



## STYRESAK

| Saksnr                          | Utvalg   | Møtedato                     |
|---------------------------------|--|------------------------------|
| 61/2016                         | Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 22.6.2016                    |
| Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen |  | Saksbehandler: Hege Andersen |

### Kontinuerlig forbedring - tentativ gjennomføringsplan for UNN

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tar saken til foreløpig orientering, og støtter hovedinnretningen i gjennomføringsplanen.
2. Styret ber om å få saken framlagt til endelig vedtak i neste styremøte. Styret ber i denne sammenhengen om en risikovurdering av gjennomføringsplanen og en vurdering av eventuelle konsekvenser for styrets arbeid.

#### Sammendrag

Etter gjentatte diskusjoner omkring utfordringsbildet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), herunder krav om å sørge for de nødvendige tiltak for å oppfylle vilkårene for en kultur preget av åpenhet og læring, besluttet direktørens ledergruppe tidligere i år å innføre et organisasjonsomfattende system for ledelse av kontinuerlig forbedring. Dette er et langsiktig arbeid med en tidshorison på minimum 10 år. I denne saken konkretiseres det hva innføringen av et slikt system innebærer for UNN generelt, og for ledergruppen spesielt. Mer spesifikt legges det fram en tentativ gjennomføringsplan i åtte punkter.

En slik kulturell transformasjon forutsetter sterk forankring i styret for å kunne lykkes. Direktøren ber derfor om at styret gir sin tilslutning til hovedinnretningen i saken, og imøteser innspill og justeringer av den tentative gjennomføringsplanen. Direktøren vil deretter holde styret løpende orientert om videre framdrift, risikovurderinger og mulige konsekvenser disse endringene har for styrets virke og ansvarsområde.

#### Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har i de siste åtte årene satset systematisk på pasientforløpsprosjekter ved hjelp av Lean-metodikk, implementering av pasientsikkerhetsprogrammet med videre. Til tross for målrettet satsing, har ikke UNN lyktes

med å etablere et eget *system* for kontinuerlig forbedring av våre arbeidsprosesser. På noen områder lykkes vi, som for eksempel i implementeringen av kreftpakkeforløpene, mens rutinene raskt faller tilbake til gammel praksis på andre områder. Et sterkt fokus på forbedring utfra pasientens behov har stor tilslutning, men potensialet for gode, forbedrede pasientforløp er ikke tatt ut. UNN har over tid observert spredte lommer av forbedring, heller enn et system for endring og tankesett for forbedring som gjennomsyrrer hele organisasjonen. Potensialet for forbedring kan ikke tas ut uten at UNN tar de nødvendige skritt for å etablere et slikt organisasjonsomfattende system og tilhørende kulturendring.

I likhet med andre helseforetak, har UNN de senere år vært preget av gjentatte, krevende saker som sår tvil om hvorvidt organisasjonen har en kultur som i tilstrekkelig grad er preget av åpenhet og læring. Helseministeren har bedt helseforetakene om å følge opp med tiltak som kan bidra til at vilkårene for en kultur preget av åpenhet og læring, sikres ref. inneværende års oppdragsdokument.

Etter en studietur til ThedaCare, Wisconsin (USA), besluttet direktørens ledergruppe å innføre et system for kontinuerlig forbedring ved UNN, tilpasset lokale behov og utfordringer, for å bøte på dette. To av de viktigste elementer som må være til stede for skape en kultur for kontinuerlig forbedring, åpenhet og læring, er å øke kapasiteten for endring samt å lede i tråd med visjon, mål og strategier. Å øke gjennomføringsevnen, fart og spredning av UNNs utviklings-, endrings- og forbedringsarbeid, innebærer å:

1. Sette organisasjonen i stand til å forbedre, gjennom å:
  - a. Øke **kapasitet** for endring –å berede grunnen, rigge, prioritere og satse riktig
  - b. Øke **evne** til endring – en lærende organisasjon, kunnskap og erfaring.
2. Sørge for at alle går i samme retning, ved å koordinere, følge opp, holde fast, og lede i tråd med gjeldende visjon, mål og strategier. Disse må operasjonaliseres slik at det kommer til uttrykk i både lederes og ansattes atferd.

For å få dette til, må UNN som organisasjon arbeide på flere felt samtidig, nedenfra i forbedringsprosjekter (slik vi har gjort og fortsatt skal gjøre), på systemnivå (med styrket innsats på systematisk opplæring, standarder for gjennomføring og oppfølging), og ovenfra og innover (noe vi ikke har gjort i særlig grad tidligere).

Utgangspunktet for denne saken er sistnevnte, krav til system og endringsledelse for å få etablert kontinuerlig forbedring. Målet er at UNN skal være en åpen, lærende organisasjon, som gir den beste behandling.

## **Formål**

Formålet med styresaken er å konkretisere hva oppfølgingen av UNNs utfordringsbilde og innføringen av et system for organisasjonsomfattende kontinuerlig forbedring innebærer for UNN generelt, og for ledergruppen spesielt.

## **Saksutredning**

En litteraturgjennomgang av *Lean i sykehus* (ref PhD-avhandlingen til Hege Andersen, 2016), viser at lean virker og at ledelse er det viktigste vilkår for å lykkes med forbedringsarbeid. Ledelsens støtte, forankring, eierskap og forpliktelse er grunnforutsetningen for varig forbedring. Fokusgruppeintervjuer og spørreundersøkelser viser at det samme gjelder lokalt. De

viktigste faktorene for å understøtte forbedring, er ledelse, støtte, koordinering og kontinuitet. UNN ønsker å ta et forskningsbasert utgangspunkt ved valg av økt satsing på ledelse. Etter 20 års erfaring er det ikke et spørsmål om lean eller tilsvarende metodikk virker i helsetjenesten, men om *hvordan* UNN velger å implementere metodikken på en virkningsfull måte.

I organisasjoner på linje med UNN, som har gjennomført spredte forbedringsprosjekter over år, rapporteres det om tilsvarende funn. Forbedringskultur spres ikke av seg selv, og resultatene legger seg ofte på et gitt nivå – og stagnerer der. Kim Barnas (2011) har intervjuet sykehusledere om denne stagnasjonen, og konkluderer med at ledere mangler verktøy for å lede denne typen arbeid. Det er oppstått et gap mellom områdene som forbedres og de strategiske prioriteringene, og ledere mangler eierskap til de forbedrede arbeidsprosessene. Målet ved å gjennomføre kontinuerlig forbedring med initiativ og gjennomføring fra toppledelsen, er å sørge for at lederne settes i stand til å ta de rette avgjørelsene, i omgivelser der de kan skille informasjon fra organisatorisk støy, der de lærer av feil, og forstår hva som skjer. Det forutsettes at lederne skal være pådriver i forbedringsarbeidet, i betydning av at også den enkelte leders arbeid må forutsettes å tilføre verdi for pasienten.

Å arbeide med forbedring på systemnivå impliserer at hele organisasjonen involveres og engasjeres i arbeidet. Det er ikke slik at ansvaret alene vil ligge hos toppledelse, kvalitetsavdelingen eller personal- og organisasjonsavdelingen. Alle organisasjonsledd skal ta et delansvar for at organisasjonen som et hele beveger seg i riktig retning. Satsingen angår pasientene (kvalitet og pasientsikkerhet), de ansatte (læring og arbeidsmiljø) og virksomheten som sådan (økonomi, aktivitet). Utgangspunktet i kontinuerlig forbedring er å skape verdi som kvalitet/ kostnad.

Forankringen til styret må være sterk, og vedvarende over tid. Dette fordrer at styret er kjent med, og stiller seg bak, gjennomføringsplanen, også progresjon over tid. Endringer i organisasjonen, med sterkere fokus på kontinuerlig forbedring, vil også få konsekvenser for styrets arbeid. Erfaringer fra andre sykehus tilsier at det må forventes en del motgang og motstand, pukkelkostnader og andre, midlertidige utfordringer. Tålmodighet og vedvarende støtte fra styret vil være avgjørende i slike perioder.

En hovedutfordring med satsinger som denne, basert på verdi for pasienten, er knyttet til at hierarkier snus ved at forbedringspotensialet identifiseres og tiltak gjennomføres, av de ansatte. Driveren i forbedringsarbeidet er ansatte og mellomledere, ikke toppledelsen. Visuelle målinger fra dag til dag synliggjør driften, inklusive feil og mangler. En kultur for forbedring tilsier at en må tåle å bli sett i kortene, uten at noen gjøres til syndebukk når uheldige hendelser avdekkes. Det krever mot og åpenhet å gjennomføre en slik endring.

En fare i implementeringen er erfaringsvis at satsingen gjennomføres for fort, feil og at det investeres for lite, i form av ressurser, opplæring med videre. UNN må utvikles til å bli en lærende organisasjon i alle ledd for at organisasjonen skal utvikle seg i ønsket retning. Dette tar tid og er ressurskrevende. En realistisk gjennomføringsplan må ha et 10 års tidsperspektiv.

I tråd med anbefalingene fra forskning samt andre sykehus sin erfaring, tar gjennomføringsplanen utgangspunkt i direktørens ledergruppes vurderinger, og angir hvordan et slikt system bør etableres over tid. Gjennomføringsplanen kan oppsummeres i følgende punkter:

1. Oppslutning fra toppledelsen og styret gjennom leder- og styremøte-behandling i juni 2016. Direktøren etablerer noen få grunnleggende prinsipper for endringsarbeidet. Formål og plan for satsingen risikovurderes og kommuniseres ut i alle ledd av organisasjonen.

2. Nøkkelprioriteringer og tilhørende målinger for UNN etableres etter drøftinger i sykehusledelsen. Det tas utgangspunkt i de prioriterte hovedområdene og disse knyttes til sykehusets visjon, mål og satsingsområder. Tavlemøter legges inn som fast punkt i eksisterende møtestruktur. Dette prøves ut fra og med første ledermøte i august.
3. Direktørens ledergruppe får grundig opplæring og trening i kontinuerlig forbedring, med fokus på ledelse. Opplegget kan igangsettes høsten 2016.
4. Teambygging i toppledelsen vektlegges i et eget, internt opplegg for dette formål, der eksternt kompetanse bidrar inn. Dette planlegges for oppstart høsten 2016, og gjennomføres innen våren 2017.
5. Etablering av et nytt system for håndtering av avvik, der avvik søkes løst på lavest mulig nivå men i siste instans havner på tavlemøte i toppledelsen om nødvendig. Kvalitetsavdelingen er i gang med å planlegge en slik struktur som kan testes ut, i tråd med PDSA-sirkelen, høsten 2016.
6. Gjennomgang av alle større arbeidsprosesser i sykehusledelsen, både administrative prosesser, møtestruktur og årshjul-baserte aktiviteter. Kartleggingen starter opp høsten 2016.
7. Det etableres et mer strukturert langsiktig opplæringsprogram for ledere og ansatte ved UNN der de lærer opp i forbedringsmetodikk og vårt eget system for kontinuerlig forbedring. Da e-læringsverktøyet allerede er tilgjengelig, kan en planmessig utrulling skje allerede fra høsten 2016.
8. Det etableres et nettverk av forbedringskonsulenter for kunnskapsspredning og kontinuitet. Disse vil utgjøre spydspissen i det langsiktige arbeidet. Oppstart høsten 2016, da det allerede er en rekke erfarne lean-konsulenter i de fleste klinikkene.

## **Medvirkning**

Saken er forelagt ansattes organisasjoner og vernetjeneste samt brukerarbeidsutvalg og arbeidsmiljøutvalg i egne møter 6-8.6.2016. Samtlige møter ga sin tilslutning til at saken fremmes for styret i den form og omfang det ble behandlet i ovennevnte møter. Protokoller og referat fra disse møtene behandles som egne referatsaker i styremøtet 22.6.2016. Samtlige møter ga sin tilslutning til at saken fremmes for styret til behandling.

## **Vurdering**

Direktøren mener at det er noen grunnleggende forutsetninger som må være til stede før UNN går i gang med et slikt organisasjonsomfattende system for kontinuerlig forbedring. Først og fremst må UNN som organisasjon vite hvor man er og hvor man skal. I tillegg må organisasjonen ha klart for seg hvor godt den presterer per i dag, hva resultatet av det den gjør er, samt hvorvidt dagens situasjon anses for å være en krise. I tillegg kommer spørsmål som:

- Hva kan gå galt om vi ikke gjør noe?
- Hvor mye skal vi forbedre, og hvor?
- Hva er godt nok?
- Hvor godt kunne vi prestert?
- Hva skal vi måle opp mot?

I forlengelsen av dette er det en rekke krav til vellykket implementering av et slikt system. Toppledelsen må angi retning gjennom å fokusere på de få nøkkelprioriteringene samt måling av disse. Det kreves en systematisk og detaljert prosess for å komme fram til disse målene og

indikatorerne. Det må brukes tid på målingene, og de må gjøres synlige. Lederne må lære, og benytte de ulike metodene for problemløsning i arbeidet. I tillegg må lederne i større grad bli fasilitatorer, mentorer og lærere, og bevege seg i retning fra å styre til å lede. Dette krever atferdsendring i utøvelse av ledelse.

Toppledergruppen må fungere som et team. Dette er et krevende og langsiktig arbeide, som berører både atferds- og kulturendring. Direktøren mener at UNN ikke har et tilstrekkelig apparat til å arbeide med teambygging i ledelsen, og vil knytte til seg eksternt kompetanse i denne delen av arbeidet.

Toppledere må være til stede i kjernevirksomheten, og undervise, lytte og fjerne barrierer for de ansatte. Dette krever førstehånds kunnskap om forbedringsmetodikk og stedene der verdiskapningen skjer. Det krever også at det frigjøres operativ ledertid, et ansvar som primært ligger hos den enkelte leder, men som også må ses i sammenheng med de overordnede arbeidsprosesser sykehusledelsen inngår i. Også disse må gjennomgås og forbedres ut fra verdiskapningen som ligger i den enkelte prosess.

Det må etableres systemer som sikrer at toppledelsen har inngående kjennskap til kjernevirksomheten. Dette igjennom et system for håndtering av avvik, der et problem som er avdekket til syvende og sist havnet på ledergruppens bord, med mindre det løses i mellomliggende ledd.

Det må presiseres at arbeidet er tids- og ressurskrevende. UNN har i dag ikke tilgjengelige ressurser eller kompetanse for å lykkes. Dette må bygges opp over tid. I bunn og grunn er kontinuerlig forbedring på systemnivå ikke et prosjekt eller et program, men en kulturell transformasjon. Dette betyr også at satsingen ikke har en mållinje der systemet er ferdig implementert, og der en kan gå tilbake til tradisjonelle handlingsmønstre.

For å få en realistisk gjennomføringsplan for dette omfattende arbeidet, må det prioriteres i gitt rekkefølge, i de delene av systemet der det til enhver tid gjennomføres. I tillegg kreves det 100 prosent oppslutning fra toppledelse og styret.

En slik omfattende systemendring og kulturell transformasjon krever også et omfattende kommunikasjonsarbeid på flere plan. Vilje til endring må sikres gjennom en felles forståelse av behovet for endring. Kapasitet for endring må sikres gjennom at det skapes rom for å gjøre jobben, der organisasjonen flytter fokus fra organisasjonsendring, eller «boksene», til forbedring, eller «innholdet i boksene» igjen.

Direktøren vil etablere noen grunnleggende prinsipper for arbeidet, der UNN eksempelvis ikke vil igangsette omfattende nye organisasjonsendringer utover konsolidering av LUO I og II, slutføringen av LUO II og de endringer som må påregnes å følge av igangsatte og planlagte byggeprosesser. Organisasjonen skal endre fokus til kontinuerlig og varig forbedringer av våre arbeidsprosesser, med verdiskapning for pasienten som ledetråd.

## **Konklusjon**

Direktøren ledergruppe har gitt sin tilslutning til at det ved UNN skal innføres et organisasjonsomfattende system for kontinuerlig forbedring. For å få etablert et slikt system, forutsettes det en rekke krevende endringer i måten vi arbeider på, i alle ledd av organisasjonen.

En slik kulturell transformasjon er helt avhengig av sterk forankring i styret for å lykkes. Direktøren anbefaler derfor styret om å gi sin tilslutning til hovedinnretningen i denne saken. Videre åpner direktøren for innspill og justeringer av den tentative gjennomføringsplanen ved styrebehandlingen, og vil holde styret løpende orientert om videre framdrift og mulige konsekvenser disse endringene har for styrets virke og ansvarsområde.

Tromsø, 10.6.2016

Tor Ingebrigtsen (s.)  
administrerende direktør