

Hva er hemmeligheten med vellykket implementering?

Sjekkliste for organisatorisk beredskap

Hege Andersen, PhD, Leder Kontinuerlig forbedring UNN HF

Førsteamanuensis, Institutt for statsvitenskap, UiT Norges arktiske universitet

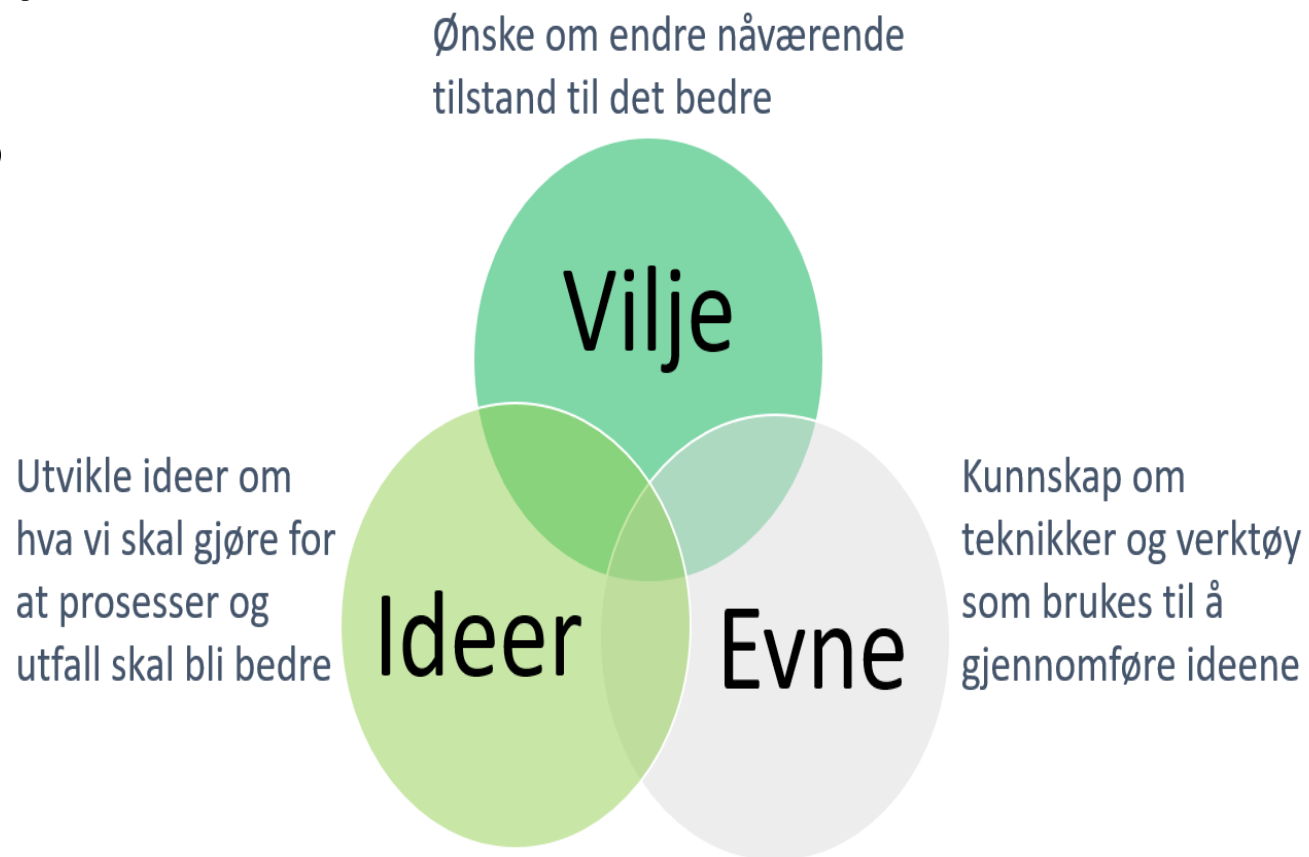


UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVISSU



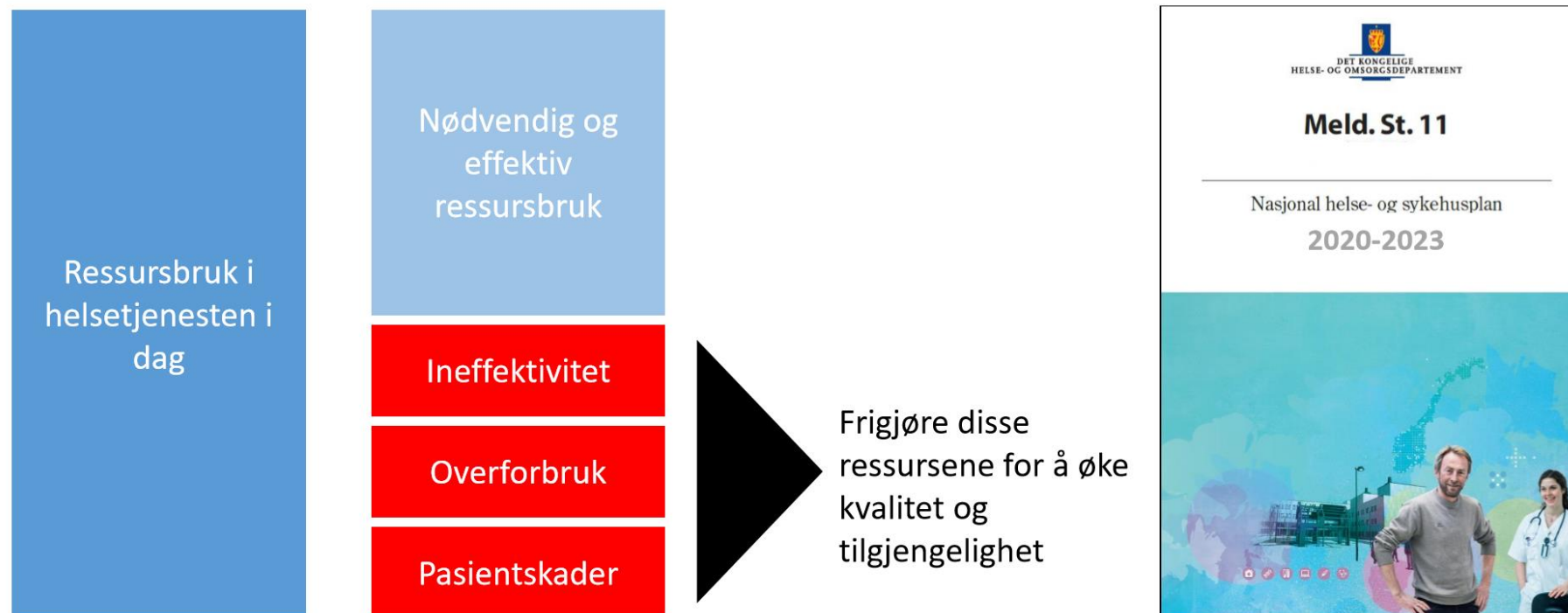
UiT / THE ARCTIC UNIVERSITY
OF NORWAY

Veien til suksess



Må vi?

Bærekraftig helsevesen



Vil vi?



INSPIRASJON OG GODE IDEER



Fokus på pasientens behov gir bedre ressursutnyttelse

Hva skjer når vi slutter å ta valg på vegne av pasienten og istedenfor lar pasient og familie få være med å bestemme hva som passer best for dem av de tilbud som finnes? CAPA-modellen (Choice and Partnership Approach) har gitt oppsiktsvekk...



Standardisering og samarbeid øker kapasiteten

Tverrfaglig gjennomgang av detaljer i hele pasientforløpet, standardiserte prosedyrer, og fjerning av plunder og heft gir økt operasjonskapasitet for pasienter med sykdommer i skjoldbruskkjertelen.



Grasrotarbeid er gull verdt

Skal du lykkes med forbedringsarbeid må du involvere dine ansatte. Det har Psykisk helse- og rusklinikken gode erfaringer med.



Ledelsesinformasjonssystemet HN-LIS

HN-LIS er et styringssystem for alle ledernivåer i UNN. Ledelsesinformasjonen er satt sammen av data fra mange ulike kilder, og HN-LIS gjør det også mulig å se ulike informasjon i sammenheng. Eksempler på informasjon er bla. sengepostanalys...

for

er i

vil
e til å
lærer.



Kan vi?



LOVDATA

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Dato	FOR-2016-10-28-1250
Departement	Helse- og omsorgsdepartementet
Publisert	I 2016 hefte 14
Ikrafttredelse	01.01.2017
Sist endret	
Endrer	FOR-2002-12-20-1731
Gjelder for	Norge
Hjemmel	LOV-1984-03-30-15-§7, LOV-1999-07-02-61-§2-1a, LOV-1999-07-02-61-§3-4a, LOV-2011-06-24-30-§3-1, LOV-2011-06-24-30-§4-2, LOV-1983-06-03-54-§1-3a
Kunngjort	28.10.2016 kl. 14.20
Korttittel	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten

Hjemmel: Fastsatt ved kgl.res. 28. oktober 2016 med hjemmel i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 7, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1a tredje ledd og § 3-4a andre ledd, lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1 tredje ledd og § 4-2 andre ledd og lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) § 1-3a. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet.

§ 1. Formål

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Vi vet hvorfor, hva og hvordan – ja da er vi vel klar?

Mangler og uklarhet knyttet til ansvars plassering, ledelsesforankring og organisering.
Problemer oppstår i grenseflater og overganger
- dårlig samhandling og informasjonsflyt.
For lite systematisk arbeid med å sikre at medarbeidere har nødvendige kunnskap om virksomhetens arbeidsmåter og rutiner.
Lite systematisk og dårlig ledelsesforankret arbeid med kontinuerlig forbedring
Manglende iverksetting av korrigerende tiltak og manglende oppfølging av tiltakenes effekt.
Svak evne til å gjennomføre planlagte tiltak.
Mye blir planlagt, mens utfordringene med iverksettelse ofte undervurderes.



Au da!

Lean interventions have :

(i) no statistically significant association with patient satisfaction and health outcomes;

(ii) a negative association with financial costs and worker satisfaction and

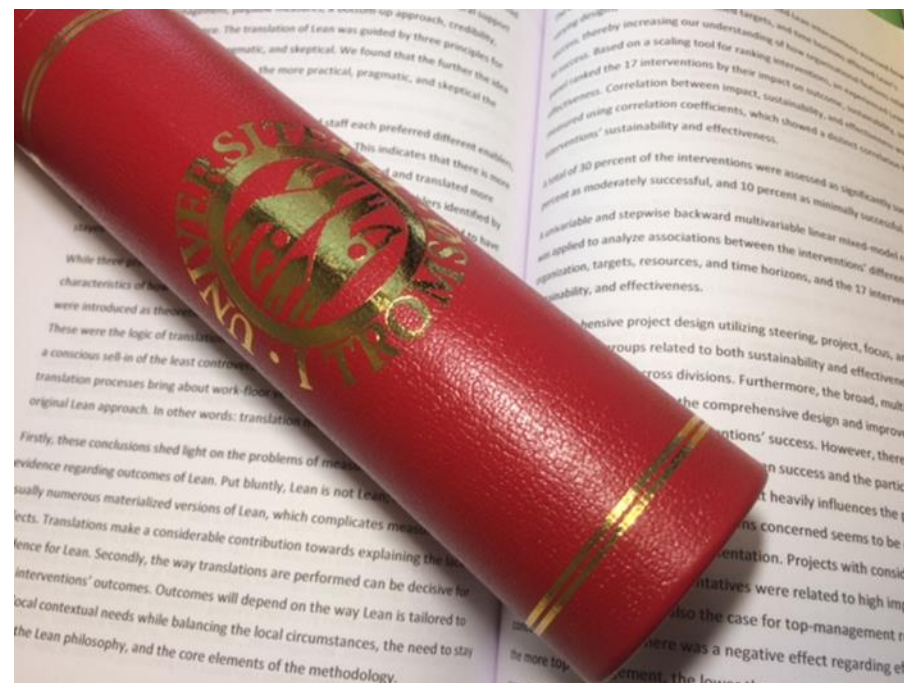
(iii) potential, yet inconsistent, benefits on process outcomes like patient flow and safety



70 pst

17 år

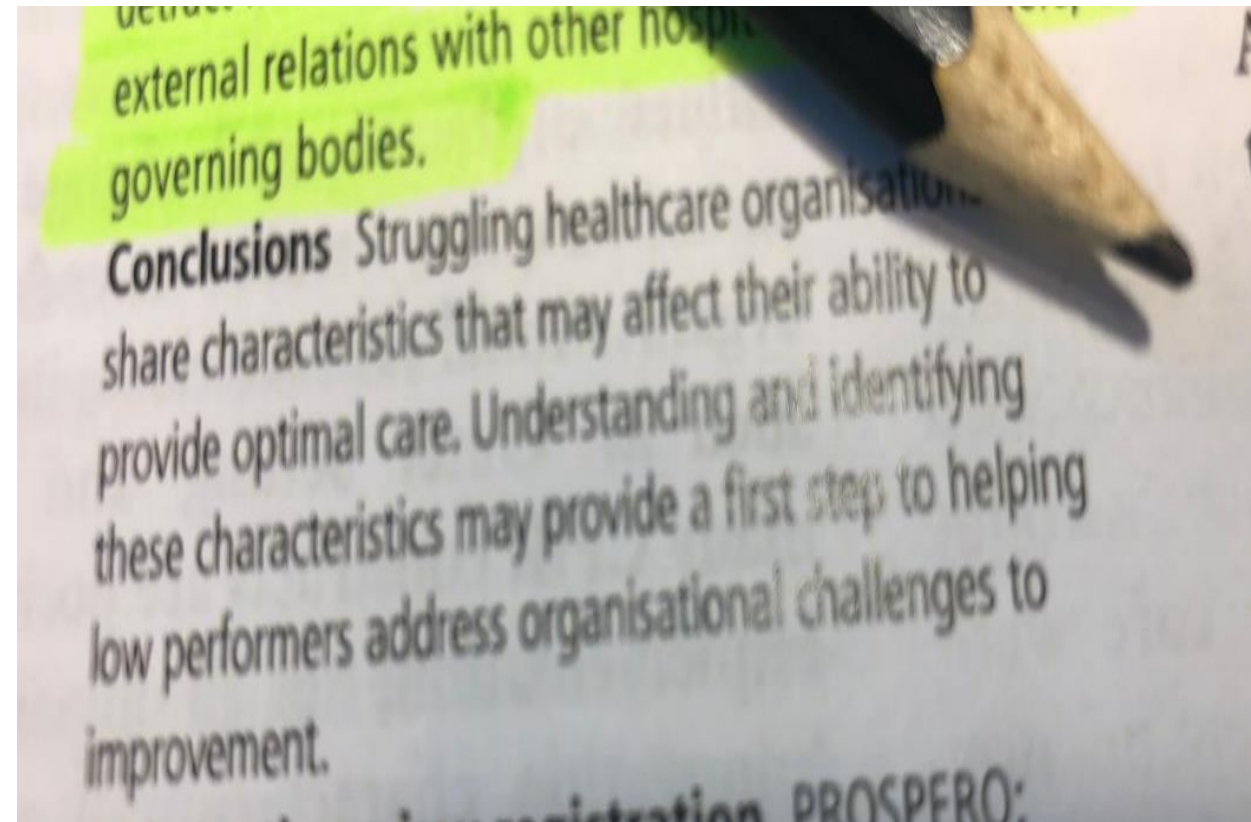
Har statsvitenskapen noe å bidra med?



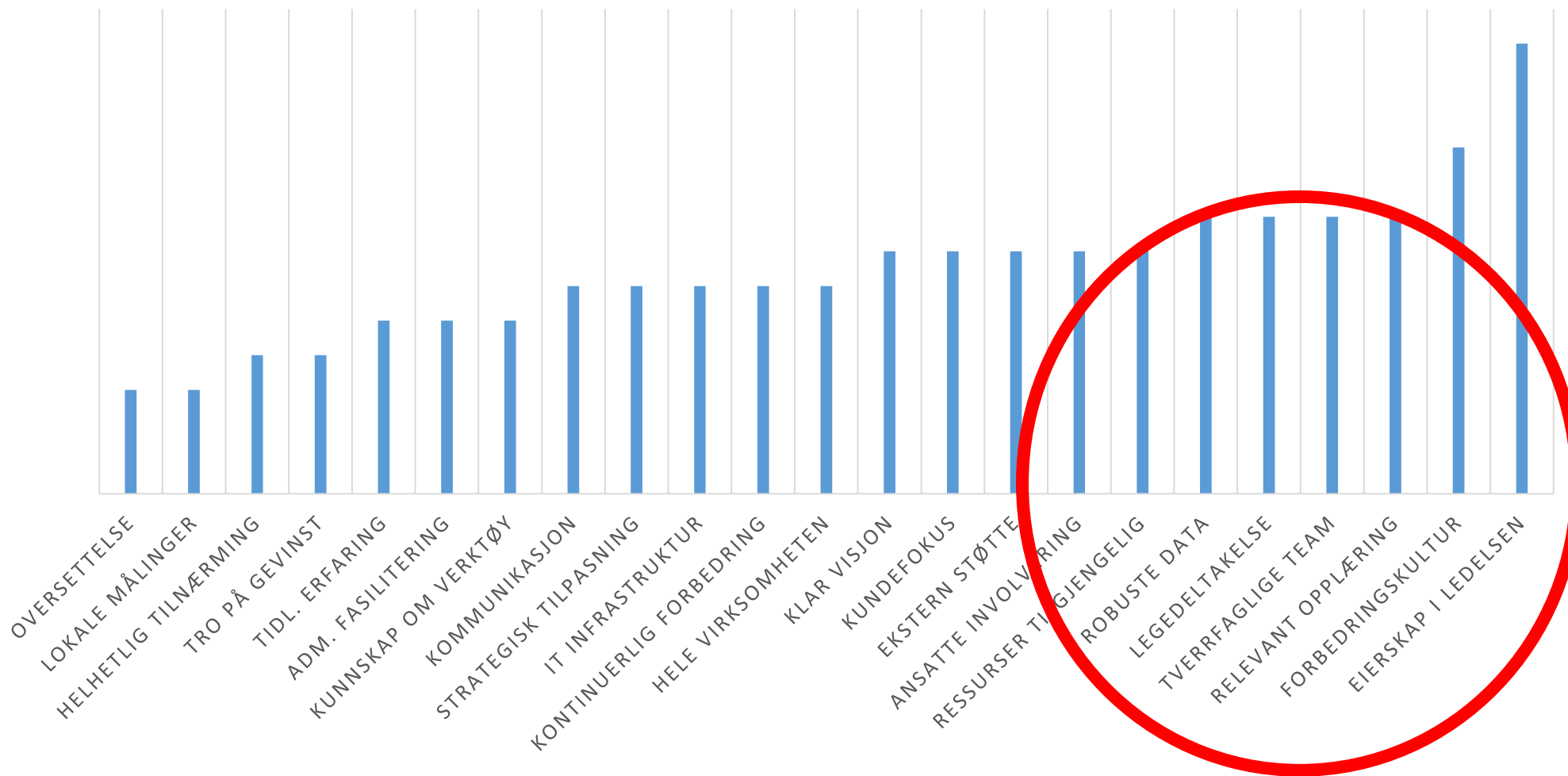
Henry Valen (1924-2007)

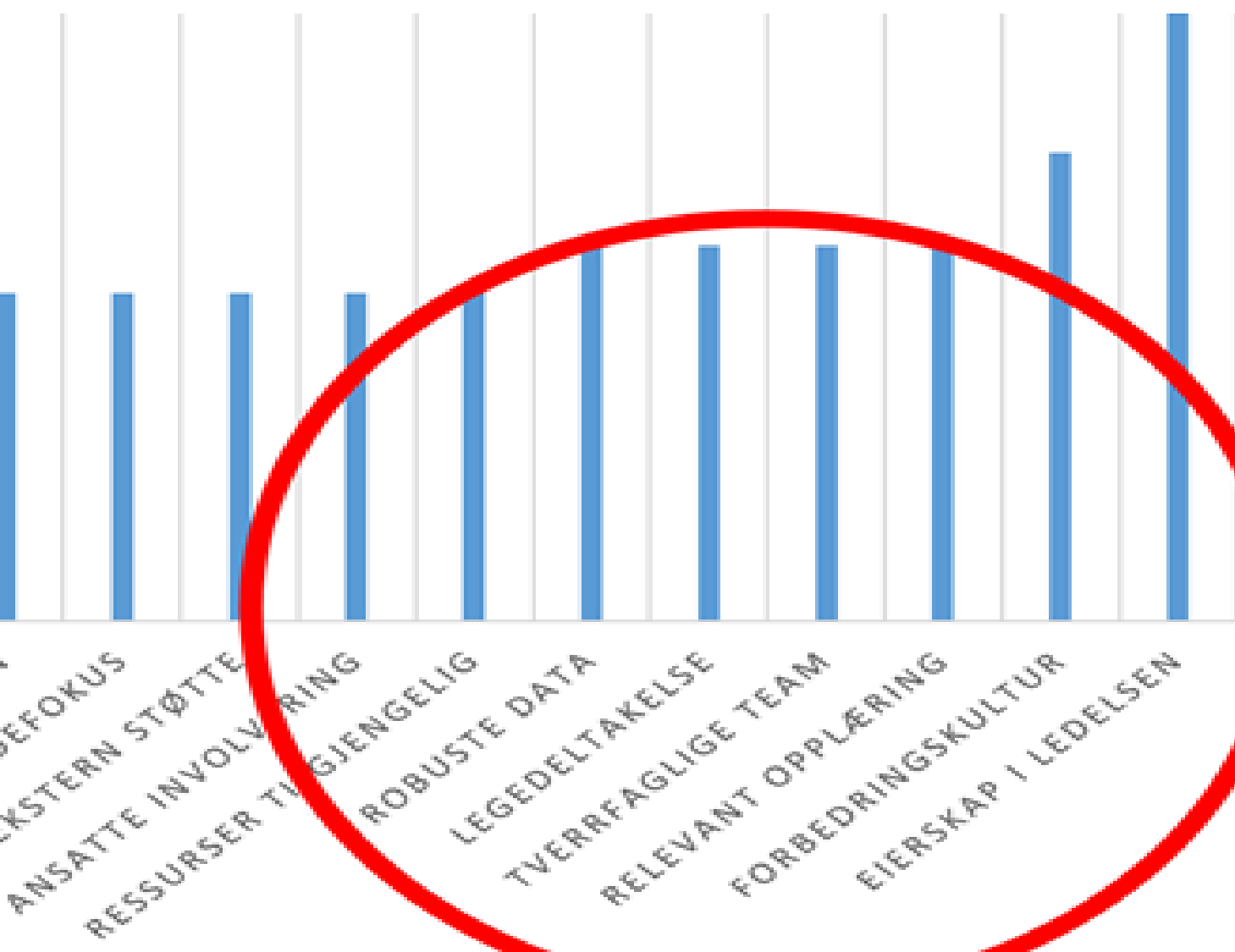
Hva karakteriserer helseinstitusjoner som strever med kvalitetsforbedring?

- Dårlig organisasjonskultur (begrenset eierskap, ikke samarbeidende, hierarkisk, med frakoplet ledelse)
- Inadekvat infrastruktur (begrenset kvalitetsforbedring, bemanning, IT eller ressurser)
- Mangel av en samlende visjon (visjoner i motstrid, eksternt motivert, dårlig definert, eller fremmer middelmådighet)
- Systemrystelser (bytte leder, ny EPJ, skandaler som distraherer)
- Dysfunksjonelle eksterne relasjoner med andre sykehus, interessenter eller myndigheter



Hva karakteriserer de som lykkes?





Sjekkliste organisatorisk beredskap

Handler om:

Er ledelsen med? Virkelig?

Et spørsmål om troverdighet og forankring
Er det bare snakk og symbolpolitikk?

Er det (eller kan det bli) en forbedringskultur i organisasjonen?

Holdnings- og atferdsendring påkrevet.
Har vi et felles HVORFOR? Oppfattet behov?

Har, eller kan lederne sikre kapabilitet?

Har organisasjonen forbedringskompetanse?
Er lederne kompetente?

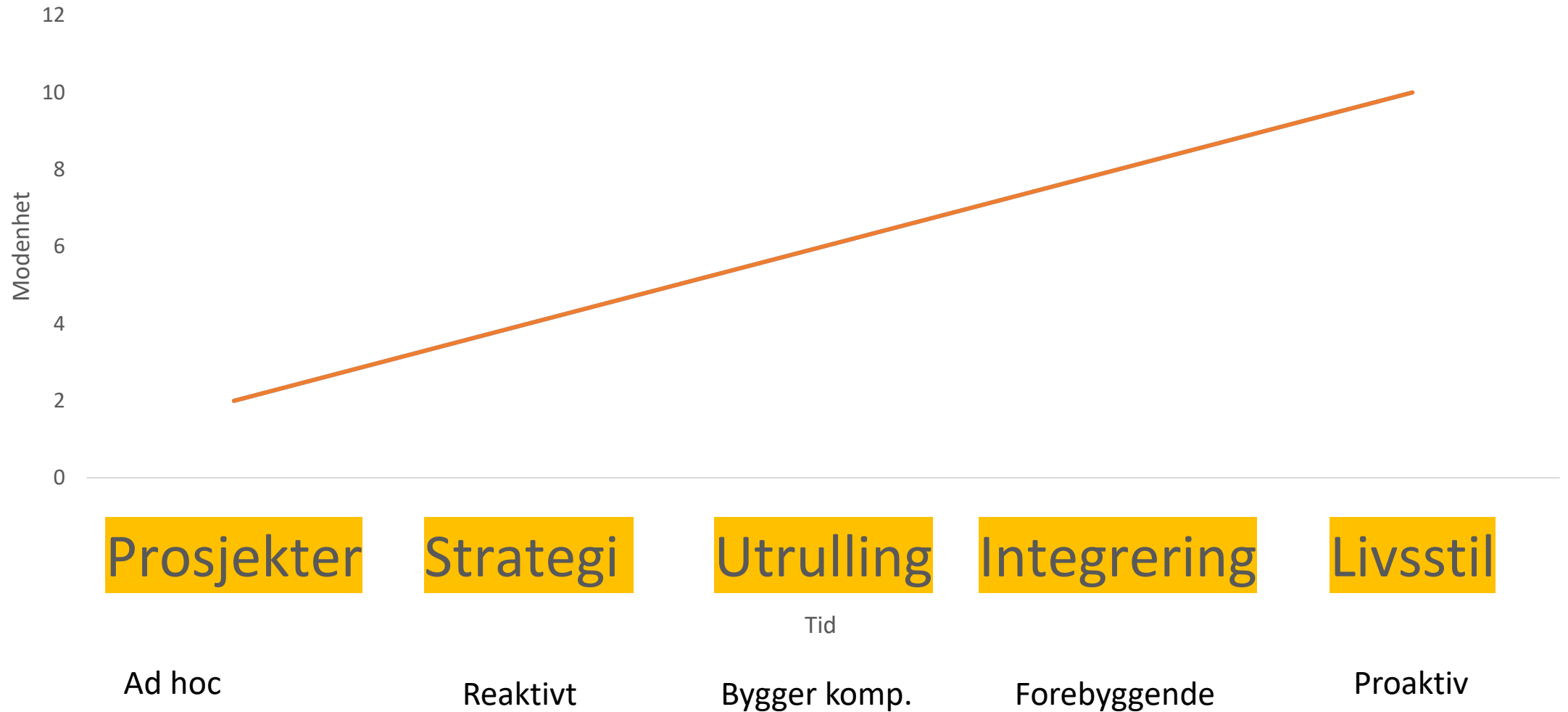
Har, eller er lederne villig til å bruke ledig kapasitet?

Har lederne mulighet/vilje til å fristille fagfolk, åpenhet (til å få påpekt feil) og mot til å delegere? Har lederne selv kapasitet?

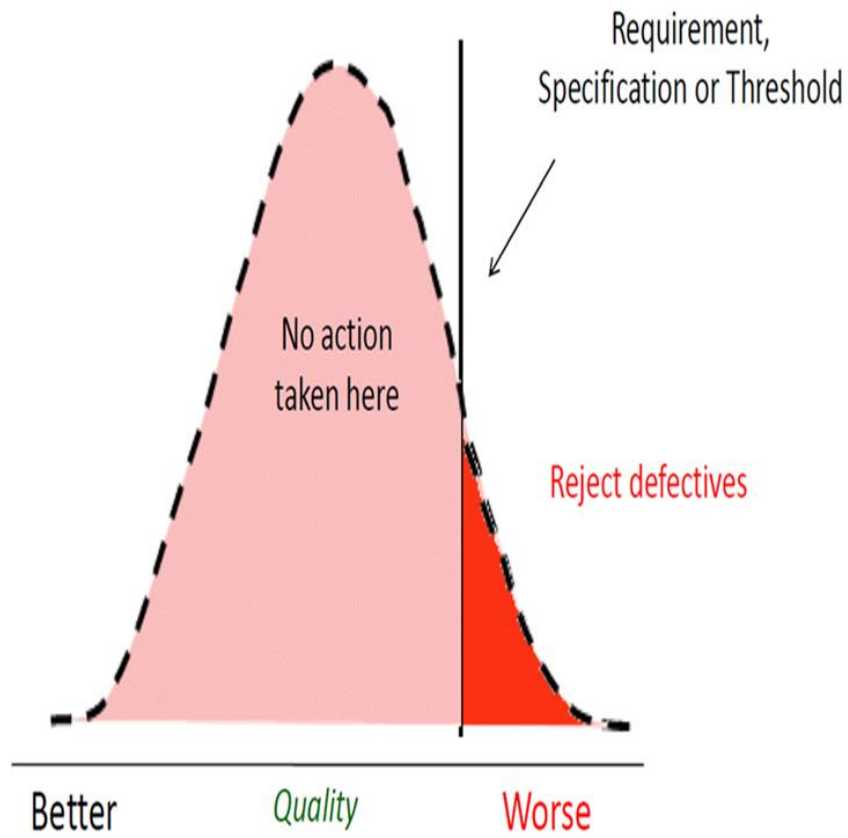
Vet organisasjonen hvor de er og hvor de skal?

Har organisasjonen en strategiplan der kvalitet inngår?
Tilgjengelige/anvendelige data på utkomme?

Kultur for forbedring



Kvalitetsarbeid med negativt fortegn



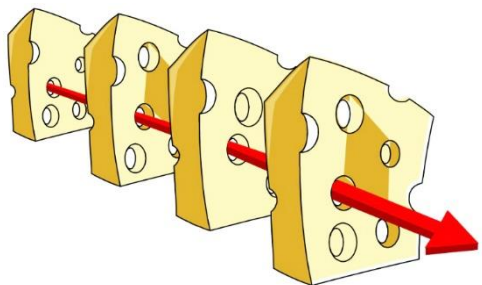
- Ny kunnskap
- Resultater/indikatorer
- Tilsyn
- Avvik
- Revisjoner
- Risikovurderinger
- Klager
- Brukerundersøkelser
- Gjennomgang av styringssystemet
- Forbedringsforslag pasienter, pårørende og ansatte
- Nasjonale retningslinjer
- Myndighetskrav

..har sin begrensning

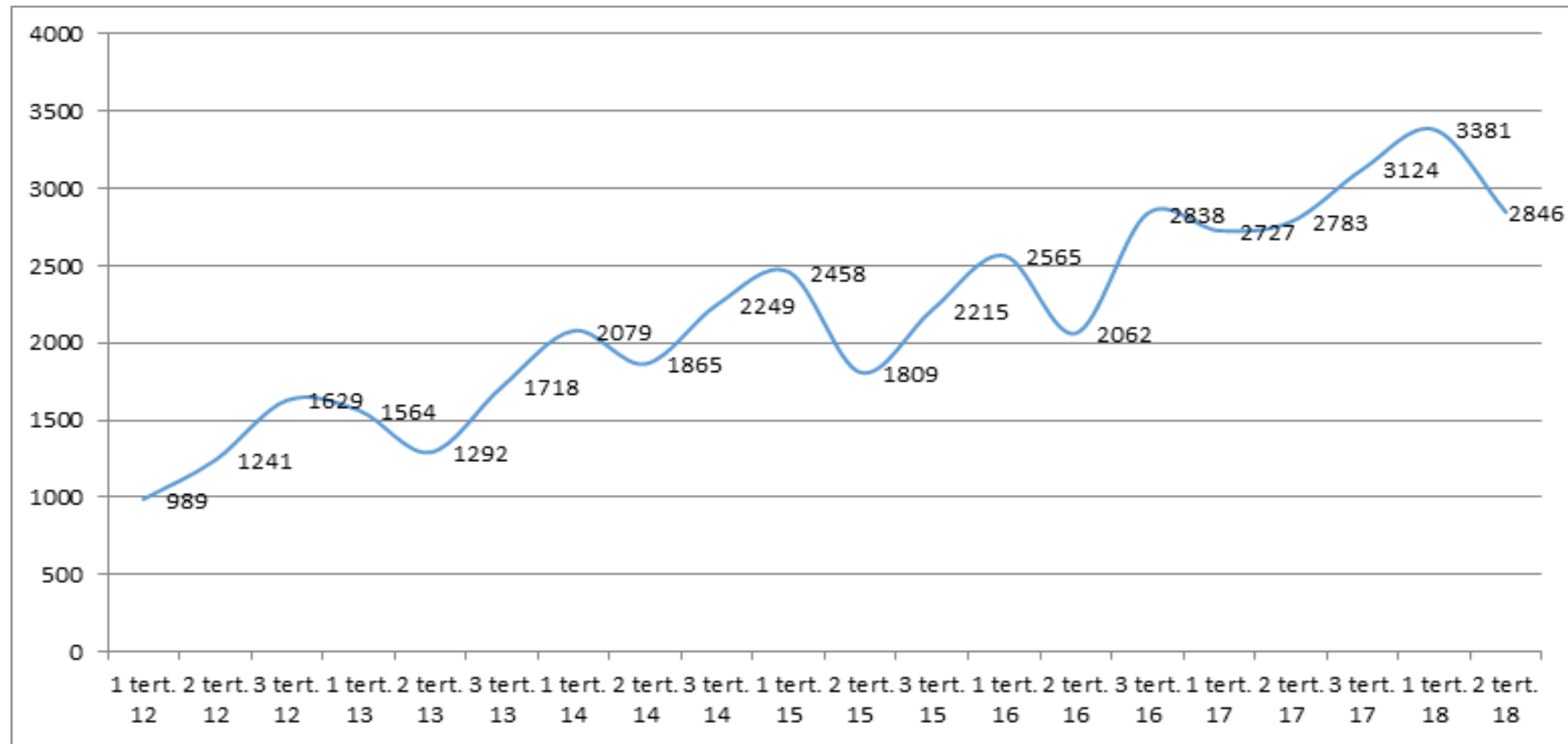


Tilsyn virker

(...) akkurat der tilsynet skjer – og ingen andre plasser

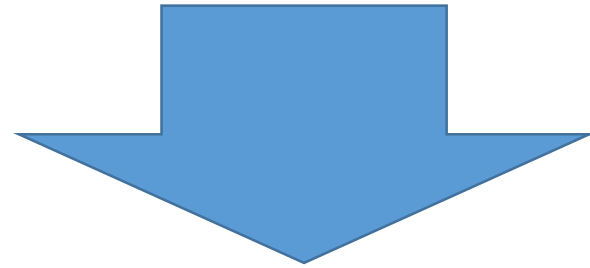


Vi kvantifiserer avvik og definerer dette som kvalitet



Er dette bra eller dårlig?

Manglende motivasjon



Dårligere kvalitet og pasientsikkerhet, tap av kritisk personell og produktivitet

Hva motiverer legen?

- Det å gjøre en god jobb
- Meningsfylte oppgaver
- Rammebetingelser som gjør det mulig å løse jobben på en god måte
- Læring
- Mestring
- Samarbeid
- Faglighet prioriteres

Paradigmeskifte?

«Smart organizations catch people doing something right»

Fra reaktiv til proaktiv



Forebygging heller enn behandling

	Safety I	Safety II
Definisjon av sikkerhet	Så få ting som mulig går galt	Så mange ting som mulig går bra
Styringsprinsipp	Reaktiv – respons på noe som skjer	Proaktiv- kontinuerlig forutse hva som kan skje
Syn på den menneskelige faktor	En risikofaktor	Nødvendig ressurs for å finne fleksible løsninger på potensielle problemer
Syn på hendelser- risikovurdering	Ulykker skjer som følge av funksjonsfeil. En må identifisere årsakene til dette	Undersøke hvordan ting vanligvis blir riktig for å forklare hvorfor de unntaksvis går feil

Kvalitetsarbeid med positivt fortegn

1. Se på hva som går bra i tillegg til det som ikke går bra – og lær av det
2. Se på det som skjer jevnlig, og fokuser heller på ting som skjer ofte (frekvens) enn på alvorlighetsgrad
3. Fortsett å fokusere også på det som kan gå galt
4. Ikke sett effektivitet foran grundighet (ingenting kommer av seg selv)
5. Å få ting til å gå bra er en investering i sikkerhet og produktivitet

Endring = forbedring?

