



STYRESAK

| Saksnr | Utvalg | Møtedato |
|----------------|--|---------------------------------|
| 9/2018 | Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 15.2.2018 |
| Saksansvarlig: | Tor Ingebrigtsen | Saksbehandler: Tor Ingebrigtsen |

Styresak - Kontinuerlig forbedring ved UNN - Status i gjennomføringen og etablering av sentral støtteenhet

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til vedtaket i styresak 5/2017 *Kontinuerlig forbedring – Grunnleggende prinsipper, risikovurdering av gjennomføringsplanen og konsekvenser for styrets arbeid*, og tar status i arbeidet med oppfølging av gjennomføringsplanen til orientering.
2. Styret tar til etterretning at direktøren vurderer etablering av en felles støtteenhet for arbeidet med kontinuerlig forbedring som nødvendig, og at denne vil bli organisert i direktørens stab.
3. Styret viser til at styrets underutvalg for kontinuerlig forbedring fortsatt arbeider med å utvikle styrets egen rolle i satsingen. Støtteenheten gis i oppdrag å utarbeide en tiltaks-, milepæls- og evalueringsplan for det videre arbeidet hvor også styrets arbeidsutvalgs prosesser innarbeides.
4. Styret bes holdt løpende orientert om videre fremdriften i arbeidet med kontinuerlig forbedring.

Bakgrunn

I styresak 5/2017 *Kontinuerlig forbedring – Grunnleggende prinsipper, risikovurdering av gjennomføringsplanen og konsekvenser for styrets arbeid* ble det slått fast at gjennomføring av Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) sine strategier krever flytting av fokus fra organisatoriske og strukturelle endringer til implementering av strategiene med kontinuerlig forbedring som metode.

Saken viste til at vi i fremtiden, som en følge av den demografiske utviklingen, må håndtere flere pasienter per ansatt. Denne utfordringen kan bare i begrenset grad møtes med ytterligere effektivisering. Saken slo derfor fast at tilnærmingen må være å forbedre arbeidsprosessene, med fokus på pasienten, for å redusere feil, øke kvaliteten og prioritere aktivitet som gir

helsegevinst. Dette krever utvikling av gjennomgående system og kultur for ledelse av kontinuerlig forbedring, i tråd med *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

Styret gjorde følgende vedtak i saken:

1. *Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til vedtaket i sak 61/2016 Kontinuerlig forbedring – tentativ gjennomføringsplan for UNN, og godkjenner nå innrettingen på satsingen slik den er beskrevet i den foreliggende saken.*
2. *Styret viser til den nye forskriften Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og slår fast at satsingen som beskrives i denne saken er UNNs hovedtiltak for implementering av kravene i forskriften.*
3. *Styret godkjenner gjennomføringsplanen med tilhørende risikoreduserende tiltak samt de foreslåtte grunnleggende prinsippene for satsingen slik disse er foreslått i saken.*
4. *Styret viser til at det er nedsatt et underutvalg av styret som utreder styrets egen rolle i satsingen, og kommer på eget initiativ tilbake til dette i et senere møte.*
5. *Styret ber om at direktøren i samme møte legger frem en milepælsplan for gjennomføringen og en plan for evaluering av satsingen.*
6. *Styret erkjenner at dette er en langsiktig satsing som krever tålmodighet og tydelig kurs over mange år. Direktøren gis fullmakt til å gjøre mindre nødvendige justeringer i arbeidet underveis.*

Saken viste til en litteraturoversikter utarbeidet av Institute for Healthcare Improvement (IHI), og understreket at forbedring av måten ledelse utøves på er viktig for å lykkes. Fokus må rettes mot mellomledernes daglige arbeid, understøttet av et system for ledelse som klargjør oppgaver og ansvar for ledere på alle organisatoriske nivåer. Dette krever toppledere som tar ansvar på tvers av organisatoriske grenser, som engasjerer seg på grunnplanet med fokus på gjennomføring av virksomhetens strategier, og som sikrer åpenhet og transparens.

Gjennomføringsplanen som styret godkjente i sak 5/2017 inneholdt 12 punkter der tiltak innen blant annet lederutvikling- og opplæring sto sentralt. Saken redegjorde også for risikoreduserende tiltak. Arbeidet er påbegynt på de fleste områdene, men det har vært utfordrende å få til en samlet fremdrift, styring og koordinering av satsingen. Direktøren ser derfor behov for å styrke kompetansen i og ledelsen og koordineringen av arbeidet med kontinuerlig forbedring for å sikre fremdrift i gjennomføringen.

Formål

Formålet med denne saken er å forankre etablering av en felles støtteenhet for satsingen. Denne skal være UNNs kompetanseenhet for kontinuerlig forbedring. Saken gir i tillegg en kort orientering om status i arbeidet med gjennomføringsplanen og koordinering med styrets underutvalg.

Saksutredning

Status i oppfølging av gjennomføringsplanen

Det er gjort en gjennomgang av arbeidet med gjennomføringsplanen for kontinuerlig forbedring vedtatt i styresak 5/2007. Tabell 1 gir en grov oversikt over status i arbeidet.

Tabell 1: Gjennomføringsplan og status for Kontinuerlig forbedring (KF)

| | Tiltaksområde | Status i framdrift |
|----|--|---|
| 1. | Forankring i styret, risikovurdering av satsningen, etablering av grunnleggende prinsipper for arbeidet og utvikling av en plan for kommunikasjon ut i hele organisasjonen | <ul style="list-style-type: none"> • Styreseminar gjennomført, underutvalg etablert • Risikovurdering gjennomført, tiltak delvis iverksatt • Prinsipper etablert, ikke operasjonalisert • Kommunikasjonsplan ikke utarbeidet |
| 2. | Opplæring av direktørens ledergruppe i kontinuerlig forbedring som metode | <ul style="list-style-type: none"> • Påbegynt, hovedsakelig knyttet til læring gjennom ukentlige tavlemøter med metodestøtte fra KVALUT • Kompetansehevingstiltak videreføres i 2018 etter en systematisk kartlegging av kompetansen etter modell fra Region Hovedstaden Psykiatri (vedlegg 2). • Direktøren har meldt UNN inn i et europeisk læringsnettverk for ledere i sykehus som arbeider etter metoden. |
| 3. | Fornyset innsats rundt teambygging i direktørens ledergruppe | <ul style="list-style-type: none"> • Direktøren har gjennomført et omfattende arbeid med å styrke teamfunksjonen i direktørens ledergruppe med fokus på blant annet ansvar på tvers av organisatoriske grenser. Arbeidet videreføres innværende år med et forsterket fokus på metodekompetanse og nødvendig endring av ledernes arbeidsmåter og atferd. |
| 4. | Styrking av samarbeidet mellom ledelse, tillitsvalgte og vernetjenesten gjennom tiltak som utvikles i en partssammensatt arbeidsgruppe | <ul style="list-style-type: none"> • Prosess pågår, ikke fullført • Ikke koplet metodemessig til kontinuerlig forbedring |
| 5. | Revisjon av hovedindikatorene, knyttet opp mot hovedmålene i overordnet strategi | <ul style="list-style-type: none"> • Nye hovedindikatorer etablert for 2018. Avstemt mot risikostyring i Helse Nord • I det videre arbeidet er det behov for å knytte arbeidet med hovedindikatorer tettere opp mot kontinuerlig forbedring • Ikke god nok systematikk mellom organisatoriske nivåer • Ikke godt nok koplet til møte- og tavlestruktur |
| 6. | Implementering av tavlemøter i eksisterende møtestruktur | <ul style="list-style-type: none"> • Etablert i sykehusledelsen |

| | | |
|-----|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Etablert i mange enheter i UNN, men ikke etablert systematikk for sammenheng mellom organisatoriske nivåer og møterekkefølge |
| 7. | Revisjon av lederutviklingsprogrammet og program for opplæring av tillitsvalgte og verneombud med vektlegging av kontinuerlig forbedring som metode, samt utvikling av eget opplæringsprogram i kontinuerlig forbedring for fagpersonell | <ul style="list-style-type: none"> • Forbedringer gjennomført i eksisterende system • Tilbud delvis etablert • Mangler systematikk og plan for ulike organisatoriske nivåer og funksjoner (eks. LIS, nyansatte) • Helhetlig gjennomgående system må utvikles og det må etableres en utrullingsplan • Kompetanse må kartlegges |
| 8. | Reetablering av nettverk av kvalitetsrådgivere | <ul style="list-style-type: none"> • Etablert • Rolle i arbeidet med kontinuerlig forbedring ikke godt nok avklart |
| 9. | Etablering av et nytt og bedre system for håndtering av avvik | <ul style="list-style-type: none"> • Flere forbedringer i eksisterende system gjennomført • Helhetlig gjennomgående system fortsatt under utredning i KvalUt |
| 10. | Gjennomgang og forenkling av større arbeidsprosesser i sykehusledelsen | <ul style="list-style-type: none"> • Ikke påbegynt • Deler av arbeidet må avstemmes mot styrets underutvalg |
| 11. | Utarbeide en oversikt over pågående og planlagte større prosjekter i UNN og regionen og vurdere innføring av porteføljestyling | <ul style="list-style-type: none"> • Ikke påbegynt • Under etablering i Helse Nord, må avstemmes mot dette arbeidet |
| 12. | Utvikle en evalueringsplan for satsningen | <ul style="list-style-type: none"> • Ikke påbegynt |

Vedlegg 1 viser en skisse for en mer detaljert tiltaks-, milepæls- og evalueringsplan.

Etablering av støtteenhet for arbeidet med kontinuerlig forbedring

Statusgjennomgangen av gjennomføringsplanen viser at det på flere områder og i deler av organisasjonen har vært jobbet godt det siste året med innføring av kontinuerlig forbedring som metode, men at det så langt ikke har lyktes å få til god nok prioritering, fremdrift og samordning av satsingen.

UNN har i dag én seniorrådgiver ansatt i direktørens stab med utviklingen av kontinuerlig forbedring som hovedoppgave, og Kvalitetsavdelingen i Kvalitets- og utviklingssenteret (KvalUt) har en viktig rolle. Dette gjelder særlig i de delene av satsingen som er direkte rettet mot pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid i pasientbehandlingen. Ansvar for prosessen er utover dette distribuert i organisasjonen.

Direktøren har innhentet erfaringer og råd vedrørende organisering av satsingen fra sykehus som har ledet an i arbeidet med å utvikle metoden og oppnådd internasjonal anerkjennelse for dette. De viktigste er Virginia Mason i Seattle, ThedaCare i Wisconsin, NHS Highland i Skottland, East London NHS, Landspítali i Reykjavik, Helsinki US og Region Hovedstaden Psykiatri i Danmark. Erfaringene kan oppsummeres slik:

- Alle har etablert en felles støtteenhet
- Denne er plassert tett på øverste ledelse og synliggjort i organisasjonen slik at den gjenspeiler styrets og direktørens prioritering av satsingen og forventninger til resultat
- Enheten har i oppstartfasen utviklings- og koordineringsoppgaver
- Enheten tar etter hvert ansvar for drift av noen felles støttefunksjoner som for eksempel prosjektporteføljestyling, brukermedvirkning i satsingen og metodeopplæring for ledere og ansatte
- Enheten har kompetanse i blant annet forbedringsmetodikk, organisasjonsforståelse, helsefag, sykehus, ledelse, pedagogikk, analyse og kommunikasjon
- Vanlig antall ansatte er fem til syv avhengig av sykehusets størrelse. Enheten kan bygges opp med en kombinasjon av fast ansatte og personell som roterer til enheten
- Andre støttefunksjoner (i UNN Stabssenteret, KvalUt, Drift- og eiendomssenteret) må innrettes slik at også disse understøtter kontinuerlig forbedring. Det må gradvis utvikles en tydelig arbeidsdeling mellom støttefunksjonene
- Alle har knyttet seg til en ekstern samarbeidspartner, som for eksempel IHI, for tilgang på forskningsbasert grunnlag for kompetansebygging, nettverk og rådgivning

Direktøren gjennomførte 13.12.17 en workshop for kvalitetsrådgivere, klinikk- og senterledere, tillitsvalgte/vernetjeneste, avdelingsledere og andre ressurspersoner i nåværende støttefunksjoner. 35 medarbeidere deltok.

Tre problemstillinger ble belyst både gjennom gruppearbeid og plenumsdiskusjoner:

1. *Hvilke kompetanser er nødvendig for å gjennomføre UNN sin satsing innen kontinuerlig forbedring?*

Det ble gitt innspill på nødvendige og prioriterte kompetanser i gruppearbeid. Deretter ble deltakerne i plenum bedt om å prioriter fem kompetanseområder. Følgende ble prioritert: Ledelse, organisasjonspsykologi, forbedringsmetodikk, pedagogikk og kommunikasjon («oversettelseskunnskap»).

2. *Hvordan kan den nødvendig kompetansen skaffes til veie?*

Gruppen mente at de beskrevne kompetanseområdene kan rekrutteres internt i UNN. Det ble likevel ansett som viktig å ikke tappe andre organisatoriske enheter for kompetanse, og derfor anbefalt å vurdere ekstern utlysning av stillinger i støtteenheten slik at denne eventuelt kan bemannes med en kombinasjon av internt og eksternt rekruttert kompetanse. På sikt kan det være aktuelt at kompetansebehov dekkes med rotasjon til forbedringsenheten ut fra hvilke arbeidsoppgaver som skal utføres.

3. *Hvordan kan en felles støttefunksjon for kontinuerlig forbedring best organiseres på foretaksnivået?*

Enheten må fokusere på utvikling av kontinuerlig forbedring på foretaksnivået, og må samarbeide tett med klinikkene (forbedringsagenter og kvalitetsrådgivere). Spesielt

viktig at kunnskaps- og erfaringsoverføring vektlegges samt at grenseflaten mellom denne og andre stabsenheter er tydelig.

Avklaring av styrets rolle i satsingen

Etter forrige behandling i sak 5/2017 er det gjennomført to styreseminarer (20.6. og 15.11.2017). Styrets underutvalg for kontinuerlig forbedring har arbeidet med utgangspunkt i styreseminarene. Disse har hatt som hovedfokus å forankre satsingen i styret og å utvikle styrets rolle, med særlig fokus på å definere kritiske arbeidsprosesser i styret med relevans for satsingen. Utvalget har hatt som mål å etablere et sterkere strategisk fokus i styrearbeidet, og å definere prosesser og eventuelt indikatorer som kan understøtte et slikt fokus. Arbeidet pågår fortsatt, og må koordineres opp mot arbeidet med satsingen for øvrig.

Medvirkning

Det har vært en omfattende utrednings- og beslutningsprosess i saken, som opprinnelig var planlagt som orienteringssak i styret sist høst. Medvirkning og involvering ble styrket gjennom presentasjoner, innspill, diskusjoner og workshops på mange av UNNs møteplasser, i perioden fram til styremøtet i februar 2018 ref. vedlegg 3.

Saken er forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting i eget møte 31.1.2018, og forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg og arbeidsmiljøutvalget henholdsvis 29. og 31. s.m. Samtlige møter ga sin tilslutning til saken, og at den fremmes til endelig forankring i styret.

Vurdering

Kontinuerlig forbedring er en langsiktig satsning med tidshorisont på 10 år. Direktøren mener at forankringen av satsingen i styret og toppledelsen er bedret gjennom 2017 som følge av ulike prosesser, blant annet i styreseminarer og ulike arbeidsprosesser i direktørens ledergruppe.

Statusgjennomgangen av gjennomføringsplanen viser at arbeidet er påbegynt og/eller delvis gjennomført på mange av punktene, men i varierende grad i de forskjellige delene av organisasjonen. Det er direktørens vurdering at det nå er behov for ytterligere tiltak for å oppnå nødvendig fokus, systematikk og framdrift i arbeidet. Tilgang på dedikerte og samlede ressurser med kompetanse for koordinering av satsingen, vurderes som nødvendig for å oppnå ønsket fremdrift.

Direktøren registrer at de fleste sykehus som virkelig har lyktes med kontinuerlig forbedring, har koordinert arbeidet gjennom en felles støtteenhet. Det er direktørens vurdering at vi ved å omprioritere og samle ressurser i en slik enhet, øker sannsynligheten for å lykkes.

Forbedringsarbeidet må først og fremst gjennomføres i klinikkene, men det er et mål at også Drift- og eiendomssenteret, Stabssenteret, KvalUt og direktøren skal anvende kontinuerlig forbedring som metode for å forbedre og forenkle sine arbeidsprosesser. Andre sykehus har etablert en slik stab koplet tett på foretaksledelsen, og vurdert dette som avgjørende for å bygge gjennomgående system og kultur for kontinuerlig forbedring.

Forbedringsenheten skal i første omgang ha som oppgave å lede og koordinere implementeringen, herunder utvikle tiltak basert på vedtatt gjennomføringsplan og de risikoreduserende tiltak. Direktøren vurderer rådene fra workshopen 13.12.2017 vedrørende nødvendig kompetanse som relevante og dekkende, og planlegger å følge disse. Det er av

avgjørende betydning at enheten og de sentra som har tilstøtende oppgaver, samarbeider godt og at arbeidsdelingen er tydelig og klart definert. Arbeidsdelingen må utvikles i samarbeid mellom lederen for støtteenheten og senterlederne når enheten er etablert.

Direktøren vurderer det som vesentlig at støtteenheten skal legge til rette for bruk av kontinuerlig forbedring som metode ikke bare i pasientbehandlingen, men i arbeidsprosesser i hele virksomheten. Det er samtidig ønskelig gjennom enhetens organisatoriske innplassering å gi et tydelig signal om at kontinuerlig forbedring er styrets og direktørens viktigste tiltak for implementering av UNNs strategier de nærmeste årene. Enheten planlegges derfor organisert som en del av direktørens stab, med en leder som rapporterer direkte til administrerende direktør.

Det er direktørens foreløpige vurdering at enheten bør bestå av tre til fem ansatte. Dette må vurderes fortløpende, blant annet ut fra hvilken kompetanse det lykkes å skaffe til veie. Stillingene planlegges utlyst internt i første omgang og om nødvendig eksternt i en andre utlysingsrunde.

Enheten etableres ikke for å løse nye arbeidsoppgaver, men for å samle komplementær og nødvendig kompetanse for å oppnå et koordinert og systematisk arbeid med videre gjennomføring av handlingsplanen. Det vil stå sentralt at mange av dagens arbeidsprosesser skal ledes og løses på en annerledes og mer hensiktsmessig måte enn i dag, med fokus på det som har verdi for pasientene.

Finansieringen planlegges løst med omdisponering av midler innenfor vedtatt budsjett, gjennom budsjettmessige justeringer mellom Drift- og eiendomssenteret, Stabssenteret, Kvalitets- og utviklingscenteret og direktørens stab.

Konklusjon

Direktøren anbefaler at styret tar orienteringen om etablering av en felles støtteenhet til etterretning. Støtteenhet gis i oppdrag å utarbeide en tiltaks-, milepæls- og evalueringsplan for det videre arbeidet, hvor også styres arbeidsutvalgs prosesser innarbeides.

Styret skal holdes løpende orientert om videre fremdriften i arbeidet med kontinuerlig forbedring.

Tromsø, 2.2.2018

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg 1: Skisse for tiltaks-, milepæls- og evalueringsplan

Vedlegg 2: Illustrasjon av ulike nivå og våre ambisjoner i forbedringsarbeidet
(Kilde: Region Hovedstaden Psykiatri 2017).

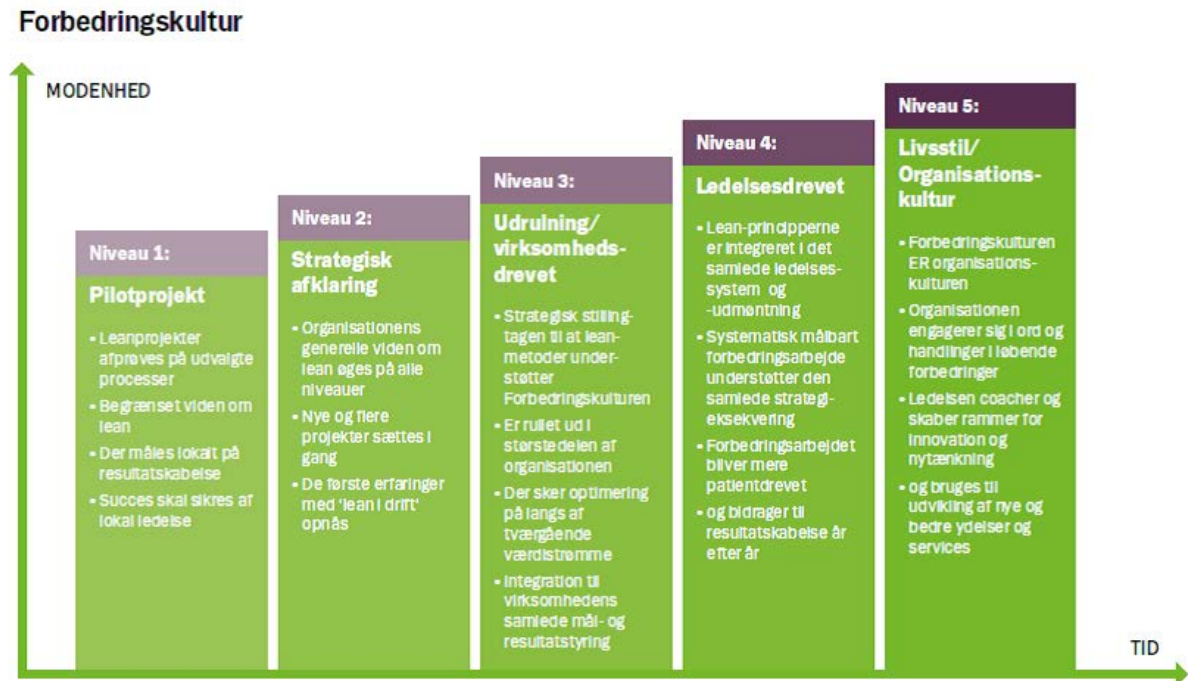
Vedlegg 3: Prosess i utrednings- og beslutningsfasen

Sak 9/2018 - vedlegg 1

| Tiltaksområde | Tiltak | Involverte | 2018 | 2019 | 2020 | → | Milepæler | Evaluering |
|---------------------|--|---|------|------|------|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Forankring i styret | Koordinert aktivitet m/ arbeidsutv. styret | AD, KF, styret | | | | | Årlig orientering/seminar | Styresak |
| Risikovurdering | Risikoreducerende tiltak | KF, FTV/FVO, BU | | | | | | Sjekkliste |
| Prinsipper | Operasjonaliseres av ansatte. Formidle | KF, stabssenter | | | | | | Styresak |
| Kommunikasjonsplan | Koordinert med ny plan | KF, Kommunikasjonsavd. | | | | | Ferdigstilt plan | Måle bruk av nettside |
| Metodeopplæring LG | Kompetansekartlegg. Opplæringsplan | KF, stab, Kvalut, nettverk | | | | | Kartlegging gjort Opplæringsplan OK | Kartlegging med jevne mellomrom |
| Teambygging LG | Kople teamarbeid til KF | AD, eksterne, KF | | | | | | Se over |
| Partssamarbeid | Kople partssamarb og KF | AD, FTV/FVO, BU, KF | | | | | Beslutning AD | |
| Hovedindikatorer | Prosess der mål koples til strategi | AD, eksterne, KF, stab, Kvalut, FTV/FVO, BU | | | | | Indikatorer satt Småskala (klinikk) | PDSA |
| Tavlemøter | Helhetl. system, struktur, standard | AD, KF, nettverk, Kvalut, stab | | | | | Småskalatest (en klinikk) | PDSA |
| Opplæring | Koordinert med lederutv., differensiert | KF, stab, Kvalut, DES, FTV/FVO | | | | | Kartlegging gjort Opplæringsplan OK | Egenevaluering Gjentatt kartlegg. |
| Nettverk | Rolle – og ressursavklaring | AD, KF | | | | | Beslutning AD Rolleavklaring OK | Egenevaluering Gjentatt kartlegg. |
| Avvikssystem | Overordnet system/overbygning | AD, KF, KU, Kvalut, DES, Stab, BU | | | | | Vedtak Implementering | Styresak |
| Forenkle prosesser | Verdistrømskartl. Koord. Med styret | AD, Styret, KF, Kvalut, nettverk, FTV/FVO | | | | | Vedtak prosesser Prosjekt gjennomført | Indikatorer etableres i hver «strøm» |
| Prosjektportefølje | Vurdere porteføljestyring | AD, KF, Kvalut, stab, DES | | | | | Beslutning AD | |
| Evalueringsplan | Legge plan og følge opp | AD, KF, styret, FTV/FVO, | | | | | Plan vedtatt | Kontinuerlig justering |



Forbedringskultur, sammenheng mellom modenhet og tid



Utrednings/ - og beslutningsfase

| Uke | Dato | Arena | Innhold |
|--------|--------|-----------------------|--|
| Uke 46 | 17.11. | FTV og FVO | Muntlig orientering om prosessen fram mot styresak |
| Uke 47 | 21.11. | Ledermøte | Muntlig orientering om prosessen fram mot styresak |
| Uke 48 | 28.11. | Stabsmøte | Muntlig orientering om prosessen fram mot styresak |
| | 28.11. | Kvalitetsutvalget | Muntlig orientering om prosessen fram mot styresak |
| | 29.11. | AMU | Muntlig orientering om prosessen fram mot styresak |
| Uke 50 | 13.12. | Innspillsfase - start | Workshop #1 |
| Uke 2 | 12.01. | Innspillsfase - slutt | Workshop #2 (ved behov) |
| Uke 3 | 16.01. | Stabsmøte | Muntlig orientering om status |
| | 16.01. | Kvalitetsutvalget | Muntlig orientering om status |
| Uke 4 | 23.01. | Ledermøte | Behandle styresak |
| Uke 5 | 29.01. | BAU? | Behandle styresak |
| | 30.01. | Stabsmøte | Forberede styresak |
| | 30.01. | FTV og FVO | Drøfte styresak |
| | 31.01. | AMU | Behandle styresak |
| Uke 7 | 15.02. | Styremøte | Behandle styresak |