



**Sak: «Speed up and spread» - revidert utrullingsplan for Kontinuerlig Forbedring**

Til: Direktørens ledergruppe ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)  
Fra: Karl Ivar Lorentzen, Klinikkjef NOR, Hege Andersen, Kontinuerlig forbedring  
Møtedato: 05.10.2021  
Arkivsak: 2021/6764

**Beslutning**

Beslutning	Ansvarlig	Frist
1. Direktørens ledergruppe slutter seg til revidert plan slik det framgår av saken	AES	05.10.21
2. Direktøren bes å sikre gjennomføring iht til ny revidert plan	AES	31.12.22

Formål

Formålet med ledermøtesaken er å presentere en revidert utrullingsplan for kontinuerlig forbedring ved UNN i den hensikt at dette skal skje med større kraft og i et høyere tempo enn i dag.

**Bakgrunn og saksfremstilling**

UNN sin satsning på kontinuerlig forbedring er fundamentert og godt dokumentert i styresaker og ledermøtesaker fra 2016 til d.d. (se referanser og lenker i vedlegg 1). Kontinuerlig forbedring er en strategisk langsiktig satsning der målet er at «Dette skal være måten vi gjør ting på, ikke noe som kommer i tillegg, og da må vi utvikle gjennomgående system og kultur for kontinuerlig forbedring. De viktigste driverne for å lykkes er ledelse og kompetanse» (Styresak 5/17).

Er vi der vi skal og har satsingen tilstrekkelig bredding og styrke? Og hva er målestokken?

**Forskningsbaserte råd og anbefalinger**

**A: Ledelse-ledelse-ledelse**

Hva viser studier på suksesskriterier for varig forbedring i sykehus? Vi har sett på to omfattende litteraturgjennomganger; hhv Taylor m fl (2015) og Andersen m fl (2014) som begge påpeker at effektfulle **ledere** er den suverent viktigste fremmere for vellykket drift av helseforetak og varig forbedring.

**B: Kvantifisering av kompetanseutvikling: hvor mye, for hvem, innen når?**

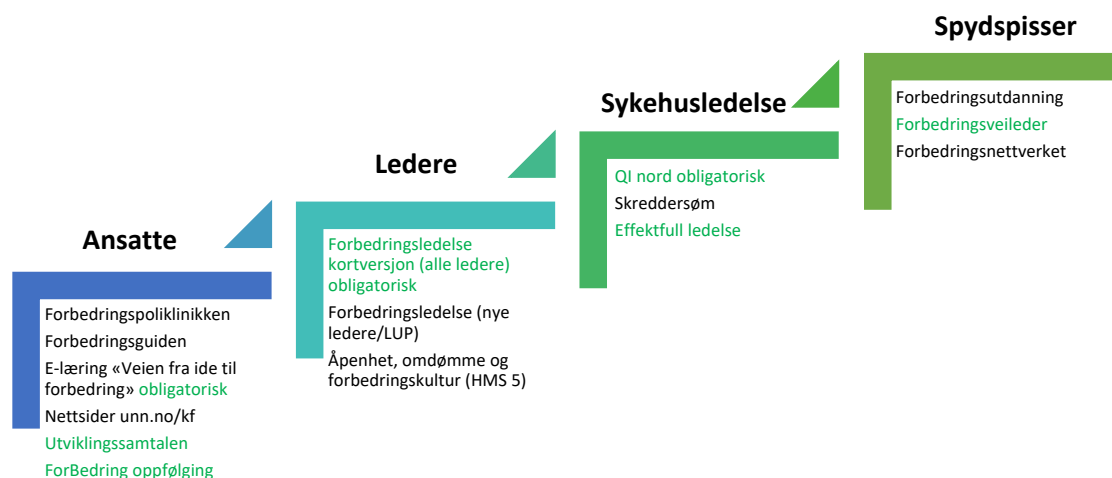
E M Rogers påpekte allerede i 1962 at et visst antall må tilslutte seg en ny ide eller innovasjon før bruksraten blir selv-oppretholdende og skaper ytterligere vekst. Denne er av E Rogers (2019) satt til 20-25 pst. Det vil si et en av fire ved UNN må praktisere forbedringsmetodikk. Innen endringsledelse opereres det ofte med en kritisk masse på 30 pst når kompetansehevingstiltak/ny metodikk skal rulles ut for å få en ønsket endring på plass. Da måtte UNN rulle ut forbedringsmetodikk til om lag **2500** ansatte. En allmenn tommelfingerregel i kvalitetslitteraturen er at kritisk masse tilsvarer kvadratrot av antall ansatte må være fulltids dedikerte forbedringsagenter i foretaket. For UNNs vedkommende tilsvarer dette **70-80** dedikerte eksperter.

**Vurdering**

Kompetansetrappen (sort tekst figur 1) illustrerer vedtatt utrulling av Kontinuerlig Forbedring i UNN (sak 117/19). [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring](#) ligger til grunn for dimensjoneringen av modellen.

Organisasjonen har rundt regnet 7000 ansatte inkludert ledere på alle nivå og vedlegg 2 viser aktivitet/antall kontakter tilknyttet hvert enkelt tiltak i opprinnelig utrullingsplan. Sett i lys av UNNs ambisjoner og foretakets utfordringsbilde er det vår oppfatning at vi ikke har kommet langt nok, og

anbefaler derfor en større satsning og mer ambisiøs utrulling av eksisterende plan (se grønn tekst i figur 1).



**Figur 1 Ny og gammel kompetansetrapp Kf/UNN**

## 1. Kort om eksisterende og nye tjenester som inngår i kompetansetrappa:

### 1.1. Dagens tilbud omfatter:

- Forbedringspoliklinikken: Denne bistår og veileder ansatte med forbedringside/arbeid.
- Forbedringsguiden: Lommeguide med 18 verktøy, tips og teori.
- Nettressursene [unn.no/kf](http://unn.no/kf): læringstilbud, den gode historie, verktøy og hjelp til selvhjelp.
- Forbedringsledelse/LUP: Lederutviklingsprogrammet ved UNN omfatter 2 dager om forbedringsledelse, teori og øvelser.
- HMS Modul 5: Kultur og forbedringsarbeid; 2 timer, obligatorisk ledere og vernetjeneste
- Skreddersøm: Tilpassende kompetansehevingstiltak etter behov. Teori og praktiske øvelser
- Forbedringsutdanning: regional 7 dager (QI nord), Scottish fellowship, Nordisk, FUL mv
- Forbedringsnettverk: kompetansedeling/heving 2 timer/mnd. Ansatte med forbedringskompetanse deltar.

### 1.2. Foreslåtte nye og videreutviklede tjenester:

- E-læring «veien fra ide til forbedring». 15 minutters innføring i forbedringsmodellen **gjøres obligatorisk for alle**
- Utviklingssamtalen «Hva er viktig for deg» gjennomføres. Målet er at **80 pst** av ansatte skal ha fått tilbud om og gjennomført utviklingssamtale innen ett år (sak 177/19).
- Forbedring av ny handlingsplan som bygger på samme oppskrift som annet forbedringsarbeid har vært testet ut hele 2021, foreslås nå **vedtatt som gjeldende handlingsplan**
- Forbedringsledelse: et 2 timers undervisningsopplegg om forbedrings- og endringsledelse **gjøres obligatorisk for alle ledere.**
- QI nord, den regionale forbedringsutdanningen **gjøres obligatorisk for klinikk- og sentersjefer** ved UNN. Den har 7 dagers omfang over et halvt års periode.
- Effektfull ledelse, basert på forskningsoppsummeringen fra IHI whitepaper, legges til grunn for undervisning, teori og øvelse i toppledelsen
- **Forbedringsveileder**: Regional utdanning fra 2021. har 4 dagers omfang og deretter 3 nettverk i året, tilbys alle spyspissene

Alle endringer innen pkt 2.1 gjennomføres fra januar 2022.

## 2. Andre tiltak som foreslås videreutviklet eller etablert

### 2.1. Læringsnettverk etableres gjennomgående ved UNN i tråd med vedtak i sak 33/20

Læringsnettverk ble vedtatt ved Unn i 2020, men er ikke tatt i bruk. Der er et pedagogisk rammeverk for å spre god praksis på tvers av profesjoner, enheter og organisasjoner. Det kan bygge læringskultur og spre kunnskap om kontinuerlig forbedringsarbeid. Læringsnettverk består av 3-4 samlinger over 6-9 måneder. Forbedringsteam arbeider med forbedringene før, under og etter samlingene. Mellom samlingene arbeider teamene med implementering av tiltakene i egen virksomhet. Pilot planlagt for NOR-klinikken med fristbrudd/ventetid som tema, oppstart januar 2022. Vi foreslår at læringsnettverk gjennomføres i tråd med tidligere vedtak, gjennomgående som et tilbud og en arbeidsform for felles problemløsning ved hele UNN. Se vedlegg 3

### 2.2. Kvalitetsrådgivere alle plasser

Det ble vedtatt allerede i 2019 (sak 171/19) at alle «(...) klinikker/sentra sørge for at ressurser tilsvarende en hundre prosent stilling brukes til forbedringsarbeid. Kvalitetsrådgiver (eller tilsvarende) er sentral i forankringen av arbeidet i klinikk, og skal vi lykkes i spredningen av gode ideer og kompetanse må disse spydspissene være til stede». Det er på tide at alle enheter oppfyller vedtaket om ressurser tilsvarende 100 pst brukes til kvalitets- og forbedringsarbeid. For å styrke koplingen til kontinuerlig forbedring foreslås det her at alle klinikker/senter avsette minimum 20 pst (av de 100) til kontinuerlig forbedring metodikk, forbedringsarbeid eller forbedringspoliklinikken. Gjennomføres fra 2022.

### 2.3. Saksmal for ledermøte mv

Saker må løses på en annen måte enn før, også i sykehusledelsen, for å sikre at vi når følgende: «Dette skal være måten vi gjør ting på, ikke noe som kommer i tillegg, og da må vi utvikle gjennomgående system og kultur for kontinuerlig forbedring» (styresak 5/17). Vi foreslår derfor at ny mal basert på forbedringsmodellen, utviklet under QI nord 2019 og testet en rekke ganger, tas i bruk etter ev mindre justeringer. Gjennomføres fra 2022.

### 2.4. Tavlemøter

Gjennomgående tavlemøter med sykehusledelsen brukes systematisk og permanent til å følge opp forbedringsarbeidet i NOR, PHRK og andre som «følger etter» i spredningen av forbedringsarbeid og -kompetanse. Jf ledermøtesak 15.10.2020 der ledelsen ble enige om målet med tavlemøter; det er et styringsverktøy (målstyring/resultatsikring/felles indikatorer/status/oversikt), for økt gjennomføringskraft (læring/idemyldring/felles problemløsning), som sikre pasientfokus (innsats og forbedringsområder) og der ledelsen går foran (oppmuntre/støtte).

## Anbefaling

Det anbefales at utrullingsplan vedtas slik den foreligger i saken. Læringsnettverk vurderes som det mest omfattende og effektfulle tiltaket om en måtte prioritere, men er samtidig det tiltaket som vil kreve mest ressurser i form av alternativ tidsbruk for helsearbeidere som tas «ut» av daglig drift for å delta i dette. Skal vi gjennomføre læringsnettverk er det å sette av tilstrekkelig tid en forutsetning, som forplikter både klinikkjefer og ledere på avdelings- og enhetsnivå. Se vedlegg 3.

## Vedtaks punkter

1. Direktørens ledergruppe vedtar revidert utrullingsplan med de tiltak som den foreligger i saken, inklusive kompetansetrappa, læringsnettverk, kvalitetsrådgivere, saksmal og tavlemøter.

Alternativt:

2. Direktørens ledergruppe vedtar følgende deler av utrullingsplanen slik den foreligger i saken

## Verdi for pasienten

Satsning på Kontinuerlig Forbedring vil bidra til å sikre organisasjonsutvikling i tråd med UNNs overordnede strategi gjengitt i figur 2.

### Økonomi

Ingen økonomiske konsekvenser annet enn bruk av tid til kompetanseheving, som i andre enden vil bidra til gevinstrealisering i bedre kvalitet, mer effektive pasientforløp og lignende.

### Interessenter

<b>Interessenter i saken</b>	<b>Nødvendige tiltak for å ivareta disse</b>
Alle ansatte i UNN	satsingen er drøftet og gjort kjent jf. Ledermøtesak 5/17
Pasienter	UNN.no/kf
Styret ved UNN	Årlig skriftlig orientering

### Oppsummering

UNN HF ved styret og direktørens ledergruppe har gitt sin tilslutning til at det ved UNN skal innføres et organisasjonsomfattende system for kontinuerlig forbedring. Dette er nødvendig for å gjøre organisasjonen i stand til å møte dagens og fremtidens utfordringer. For å få etablert et slikt system kreves det en omfattende gjennomføringsplan i form av «Kompetansetrappa» (figur1) og relaterte tiltak. Vår oppfatning er at utrulling av planen går for sent med referanse til kritisk masse og studier på suksesskriterier for varig forbedring i sykehus. Vi har derfor foreslått en revisjon av tidligere vedtatte plan (markert i grønt) og 4 relaterte tiltak, i den hensikt at vi raskere når våre mål.

### Vedlegg

1. [Styresakene 61/16, 5/17 og 9/18](#) om satsingen og ambisjonsnivået, [Ledermøtesakene 78, 89 og 117/2019](#) om forbedringskompetanse og utrulling, [185/18, 177/2019 og 9/21](#) om brukermedvirkning og arbeidsglede, og [171/2019 og 33/2020](#) om Lærings- og forbedringsnettverk. Kun lenker
2. Tall for ulike kompetansehevende tiltak
3. Læringsnettverk

### Referanser

Taylor N, Clay-Williams R, Hogden E, Braithwaite J, Groene O. [High performing hospitals: a qualitative systematic review of associated factors and practical strategies for improvement](#). BMC Health Serv Res. 2015 Jun 24;15:244. doi: 10.1186/s12913-015-0879-z. PMID: 26104760; PMCID: PMC4478709.

Andersen H, Røvik KA, Ingebrigtsen T. [Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews](#). BMJ Open. 2014 Jan 15;4(1):e003873. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003873. PMID: 24435890; PMCID: PMC3902334.