

utredningsserie



# Statens helsetilsyn

**2-98**

**KVALITETSSTYRTE HELSEORGANISASJONER  
– TIL DEG SOM LEDER**



**IK-2615**

## Forord

Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (IK-2482), ble utgitt i februar 1995. Dokumentet klargjør ansvar og oppgaver i den nasjonale satsingen på kvalitetsutvikling for å motivere alle aktører til å delta etter en samlet plan. Det overordnede mål i strategien er at alle virksomheter innen norsk helsetjeneste skal ha etablert helhetlige og effektive internkontroll-/kvalitetssystemer innen år 2000.

I følge lov om statlig tilsyn med helsetjenesten skal enhver som yter helsetjenester etablere internkontroll for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift. Det lovpålagte internkontrollsystemet vil utgjøre de bærende deler av virksomhetens kvalitetssystem og danner således minimumskrav til innhold i et hvert system i helsetjenesten.

Statens helsetilsyn er ansvarlig for gjennomføring og oppfølging av Nasjonal strategi. Dette ansvaret innebærer å være pådriver for, samt gi råd og veiledning om, kvalitetsarbeid i helsetjenesten på en slik måte at virksomhetene har effektive og helhetlige kvalitetssystemer innen år 2000. Erfaringen fra dette arbeidet har vist at det er et stort behov for informasjons- og veiledningsmaterieell om kvalitetsutvikling. Helsetjenesten etterspør både teoretisk grunnlagsdokumentasjon og praktiske eksempler på bruk av verktøy og teknikker for å komme igang med kvalitetsarbeidet på en systematisk måte.

De fem regionsykehusene og Vest-Agder Sentralsykehus etablerte i 1995 et samarbeidsprosjekt "Kvalitetsutvikling i helseregionene". Prosjektet har vært delfinansiert av Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i tre år. Utredningene:

- «Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder» og
- «Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som medarbeider»

er et resultatet av samarbeidsprosjektets mange satsinger. Hensikten med utredningene er å bistå helsetjenesten med hjelpemidler i systematisk forbedringsarbeid. Den første utredningen tar for seg filosofi, grunnprinsipper og metoder i kvalitetsarbeidet fra et lederperspektiv. Den andre er myntet på medarbeiderne og tilbyr verktøy og teknikker i praktisk forbedringsarbeid.

Helsetilsynet vil gjøre oppmerksom på at utredningene ikke omfatter beskrivelse av myndighetskravene. Som et supplement til utredningene anbefales helsetjenesten å nyttiggjøre seg sammenstillingen av gjeldende regelverk som er lagt ut på Helsetilsynets hjemmesider ([www.helsetilsynet.no/](http://www.helsetilsynet.no/)) og som vil bli tilgjengelig som trykksak fra Helsetilsynet.

Statens helsetilsyn ønsker å takke arbeidsgruppens medlemmer for deres innsats og engasjement i utarbeidelsen av disse utredningene. Helsetilsynet anser utredningene for å være meget nyttige dokumenter for helsetjenestens arbeid med kvalitetsutvikling og etablering av helhetlige og effektive internkontroll/kvalitetssystemer innen år 2000.

Lykke til med kvalitetsarbeidet!

Oslo, mars 1998

Anne Alvik  
helsedirektør

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1 Du trenger ikke å være dårlig for å bli bedre</b>	<b>4</b>
<b>2 Kvalitetsledelse</b>	<b>5</b>
Bakgrunn	5
Verdier og mål	5
Det som kjennetegner kvalitetsstyrt helsetjeneste er	6
Brukerfokus	7
Systematisk forbedring av sentrale prosesser	9
Helhetlig lederskap og tverrfaglig samarbeid	10
Fokus på erfaringslæring	12
<b>3 Hva styrer kvalitet</b>	<b>15</b>
Generelt	15
Hva er et kvalitetssystem	16
Struktur for styrende dokumentasjon i sykehus	17
Struktur for styrende dokumentasjon i kommunehelsetjenesten	19
<b>4 Hvordan bli en kvalitetsstyrt organisasjon</b>	<b>20</b>
<b>5 Bevisstgjøringsfase - lederoppgaver</b>	<b>21</b>
Motstand mot endring	22
Utfordringer til diskusjon	22
<b>6 Kartleggingsfasen</b>	<b>24</b>
Kartlegging på overordnet organisasjonsnivå – en lederoppgave –	25
Kartlegging av kliniske prosesser	27
Kartlegging av de viktigste områdene	28
Mål	28
Organisasjon	28
Kritiske prosesser som ofte skaper flaskehalser	29
<b>7 Innføring av kvalitetsledelse</b>	<b>30</b>
Lederoppgaver i en innføringsfase	30
Ulike opplæringsmetoder	31
Bruk av konsulenter	34
<b>8 Integrering av kvalitetsledelse</b>	<b>36</b>
Lederoppgaver i en integreringsfase	36
<b>9 Litteraturliste</b>	<b>37</b>
<b>10 Liste over figurer</b>	<b>38</b>

# 1 Du trenger ikke å være dårlig for å bli bedre

Norsk helsetjeneste består overveiende av motiverte og kompetente fagfolk som arbeider for pasientens beste. Det er likevel rom for å gjøre forbedringer i helseorganisasjoners interne organisering. Man trenger ikke være dårlig for å bli bedre. Helsetjenesten består av komplekse kunnskapsbedrifter, og både kunnskapsutvikling og krav fra våre brukere er faktorer som gjør at bedriftene bør drive et kontinuerlig forbedringsarbeid.

De fem regionsykehusene og Vest-Agder Sentralsykehus har etablert et samarbeidsprosjekt «Kvalitetsutvikling i helseregionene». Hensikten med samarbeidet er å utvikle og utprøve kvalitetsfremmende metoder som er tilpasset norsk helsetjeneste. En av deloppgavene i prosjektet har vært å utarbeide hjelpemidler for systematisk forbedringsarbeid i form av veiledningshefter.

Dette heftet har fokus på administrative rutiner, tverrfaglig samarbeid og pasientflyt. Samtidig bør det nevnes at i en velfungerende organisasjon, hvor man slipper å bruke tid på ting som ikke fungerer/forsinker oss, har man anledning til å bruke mer tid på fag og fagutvikling.

Systematisk fremgangsmåte er ikke noe nytt for helsepersonell, og vektlegges i de ulike fagdisipliner i stor grad. Målet er at vi skal bruke tilsvarende fremgangsmåte for å utvikle organisasjonen som helhet, med fokus på organisasjons-, samspill- og ledelsesforhold.

Dette heftet er ikke noen lærebok i tradisjonell forstand, men kan brukes som inspirasjonskilde og hjelpemiddel.

Veilederen er skrevet av en arbeidsgruppe bestående av:

Anna María Andrésdóttir, Vest-Agder Sentralsykehus, leder

Hans Petter Bergseth, Regionsykehuset i Tromsø

Gro Sævil Helljesen, Haukeland Sykehus

Elisabeth T. Svärd, Rikshospitalet

Direktørene fra de samarbeidende sykehus ønsker å takke arbeidsgruppens medlemmer for et arbeid som klart viser fruktbarheten av samarbeid institusjoner imellom.

Lykke til med forbedringsarbeidet!

Åge Danielsen,  
Rikshospitalet

Egil Haugland,  
Haukeland Sykehus

Karl-Arne Johannessen,  
Ullevål Sykehus

Inge Romslo,  
Regionsykehuset i Trondheim

Knut Schrøder,  
Regionsykehuset i Tromsø

Anders Wahlstedt,  
Vest-Agder Sentralsykehus

## 2 Kvalitetsledelse

### Bakgrunn

Kvalitetsledelse ble introdusert i norsk helsetjeneste gjennom tilslutningene til Verdens helseorganisasjons strategi «Helse for alle innen år 2000». Et av delmålene omhandler utviklingen av effektive systemer som overvåker og garanterer kvaliteten i helsevesenet. Myndighetene har siden fulgt opp dette mål bl.a. gjennom:

- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, §3 - internkontrollplikten
- Stortingsmelding nr. 50 «Samarbeid og styring». Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste
- Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten
- NOU 1997:2 «Pasienten først»
- Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

I helsesektoren har det i årenes løp vært ulike ledelsesfilosofier og tilnæringsmåter til ledelse. Det har vært aktivitetsstyring som er oppgaveorientert; regelstyring som er rettferdighet og sikkerhetsorientert; målstyring som er resultatorientert. Disse har, hver for seg, konsentrert seg om deler av det som skjer i en organisasjon. Kvalitetsledelse tar hensyn til og bruker fordelene fra alle tilnæringsmåtene, men tilstreber en helhetsstyring som er først og fremst organisasjonsorientert, med fokus på prosesser og brukere.

Kvalitetsledelse er en ledelsesfilosofi som gjennom strategisk ledelse ønsker å oppnå en vedvarende forbedring av de prosesser som er av verdi for brukere, medarbeidere, og samfunnet som eier.

I dette hefte blir begrepene Total kvalitetsledelse, kvalitetsledelse og kvalitetsstyring brukt om hverandre. Meningsinnholdet i de tre begrepene er så sammenfallende at differensiering i denne sammenheng er unødvendig.

### Verdier og mål

Å sikre tilfredsstillende kvalitet står sentralt i målsettingene for helsetjenesten. Dette innebærer trygghet for brukerne ved å oppnå ønskede resultater med minst mulig risiko. Eksempelvis, kan sikker og rask diagnose, helbredelse, bedring, lindring eller mestring være slike resultater. Hvordan den enkelte pasient eller bruker selv opplever resultatet og kontakten med helsetjenesten er også uttrykk for kvalitet.

Kvalitet har sammenheng med bruk av ressurser. Tilgjengelige ressurser bør brukes så effektivt som mulig. Det samme gjelder for ansatte der arbeidsmiljøet er grunnleggende for å trives og gjøre en god jobb.

Kvalitet handler også om å ivareta nødvendig helhet og kontinuitet i tjenesten. Samhandling mellom avdelinger, profesjoner, faggrupper, nivåer og andre deler av helsetjenesten er et viktig kjennetegn ved en kvalitetsledet helsetjeneste.

I helsevesenet har profesjonstilhørighet lange tradisjoner. Hver faggruppe har sin kultur, sine verdier, sitt språk, holdninger og adferd. Ulikhetene har ført til bruk av ressurser til unødig kappestrid faggrupper i mellom. I kvalitetsstyrte organisasjoner ønsker man å bygge på felles

verdier for hele organisasjonen og i mindre grad på den enkelte profesjons verdier alene.

### **Hvilke verdier vektlegger din organisasjon?**

Organisasjonens verdier kommer til syne i vårt møte med pasienter, ikke hva sies eller skrives i retningslinjer eller viljeserklæringer. Verdiene må omsettes til handlinger mellom personer, profesjoner og avdelinger.

## **Det som kjennetegner kvalitetsstyrt helsetjeneste er**

### **⇒ Pasient-/brukerfokus**

- Fokus på pasientens forløp gjennom helsetjenestens ulike nivåer
- Medbestemmelse, innflytelse og opplevelse

### **⇒ Systematisk forbedring av alle prosesser**

- Sentrale prosesser er kartlagt og systematisk forbedret
- Optimalisering av ressurser
- Organisasjonsutvikling
- Effektivitet

### **⇒ Helhetlig lederskap/tverrfaglig samarbeid**

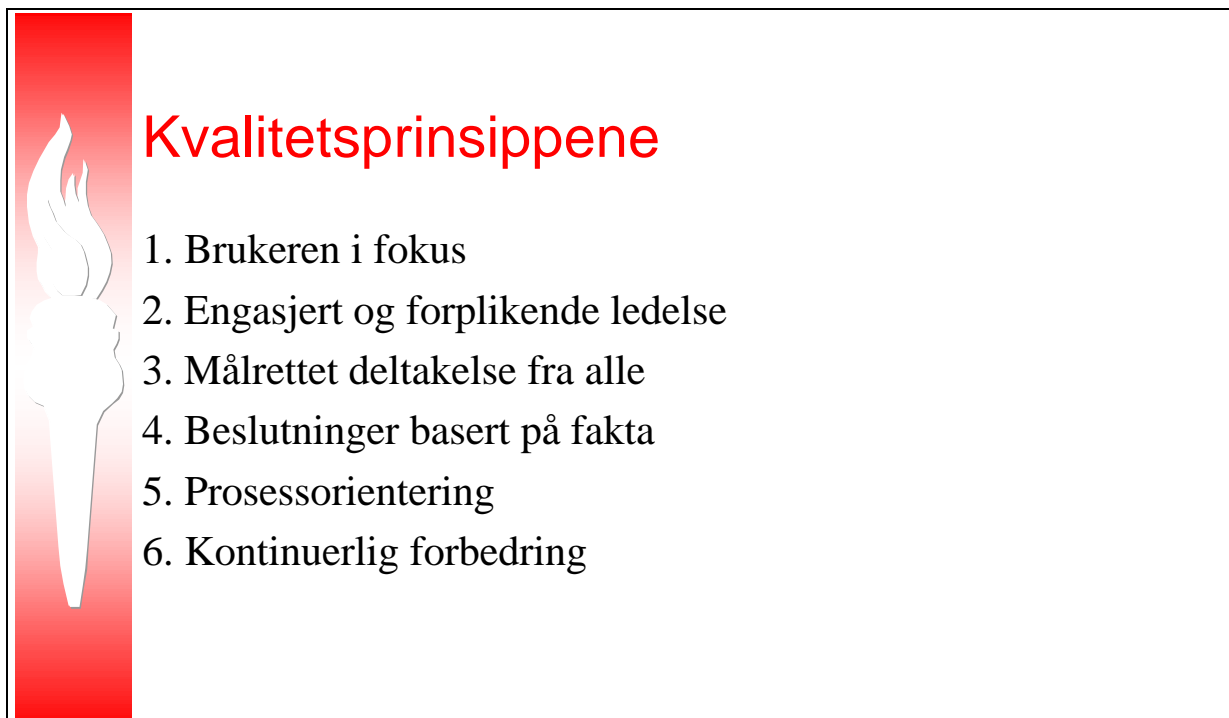
- Fokus på lederansvar og lederrolle
- Faktabaserte beslutninger
- Deltakelse fra alle ansatte
- Samarbeid over fag- og avdelingsgrenser

### **⇒ Fokus på erfaringslæring og felles organisasjonskultur**

- Egenutvikling
- Informasjonsflyt er kartlagt
- Fornuftig, nødvendig dokumentasjon til bruk i hverdagen

Det er underordnet hvor mange «punkter» de forskjellige instanser bruker for å kjennetegne kvalitetsledelse, hvis innholdet er det samme.

Statens helsetilsyn bruker for eksempel følgende «punkter» i sin opplæring.



Figur 1: Statens helsetilsyn – "Kvalitetsprinsippene"

## Brukerfokus

### Vår viktigste bruker i helsetjenesten er pasienten.

Det er generell motstand i helsetjenesten mot å definere pasienter som «kunder». Pasienter søker helsetjenesten fordi de må, ikke fordi de har «lyst». Pasienten har ikke fritt valg. En pasient er heller ikke i likeverdig posisjon overfor en helsearbeider, for pasienten har begrensede muligheter til å bedømme kvaliteten på de faglige tjenester han mottar.

I dette heftet velger vi å bruke begrepet «bruker» om det som ellers i kvalitetslitteraturen går under navnet «kunde»(customer). Brukere av helsetjeneste består både av interne og eksterne brukere.

Eksterne brukere er pasienten og pårørende. I tillegg kan det kan være andre samarbeidspartnere utenfor egen organisasjon; f. eks er primærhelsetjenesten bruker av sykehus og vise versa. Likeledes bruker høgskoler og universiteter helsetjenesten som arena for kliniske studier.

I de senere år har helsetjenesten opplevd økende krav til bedre «brukerbehandling» både fra pasienten selv, pårørende, media og politikere. Et økende antall pasientklager, rettssaker og reklamasjoner de senere år forsterker dette. Både blant pasienter, ansatte og i den offentlige debatt foregår det daglig diskusjoner om hvorvidt virksomheten i helsetjenesten foregår på en formålstjenlig og god måte. Det gjøres i dag flere og hyppige brukerundersøkelser og systematiske kartlegginger av pasient-/brukertilfredshet. Ønsket er å få kunnskap og

tilbakemelding om hvordan organisasjonen møter brukerens krav, behov og forventninger.

I de senere år - som en forlengelse av brukerperspektivet, har det vokst frem en overbevisning om at pasientenes vurdering av og tilfredshet med den medisinske behandling er en meget viktig del av det totale resultatet.

I NOU 1997: Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus skrives følgende:

**«PASIENTEN FØRST!**

*Pasientens behov er utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie. Dette skal prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester. Helsepersonell må først og fremst anerkjennes for og ansføres til innsats for pasientenes ve og vel. Medarbeidere i helsetjenesten må stadig utvikle nye muligheter for å fremme helse, hjelpe pasientene og bedre rutineene.*

**1. Tilgjengelighet**

*Helsetjenester skal være likeverdige og lette å komme til, tilbudet oversiktlig og kostnadene overkommelige*

**2. Lydhørhet**

*Helsepersonell skal møte pasienten med respekt og ta den sykes symptomer og beskrivelser av sine lidelser på alvor. Helsepersonell er spesialister på sine fag - pasienter er spesialister på sine liv.*

**3. Faglighet**

*Undersøkelser og behandling skal bygges på kunnskap som er ajour.*

**4. Forsvarlighet**

*Behandling skal være medisinsk begrunnet, gis raskt, være virksom, lindre smerte og dempe bivirkninger. Medikalisering skal begrenses og pasientene hjelpes til å forstå og mestre sin lidelse ved forebygging, behandling og rehabilitering.*

**5. Ansvarlighet**

*Pasienten bør ha én ansvarlig person å forholde seg til og slippe stadig å gjenta sin historie. Ved behov skal pasienten henvises videre, og det skal være et organisert samarbeid mellom leddene i behandlingen. Informasjon skal være fyllestgjørende og formidlingen av den systematisert. Pasienten har rett til innsyn og medbestemmelse.*

**6. Punktlighet**

*En avtale er en tosidig kontrakt, som forplikter helsepersonellet til å holde tider like mye som pasienten. Avvik skal tidlig meddeles og begrunnes. Saksgangen skal ikke forsinke eller forspille behandlingsmuligheter.*

**7. Åpenhet**

*Pasient og pårørende skal få relevante opplysninger - om hva situasjonen er, hva som bør gjøres, når og hvorfor - så tidlig som mulig og i forståelig form. Pasienten skal lett få vite hvor saken står.*

**8. Helhet**

*En pasient er mer enn et kasus. Pasienten kan ha et symptom, men er en hel person - et medmenneske som skal behandles med takt og diskresjon slik at deres verdighet ivaretas, angst møtes og integritet respekteres.*

**9. Vennlighet**

*Pasienter skal møtes med følsomhet og innlevelse og pårørende gjerne trekkes med i behandling og pleie. Innsikt om sykdom og utsikter skal gis slik at den gir mestring og trygghet. Pasienter og pårørende skal gis oppmuntring og mot på livet, og omsorg og nærhet når alvorlige diagnoser må meddeles.*



## 10. Gjensidighet

Personalet skal opptre med aktelse overfor hverandre, slik at det fremmer godt arbeidsmiljø, arbeids glede og derved tillit hos pasientene.

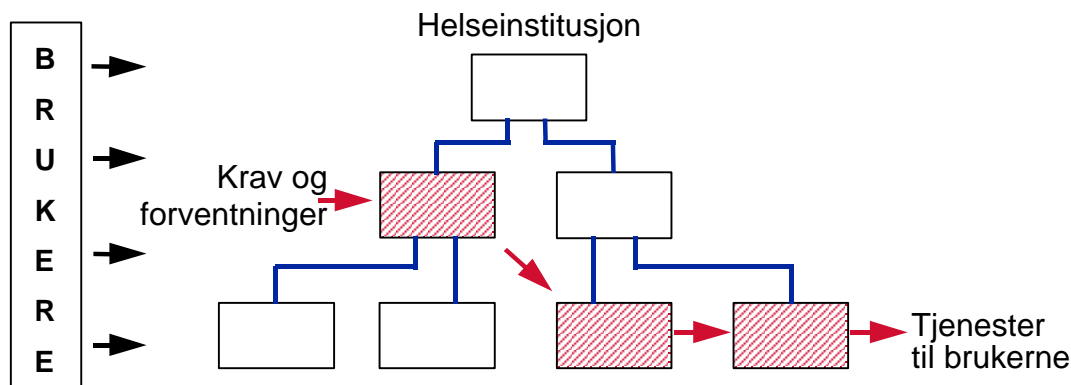
### **PASIENTEN FØRST - OG SIST!**

De krav som stilles til i disse punktene kommer til å ha meget stor virkning på helsetjenesten i årene fremover.

Interne brukere kan være: andre helsearbeidere, avdelinger, seksjoner internt i organisasjonen o.l. Ansatte i de forskjellige enhetene er interne brukere for hverandre i ulike deler av organisasjonene og har krav og forventninger til hverandre. Det er viktig å fokusere på de andre mer service orienterte oppgaver innen organisasjonen for å sikre samhandling, koordinering og kontinuitet. Disse tjenestene støtter oppunder organisasjonenes faglige virksomhet.

Økt spesialisering har ført til økt behov for koordinering i helsetjenesten. Derfor må fagområder og avdelinger se sin virksomhet i sammenheng og samspill med hverandre.

### **Proessen, ikke organisasjonen, tilfredsstiller brukerne.**



- Verdiskapning skjer på tvers, uavhengig av avdelinger og nivåer.
- Kvalitetssvikt og flaskehals oppstår ofte i overganger (se piler).

Figur 2: Prosessen, ikke organisasjonen, tilfredsstiller brukerne, kilde: Statens helsetilsyn.

## Systematisk forbedring av sentrale prosesser

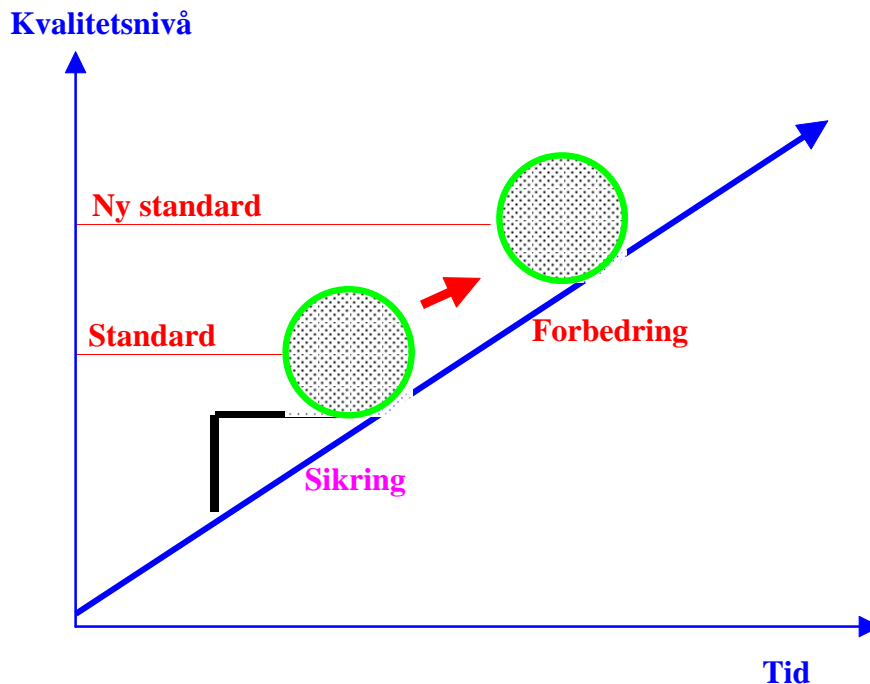
«Prosesser er broen mellom menneskelig aktivitet og resultat».

I systematisk forbedringsarbeid er det viktig å fokusere på kjerneprosessene i helsetjenesten. Hvilke prosesser er dette? Hva påvirker disse og hvem deltar? Hvordan kan prosessene analyseres og forbedres? Man må synliggjøre hver enkelt prosess for å kunne se og analysere

hvor flaskehalsen forekommer, og hvor man bør sette inn tiltak til forbedring.

En må skape en forståelse av systemtenking i organisasjonen og synliggjøre behovet for å redusere variasjoner i prosesser. Ledere må fokusere på systemforbedringer og ikke rette fokus på enkeltindivider. Kvalitetsarbeid medvirker dermed til å utvikle virksomheten og de ulike fag.

Når innlærte arbeidsmåter legges om, hender det, etter en tid at man faller tilbake til den gamle måte. Ofte skyldes dette at endringene ikke er fulgt opp med endring i prosedyrer og retningslinjer (kvalitetssikret).



Figur 3: Sammenheng mellom forbedring og sikring

## Helhetlig lederskap og tverrfaglig samarbeid

Helsesektoren er i stor grad sammensatt av autonome tjenester med utgangspunkt i hvilken profesjon som utfører hvilke tiltak. Utfordringen ligger i å flytte tilnærmingen fra profesjonsorientering til pasientorientering også innefor våre organisasjons- og ledelsesstrukturer. Kvalitetsledelse betinger stor grad av teamledelse. Når kompleksiteten i arbeidsoppgavene øker, betyr dette at kravet til samarbeid også øker.

Dagens utfordringer i helsetjenesten krever ledere som er pådrivere. Ledere som kan skape en trygg, åpen og fremtidsrettet organisasjon. Tverrfaglig samarbeid kan bidra med flere ulike innfallsvinkler til å utvikle et mer pasientorientert helsetjeneste.

De som utøver lederskap stoler på sine medarbeidere, og målet er å komme fram til at den enkelte ansattes erfaring, trivsel og ferdighet må bli verdsatt og anvendt i et felles samarbeid til beste for pasienten.

Engasjement fra toppledelsen og administrative ledere er ikke nok for å få til en endringsprosess i organisasjonen. Avdelingsledere som har ansvar for organisasjonens

kjernevirksomhet må involveres fra starten av, og være deltakende underveis. Kvalitetsutvikling er et ledelsesansvar og må være integrert i linjen. Ledere må identifisere hvilken kultur som preger organisasjonen/avdelingen og hvilke kulturer og subkulturer man eventuelt ønsker endret. Organisasjonskulturen er det som skjer bak det formelle organisasjonskart og forklarer menneskers atferd i en organisasjon. Det er lederens sentrale rolle å forme og utvikle kulturen. Individene i organisasjonen er bærere av kulturen.

I en kvalitetsstyrt helseorganisasjon ønsker man å skape en bruker orientert organisasjon som støtter opp og driver frem det faglige arbeidet i en helhetlig tverrfaglig sammenheng.

**a) Deltakelse fra alle ansatte - delegering av ansvar og myndighet**

Basis for forbedringsarbeidet er engasjement og medvirkning fra alle ansatte. Det må skapes en kultur i organisasjonen som muliggjør deltakelse fra medarbeiderne på alle nivåer. De fleste av oss har meninger eller synspunkter på forhold i hverdagen som åpenbart burde endres for å skape et bedre miljø for pasientene, brukerne og/eller medarbeiderne. Organisasjonen må utvikle bedriftskultur med felles verdigrunnlag som åpenhet, tillit og medbestemmelse, for å kunne ta opp problemstillinger med hverandre, linjeledelse og toppledelse. Det viktigste er at problemer ikke skyves under teppet.

Delegering av ansvar og myndighet for eget arbeid er et sentralt element i prosessforbedring og kvalitetsarbeid. Overvåking, kontroll, innhenting av tillatelse, venting er aktiviteter som ikke er ønsket og kan hindre at pasienter og andre brukere får rask og tilpasset bistand.

Det er et mål at alle medarbeidere tar selvstendig ansvar for å løse enhetens oppgaver. Ved manglende kompetanse eller myndighet til selv å gjennomføre det som forventes, bør de ta initiativ til at oppgaven blir løst, ved å melde i fra (f. eks. informere om forsinkelser, utsettelse osv). Slik frihet må imidlertid skje innenfor de rammer som vedtatte strategier og prioriteringer setter. Strategier og prioriteringer må altså være kjent, forstått, forankret og akseptert.

Overføring av ansvar og myndighet baserer seg på gjensidig tillit mellom ledelsen og de ansatte. Ledelsen må ha autoritet, tillit og ikke minst legitimitet. Uten legitimitet kan en få situasjoner hvor enkeltpersoner og grupper lager egne tolkinge av strategien og utvikler prioriteringer og arbeidsprosesser deretter. Tilsvarende vil en ledelse som ikke har tillit til medarbeidernes lojalitet og forpliktelse måtte bruke tid og krefter på detaljstyring og kontroll.

Hensikten med bevisst delegering er å oppnå en kvalitetsstyrt organisasjon (1b)

<b>Strategisk frihet</b>	2.Høy	2A "Tilpasset" forvaltnings organisasjon	2B Ukontrollerbar organisasjon
	1.Lav	1A Rigid forvaltnings organisasjon	1B Ønsket kvalitets organisasjon
		A.Lav	B.Høy

**Operativ frihet**

Figur 4: Delejasjonsmatrise

I mange forvaltningsorganisasjoner med selvstendige fagfolk, er det ofte stor strategisk frihet til å påvirke den viktigste ressursinnsatsen, nemlig ens arbeidsinnsats og engasjement, men liten operativ frihet til å velge arbeidsformer osv. (2A).

Målet for en kvalitetsstyrt organisasjon er å forankre ressursprioritering hos den enkelte, og gi stor frihet til å realisering (1B). Liten strategisk frihet avhenger av om medarbeideren slutter seg til den overordnede strategi og søker varierte løsninger for å realisere denne. Når dette fungerer trengs det mindre ressurser til kontroll og oppfølging.

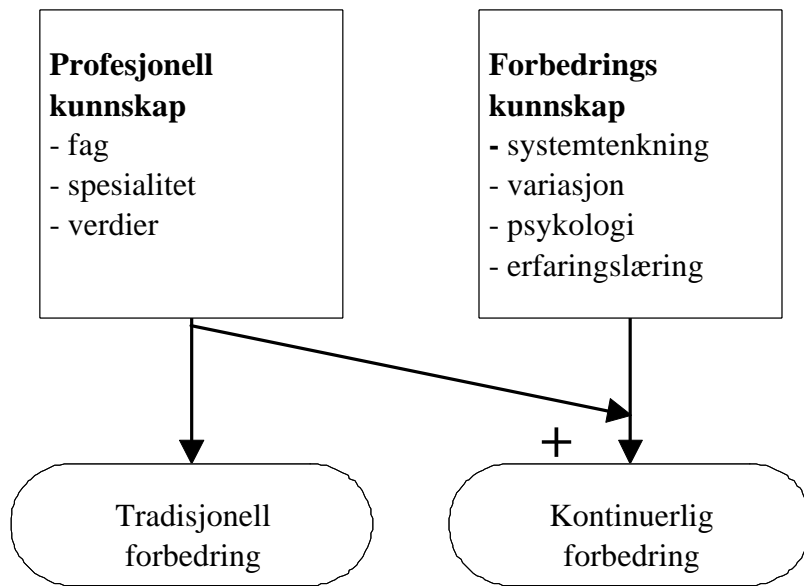
Det er en utfordring å komme fra 2A til 1B. Hvis organisasjonen blir enda mer regelstyrt ender man i 1A, - og gis det helt frie tøylar uten forankring i mål og strategier, ender man i 2B. Det som er ønskelig er lav strategisk frihet i betydningen av liten variasjon i forståelsen av strategiene, kombinert med stor operativ frihet. Da kan alle medarbeidere bruke sin kreativitet, erfaring og initiativ til å finne praktiske, gjerne utradisjonelle løsninger. Dette skjer gjennom selvdisciplin fra de som gjør jobben, ikke gjennom regelstyring og utstrakte kontrolltiltak ovenfra. Uten forankret strategi og selvdisciplin kan en ende opp i nederste venstre hjørne og få en tungdrevet organisasjon, - eller i øverste høyre hjørne og få en ustyrbar organisasjon.

## Fokus på erfaringslæring

En helseorganisasjon er en kunnskaps- og kompetanseorganisasjon med godt kvalifisert personell med høy grad av profesjonalitet. Profesjonaliteten preges av høy faglig kunnskap, spesialisering og faglige verdier. Den styrke som ligger i profesjonell kunnskap kan raskt bli en svakhet hvis man ikke ser andre viktige faktorer i en organisasjon.

I dag er det nødvendig med forbedringskunnskaper i tillegg til profesjonell kunnskap. Forbedringskunnskap er grunnleggende for å forstå hvordan organisasjonen fungerer og hvordan det er mulig å gjennomføre endringer.

## For å få til forbedring må profesjonell og forbedringskunnskap kombineres



Figur 5: Paul Bataldens illustrasjon av sammenheng mellom tradisjonell kunnskap og forbedringskunnskap

### Profesjonell kunnskap

Vi har ulike profesjoner i dagens helsevesen med ulike spesialiteter. Hvert fag har sin tilnærming og forankring i egen virkelighetsoppfatning. I diskusjoner mellom profesjonene kommer også de ulike verdsett til uttrykk. Man betrakter «sannheter»/situasjoner ut fra det ståsted faget og utdannelsen har vektlagt. En «sannhet» kan være mangfoldig, en situasjon er ikke alltid enten rett eller gal. Noe av hensikten med kvalitetsstyrte prosesser er også å gi ansatte en felles plattform og forståelse for hverandres syn og utgangspunkt.

### Forbedringskunnskaper, som er nødvendig i tillegg til profesjonell kunnskap

Generelt er ikke helsearbeidere opplært til å betrakte arbeidet som en del av et system. Helsefagene bygger på en individorientert tenkning, noe som ofte er til hinder for en organisasjons/systemtenkning.

Prosesser i helsetjenesten er svært kompliserte. Det kan derfor være nyttig å skape et bilde (grafiske fremstillinger) for å se svart på hvitt hvordan prosessene egentlig er. Prosesser beskrevet med ord blir ofte uoversiktlige.

Man må forstå variasjoner innen prosesser for å kunne forbedre et system. Legene har lang erfaring i å forstå variasjoner, men har i liten grad benyttet dette for å forstå og forbedre organisatoriske prosesser.

**«Et system er perfekt designet for å oppnå de resultater det oppnår»<sup>1</sup>.**

For å oppnå en vedvarende forbedring kreves det:

- felles mål
- forandring
- kunnskap
- system for forbedring

**Ikke all forandring fører til forbedring, men all forbedring krever forandring.**

For å sikre at forandringer skal føre til reelle forbedringer er det viktig å identifisere de forskjellige delene i en prosess.

Har vi et system som sikrer at vi lærer av de feil vi gjør? For å unngå at uønskede hendelser gjentas, må det bygges opp et system som fanger opp slike uønskede hendelser, analysere disse og føre resultatene tilbake til der jobben gjøres, slik at vi kan lære av det.

I en læreprosess må organisasjonen ha en visjon som trekker de ansatte i samme retning. Visjonen er med å påvirke oss slik at vi kan forstå at endring er en naturlig del av veien videre. Visjonen kan være med å gi trygghet og mot til å våge endring. Den skal si noe om hva vi vil oppnå ved vår utvikling - gi oss et bilde av hvordan vi vil se ut om X antall år. Kunnskaper alene er ikke nok for å få mennesker til å endre adferd. En må i tillegg oppdage «**what's in it for me**», det vil si at hver enkelt må se en konkret nytteverdi i sitt hverdagslige arbeide.

Utvikling innebærer å påvirke menneskers adferd, enten direkte i møte mellom mennesker eller indirekte gjennom strukturer. Skal en organisasjon lykkes med dette, må medarbeiderne involveres aktivt i prosessen. Medarbeiderne må motiveres og oppmuntres til å delta. Medarbeiderne må oppleve at det som settes i gang er meningsfullt. Det er viktig å være seg bevisst både hva som motiverer og hva som er med å påvirke menneskers adferd

Opplæring/trening representerer en modningsprosess. Viktige elementer er egenaktivitet, rom for dialog og diskusjoner og grupperelaterte øvelser. Det kan her være fornuftig å trekke frem kjente og relevante problemstillinger fra egen arbeidssituasjon. Gjør vi de rette «tingene» og kan vi gjøre det vi gjør på en enda bedre måte til det beste for pasienter og oss selv? Dette gjør opplæringen mer “matnyttig”. Opplæringen/treningen bør i tillegg munne ut i konkrete forbedringstiltak som den enkelte forplikter seg til å følge opp innen en gitt tidsramme.

Personlig kompetanse er nødvendig for å ville lære og forandre seg, anvende verktøy og teknikker for kvalitetsutvikling.

Det handler om endringsprosesser. Slike prosesser kan skape motstand og usikkerhet (angst), men også entusiasme. Hvordan takle den sterkeste motstanden og samtidig opprettholde energi og entusiasme gjennom prosessen er viktige aspekter å tenke igjennom.

---

<sup>1</sup> Donald M. Berwick MD

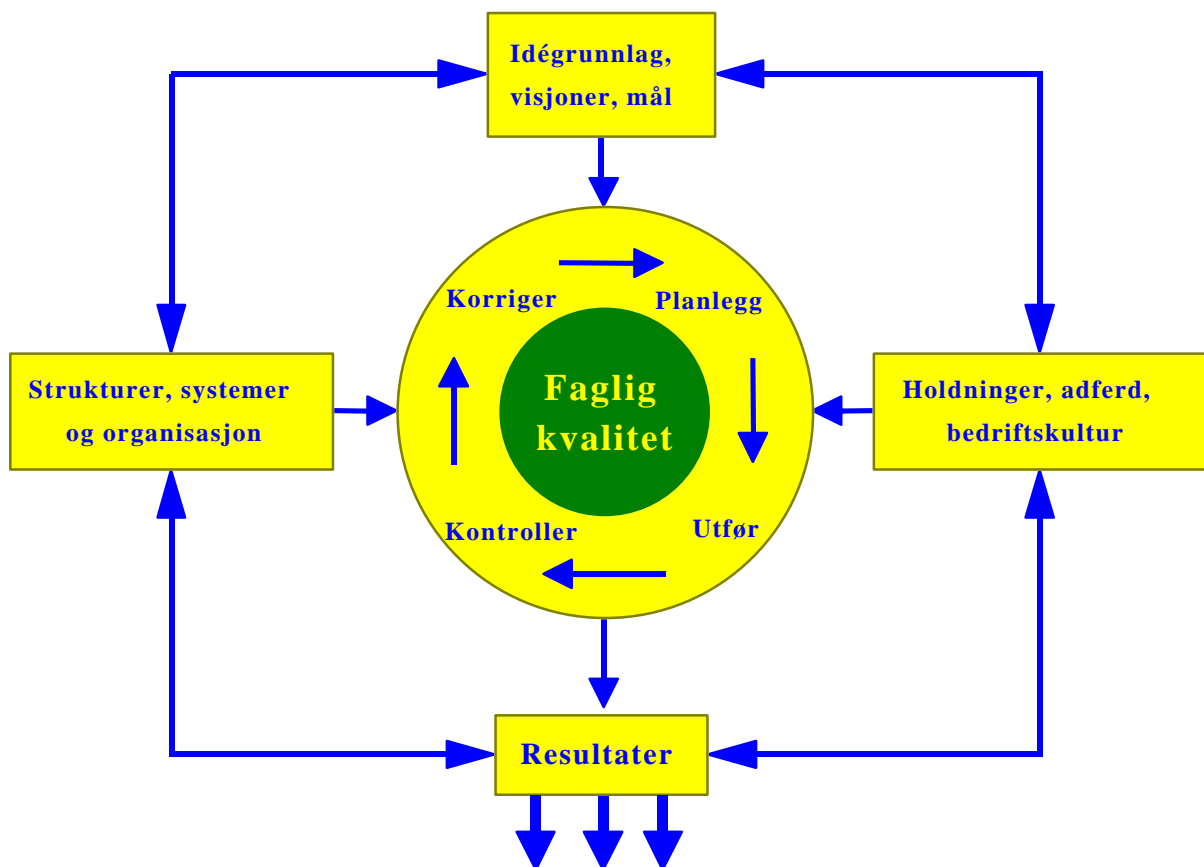
### 3 Hva styrer kvalitet

#### Generelt

For at organisasjonen skal oppnå ønskede resultater, er en avhengig av å ha:

- felles klare og entydige visjoner, verdier og mål
- holdninger, adferd og bedriftskultur i tråd med organisasjonens idégrunnlag og etiske grunnverdier
- hensiktsmessige strukturer og sikre systemer
- oversikt over og styring av kjerneprosesser

#### Styringsmodell for kvalitet



**Slik våre brukere opplever tjenesten**

Figur 6: Styringsmodell for kvalitet - håndbok for kvalitetsarbeid ved Vest-Agder Sentralsykehus

#### Styringsmodellens ytre elementer.

Det skal være sammenheng mellom idégrunnlag, visjoner og mål på forskjellige nivåer. Målformuleringene skal være enhets- eller funksjonsspesifikke, resultatbeskrivende, tidsbestemte og etterprøvbare.

Holdninger og adferd er kvalitetspåvirkende faktorer som kan gi store svingninger i resultatet i forhold til de mål som er satt. Det er derfor av stor betydning at det interne samspill preges av åpenhet, tillit, lojalitet og respekt overfor hverandre slik at:

- alle deltar aktivt i prosessen med å komme fram til klare beslutninger
- alle følger lojalt opp de vedtak som fattes
- alle forstår sin rolle og oppgave, og tar ansvar for å ivareta og forbedre arbeidet
- alle ansatte føler trygghet for å ta opp eventuelle problemer med rette vedkommende, eventuelt bringe saken videre tjenestevei

Med strukturer og systemer menes de formelle administrative systemer, rapporteringslinjer, instruksjer, prosedyrer osv. som er nødvendige for å sikre den oppgave organisasjonen skal ivareta.

### **Styringsmodellens indre krets**

Planlegge, utføre, studere og handle er elementer i en kontinuerlig prosess for å utføre våre oppgaver og nå våre mål. Kretsen illustrerer også en forbedringsprosess.

Lederne skal påse at forutsetningene er tilstede for at medarbeiderne kan oppnå kvalitet i sitt arbeid. Planleggingen skal ta utgangspunkt i overordnede mål og ens egen rolle i "produksjonskjeden"

Arbeid skal utføres i henhold til vedtatte planer og gjeldende prosedyrer innenfor den fastsatte organisasjonsstruktur. Den som utfører arbeidet, skal selv påse at spesifiserte krav oppfylles.

Kontrollere gjør man for å undersøke om resultatet er i overensstemmelse med planer og spesifiserte krav.

Hvis det oppdages gap mellom resultat og planer eller krav, skal det tas stilling til hva som skal gjøres; om korrigerende tiltak skal iverksettes, eller divergens aksepteres.

## **Hva er et kvalitetssystem**

Kvalitetssystem defineres som:

*«Organisasjonsstruktur, prosedyrer, prosesser og ressurser som er nødvendig for å iverksette kvalitetsledelse.*

*Merknader:*

*Kvalitetssystemet bør ikke være mer omfattende enn det som er nødvendig for å oppnå målene for kvalitet.*

*En organisasjons kvalitetssystem er primært utformet for å tilfredsstille de interne ledelsesbehov i organisasjonen...»*

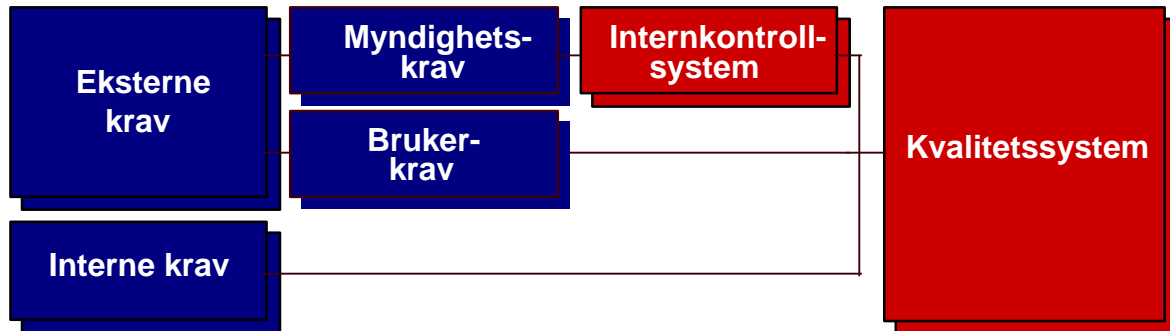
*(NS-ISO 8402(1994))*

Med virkning fra 01.01.94 ble lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30.mars 1984 endret. Lovens paragraf 3 lyder nå som følger:



«Enhver som yter helsetjenester skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.»

### +Eksempel på ulike krav som rettes mot en virksomhet



Figur 7: Ulike krav som rettes mot en virksomhet.

De fleste virksomheter velger å etablere et system som går utover det som kreves i lov eller forskrifter for å imøtekomme brukerkrav og interne behov for styring.

## Struktur for styrende dokumentasjon i sykehus

Styringsdokumenter er en fellesbetegnelse for dokumenter som setter krav til, og gir retningslinjer for, planlegging, organisering og gjennomføring av aktiviteter.

Styringsdokumenter kan systematiseres i to nivåer. Nivå 1 - dokumenter har gyldighet for alle avdelinger og deres ansatte. Godkjenning ligger på direktørnivå.

Nivå 2- dokumenter utarbeides på blokk-/klinikk-/avdelingsnivå og har gyldighet der. Disse godkjennes av blokk-/klinikk- eller avdelingsledelsen.

<b>Virksomhetsdokumentasjon</b>	
Nivå 1	<b>Ledelse</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basisdokument</li> <li>• Administrativ håndbok</li> <li>• Systemhåndbok</li> </ul>
	<b>Strategi</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategiplaner</li> <li>• Idegrunnlag</li> <li>• Beredskapsplaner</li> </ul>
	<b>Ressursforvaltning</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Økonomiplan</li> <li>• IT-plan</li> <li>• Materialadministrasjon/forsyning</li> <li>• Plan for Medisinsk-tekn. utstyr</li> <li>• Plan for eiendomsforvaltning</li> </ul>
	<b>Personalforvaltning</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personelhåndbok</li> <li>• HMS-bok</li> </ul>
	<b>Arbeidsprosesser</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metodebøker</li> </ul>

# Sykehusomfattende

*Eksempel*

**IKKE UTTØMMENDE**

- Hygieneprogram
- Medikamenthåndtering

## Resultatdokumentasjon

### Pasientrelaterte resultater

- Tilfredshet
- Klager

### Personalrelaterte resultater

- Fravær
- Turn-over
- Rekruttering
- Vitenskapelig produksjon
- Uhell/skader

### Samfunnsrelaterte resultater

- Ventetid

### Produksjon- og driftsresultater

- Regnskap
- DRG-indeks
- Beleggsprosent

Antall behandlede pasienter

Figur 8: Eksempel på dokumentasjonsstruktur fra Ullevål Sykehus

## Nivå 2

# Blokk- klinikk- avdelings-dokumentasjon

## Virksomhetsdokumentasjon

- ⇒ Mål
- ⇒ Oppgaver, faglig virksomhet
- ⇒ Organisasjon
- ⇒ Ressurser
- ⇒ Samarbeidsrelasjoner /-avtaler
- ⇒ Kort- og langtidsplanlegging
- ⇒ Opplæring
- ⇒ Prosedyrer osv.
- ⇒ Informasjon

**Eksempel**

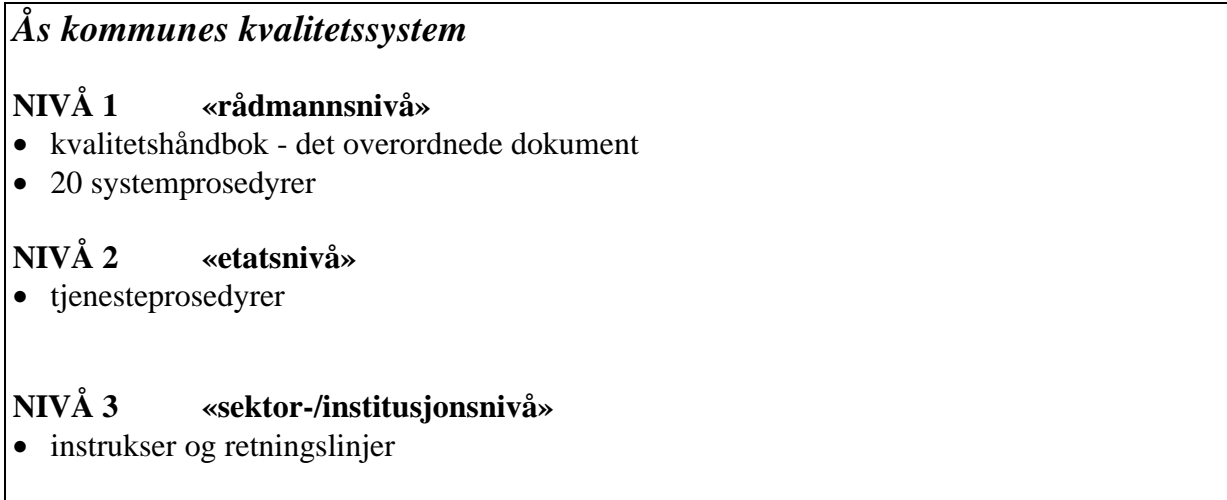
## Resultatdokumentasjon

- ⇒ Pasientresultater
- ⇒ Personalrelaterte resultater
- ⇒ Avviksbehandling og tilbakeføring av erfaringer
- ⇒ Produksjon og driftsresultater

Figur 9: Eksempel på avdelingsvis dokumentasjon fra Vest-Agder Sentralsykehus

## Struktur for styrende dokumentasjon i kommunehelsetjenesten

*Eksempel fra Ås kommune i Akershus*

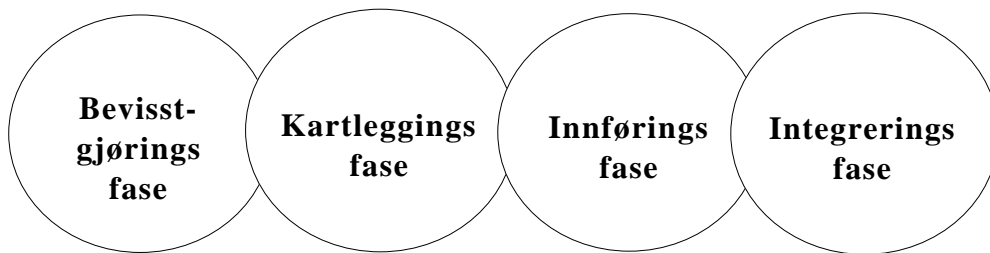


*Figur 10: Kvalitetssystem fra Ås kommune*

## 4 Hvordan bli en kvalitetsstyrt organisasjon

**Organisasjonsendring og endring av adferd vil ta tid - lang tid.**

Veien frem til å kunne kalle en organisasjon kvalitetsstyrt er lang og foregår i faser. Noen av disse må en gå etter hverandre, mens andre kan gå parallelt. Det kan være hensiktsmessig å beskrive dette i faser:



Det kan være vanskelig å vite hvor og hvordan man skal starte. Det oppleves ofte som meget vanskelig å starte nødvendig utvikling når det daglige arbeidet er en vedvarende brannslukking, tar hele arbeidstiden og vel så det.

**Start i det små, da er det sjanse for å lykkes.**

## 5 Bevisstgjøringsfase - lederoppgaver

Vi har tidligere beskrevet hvilke kjennetegn en kvalitetsstyrt organisasjon har.

Det er:

- pasient-/brukerfokus
- systematisk forbedringsarbeid
- helhetlig lederskap/tverrfaglig bred deltakelse fra ansatte
- erfaringslæring

I en bevisstgjørings- og beslutningsfase kan det være hensiktsmessig å stille noen sentrale spørsmål. De som naturlig bør være deltakere i denne aller første fasen er øverste leder/direktør og dennes nærmeste medarbeidere.

### Har organisasjonen:

Spørsmål	Svar	Hvis ikke, når må man ha det
• Utarbeidet en visjon?		Bør begynne tidlig, hvem er vi ? Hva vil vi være?
• Utarbeidet en kvalitetsfilosofi?		Kan gå parallelt. Hva betyr kvalitet for oss?
• Felles skriftlig verdigrunnlag?		Kan gå parallelt.
• Utarbeidet en strategiplan/langtidsplan?		Må begynne straks. Hvilke mål skal oppnåes de neste årene?
• Er eksterne og interne brukere identifisert?		Kan gå fortløpende ettersom prosessen skrider frem.
• Kunnskaper om systematisk kontinuerlig forbedringsarbeid?		Utdanne sentrale deltakere straks. Sette opp en plan for videre opplæring
• Utarbeidet en ledelsespolicy som det er enighet om?		Må begynne straks. Kommer ingen vei hvis lederne ikke er med.
• Beredskap for å takle motstand?		Går parallelt hele veien.
• Kartlagt nåsituasjonen?		Går kontinuerlig hele tiden.

Det viktige er å skape enighet og forpliktelse i ledergruppen til å dra lasset sammen.

Ved større endringsprosesser kan det i starten være hensiktsmessig å etablere en prosjektgruppe. Lederforankring, som nevnt, er avgjørende ved denne type arbeid, samtidig som ledere trenger drahjelp for å drive endringsarbeid i tillegg til å ivareta daglig drift.

Dessuten bør man tenke igjennom om det er ønskelig/nødvendig å bruke ekstern konsulent-hjelp eller om man har tilstrekkelige ressurser internt. I startfasen kan man ha nytte av å besøke andre organisasjoner som driver med kvalitetsforbedringsarbeid for å få tanker, ideer og innspill.

Ved planlegging av en endringsprosess er det spesielt 2 viktige spørsmål som dukker opp:

1. Hvordan kan vi komme frem til en metode som passer vår organisasjon/avdeling; i den "meget spesielle situasjonen" vi er i og med de utfordringer vi står overfor?
2. Hvordan skal vi overkomme de barrierer og den motstand mot forandring som kan gjøre seg gjeldende i vår organisasjon?

## Motstand mot endring

En hovedgrunn til at det er vanskelig å starte med endringsprosesser er at det er en generell motstand mot forandring.

Medarbeiderne vet hva de har, men ikke hva de får. Enkelte kan være redde for å miste opparbeidede privilegier.

Barrierer som må overvinnes ved organisasjonsutvikling:

1. Toppledelsen mener det er kostbart å gjennomføre en endringsprosess. Det er lettere å se kostnadene enn muligheten for å utvikle en mer fleksibel organisasjon
2. Man glemmer at opplæring ofte er nødvendig ved endringsarbeid
3. Organisasjonen er preget av konflikter. Det mangler koordinering og samarbeid. På den annen side kan en forbedrings-/endringsprosess bøte på noen av disse utfordringene
4. Enkelte medarbeidere er redd usikkerheten i seg selv. De vet hva de har, men ikke hva de får.
5. Enkelte medarbeidere er redde for å tape makt, status, interessante arbeidsoppgaver og andre privilegier. De som tror de har noe å tape på en forbedringsprosess vil lett motarbeide prosessen.

For å møte disse barrierene bør man legge vekt på følgende:

- Vurdere behovet for endring - foreta en grundig diagnose
- forankring og delaktighet fra toppledelsen
- foreta en skrittvis læringsprosess
- få suksess med endringsarbeidet på noen få viktige områder (ikke gape over for mye)
- planlegge hvordan hindringer skal møtes
- nedsette en prosjektgruppe
- bruk av ildsjeler - medarbeidere som har tro på prosessen kan inspirere andre tvilere
- trekk eventuelt aktivt med noen av motstanderne

## Utfordringer til diskusjon

Nedenfor skisserer vi noen eksempler på hva motstand mot endring kan bunne i.

Punktene kan være grunnlag for diskusjon når man planlegger eller er i en endringsprosess.

En må da spørre seg om følgende:

Hvilken type motstand er det hos oss og hvordan skal vi møte denne?  
 eller  
 Hvilke utfordringer har vi og hvordan skal vi møte disse?

- Har ikke tid (prioriteringer) - uklart lederansvar for kvalitet

- Profesjonsstrid (både i virksomheten og i fagforeninger)
- Mangel på engasjement (ser ikke behovet - personlig ambivalens)
- Forskjellig forståelse av begrepene (noen snakker et kvalitets språk - kvalitetskonseptet passer ikke helsetjenesten)
- Truende for de ulike profesjoners autoritet og makt
- Problem med å se hvor en skal starte
- Arbeidet blir for omfattende (tar for mye ressurser)
- Mangel på nasjonale standarder, hva er godt nok?
- Tradisjon innen helsevesenet for at kvalitetssikring er begrenset til inspeksjon heller enn styring og forbedring
- Fokus på hva som er blitt gjort (resultat) heller enn hvordan ting skulle vært gjort
- Fokus på overvåking og sikring isteden for på kvalitetsforbedringer.

## 6 Kartleggingsfasen

Innføring av kvalitetsstyring er også en organisasjonsutvikling og et sentralt virkemiddel for å systematisk forbedre mål, rutiner, strukturer, prosesser og systemer, -med vekt på fakta, tverrfaglig samarbeid, pasienten i fokus og medarbeidernes delaktighet.

Bedre kvalitet er ikke ensidig basert på ny teknologi og mer penger, eller økte krav og kvalifikasjoner. Kvalitet i tjenesten handler ikke mest om hvilket utstyr man har til rådighet, men hvordan organisasjonen ansatte handler, - faglig og sosialt.

### Nyttige spørsmål:

1. **Hva er arbeidsstedets viktigste tjeneste og hvilke krav settes til denne?**
2. **Hvem er arbeidsstedets brukere og hvilke forventninger har disse til tjenesten?**

Man kan oppnå bedret kvalitet ved bevisst å fokusere på kontinuerlig forbedring, unngå klager, potensielle skader og måtte gjøre arbeidet om igjen, samt dokumentere kostnader som følge av dårlig kvalitet.

Har arbeidsstedet data, målinger og resultater som gir indikasjon på at ting kan gjøres bedre:

- arbeidsprosesser som må gjentas
- unødvendige prøvetakninger
- materialer og utstyr som ikke virker slik de skal
- manglende utstyr når du trenger det
- personell som ikke møter til avtalt tid
- klager mottatt til sykehuset
- strykninger på operasjonsprogrammet
- reoperasjoner
- sårinfeksjoner
- feilmedisinering
- tid som går med for å lete etter journaler, evt andre pasientdata
- opplevd ventetid både av pasienter og andre brukere
- høyt sykefravær
- høy turnover
- lav tilfredshet hos ansatte
- overflødige, forsinkende rutiner



## Kartlegging på overordnet organisasjonsnivå – en lederoppgave –

### Vet vi hvilke virkemidler vi har for å oppnå ønskede resultater ?

En helseinstitusjon er så kompleks at man sjelden skuer over hele bedriften på en gang. Hvis man ser på organisasjonen i et helikopterperspektiv, er det fem hovedelementer som klart må tas hensyn til ved virksomhetsplanlegging:

#### 1. Hvilke ressurser er tilgjengelige

- antall mennesker/medarbeidere
- hvilke kompetanse har de
- hvilket utstyr man har til rådighet
- hvilke lokaler
- økonomi eller budsjettammer

#### 2. Personalforvaltning

- Hvilken kompetanse har organisasjonen behov for, og hvordan skaffes det som mangler?
- Hvordan kan den kompetansen man har i dag benyttes og utvikles?
- Og hvordan bygger man opp den kompetansen man har behov for ? Det være seg faglig/profesjonell eller mellommenneskelig.

#### 3. Hvordan utfører organisasjonen arbeidet i dag?

- Har organisasjonen strategier for hvorhen den skal i fremtiden ?

#### 4. Styring

- Har ledelsen som skal styre bedriften, styringsverktøy og handlingsrom som gjør det mulig å styre?
- Er eksisterende rapportering laget for «verden utenfor» og ikke til bruk til styring innad

#### 5. Faglige virksomhet?

- Hva gjør vi, og hvordan ?
- Hvordan henger tingene sammen og hvordan «flyter» pasienten gjennom systemet ?

### Hva «produserer» helsetjenesten?

Hva er et resultat for en helseorganisasjon?

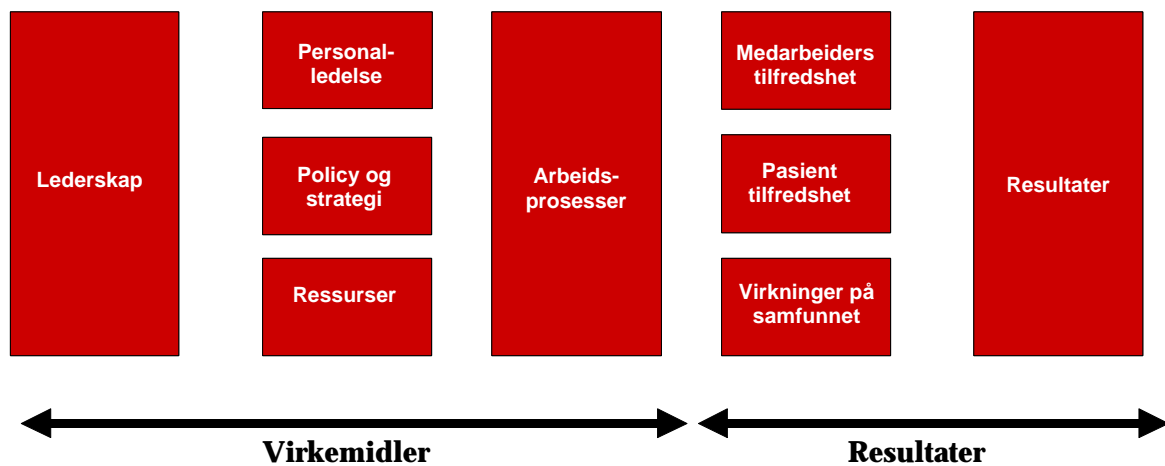
- Vi skal møte et behov for sikker diagnostikk, behandling, sykepleie, rehabilitering og service
- Vi skal forebygge helseskader og opprettholde funksjonalitet
- Vi skal sikre at medarbeiderne trives og utvikler seg faglig og personlig
- Vi skal sikre at eiere og samfunnet for øvrig ser nytteverdien av organisasjonen, ved at de skal oppleve at pengene er forvaltet riktig og fellesskapets ressurser godt brukt
- og vi skal ivareta miljø, økonomi og økologi.
- Vi skal drive undervisning og forskning

Ofte vurderes organisasjonen kun ut fra økonomiske resultater og produksjonstill. Faktabasert kvalitetsforbedring er ikke enkel og tar tid å innføre. Den er likevel en forutsetning for å vite om man starter på rett plass, går i riktig retning eller kommer i mål.

Det er formålstjenlig å ta utgangspunkt i en felles referanseramme for å videreutvikle et helhetlig pasientfokusert kvalitetssystem. Et godt bearbeidet modell for fremragende forretningsvirksomhet<sup>2</sup> som felles ramme presenteres nedenfor. Den vektlegger hele organisasjonsmassen, hvor virksomhet, prosess og resultat har gjensidig påvirkning på hverandre. Den synliggjør at vil man påvirke resultater, må innsatsen skje via prosesser på virkemiddelsiden.

Tradisjonelt har man enten entydig fokusert på resultatforbedring uten å se konsekvenser av dette på virkemiddelsiden.

### Den europeiske kvalitetsprismodellen



Figur 11: Modell for fremragende forretningsvirksomhet

Kvalitetsledelse handler om å se helheten uten å miste oversikt over detaljene. Modellen tjener den hensikt å være en visualisering av et helhetlig syn på organisasjonen. Intern evaluering etter denne modellen kan gjøres på mange måter.

Enkelte sykehus bruker allerede modellen i en eller annen form:

Regionsykehuset i Tromsø  
Ullevål Sykehus

Haukeland Sykehus  
Vest-Agder Sentralsykehus

Fra årsmelding til virksomhetsplanlegging  
Struktur for styrende dokumentasjon, Intern evaluering

Planlegger Intern evaluering  
Grunnstruktur for virksomhetsplanlegging og budsjettarbeid, årsmelding og elektronisk kvalitets-/informasjonssystem

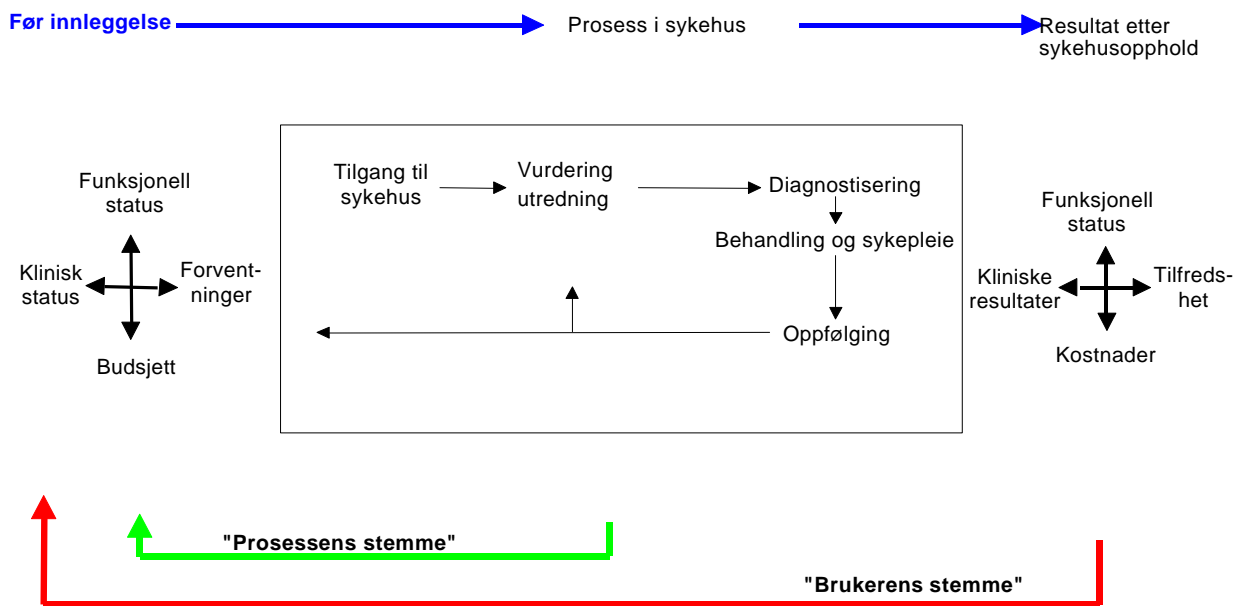
<sup>2</sup> The European Model for Business Excellence utviklet av The European Foundation for Quality Management.

## Kartlegging av kliniske prosesser

En amerikansk barnelege Paul Batalden<sup>3</sup> har sammen med kollegaer utarbeidet en modell for å kartlegge og forbedre kliniske prosesser.

Modellen identifiserer de ulike elementene som påvirker resultatet før, under og etter pasientenes kontakt med helsetjenesten.

Hvert av disse elementene er viktig å vite noe om, slik at man vet hvor en står nå. Det er en forutsetning for å kunne registrere forbedring.



Figur 12: Paul Batalden - verdikompasset

Fremgangsmåten foregår i fire sekvenser:

### Resultater:

Velg en pasientgruppe hvor du har ønske om å begrense/minske pasientenes sykdomsopplevelse. Hvilke resultater kan du oppnå? Hva er målet?

### Prosess:

Analyser prosessen. Hvordan ser forløpet til denne type pasienter ut?

### Forbedring:

Med utgangspunkt i det som gjøres nå. Hvilke ideer har du som vil føre til bedre resultater?

### Utprøving:

Hvilke forbedringsmetoder må vi bruke for å se om vi oppnår forventet resultat?

<sup>3</sup> The Joint Commission Journal on Quality Improvement, April 1994

## Kartlegging av de viktigste områdene

Med utgangspunkt i malen for styrende dokumentasjon vil det være nødvendig og kartlegge noen nøkkelprosesser innenfor hvert område. Dette er prosesser som støtter opp om det faglige arbeidet som utføres i organisasjonen. Måling og registrering vil være nødvendig for å fastslå om man oppnår forbedringer når man setter inn tiltak.

### Mål

Erfaringer viser at man i helsetjenesten ofte utfører registreringer av ulike typer data. Disse registreringer er, og forblir, registreringer så lenge de ikke knyttes opp mot mål som organisasjonen eller avdelingen har.

Kartlegg på hvilke områder det finnes målsetninger i organisasjonen

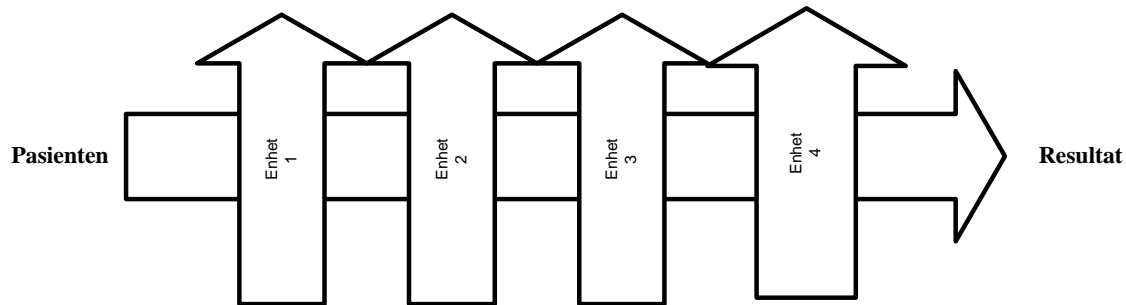
Fastsatte mål	Ja	Nei
Det finnes målsetninger på de viktigste funksjoner		
Målene er tilgjengelige for de ansatte		
Målene er utarbeidet i samarbeid med de ansatte		
Målene er forstått av de ansatte		
Er målene målbare?		
Er målene realistiske?		
Måles det etter de?		
Evalueres virksomheten opp mot målene?		
Tiltak settes i verk når det er avvik mellom mål og måloppnåelse		
Det utarbeides periodisk nye mål for forbedringer		

### Organisasjon

Helsevesenet er i dag ikke nødvendigvis organisert med utgangspunkt i hva som er mest tjenlig for pasienten, men hva som har vært naturlig og hensiktsmessig for helsearbeiderne. Pasienten må ofte gjøre jobben med å «krype over murene» mellom profesjoner og avdelinger. Pasienter opplever ofte mangel på koordinering mellom de ulike enheter og at avtaler kolliderer. Det er kun helsepersonell som kan endre et system de selv har vært med å bygge.

Fortsatt er det slik at på enhets-/avdelingsnivå hersker det tvil, enkelte steder, om hvem som har ansvar for hva, og hvilken myndighet som befinner seg på de ulike nivå. En årsak er at man organiserer seg etter hvordan beslutninger skal fattes, vertikalt, mens pasientstrømmen går som kjent horisontalt gjennom organisasjonen. Det er derfor mulig at man ikke sikrer at de tverrgående prosesser er effektive nok. Avdelingene/enhetene hver for seg, gjør en utmerket jobb, men pasientene opplever uklarheter, uensartede meldinger og får følelsen av å «falle mellom to stoler».

Man kan illustrere pasientens vei gjennom systemet med denne skissen.



Figur 13: Pasientens vei gjennom "systemet"

Plunder og heft fører til manglende kvalitet og må avdekkes og fjernes.

### Kritiske prosesser som ofte skaper flaskehals

Erfaring viser at enkelte prosesser er mere problematiske enn andre. Dette er ofte prosesser som er kritiske i den forstand at flaskehals i disse forplanter seg videre og fører forsinkelser gjennom hele behandlingsskjeden.

Prosess:	Hender det at:
<b>Journalflyt</b>	Journalen er ikke tilgjengelig Journalen er uryddig Journalnotat er ikke skrevet, finnes ikke Epikrisen først er hos primærlege etter ?? dager, ?? uker Det tar lang tid å skrive etter diktering Det går lang tid hos lege før diktering
<b>Poliklinikk</b>	Det er lange ventetider Informasjon om ventetider mangler Pasient uteblir uten beskjed Lege uteblir uten beskjed Nødvendig dokumentasjon finnes ikke
<b>Laboratorietjenester</b>	De er ikke tilgjengelige når de trengs Rekvisisjoner er mangelfullt utfylt Svar tider er lange Rutiner er ineffektive
<b>Stryk på operasjon</b>	Ø-hjelp må prioriteres Der er mangel på personell Pasient er manglende utredet Journalen finnes ikke
<b>Røntgenbilder</b>	Rekvisisjoner er mangelfullt utfylt Pasient er ikke tømt Pasient uteblir
<b>Samarbeidsrelasjoner</b>	Faglig informasjon er mangelfull Intern kommunikasjon i avdelingen er mangelfull Kommunikasjon mellom egen og andre avdelinger er mangelfull

Det er helt nødvendig at det utføres målinger på prosessene slik at man kan finne årsakssammenhenger og dermed skape forbedringer. Noen prosesser kan det være nødvendig å overvåke kontinuerlig, mens andre registreres periodevis.

## 7 Innføring av kvalitetsledelse

Det er ofte slik at allerede i kartleggingsfasen oppdager man forhold som kan bli forbedret umiddelbart. Innføringsfasen bygger ellers på resultatene av kartleggingen. Det er da man får dokumentert hvilke områder som trenger forbedring, både på kort og lang sikt.

Det første man må gjøre er å sørge for at organisasjonen tilegner seg systematisk forbedringskunnskap. Dette er avgjørende og ofte det springende punkt. Hvilken metode man velger, avhenger bl.a. av organisasjonens størrelse, organisasjonskultur, tidligere erfaringer, kompleksitet osv.

For det andre må en fokusere på brukerne og bl.a. fjerne strukturelle barrierer som hindrer hensiktsmessig pasientforløp eller andre systemfeil.

For det tredje må lederskapet bli faktabasert og ikke bygge på antakelser.

Sist men ikke minst er deltakelse fra de ansatte viktig. Ledernes fokusering på medarbeiderne skal resultere i det som på engelsk kalles «empowerment». På norsk finnes det ikke ett dekkende ord for dette, men det betyr at:

- Hver og en ansatt føler seg viktig
- All læring og kompetanse er viktig
- Alle skal føle de er en del av «laget»
- Arbeid er spennende

### Lederoppgaver i en innføringsfase

I innføringsfasen som strekker seg over lang tid, sannsynligvis flere år, er det viktig å fokusere på følgende:

- Ansvar for kvalitetsutvikling må integreres i linjen
- Målesystemer og kvalitetsindikatorer må utvikles
- Kontinuerlig opplæring av ledere, ansatte og tilretteleggere
- Utarbeiding av skriftlige enhetsvise utviklings og forbedringsplaner
- Gjennomføre brukerundersøkelser (pasienter, andre deler av helsetjenesten og interne brukere)
- Ledere må lede og/eller veilede i en forbedringsgruppe
- Utvikle faktabasert lederstil
- Drive systematisk kontinuerlig forbedringsarbeid
- Eksperimentere med «ledelsesverktøy»
- Vurdere/måle kost-nytte effekt av kvalitetsprosessen.

## Ulike opplæringsmetoder

### 1. Kaskademodell.

#### Beskrivelse av metoden:

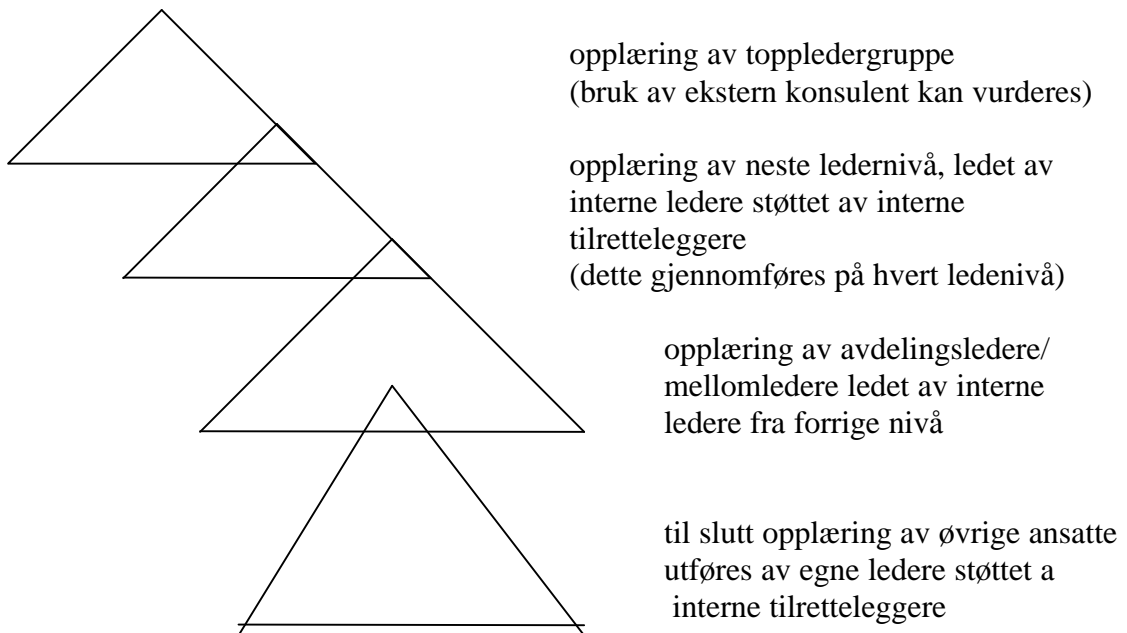
Denne formen for opplæring vektlegger ledelsen engasjement og forpliktelse i opplæringssammenheng. Dette er en “top-down” modell.

Toppledergruppen læres først opp, gjerne ved samspill mellom direktør og f.eks. eksternt konsulentfirma.

Deretter gjennomføres tilsvarende program gjennom organisasjonen. Lederne skal stå for opplæring til sine ledere og til sist til de øvrige ansatte.

Modellen forutsetter at det også læres opp tilretteleggere som skal være med å tilrettelegge opplæringen. Tilretteleggerne skal kort sagt være støttespillere, ressurspersoner og medspillere for lederen.

Denne modellen kan kombineres ved at man omtrent samtidig med toppledergruppen lærer opp nøkkelgrupper (tillitsvalgte, ressurspersoner innen legegruppen, oversykepleiergruppen, evt andre av personale i et slags mini-introduksjon om hva TKL dreier seg om). På denne måten kombinerer man “top down” med “bottom up”.



Figur 14: Kaskadeprinsippet i opplæring

#### Fordeler ved kaskadeopplæring

- utvikler lederskap i det første nivå; er også en lederutviklingsprosess
- forankring i ledelsessystemet gir eierskap til stoffet og mulighet for egenutvikling
- det er lettere å få til integrasjon mellom daglig drift og TKL, slik at dette smelter sammen.
- større mulighet for umiddelbar implementering - forbedringsarbeid og konkrete prosjekter underveis i opplæringen
- anbefales i store deler av litteraturen for å få til en vellykket TKL-prosess
- mest helhetstenkende opplæringsmodell

*Hva er mulig å oppnå med denne metoden:*

- bevissthet og kunnskaper innen TKL
- holdningsendring hos ansatte (teorien brukes som utfordring i egen hverdag)
- adferdsendring hos ansatte (teorien bidrar til anvendelse av felles problemløsningssteknikk i organisasjonen, på avdelingsnivå og personlig forbedring som skjer underveis i opplæringen)

*Betingelser for å få dette til er at:*

- ledelsen må være seg sitt ansvar bevisst

*Ulemper ved kaskadeopplæring*

- kan ta lang tid før man kommer ned til grasrotnivå i organisasjonen
- er omfattende - krever god koordinering av ressurser
- der ledelsen er uklar i sin lederrolle og man møter motstand, kan det bli problematisk

## **2. Opplæring som kurs**

Kurs arrangeres kontinuerlig med ekstern eller intern kursholder

Antall dager kan varierer alt etter ambisjonsnivå.

Opplæringen kan tilrettelegges på flere ulike måter enten ved å lære opp ledergrupper samlet, eller ved å blande ledere og øvrige ansatte. Et siste alternativ er å ha «rene» faggrupper.

Dette er en modell som kan brukes både “top down” og “bottom up”.

Kan gjennomføres både frivillig og obligatorisk.

*Fordeler ved kurs:*

- kan være enkelt å administrere organisere
- man viser at man har et fast opplegg
- alle ansatte gjennomgår den samme opplæringen
- de mest motiverte gjennomfører opplæringen
- samme opplæring for ledere og ansatte

*Hva er mulig å oppnå med denne metoden*

- bevisstgjøring om TKL og
- kunnskaper om TKL
- holdningsendring over tid

*Betingelser for å få dette til er :*

- sterk lederforankring og ansvarliggjøring av ledere

*Ulemper ved kurs:*

- vanskelig å prioritere hvem skal delta
- mulighet for lav deltakelse
- vanskelig å bruke lærte metoder i eget miljø hvis ikke andre har samme kunnskap



### **3. Opplæring via prosjekter**

På bakgrunn av f.eks. gjennomførte brukerundersøkelser og/eller konsensuskonferanser kan man bli enige om å igangsette forbedringsprosjekt både av kortsiktig og langsiktig art. Denne modellen kan være fornuftig å kombinere med både kaskadeopplæring og opplæring som kurs.

#### *Fordeler:*

- å ta utgangspunkt i daglig arbeidssituasjon - noe reelt
- egen virkelighet gir engasjement, motivasjon og eierskap
- medarbeiderne kan selv ha tatt initiativ til hvilket område som skal forbedres fører til positiv opplevelse og engasjement
- fortsetter «ute» i organisasjonen selv om toppledelsen kanskje ikke er engasjert

#### *Spesielle utfordringer med denne metoden*

- hvordan finne de rette forbedringsprosjekt og
- ut fra hvilke kriterier bedømmes egnede prosjekter
- hvordan samordne lokale initiativ med sentrale satsningsområder
- må være forankret i ledelsen for at resultater skal bli iverksatt

#### *Ulemper*

- kun i deler av bedriften - «pilotenheter»
- vanskelig å spre i organisasjonen
- vanskelig å få hele organisasjonen til å fatte hva budskapet egentlig dreier seg om
- prosjekter som ikke er initiert av ledelsen i organisasjonen - kan mangle videre oppfølging
- vanskelig å sikre at alle ansatte får samme opplæringen
- det kan dessuten bli konflikt mellom fremdrift i prosjektet og tid til opplæring
- manglende koordinering

### **4. Opplæring etter «just in time» prinsippet**

Opplæring gis når den enkelte gruppe har behov for det.

Det kan her tenke seg at man har tverrfaglige forbedringsgrupper/prosjektgrupper under arbeid. Når det er behov for det ut fra gruppens fremdrift tar man f.eks. alt fra 2 timer til hele dager med opplæring innen et bestemt område som gruppen trenger for å komme videre.

#### *Fordeler*

- opplæring gis på et tidspunkt der du kan bruke kunnskapen relativt raskt = det oppstår læring
- minimerer risikoen for at opplæringen går i glemmeboken

#### *Hva er mulig å oppnå ved denne metoden:*

- skreddersydd opplæring for gruppemedlemmene
- verdifull kombinasjon av teori og praksis

*Betingelser for å få dette til:*

- kompetente veiledere som har nødvendige fagkunnskaper og veiledningskompetanse
- Spesielle utfordringer*
- ledelsesforankring og bevisst spredning

*Ulemper*

- alle får ikke nødvendigvis opplæring, kun de som er interessert
- det kan bli forskjellig opplæring fra gruppe til gruppe
- noen grupper får ingen opplæring

## **Bruk av konsulenter**

### ***Bruk av ekstern konsulenthjelp til veiledning og opplæring***

Konsulentbruk innenfor ledelsesområdet bør fungere som samspill mellom toppledere og konsulent. Konsulenten kan være god støtte for ledere på ulike områder f.eks.: som ballspiller, gi bredere perspektiver (erfaring fra andre organisasjoner) og være med å holde prosessen i «live» når viktige daglige driftsoppgaver «presser» på.

Konsulenter kan fungere ut fra ulike roller. Vi refererer her kort Scheins rollemodell:

1. kjøper-selger (ekspert): konsulenten selger en ferdig vare som løser kundens problem
2. doktor-pasient: konsulenten stiller diagnose og utarbeider behandling for «sykdommen»
3. prosesskonsultasjon: hjelper klient med selv å definere problemet og finne løsninger

Prosesskonsulent modellen innebærer at konsulenten hjelper klienten med selv å definere problemet og finne løsningen. Samtidig vil det også være behov for at konsulenten i noen sammenhenger er «eksperten» som gir direkte råd.

Hvilken konsulentmodell som velges, vil også være avhengig av den interne kompetanse og ressurser som kan stilles til rådighet. Ut fra helsetjenestens erfaringer er prosesskonsulent å foretrekke.

For å få en positiv læringseffekt ved bruk av ekstern konsulent kan det være fornuftig å være seg bevisst følgende:

- klare premisser for oppdraget og styring fra klientorganisasjonens side, herunder sterk involvering og engasjement fra nøkkelpersoner, klare mål og kontrakt
- engasjement fra toppledelse
- erkjent ønske om forbedring/endring i organisasjonen
- konsulentens rolle er akseptert som nyttig i organisasjonen
- prosesskonsulentmodell vil ha mer positiv effekt enn andre modeller

### ***Bruk av interne konsulenter.***

Enkelte velger å bruke interne «konsulenter» enten alene eller i tillegg til valg av ekstern konsulent.

Som interne konsulent kan man fungere på flere ulike måter:

1. *som Veileder*

- tar sikte på å utvikle den praktiske delen av arbeidet
- drives i samtaleform preget av refleksjon over praksis
- hjelper den som blir veiledet til selv å finne løsninger

2. *som Rådgiver*

- der yrkesutøver søker hjelp hos en kollega/ofte overordnet i eget arbeid
- det foregår mye rådgivning innen ulike yrkesfelt
- mestres ut fra erfaring og hverdagskunnskap
- komme med forslag på hvordan saker kan løses

3. *som Tilrettelegger*

- legger forholdene til rette
- bidrar med prosessforståelse, verktøy og teknikker
- støttespiller
- ressursperson og medspiller for lederen

4. *som Ekspert*

- gir løsninger på aktuelle problemstillinger

***Andre momenter som også er en fordel å vektlegge***

- bygging av uformelle nettverk (påvirkning fra betydningsfulle personer i organisasjonen)
- ha de tillitsvalgte med på laget (gis opplæring i hva kvalitetsledelse er på et tidlig stadium, trekke de med når strategier for opplæring legges og kort sagt ha de med som medspillere).
- nettverk av kvalitetsarbeidere på sykehuset (ha medarbeidere med fra ulike deler av organisasjonen)
- samarbeid mellom sykehus både når det gjelder valg av strategi og se hva andre gjør
- nøkkelpersoner
- prosjektgrupper
- eksternt nettverkssamarbeid

## 8 Integrering av kvalitetsledelse

Fokus i en integreringsfase endrer seg **fra** å anse kvalitetsstyring som noe man gjør i tillegg til den vanlige jobben, **til** måten man gjør oppgavene på. Verdibasert kvalitetsfilosofi og strategiske planer støtter opp om dette. Kvalitetsledelse er en måte å drive organisasjonen på.

**Kvalitet er alles ansvar**

### Lederoppgaver i en integreringsfase

- Systematisk sammenligning med andre for å lære (benchmarking)
- Støtte kontinuerlig forbedringsarbeid
- Etablering av systematisk bruk av plan-, ledelses- og evalueringsverktøy
- Visjon og mål blir evaluert og nye milepeler laget
- Kommunikasjon mellom ledere, leger, sykepleiere, andre ansatte og brukere danner grunnlaget for hvert trinn i kvalitetsledelse. Kommunikasjon gir kunnskap som er forutsetning for endring. Kommunikasjon gir folk i organisasjonen muligheten til å se og forstå resultater av kvalitetsutviklingsarbeidet og minsker engstelsen for at forbedringen kun var en flopp.

### Avslutningskommentarer

Det er lett å praktisere kvalitetsledelse i «festtaler». Alle ledere kan skaffe seg nok teoretiske kunnskaper ved å lese noen bøker og/eller delta på konferanser. Det er meget vanskeligere å gjennomføre synlig kvalitetsledelse.

Intet av det som står omtalt i denne veilederen er vanskelig å si seg enig i. Ingen ting av det er lett å gjennomføre. Endring er truende for mange. Det finnes ikke fasitsvar. Ingen vei er riktigere en annen. Alle gjør feil og mislykkes med noe. Ingen metode er riktigere en den andre. Det handler om å prøve og feile til en finner en form som passer i egen organisasjon.

For å oppnå effektivt lederskap må en bruke modeller og prinsipper. Hvilke blir ditt valg.

Selv om veien er vanskelig og strevsom vil organisasjonens positive resultater gjøre det verdt strevet.

**De beste snakker ikke om kvalitetsledelse, de bare gjør det.**

## 9 Litteraturliste

1. At Lede efter kontinuerlig kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, Red. Vibeke Krøll, 1995, Ringkjøbing Amtskommune
2. Forløb, procesanalyse og variation - et redskab til kontinuerlig kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet-, Red. Vibeke Krøll, 1996, Ringkjøbing Amtskommune
3. Handlingsplan for kvalitetsutvikling, Ullevål Sykehus, 1996
4. Håndbok i kvalitetsarbeid, Vest-Agder Sentralsykehus, 1994
5. Ledelsesforbedring som håndverk - Håndbok for praktikere-, Bjarne Berg Wig, 2. utgave, 1996, Norsk forening for Kvalitet, ISBN 82-7821-001-2
6. Putting the T in health care TQM -A Model for Integrated TQM: Clinical Care and Operations-, Ed. by Francine Oddo 1. edition, 1992, A GOAL/QPC Health Care Application Reesearch Committee Report, ISBN 1-879364-26-3
7. Quality Assessment for Healthcare -A Baldrige-Based Handbook-, Ned Barber, Ph.D. 1996, Quality Resources Adivision og The Kraus Organization Limited, ISBN 0-527-76305-5
8. Quality Health Services, John Øvretveit. 1990, Brunel Institute of Organisation and Social Studies, ISBN 1-872-166-11-3
9. Total Quality Outcomes Management -A guide to Integrating Outcomes Measurement and TQM to Improve Health-, Mara Minerva Melum, 1995 A GOAL/QPC Health Care Application Reesearch Committee, ISBN 1-879364-48-4
10. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten, Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn, 1995, IK-2482
11. NOU 1997:2 Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus

## 10 Liste over figurer

<i>Figur 1: Statens helsetilsyn – ”Kvalitetsprinsippene”</i>	7
<i>Figur 2: Prosessen, ikke organisasjonen, tilfredsstiller brukerne, kilde: Statens helsetilsyn.</i>	9
<i>Figur 3: Sammenheng mellom forbedring og sikring</i>	10
<i>Figur 4: Delegasjonsmatrise</i>	12
<i>Figur 5: Paul Bataldens illustrasjon av sammenheng mellom tradisjonell kunnskap og forbedringskunnskap</i>	13
<i>Figur 6: Styringsmodell for kvalitet</i>	15
<i>Figur 7: Ulike krav som rettes mot en virksomhet.</i>	17
<i>Figur 8: Eksempel på dokumentasjonsstruktur fra Ullevål Sykehus</i>	18
<i>Figur 9: Eksempel på avdelingsvis dokumentasjon fra Vest-Agder Sentralsykehus</i>	18
<i>Figur 10: Kvalitetssystem fra Ås kommune</i>	19
<i>Figur 11: Modell for fremragende forretningsvirksomhet</i>	26
<i>Figur 12: Paul Batalden - verdikompasset</i>	27
<i>Figur 13: Pasientens vei gjennom "systemet"</i>	29
<i>Figur 14: Kaskadeprinsippet i opplæring</i>	31