinikkene og så på hvilke pasientforløp, diagnoser og prosedyrer i de enkelte avdelingene, der det i større grad kunne bruke det nye pasienthotellet og hva som eventuelt måte til av tiltak for å tilrettelegge for dette. Dette arbeid tror vi bevisstgjorde fagmiljøene om de mulighetene og hindringer som fantes i egen avdeling, og der man i arbeidsgruppen fungerte som en slags brobyggere mellom pasienthotellet og fagmiljøene, men også mellom fagmiljøene der gode innspill og ideer i ulike avdelinger videreformidledes til andre fagmiljøer. Dette arbeid mener vi var med på å skapa et fokus på bruk av pasienthotell og bidra inn i endringsprosessen for å bruke pasienthotellet mer. Vi mener at dette er horisontalledelse (Nyland og Andreassen, 2013) som ble initiert fra Direktøren.

I teorien er et tett samarbeid mellom klinikker beskrevet som horisontal ledelse (Nyland og Andreassen, 2013). Et slikt samarbeid har vi ikke klart å finne mellom klinikken i denne endringsprosessen. Vi er av den oppfatning at hver enkelt klinikk har jobbet for seg selv og da har de ikke sett hvorvidt det er noen klinikkovergripende utfordringer. Vi mener at det burde vært en koordinator med et klinikkovergripende perspektiv som hadde fulgt prosessen rundt dreiningen mot å få flere pasienter til pasienthotellet. Fordi dette hadde vært med på å holde fokuset ute i klinikkene. Vi mener at klinikkene kunne økt andelen og antallet pasienter på pasienthotellet dersom det hadde vært horisontalledelse i større utstrekning enn det er i dag.

Eksempel på dette er:

1. Egnet behandlingsareal som krever samarbeid på tvers av klinikkene.
2. Det er manglende evne på tvers av klinikkene til å løse manglende rutiner og prosedyrer.

Økt andel gir økt antall på pasienthotellet forutsatt økt aktivitet på sengepostene – gjør mer med mindre

Vi mener at dette arbeid burde vært gjort tidligere i prosessen, slik at de involverte fagmiljøene fikk se på hvilke muligheter det ligger i å bruke pasienthotellet i flere pasientforløp. Dette begrunner vi med opplysninger vi fikk fra en av informantene som fortalte at i vedkommens klinikk var det ikke gjort en grundig prosess rundt pasientforløp via pasienthotellet. De ansatte har ikke klart å se hva som er det beste for pasienten. Et eksempel er at en pasient kom til sengeposten i forbindelse med innleggelse og sa at han ville ligge på

pasienthotellet. At dette var en mulighet for aktuelle pasient hadde ikke helsepersonellet vurdert. De ble tvunget til å tenke ett helt nytt pasientforløp for denne kategorien pasienter. Dette viser at det har vært forlite involvering av fagmiljøene, enten fordi de ikke har sett det nødvendig eller de har ikke fått muligheten. Endring fordrer en modningsprosess og denne modningen krever tid.

Det man burde etablert er en funksjon som kan legge til rette for samarbeid mellom klinikken. En person som kan lage noen møteplasser, der ledere og fagpersoner møtes for å legge frem utfordringene de har og at de i fellesskap forsøker å finne løsninger. Slik som manglende prosedyrer for pasienter med lettere infeksjoner (Nyland og Andreassen, 2013).

5.4 Identifisering og evnen til å fjerne hindringer

I denne studien har vi gjennom intervjuer, basert på åtte trinn for vellykket endring, identifisert noen viktige hindringer. Disse er:

- Strukturelle hindringer som areal som kan tilpasses det nye behovet av å kunne gi pasientene på pasienthotellet en oppfølging uten å trenge å ligge i sengeposten.
- Hindring i form av at prosedyren ikke tillater at lettere infeksjonspasienter kan bruke pasienthotellet.
- Ansatte som er til hinder for bruken av pasienthotell fordi de ikke ser at det er tydelige insentiver eller at det blir merarbeid for dem.

Vi har sett at det er forskjell i hvilken grad klinikkene har klart å fjerne hindringer. Hindringer som handler om mangel på areal er vanskelig å finne en løsning på. Det er en klinikk som jobber med å få på plass egnet areal som kan møte det behovet de har. Noen klinikker beskriver også utfordringer som følge av klinikkovergripende arealbehov. Klinikkene er for små på egen hånd til å finansiere slike utvidelser og trenger samarbeidspartner i de øvrige klinikkene ved UNN Tromsø.

Lettere infeksjonspasienter er en hindring som en klinikk omtaler. Hindringen ligger i pasienthotellets retningslinjer over hvem som kan bo på pasienthotellet. Disse retningslinjer utelukker pasienter med lettere infeksjoner. Hvis klinikken skal fjerne denne hindringen må de se om retningslinjen kan justeres. Dette må skje i samarbeid med smittevern og andre fagprofesjoner på et overordnet nivå.

Den siste men kanskje viktigste hindringen vi identifiserte er motstand fra ansatte. Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver at endringer oftest møter motstand. Dette er en rasjonell reaksjon på en endring. Endringsagenter (Jacobsen og Thorsvik, 2013) er særdeles viktige allierte når det skal gjøres endringer i en organisasjon. Det å finne medarbeidere som er medspillere i en endringsprosess er en av de viktigste tiltakene ledelsen gjør i den første fasen i endringsprosessen, når det skal skapes en omforent forståelse av behovet for endring. De fem klinikkene har ikke like stor grad klart å skape endringsagenter. Noen klinikker har klart å få til et engasjement blant helsepersonellet som har drevet frem endringen for å få flere pasienter til pasienthotellet. En av informantene sa i intervjuet at *«endring har vært drevet frem av helsepersonellet som jobber ute på sengepostene, da i særdeleshet sykepleierne»*.

I kontrast til dette fortalte en annen informant i sitt intervju at *«Vi utnytter ikke godt nok pasienthotellet litt ut i forløpet. Det er bekvemt å ha dem igjen i avdelingen. Sykepleierne driver ikke denne prosessen»*.

Disse to informantene kommer henholdsvis fra den klinikken som har klart å øke andelen og antallet pasienter til pasienthotellet. Mens den andre informantene kommer fra den klinikken som har hatt minst økning av både andel og antall pasienter til pasienthotellet. Dette viser at endringsagenter (Jacobsen og Thorsvik, 2013) er meget viktig for å lykkes med en endringsprosess.

Det finns mange årsaker til motstand fra enkeltindivider eller grupper. Jacobsen og Thorsvik (2013) nevner 10 årsaker til motstand fra ansatte. Blant disse mener vi at frykt for det ukjente, maktforhold og dobbeltarbeid er det som kan bidra til motstand i denne endringsprosessen.

Frykt for det ukjente betyr at organisasjonen går fra noe sikkert til noe usikkert. Det oppleves tryggest å ha det slik som det alltid har vært (Jacobsen og Thorsvik 2013). De ansatte er usikker på om pasienthotellet er bra for pasienten. Helsepersonellet har ikke i like stor grad kontrollen over pasientene slik som på en sengepost. Det kan også være en frykt for at endringen kan medføre minsket aktivitet i sengeposten som i sin tur kan lede til nedbemanning eller andre negative tiltak. Det kan også være en redsel, som informant G fortalte i intervjuet. Det blir merarbeid for ansatte dersom de flytter pasientene til pasienthotellet fordi da risikerer sengeposten at det kommer nye og ofte dårligere pasienter. Samtidig så har de ansatte ansvar for de pasienter som ligger på pasienthotellet og som trenger oppfølging. Da risikerer sengepostene et økt arbeidspress som ikke blir synlig i statistikken. Da er bedre å beholde pasienten på sengeposten.

Forholdende mellom helsepersonell og pasient er et maktforhold. Ved å ha pasient tilgjengelig på sengeposten vil vedkommende i større grad være umyndiggjort og må tilpasse seg helsepersonellens rutiner og behov. Maktforholdene vil endres når pasienten blir gjest på hotellet i stedet for pasient på sengeposten. «*De som mister makt, vil ofte motsette seg endring*» (Jacobsen og Thorsvik 2013, s.394). Vi mener å kunne vise at de klinikkene lagt ned størst innsats i å skape en forståelse av nødvendigheten for en endring hos de ansatte, har bedre forutsetninger til å fjerne hindringer.

6.0 Konklusjon

I denne studie undersøkte vi om klinikkene har tatt i bruk det nye pasienthotellet i den grad de mente det var behov for i estimatet fra 2003. For å kunne si noe om det, har vi sammenlignet data fra pasienthotellet, data fra UNNs elektronisk pasientjournal system (Dips) med klinikkens estimat for fremtidig behov. Vi har avdekket forskjeller mellom estimatet og den faktiske bruken i de fem klinikkene. Vi har også avdekket forskjeller mellom de fem klinikkene. Vi ønsket å se på sammenhengen mellom dette resultatet og de teorier som beskriver vellykket endring for å kunne forstå forskjellene mellom klinikkens bruk av pasienthotellet.

Vi har funnet at alle klinikker har klart å øke sin andel pasienter som bruker pasienthotellet etter at det nye pasienthotellet ble tatt i bruk. Men det er variasjoner mellom klinikkene i forhold til hvor mye de har klart å øke sin andel.

Hvordan kan vi forstå forskjellene i klinikkens bruk av pasienthotellet?

Vi mener å kunne forklare hvorfor de fem klinikkene som inngår i vår studie har ulik grad av måloppnåelse. Følgende funn vil vi trekke frem for å forstå forskjellene.

- Hvor lojalt har klinikkene fulgt de åtte trinnene for en vellykket endringsprosess.

Her er følgende trinn sentrale:

- Trinn 1 - Det er en omforent forståelse av at det er behov for endring av organisasjonen. Her ser vi forskjeller i hvilken grad de ulike klinikkene har

klart å formidle nødvendigheten av endring av organisasjonen. De klinikker som i større grad svarer ut at de ansatte ser nødvendigheten av endring er også de klinikkene med størst andel og andels økning.

- Trinn 4 - De strukturelle trekk som vanskeliggjør endringen blir enten fjernet eller endret slik at endringsprosessen blir mulig å gjennomføre. Vi har sett at det er forskjell i hvilken grad klinikkene har klart å fjerne hindringer. De klinikkene som har identifisert og fjernet hindring, er dem som har størst andel og andels økning.
- Trinn 8 - Nye måter å tenke og handle på blir institusjonaliserte ved å utvikle kultur omkring endringene som er gjennomført. Vi har sett en klar sammenheng mellom de klinikker som har utviklet en kultur der pasienthotellet har blitt en naturlig del av driften. Sammenlignet med de klinikker som ikke har klart dette i like stor grad. De klinikker som har utviklet ny kultur er også de klinikkene som har økt bruken av pasienthotellet mest.

- Mangel på horisontal ledelse.

Vi har visst at det er viktig med utstrakt horisontalledelse. Fordi mange av utfordringer, i all hovedsak er klinikkovergripende. Mangel på horisontalledelse gjør det vanskelig for noen klinikker å fjerne hindringer.

- Mangel på styring – dekobling

Vi har vist at i krysningpunktet mellom ulike ledernivåer og de ansatte er det en dekobling i flere klinikker. I de klinikker som dekobling kommer tydeligst frem, er økningen av andel pasienter også mindre.

På bakgrunn av dette mener vi det er et ytterligere potensial for å øke andelen og dermed antallet pasienter som legges inn på pasienthotellet i stedet for sengepostene.

6.1 Bidrag til praksis

- Studien avdekker flere klinikkovergripende hindringer og vi mener å ha vist at skal klinikkene klare å komme forbi disse hindringene må det prioriteres samarbeid på tvers av klinikkene. Dette kan bidra til at klinikkene kan øke bruken av pasienthotellet.

- Vi har visst at det er en sammenheng mellom i hvor stor grad klinikken har fulgt de åtte trinnene for en vellykkede endring og i hvilken grad klinikkene har hatt lyktes endringsprosessen.
- Denne studien har identifisert i hvilke trinn de ulike klinikkene har utviklingspotensial. Dette gir klinikkene mulighet å forbedre de prosesser der de er svak, for på den måten øke bruke av pasienthotellet ytterligere.
- Studien har visst at det er en sammenheng mellom teorien om endringsledelse – kjennskap til de åtte trinnene som beskriver en vellykket endringsprosess og muligheten til å gjennomføre en god endringsprosess. Det er derfor viktig for en organisasjon å satse på lederutdanning fordi dette gir bedre endringsprosesser.
- Vi har gjennom denne studien avdekket at det finnes noe potensiale for ytterligere å ta i bruk pasienthotellet. Dette har vi vist gjennom intervju av informantene samt gjennom koblingen mellom resultat og i hvilken grad klinikkene fulgt de åtte trinnene. Dette betyr at de klinikker som kan gjøre forbedringer i de åtte trinn, har potensiale for å ta i bruk flere pasienthotellsenger.
- Vi har avdekket flere hindringer som klinikkene må finne løsninger på slik at de kan øke bruken av pasienthotellet.

6.2 Bidrag til teori

- I denne studien har vi styrket teorien om endringsprosesser gjennom å vise at det er en sammenhengen mellom resultat av en endringsprosess og i hvilken grad klinikkene har gjennomført de åtte trinnene, som er beskrevet som kjennetegn for en vellykket endringsprosess.

7.0 Litteraturliste

- Barne- og ungdomsklinikken. Strategisk utviklingsplan 2015 – 2025. (2016)
- Brunsson, Nils (2005). «Hykleri i organisasjoner». Ingress til foredrag ved Copenhagen Business School 20 mai 2005. (<http://www.cbs.dk/en/research/departments-and-centres/department-of-management-politics-and-philosophy/events/hykleri-organisasjoner>)
- Dahlum, Sirianne. (2015, 4. september). Validitet. I Store norske leksikon. Hentet 24. mai 2016 fra <https://snl.no/validitet>.
- Hjerte- og lungeklinikken. Strategisk utviklingsplan 2015 – 2025. (2016)
- Nyland, K og Andreassen, C: «Horisontal styring i sykehus». Kapittel 7 i Fallan, L. og Nyland, K. (red): «Perspektiver på økonomistyring» Fagbokforlaget, 2013
- Johannessen, Asbjørn,. Line Christoffersen og Per Tufte (2011). «Forskningsmetode, For økonomiske - administrativefag». Oslo: Abstraktforlag
- Jacobsen, D & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Kirurgi, - kreft og kvinnehelseklinikken startegisk utviklingsplan 2015 – 2025. (2016)
- Kotter. John P (1996). «*Leading Change*» Boston: Harvard Business School Press, 1996.
- Kotter, John P (2007). «Leading Change. Why transformation efforts fail», *Harvard Business Review*, January 2007, pp 92 – 107.
- Medisinsk klinikk. Strategisk utviklingsplan 2015 – 2025. (2016)
- Meld. St. 11. Helse- og omsorgsdepartementet (2015). «*Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*»
- Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken Strategisk utviklingsplan 2015 – 2025. (2016)
- Nyeng, Frode. (2010). «*Vitenskapsteori for økonomer*». Oslo: Abstrakt forlag.
- Overordnet strategi UNN HF, (2011) Tromsø Docmap
- Prosjekt UNN Pasienthotell Forprosjektrapport. Endelig utgave, 08.06.2012
- Regjeringens informasjonsskriv I-24/2001. (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-242001/id108948/>)
- Reliabilitet. (2015, 12. mai). I Store norske leksikon. Hentet 24. mai 2016 fra <https://snl.no/reliabilitet>
- Sintef, notat (2012). «*Pasienthotell UNN Tromsø – oppdatering av kapasitetsbehov*».
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF. «*Prosjekt UNN Pasienthotell – Forprosjektrapport*»

Universitetssykehuset Nord Norge HF. *Strategisk utviklingsplan 2015 – 2025*. (2015)
(http://intranett.unn.no/getfile.php/UNN%20INTRA/Enhet/Sykehusledelse_INTRA/Dokumenter/Strategisk%20utviklingsplan.pdf)

Økonomi- og analysesenteret UNN Tromsø, sak: «*Pasienthotell vs. hotell (sykehotell)*»
ePhorte: 2011/1557

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1

Intervjuguide

Presentasjon av oss selv og hensikten med studien.

Antyde om lengde av intervjuet

Ca. 1 time

Introduksjon

Introdusere temaet.

Bakgrunn og presentasjon av datagrunnlag fra respondentens klinikk.

Få informanten til å komme med egne betraktninger/erfarenheter rundt temaet.

Kommentarer og betraktninger på tallen fra pasienthotellet som omhandler antall registrerte opphold sett mot anslått behov samt hvordan endringsprosessen har vært.

Overgangsspørsmål

Hva har vært suksess kriteriene for vellykkede endring i klinikken eller avdelingen din?

Nøkkelspørsmål - Spørsmål basert på 8 punkter som i teorien er suksess kriterier for en vellykket endring i en organisasjon.

Gi en kort forklaring om de 8 punktene i en vellykket endringsprosess – hentet fra Jacobsen og Thorsvik sin bok «Hvordan organisasjoner fungerer».

Det er en omforent forståelse av at det er behov for endring av organisasjonen

- 1. Det er en omforent forståelse av at det er behov for endring av organisasjonen**
 - a) Har ansatte og ledere i klinikken en forståelse for at man i større grad må ta i bruk pasienthotellet?

- 2. Det er laget en visjon om hva som er målet med endringsprosessen samt det er utarbeidet en strategi for hvordan endringsprosessen skal gjennomføres.**
 - a) Er det laget en visjon for klinikken for å øke bruken av pasienthotellet?

 - b) Er det laget en plan eller strategi, i klinikken, for hvordan man skal øke bruken av pasienthotell?

- 3. Både visjonen og strategien er formidlet ut til alle ledd i organisasjonen, slik at det er en forståelse av hvorfor og hvordan den forstående endringene i organisasjonen skal gjøres.**
 - Er denne visjonen, planen eller strategien, gjort kjent blant ansatte og ledere i din klinikk?

 - Har man i din klinikk kommet frem til hvordan denne endringen skal gjøres, og er denne planen formidlet til de ansatte?

De strukturelle trekk som vanskeliggjør endringen blir enten fjernet eller endret slik at endringsprosessen blir mulig å gjennomføre

a) Har det vært noen hindringer som har gjort endringen vanskelig i klinikken?

b) Hva har blitt gjort for å eventuelt fjerne disse hindringer?

4. Det teamet som står bak endringen må fremstår som sterk og klar for å kunne lede en endringsprosess. I tillegg må de som berøres mest være med i beslutningsprosessene.

a) Har klinikkledelsen stått frem med et tydelig budskap i denne prosessen?

b) Har klinikkledelsen involvert de ansatte nærmest pasienten i endringsprosessen?

5. Det må utarbeides kortsiktige mål som det faktisk er mulig å oppnå. Disse målene må det lages kriterier for, slik at det er mulig å identifisere forbedringer sett i forhold til visjonen som er laget i forbindelse med endringsprosessen.

a) Er det utarbeidet kortsiktige og målbare mål for bruk av pasienthotell?

6. Forbedringer styrkes ved at endringer som virker tas inn i ny struktur og prosesser.

a) Er det tatt inn forbedringer som vist seg å virke, inn i ny struktur og prosess?

8 Nye måter å tenke og handle på blir institusjonaliserte ved å utvikle kultur omkring endringene som er gjennomført. På den måten skapes avstand til tidligere praksis som hemmer realisering av visjoner.

a) Har det vært en kulturendring i klinikken i forhold til å vurdere om en pasient kan ligge på pasienthotellet i stedet for sengeposten?

Pasienthotell UNN Potensiale på avdelingene						
Avdelinger	Enhet	Norm. senger	Hotell i dag	Hotell Nye	Hotell totalt behov	
Avd for fys. Med og rehab	REHS01	14	0	5	5	
	REHS02	8			0	
Avd. for Hjerter lunge Karkirurgi	THRS01	23	3		3	
Avd. for Gastro- ent.kirurgi	GASS01	30	3	14	17	
Avd. for Uro og Endokrin kirurgi	UROS01	29		15	15	
Barne avdelingen	BARNS01	22		4	4	
	BARNS02	14	2	10	12	
Gastromedisinsk avd.	MGASS01	13	1	6	7	
Geriatrisk avd.	GERS01	12		3	3	
	GERS03	14			0	
Hjerter medisinsk avdeling	HJERS01	30		10	10	
	HJER 02	10	11		11	
	HJERS03	10			0	
Hud avdelingen	HUDS01	8	4	2	6	
Kreft avdelingen	KREFTS1	26	11	15	26	
	KREFTS2	4			0	
Kvinnelklinikken	KK FØS 3	19	13	2	15	
	GYNS	23	5	7	12	
Medisinsk avd.	MEDS04	8			0	

Avdelinger	Enhet	Norm. senger	Hotell i dag	Hotell Nye	Hotell totalt behov
	MEDS1A	11			0
	MEDS3B	16			0
	MEDS3C	5	3		3
Nevrokirurgisk avd.	NEVKS01	15	2	4	6
Neurologisk avdeling	NEVRS01	15		8	8
	NEVRS02	8			0
Nyremedisinsk avd.	NYRS01	10			0
Ortopedisk avd.	ORTS01	30	2	6	8
Plastikkirurgisk avd.	PLKS01	10	2	5	7
Revmatologisk avd.	REVMS01	15	6	10	16
Øre-Nese-Hals avd.	ØNHS01	15	4	5	9
Øyeevdelingen	ØYES01	4	6	2	8
SUM		471	75	133	208