

## Hvorfor valgte jeg å jobbe i habiliteringsfeltet? - og arbeider der fortsatt?

Hva skal jeg si noe om:

- Noen ”personlige betroelser”
- Hva har påvirket fagfeltet de siste 10 årene?
- Hvor er vi på vei?
  - Rekruttering?
  - Kapasitet?
  - Kvalitetssikring/styringsparametre?
  - Fagutvikling/forskning?

## ...det personlige.....: ”Hvorfor i all verden jobber jeg med dette?”

- Utdannet lege v/UiO 1991
- Korte vikariater allmennpraksis, kirurgi, psykiatri
- Spesialist i nevrologi 1999, konstituert overlege nevroklinikken Ahus januar 2000
- Ansatt som overlege i voksenhabiliteringen høsten i 2001
- Tilbake på nevrologen i 2003-2004, seksjonsoverlege ved seksjon nevrorehabilitering
- Tilbake til voksenhab 2004
- Konstituert avdelingssjef våren 2006, fast stilling som avdelingssjef fra våren 2007.

## Hvorfor tok jeg jobb i habiliteringsfeltet?

- "Headhunted" 2001 😊
- Konstituert overlege ved nevroklinikken, litt uklar fremtid vedr videre stilling som overlege
- Uselektert poliklinikk, kjedet meg, vakter...
- Men ville jeg dette? Alle betenkeligheter:
  - Jobbe alene som lege?
  - Interessante nok oppgaver? (Ante ingen ting om avdelingen eller feltet)
  - Forlate et "trygt" fagmiljø?
  - Videre karrieremuligheter innen nevrologi, hvilke signaler gir jeg?
- Etter møte med avdelingen og diverse overveielser:
  - Jeg prøver!
  - Fikk ett års permisjon fra utdanningsstillingen jeg fortsatt hadde 2 år igjen på...
  - Hva hadde jeg å tape?

## Hva møtte meg:

- Første dag på jobb: Tverrfaglig møte, de oppsamlede spørsmålene til legen som endelig var på plass etter 6 måneder uten lege i avdelingen:
  - ”Trenger en legevurdering”, men hvorfor??
  - Mitt fokus: Diagnose; hva feiler? Behandling, hva velge?
  - Kollegaene forsto ikke hvorfor diagnose var viktig? ”Skal alle pasienter utredes?” Jeg forsto ikke hva de var ute etter
  - Erkjennelse: Nytt for meg og nytt for dem
- Andre dag på jobb: Møte med mine tre første pasienter:
  - Down syndrom, alvorlig PU, atypiske autisme, selvskading og låseatferd, rasende foreldre i konflikt med personalet...
  - Multifunksjonshemming, CP, epilepsi, rasende foreldre i konflikt med personalet..
  - Lett utviklingshemmet, Asperger syndrom, ADHD, Tourett, foreldrene kom alene og krevde møte med meg før pasienten kom etter sammen med ansatte i avlastningsboligen
- Møte med nye yrkesgrupper!
- Møte med ukjente forventinger
- Møte med nye arbeidsmetoder!
- Møte med en kultur helt annerledes enn den tradisjonelle ”sykehuskulturen” ...

## Hadde jeg gjennom studiet og spesialisering kjennskap og kompetanse på de problemstillingene jeg møtte?

- Studiet: Genetisk avdeling i preklinikken: Fokus på prenatal diagnostikk og etikk rundt abort eller ikke
- Turnus 92: Barneavdelingen i Kristiansund: Barn med multifunksjonshemming, legens fortvilelse over å ikke kunne gjøre noe. Et etisk fokus: "Hva er det vi redder barna til"?
- Distriktsturnus 93: "Den lille rare gutten som feilte alt og den enda rarere moren som var sint og gal og som skrev klagebrev med en håndskrift og et innhold jeg knapt forsto." Hun var sannsynligvis PU, og slet med å ta vare på sønnen sin. Men dette forsto jeg først nå i 2001, nesten 10 år sener.....
- Nevroklinikken: Pasienter på poliklinikken med epilepsi, utagerende med ervervet hjerneskade på sengeposten....
- Psykiatrisk avdeling: De psykotiske og utagerende gjenngangerne vi ikke helt forsto oss på. Aldri hørte jeg noen tenke PU. Samarbeid med kommunene stoppet etter samarbeidsmøte avholdt på avdelingen. Pårørende var er "ikke-tema"...
- Så når sant skal sies: Jeg hadde ikke erfaring og kunnskap om de ekstremt sammensatte problemstillingene jeg møtte på voksenhabiliteringen! Forventningene om faktisk "å gjøre noe med det umulige", følte overveldende

## Etter 1 år valgte jeg å bli, sa opp min stilling ved nevroklinikken

- Helt avgjørende: Jeg fikk tilbake kollega fra permisjon og ble ikke lenger alene som lege
- Så muligheter innen et "nytt" fagmiljø
- Økende nysgjerrighet, spennende oppgaver, "ideologi" (jeg trenger ikke være som andre, fagfeltet trenger legekompetanse...)
- Følelse av å være godt likt av kollegaer
- Summen av "goder": arbeidstid, autonomi, lønn
- Men fortsatt skummelt: Hva med min generelle nevrologi? Er dette et blivende sted...

## Utfordringer på veien

- Kultur → ukultur
- Dårlig arbeidsmiljø
- Dårlige rutiner/struktur på alt fra journalføring, ressursbruk, samhandling, faglig retning....
- Manglende forståelse for at vi var en del av spesialisthelsetjenesten, fagfeltet representerer pr natur en krevende grenseoppgang mellom 1. og 2. linje, hos oss ble det et stort sprik i hvordan ansatte tolket oppgaven.
- Bekymring: Lite anerkjennelse fra omverden, ingen sammenheng mellom ”krav/forventinger, ressurser, støtte” og de problemstillingene jeg faktisk satt med.
- Frustrasjon, gikk tilbake til nevroklinikken
- Ingen, heller ikke jeg, trodde vel at jeg skulle komme tilbake...

## Hva brakte meg tilbake...?

- Savnet pasientene og problemstillingene
- Savnet tverrfagligheten
- Savnet ambulant virksomhet og hva vi faktisk fikk gjort
- Hadde noen pasienter på kveldstid for vhab; interesserte meg fortsatt og så samtidig så lite jeg fikk gjort uten samarbeid med de andre.
- Nye ansatte i avdelingen, ga nytt mot...



## Etter 2 nye år ble jeg leder

- Har hatt betydning for at jeg har blitt værende
- Har fått mulighet til å prege oppbygging av en avdeling
- Har fått mulighet til å påvirke et fagfelt
- Skummelt å være leder:
  - Du er ikke ”den beste fagpersonen”, men møter likevel forventinger
  - Lede kunnskapsmedarbeidere
  - Leve med ”angsten”, klarer vi å holde fagmiljøet oppe: Beholde og rekruttere..
  - Du har nådd et nivå, det neste venter, fortsatt mye å forbedre, kan fort få følelse av å ikke strekke til ...
  - Kravene fra omverden, som ofte ikke er tilpasset vårt fagfelt, eks rapporteringsrutiner..

**Hva har påvirket fagfeltet de siste 10 årene?**

## Siden opprettelse av habiliteringstjenestene etter ansvarsreformen:

- Diskusjonen om målgruppe
- Diskusjonen om kompetansesammensetning og arbeidsform
- Diskusjonen om faglig fokus:
  - Skal vi koordinere?
  - Skal vi sikre læring-/mestring?
  - Skal vi utrede og behandle?
- Diskusjonen om hva som gjør oss til et spesifikt fagfelt
  - Skille barne-/voksenhabilitering?
  - Skille rehabilitering/habilitering?
  - Skille psykiatri/voksenhabilitering?
  - Skille nevrologi/voksenhabilitering?
- Mangel på statlige føringer
- Nasjonal veileder og prioriteringsveileder 2009 og 2010

Utforming av habilitering som fagfelt, noen utfordringer:

I helsesammenheng "ekstreme oppgaver", der vi ofte er "toppen av næringskjeden"

- De ansattes faglige kompetanse er eneste "verktøy"
- Små, sårbare miljøer som vanskeliggjør kompetanseoverføring
- Komplekst og sammensatt fagfelt som krever både spiss- og generalistkompetanse.
- Faglige kompetanse alene ikke nok, krever også "personlige egnethet"

Grenser mot og går til dels over i andre fagområder

- Mange ikke har lyktes med å skape god nok faglig identitet i sine miljøer, jfr. diskusjon om målgruppe!

Det er vanskelig å definere og måle hva som er "produktet" av vårt arbeid og det mangler i stor grad evidensbasert kunnskap.

## Hva kreves av ansatte i en habiliteringstjeneste:

- Vi skal løse krevende og sammensatte oppgaver som både krever høy fagspesifikk kompetanse, generalistkompetanse og gode evner til samhandling og problemløsning utover eget kompetanseområde
- Vi kommer fra ulike kulturer, mange yrkesgrupper
- Vi har ulik erfaringsbakgrunn
- Vi jobber ulikt og har ulik forståelse av ”sykehus-verdenen”
- Vi har ulik virkelighetsoppfattelse av hva vi jobber med og målsetning med arbeidet
- Faglig identitet kan mangle hos noen, mens andre har et svært idealistisk syn og veldefinert oppfattelse av oppgaver
- Det er et lederoppgave å skape en helhet ut av dette!

## Som et skrikende paradoks til oppgavene man jobber med, har det vært lite (fraværende) anerkjennelse fra omverden

- Fra helsedepartement
- Fra helsedirektorat
  - Eks; *"Dette er tjenesten der de ansatt har valgt å jobbe med det samme som de gjorde i HVPU. Det er jo lett å skjønne, det er mye enklere å fortsette å jobbe med det en alltid har gjort og det en kan fra før, fremfor å ta på seg nye oppgaver og utfordringer...."*
- Fra regionale helseforetak (les oppdragsdokument)
  - Eks: *"Ingen av oss aner hva voksenhabiliteringen jobber med.... De er veldig flinke til å prate, men klarer aldri å produsere noe..."*
- Fra våre egne HF (krav, forventninger og anerkjennelse fra leder over oss)
  - Eks; *"Jeg aner ikke hva de driver med der nede, men jeg har jo fått dem i porteføljen min"*
- Fra andre fagmiljøer
- Fra pasient-/brukerorganisasjoner
- Fra samfunnet
  - (*.. "hva var det du så du jobbet med...?"*)

## Typiske utfordringer i en habiliteringstjeneste, fra et lederperspektiv:

- Vanskelig å rekruttere, i en søkerbunke er det få å velge mellom
- Gode fagpersoner blir likevel uegnet fordi de mangler evne til samarbeid og gjøre oppgaver utover eget kompetanseområde
- Ansatte som opplever at enheten mangler faglig identitet vil ofte selv forme "hva de vil jobbe med". Dvs avdelingen formes faglig etter den ansattes ønsker/mål og ikke motsatt.
- Rekrutteringsvansker kan medføre at du gir etter for den ansattes ønsker på bekostning av hva avdelingen egentlig trenger i et lengre perspektiv.

## Etablering av nasjonale føringer for habiliteringsfeltet, et stort steg på veien.

- Men prosessen har vært krevende:
- Oppstart i arbeidsgruppen mai 2008:
  - *”....Endelig skal vi få en veileder for voksenhabiliteringstjenesten. Dette er tjenesten der de ansatt har valgt å jobbe med det samme som de gjorde i HVPU. Det er jo lett å skjønne, det er mye enklere å fortsette å jobbe med det en alltid har gjort og det en kan fra før, fremfor å ta på seg nye oppgaver og utfordringer....” (sitat rådgiver i Hdir)*
- *Denne uttalelsen trigget meg!!!*
  - *Jeg er sjeldent langsint, men akkurat denne sitter fortsatt!*



## Proessen, veien frem til nasjonal veileder.....

### Habilitering, hva er det? (mine refleksjoner)

- Ikke et "vitenskapelig begrep", hvordan definere?
- Beskriver oppgaver og prosesser som griper over helse-Norges definisjoner av behandlingsnivåer og fagområder
- Habilitering og rehabilitering vil være en del av mange fagområder:
  - Psykiatri, rus, nevrologi, kardiologi, ØNH, pediatri, onkologi, +++++
  - Ut i fra en "psyko-sosial" modell med vekt på **læring/mestring og samhandling/koordinering** vil mye være felles.
  - Ut i fra en "medisinsk/biologisk modell" med vekt på "årsak-/funksjonsdiagnose" vil man få problemer med å samle oppgaver i et felles fagmiljø.
- Vi må KUNNE det vi "habiliterer"!!!! Pasienter og pårørende forventer spesialisert kompetanse!!!!

## 2010: Prioriteringsveileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten

- Bygger på nasjonal veileder
- Beskriver ulike tilstandsbilder ut i fra spesifikke diagnosegrupper
- Spesifiserer ytterligere hva feltet jobber med, og kanskje ennå viktigere:
- Hva vi IKKE jobber med

**Men hva sier veilederne om  
målgruppe og oppgaver for feltet?**

Habilitering i spesialisthelsetjenesten handler om å fremme livskvalitet, mestring og fysisk- og psykisk helse hos mennesker med funksjonshemming gjennom utredning, diagnostikk, behandling og tiltak.

- **Habiliteringsprosessen** retter seg mot pasienten og nettverket rundt og de livsområder og arenaer der pasienten trenger bistand, opplæring eller tilrettelegging.
- **Habiliteringsprosessen** skal bidra til å skape en felles forståelse for pasientens behov og muligheter.
- **Habiliteringsprosessen** er målrettet, tidsavgrenset og planlagt, og skal være gjenstand for evaluering.

# PASIENTER VED HABILITERINGSTJENESTEN FOR VOKSNE

Pasienter med **medfødte og/eller tidlig ervervede** tilstander av **kompleks og sammensatt karakter** som har behov for **spesialisthelsetjenester**

## Medfødt/tidlig ervervede nevrologiske tilstander

- CP
- Muskel-dystrofier
- Ryggmargs- brokk
- Etc.

## Psykisk utviklings hemming/autisme og sammensatte problemstillinger innenfor

- Nevrologiske tilstander
- Psykiske tilleggsvansker
- Nevropsykiatriske tilstander
- Atferdsvansker

## Medfødt/tidlig ervervet psykiatri/nevropsykiatri

- ADHD
- Asperger
- Tourette
- Schizofreni m/tidlig debut og sek. funksjonshemming
- Etc.

## PASIENTER VED HABILITERINGSTJENESTEN FOR VOKSNE

Pasienter med **medfødte og/eller tidlig ervervede** tilstander av **kompleks og sammensatt karakter** som har behov for **spesialisthelsetjenester**

### Medfødt/tidlig ervervede nevrologiske tilstander

- CP
- Muskel-dystrofier
- Ryggmargs- brokk
- Etc.

### Psykisk utviklings hemming/autisme og sammensatte problemstillinger innenfor

- Nevrologiske tilstander
- Psykiske tilleggsvansker
- Nevropsykiatriske tilstander
- Atferdsvansker

### Medfødt/tidlig ervervet psykiatri/nevropsykiatri

- ADHD
- Asperger
- Tourette
- Schizofreni m/tidlig debut og sek. funksjonshemming
- Etc.

PASIENTER VED HABILITERINGSTJENESTEN FOR VOKSNE

Pasienter med **medfødte og/eller tidlig ervervede** tilstander av **kompleks og sammensatt karakter** som har behov for **spesialisthelsetjenester**

**Medfødt/tidlig ervervede neurologiske tilstander**

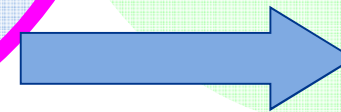
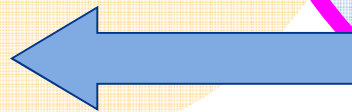
- CP
- Muskel-dystrofier
- Ryggmargs- brokk
- Etc.

**Psykisk utviklings hemming/autisme og sammensatte problemstillinger innenfor**

- Neurologiske tilstander
- Psykiske tilleggsvansker
- Nevropsykiatriske tilstander
- Atferdsvansker

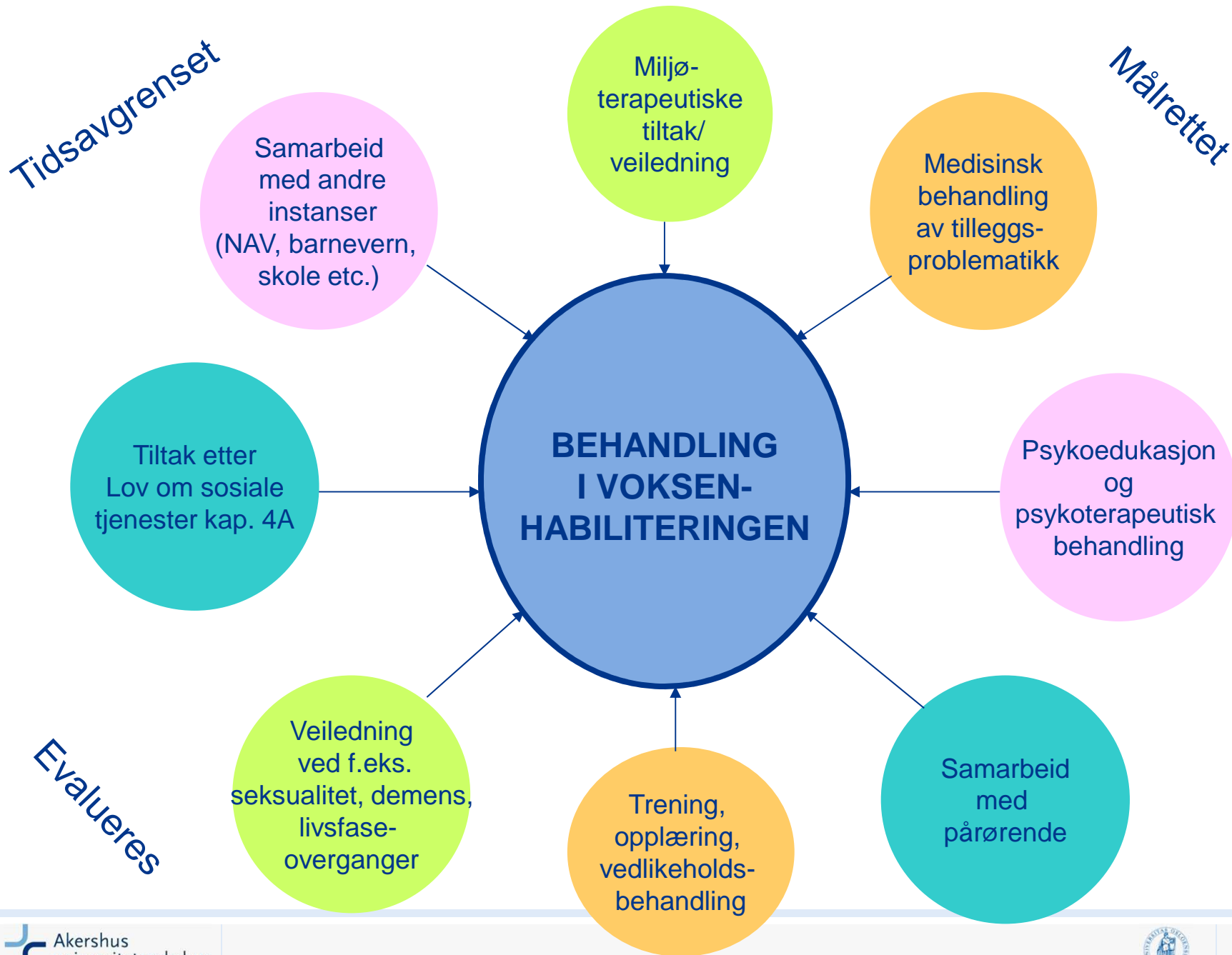
**Medfødt/tidlig ervervet psykiatri/nevropsykiatri**

- ADHD
- Asperger
- Tourette
- Schizofreni m/tidlig debut og sek. funksjonshemming
- Etc.









## Veileder og prioriteringsveileder

- Gir oss et utgangspunkt for å definere et felles fagfelt
- Like viktig som HVA vi jobber med, er hva vi IKKE jobber med:
  - Vi er ikke et lærings-/og mestringssenter
  - Vi er ikke en koordinerende enhet for annen spesialisthelsetjeneste
  - Vi skal ha fokus på utredning, diagnostikk og behandling
  - Vi er opptatt av et ”utvidet behandlingsbegrep” som inkluderer bio – psyko-sosiale modeller...
- Prosessene har vært krevende, vi har vært igjennom alt:
  - ”Idrettskonsulenter som obligatorisk del av kompetanse, samarbeid idrettsforeninger...”
  - ”Ansette tannpleiere...”
  - ”Ansvar for å koordinere andre spesialister innen somatikken...”
  - ”Ikke utrede og diagnostisere pasienter, KUN fremme livskvalitet hos pasienter som er utredet andre steder...”
  - ”Pasientene trenger ikke henvises, ”lavterskel-tilbud”
  - Osv osv...

# Men hva nå? Hvor går veien videre?

Kvalitetssikring?  
Rekruttering?  
Fagutvikling/forskning?

## Fokus fremover: Kvalitet i tjenesten

### Men hva er kvalitet?

- Administrative rutiner og pasientsikkerhet?
- Kvalitet = kvantitet?
- Journaldokumentasjon?
- Fagutvikling/forskning?
- Forutsigbare pasientforløp?
- Dokumentert kompetanse (jo flere yrkesgrupper, jo større kvalitet?)

# Å måle kvalitet – i forhold til hva?

- Spesialisthelsetjenestens oppdrag?
- Lovverk?
- Forskrifter og veiledere?
- Evidensbasert praksis og ”benchmarking”?
- Brukertilfredshet?
- New public management: Konkurransen, de beste blir foretrukket = fritt sykehusvalg = best omsetning?
- Økonomistyring?

## Kvalitet – i forhold til hva?

### Hva betyr dette for habiliteringsfeltet?

- Spesialisthelsetjenestens oppdrag?
  - Vi fikk et uklart ”mandat”, kom skjeft ut fra hoppkanten!
  - Utviklet tjenester som ikke ”tok inn over seg” spesialisthelsetjeneste-rollen!
- Lovverk?
  - I våre tjenester er dette komplisert, forholder oss til mer enn helselovene!
- Forskrifter og veiledere?
  - En katastrofe frem til 2009!
- Evidensbasert praksis og ”benchmarking”?
  - Nærmest fraværende!
- Brukertilfredshet?
  - Er det klart hvem som er våre ”brukere”, hvem skal evaluere?
- New public management: Konkurransen, de beste blir foretrukket = fritt sykehusvalg = best omsetning?
  - Passer for hofteoperasjoner, ikke for tverrfaglig, ambulant virksomhet...!
- Økonomistyring?
  - Ingen har regnet på behov for ressurser for å levere god kvalitet!

## Litt fra Ahus-hverdagen og kvalitetsoppfølging (LGG)

- Dør til dør ved akutt hjerneslag < 45 min
- Trygg kirurgi, sjekklister ved elektiv kirurgi 100 %
- Prevalens sykehusinfeksjoner < 3 %
- Antall doktorgrader
- Andel korridorpatienter < 2 %
- Redusere gjennomsnittlig liggetid > 5 %
- Ventetid utredning av kreft < 20 dager
- Gjennomsn. ventetid alle pas. < 75 dager
- Andel fristbrudd < 5 %
- Gjennomført medarbeidersamtaler 100 %
- Økonomisk resultat, budsjettavvik 0
- Økt poliklinisk aktivitet pr behandler > 10 %

## Litt mer fra Ahus-hverdagen

- HSØ's pasientsikkerhetskampanje: "Ikke glemte av sykehuset"
  - Time tildelt ved rettighetsvurdering
  - Antall åpne henvisninger uten avtale
- "Kvalitetssystem": EQS
  - Avviksmeldinger
  - Interne prosedyrer og rutiner
  - Pasientforløp
- Tidligere fokus:
  - Epikrisetid
  - Sykefravær
- Pasientadministrative system/DIPS:
  - Informasjonssikkerhet
  - Pasientflyt/henvisninger
- Puls-måler:
  - Medarbeiderundersøkelse



## Konklusjon Ahus:

- Vi måles på noen få parametre gjennom ledelsens gjennomgang (LGG), fragmentert og tatt ut av sammenhengen
- Vi måles på økonomi, administrasjon og personal, men lite på faglige parametre.
- Sitat fra kollega i ledergruppen:
  - ”Seksjonen XX i min avdeling skårer best på medarbeiderundersøkelsen, de holder budsjettet, har høy aktivitet og jeg får ikke frem noe gjennom LGG. Likevel, jeg mener denne seksjonen ikke leverer god nok faglig kvalitet og det er her jeg må følge opp mest!”
  - Hva forteller dette oss?

## Noen påstander....

- Kvalitetsoppfølgingen i norske sykehus er generelt fragmentert og ikke satt inn i en helhet!
- Oppfølging, rapportering og tiltaksrapporter er fragmentert, baserer seg på kun indikatorer som er løsrevet fra ”helhetlig internkontroll”!
- Kvalitetsindikatorer blir ”meningsløse og farlige”!
  - Meningsløse fordi de blir ”sekundering” på vei mot målet, uten at vi vet hva målet (les kvaliteten...) er!
  - Farlige fordi man retter virksomheten inn for å oppfylle indikatorene, uten at vi vet at de representerer en vei mot målet!
- Det legges ikke opp til tilpasning av kvalitetsindikatorer for ulike fagområder, oppleves meningsløst og undergraver respekten!
- Når apatien får overhånd, gir alle opp og man måles ikke på noe som helst...!
  - Det er også farlig.....

## Tilbake til start: Hva er kvalitet i våre tjenester?

- "Kvalitet" når oppdraget er utført "godt nok"?
  - Men hva er oppdraget?
  - Og hva er godt nok?
- Kan vi enes om at "oppdraget er å utrede, diagnostisere og behandle"?
  - Er vi bevisst hvorfor og hvordan vi kartlegger og utreder?
  - Registrer vi diagnoser og er vi bevisst på hvorfor og hvordan de settes?
  - Beskriver vi, registrer og evaluerer vi behandlings- og tiltaksmetoder?
- Hvordan "måle" dette?
  - Vil prosedyrekoder sikre at vi kontrollerer og måler kvalitet?
  - Har vi da kvalitetssikret at avdelingen har gode rutiner, dokumenterer i journal og følger opp/kontrollerer dette?
- I flg veiledere: Minimumskompetanse og tverrfaglig sammensetning
  - Sier dette noe om faglig kvalitet? I så fall: Blir det kontrollert?
  - Tverrfaglig samarbeid er ikke det samme som flere yrkesgrupper ansatt i enheten!
- Vår arbeid skal i følge forskrift være målrettet, tidsavgrenset og skal evalueres:
  - Har vi rutiner for pasientforløp og saksgang?

## Nasjonal veileder og prioriteringsveileder gir føringer

- Kartlegging, utredning og diagnostisering:
  - Hva sier veilederne og hva får vi faktisk henvist?
  - Hva anvender vi av utredningsverktøy?
  - Hva oppsummerer vi i journal?
- Målrettede, tidsavgrensede prosesser som skal kunne evalueres!
  - Følger vi dette ved oppstart i en pasientsak, kan vi lage tverrfaglige epikriser der vi konkluderer og oppsummerer utredning og diagnostikk samt at behandling/tiltak evalueres?
  - Er en tverrfaglig epikrise som oppsummerer dette (og epikrisetid) dermed et indirekte mål (les indikator) på kvalitet?
- I så fall, kan vi enes om epikrisemaler:
  - Diagnosevurderinger som over (Årsak, funksjon, tilleggsdiagnoser...)
  - Øvrig tverrfaglig kartlegging
    - Beskrive metoder og verktøy
  - Tverrfaglig behandling:
    - Medisinsk
    - Individuell behandling (psykologisk/pedagogisk)
    - Miljøterapeutisk behandling/veiledning
  - Evaluering av behandling og tiltak

## Påstand:

- Kvalitet i vår tjenester handler om internkontroll, dvs at vi kan DOKUMENTERE systemer for:
  - Vurdering av henvisninger
  - Ventelisteoppfølging
  - Tverrfaglig utredning og behandling samt evaluering av behandling/tiltak
  - Journalføring i tråd med lovverk
  - Kompetansesammensetning i tråd med gjeldende veileder, evt rutiner for samarbeid med andre fagmiljøer og tilgang på kompetanse
  - Opplæring/veiledning, fagutvikling og forskning
  - Strategi- og områdeplaner, årlige handlingsplaner
  - Ledelse- og personaloppfølging, koblet mot faglig veiledning
- Det fagadministrative kan ikke sees uavhengig av det fagspesifikke:
  - Hva er habilitering?
  - En ledelsesoppgave og formidle!
- Og hvordan kontrollere ”internkontroll”?
  - Internrevisjon og tilsyn!
- Først når dette er på plass kan vi snakke om ”kvalitetsindikatorer”
  - ”Sekundering på vei mot målet”

## Kvalitetsindikatorer = Sekundering på vei mot målet

- Først må vi være enige om målet = hva er habilitering og faglig innhold.
- Det må staves ut i "hele setninger" og i strategiplaner!
- Internkontroll må på plass, "manuell" kontroll gjennom internrevisjon, lederoppfølging og tilsyn!
- Først da kan vi snakke om "indikatorer" på kvalitet
- Mulig kvalitetsindikatorer for:
  - Administrativ kontroll
    - Tid fra henvisning sendt til vurdering
    - Ventetid/ventelisteoppfølging
    - Aktivitetsmåling
  - Faglig kvalitet
    - Epikrisetid
    - Diagnoser registrering
    - Prosedyrekoder
    - Brukertilfredshetsundersøkelser
  - Personaloppfølging
    - Sykefravær
    - Medarbeidrunderøkelser

## Hva nå: Rekruttering?

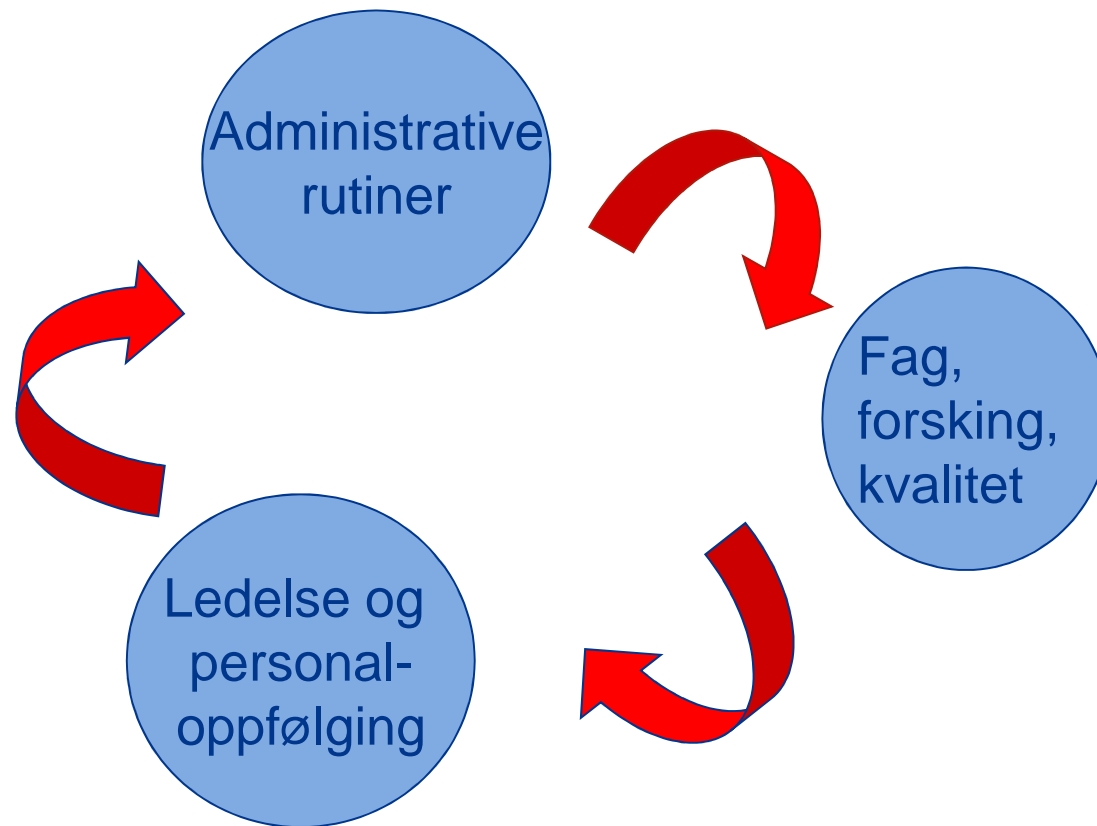
- Kompetanse må tilpasses de oppgavene vi får henvist
- "GAP"-analyse: Hva trenger vi → Hva har vi?
- Bevisst rekruttering av kompetanse
- Bevisst styring av videreutdanning, opplæring og kursing
- "Rekrutteringssvakt" område:
  - Betingelser, gjøre jobben interessant nok for å dra personer ut av "komforsonen"
  - Legge til rette for fagutvikling og forskning
  - Stort nok fagmiljø, spesielt for de ulike yrkesgruppene: 2 leger >>> 1 +1 lege

## Hva nå: Fagutvikling og forskning:

- Klinisk forskning, integrert del av virksomheten
- Må sette av interne midler, tenke kreativt
- ”Handlingsplan” forskning, tilknytte forskerkompetanse
- Starte prosess og skape kultur for FOU-virksomhet
- Samarbeid med andre tjenester og andre forskningsmiljøer
- Mulighetene er store



## Det hele henger sammen:



# Så tilbake til start

- Hvorfor startet jeg i habiliteringsfeltet:
  - Litt tilfeldig
- Hvorfor ble jeg værende:
  - Arbeidsoppgaver som overvældet meg, trigget min nysgjerrighet og behov for å tilegne meg ny fagkompetanse
  - Ideologi
  - Nye arbeidsmetoder med involvering av mer enn det medisinske perspektivet
  - Dyktige kollegaer, både egen yrkesgruppe og andre
- Hvorfor ble jeg leder:
  - Også litt tilfeldig
  - Mulighet til å påvirke utviklingen av et fagfelt
  - Behovet for å motargumentere "idioti" og helt fraværende kompetanse i deler av "beslutningsapparatet"
- Hvorfor har jeg fortsatt tenkt til å bli:
  - Mange oppgaver gjenstår
  - Til nå har vi bare "ryddet", det er nå det starter
  - Den evige "kvalitetsforbedrende sirkel"
  - Spennende avdeling/fagmiljø, gir mulighet også for fagutvikling/forskning
  - Min intensjon: Å gjøre andre gode, delegere oppgaver der andre kan mer enn meg, kjempe for betingelsene
  - Og så ønsker jeg fortsatt å jobbe med pasienter
  - Og til slutt: Fortsatt forsvare fagfeltet mot idioti, men det hender jeg trenger en pause...