

Den norske lægeforening

Kom i gang

Kvalitetsforbedring i praksis

Redaktør: Ada Schreiner

Skriftserie for leger:
Utdanning og kvalitetsutvikling



KOM I GANG

Kvalitetsforbedring i praksis

Den norske lægeforening
Oslo, 2004

FORORD

*«Det viktigste er å ikke
slutte å stille spørsmål.»
Albert Einstein*

Dette er en håndbok i praktisk kvalitetsutviklingsarbeid. Boken bygger på erfaring fra forbedringsarbeid og utvikling av kvalitetssystem i helseinstitusjoner. De beskrevne metoder, system og teknikker har imidlertid allmenn gyldighet og kan overføres til andre typer virksomheter.

Boken er skrevet i en enkel form, ofte i form av stikkord og med eksempler fra opplevelser i hverdagen. En utdypning av det teoretiske fundamentet er overlatt til andre forfattere. Mitt mål er at boken skal oppleves som et praktisk hjelpemiddel, at den gir enkle råd og vil inspirere ledere og andre til å starte en kvalitetsutviklingsprosess. Boken legger spesielt vekt på praktisk forståelse og kan brukes som undervisningsmateriale i fagområdet kvalitet.

Det forekommer en del gjentakelser i boken, særlig om bruken av kvalitetshjulet (PDSA), som er grunnlaget for systematisk forbedringsarbeid. Dette er av pedagogiske hensyn, da jeg antar at flere lesere kun leser utvalgte kapitler i boken.

For de som ønsker å fordype seg i kvalitetsfaget, anbefaler jeg bøkene «Kvalitetsforbedring som håndverk» av Bjarne Berg Wig (Norsk Forening for Kvalitet og Ledelse, 1995), «Kvalitet: Ideer og metoder – offensiv kvalitetsutvikling» av Jostein Lillestøl (Fagbokforlaget 1994), «Kvalitetsstyrte bedrifter» av Asbjørn Aune (1993) og «Internkontroll» uten tårer» av Peter Chr. Koren (Tiden forlag 1997). Boken til Raymond D. Carey og Robert C. Lloyd fra 2001 om «Measuring Quality Improvement in Healthcare – A Guide to Statistical Process Control Applications», og Careys siste bok fra 2003 om «Improving Healthcare with Control Charts: Basic and advanced SPC methods and case studies» (begge fra ASQ Press) anbefales for de som er spesielt interessert i statistisk prosesskontroll til bruk i helsesektoren.

Denne boken utkom første gang i november 1997. Den er til min glede brukt som pensum ved studiet «Kvalitetsutvikling i helsetjenesten» ved Universitetet i Bergen og ved flere helsefaghøgskoler. Kvalitet er et fag i utvikling og særlig i helsesektoren. Jeg har tilegnet meg ny kunnskap og erfaring innen fagfeltet siden 1997, og utgir derfor en revidert og noe utvidet utgave av boken.

Jeg takker Dag Hofoss, Lill De Greve, Aleidis Skard Brandrud og Ove Kjell Andersen for inspirasjon og konstruktive innspill om statistisk prosesskontroll. Ove Kjell Andersen og Kjeld Malde takkes også for god hjelp til «siste finpuss». Jeg retter en varm takk til min mann Thomas Schreiner for utholdenhet og overbærenhet i mine skrivende stunder. Og sist men ikke minst, så retter jeg en stor takk til Hans Asbjørn Holm og Den norske lægeförening som gjorde det mulig for meg å utgi denne reviderte boken.

Ada Schreiner
Februar 2004

INNHOILDSFORTEGNELSE

1. Innledning	7
2. Kvalitet i fokus – mål og mening	10
2.1 Hva er kvalitet?	10
Mer om kvalitet	11
2.2 Totalkvalitetsledelse – hva og hvorfor?	13
Hva er totalkvalitetsledelse?	13
Hvorfor totalkvalitetsledelse?	14
2.3 Prosessorientering	15
2.4 Brukerbegrepet	16
2.5 Kvalitetssikring	17
2.6 Kvalitetskostnad	17
3. Kvalitetssystem og internkontroll	19
3.1 Kvalitetssystem (styringssystem)	19
3.2 Eksempel på kvalitetssystem i sykehus	21
Grunnlagsdokumentet	22
Dokumentasjon – hensikt og krav	22
Dokumentasjon på nivå 1 (for hele sykehuset)	23
Dokumentasjon på nivå 2 (avdelingsnivå)	23
3.3 Ulike tilnærminger til utviklingen av et kvalitetssystem	25
3.4 Eksempler på forbedring av kvalitetssystemet	26
3.5 Internkontroll og internkontrollsystem	27
Hva menes med internkontroll?	27
Internkontrollforskriften, Helse, miljø og sikkerhet	27
Etablering av systematisk HMS-arbeid	28
Enkel risikoanalyse	29
Forskjeller og likheter mellom internkontrollsystem og kvalitetssystem	29
3.6 ISO 9000:20000 standardene	30
3.7 Akkreditert ISO-sertifikat	33
3.8 Utforming av en prosedyre	34
3.9 Dokumentstyring	36
3.10 Revisjoner av kvalitetssystemet (systemrevisjon)	37
Interne revisjoner: Førsteparts revisjoner	38
Eksterne revisjoner: Andreparts revisjoner	39
Eksterne revisjoner: Tredjeparts revisjoner	39

4. Kvalitetsforbedringsarbeid	40
4.1 Hva menes med kvalitetsforbedring?	40
4.2 Hvorfor sette i gang kvalitetsforbedringsarbeid?	41
4.3 Motivasjon og endring	42
Skap kultur for endring	42
Motivasjonsfaktorer.	43
Håndtering av motstand	44
Hvordan håndtere motstand i praksis?	45
5. Metoder og modeller for kvalitetsforbedringsarbeid	47
5.1 Modell for forbedringskunnskap (Deming/Batalden)	47
5.2 Kvalitetshjulet (PDSA)	49
5.3 Forbedringsmodellen i praksis	52
Hvordan få til endring?	53
5.4 Kvalitetstriologien (kvalitetsplanlegging, -styring og – forbedring)	54
5.5 Problemløsningsmodellen (PLM)	55
Fase 1: Finne problemer	58
Fase 2: Finne årsaker	61
Fase 3: Finne løsninger	63
Fase 4: Gjennomføre tiltak	64
Fase 5: Sikre forbedring.	65
5.6 Gjennombruddsmetoden	66
5.7 Modellen i Den norske kvalitetsprisen	67
6. Kom i gang med forbedringsarbeidet!	69
6.1 Forberedelsesfasen: Kjenn dagens organisasjonskultur!	69
6.2 Forberedelsesfasen: Visjon, mål, handlingsplan	70
6.3 Forberedelsesfasen: Riktig «timing», ressurser, opplæringsplan ..	71
6.4 Forberedelsesfasen: Opplæring	72
6.5 Gjennomføringsfasen: Forbedringsområde velges	73
6.6 Oppfølgingsfasen: Behandling av avvik og feil	75
6.7 Oppfølgingsfasen: Korrigerende tiltak og kontinuerlig forbedring	76
7. Bruk av forbedringsteknikker («verktøykassen») – når og hvordan? .	78
7.1 Idédugnad	78
7.2 Nominell gruppeteknikk – NGT	80
7.3 Flytskjema	80
7.4 Affinitetsdiagram (slektskapsdiagram; LP-metoden)	83
7.5 Årsak-virkningsdiagram (Fiskebensdiagram; «de 4 M'er»)	86

7.6	Hvorfor-hvorfor diagram (tre-diagram)	89
7.7	Hvordan-hvordan diagram (tre-diagram)	91
7.8	SWOT-analyse.	92
7.9	Datainnsamling (registreringsskjema, sjekkliste)	93
7.10	Pareto-diagram	94
7.11	For-imot analyse	97
8.	Måling av kvalitet – kvalitetsindikatorer	100
8.1	Hvorfor må kvalitet måles?	100
	Måling av kvalitet	100
8.2	Indikatorer – et redskap for å måle	102
8.3	Strukturering av kvalitetsindikatorene	103
	Struktur, prosess og resultat	103
	Balansert målstyring	105
	Totalkvalitetsledelse og indikatorer	106
8.4	Nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten	107
9.	Statistisk prosesskontroll (SPK)	109
9.1	Statistisk prosesskontroll (-prosessstyring). En kort innføring	109
9.2	Datainnsamling – grunnlaget for målinger	110
9.3	Naturlige- og spesielle variasjoner	111
9.4	Linjediagrammet – observer variasjon i prosessen	112
9.5	Run-diagrammet	113
9.6	XmR-diagrammet (I-diagrammet)	116
9.7	Statistisk prosesskontroll: Hvilket kontrolldiagram er det beste?	118
10.	Gruppearbeid i forbedringsprosessen	120
10.1	Effektive grupper	120
10.2	Gruppens kjøreregler	120
10.3	Tverrfaglige grupper	121
10.4	Papirarbeid i forbindelse med møter	122
11.	Organisering av kvalitetsutviklingsarbeidet	123
11.1	Prosjektgrupper	123
11.2	Forbedringsgrupper (kvalitetsgrupper)	124
11.3	Kvalitetsutvalg eller kvalitetsråd	125
12	Særlige krav til kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten	126
12.1	Lov om statlig tilsyn i helsetjenesten § 3	126
12.2	Kvalitetsutvalg	126

12.3 Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (1. januar 2003)	127
12.4 Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten Den første strategien om kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten 1995–2000	129
Ny strategi for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten	129
13. Historisk tilbakeblikk	131
13.1 1900-tallet og taylorismen	131
13.2 1930-årene og statistisk prosesskontroll	131
13.3 1950- til 1970-årene: Ekspertene råder	132
13.4 1980- og 1990-årene: Totalkvalitetsledelse og kontinuerlig forbedring	132
Trendene fra 1950–2004	133
14. Vedlegg:	134
I Definisjoner og beskrivelse av flere begreper	134
II Eksempel på en prosedyre i et kvalitetssystem	137
15. Referanser og aktuell litteratur	139

1. INNLEDNING

*«Gjør i dag det du gjerne
vil utsette til i morgen.»
Norsk ordspråk*

Hvorfor skal vi jobbe med kvalitetsforbedring?

Det stilles stadig økende krav til virksomheter og deres ledere om oppfylling av lovbestemte krav, om å overholde stramme budsjetter, om rasjonell og effektiv drift og om hurtig tilpasning til endrede ramme- og driftsvilkår. Markedskreftene og økt konkurranse om å levere riktige tjenester til rett tid og med rett pris er velkjente krav for virksomheter i privat sektor. Dette gjelder også i økende grad i offentlig sektor. Det handler om kvalitet i ordets rette forstand. Totalkvalitetsledelse er en ledelsesform for å imøtekomme disse utfordringene. Boken kan bidra til at kvalitet blir prioritert og at det startes en systematisk forbedringsprosess i den enkelte virksomhet.

Status i dag er at mange bedrifter innen det private næringsliv har kommet relativt langt med sitt kvalitetsarbeid fordi det lønner seg å satse på kvalitet. Det offentlige har kommet sakte men sikkert etter. Helsemyndighetens aktive pådriverrolle i begynnelsen av 90-tallet har fortsatt etter milleniumsskiftet. Kvalitetsutviklingsarbeidet har gitt resultater, og det arbeides flittig i de fleste helse- og omsorgsinstitusjoner for å utvikle og videreutvikle kvalitetssystemer, og for stadig å forbedre seg.

Den omfattende omorganiseringen av norsk helsevesen med iverksetting av helseforetak i 2002 synliggjør tydelig at kravene om kvalitet i helsetjenesten er kommet for å bli. I 2003 ble det iverksatt krav om nasjonale indikatorer innen helsetjenesten. Det er et krav at sykehusene jevnlig skal rapportere på pasienttilfredshet og medarbeidertilfredshet i tillegg til de tradisjonelle økonomiske styringsparametrene. Kvalitet må derfor måles. Vi er godt på vei i det norske samfunn mot systematisk kvalitetsforbedringsarbeid, selv om mange enda er i startgroppen.

I industrien og næringslivet er kundebegrepet velkjent og innarbeidet. I helsevesenet virker det imidlertid fremmedgjørende å omtale sine klienter eller pasienter som kunder. I denne boken benyttes derfor begrepet «bruker» gjennomgående og er synonymt for begrepene kunder og pasienter, og begrepet omfatter både interne og eksterne brukere.

Bli med på «kvalitetsreisen» – kom i gang!

Det er nødvendig med en felles begrepsforståelse mellom leseren av boken og forfatteren for at vi skal kunne kommunisere og forstå hverandre i bokens kapitler. Sentrale begreper i kvalitetsfaget beskrives derfor i kapittel 2.

«Er ikke kvalitet luksus og dyrt?» «Er kvalitet eller totalkvalitetsledelse «TKL» et motebegrep eller nok en ny «isme»?» «Dette kan vi fra før!» «Dette har vi alltid gjort!» «Må vi sette fokus på kvalitet, eller kan vi lukke ører og øyne og la hverdagen gå sin travle, vante gang i en verden hvor alt går fortere, og vi har mindre og mindre tid.» Disse spørsmålene, påstandene og spissformuleringene viser et lite utdrag av hvordan folk flest – menigmann og akademikere – oppfatter kvalitetsfaget. Men dette er før de har tatt seg tid til å ville forstå hva det hele dreier seg om. Det er derfor en utfordring for oss alle å skjønne og enkelt forklare hva kvalitet er, hva som er «vitsen» med å arbeide etter totalkvalitets- og forbedringsfilosofien, og hvorfor det lønner seg å satse på kvalitetskonseptet.

Litt om de enkelte kapitlene

Disse spørsmålene og påstandene er også omhandlet i kapittel 2 som danner grunnlaget for resten av boken. Det anbefales å lese dette kapitlet før du blar over til de mer «spennende» og praktisk rettede kapitlene senere i boken.

Alle virksomheter i Norge skal oppfylle kravet om internkontroll. I tillegg er det et krav at alle somatiske helseinstitusjoner skal ha et helhetlig kvalitetssystem. Men hva betyr egentlig dette? Alle virksomheter har en eller annen form for et styringssystem i sin virksomhet. Dette er kimen til begrepet «kvalitetssystem». Kvalitetssystemet er ikke målet i seg selv, men det er et virkemiddel og gir et rammeverk og en struktur som kan hjelpe oss med å overvåke og forbedre våre arbeidsprosesser. Styringssystemet danner et godt utgangspunkt for kontinuerlige forbedringer. Men hva er et kvalitetssystem og hva er forskjellen på dette styringssystemet og et internkontrollsystem? Disse temaene er beskrevet i kapittel 3.

De som ikke har startet opp enda kan lære noe av det andre har erfart i sin «kvalitetsverden» Kapittel 4 gir en innledning til hva kvalitetsforbedringsarbeid er, og omhandler hvordan vi kan motivere til endring og takle motstand.

Kapittel 5 beskriver det teoretiske fundamentet for forbedringskunnskap og de vanligste modeller for forbedringer i praksis. Den norske legeforening (Dnlf) har vært og er en foregangsorganisasjon for å oppnå kvalitetsforbedringer i det norske helsevesen, ikke bare for legeprofesjonen, men i et tverrfaglig perspektiv. Dnlf ved Hans Asbjørn Holm startet i 1998 opp det såkalte Gjennombruddskonseptet her i Norge etter en vel utprøvet modell fra USA. Modellen er beskrevet i kapittel 5.6.

I kapittel 6 gjennomgår trinn for trinn hvordan vi kan komme i gang med vårt forbedringsarbeid.

Det finnes en rekke teknikker og verktøy som kan hjelpe oss. Et utvalg av disse er beskrevet i kapittel 7.

Kvalitet skal måles. Kapittel 8 beskriver ulike tilnæringer for måling av kvalitet og kvalitetsindikatorer. Bruk av statistisk prosesskontroll i helsevesenet har kommet for å bli. En kort innføring i temaet finner leseren i kapittel 9.

Hvordan grupper kan brukes i forbedringsprosessen og hvordan kvalitetsarbeidet kan organiseres finner leseren i kapitlene 10 og 11.

Stortinget stiller spesielle krav til kvalitet i helse- og omsorgsinstitusjoner. Disse kravene er beskrevet i kapittel 12. Beskrivelsen av kvalitetsutvalg og det praktiske eksemplet på et kvalitetssystem i dette kapitlet, kan overføres til andre typer virksomheter.

Et innblikk i kvalitetsfagets historikk og utviklingstrender er plassert som siste kapittel for særlig interesserte lesere.

Jeg ønsker hver enkelt leser velkommen inn i «kvalitetens verden» – la oss komme i gang!

2. KVALITET – MÅL OG MENING

*«Intet i livet bør fryktes.
Det skal bare forstås.»
Marie Curie.*

2.1 Hva er kvalitet?

Kvalitet kom for fullt i fokus i Norge i 1990-årene i alle typer virksomheter. De fleste assosierer kvalitet med noe som er bra og foretrekker bedre kvalitet fremfor dårlig kvalitet til samme kostnad. Begrepet kvalitet blir brukt i en rekke sammenhenger i dagliglivet og i næringslivet, av forbrukere, produsenter og markedsførere. Kvalitet forbindes oftest med oppfylning av spesifikke krav til produktene eller tjenestene og det å møte eller tilfredstille kundens eller brukerens behov og forventninger.

Kvalitet er derfor å tilfredstille brukerens forventninger til tjenesten eller produktet. Sagt på en annen måte, så er kvalitet alt som kan forbedres sett fra brukerens synspunkt. Forbedringstankegangen er et gjennomgående tema i denne boken.

Kvalitetsbegrepet har i de siste 20 årene utviklet seg, og det er i dag internasjonalt anerkjent at det er *helheten av egenskaper* våre tjenester eller produkter har som er avgjørende for kvalitetsvurderingen. I tråd med dette definerer den formelle internasjonale standardiseringsorganisasjonen ISO kvalitet på følgende måte:

*«I hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav»
(NS-EN ISO 9000:2000)*

«Kvalitet» kan brukes sammen med adjektiver som dårlig, god eller utmerket. «Iboende», betyr, i motsetning til «tildelt» en permanent egenskap.

En enkel definisjon på kvalitet er at

«kvalitet er evnen til å tilfredstille brukerens krav og forventninger.»

Dette kan illustreres med brøken $\text{Kvalitet} = \text{Resultat/Forventning}$, og målet er at brøken skal bli lik 1 eller > 1 .

Et eksempel kan illustrere hva kvalitet er: Du har kjøpt en genser i en butikk. Du kommer ut fra butikken og er svært fornøyd og tenker at hit vil jeg komme tilbake og handle mer senere. Du reflekterer og undrer deg over hva det var som gjorde at du ble så fornøyd. Var det garnet i genseren som er så spesielt og utsøkt? – Nei, sånn passe. Var genseren spesielt billig? – Nei. Kanskje det var ekspeditøren som var så forekommende og vennlig? Eller var det butikklokalene og utstillingene som var så tiltal-

ende? –Tja. Du trekker konklusjonen: Det var alle deelementene som totalt sett gjorde at du var fornøyd, og dine forventinger var innfridd. Du opplevde kvalitet!

I forbindelse med kvalitetsforbedring, kvalitetsarbeide, kvalitetssystem, – ja, hele kvalitetsfaget – er det nødvendig med en viss forståelse av begrepet kvalitet fordi nesten alle har sin egen tolkning og assosiasjon av hva kvalitet er. La oss forsøke å klargjøre begrepet og luke vekk de mest alvorlige mytene. De vanligste misforståelsene er påstandene om at

- kvalitet er luksus
- kvalitet fører til høyere kostnader
- kvalitet er produktspesifikasjon

Kvalitet er *ikke luksus*. Dette kan illustreres ved et eksempel: to personer skal velge sin drømmeferie. Den ene velger et opphold på et luksushotell, den andre velger en arrangert fottur i fjellet med overnatting i telt. Begge kommer hjem igjen og sier: «Det var en fantastisk ferie!» Begge har opplevd en ferie som har tilfredsstilt deres egen forventning, og kravet til kvalitet er oppnådd. Kvalitet kan derfor betegnes som både subjektiv og objektiv. Kvalitet er ikke luksus, men er relatert til en helhet av de egenskaper som skal til for å få en fornøyd bruker.

Kvalitet *fører ikke til høyere kostnader*. Å levere produkter eller tjenester som forventet hver gang både internt og eksternt betyr mindre feil, mindre misforståelser, færre omgjøringer og reparasjoner, færre kundeklager og reklamasjoner og færre pasientskadesaker. Det blir kort sagt billigere! Det som koster er mangel på kvalitet: å måtte gjøre ting om igjen, materialer som må kastes, å ikke ha orden i papirene. Helsearbeidere vil kjenne seg igjen i all den bortkastede tiden det tar å lete etter pasientjournaler.

Kvalitet er *mer enn produktspesifikasjon*. Det avgjørende for deg når du kjøper en skjorte er ikke stoffets sammensetning, men om du liker skjorten. Det er helheten av skjortens egenskaper som avgjør om det er kvalitet eller ikke.

Mer om kvalitet

Med en faglig standard menes en beskrivelse av hvor avanserte vi har bestemt at våre tjenester skal være. Kirurgene på et stort og spesialisert sykehus utfører mer avanserte og kompliserte operasjoner enn sine kollegaer på et lite sykehus. Det faglige sortimentet er forskjellig, men både kirurgene på det store, spesialiserte sykehuset og på det mindre sykehuset yter kvalitet ut fra de standarder som er lagt til grunn.

Det er viktig å være klar over at nivået på en faglig standard er forskjellig i ulike typer virksomheter. Det ville være feil om et alders- eller sykehjem skulle legge sin faglige standard på samme nivå som et spesialisert sykehus. Begge disse institusjonene må imidlertid streve etter å oppfylle brukernes krav og forventinger i forhold til sine tjenester.

Et annet eksempel kan være et 5-stjernes hotellet som har en høyere standard enn et 2-stjernes hotell. Vi har som brukere andre forventinger og krav til luksushotellet

enn til hotellet med enklere standard. Men begge hotellene strever etter å få fornøyde brukere og yte kvalitet ut i fra sine eksisterende rammebetingelser.

Kvalitet er «alles ansvar». Med dette menes at alle medarbeiderne har et selvstendig ansvar for å gjøre en god jobb, holde seg faglig à jour og bidra til at virksomhetens mål nås. Virksomhetens øverste ledelse har imidlertid ansvaret for at det tas initiativ til, planlegges og settes i gang arbeid for å oppnå kvalitet. For å komme i gang og sette kvalitet i fokus gjennom systematisk arbeid er det nødvendig

- med en erkjennelse av forbedringsmulighetene i virksomheten
- å innse viktigheten av å tilfredsstille brukerne
- å ha innsett at kvalitet lønner seg
- at alle ser nytten av systematisk arbeid

Fokus innen kvalitet har over tid flyttet seg fra kontroll av deler av produksjonen til forbedring og helhetstenking. Summarisk kan vi skissere hovedforskjeller mellom gammel og ny kvalitetstankegang på denne måten:

Gammel måte:	Ny måte:
1) Kvalitet er fokusert på deler av virksomhetene dvs. produksjonsavdeling og produkter; i helsetjenesten særlig på medisinsk teknisk utstyr	1) Helhetssyn på kvalitet. Kvalitet omfatter hele virksomheten og alle aktiviteter i virksomheten.
2) Feil kan ikke unngås. Det er menneskelig å gjøre feil.	2) Alle slags feil kan forebygges i de daglige rutiner. Målet er null feil. Det er menneskelig å ønske og gjøre ting riktig.
3) Kvalitet sikres gjennom kontroll.	3) Kvalitet sikres gjennom styring og systematisk forebyggende tiltak; kontinuerlig forbedring er et mål.
4) Kvalitetsarbeidet savner integrasjon med øvrig virksomhet. Kobling mellom nytteverdien for brukeren og effektivitet er svak.	4) System og struktur. Systemet omfatter hele virksomheten. Strukturen støtter virksomhetens utvikling og er et virkemiddel for å oppnå tilfredse brukere, effektivitet og lønnsomhet.
5) Kvalitetsbegrepet oppfattes og baseres på «omtrentligheter» og «synsing».	5) Kvalitet måles kontinuerlig. Oppfatninger bygger på fakta.
6) Kvalitetsavdelingen har ansvaret for kvaliteten.	6) Hver medarbeider er ansvarlig for kvaliteten. Utviklingen av kvalitet skjer i linjen.
7) Klager er irritasjonsmomenter.	7) Klager ses på som en mulighet til å bli bedre.
8) Lite fokus på opplæring. Opplæring er en kostnad som gir lite uttelling.	8) Opplæring av alle medarbeidere i kvalitetsarbeid. Opplæring er en nødvendig investering selv om det krever ressurser.

2.2 Totalkvalitetsledelse – hva og hvorfor?

Hva er totalkvalitetsledelse?

Totalkvalitetsledelse (TKL) er navnet på den ledelsesform som fremtredende japanske ledere, forskere og ingeniører utviklet i tiårene etter siste verdenskrig. En måte å karakterisere TKL på er at ledere og medarbeidere gjør det de kan for å levere produkter eller tjenester som tilfredsstillende eller overgår brukernes behov og forventninger. For å klare dette må det være kvalitet i alle ledd av arbeidsprosessene. Derfor betrakter vi våre kollegaer som interne brukere (kunder). Den japanske kvalitetsguruen Ishikawa kaller TKL «en tankerevolusjon i ledelse». Andre anerkjente eksperter innen kvalitetsfaget kan bruke noe forskjellige karakteristikker på begrepet TKL, men felles for de fleste er at TKL omfatter prinsippene om:

- (1) prosessorientering
- (2) brukerfokusering
- (3) kontinuerlig forbedring
- (4) tverrfaglighet (involvering av alle medarbeiderne)
- (5) synlig ledelse basert på fakta

Prossessorientering innebærer at vi skal vektlegge alle prosessene i utførelsen av arbeidsoppgavene. Prosessene våre må kunne kontrolleres og styres for å se at arbeidsaktivitetene utføres i henhold til fastsatte krav og rutiner. Dette krever at vi må ha *målbare* bevis på at vår prosess går som den skal i forhold til våre mål og spesifikasjoner. Statistisk prosesskontroll er et glimrende verktøy til dette (se kapittel 9).

Med *brukerfokusering* menes at vi skal lytte til hva brukerne av våre tjenester ønsker og krever. Ta brukerne med på råd når nye produkter eller tjenester skal utvikles! Det har utviklet seg en praksis for at brukerne er representert i utvalg, råd og styrer nettopp med tanke på at brukerne vet hvilke tjenester de vil ha og hva som bør forbedres. Ordtaket «Den som har skoen på vet hvor den trykker!» kan illustrere dette.

Prinsippet om *kontinuerlig forbedring* betyr at vi stadig ønsker å bli bedre i vårt daglige arbeid. Det er de små skrittene vei mot å utvikle våre tjenester.

Det fjerde prinsippet i TKL i denne boken er *tverrfaglighet*. Med dette menes samarbeid på tvers av profesjonsgrenser eller med andre ord – det kreves at alle medarbeiderne på ulike nivåer involverer seg i TKL-prosessen og samarbeider. Dette er nødvendig for å oppnå et godt arbeidsmiljø og for å utføre arbeidet effektivt og rasjonelt. Et tverrfaglig samarbeid kan i seg selv være kimen til fornuftige og hensiktsmessige rutiner og danne grunnlaget for et arbeidssted hvor medarbeiderne trives og yter sitt beste. Den norske lægeforenings «Gjennombruddsprosjekter» er et ypperlig eksempel på tverrfaglig samarbeid i praksis.

Det er avgjørende med en *synlig ledelse basert på fakta* for å lykkes med kvalitetsforbedrings- og -utviklingsarbeid. Ledelsen må aktivt vise at de tror på kvalitetskonseptet og etterlever dette i sin ledelsesform. Lederne må derfor handle som de snakker.

Kvalitet skal kunne måles. Det holder derfor ikke med «synsing» – ledelsen må vise til fakta.

TKL-filosofien bygger på visjonen om den perfekte organisasjon. Visjonen kan være et nirvana hvor medarbeiderne har respekt for hverandre, hvor alle strever etter stadig å bli bedre og alltid tilfredstiller brukernes behov. I vår ideelle organisasjon er det utviklet et fornuftig styringssystem (kvalitetssystem) som sikrer at våre arbeidsprosesser stadig blir bedre. I videste forstand vil TKL gjennomsyre hele virksomheten og gjenspeiles i mål, midler og metoder, på tvers av avdelinger, på alle nivåer og med deltakelse av alle. I en slik organisasjon vil toppledelsen være aktive og engasjerte og vise ved sin adferd at «hos oss kommer kvalitet først!».

Kvalitet er å tilfredsstille brukernes krav og forventinger knyttet til et produkt eller til den enkelte tjeneste. Totalkvalitet omfatter en større helhet og kan deles opp i oppfyllelse av krav og forventinger rettet mot

- den *faglige* utførelsen av tjenesten eller produktet
- samspillet i *prosessene* (samarbeidet)
- *servicen* overfor brukerne (adferden)

Den faglige kvaliteten vil alltid være kjernen i enhver virksomhet. Men hvis vi ikke også samarbeider godt tverrfaglig, vektlegger prosessen i alle våre gjøremål og behandler kollegaer og brukere med respekt og likeverd oppnår vi aldri totalkvalitet. Totalkvalitetsledelse er totalkvalitetsprinsippene satt inn i et lederperspektiv, og utøvelse av TKL i praksis innebærer at lederen synliggjør de fem TKL-prinsippene i sitt daglige lederskap.

En annen anerkjent måte å beskrive totalkvalitetsledelse på i helsesektoren (John Øvretveit, 1992) er å dele begrepet inn i de tre dimensjonene

- *Faglig (profesjonell)* kvalitet
- *Ledelseskvalitet* og
- *Pasientopplevd* kvalitet

Den faglige kvaliteten vil alltid være kjernen i enhver virksomhet, og den viser til om tjenesten oppfyller kravene satt av helsemyndighetene og av personell, og om brukernes krav oppfylles.

Ledelseskvalitet innebærer at de tilgjengelige ressurser benyttes så effektivt som mulig innenfor rammen og direktiver satt av helsemyndighetene.

Med *pasientopplevd kvalitet* mener vi det pasienter og pårørende ønsker og forventer av helsetjenesten.

Hvorfor totalkvalitetsledelse?

TKL baserer seg på en langsiktig overlevelse i en verden preget av markedskreftenes spill, og ikke på kortsiktige raske løsninger. Kontinuerlig forbedring er et av de sentrale prinsippene i TKL. Flere av verdens ledende bedrifter i dag f.eks. LM Ericsson, arbeider målrettet etter TKL-prinsippene, og har vist at det lønner seg.

For å lykkes med TKL-prinsippene må vi først gå via kvalitetssikring og etablering av et kvalitetssystem som det grunnleggende styringssystem. Dette styringssystemet (kvalitetssystemet) skal støtte opp under alle arbeidsprosessene i virksomheten og sørge for at vi har et sted å plassere forbedringstiltakene våre.

2.3 Proessorientering

Fokusering på prosesser er et av prinsippene i TKL-konseptet, og det er nødvendig å få en forståelse av hva begrepet «prosess» innebærer.

Virksomhetens prosesser er til for å gi verdi til brukerne. Den formelle definisjonen av en prosess lyder:

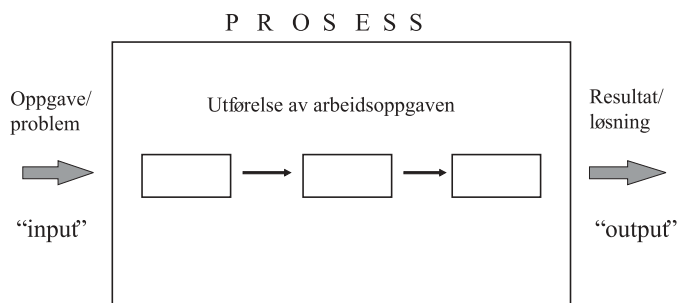
«samling av beslektede eller samvirkende aktiviteter som omformer tilført grunnlag til resultater»

(NS-EN ISO 9000:2000)

Tilført grunnlag til en prosess blir vanligvis resultater fra andre prosesser.

En prosess kan populært defineres slik:

«en prosess er en rekke aktiviteter som henger sammen og som fører til et resultat»



Figuren illustrerer en prosess som er en kjede av etterfølgende aktiviteter.

Innsatsfaktorene eller oppgaven (problemet) som skal løses kalles ofte for «input», mens resultat kan kalles «output». Mellom starten av en prosess og det endelige resultatet foregår utførelsen av arbeidsoppgaven gjennom ulike delaktiviteter. Enhver aktivitet eller arbeidsoppgave består derfor av en eller flere prosesser. Hvis bare en eneste av del-aktivitetene utføres dårlig vil dette innvirke på sluttresultatet. Tenk for eksempel på hva som blir konsekvensene hvis en lang kjetting ryker! Et eneste ledd i kjet-

tingen er tilstrekkelig til at hele kjettingen er ubrukbar. Det er derfor viktig at hvert enkelt ledd og aktivitet i prosessen utføres riktig og i forhold til de krav som er fastsatt.

Det å fokusere på prosesser i sitt arbeid betyr å:

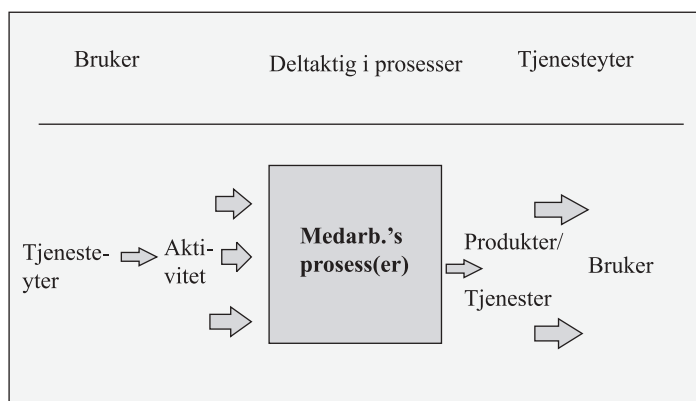
- definere ansvarsområder (grensesnitt)
- styre prosesser (og behandle avvik)
- forbedre (eksisterende) prosesser
- skape (fornye) prosesser

2.4 Brukerbegrepet

Enhver mottaker av det som kommer ut av en prosess (output) kalles bruker. Dette betyr at vi har både interne og eksterne brukere. Med *interne brukere* mener vi medarbeidere i andre avdelinger og andre seksjoner i virksomheten. Med *eksterne brukere* mener vi ulike grupper utenfor virksomheten som benytter våre tjenester.

I arbeidet med TKL er det viktig at alle mottakere av tjenester blir oppfattet som brukere.

Internt er det slik at brukeren både mottar, bearbeider og leverer fra seg tjenester. Derfor snakker vi om det interne bruker – og leverandørforholdet. En medarbeider har derfor tre roller i sitt daglig arbeid: hun er bruker av tjenester, delaktig i arbeidsprosessen og leverandør eller tjenesteyter. Philip Crosby kaller dette for «Medarbeidernes tre roller» («The triple role of the Customer»).



Figuren viser Philip Crosby's model «Medarbeidernes tre roller («The Triple Role of the Customer»).

For å oppnå kvalitet i disse interne bruker-/leverandørforholdene, kreves det at vi har avklart brukernes krav og forventninger til tjenestene.

Den utvidede definisjonen av begrepet *bruker* (både *intern* og *ekstern bruker*) er

nyttig når vi skal arbeide mot kvalitet i alle trinn i prosessene (total kvalitet). I den videre fremstillingen i denne boken brukes betegnelsen *bruker* både for interne og eksterne brukere.

2.5 Kvalitetssikring

Den formelle definisjonen på kvalitetssikring lyder:

«del av kvalitetsstyring med fokus på å skaffe tiltro til at krav til kvalitet er oppfylt»
(NS-EN ISO 9000:2000)

Et viktig stikkord i forhold til kvalitetssikring er *tiltro* eller *tillit*. Internt i en virksomhet skal kvalitetssikring tjene som et verktøy for å gi ledelsen den nødvendige tillit (intern kvalitetssikring) til at medarbeiderne oppfyller de fastsatte kravene til kvalitet på sine tjenester og produkter. Det er en metode for å forebygge at det oppstår problemer i kvalitetssystemet.

I kontraktsforhold skal kvalitetssikring gi brukeren tillit til at leverandøren er i stand til å levere produkter og tjenester i forhold til det som er avtalt (ekstern kvalitetssikring).

Det er nødvendig å sikre kvaliteten på tjenestene eller produktet enten fordi lover og forskrifter eller ledelsen krever det, eller for å forebygge svikt og redusere sløsing og kostnader på grunn av avvik eller feil.

2.6 Kvalitetskostnad

Et av målene med å sette kvalitet i fokus, er å redusere kostnadene og bruke de tilgjengelige ressursene mest mulig effektivt. Begrepet kvalitetsrelaterte kostnader kan inndeles i tre grupper:

- 1) kostnader ved å forebygge
- 2) kostnader ved å kontrollere dvs. kontrollkostnader
- 3) kostnader ved ikke-kvalitet, dvs. feilkostnader ved avvik

Undersøkelser fra produksjonsbedrifter har vist at kvalitetskostnader utgjør en betydelig andel av omsetningen. Internasjonale undersøkelser viser at kvalitetskostnadene ofte utgjør 20–30 % av total kostnadene. Undersøkelser foretatt i medisinske laboratorier viser at feilrekvirering av prøver og dobbeltanalysering på grunn av gale eller usikre svar, utgjør et like høyt tall, ca. 30 % av total kostnadene.

Det er derfor et stort forbedringspotensiale ved «å gjøre de riktige tingene riktig første gang», og hver gang.

Begrepet «kvalitetskostnader» er sammensatt og komplekst, og det er utviklet ulike modeller for å forklare årsaker og gi råd om hvordan disse kostnadene kan reduseres.

Enkelt sagt og ut fra en tradisjonell kvalitetstankegang, så skjer en reduksjon av de totale kvalitetsrelaterte kostnadene i hovedsak ved å redusere kontrollkostnadene og feilkostnadene.

Virksomheter som er opptatt av og arbeider etter «total kvalitets»-tankegangen, setter prosessene i fokus, både i forhold til vedlikehold og forbedring av disse.

Kostnadsvurderingene bør derfor reflektere de totale kostnader knyttet til hver prosess. De fleste kostnadselementene knyttet til prosesser faller inn i kategoriene

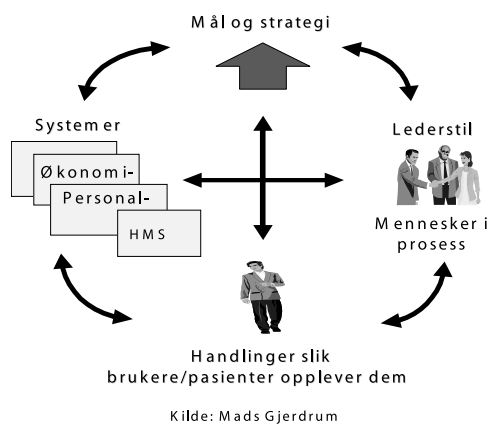
Menneske, Maskin (utstyr), Materiale og Metode (de 4 M'er, jf. Årsakvirkningsdiagrammet, kapittel 7.5). Hvert kostnadselement kan klassifiseres i henhold til dette.

3. KVALITETSSYSTEM OG INTERNKONTROLL

*«Hvor utgangspunktet er galest,
blir titt resultatet originalest»
Henrik Ibsen (Peer Gynt)*

3.1 Kvalitetssystem (styringssystem)

Vi er enige om at kvalitet har å gjøre med evnen til å tilfredsstille brukerens krav og forventninger. Skal vi oppnå målet om kvalitet på alle våre tjenester og produkter, er det nødvendig med et system eller en struktur for å understøtte arbeidsprosessene våre. Dette styringssystemet kalles for et kvalitetssystem. Kvalitetssystemet er det fundament virksomheten står på, og det er en forutsetning for alt videre utviklingsarbeide.



Figuren over illustrer kvalitetssystemets plass i virksomheten. Enhver virksomhet har en overordnet målsetting og en strategi for å nå målene. Lederne utøver ledelse gjennom sine medarbeidere for å nå virksomhetens mål. Våre eksterne brukere (kunder/pasienter) opplever virksomhetens kvalitet gjennom de tjenester som ytes. Kvalitetssystemet er et styringsverktøy og et hjelpemiddel for å oppnå dokumentert orden i hverdagen.

Et kvalitetssystem omfatter alt vi gjør for å sikre at alle våre prosesser går bra og at de stadig blir bedre. Målet er at kvalitetssystemet skal føre til sikre og hensiktsmessige rutiner for brukerne av virksomhetens tjenester, og at det skal gjøre hverdagen enklere for medarbeiderne. Dette vil føre til mer fornøyde brukere i alle ledd. Det er viktig å

huske på at et kvalitetssystem ikke er noe «ekstra» i forhold til det daglige arbeidet i virksomheten. Det er enkelt sagt virksomhetens styringssystem som støtter opp under hvordan vi utfører vårt daglige arbeid.

Alle virksomheter har et kvalitetssystem i en eller annen form enten ubevisst eller bevisst.

Formelt defineres et kvalitetssystem som:

«samling av elementer som er innbyrdes beslektet eller gjensidig påvirker hverandre»
(NS-EN ISO 9000:2000)

ISO har i tillegg en egen definisjon for system for kvalitetsstyring som lyder:

«styringssystem for å rettlede og styre en organisasjon når det gjelder kvalitet»

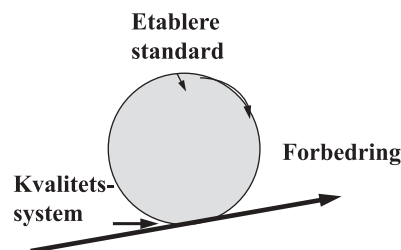
Et godt fungerende kvalitetssystem gir mange positive effekter, f.eks.:

- sikrer at lover og forskrifter overholdes
- gir brukerne tillit til produktet eller tjenesten
- sikrer at vi leverer det brukeren vil ha (i rett mengde, til rett tid og på rett sted)
- sikrer at egne ressurser brukes på en kostnadseffektiv måte

Ledelsen i den enkelte virksomhet må avgjøre hvor omfattende de ønsker å lage sitt kvalitetssystem. Vi kan ha kvalitetssystemer på tre nivåer med tanke på omfang:

- 1) et begrenset kvalitetssystem som bare har til hensikt å oppfylle minimumskravene i lover og forskrifter (internkontrollkravene)
- 2) et utvidet kvalitetssystem som i tillegg til å oppfylle internkontrollkravene legger vekt på kvalitetssikring og forbedring
- 3) et helhetlig kvalitetssystem som vektlegger kontinuerlig kvalitetsforbedring og fornyelse

Et kvalitetssystem støtter opp under forbedringsprosessene i virksomheten og bidrar til å hindre tilbakefall til dårligere/lavere standard. Det er derfor et rammeverk og en struktur som hjelper oss i vårt forbedringsarbeid.



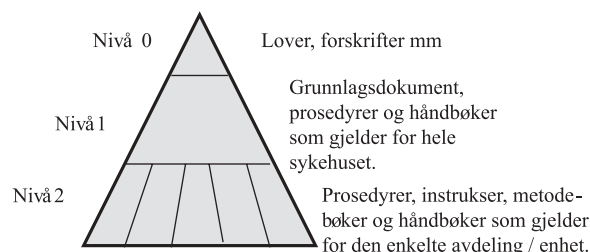
Figuren illustrerer hvordan et kvalitetssystem støtter opp under forbedring av arbeidsprosene.

Noen tror at veien til et kvalitetssystem er enkel og grei: ledelsen har bestemt seg; vi leier inn konsulenter og går i gang. Vi vil bli fort ferdige. Men så enkelt er det ikke. Konsulentbistand kan være vel og bra, men bruk konsulenter med måte! Resultatet har ofte blitt at konsulentene blir rike og de ansatte frustrerte. Vi sitter igjen med flere hyllemeter med prydelige kvalitetshåndbøker som ingen orker å bruke. Mange opplever at ressurser blir brukt til ingen nytte, og deres motivasjon daler til nullpunktet. Ledere og ansatte i virksomheten må selv få et eierskap til de prosessene som skal skape et kvalitetssystem. Det nytter ikke verken å kjøpe eller å kopiere disse prosessene, fordi ingen kan oppleve og forbedre hverdagen på min arbeidsplass for meg. Prosessene må hver enkelt delta i og erfare selv.

3.2 Eksempel på et kvalitetssystem i sykehus

Landets fem tidligere regionsykehus var tillagt et særlig ansvar for kvalitetsutvikling innen sin helseregion. Regionsykehusene inngikk i oktober 1994 et formelt samarbeid om videreutvikling av kvalitetssystem for sykehus. Nettverket fungerte etter intensjonen, og det pågikk en rekke felles utviklingsprosjekter innen kvalitet. Inndelingen av helsetjenesten i regionale helseforetak i 2000 førte til at forbedringsprosjekter i stor grad nå initieres fra det regionale helseforetaket (RHF) eller fra det enkelte helseforetak (HF).

Strukturen bygger i prinsippet på et kvalitetssystem i to nivåer: Nivå 1 som er håndbøker og prosedyrer som gjelder for hele sykehuset og nivå 2 som er håndbøker og prosedyrer som gjelder for den enkelte avdeling. I tillegg er lover og forskrifter som gjelder for helse den norske helsetjenesten samlet i en egen såkalt nivå 0 håndbok. Følgende eksempel på en mal for et kvalitetssystem er hentet fra prosjektet og samarbeidet mellom de tidligere regionsykehusene i Norge, og viser i store trekk utdrag fra Rikshospitalets modell. Malen og rammen for dette kvalitetssystemet er meget enkelt, og kan med fordel benyttes i ulike typer virksomheter både i og utenfor helsetjenesten.



Figuren viser de ulike hierarkiske nivåer i kvalitetssystemet på Rikshospitalet og strukturen i kvalitetssystemets dokumentasjon.

Grunnlagsdokumentet

Virksomhetens visjon, hovedmål, rammer og retningslinjer for å utvikle kvaliteten ved virksomheten beskrives i «Grunnlagsdokumentet». En annen mye brukt betegnelse for samme dokument er «Basisdokumentet». Grunnlagsdokumentet utgjør en viktig del av institusjonens overordnede dokumenter i kvalitetssystemet og gjelder for alle som arbeider i institusjonen. Målet er at dokumentet skal være et praktisk hjelpemiddel med å utvikle kvalitetssystemet i organisasjonen.

Hensikten med grunnlagsdokumentet er å sette overordnede mål, verdigrunnlag, retningslinjer og formelle krav inn i en helhetlig sammenheng slik at alle institusjonens medarbeidere kan arbeide i samme retning.

Et eksempel på innholdsfortegnelse i et grunnlagsdokument kan være:

Kapittel	Innhold
1.	Visjon, verdigrunnlag og virksomhetsidé
2.	Hovedoppgaver og hovedmål
3.	Organisasjon og ledelse
4.	Kvalitetsprinsipper
5.	Kvalitetsmål (langsiktige og kortsiktige)
6.	Beskrivelse av kvalitetssystemet
7.	Organisering av kvalitetsarbeidet på avdelingsnivå

Dokumentasjon – hensikt og krav

Håndbøker, prosedyrer o.l. skal inneholde den skriftlige dokumentasjon som er *nødvendig* og som anses som hensiktsmessig for å sikre og forbedre kvaliteten i det daglige arbeidet. Alle prosedyrene skal være kortfattede.

Hensikten med dokumentasjonen er:

- å være et hjelpemiddel for ledelsen på ulike nivåer til å styre sin virksomhet
- å klargjøre våre mål og strategier
- sikre at nødvendige tverrgående funksjoner blir beskrevet

- at avdelingene utarbeider nødvendig og hensiktsmessig dokumentasjon
- å være et hjelpemiddel i den daglig drift for alle medarbeidere
- å være et hjelpemiddel for og innfri krav og forventinger fra pasienter, pårørende, henvisende instanser og øvrige brukere

Dokumentasjon på nivå 1 (for hele sykehuset)

Den grunnleggende dokumentasjonen på nivå 1 består av et «Grunnlagsdokument» og tverrgående dokumenter (f.eks. overordnede prosedyrer for å sikre at kvalitetssystemet etableres, vedlikeholdes og forbedres), ulike håndbøker (f.eks. internkontrollhåndbok, personalhåndbok, økonomihåndbok, journalhåndbok, håndbok i kvalitetsutvikling/-arbeid, osv.)

Dokumentasjon på nivå 2 (avdelingsnivå)

I større institusjoner bør hver avdeling utarbeide en håndbok kalt «Håndbok for daglig arbeid».

Hensikten med denne håndboken er at avdelingen skal kunne dokumentere sine viktigste aktiviteter. Dokumentasjonen må være oppdatert, oversiktlig, føre til god flyt, mindre dobbeltarbeid og dermed til effektive og rasjonelle rutiner i det daglige arbeid.

Innholdselementene i håndboken skal *kortfattet* beskrive avdelingens mål og faglig virksomhet, organisering, ressurser, samarbeidsrelasjoner, planer, opplæring, prosedyrer og retningslinjer, metodehåndbøker, registreringer og rapporter som dokumenterer aktiviteten, informasjon og forbedringer.

Avdelingenes «Håndbok for daglig arbeide» kan følge denne innholdsfortegnelsen:

Innholdsfortegnelse	Hva skal beskrives? Hva skal det henvises til? Veiledende stikkord/ eksempler
1) Målsetting	Avdelingsspesifikke mål med utgangspunkt i virksomhetens overordnede mål
2) Oppgaver, faglig virksomhet	Viktigste oppgaver, standarder og /eller kvalitetsmål som vi har bestemt skal være gjeldende. Pasientgrunnlag.
3) Organisasjon	Ansvar/myndighet, arbeidsfordeling, organisasjonskart
4) Ressurser	Personell, kompetanse, økonomi, utstyr og lokaler
5) Samarbeidsrelasjoner	Interne og eksterne. Hvem vi samhandler med, gir tjenester til, får tjenester fra.
6) Planlegging	Virksomhetsplanlegging/handlingsplaner, budsjettforslag, utvikling – basert på overordnede mål
7) Opplæring	Planlegging og gjennomføring av faglig utvikling og kompetanseheving for alt personell.
8) Prosedyrer, instruksjer, brukerveiledninger, metodehåndbøker	« <i>Hvordan skal vi gjøre arbeidet?</i> » Inneholder, event. <i>henviser til</i> , nødvendig dokumentasjon i form av prosedyrer, instruksjer, brukerveiledninger, metodehåndbøker mm. Beskrivelse av system for utvikling, godkjenning, distribusjon og revisjon.
9) Dokumentasjon	« <i>Hva har vi gjort innenfor pasientbehandling og kvalitet, og hvordan?</i> » Resultatinformasjon (rapporter og statistikker mm) for å se hvilke oppgaver avdelingen har utført og hvordan de er utført. Er målene om pasientbehandling, forskning og undervisning nådd? Er avdelingens kvalitetsmål nådd og dokumentert?
10) Informasjon	Eksternt: myndigheter, sykehus, primærhelsetjenesten, befolkningen, media Internt: egen avdeling, andre avdelinger/enheter, toppledelsen
11) Avviksbehandling og erfaringstilbakeføring	Datainnsamling, analysering, erfaringstilbakeføring, avviksbehandling, forbedringstiltak, systemrevisjoner/oppdatering, prosessanalyser etc. Målet er sikring og forbedring av kvaliteten.
12) Avdelingsspesifikke vedlegg	Tiltak, spesielle forhold for avdelingen, unntak fra allmenngyldige prinsipper, rutiner og/eller prosedyrer.

Innholdsfortegnelsen bør følges, men det er *avdelingens ledelse som bestemmer hva som skal beskrives i det enkelte kapittel*. Momentlisten til hva som skal beskrives er derfor kun eksempler på veiledende stikkord og eksempler. Hvert kapittel bør være kortfattet.

3.3 Ulike tilnæringer til utviklingen av et kvalitetssystem

Når strukturen eller rammeverket på styringssystemet er på plass -for eksempel i nivå 1 for hele helseforetaket og i nivå 2 for den enkelte avdeling i helseforetaket –, må systemets innhold utvikles.

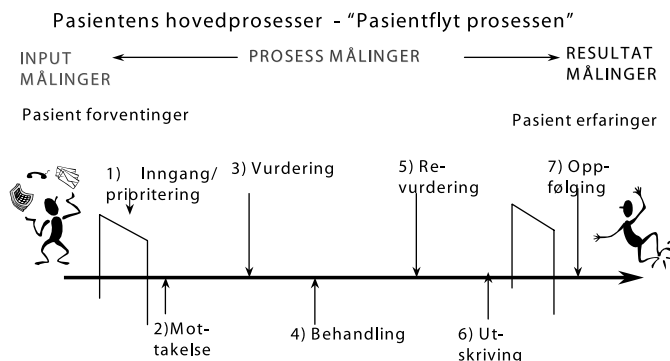
Det finnes ulike tilnæringsmåter for å etablere et kvalitetssystem i virksomheten. På begynnelsen av 90-tallet forsøkte flere store sykehus å etablere et kvalitetssystem med total kvalitetsledelse som ledestjerne. De fleste regions- og sentralsykehus hadde fokus på TKL.

For vel 15–20 år siden ble det i Norge brukt betydelige ressurser på omfattende opplæringsprogrammer og til konsulenthonorarer. Seks norske sykehus deltok i Den norske legeforenings TKL-prosjekt som i ettertid ble evaluert (Øvretveit og Aslaksen, 1997). Prosjektene ble mer eller mindre vellykkede av ulike årsaker. Men selv om det var mye motstand å spore i oppstarten av kvalitetsutviklingsarbeidet i det norske helsevesen, så ble det «sådd mange frø». I dag, ca. 15 år senere, har kvalitet fått rotfeste og har kommet for å bli.

De vanligste tilnæringsmåtene for å etablere et kvalitetssystem er gjennom

- Total kvalitetsledelse
- EFQM modellen (den norske kvalitetsprismodellen)
- Kartlegging av hovedprosesser
- ISO basert tilnærming (revisjonsbasert)

Det er flere veier frem til målet om et helhetlig og fornuftig styringssystem. En blanding av de ulike tilnæringsmåter brukes av mange. EFQM- modellen som er beskrevet i kapittel 5.7 kan anbefales i kombinasjon med prosesskartlegging og oppfølging gjennom såkalt balansert målstyring (Kaplan og Norton 1996). Balansert målstyring er et styringsverktøy for å kunne følge og overvåke institusjonens viktigste prosesser og for å kunne forbedre prosessene hvis det oppstår avvik. Modellen er kort beskrevet i kapittel 8.3.



Figuren over viser pasientens «flyt» gjennom institusjonens hovedprosesser. En kartlegging av hovedprosessene kan ofte være en god måte å starte en utvikling av et styringssystem på. Prioriter sikring og forbedring av de prosessene hvor vi vet at avvik og feil lett kan oppstå, og som er kritiske for pasienten.

3.4 Eksempler på forbedring av kvalitetssystemet

Vi har tidligere kommet frem til at kvalitetssystemet er et rammeverk og en struktur som hjelper oss i vårt forbedringsarbeid. La oss ta et praktisk eksempel på *kvalitetsforbedring*:

En pasient har kontrolltime hos legen på et sykehus. Journalen er borte. Kostbar tid går med for legen og helsepersonell og for pasienten som venter. Systemet er for dårlig. Rutinene gjennomgås og endres. Journalene skal heretter finnes frem dagen før pasientene kommer til kontroll. Legen får da tid til å sette seg inn i pasientenes helse-tilstand før kontrollen skal skje, og tiden benyttes effektivt. Vi har foretatt en kvalitetsforbedring av systemet vårt. En forutsetning for at systemet heretter skal fungere er at det følges. Kanskje får noen en enda bedre idé til forbedring av rutinen etter en tid? Kvalitetssystemet må derfor overvåkes med tanke på korrigeringer og forbedringer.

Det anbefales å nedfelle kritiske og viktige prosesser i skriftlige prosedyrer. (Prosedyrer er beskrevet i kapittel 3.8).

Et eksempel på en *kvalitetsfornyelse* av en rutine kan være følgende:

I fjor brukte vi manuelle lister over innkommet og utgående post. Vi hadde en rutine på hvordan dette skulle gjøres, og rutinen var en del av arbeidsoppgavene til kontor-medarbeideren på ekspedisjonen. Ledelsen gikk til anskaffelse av et program til PC'n slik at vi kunne føre listene elektronisk. Det ble lettere å holde oversikt for kontor-medarbeideren. I tillegg fikk saksbehandlerne ved noen få tastetrykk jevnlig oppdaterte lister over saker som ikke var ferdigbehandlet. Dette skjerpet arbeidsinnsatsen og medførte at saksbehandlingstiden gikk ned, og brukerne ble mer fornøyd. Vi hadde gjennomført en kvalitetsforbedring! Systemet var der, men med den nye programvaren satte vi en ny standard for gjennomføringen av denne rutinen.

3.5 Internkontroll og internkontrollsystem

Hva menes med internkontroll?

Internkontroll betyr

å påse at krav fastsatt i lov eller forskrift overholdes

I dagligtale blir ofte begrepet internkontroll bare forbundet med internkontroll knyttet til HMS-arbeidet. Begrepet omfatter imidlertid mye mer og betyr at krav (lover, forskrifter) fra myndighetene skal overholdes. Det er en trend i tiden at stadig flere departementer utarbeider internkontrollforskrifter for sine ansvarsområder. Det finnes f.eks. en egen internkontrollforskrift for å oppfylle næringsmiddelovgivningen, og en forskrift for internkontroll for helsetjenester. I virksomhetens arbeid med å utarbeide et kvalitetssystem bør internkontrollforskriftene ses på som viktige myndighetskrav og som en del av systemet.

Internkontrollforskriften – Helse, miljø og sikkerhet

I medhold av Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø (Arbeidsmiljøloven) og en rekke andre lover, er det i Norge vedtatt en forskrift om internkontroll som skal fremme arbeidsmiljø og sikkerhet, verne mot helse- og miljøskader fra produkter, og være et vern av det ytre miljø mot forurensning.

Den første forskriften om internkontroll som omhandler helse, miljø og sikkerhet (HMS) trådte i kraft 1.1.92. En ny og revidert forskrift om Systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) erstattet den gamle og trådte i kraft 1.1.97 (Kommunaldepartementet). Den nye forskriften med kommentarer og veiledning er beskrevet på en lettfattelig måte og med praktiske eksempler i et A4-hefte. Heftet er utarbeidet av Kommunal- og arbeidsdepartementet, Miljøverndepartementet, Barne- og familiedepartementet og Justisdepartementet og fås ved henvendelse til en av disse.

Internkontrollforskriftens § 5 omhandler innholdet i det systematiske HMS-arbeidet og sier at «Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse i det omfang som er nødvendig for å etterleve krav i eller i medhold av helse-, miljø og sikkerhetslovgivningen.» Dette betyr at det nå er opp til ledelsen i hver enkelt virksomhet å foreta en vurdering av hva som internkontrollen skal omfatte. En vanlig feil har vært at internkontrollsystemet er gjort for omfattende og detaljert. Arbeidstakerne syntes internkontroll var noe «plunder og heft», og ingen skjønte hensikten med å lage prosedyrer for bagateller. Konsekvensene ble at HMS-håndboken ble stående i hyllen og støve ned. Det er ingen tjent med.

Den nye forskriftens § 5 angir fem områder hvor det kreves *skriftlig* dokumentasjon. Dette er:

- mål for helse, miljø og sikkerhet

- oversikt over virksomhetens organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for arbeidet med helse, miljø og sikkerhet er fordelt
- kartlagte farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risiko, samt utarbeide tilhørende planer og tiltak for å redusere risikoforholdene
- rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø og sikkerhetslovgivningen
- opplegg for systematisk overvåkning og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt

Bortsett fra disse fem områdene som er beskrevet i HMS-forskriftens § 5, så er det opp til hver enkelt virksomhet å foreta en egen vurdering av hvor mye som skal tas inn i internkontrollen.

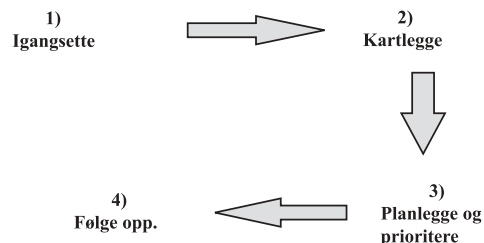
Etablering av systematisk HMS-arbeid

Helse-, miljø og sikkerhetsarbeidet er en viktig del av virksomhetens kvalitetssystem. Hvordan gjør vi så dette i praksis? Første trinn er *igangsettingsfasen*. Ledelsen må ta initiativ til HMS-arbeidet, motivere og informere de ansatte. Deretter settes det opp mål for HMS-arbeidet, og det må lages en plan for hvordan arbeidet skal organiseres og ansvar og myndighet må beskrives.

Andre trinn er *kartleggingsfasen*. Virksomheten må skaffe seg en oversikt over aktuelle lover og forskrifter som gjelder. Deretter må dagens rutiner for HMS-arbeidet kartlegges. Vi bør så foreta en kartlegging av mulige farer og problemer i vår virksomhet. Bruk gjerne idédugnad som et verktøy, jf. kapittel 7.1.

Tredje trinn er *planleggings- og prioriteringsfasen*. Ledelsen har i kartleggingsfasen sammen med sine medarbeidere, listet opp en rekke problemer innen HMS-området som kan medføre farer for brukerne av virksomhetens tjenester og produkter. Dette må vi gjøre noe med. Våre ressurser tillater imidlertid ikke at vi kan gripe fatt i alle problemene samtidig. Vi må prioritere utvalgte områder og utarbeide en handlingsplan for de tiltak vi må foreta for å etterleve internkontrollen.

Fjerde og siste trinn er *oppfølgingsfasen* som innebærer at vi setter i verk de tiltakene vi har prioritert i handlingsplanen. Tiltakene vi iverksetter må følges opp slik at vi er sikre på at vi oppnår de resultatene vi ønsker. Kanskje svarer ikke resultatet til våre forventninger første gang? Da må vi analysere årsakene til hvorfor vi ikke nådde målet vårt, rette opp feil og mangler og lære av våre feil, slik at de ikke gjentas.



Figuren viser fasene i systematisk HMS-arbeid.

Enkel risikoanalyse

Med risiko menes muligheten for at noe uønsket kan skje og hvilke følger dette kan få. I HMS-sammenheng kan dette være i forhold til mennesker (liv, helse), ytre miljø, materiell, produksjon, informasjon eller omdømme.

I risikoanalysen skal vi vurdere faremomentene og andre forhold i virksomheten som har betydning for de ansatte og for omgivelsene. Risiko kan gjøres til et vitenskapelig begrep, og det er skrevet utdypende lærebøker om risiko og risikostyring. I små og mellomstore virksomheter er det imidlertid svært sjelden at det er behov for noen omfattende risikovurdering. Det viktigste er å være åpen og villig til å se på hva som kan være mulige farer i virksomheten, og deretter lage en plan for å forebygge og begrense farene.

En enkel risikoanalyse i din virksomhet kan være at du stiller tre grunnleggende spørsmål:

- *Hva kan gå galt?*
- *Hva kan vi gjøre for å hindre dette?*
- *Hva kan vi gjøre for å redusere konsekvensene dersom noe skjer?*

Det er et krav fra myndighetene at risikoanalysen skal dokumenteres skriftlig (jf. Internkontrollforskriftens § 5).

Forskjeller og likheter mellom et internkontrollsystem og et kvalitetssystem

Et internkontrollsystem er i Lov om statlig tilsyn i helsetjenesten § 3 definert som:

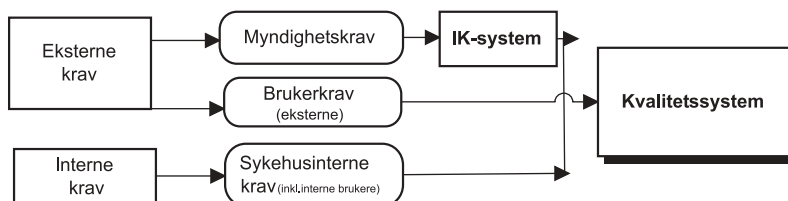
«...systematiske tiltak som skal sikre og dokumentere at aktivitetene utøves i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. De systematiske tiltakene skal være beskrevet i administrative prosedyrer.»

Denne definisjonen var også hjemlet i den første internkontroll-forskriften for helse, miljø og sikkerhet av 1.1.92. I den reviderte utgaven av 1.1.97 står den ikke oppført under definisjoner, men ligger implisitt i teksten ved at det er krav til systematisk

arbeid og at forbedringspotensialet er et mål. For å kunne dokumentere at en forbedring har skjedd, kreves det et system til å forankre forbedringene i – altså et internkontrollsystem.

Internkontroll har mange likhetstrekk med kvalitetssikring og kvalitetsforbedring med hensyn til metoder og tankemåte. I begge systemer legges det for eksempel opp til systematisk forbedringsarbeid, aktiv deltakelse av alle medarbeidere og ledelsens overordnede ansvar. I kommentaren til de første forskriftene sies det blant annet at «For enkelte virksomheter vil det være naturlig å lage et felles system for kvalitetssikring og internkontroll». Det er derfor mulig å tenke seg ulike grader av integrasjon av internkontroll og kvalitetssystem: enten kan det være to separate systemer eller så kan internkontrollen helt eller delvis integreres i kvalitetssystemet.

Forfatteren av denne boken anbefaler at internkontrollen og internkontrollsystemet integreres i kvalitetssystemet og blir en viktig del av dette. En annen løsning kan lett føre til to systemer som løper parallelt i virksomhetene, og dette anses som lite hensiktsmessig. Innen helsesektoren har myndighetene via lover og forskrifter definert interkontrollen som endel av kvalitetssystemet. Sammenhengen mellom internkontrollsystemet og kvalitetssystemet og de typer krav som stilles til en *helseinstitusjon* kan skisseres på følgende måte:



Figuren viser ulike typer krav som stilles til en helseinstitusjon. Kilde: Statens helsetilsyn; (IK= internkontroll.)

Det fremgår av illustrasjonen at et kvalitetssystem i tillegg til de eksterne kravene også omfatter virksomhetens interne krav til kvalitet. Eksempler på interne krav i virksomheten kan være organisasjonsstruktur, mål, handlingsplan, prosedyrer, instruksjoner m.v.

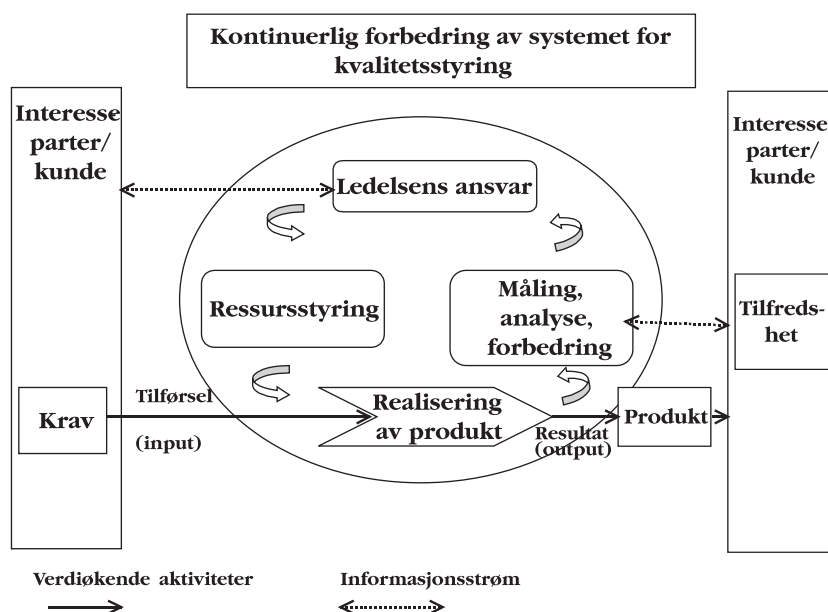
3.6 ISO-9000 standardene

ISO står for International Organization for Standardization. I oversettelser til norsk og som gjeldende norske standard, kalles de NS-EN-ISO, hvor NS betyr Norsk Standard og EN står for europeisk norm.

En ISO-standard er en internasjonal standard. Det er utarbeidet en rekke ulike ISO-standarder til bruk i kvalitetsarbeid. Noen av disse er ISO-9000 serien, som består

av internasjonale standarder for kvalitetsstyring og – ledelse. Virksomhetene kan ta utgangspunkt i disse ved utvikling av sitt eget kvalitetssystem. Det er også mulig å søke om å bli sertifisert etter enkelte av disse standardene.

ISO standardene gjennomgikk en omfattende revisjon i 2000, og legger nå stor vekt på prosesser (prosessmodellen) og kontinuerlig forbedring av disse i kvalitetledelsessystemet.



Figuren over viser modellen for et system for kvalitetsstyring basert på prosesser. Kilde: Norges Standardiseringsforbund (NSF), 2001.

15. desember 2000 ble tre av de reviderte standardene i ISO 9000-serien fastsatt som Norsk Standard. Dette gjelder for henholdsvis

- NS-EN ISO 9000:2000 «Systemer for kvalitetsstyring – Grunntrekk og terminologi»
- NS-EN ISO 9001:2000 «Systemer for kvalitetsstyring – Krav»
- NS-EN ISO 9004:2000. «Systemer for kvalitetsstyring – Retningslinjer for prestasjonsforbedringer»

Forenklet kan vi si at formålet med alle ISO 9000-standardene er å:

- kontinuerlig tilfredsstillende brukers spesifiserte eller underforståtte krav
- skape tillit til egen ledelse, og
- gi brukeren (kunden) tillit

Bruk av standarder er ikke nødvendig før det eksplisitt er krevet enten fra myndigheter, brukere eller andre som har autoritet til å stille slike krav. Mange av standardene er imidlertid fornuftige i sin utforming, og det er smart å lese for eksempel NS-EN ISO 9001:2000 standarden før vi går i gang med å lage kvalitetssystemet for vår virksomhet. Hvis vi i fremtiden en gang ønsker å sertifisere hele eller deler av vårt styringssystem, så kan vi da allerede være godt på vei.

ISO 9000-serien består av en rekke ulike standarder som gjenspeiler en mengde erfaringer. De er internasjonale, generelle i sin utforming og kan tilpasses ulike typer bedrifter og virksomheter. Det kreves imidlertid en fortokning av hver standard i forhold til egen virksomhet. Spørsmål som kan stilles er for eksempel: Hvilket problem snakkes det om her? Er dette problemet relevant for oss? Hvis begrepene i standarden virker uklare i forhold til egen hverdag og virksomhet, så bytt ut begrepene med ord som er i bruk på den aktuelle arbeidsplassen.

Den viktigste og mest omfattende standarden i forhold til krav til kvalitetssystemet (styringssystemet) er NS-EN ISO 9001:2000. Dette er en kravstandard som har ordlyden «skal». Standarden er utviklet for å være kompatibel med andre internasjonalt anerkjente kvalitetsstyringssystemer.

Nedenstående tabell gjengir hovedelementene i NS-EN ISO 9001:2000 «Systemer for kvalitetsstyring – Krav» (Kilde: Norges Standardiseringsforbund, 2002).

Type krav	Hovedelementene i kravets innhold
1. Omfang	Generelt Anvendelse
2. Normativ referanse	Det er referert til NS-EN ISO 9000:2000 «Systemer for kvalitetsstyring – Grunn trekk og terminologi» slik at denne teksten utgjør en del av bestemmelsene i denne standarden.
3. Termer og definisjoner	For denne standarden gjelder termer og definisjoner i standarden NS-EN ISO 9000:2000. Termen «produkt» er synonym med «tjeneste».
4. System for kvalitetsstyring	Generelle krav Krav til dokumentasjon
5. Ledelsens ansvar	Ledelsens forpliktelse Kundefokus Kvalitetspolitikk Planlegging Ansvar, myndighet og kommunikasjon Ledelsens gjennomgåelse

Type krav	Hovedelementene i kravets innhold
6. Ressursstyring	Anskaffelse av ressurser Menneskelige ressurser Infrastruktur Arbeidsmiljø
7. Realisering av produkt	Planlegging for realisering av produkt Kunderelaterte prosesser Utvikling og konstruksjon Innkjøp Tilvirking og tjenesteytelse Kontroll over overvåkings- og måleutstyr
8. Måling, analyse og forbedring	Generelt Overvåking og måling Kontroll med produkt med avvik Analyse av data Forbedring

3.7 Akkreditert ISO-sertifikat

Sertifisering er en bekreftelse fra en uavhengig part (tredjepart) om at et produkt eller en tjeneste tilfredsstillende krav som er spesifisert i et kravdokument. Akkreditering er en anerkjennelse av at en organisasjon eller person er kompetent til å utføre spesifiserte oppgaver. For at en sertifisering skal ha nasjonal og internasjonal aksept må den komme fra et sertifiseringsorgan som er akkreditert. Hensikten med akkreditering og sertifisering er å skape tillit til at en organisasjon kan dokumentere at den tilfredsstillende krav som er definert i internasjonale standarder.

Norsk Akkreditering (NA) er det norske organ for teknisk akkreditering. NA ble opprettet ved Kgl. resolusjon av 1991 som en avdeling i Justervesenet. Justervesenet er et direktorat i Nærings- og handelsdepartementet. Fra 1.1.2004 ble NA skilt ut fra Justervesenet som et selvstendig forvaltningsorgan.

Sertifisering benyttes mest i konkurranseutsatte bedrifter. Bedriftenes hovedbegrunnelser for å la seg sertifisere etter ISO 9000-serien er

- krav eller forventet krav fra brukerne
- å få en konkurransefordel i markedet
- fordel i reklame- og markedsføring
- ønsket om en ekstern objektiv vurdering for å følge opp bedriftens kvalitetsarbeide

I praksis hevder bedriftene at et akkreditert ISO-sertifikat gir

- bedre ledelse og styring
- økt produktivitet
- forbedret brukerservice
- kostnadsreduksjon

For å oppfylle kravene i ISO-standarden og oppnå akkreditert sertifikat må det gjennomføres systematiske interne kvalitetsrevisjoner. Kvalitetsrevisjoner utgjør derfor en viktig del av en virksomhets lange vei mot å få et akkreditert ISO-sertifikat.

Akkreditert sertifisering av et kvalitetssystem (styringssystem) er frivillig og må bekostes av søkeren. Kostnadene relateres til virksomhetens størrelse og omfang. Som en tommelfingerregel kan vi anslå at kostnadene beløper seg til ca. kr. 10.000 pr dag pr revisor som skal foreta sertifiseringen. Ofte benyttes to eksterne revisorer.

De tre første årene etter at sertifikat er utsendt, ses på som en prøveperiode. Dette kan sammenlignes med et nytt bilsertifikat: bilføreren mestrer å kjøre bil i trafikken, men er neppe noen dyktig sjåfør. Dette tar tid. Det samme gjelder for virksomheter som f.eks. har sertifisert sitt kvalitetssystem. Først etter tre år forlanges det at kvalitetssystemet skal være selvgående. I tillegg til selve sertifiseringen kreves det oppfølgingsrevisjoner hver sjettemåned de tre første årene, og deretter resertifisering etter tre år. De påfølgende årene gjennomføres årlige oppfølgingsrevisjoner og resertifisering hvert tredje år.

Vi kan slå fast at prosessen mot å få et akkreditert ISO-sertifikat er ressurskrevende, og at sertifikat må fornyes jevnlig. Det er også viktig å være klar over at et akkreditert ISO-sertifikat for kvalitetssystemet ikke går god for at virksomheten er bra. Det bekrefter bare at kravene det er sertifisert mot er innfridd, og at virksomhetens styringssystem tilfredsstillende er tilfredsstillende.

Arbeidet mot sertifisering kan være en drivkraft for egen kvalitetsforbedringsprosess. Etter forfatterens mening bør imidlertid virksomhetene ikke starte prosessen mot akkreditert ISO-sertifisering før den selv er motivert og klar for det.

3.8 Utforming av en prosedyre

Dokumenter i kvalitetssystemet er effektive hjelpemidler for å overbevise eksterne brukere, revisorer og tilsynsmyndigheter og interne brukere om at virksomheten har styring med de aktuelle arbeidsområdene. En prosedyre defineres som:

«angitt fremgangsmåte for å utføre en aktivitet eller en prosess»
(NS- EN ISO 9000:2000)

Prosedyrer kan være dokumentert eller ikke dokumentert. Når en prosedyre er dokumentert, brukes termen «skriftlig prosedyre» eller «dokumentert prosedyre». Dokumentet som inneholder en prosedyre, kan kalles «prosedyrebeskrivelse».

ISO 9000-standardene og Forskriften for systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (internkontrollforskriften) stiller spesifikke krav til områder eller aktiviteter hvor prosedyrer skal utarbeides skriftlig. Videre krever helsemyndighetene at helseinstitusjonene skal utvikle et helhetlig og effektivt kvalitetssystem og at de viktigste rutineene skal dokumenteres skriftlig. Prosedyren kan henvise til mer detaljerte prosesser eller arbeidsinstruksjoner som f.eks. metodebøker.

Instruks, rutine eller retningslinje er andre begreper i dagligtale som også benyttes om en prosedyre. Dette kan skape forvirring. Det anbefales derfor å lage en klar definisjon i egen virksomhet for de begreper som skal brukes. En *instruks* er en beskrivelse av noe som skal følges til punkt og prikke og kan sammenlignes med en ordre. Et eksempel her kan være en branninstruks. Brenner det i avdelingen så sier branninstruksen i klartekst hva som skal gjøres, og avvik fra instruksen kan få katastrofale følger.

En *rutine* er en arbeidsmetode som angir en bestemt måte et arbeid skal utføres på. En *retningslinje* er en anbefalt (retningsgivende) måte å utføre en aktivitet på. En retningslinje er derfor å betrakte som veiledende i utførelse av arbeidsoppgaven, mens en rutine er hvordan jobben skal utføres.

Prosedyren skrives oftest etter en fast mal. En prosedyre bør ha et tittelfelt. Dette kan beskrives i prosedyrens toppstekst. Opplysningene i tittelfeltet er nødvendige for å styre dokumentet. Tittelfeltet bør definere virksomheten og avdeling/seksjon. I tillegg bør dokumentet identifiseres med en tittel som viser hvilken aktivitet det omhandler og nummer for prosedyren. Videre bør det finnes navn/funksjon på den som har utarbeidet prosedyren, hvem som har godkjent prosedyren (godkjennings-signatur), dato, sidenummerering og revisjonsnummer.

Eksempel på et tittelfelt i en prosedyre kan være:

Medisinsk divisjon, Ullevål universitetssykehus (virksomhetens navn).

Prosedyre for: Ansettelser (prosedyrens tittel / navn)

Dok.nr.:	P3-1-002	Revisjon nr. 2.0	Sist oppdatert: 28.07.97
Utarbeidet av:	Senterleder AS	Godkjent av: Divisjonsdirektør SJA	Side: 1 av 2

Det er hensiktsmessig at en prosedyre som et minimum beskriver

- hensikt
- omfang
- ansvar for prosedyren
- nødvendige definisjoner
- arbeidsbeskrivelse

Et eksempel på en måte å utarbeide en prosedyre på i et kvalitetssystem er beskrevet i vedlegg II.

Prosedyren er ingen lærebok. Det forventes at den som skal følge prosedyren kan sitt fag. Prosedyren skal være klar, konsis og kortfattet – helst ikke over to A4 sider. Den skal være et levende dokument som utvikles og forbedres i takt med nye behov eller bedre løsninger på arbeidsprosessen. Et generelt råd er: ikke lag flere skriftlige prosedyrer enn nødvendig! Bruk alltid tid på å diskutere hva som er hensikten med

prosedyren. Hvis det ikke er noe formelt krav og det ikke oppnås noen positiv effekt av å skrive prosedyren, så la det være.

3.9 Dokumentstyring

Vi har tidligere i boken slått fast at kvalitetssystemet er virksomhetens styringssystem. Prosedyrene er en viktig del av dette systemets dokumentasjon. Den enkelte virksomhet må ha en plan for hvordan prosedyrene skal styres og registreres. Dette kalles *dokumentstyring* som betyr å holde orden på dokumentene. Med å holde «orden» på dokumentene menes at vi skal

- ha oversikt over dokumentene
- vite hvor de befinner seg
- gjenkjenne dem (ved hjelp av nummer, kode eller andre data)
- være sikker på at de er riktige og fullstendig før de sendes ut (kontroll og godkjenning)
- kunne gjenfinne dem der de oppbevares
- påse at endringer gjennomføres på forsvarlig måte
- fjerne ugyldige dokumenter fra sirkulasjon
- ha en plan for revisjon

Det finnes ulike typer hovedgrupper av dokumenter i enhver virksomhet. Det kan være fornuftig å dele disse hovedgruppene inn i *interne* hovedgrupper og *eksterne* hovedgrupper.

Interne hovedgrupper kan for eksempel være:

- styrende dokumenter (prosedyrer, instruksjoner)
- korrespondanse (også ekstern)
- registreringer (f.eks. journaler)
- rapporter (av alle mulige slag)
- avtaledokumenter (f.eks. kontrakter)

Eksterne hovedgrupper kan for eksempel være:

- lover, forskrifter, standarder
- produktinformasjon for medisiner og utstyr (f.eks. brukerveiledninger, vedlikeholdsveiledninger)

For å klare å holde «orden» på dokumentene i den enkelte virksomhet, bør vi starte med å gjennomgå hvilke dokumenter vi har, og deretter finne frem til hvilke hovedgrupper som er aktuelle hos oss. Neste steg i denne arbeidsprosessen er å fordele dokumentene i den hovedgruppe de hører hjemme og identifisere dem med f.eks. en kode eller et nummer.

3.10 Revisjoner av kvalitetssystemet (systemrevisjoner)

Med en kvalitetsrevisjon menes en systematisk og uavhengig granskning for å bedømme om aktivitetene er i overensstemmelse med det som er planlagt, lovbestemt eller ønskelig. Ordet «re-visjon» kommer fra latin og betyr «å se igjen». På engelsk brukes begrepet «audit» om revisjon. Direkte oversatt til norsk betyr «audit» «å høre».

Revisjonen gjør at kvalitetssystemet holdes levende. Vi kan si at revisjonen er selve «motoren» som holder systemet i gang og gjør at det gjennomgås jevnlig og forbedres.

ISO har utarbeidet retningsgivende standarder som kan brukes i forbindelse med kvalitetssystemrevisjoner:

- NS-ISO 10011-1 Revisjon
- NS-ISO 10011-2 Kvalifikasjonskriterier for kvalitetssystemrevisjoner
- NS-ISO 10011-3 Ledelse av revisjonsfunksjonen

Systemrevisjoner er et hjelpemiddel for å bedømme om virksomhetens ulike ledd følger opp de krav til kvalitetssystemet som ledelsen har vedtatt. Revisjonene er derfor et virkemiddel i organisasjonens forbedringsprosess. Tilsynsmyndighetene bruker også revisjonsmetodikken for å kontrollere at lover, forskrifter og pålagte retningslinjer følges. I systemrevisjoner fokuseres det på en revisjon av systemet og ikke på den enkelte person.

Tre forhold må være avklart før en revisjon:

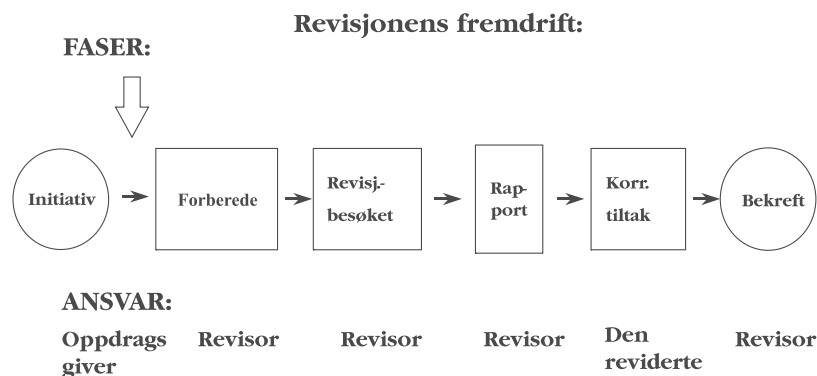
- *Målet* med revisjonen: **Hvorfor** skal vi foreta en revisjon? Målet relateres til virksomhetens kvalitetsplan (handlingsplan).
- *Revisjonsobjektet*: **Hva** som skal revideres (f.eks. organisatorisk enhet, prosjekt, aktivitet eller prosess)
- *Revisjonsgrunnlaget*: Hva det skal revideres **mot** (f.eks. plan, kontrakt, spesifisering, ISO-standard, en del av kvalitetssystemet, kvalitetshåndbøker, prosedyrer osv.).

Det kan i utgangspunktet foretas en revisjon av hva som helst, men revisjonen må måles og registreres opp *mot* et helt klart fastsatt mål eller en standard for aktiviteten.

Vi skiller i hovedsak mellom 3 ulike typer revisjoner:

- 1) Interne revisjoner: Førsteparts revisjoner
- 2) Eksterne revisjoner: Andrepartes revisjoner
- 3) Eksterne revisjoner: Tredjeparts revisjoner

Hovedfasene i en revisjonsprosess er stort sett de samme uavhengig om det foretas en intern eller en ekstern revisjon.



Figuren viser hovedfasene i en revisjonsprosess. Kilde: Visualisert systemrevisjon, fritt etter Statens helsetilsyn.

Interne revisjoner: Førsteparts revisjoner

En intern revisjon foretas i egen regi. Det betyr at revisjonen kan utføres enten av eget personale (f.eks. fra en sammenlignbar avdeling) eller av eksternt personale f.eks. fra en tilsvarende virksomhet.

Formålet med interne revisjoner av kvalitetssystemet er at revisjonen skal være et hjelpemiddel for å oppnå kontinuerlig forbedring av alle virksomhetens tjenester og aktiviteter. Den interne revisjonen kan «måle temperaturen» på det utvalgte revisjonsobjektet. Vi kan f.eks. ved en avgrenset intern revisjon stadfeste om den vedtatte prosedyren følges i vår avdeling. La oss ta et konkret eksempel fra et laboratorium: I en av laboratoriets seksjoner utpekes to interne kvalitetsmedarbeidere til å gjennomføre en studie av de prosedyrene som benyttes ved innkjøp av utstyr til denne seksjonen. Deretter intervjues ledere og saksbehandlere som foretar innkjøp for å fastslå i hvilken grad prosedyrene følges i praksis. Oppdages det avvik i forhold til de spesifiserte kravene, må disse korrigeres og prosedyren revideres.

En intern revisjon er ofte mindre formell i formen enn de eksterne revisjonene. Den interne revisjonen utføres på vegne av den øverste ledelsen i virksomheten. Det skal være utarbeidet en *prosedyre* for hvordan *interne revisjoner* skal foregå. Hensikten med denne prosedyren er å fastslå om

- fastsatte standarder, krav og kvalitetsmål ved virksomheten overholdes
- kvalitetssystemet er iverksatt og er gyldig i henhold til myndighetskravene
- kvalitetssystemet er effektivt og hensiktsmessig i forhold til de vedtatte kvalitetsmålene

Ledelsen i virksomheten bestemmer hvem som skal foreta den interne revisjonen. Det bør stilles krav til at personen som utfører revisjonen (revisor) har kompetanse til å utføre jobben. Med andre ord – den interne revisoren bør være en ressursperson.

Resultatene av revisjonen skal dokumenteres skriftlig.

Eksterne revisjoner: Andreparts revisjoner

Eksterne revisjoner betyr at virksomheten revideres av en annen virksomhet, vanligvis av en kunde. Formålet kan f.eks. være som ledd i en bedømmelse av aktuelle leverandører før en kontrakt plasseres, eller for å følge opp leveransen. Når en kunde reviderer en leverandør kalles det andrepertes revisjon.

Eksterne revisjoner: Tredjeparts revisjoner

I tredjeparts revisjoner foretas den eksterne revisjonen av en part som er uavhengig av både kunde og leverandør.

4. KVALITETSFORBEDRINGSARBEID

«Ingen hær kan motstå styrken til en idé som kommer når tiden er moden for det.»

Victor Hugo

4.1 Hva menes med kvalitetsforbedring?

Med kvalitetsforbedring menes en forandring av arbeidsprosessene som medfører at resultatet stadig blir bedre sett med brukernes øyne. Dette krever at aktivitetene i det daglige arbeid organiseres og utføres på en hensiktsmessig måte. Kvalitetssystemet i virksomheten danner strukturen for arbeidsprosessene, og forbedringstiltakene forankres i dette styringssystemet.

Det å bli bedre betyr i praksis å få vårt kvalitetssystem eller en hovedprosess til å fungere med færre feil og færre omgjøringer. Hvis for eksempel en arbeidsprosess endres slik at den involverer færre medarbeidere og at antall trinn i prosessen reduseres, så vil dette i praksis kunne føre til at sjansen for å gjøre feil reduseres betydelig. Vi kan oppnå en mer effektiv og hensiktsmessig måte å utføre den samme jobben på. Den endrede rutinen fører til at den skriftlige prosedyren for aktiviteten må justeres (revideres). Vi har da gjennomført en kvalitetsforbedring.

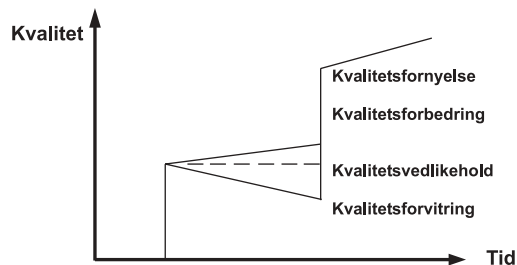
Det kan være nyttig å avklare enkelte andre begreper knyttet til ulike utviklings-trinn i kvalitetsarbeidet.

Begrepet kvalitetsvedlikehold omfatter det vi kan kalle «daglig drift» – f.eks. arbeidet med etablering og vedlikehold av systemer for sikring av kvalitet i forhold til vedtatt standard. Utføres kun kvalitetsvedlikehold av arbeidsprosessene oppnår vi en status quo situasjon, vi blir med andre ord ikke bedre, men våre prosesser holder seg på et jevnt nivå og vi har en statisk situasjon.

Kvalitetsfornyelse omfatter aktiviteter knyttet til ny planlegging med utgangspunkt i brukernes behov. Vi er proaktive og ofte i forkant av utviklingen. Ved kvalitetsfornyelse bytter vi ut hele eller deler av arbeidsprosessen med bedre rutiner.

Kvalitetsforbedring og kvalitetsfornyelse sammenfatter vi under betegnelsen kvalitetsutvikling.

La oss til slutt omtale begrepet kvalitetsforvitring som er det motsatte av kvalitetsforbedring, – fornying eller –utvikling. Med kvalitetsforvitring menes at våre arbeidsprosesser har blitt dårligere; det gjøres flere feil, prosessene er på vei ut av kontroll, og brukernes krav og forventinger tilfredsstilles ikke. Dette er en alvorlig situasjon som må bringes under kontroll, korrigeres og forbedres.



Figuren viser forskjellen på kvalitetsaktiviteter. Kilde: Fritt etter Jostein Lillestøl «Kvalitet: Ideer og metoder».

4.2 Hvorfor sette i gang kvalitetsforbedringsarbeid?

I dagens samfunn stilles det en rekke krav til virksomhetene og deres ledere. De viktigste kravene stilles bl.a. fra

- myndighetene
- eierne av virksomhetene
- brukerne av tjenestene og produktene
- medarbeiderne
- media
- det internasjonale samfunnet

Myndighetene stiller krav gjennom lover, forskrifter, retningslinjer og innenfor tilgjengelige budsjettammer. *Eierne* av virksomhetene forventer at interne krav fastsatt av styret skal oppfylles i tillegg til myndighetskravene. Eierne krever dessuten at virksomhetene skal drives effektivt og rasjonelt innenfor som oftest trange økonomiske rammer, samtidig som det stilles krav om faglig utvikling og innovasjon.

Dagens *eksterne brukere* av produkter eller tjenester, enten det er kunder i forhold til produkter eller pasienter i forhold til helsetjenester, er blitt mer bevisste gjennom økt kompetanse og mer krevende i forhold til å få innfridd sine forventinger. Det er ikke uvanlig at pasienter skaffer seg oppdatert kunnskap om sin sykdom f.eks. gjennom pasientorganisasjoner eller via Internett. Dette kan indirekte oppleves som et press på helseinstitusjonen og på behandlende lege. *Informasjonsteknologiens muligheter* kan synes ubegrensede. Vi opplever et paradoks – hvordan vi skal klare å sortere ut hva som er vesentlig og viktig informasjon for oss i en hektisk hverdag?

I vårt demokratiske land stiller også virksomhetens *egne medarbeidere* (interne brukere) krav til sin arbeidsplass. Dette kan f.eks. være krav i form av medbestemmelse, representasjon i beslutningsorganer gjennom sine fagforeninger, permisjoner til faglig oppdatering, et godt arbeidsmiljø osv.

Vi lever i et multimedia samfunn, og *medias makt* er stor. Selv den mest beskjedne

virksomhet eller samfunnsborger kan bli rost eller rist på førstesider i dagsaviser eller i nyhetsprogrammer på TV og bli «offer» for en offentlig debatt.

Sist, men ikke minst, så må vi forholde oss til verden rundt oss. Dagens raske teknologiske utvikling gjør at det *internasjonale samfunnet* er blitt endel av vår hverdag. Infrastrukturen, rask og tilgjengelig kommunikasjon og nettverk på tvers av landegrensener har «åpnet» en ny verden med muligheter for enkeltpersoner og for virksomheter til økt kunnskap og kompetanse. Samtidig stiller dette krav til oss om stadig utvikling og konkurranse for å overleve i markedet.

Disse stikkordene indikerer krav og press på vår hverdag som vi må forholde oss til. Det nytter ikke lenger å arbeide på samme måte som vi gjorde tidligere. Virksomhetene må være endringsvillige og tilpasse seg hurtige teknologiske og faglige endringer. Slagordet «læring for livet» er et faktum, og det er nødvendig for at vi skal kunne holde vår kunnskap og kompetanse på et akseptert og oppdatert nivå og kunne konkurrere i markedet. Vi lever i en lærende organisasjon og må ta konsekvensene av dette.

Det gjelder å få mest mulig ut av knappe ressurser for å tilfredsstille brukerne. For å klare dette er det nødvendig at vi gjør de rette tingene riktig første gang, og feil må forebygges. Dette krever en offensiv tilnærning til kvalitetsarbeidet. TKL-konseptet med kontinuerlig forbedring som et av prinsippene, er et hjelpemiddel for å tilpasse vår virksomhet til dagens krav og for å overleve i markedet. Vi må likevel være klar over at TKL-konseptet alene ikke kan sikre at en virksomhet overlever, fordi bedriftsledelse er mer enn kvalitetsledelse. Tar en virksomhet f.eks. gale langsiktige strategiske beslutninger, vil konseptet være til liten nytte. En vellykket introduksjon av TKL-konseptet vil imidlertid gi virksomheten et forsprang i kampen om brukerne, fordi praktiseringen av ideene resulterer i større brukertilfredshet til lavere kostnader.

En av målsettingene med kvalitetsforbedringsprosessen er å etablere en virksomhet hvor alle medarbeiderne forstår at kvalitet er en betingelse for økt produktivitet, lønnsomhet, trivsel og fremtidig suksess. I denne virksomheten er kvalitet integrert del av virksomhetsideen og av det daglige arbeidet. Det daglige arbeidet med kvalitet og forbedringstankegangen i fokus er nøkkelen til langsiktige gevinster.

4.3 Motivasjon og endring

Skap kultur for endring

Før vi starter opp vårt kvalitetsutviklingsarbeide med innføring av TKL som vårt lederkonsept, må vi skape en kultur i vår virksomhet for kvalitet og for endring. Motivasjon for endret atferd er første bud i prosessen mot TKL. Endringer i en organisasjon krever at vi fjerner oss fra det forutsigbare kjente, til det nye og ukjente. Dette skaper ofte frustrasjon, frykt, angst og dårlig arbeidsmiljø.

Innføring av TKL med kvalitet som en lederstjerne krever endringer, og endringer

skaper motstand. Vanlige tanker og spørsmål er: –Hva vil skje med meg og min jobb? – Myster jeg innflytelse og status i hierarkiet? – Vi har det bra som vi har det. Dette «nye» med TKL er bortkastet tid. Jeg må vel godta det, men jeg orker ikke å involvere meg.

Hvordan skal vi gå frem for å motivere medarbeiderne slik at de blir med på TKL-«reisen»? Dette er at av de vanskeligste punktene for å lykkes. Feiler vi her, og tvinger umotiverte medarbeidere til å sette seg på skolebenken og lære om kvalitet og TKL, da blir det som å snakke for døve ører, eierskapet til konseptet uteblir og prosessen mislykkes. Det anbefales derfor at ledelsen i virksomheten bruker tid på å planlegge implementeringen av TKL og endringsprosessen. La oss først se på hva litteraturen og forskning har lært oss om motivasjon og endringsprosesser.

Motivasjonsfaktorer

Gjennom motivasjonsforskere vet vi at mennesker motiveres av faktorene anerkjennelse, variert og utfordrende arbeid, lønn og godt arbeidsmiljø. Motivasjon er en indre drivkraft som får mennesker til å yte sitt beste på ulike måter. Er vi motivert kan vi klare det meste og med godt humør.

Litteraturen innen psykologi, pedagogikk, organisasjon og ledelse har viet mye oppmerksomhet til begrepet motiv og *motivasjon*. Motivasjon blir brukt som en aktiv tilstand som gir vilje til handling. Når motivet eller interessen er vekket, kommer personen i en tilstand som kalles motivasjon.

Vi kan si at motivasjon er et generelt begrep om aktivisering og målretting i handling og handlingsimpulser. Harald Rørvik beskriver i sin bok «Pedagogisk psykologi» den nære sammenhengen mellom motivasjon og mål. Han sier at *mål* er det resultatet en vil oppnå med handlingen og skiller mellom nære og fjerne mål. Forholdet mellom nære (kortsiktige, delmål) og fjerne (langsiktige hovedmål) mål har å gjøre med motivasjonsstyrken. Nære mål virker mer motiverende enn fjerne. Skal vi lykkes med en handling må vi gjennom en motivasjonssekvens:

M o t i v a s j o n s s e k v e n s



Figuren viser en motivasjonssekvens. Kilde: Cummings & Worley «Organization Development and Change», 1993

Den kjente humanistiske psykologen Maslow deler inn sine motiv i et hierarki med de fysiologiske kravene nederst. Deretter kommer behovet for trygghet, kjærlighet, positiv vurdering og tilknytning. På toppen i hierarkiet kommer motivasjon for selv-

aktualisering. Er det stor trygghet i en organisasjonen kan dette gi et godt utgangspunkt for vilje til endring.

Cummings og Worley skriver i boken «Organization Development and Change» at en av de avgjørende faktorene for å få mennesker til å godta endringer i en organisasjon er at de forstår hensikten med endringen. De må bli motivert ved at de selv blir overbevist om at dette er en nødvendig endring for at virksomheten igjen skal bli konkurransedyktig og bestå. Medarbeiderne må selv ønske en endring til det bedre. Forfatterne beskriver tre hovedtrekk for å *skape motivasjon* for endring:

- 1) Bedriften presses til snuoperasjoner for å overleve.
- 2) Ledelsen må klargjøre gapene mellom nåværende og ønsket situasjon.
- 3) Ledelsen må formidle de positive mulighetene som vil følge av endringsprosessen.

Håndtering av motstand

Hvordan kan vi håndtere motstanden mot endringer? Litteraturen beskriver i hovedsak tre hovedstrategier for å *takle motstanden* mot organisasjonsendringer generelt:

- 1) Empati og støtte
- 2) Kommunikasjon
- 3) Deltakelse og involvering

Empati og støtte

Det første trinnet for å håndtere motstand er å vite hvordan medarbeiderne reagerer på endring. Dette medfører at vi må kjenne virksomhetens kultur, verdier og normer og menneskene som lever i denne kulturen. Forståelsen av hvordan medarbeiderne opplever endring krever innlevelse og støtte fra ledelsen. Det krever at lederne er villige til å sette seg inn i medarbeidernes ståsted og forsøke å forstå deres situasjon ut fra deres ståsted. Aktiv lytting blir et viktig stikkord. Når mennesker føler at lederne virkelig er interessert i deres følelser og motforestillinger, vil de oftest bli mer villige til å høre på ledelsens argumenter om hvorfor denne snuoperasjonen er nødvendig.

Kommunikasjon

Mennesker reagerer vanligvis med motstand mot endringer hvis de er usikre på hvilke konsekvenser endringene vil medføre. Mangel på adekvat informasjon kan danne utgangspunkt for rykter og sladder, og dette gjør utgangspunktet for endringsprosessen enda vanskeligere. Effektiv kommunikasjon om de forestående endringene og forventede konsekvenser av disse kan redusere spekulasjonene betraktelig. Erfaringene viser at det sjelden kan informeres godt nok. Budskapet bør gjentas så ofte som mulig både muntlig på møter og skriftlig ved oppslag på lett synlige steder.

Ledelsen kan f.eks. lage en enkel plakat med virksomhetens visjon, virksomhetsidé, verdier og kvalitetsmål, samt betydningen av medarbeidernes involvering, tverrfaglig samarbeid og teamwork. En leder kan aldri klare å innføre TKL alene. Viktigheten av samarbeid, tverrfaglige grupper og team er vesentlige momenter i den nye organi-

sasjonskulturen basert på TKL. Budskapet må derfor være i «vi» form, og at TKL er et felles mål for hele virksomheten. Plakaten kan også bearbeides til en liten lomme- folder som sendes til hver enkelt ansatt.

Deltakelse og involvering

En av de eldste og mest effektive strategier for å håndtere motstand er å involvere medarbeidere direkte i planleggings- og implementeringsfasen av endringene. Dette kan både føre til en kreativ fase hvor ledelsen får nye ideer fra gulvplanet, eller mellomlederskiktet i organisasjonen, og til at motstanden mot TKL-prosessen reduseres. Kanskje er nettopp den vanlige medarbeider den personen som kjenner virksomheten best. Medarbeideren kan foreslå nyttige tiltak til bruk i implementeringsfasen som hun vet vil fungere i «sin» avdeling.

En positiv effekt ved å involvere medarbeidere fra ulike lokale avdelinger er at de selv blir forpliktet til å tro på og følge konseptet, fordi de har skjønnet at det er til deres eget beste. Dette kan få smitte-effekt over til andre miljøer og nivåer i virksomheten. Mennesker er forskjellige, og for individer med sterk trang til å involvere seg og «være med der ting skjer», så vil deltakelsen i en strategisk planleggingsgruppe med toppledelsen virke motiverende i seg selv.

Hvordan håndtere motstand i praksis?

I arbeidet med kvalitetsforbedring kan vi oppdage noen utfordringer som kan stoppe arbeidet dersom vi ikke har tenkt igjennom disse på forhånd. Her er noen av de mest kjente utfordringer og forslag til tiltak for å komme videre listet opp.

- 1) **Organisatoriske endringer:** Stadig utskifting av personell (f.eks. avdelingsledere) som fører til problem med kontinuiteten i arbeidet i avdelingen.
Tiltak: Avvent med å gå i gang med større oppgaver til det organisatoriske er under kontroll. Fokuser mer på mindre oppgaver som er relativt enkle å løse.
- 2) **Mangel på forpliktelse og engasjement:** Manglende interesse for arbeidet. Dette kan gjelde både avdelingsledelsen og/eller deler av de ansatte.
Tiltak: Arbeid med å skape forståelse for begrepene og behovet for å starte med kvalitetsforbedringsarbeid. Kan være nødvendig med bistand fra f.eks. virksomhetens kvalitetsansvarlige.
- 3) **Mangel på tid og andre ressurser for arbeid med kvalitetsforbedring:** Arbeidet med kvalitetsforbedring kommer i konflikt med avdelingens primære arbeidsoppgaver.
Tiltak: Skape forståelse for at arbeidet med kvalitetsforbedring vil bedre de tjenestene som virksomheten yter til brukerne (eksterne og interne), og at det på sikt vil

være ressursbesparende. Det må avsettes tid og andre ressurser til arbeidet slik at det blir mulig å gjennomføre det. Synliggjør positive resultater av brukte ressurser! Positive resultater (som alle skjønner) kan bidra til positiv smitte-effekt i resten av organisasjonen!

Søk bistand om nødvendig, f.eks. hos virksomhetens ledelse og/eller hos den kvalitetsansvarlige.

4) **Dårlig organisert forbedringsprosess:** Arbeidet stopper opp eller skaper frustrasjon.

Tiltak: Prosessen må styres og drives frem av avdelingsledelsen, og planlegges nøye. På sikt må arbeidet bli en naturlig del av rutinene på avdelingen. Still krav til nødvendig dokumentasjon og rapportering i prosessen. Oppfølging fra avdelingsledelsen må skje rutinemessig.

5) **Usikkerhet om målet er oppnådd pga. dårlig evaluering og revisjon:** Det stilles spørsmål om hvorvidt arbeidet har vært nyttig og gitt noen positiv effekt på tjenestene.

Tiltak: Sørg for å måle nivået på tjenesten før og etter forbedringstiltak for å kunne dokumentere forbedringer eller revidere tiltakene. Dette krever klare målsettinger med de tiltak som igangsettes og fokus på arbeidet med utvikling av indikatorer for kvalitet.

6) **Negativ til kvalitetsarbeidet pga. for mye papir:** Avdelingen føler at arbeidet drukner i papir.

Tiltak: Fokuser på å kun utarbeide nødvendig dokumentasjon som skal være til hjelp i arbeidet. Det kan være behov for en kritisk gjennomgang av eksisterende dokumentasjon for å fjerne unødvendig/gammel dokumentasjon.

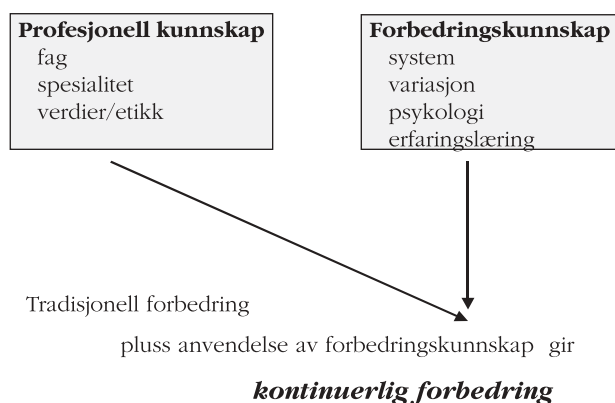
5. METODER OG MODELLER FOR KVALITETSFORBEDRINGSARBEID

«Var det ingen flere enn meg,
så var jeg den beste,» sa mannen.
Norsk visdomsord

5.1 Modell for forbedringskunnskap (Deming/Batalden)

For å oppnå kontinuerlig forbedring er det viktig at den profesjonelle fagkunnskapen tilegnes med basis i forbedringskunnskap. Dette er kunnskap om hvordan forbedring kan skje. Denne form for kunnskap ble først beskrevet av W. Edward Deming som har videreutviklet kvalitetshjulet PDSA (jf. Kapittel 5.2). Deming beskriver forbedringskunnskap som «a system of profound knowledge», og dette systemet består av fire elementer:

- kunnskap om variasjon
- kunnskap om systemer
- kunnskap om psykologi
- kunnskap om erfaringslæring



Figuren over viser at kontinuerlig forbedring er noe annet enn tradisjonell forbedring, og er først mulig når faglig kunnskap (profesjonelle kunnskap) og forbedringskunnskap kombineres.

Fagkunnskapen (profesjonell kunnskap) og kunnskap om forbedring må integreres ved at fagkunnskap ligger i front og forbedringskunnskap ligger i bunn. I det daglige

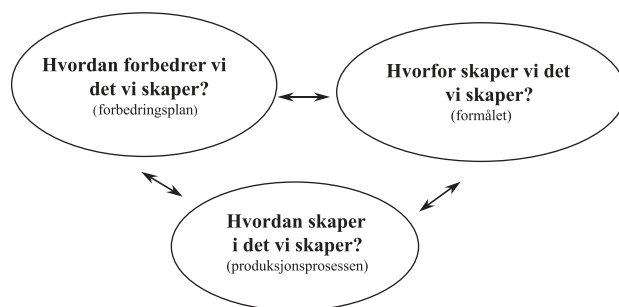
arbeidet skal fagkunnskapen tilegnes og utøves med bakgrunn i forbedringskunnskap.

Professor Paul A. Batalden ved Dartmouth Medical School i New Hampshire i USA har sammen med andre videreutviklet modellen for kontinuerlig forbedring og tilpasset den til helsetjenesten. (Batalden & Stolz, 1993: «A Framework for the Continual Improvement of Health Care»)

Kunnskap om systemet

For å kunne forstå arbeidet i den enkelte virksomhet som deler av et produksjonssystem med de personer, oppgaver, prosesser, produkter og den service som dette systemet har, og for å mestre et system for forbedring, er det avgjørende å kunne svare på følgende tre grunnleggende spørsmål:

- 1) *Hvorfor skaper vi det vi skaper?* (formålet)
- 2) *Hvordan skaper vi det vi skaper?* (produksjonsprosessen)
- 3) *Hvordan forbedrer vi det vi skaper?* (forbedringsplan)



Figuren viser formålet med virksomheten, hensikten med produksjonen, handlingsplanen for forbedring og sammenhengen mellom disse.

Kunnskap om variasjon

Det vil alltid være variasjoner i ulike prosesser, produkter og mennesker. Som et eksempel så er normal kroppstemperatur ca. 37 grader Celcius. Hvis vi målte denne temperaturen jevnlig i løpet av et døgn ville vi registrere både høyere og lavere verdier enn 37,0 grader C, f.eks. fra 36,5 til 37,5 grader C, som også ville være normalt. Denne *naturlige variasjonen* skyldes ulike naturlige biologiske faktorer. Når en verdi faller utenfor normalområdet, ser vi etter spesielle forklaringer – vi snakker da om *spesielle variasjoner*. De spesielle variasjonene er som regel utilsiktet. I et forbedringsprosjekt kan imidlertid en intervensjon føre til spesielle variasjoner, og da er de ønsket. Du kan lese mer om naturlige- og spesielle variasjoner i kapittel 9 om «Statistisk prosesskontroll».

Forståelse av variasjoner over tid er nøkkelen til å oppdage og bruke variasjonen

til kontinuerlig forbedring. Hvis systemet kun reflekterer normale variasjoner, så defineres systemet som stabilt. Hvis det måles spesielle variasjoner i arbeidsprosessene, så må det foretas tiltak som kan rette opp avviket og fjerne feilen, slik at prosessene kan komme under kontroll igjen.

«Inputs» i en prosess er av vesentlig betydning i et årsakssystem, og variasjon i «inputs» kan være et viktig bidrag til variasjon i utførelsen av arbeidsprosessene. I pasientbehandling er det ofte vanskelig å unngå variasjon i «inputs» i arbeidsprosessene. Denne utilsiktede variasjonen bør unngås. Hvis en operasjon er planlagt (for eksempel en hofteoperasjon), kan legene for eksempel redusere unødvendig variasjon i «inputs» ved å etablere prosedyrer som beskriver grunnleggende forventninger i forhold til pasientens fysiske og ernæringsmessige status skal oppfylles før det kirurgiske inngrepet foretas.

Kunnskap om psykologi

Den tredje dimensjonen i forbedringskunnskap er kunnskap om psykologi. Dette omfatter både arbeidspsykologi og endringspsykologi. Innen arbeidspsykologi er det særlig kunnskap om motivasjonsfaktorer og arbeidsmiljø som er relatert til kontinuerlig forbedring. Det er viktig å ha innsikt i hva som gjør at medarbeiderne trives og yter sitt maksimale av hva de kan. Arbeidsmiljølovens § 12 reflekterer de psykologiske jobbkravene.

All forbedring forutsetter endring. Endring oppfattes av de fleste som farlig og truende mot egen rolle og status. Forståelse for menneskers reaksjoner på endring, er en vesentlig del av forbedringskunnskapen.

Teori og erfaringslæring

Batalden hevder at for å bygge opp kunnskap og læring kreves det en kombinasjon av teori og handling. Utvikling av teori gjør oss i stand til å organisere og dele informasjon, men dette fører ikke nødvendigvis til læring. Det å handle gjør det mulig å delta og dele erfaringer, men dette fører ikke alene til læring. Når teori og handling sammenkobles, skapes det mulighet for læring og kunnskapsbygging. Ved å følge Demings kvalitetshjul med sine fire faser PDSA (planlegge-utføre/handle-evaluere/kontrollere-endre/standardisere) har vi en enkel systematisk arbeidsmetode som kan benyttes i en problemløsningsprosess. Systematisk bruk av Demings kvalitetshjul vil danne grunnlaget for kontinuerlig forbedring av det daglige arbeidet.

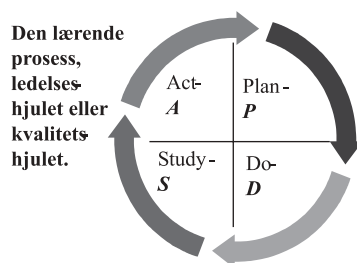
5.2 Kvalitetshjulet (PDSA)

Litteraturen beskriver flere mulige metoder for å utføre kvalitetsforbedringsarbeid. En av de mest brukte metodene er det såkalte kvalitetshjulet eller «PDSA-hjulet» (Plan, Do, Study, Act). Dette ble introdusert av den amerikanske statistikeren William A. Shewart allerede på 1930-tallet. Det var imidlertid amerikaneren W. Edwards

Deming som gjorde kvalitetshjulet kjent på 1950-tallet. Deming var i likhet med Shewart, statistiker. I nyere litteratur brukes forkortelsen PDSA på kvalitetshjulet. S står for «Study» og kan oversettes med evaluere/kontrollere og/eller måle.

PDSA-hjulet er en syklisk fremstilling av en forbedringsprosess hvor de ulike elementene er innbyrdes avhengige av hverandre. Andre betegnelser for PDSA-hjulet er kvalitetshjulet, ledelseshjulet eller på norsk: PUSH (planlegge, utføre, sjekke, handle) eller PUKK (planlegge, utføre, kontrollere, korrigere).

Demings videreutviklede teori om kvalitetshjulet ble verdensberømt og danner i sin enkelhet flere av fundamentene i aktivt og systematisk kvalitetsutviklingsarbeid. Det dreier seg om kontinuerlig forbedring i alle ledd av prosessen, og hjulet kan betraktes som et evighetshjul. Kvalitetshjulet synliggjør en lærende prosess som aldri stopper opp.



Figuren viser Demings kvalitetshjul, PDSA

Fokus for kvalitetsarbeid er rettet mot å sikre, opprettholde og forbedre praksis. Helhetstankegang og forbedring av aktivitetene kjennetegner Demings kvalitetshjul, og er et virkemiddel for å sette kvalitetsarbeidet i system.

I arbeidet med forbedringer vil PDSA-hjulet ha karakter av en problemløsnings-syklus og syklusen er en «lærende prosess». Den skal sikre at forbedringsprosessen kommer i gang og utvikler seg målrettet.

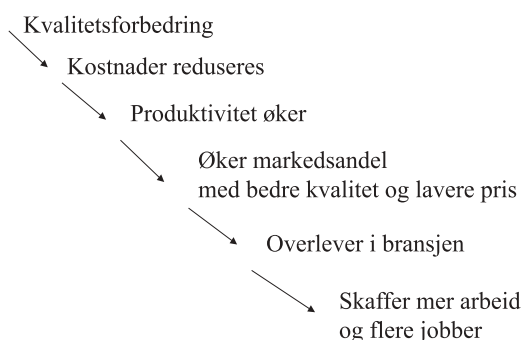
Syklusen kan punktvis beskrives på følgende måte:

1) P = Plan (planlegge)	Hva? Hvorfor? Hvordan?	Problemet må defineres og analyseres. Årsaker identifiseres. Handlingsplan og tiltak utarbeides. Dette er ledelsens ansvar og «alles» oppgave.
2) D = Do (utføre)		Iverksette og gjennomføre planene og tiltakene. Er et lederansvar og «alles» oppgave.
3) S = Study (Kontrollere/Evaluere)		Evaluere og kontrollere at handlingsplanen har medført endringer i praksis som er i tråd med kvalitetsmål. Avvik fra planen må identifiseres.
4) A = Act (handle/korrigerer/lære)		Avvikene korrigeres. Eventuelt ny rutine standardiseres.

Tabellen viser hovedtrinnene i Demings kvalitetshjul (PDSA).

Et problem med kvalitet i praksis er at alle er positive til det, men få gjør noe med det. Det blir ofte med «store ord», og dette fører verken til forbedring eller utvikling. Demings kjedereaksjon, gir flere gode grunner for å prioritere kvalitetsutviklingsarbeid:

Demingskjedereaksjon :



Figuren illustrerer Demings momenter på hvorfor virksomheter bør prioritere kvalitetsutviklingsarbeid. Kilde: Jostein Lillestøl «Kvalitet: Ideer og metoder»

Det fremkommer av figuren at hvis ledelsen bestemmer seg for å prioritere kvalitetsarbeid, så starter en kjedereaksjon med positive konsekvenser for virksomheten. Kjedereaksjonen kan benyttes som en momentliste og argumentasjon på hvorfor det er en fornuftig og nødvendig beslutning å arbeide med kvalitet.

5.3 Forbedringsmodellen i praksis (The Model for Improvement)

En mye brukt modell for forbedring består av tre grunnleggende spørsmål og Demings kvalitetshjul PDSA (plan-do-study-act). Teorien som ligger bak er beskrevet i Demings «System of Profound Knowledge». Til sammen danner denne modellen et helhetlig rammeverk som kalles forbedringsmodellen (The Model for Improvement).

De tre fundamentale spørsmålene er:

- 1) Hva er det vi ønsker å oppnå? (*målet*)
- 2) Hvordan kan vi vite at en endring er en forbedring? (*måling*)
- 3) Hvilke endringer må vi gjøre for å oppnå ønsket forbedring?

De tre spørsmålene skal ende med et *resultat*. Ethvert forsøk på å forbedre noe skal derfor resultere i svar på disse spørsmålene.

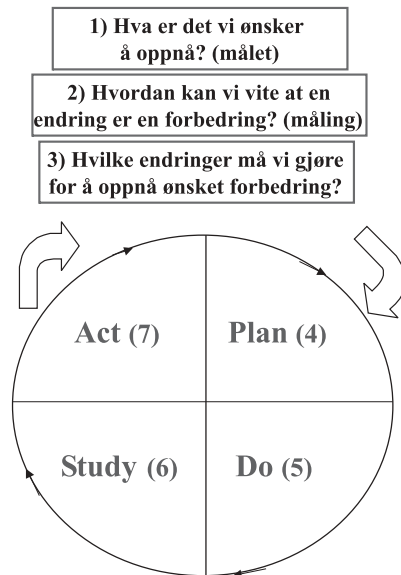
Første spørsmål relaterer seg til *målet* med forbedringstiltaket. Svar så kort og konsist på spørsmålet som mulig. Det er viktig å fokusere på de målene som våre brukere (kunder) oppfatter som viktige. Et råd kan være at vi først blir enige om vi har et virkelig problem som vi ønsker å løse. Problemløsningsmodellen beskrevet i kapittel 5.5 er et nyttig verktøy for å finne og definere problemet.

Andre spørsmål omhandler kunnskap om tiltaket vi ønsker å forbedre. Målet med all endring er en forbedring. Vi må foreta en *måling* av om endringen fører til en forbedring. Oppnår vi ingen forbedring, så har endringen liten eller oftest ingen hensikt.

Vi tar utgangspunkt i dagens kunnskap om temaet vi ønsker å forbedre. Et flytskjema vil hjelpe oss til å se prosessen som målet for endring er en del av. Vi foretar en måling av nå-situasjonen.

Tredje og siste spørsmål har med læring og kontinuerlig forbedring å gjøre. Vi har fått økt kunnskap om målet for endringen, og vi kan nå teste den foreslåtte endringen i liten skala ved hjelp av PDSA-syklusen. Oppnår vi forventet resultat av testen, kan vi implementere endringen. Og husk – det er ikke alle endringer som fører til noen forbedring! Vi forkaster da selvsagt dette forslaget til endring, og kan gå videre med å prøve ut neste mulige endringsforslag. Denne metoden å arbeide på brukes for eksempel i Gjennombruddsmetoden (jf. kapittel 5.6).

Suksesskriteriet for enhver utprøving er at vi alltid lærer noe selv om resultatet av forslaget til endring ikke fører til noen forbedring og forkastes.



Figuren over viser forbedringsmodellen (tre fundamentale spørsmål og PDSA).

Hvordan få til endring?

De fleste vellykkede endringer som kan vare over tid, kommer som oftest som et resultat av

- en forståelse av hvordan prosesser og systemer fungerer
- kreativ tenking (ser etter endring utenfor det normale mønsteret) (Kilde: Paul Plsek)

Forståelse av prosesser og systemer

En *prosess* er en kjede av aktiviteter, beslutninger og handlinger som til sammen fører til et resultat.

Alt arbeid består av prosesser. I vårt daglige arbeid hjemme eller på jobb, utfører vi en rekke aktiviteter eller delprosesser, som i sluttsum ender i et resultat av vår innsats. Noen eksempler på prosesser i hverdagslivet kan være å kjøre til jobb, handle mat, skrive et brev.

Ved å tenke på våre daglige aktiviteter som prosesser får vi et godt utgangspunkt for forbedringer. Alle prosesser har et startpunkt (input), en rekke ulike trinn og ender med et resultat (output). Disse ulike aktivitetene kan observeres og måles. Kartlegging av viktige prosesser i arbeidet er et godt utgangspunkt for å etablere velfungerende standardprosedyrer. Dette er en anbefalt tilnæringsmåte i kvalitetsutviklingsarbeide: nå-situasjonen kartlegges ved å beskrive de viktigste prosessene. Grunnlaget legges for å erstatte en kaotisk og tilfeldig hverdag med standardiserte prosesser.

Et *system* er en uavhengig gruppe av emner, mennesker og prosesser med et felles mål. (Langley G.J. m.fl., 1996). Hvis det skal utføres fundamentale endringer i en virksomhet, må det tas hensyn til både målet og hensikten med endringene, organisasjonsstrukturen, prosessene og samhandlingen mellom de ulike nivåene i virksomheten.

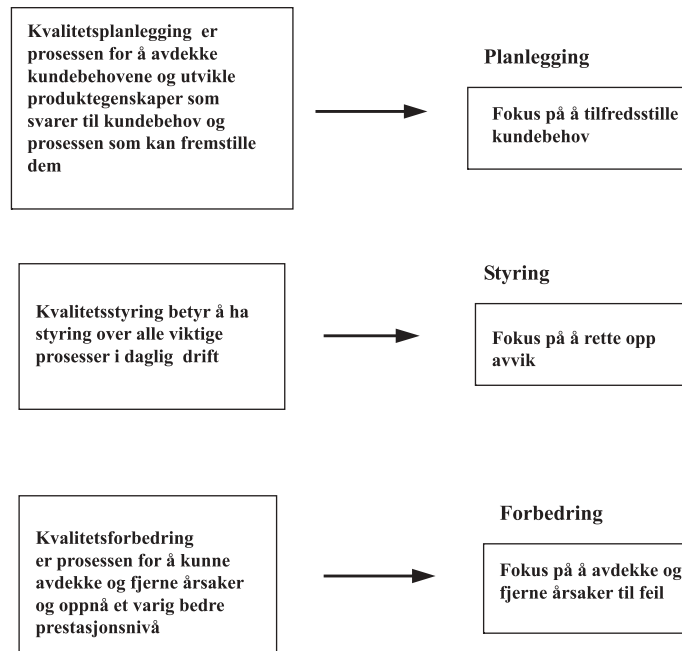
Vær kreativ!

En av de største hindringene for å oppnå forbedring er at vi har liten trening i å være kreative! De fleste av oss tenker innen vante gitte rammer. Vi går ofte tankemessig i sirkel og makter ikke å se mulighetene og nye måter å løse oppgavene våre på. Det finnes imidlertid flere måter å være kreativ på og dermed utvikle nye ideer. I boken «The Improvement Guide» (Langley, Nolan m.fl. 1996) beskrives seks ulike tilnæringsmåter:

- *Utfordre prosessene*: mange systemforbedringer finnes utenfor de opprinnelige grensene
- *Endre rekkefølgen av aktivitetene*: Er dagens rekkefølge optimal?
- *Se etter måter for å hindre flaskehaler*: Sørg for å hindre køer og forsinkelser.
- *Evaluer hensikten med prosessene*: Hvorfor utfører du denne arbeidsoppgaven?
- *Visualiser det ideelle*: Vær kreativ! Få ned på papiret tanken om «Ville det ikke vært fint hvis...?»
- *Fjern uttrykket «Her gjør vi det på denne måten»*: Vi trenger nye ideer for å få til endring hvis det gamle systemet ikke fungerer godt nok lenger. La medarbeiderne få prøve ut alternative muligheter!

5.4 Kvalitetstriologien (kvalitetsplanlegging, –styring og –forbedring)

Amerikaneren Joseph M. Juran har en noe annen tilnæringsmåte til kvalitetsforbedringsarbeidet enn Deming, selv om enkelte deler av hans metodikk kan relateres til kvalitetshjulet PDSA. Juran lanserte en tredeling av den totale kvalitetsledelsen i *planlegging, styring og forbedring* – Jurans kvalitetstriologi. Disse tre grunnleggende prosessene er forskjellige og må skilles fra hverandre selv om de henger sammen i en helhet. Juran forklarer i sin bok «Managerial Breakthrough, 1964» de tre prosessene på følgende måte:



Figuren viser en skjematisk fremstilling av de tre grunnleggende prosessene innen kvalitetsledelse. Kilde: Joseph Juran fra Bjarne Berg-Wigs bok «Kvalitetsforbedring som håndverk».

Planlegging av kvaliteten er prosessen med å finne frem til hva som er brukernes behov og hvordan vi skal utvikle produkter og tjenester som tilfredsstiller disse behovene.

Kvalitetsstyring er en statisk aktivitet for å beholde en gitt tilstand eller et gitt nivå. Produktet, tjenesten eller prosessen må vurderes og sammenliknes med målene. Eventuelle avvik må korrigeres.

Kvalitetsforbedring er en reaktiv aktivitet for å bli bedre og forandre nivået. Det må først etableres en infrastruktur f.eks. et styringssystem (kvalitetssystem) som er nødvendig for å sikre forbedringene. Forbedringsprosjekter bør etableres ut fra spesifikke behov for forbedringer. Prosjektgruppen må gis adekvat opplæring i kvalitetsarbeid og nødvendige ressurser må stilles til disposisjon.

5.5 Problemløsningsmodellen (PLM)

I arbeidet med forbedringer er et av målene å fjerne det som hindrer oss i å utføre vårt daglige arbeid på en best mulig måte og så smart som mulig uten «plunder og heft». Vi fokuserer med andre ord på å forebygge at hindringer eller problemer skal oppstå.

Når problemer skal løses, er det viktig at vi arbeider etter en systematisk modell for å kunne lykkes. Det finnes flere modeller for løsninger av problemer. Denne såkalte

problemløsningsmodellen (PLM) har fokus på prosessene i arbeidet med å komme frem til løsningen av problemet/problemene. Modellen har vist seg velegnet i praktisk arbeid og i undervisning, og den beskrives detaljert i dette kapitlet.

Metoden egner seg til bruk der problemstillingen har noen grad av kompleksitet og uoversiktighet. Dette må avgjøres av den enkelte leder eller forbedringsgruppe fra gang til gang. Metoden bygger implisitt på Demings kvalitetshjul (Plan, Do, Study, Act). Metoden har fem faser:

1. Velg et problem og definer problemet (faktainnsamling) (*finne problem*)
2. Datainnsamling og årsaksanalyse (*finne årsaker*)
3. Løsningsalternativer (*finne løsninger*)
4. Planlegg og iverksett løsningen (*gjennomføringsfasen*)
5. Sikring av varig endring (*sikre forbedring*)

Vi tar utgangspunkt i at vi har et hovedproblem vi skal løse. En forbedringsgruppe er nedsatt, og vi går i gang!

Ved hvert av trinnene kan gruppen bruke verktøy og teknikker som hjelpemidler (jf kapittel 7). Generelt bør ikke teknikker og verktøy settes i «båser», fordi det bare er fantasien som begrenser hvordan de kan brukes. Vi antar likevel at det kan være en fordel i oppstarten av forbedringsarbeidet å få en veiledende pekepinn på hvilke hjelpemidler som kan passe til det enkelte problemløsningsområde.

Et mulig forslag kan likevel være:

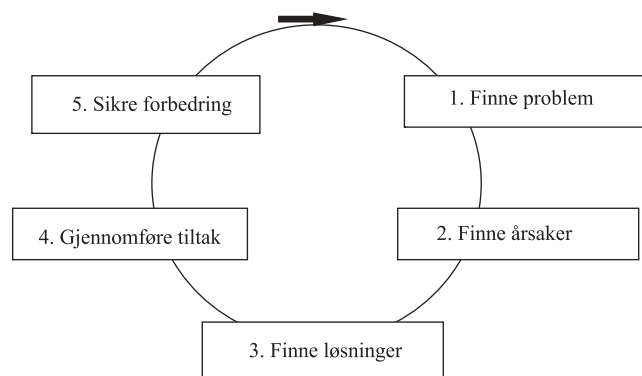
Trinn i problemløsningsprosessen	Stikkordsmessig fremgangsmåte	Verktøy som ofte brukes
Fase 1. Velg et problem og definer problemet (<i>finne problem</i>)	1.1 Beskrive problemet eller forbedringsområdet 1.2 Presiser/definer problemet (utsagn) 1.3 Aksept fra ledelsen	Idédugnad Flytdiagram Kontrolldiagram Datainnsamling Enkel risikoanalyse Pareto-diagram
Fase 2. Datainnsamling og årsaksanalyse (<i>finne årsaker</i>)	2.1 Datainnsamling – hvorfor har vi problemet? 2.2 Mulige årsaker/ de viktigste	Idédugnad Kontrolldiagram Affinitetsdiagrammet Datainnsamling Pareto-diagram
Fase 3. Løsningsalternativer (<i>finne løsninger</i>)	3.1 Analyser hvis flere mulige løsninger 3.2 Velg beste løsning	Affinitetsdiagrammet Idédugnad For/imot analyse Flytskjema Gantt-diagram
Fase 4. Planlegg og iverksett Løsningen (<i>gjennomføre tiltak</i>)	4.1 Utarbeid konkret plan for gjennomføring i praksis 4.2 Ledelsens aksept	Gantt-diagram Kontrolldiagram Flytskjema Sjekkliste

Trinn i problemløsningsprosessen	Stikkordsmessig fremgangsmåte	Verktøy som ofte brukes
Fase 5. Sikring av varig endring (sikre forbedring)	5.1 Ledelsen informerer om vedtatt løsning (ny handlemåte). 5.2 Eventuelt korrigeringer 5.3 Evaluering 5.4 Standardisere til ny permanent rutine.	Kontrolldiagram Evalueringsskjema Flytskjema Gantt-diagram Sjekkliste

Figuren viser en veiledende oversikt over hvilke hjelpemidler (verktøy, teknikker, metoder) som brukes ofte til ulike trinn i en forbedringsprosess.

Et velment råd er å lære seg noen få enkle verktøy godt og bruke disse i kvalitetsforbedringsarbeidet.

En enkel måte å fremstille problemløsningsmodellen på er:



Det første vi skal gjøre er å

- finne eller identifisere et *problem*
- neste trinn er å finne *årsaker* til problemet.

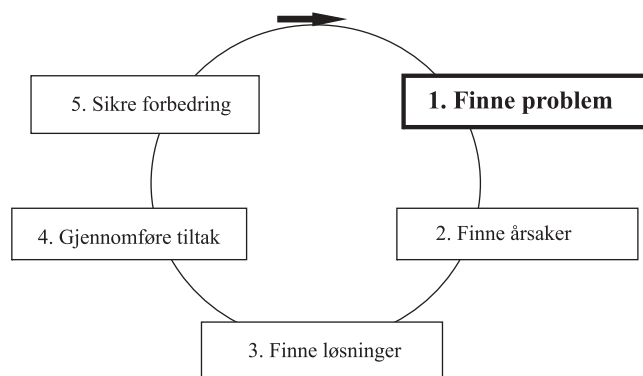
Modellen understreker at vi bør strebe etter å gjøre oss ferdig med en aktivitet (et problem) før vi går løs på neste.

I problemløsningsprosesser opplever vi ofte at trangen til fremdrift gjør at gruppen hopper over analysefasen. Så snart vi «ser» et problem, blir vi så ivrige etter å komme frem til løsninger at vi bl.a. mister følgende poenger:

- Er dette virkelig et problem?
- Er det dette problemet vi bør løse?
- Har vi funnet de riktige årsakene til problemet?
- Støtter løsningene opp om helheten?

Fase 1: Finne problemer

Et problem er en tilstand som avviker fra ønsket situasjon.



Vanlig brukte verktøy er:

- idédugnad
- flyskjema
- kontrolldiagram
- datainnsamling (registreringsskjema, sjekkliste)
- enkel risikoanalyse
- Pareto-analyse

Aktiviteten «finne problem» i problemløsningsmodellen vil foregå i fire trinn:

1. Å finne *påståtte* problemer
2. Å samle inn *fakta* som beskriver problemområdet (Er det sant – og i tilfelle hvor stort?)
3. På grunnlag av fakta definere *virkelige* problemer.
4. Å velge «*riktig*» problem.

Utfordringen er om problemet vårt kun er et *påstått* problem eller et *virkelig* problem. Vi må derfor underbygge at vårt valgte problem er det «*riktige*» problemet.

Det er nødvendig med datainnsamling (beskrive fakta) for å kunne klargjøre omfanget av problemområdet.

Datainnsamling (beskrive fakta)

Følgende sjekkliste for faktainnsamling om vi virkelig har med et problem å gjøre, kan benyttes:

- Se problemet med dine egne øyne, og prøv å svare på følgende spørsmål:
- Hvem er dette et problem for? (Hvem er «kunden»?)

- Hvordan beskriver «kundene» problemet? Hva er det som skjer?
- Hvilket behov eller krav er det som ikke er dekket?
- Problemet oppstår i en eller annen arbeidsprosess. Hvordan ser arbeidsprosessen ut? (Tegn eventuelt et flytskjema)
- Hvor oppstår problemet? (Hos kunden /brukeren, i hvilken avdeling, hvor i prosessen?)
- Når inntreffer problemet? (Når på dagen, når i prosessen?)
- Hvor ofte oppstår problemet? (Hver time, dag, uke, måned?)
- Hvor stort er problemet? (Hvor mange berøres, hvor mye omarbeid, svinn, plunder og heft: Mål alle fakta i kroner eller tid og summer).
- Hvilket delproblem er størst (antall og kroner) sett med kundens/brukernes øyne?
- Hva skjer hvis vi ikke løser problemet? (Påvirker det vårt rykte, vår likviditet, vårt resultat?)

Enkelt oppsummert så klargjør vi omfanget av problemet og om det er et virkelig problem ved å stille spørsmålene

HVEM...?

NÅR...?

HVOR...?

HVORDAN...?

HVOR MYE...?

HVOR MANGE...?

HVOR OFTE...?

Andre tips for gjennomføringen av datainnsamlingen er:

- Prøv å komme frem til en tallmessig beskrivelse av nå-situasjonen innenfor problemområdet
- Vær skeptiske til de data som fremkommer. Det er uttallige feilkilder som er mulige.
- Undersøk detaljer, men forhold dere til helheten ved beslutning. Detaljene får vi bruk for når vi skal bekrefte årsakene.
- Gå ikke for bredt ut. Fokuser på kjernen i problemet.
- Hvis det under faktainnsamlingen fremkommer åpenbare og enkle tiltak som fjerner symptomer til problemet, så anbefales det at disse tiltakene gjennomføres straks og dokumenteres).

Problemformulering og virkelige problemer

Med *virkelige* problemer mener vi at problemformuleringen er *basert på fakta* og at det å fjerne eller redusere problemet har vesentlig betydning for institusjonen/bedriften.

Vi skal nå formulere problemet slik at det ikke kan misforstås og dermed sikre at det er dette vi løser.

Følgende elementer må vurderes for å komme frem til en god problemformulering:

- Den må beskrive et virkelig problem (ikke en årsak, en vurdering eller en konsekvens)
- Den bør beskrive forskjellen mellom nåværende og ønsket situasjon
- Den må være faktabasert (ikke følelsesladet) og konkret. Helst tallfestet.
- Den må være språklig klar. Begynn gjerne med «Problemet er...»

Eksempel på uklare og gode problemformuleringer:

Uklar problemformulering	God problemformulering
Det er for mange klager.	Problemet er at vi fikk 17 klager på grunn av for mye venting på legen på poliklinikken i fjor.
Det satses for lite på opplæring i institusjonen.	Problemet er at 14 avvik i kvalitetssystemet de siste 6 månedene relaterer seg til manglende opplæring.
Det er for mange fallskader på sykehuset.	Problemet er at antall fallskader på post 3 på medisinsk avdeling har økt med 30% siste 6 måneder.

Når vi skal ta fatt på den videre problemløsningen, må vi forsikre oss om at vi ikke setter ned ressurskrevende grupper til å løse problemer som kanskje kan løses av en enkelt person der og da. Med andre ord – hvis ledelsen velger å nedsette en gruppe for å jobbe med problemløsning, så må problemet rettferdiggjøre bruken av ressurser. Små og enkle problemer bør løses når de oppdages, mens større og mer komplekse problemer kan løses av en gruppe.

Valg av virkelig problem

Vi har nå formulert en rekke virkelige problemer. Et viktig prinsipp i problemløsning er:

Løs kun ett problem av gangen!

Hvilket problem skal vi velge å jobbe videre med? Dersom ledelsen velger problem, vil kriteriene ofte være:

- *Hvilke konsekvenser kan løsningen på problemet få?*
- *Hvilke konsekvenser kan problemet få?*

Det bør foretas en konsekvensanalyse som f.eks. kan basere seg på allerede kjente fakta fra faktainnsamlingsfasen.

Andre tips/kriterier for å velge problemområder kan være:

- Problemet skal angå mange
- Hvis vi løser problemet, så skal det være lett å merke forskjellen (f.eks. mindre «plunder og heft», mindre sløsing, kostnader reduseres)

En mulig fremgangsmåte for å velge et virkelig problem kan være bruk av idédugnad i kombinasjon med «post-it lapper» og poengsetting. Oppgaven går ut på å komme frem til hva som er de mest kritiske tiltak/prosesser i avdelingen (eller i virksomheten hvis det er en liten virksomhet). Still spørsmålet: «Hva er de mest kritiske prosessene hos oss?»

- 1) velg en gruppeleder
- 2) gjennomfør en idédugnad
- 3) del ut «post-it» lapper til alle i gruppen⁴) hver enkelt skal gi poeng til det forslaget på tiltak/prosess hun/han mener er mest viktig å gjøre noe med:
(viktigst tiltak/prosess = 3 poeng; nest viktigst = 2 poeng; minst viktig = 1 poeng)
- 5) gruppelederen samler inn lappene og summerer

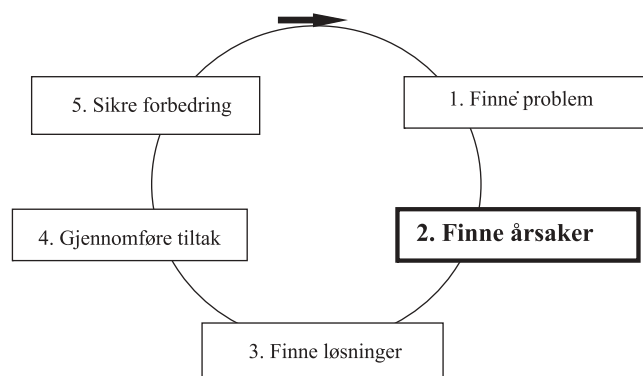
Denne bruken av idédugnad med poengsetting fører raskt frem til en antakelse av hva som er de mest kritiske prosessene i avdelingen/virksomheten, og som det bør arbeides videre med. Svarene må deretter underbygges med fakta og nødvendig analysering.

Fase 2: Finne årsaker

Vi har nå definert og formulert vårt problem, og vi er klare for neste hovedaktivitet i problemløsningsmodellen som er å «finne årsaker» (årsaksanalyse) jf. punkt 2 i problemløsningshjulet.

Årsaker kan defineres som

«det som forårsaker problemet».



Hovedaktiviteten «Finne årsaker» er strukturert i tre trinn:

1. Finne antatte årsaker
2. Bekrefte våre antakelser
3. Gradere årsakene

Vanlig brukte verktøy:

- idédugnad
- affinitetsdiagram eller årsak-/virkningsdiagrammet
- kontrolldiagram
- datainnsamling (faktainnsamling)
- Pareto-diagram

Hvordan finner vi de antatte årsakene?

Her vil det være nyttig å starte med en idédugnad og deretter gjennomføre et affinitetsdiagram (slektskapsdiagram) som er en sorteringsteknikk. Verktøyet er nærmere beskrevet i kapittel 7.4.

Bekreftede antatte årsaker

Gjennom idédugnad og f.eks. affinitetsdiagrammet har vi nå kommet frem til en rekke sannsynlige årsaker til problemet. For å få *bekreftet* om årsakene er reelle må vi foreta en ny *datainnsamling av fakta*.

Gradere årsakene

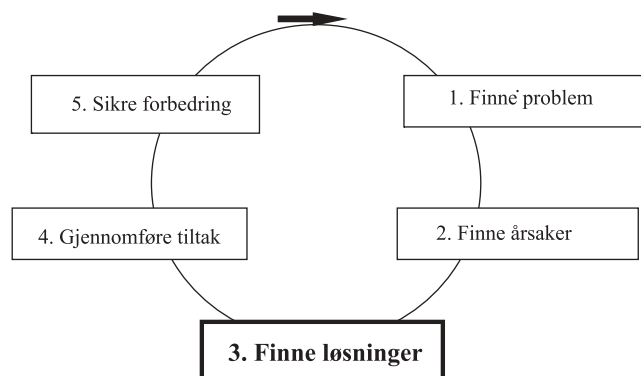
Etter å ha silt ut de reelle årsakene, er det viktig å *gradere* dem slik at vi får et inntrykk av hvilken effekt det vil ha å fjerne dem. Det er ikke sikkert at vi har ressurser til å fjerne/reducere alle årsakene, så derfor må vi skaffe oss et grunnlag for å velge ut de viktigste årsakene.

Følgende metoder kan benyttes:

- *kostnadsanalyse*
 - hva det vil koste dersom årsaken ikke fjernes/reduceres
- *enkel risikoanalyse*
 - en kombinert konsekvens- og sannsynlighetsberegning for den enkelte årsak
- *avstemning*
 - om hvilke årsaker vi på basis av erfaring og kompetanse tror er de viktigste

Fase 3: Finne løsninger

Vi har nå funnet årsakene til problemet som skal løse. Neste fase er derfor løsningsfasen eller tiltaksfasen dvs. hvilke tiltak må vi iverksette for å løse problemet.



Vanlig brukte verktøy er:

- affinitetsdiagram eller årsak-/virkningsdiagrammet
- flytskjema
- for og imot analyse
- Gantt-diagram (tids-/aktivitetsdiagram)

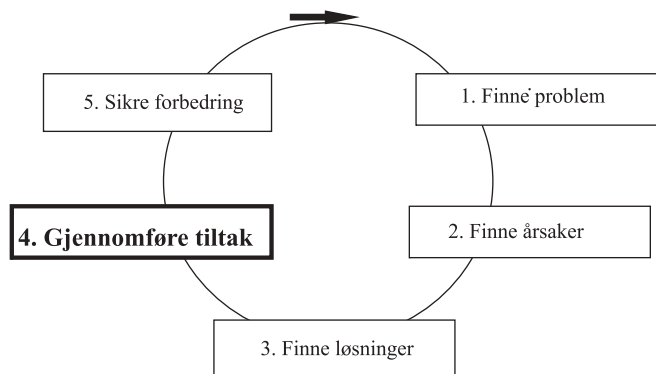
I kvalitetsspråket benyttes ofte begrepet *benchmarking* som betyr å sammenligne seg med andre og lære av de beste. Det er ikke nødvendig å finne opp «kruttet» selv hver gang og her er det lov å «stjele»!

Før vi fatter beslutning om hvilken løsning vi skal velge, kan det derfor være fornuftig å undersøke om andre sammenlignbare institusjoner/avdelinger har hatt tilsvarende problem som de har løst.

Den løsningen vi kommer frem til i praktisk gjennomføring vanligvis medføre en endring av arbeidsprosessen. All erfaring tilsier at enhver endring møter motstand. Involver de ansatte som vil bli berørt av endringen før endringen iverksettes! Utvid prosjektgruppen hvis det er nødvendig!

Fase 4: Gjennomføre tiltak

Vi har funnet en løsning på problemet som vi ønsker å gjennomføre i praksis.



Vanlige verktøy:

- Gantt-diagram (aktivitets-/fremdriftsskjema)
- kontrolldiagram
- flytskjema
- sjekklister

Vi må nå lage en plan for gjennomføringen av tiltaket. Det må med andre ord bestemmes hva som skal gjøres, når det skal gjøres og hvordan det skal gjøres.

Løsningen på problemet kan f.eks. få konsekvenser for andre avdelinger i institusjonen eller medføre uforutsette kostnader. Det er derfor viktig å få aksept fra ledelsen før tiltaket (løsningen av problemet) iverksettes. En formalisering av planen vår gjennom en beslutning av ledelsen er derfor nødvendig og første trinn i gjennomføringsfasen.

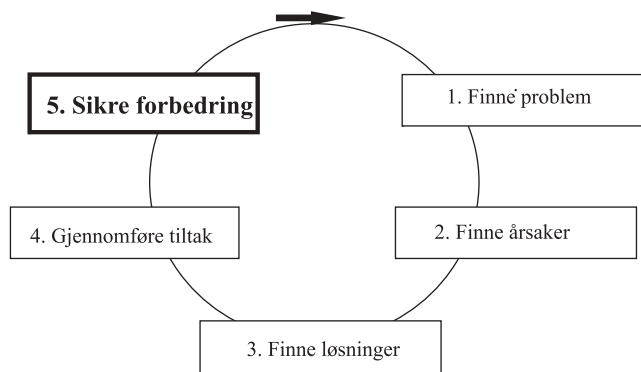
Ved forbedringstiltak av noe omfang er det vanlig at prosjektgruppen utarbeider en sluttrapport til ledelsen (oppdragsgiver) med konkrete forslag til gjennomføring av tiltaket. Et Gantt-diagram brukes ofte (tidsaksen horisontalt og de enkelte aktiviteter vertikalt) i rapporten eller som vedlegg til rapporten. Eventuelle kostnader som gjennomføringen av tiltaket medfører må synliggjøres.

I gjennomføringen av tiltaket ligger kjernen til forbedring av problemet og til læring. Vi er tilbake til Demings kvalitetshjul («den lærende prosess»).

I forhold til kvalitetshjulet så har vi i problemløsningsmodellens fire første faser arbeidet med høyre del av hjulet – Plan (planlegge) og Do (utføre).

Fase 5: Sikre forbedring

Vi nærmer oss slutten på problemløsningsprosessen vår og avslutning av prosjektet vårt. Ledelsen har besluttet at det nye tiltaket skal gjennomføres, og vi håper selvsagt at tiltaket skal løse problemet vårt!



Vanlig brukte verktøy:

- Gantt-diagram
- kontroll-diagram
- flytskjema
- sjekklister

Vi må nå sjekke om forbedringstiltaket stemmer med den opprinnelige planen vår. Sagt på en annen måte – har vi klart å oppfylle prosjektets mandat? Deretter må vi teste ut den nye prosessen (forbedringstiltaket). Fungerer det i praksis som forventet? Hvis ikke, så må vi tilbake til kvalitetshjulet (PDSA) og korrigere.

Neste trinn er oppsummering og evaluering av hele prosessen, og vi må standardisere løsningen ved f.eks. å revidere en prosedyre. Dermed har vi gjennomført en forbedring!

Og sist, men ikke minst – hva har vi lært? Og hva kan andre lære av oss? Kanskje har vi løst et problem (foretatt en forbedring) som også andre kan ha glede av? Et stikkord er derfor informasjon til andre internt og eksternt, og gjerne med et smil! Vis gjerne «hele verden» at det lønner seg å arbeide målrettet med forbedringsprosjekter enten disse er små eller omfattende.

Etter innføring av det nye tiltaket vårt (løsningen av problemet), så går vi igjen inn i den evige PDSA-sirkelen. Vi lever ikke i en statisk verden. Både personene i virksomheten, rammebetingelsene våre og verden omkring oss endrer seg. Den løsningen vi fant på vårt problem i dag kan derfor godt være gammeldags etter en tid. Fagene våre er i stadig utvikling. Som en konsekvens av dette må vi kontinuerlig forbedre oss og våre arbeidsprosesser. Kontinuerlig forbedring er et av de viktigste kjernepunktene i kvalitetsfilosofien.

5.6 Gjennombruddsmetoden

«Gjennombruddsprosjektet» – hva er det?

Det er en arbeidsmodell beregnet på forbedringsprosjekter i medisinsk praksis. Konseptet er utviklet av Institute for Healthcare Improvement i Boston, og har i USA og også i Norge med hell vært anvendt på en rekke medisinske områder. Kilde for den norske oversettelsen er lege Juan Robbie Mathisen. Den norske lægeforening (Dnlf) har vært en foregangsorganisasjon i forhold til å bruke Gjennombruddsmetoden (GB) som et verktøy for forbedringer. Dnlf har per 2004 hatt ansvaret for seks landsomfattende gjennombruddsprosjekter.

Metoden bygger i sin enkelhet på det såkalte kvalitetshjulet PDSA (Plan – Do – Study – Act), som er en systematisk måte å arbeide på for å oppnå forbedringer. Prosjektgruppen må formulere et eller flere konkrete mål for prosjektet og utarbeide en detaljert fremdrifts-/handlingsplan. Det er et krav at måloppnåelsen skal dokumenteres skriftlig ved hjelp av enkel statistisk prosess kontroll (SPK- diagrammer).

Hvorfor betegnelsen «Gjennombrudd»?

Fordi konseptet innebærer at man i sitt forbedringsarbeid setter seg radikale mål, som i sin tur fordrer radikal og annerledes tenkning. Et brudd med gamle vaner og rutiner, som – hvis vi lykkes – blir et Gjennombrudd.

Målet med gjennombruddsmetoden

Innen de fleste fagområder i helsevesenet vet vi at det finnes muligheter for forbedring. Hvis vi vet at det er et gap mellom den kunnskapen vi har innen områder av fagfeltet og den måten vi utfører arbeidsprosessen på i dag, så er vi en potensiell bruker av gjennombruddsmetoden. Vi har da enkelt sagt forbedringsmuligheter. På engelsk «Achieved Benefits Not Achieved» (ABNA).

Om du greier å forbedre din praksis slik at pasientene får noe som er ennå nærmere den medisinske gullstandard, antar vi at det appellerer til din stolthet som helsearbeider. Forhåpentligvis vil du være med på å spare samfunnet for kostnader, som kanskje vil kunne komme andre av dine pasienter til gode.

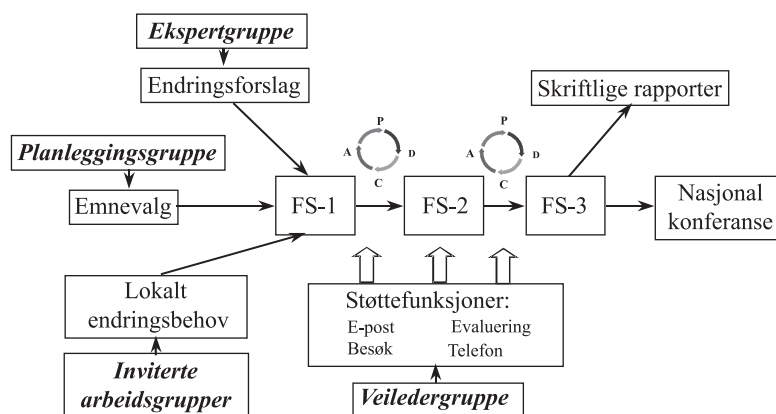
Og hva er spesielt med dette konseptet?

Det er både banalt og spesielt på samme tid. Det banale består i velkjente faktorer som vi fra gammelt av vet fremmer menneskers arbeidsinnsats, entusiasme og effektivitet når det gjelder å løse et problem. Vi nevner: direkte eierforhold til problemet, påvirkningsmulighet, fellesskap, konkurranseånd, resultatmåling, ytre press, sekundering, veiledning og støtte. Det spesielle er at disse faktorene er bygget inn i et strukturert, fastlagt ramme, hvor hver ting kommer på rett plass og til rett tid. Rammen innebærer fastlagte arbeidsformer, tidsfrister, innsending av rapporter etc, – og ikke minst deltagelse på tre forbedringsseminarer.

Veiledere

Grupper som er med i gjennombruddsprosjektet får støtte av et veilederkorps. Veilederne er blant annet kvalifiserte innen kvalitetsutvikling og prosjektarbeid, samtidig som de har bakgrunn fra og stillinger i helsevesenet. De vil kunne hjelpe og støtte fremdriften av prosjektet når det gjelder arbeidsmetoder, verktøy og teknikker, og de har kjennskap til gruppedynamikk og endringspsykologi. De vil fungere som et bindeledd mellom arbeidsgrupper og prosjektledelsen, og være pådrivere overfor arbeidsgruppene

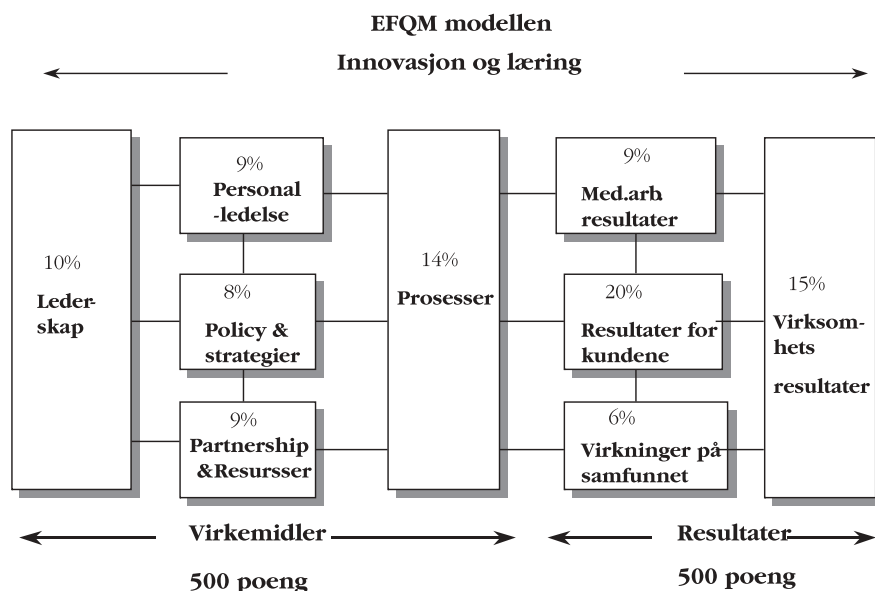
Prosjekt "Gjennombruddskonseptet"



Figuren over viser hovedpunktene og fremdriften i et Gjennombruddskonsept. FS står for forbedringsseminarer.

5.7 Modellen i Den norske kvalitetsprisen

Modellen i Den norske kvalitetsprisen egner seg godt til å undersøke og stadfeste virksomhetens «kvalitetstilstand», og den er et ledelsesverktøy og en metode for systematisk utvikling av virksomheten. Den norske modellen er identisk med The European Model for Business Excellence, som er utviklet av The European Foundation for Quality Management (EFQM). EFQM deler hvert år ut den europeiske kvalitetsprisen «The European Quality Award» (EQA).



Hvert av de ni hovedkriteriene vist i figuren ovenfor kan brukes til å evaluere virksomhetens ståsted og progresjon mot forbedrede resultater.

Den norske Kvalitetsprisen utgjør et rammeverk som er laget slik at det kan brukes på alle typer virksomheter og /eller på deler av disse.

Den norske kvalitetsprismodellen kan brukes som et verktøy for *internevaluering* eller selvevaluering. Med dette menes en systematisk gjennomgang av virksomhetens aktiviteter og resultater i forhold til en virksomhetsmodell. Internevaluering er en prosess som gjør det mulig for virksomheten å skille mellom dens sterke sider og områder for forbedring. Dette kan videreføres i handlingsplaner som følges opp for å måle fremgang og forbedring. En evaluering av egen virksomhet kan sammenlignes med en intern revisjon som tidligere er omtalt i kapittel 3.

Fordeler med internevaluering kan være at den gir

- en metode som tegner et klart bilde av hvor virksomheten står med hensyn til kvalitetsarbeidet
- et godt bilde av hvordan total kvalitet som ledelsesverktøy blir brukt i virksomheten
- en evaluering basert på fakta
- en måte å sammenligne viktige prosesser over tid
- et strukturert grunnlag for forbedringer
- et grunnlag for sammenligninger internt over tid
- et grunnlag for sammenligninger eksternt og eventuelt med «de beste» (benchmarking)
- kunnskap om virksomheten er klar til å søke Den norske eller Den europeiske Kvalitetsprisen

6. KOM I GANG MED FORBEDRINGSARBEIDET!

*«Tålmodigheten er de
fattiges rikdom.»
Ordspråk fra
Fransk Guayana*

Kvalitetsforbedringsarbeid krever bl.a. gjennomtenkte planer og strategier for å lykkes. Vi må foreberede oss før vi går i gang med gjennomføringen og deretter følge opp forbedringene. Vi kan dele innføringen av TKL-konseptet med fokus på kvalitetsforbedringsarbeid inn i tre faser:

- forberedelsesfasen
- gjennomføringsfasen
- oppfølgingsfasen

Faser i kvalitetsforbedringsprosessen	Stikkord
Forberedelsesfasen	Motivasjon for endring Kjenn din organisasjonskultur Utarbeid visjon, mål og handlingsplan Velg riktig «timing» Avsett ressurser Opplæring Kvalitetssystemet Organisering av kvalitetsutviklingsarbeidet
Gjennomføringsfasen Oppfølgingsfasen	Forbedringsområde velges Avvik behandles og korrigeres. Forbedringstiltak iverksettes. Kontinuerlig forbedring (kvalitetshjulet PDSA).

Tabellen viser enkelte stikkord i forbindelse med praktisk kvalitetsforbedringsarbeid.

Enkelte av elementene i de tre fasene for kvalitetsforbedringsarbeide er beskrevet i andre kapitler i boken; kvalitetssystemet er beskrevet i kapittel 3 og organisering av kvalitetsutviklingsarbeidet står omhandlet i kapittel 11.

6.1 Forberedelsesfasen: Kjenn dagens organisasjonskultur!

I kapittel 4.3 så vi på hvordan vi kan motivere mennesker til å gå inn i en endringsprosess. Vi må også være oss bevisst den organisasjonskultur vi lever i før vi går

i gang med innføring av TKL-konseptet og vårt kontinuerlige forbedringsarbeid. En mulig plan og strategi for forarbeidet kan være å følge nøkkelpunktene beskrevet nedenfor:

1. Forstå dagens organisasjonskultur
2. Oppmuntre medarbeidere som har kritisert dagens kultur
3. Ikke angrip dagens kultur til stadighet selv
4. Lev opp til den nye kulturen du forsøker å skape
5. Forstå at endringer ikke skjer over natten

Kilde: Fra «Total Quality Management in Human Service Organizations» av Lawrence Martin. Opprinnelig kilde er Perine, 1990 og Brian Dumaine.

Dumaine hevder at toppledelsen må starte med å forstå sin nåværende organisasjonskultur. Deretter må ledelsen kjenne de medarbeiderne som er kritiske til dagens system og kultur fordi disse menneskene mest sannsynlig vil akseptere den nye TKL-kulturen og kan dermed bli verdifulle støttespillere. For det tredje hevder Dumaine, så må ledelsen være lojal mot dagens kultur og hjelpe medarbeiderne med å nå sine mål innen eksisterende organisasjon inntil TKL har slått rot og blitt et nytt selvgående system. Fjerde punkt er at toppledelsen må leve opp til den TKL-kulturen de forsøker å skape, og femte punkt er at endringer av organisasjoner mot TKL tar tid.

6.2 Forberedelsesfasen: visjon, mål, handlingsplan

Det finnes en bakenforliggende årsak til at enhver virksomhet eller organisasjon eksisterer. Virksomheten er satt til å utføre visse oppgaver og funksjoner innenfor gitte rammer for samfunnet. Innenfor disse rammebetingelsene som er utgangspunktet for virksomhetens eksistens, utvikler det seg en egen kultur og et sett av verdinormer. Før vi starter en endringsprosess mot implementering av TKL er det nødvendig å være fortrolig med organisasjonskulturen og menneskene som arbeider i virksomheten. Denne kulturen skal danne rammen for virksomhetens kvalitetssystem. Med andre ord – systemet skal tilpasses kulturen og ikke omvendt.

Virksomhetens ideelle mål bør formuleres som en *visjon*. Visjonen skal gjenspeile det vi strekker oss etter i vår virksomhet. Visjoner bærer ofte preg av slagord, men er likevel nyttige å ha som en inspirasjon til hva vi streber etter å oppnå hos oss. Visjonen kan med fordel benyttes sammen med organisasjonens logo. Dette gir gjenkjennelsesverdi for den enkelte medarbeider og for samfunnet forøvrig.

Virksomhetens visjon utdypes gjennom en overordnet *målsetting*, *hovedmål* og *deltmål*. Målene våre blir operative ved at vi utarbeider en *handlingsplan* for hvordan vi skal nå våre mål. Denne strategiske handlingsplanen må tidfeste når de enkelte aktivitetene (mål eller delmål) skal nås. Tidfestingen setter krav til fremdrift og for-

plikter virksomhetens medarbeidere til å nå sine mål. Det er en forutsetning at medarbeiderne involveres aktivt i prosessen med utarbeidingen av målene og fremdriftsplanen! Formulering av virksomhetens mål er helt avgjørende for at forbedringsprosessen skal få noen mening og verdi.

For å kunne måle hvor vi er i forhold til målene, må vi ha diverse *måleverktøy*. Det kan være alt fra teknisk måleutstyr til spørreskjemaer. I den enkelte avdeling i virksomheten må man bli enige om hvem som skal utføre målingene, hvem som skal rapportere, hvor det skal rapporteres og hvem som har ansvaret for å korrigere avvikene og forbedre rutineene. Det er nødvendig med en viss organisering og struktur omkring kvalitetsforbedringsarbeidet. Etablering av et enkelt *kvalitetssystem* (i første omgang) kan være et virkemiddel for å få strukturen og ansvarsdelingen på plass.

6.3 Forberedelsesfasen: Riktig «timing», ressurser, opplæringsplan

Vi foretar et tankespill og forutsetter at ledelsen vil arbeide med kvalitet og mener at «hos oss vil vi arbeide etter TKL-filosofien». Vi forutsetter også at vi har virksomhetens visjon, mål og handlingsplan på plass, og vi vet hvor vi vil både på kort og lang sikt. Hvilke andre momenter bør ledelsen ha tenkt gjennom og forberedt før implementering av TKL-konseptet og forbedringsarbeidet kan starte?

Det første stikkordet er «*riktig timing*», og med dette menes her valg av tidspunktet for oppstarten av TKL-konseptet. Kanskje har enkelte medarbeidere den holdningen at «det passer aldri». Ledelsen bør ikke la seg stoppe av slik forventet motstand, men gjør klokt i å velge tidspunktet for oppstart av prosessen med omhu. Det anbefales f.eks. ikke å starte en gjennomgripende TKL-endringsprosess samtidig med større omorganiseringsprosjekter.

Det andre stikkordet er *ressurser*. Oppstart av en kvalitetsforbedringsprosess krever ressurser i startfasen og i flere år fremover. Det bør avsettes både økonomiske midler og tid til å utføre kvalitetsforbedringsarbeidet. Frikjøp av entusiastiske medarbeidere anbefales. Konsulenter bør kun benyttes som støttespillere og i begrenset omfang, fordi det er viktig at virksomhetens ledere og medarbeidere selv får et eierskap til utviklingsprosessen.

Selv om det koster å prioritere forbedringsarbeidet de første årene, så lønner det seg på sikt. Dette er internasjonalt dokumentert. Ved å arbeide målrettet etter sikre rutiner og unngå feil, sier det seg selv at dette blir kostnadsbesparende for virksomheten. Dokumentert kvalitet gir også en positiv effekt til brukerne som kan stole på at de får innfridd sine krav og behov. Dette vil gi virksomheten et fortrinn i markedet i kampen om brukerne.

Det tredje stikkordet er en *opplæringsplan* i kvalitet for ledere og medarbeidere.

6.4 Forberedelsesfasen: Opplæring

Utgangspunktet for kvalitetsforbedringer er forandringer til noe som er bedre, mer fornuftig og mer hensiktsmessig for virksomheten. *Læring* kan defineres som *varig endret atferd*. Endret atferd står derfor helt sentralt når vi snakker om *forandring*. Vi har tidligere i boken omtalt at forandringer kan skape motstand og engstelse hos individer. Vi står derfor overfor et paradoks i forhold til nødvendigheten av opplæring i kvalitetsfaget: «Alle» mener noe positivt med kvalitet, men få ønsker forandring. Utfordringene blir derfor hvordan vi skal motivere ansatte til å ville motta læring om kvalitetsfaget.

I kapittel 2 er det beskrevet at kvalitetsbegrepet omfattes av flere myter. Ingen eller svært få kan forstå det positive ved å styre og lede bedrifter etter et TKL-konsept hvis ingen egentlig vet hva det dreier seg om. Mytene må derfor avlives og syning må erstattes med faktisk kunnskap om kvalitetsfaget. Skal vi implementere TKL-konseptet i en virksomhet må derfor alle ansatte gis opplæring om kvalitet. Opplæringen må gjennomføres slik at den fremmer ønskede holdninger samtidig med at nødvendige kunnskaper, forståelse og ferdigheter tilegnes. Disse ferdighetene kommer i tillegg til den nødvendige kompetanse til å utføre det faglige arbeidet korrekt.

De fem «store» kvalitetsguruene Juran, Deming, Crosby, Feigenbaum og Ishikawa, og også nåtidens nye kvalitetseksperter, hevder at opplæring av ledere og medarbeidere er en av forutsetningene for å lykkes med innføring av TKL. Toppledergruppen bør være de første som læres opp.

Forfatterens egen erfaring støtter opp under at en viss opplæring må gis til alle for å få forståelse av hva kvalitet er og om filosofien bak TKL. I tillegg kan det være hensiktsmessig å lære seg enkelte av verktøyene og metodene til hjelp i det daglige kvalitetsforbedrings-arbeidet.

Den første nasjonale strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn, februar 1995) krevde at alle medarbeidere skulle læres opp i kvalitet. Dette er en formidabel utfordring særlig i store virksomheter og må strekkes ut i tid. Ulike pedagogiske virkemidler bør tas i bruk; alt fra en første innføring via plenumsinformasjon for store grupper, til å forsøke og gjøre ting på nye måter i den aktuelle læringssituasjonen («just-in-time learning»). Opplæringen og treningen må tilpasses den enkelte virksomhets behov.

Det såkalte kaskadepriippet («domino-effekt») kan anbefales. Dette innebærer at opplæringen starter med toppledelsen som deretter lærer opp neste ledd i hierarkiet som igjen lærer opp medarbeiderne i sine avdelinger. Dette virker positivt ved at lederne viser forpliktelse og engasjement og samtidig har bedre kompetanse enn sine ansatte.

Det er viktig at virksomheten selv tilegner seg og utvikler egen kompetanse i forhold til kvalitetsfaget. Det anbefales derfor at opplæringen skjer ved hjelp av virksomhetens egne ansatte som lærere. I større virksomheter kan det være fornuftig å rekruttere og lære opp egne medarbeidere til veiledere i kvalitetsfaget. Konsulenter bør bare brukes

i begrenset omfang, eventuelt som støttespillere for organisasjonens toppledelse og interne kvalitetseksperter (interne kvalitetsveiledere).

Det finnes mange bra eksterne opplærings tilbud innen kvalitet og TKL. Dette kan være en bra start for virksomheter av ulik størrelse og kanskje særlig for små bedrifter.

6.5 Gjennomføringsfasen: Forbedringsområde velges

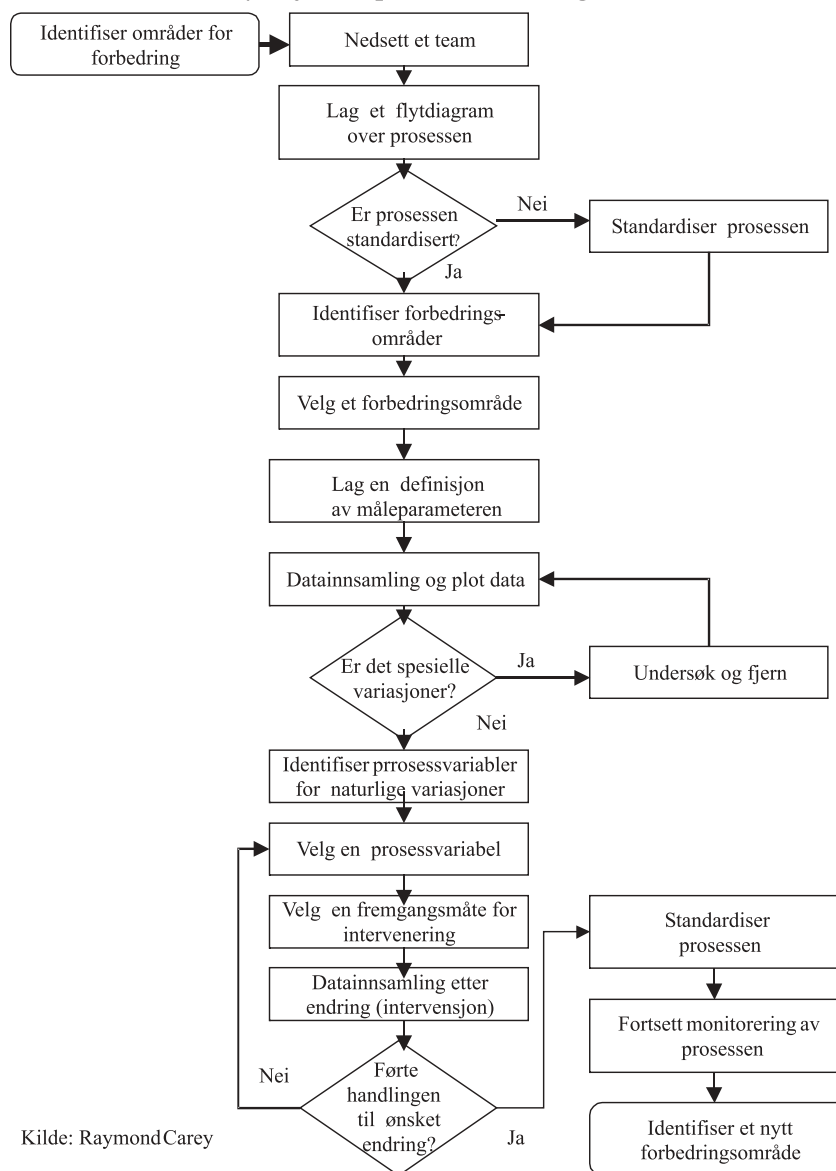
Virksomhetens kvalitetsforbedringsarbeid må forankres i et kvalitetsutvalg ledet av toppledelsen. Erfaringer har vist at det også er mulig å starte med enkle forbedringsprosjekter på «gulvplanet». Det beste er å komme i gang samtidig både med en ledelsestyrt («top-down») prosess og med prosjekter på «gulvplanet» («bottum-up»-prosess). Det vil være naturlig å starte med en avdeling hvor mellomlederne er motiverte for endringsarbeidet. Fordelen med enkle prosjekter i de enkelte avdelingene, er at resultatene blir lett synlige, de er matnyttige, og vi kan oppnå en positiv smitte-effekt i resten av organisasjonen.

Når vi har (i det minste) rammene for et kvalitetssystem på plass i virksomheten er vi klare til å starte forbedringsarbeidet i vår virksomhet, og følg da rådet «start enkelt!» Velg derfor en enkel og avgrenset problemstilling i virksomheten fra en avdeling eller seksjon. Lytt til de som utfører jobben til daglig og de som mottar tjenestene, det vil si brukerne! «Problemet» kan også være en god idé fra en av medarbeiderne til en forenkling av f.eks. en rutine. Det valgte problemet eller den gode ideen til forbedring må få aksept hos avdelingens/enhetens ledelse før forbedringsarbeidet starter. Altså:

- definer først nå-situasjonen.
- belys denne med en måling av data.
- sett opp en ønsket situasjon.
- still spørsmålet: hvordan skal vi lukke gapet (avviket) mellom det vedtatte kravet til kvalitet og dagens faktiske situasjon?

Flytskjemaet på neste side viser en oversikt over de viktigste trinnene i ethvert forbedringsarbeid (forbedringsprosjekt). Kilde: Raymond Carey.

Flytskjema - prosessforbedring



Kilde: Raymond Carey

Praktiske eksempler på forbedringsområder fra den daglige hverdag i en virksomhet kan kanskje best illustrere ulike typer problemområder vi kan starte opp med:

- *Tilbakemelding fra eksterne brukere.*
Tilbakemelding i form av f.eks. formelle klager, negativ kritikk og svar på brukerundersøkelser.

- *En flaskehals i ditt arbeid.*
Deler av ditt arbeid som er meget vanskelig. Hvilke metoder, rutiner, verktøy eller utstyr kunne utføre dette lettere?
- *En tidkrevende (komplisert) del av arbeidet ditt.*
Den del av arbeidet ditt som er mest tidkrevende (komplisert). Hva kan gjøres for at det skal bli enklere?
- *Et område hvor det forbrukes «unødige» ressurser.*
Hvor brukes det etter din mening unødvendig materiale, energi og penger dersom du skulle betale regningene? Hvordan ville du da redusere det unødvendige forbruket?
- *Samarbeidsproblemer.*
Problemer med å arbeide sammen er ofte så små at ingen bryr seg med å nevne dem. Men et sandkorn i øyet kan være meget irriterende – få det ut!
- *God idé fra en medarbeider*
Ideen kan tas opp i avdelingens lokale kvalitetsutvalg/råd/forbedringsgruppe hvis slike er etablert, eller diskuteres med nærmeste leder

I kapittel 4 er det beskrevet endel vanlige utfordringer fra den praktiske hverdag i forbindelse med forbedringsarbeidet. Det gis også råd og tips om hvordan man skal takle mulige hindringer og problemer underveis.

6.6 Oppfølgingsfasen: Behandling av avvik og feil

Vi har nå kommet til oppfølgingsfasen i kvalitetsforbedringsprosjektet vårt. Vi oppdaget underveis at enkelte prosedyrer ikke ble fulgt. Vi har med andre ord å gjøre med det som i kvalitetsspråket kalles et avvik.

Den formelle definisjonen på et *avvik* er:

«mangel på oppfyllelse av et krav» (NS-EN ISO 9000:2000).

Med krav menes et behov eller en forventning som er angitt, vanligvis underforstått eller obligatorisk (NS-EN ISO 9000:2000). Et spesifisert krav er ett som er angitt, for eksempel i et dokument.

Oversatt til et daglig språkbruk så innebærer dette at vi har et avvik når utførelsen av arbeidsoppgavene ikke stemmer overens med lover, forskrifter, vedtatte mål og handlingsplan, prosedyrer og instruksjoner eller normal praksis for organisasjonen. Normale variasjoner i den daglige drift bør ikke regnes som avvik. Et avvik forutsetter en spesifisering, en rutine eller en standard.

Vi kan illustrere med et eksempel: En journal finnes ikke der den i følge den interne prosedyren skal være. Vi har da et avvik i forhold til det kravet vi selv har laget i prosedyren.

Hva er så en feil i forhold til et avvik? En feil defineres i NS-EN ISO 9000:2000 som

«mangel på oppfyllelse av et krav som angår en tilsiktet eller spesifisert anvendelse»

Sondringen mellom begrepene feil og avvik er viktig, fordi det har juridiske betydninger. Dette gjelder spesielt de som vedrører spørsmål om produktansvar. Termen «feil» bør benyttes med stor forsiktighet.

En feil er med andre ord noe som er galt i forhold til hva brukeren med rimelighet kan forvente seg. Det er verd å merke seg at et avvik i forhold til kravene til en tjeneste eller til et produkt ikke nødvendigvis oppfattes som feil av brukeren. Kanskje er det selve prosedyrebeskrivelsen som er uhensiktsmessig og at arbeidstakeren har tatt en snarvei i sin arbeidsprosess? Resultatet av oppgaven blir like riktig som om prosedyren hadde vært fulgt til punkt og prikke. Brukeren som venter på resultatet av oppgaven, merker ikke om det har vært et avvik i forhold til den vedtatte prosedyren. Men også slike avvik må fanges opp, slik at prosedyren kan forbedres, bli best mulig og i tråd med en hensiktsmessig arbeidsrutine. En feil har ofte juridiske konsekvenser for utøveren, mens avvik relateres til systemet.

Målet med behandling av avvik er ideelt sett både å

- sikre at vedtatt kvalitet opprettholdes (statisk holdning, status quo, kvalitetsvedlikehold)
- bidra til en forbedring av tjenesten eller produktet (aktiv holdning, kvalitetsutvikling)

For å vite om det har oppstått et avvik, må medarbeiderne i virksomheten ta utgangspunkt i målene som er utarbeidet og i handlingsplanen som er laget for å nå målene. Er det overensstemmelse med planen? Avvik fra planen må identifiseres.

Avvikene bør behandles der de oppstår. Det betyr at de fleste avvikene bør håndteres på avdelings-, seksjonsplan- eller postplan avhengig av type virksomhet.

6.7 Oppfølgingsfasen: Korrigerende tiltak og kontinuerlig forbedring.

Når avvik rettes opp kalles det i kvalitetsterminologien for *korrigerende tiltak*. Det betyr at vi fjerner årsakene til et potensielt avvik, til feil eller til andre uønskede situasjoner for å unngå at de gjentar seg. Ofte er hensikten med de korrigerende tiltakene av forbebyggende karakter. Vi har f.eks. oppdaget at en prosedyre ikke stemmer overens med en fornuftig arbeidsrutine, og vi velger å endre prosedyren. Vi har da foretatt et korrigerende tiltak.

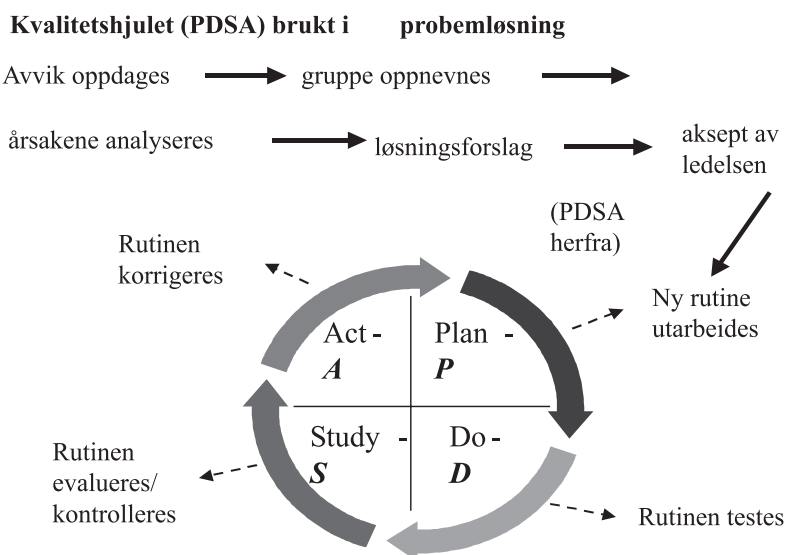
Som nevnt tidligere i boken så er kontinuerlig forbedring av arbeidsprosessene et av TKL-prinsippene og grunnpilaren i kvalitetstankegangen. Det er kvalitetshjulet

(PDSA-hjulet) vårt som går evig rundt slik at vi stadig kan forbedre rutinene våre. Dette innebærer at vi ustoppelig skal være på leting etter nye forbedringsmuligheter.

Våre kvalitetsforbedringstiltak forankres i virksomhetens kvalitetssystem som understøtter arbeidsprosessene.

For svært mange avvik er årsaken klar, og problemet løses umiddelbart ved at medarbeideren eller lederen fjerner årsaken. Det er likevel nødvendig med et system (kvalitetssystem) hvor lederen eller de ansatte kan fange opp problemene bl.a. for å klarlegge årsakene til problemene for å oppnå forbedring og forebygging. Ved behandling av avvik kan det være spesielt viktig å fokusere på

- *kostnader* ved ikke-kvalitet dvs. hvor mye ressurser som brukes på å rette opp avvik ved ikke-kvalitet
- *prosessen* dvs. om prosessen er utenfor medarbeiderens kontroll



Figuren viser en skjematisk fremstilling av kvalitetshjulet brukt i problemløsning. Avviket behandles og korrigeres og rutinen endres.

For andre problemer kan årsaksbildet være mer komplekst. For å løse slike problemer trengs det ofte en gruppe som arbeider systematisk for å finne årsaken til problemet og komme med forslag til løsning av problemet. Den nye løsningen må deretter vedtas i avdelingen som forslag til en ny rutine eller prosedyre. Løsningen må så prøves ut i den praktiske hverdag, eventuelt justeres og evalueres før den formelt godkjennes som en ny rutine. Det må deretter informeres om den nye rutinen / løsningen til de som blir berørt av endringen. Denne fremgangsmåten er bruk av Demings kvalitetshjul i praksis (PDSA-hjulet). Jfr. også kapittel 5.2.

7. BRUK AV ANDRE FORBEDRINGSTEKNIKKER («VERKTØYKASSEN») – NÅR OG HVORDAN?

«De som har fakler,
vil gi dem videre til andre.»
Platon

I kapittel 5 er det beskrevet enkelte eksempler på metoder og modeller i arbeidet med kvalitetsforbedringer. I dette kapitlet beskrives kort endel andre verktøy, teknikker og metoder som kan være til hjelp for å skaffe frem data og til å analysere disse på en riktig måte i forbedringsprosessen. Det er disse verktøyene som vanligvis betegnes som «verktøykassen» i forhold til kvalitetsarbeidet.

Det er flytende grenser for hva som kan karakteriseres som verktøy, teknikk eller som metodikk. Alt betraktes imidlertid som et *hjelpemiddel* i en eller annen form.

Verktøyene og teknikkene kan som en hovedregel plasseres inn i disse fire hovedgruppene av bruksområder:

- Gruppedynamiske hjelpemidler for idéutvikling og beslutninger
- Hjelpemidler for innsamling og fremstilling av data
- Hjelpemidler for analyse av årsaker til hendelsen/problemet
- Hjelpemidler i planlegging og utførelse av forbedringstiltak

Kort sagt, det finnes ulike verktøy for de forskjellige fasene i kvalitetshjulet (Plan – Do – Study – Act).

I tillegg trenger vi metoder for å måle kvalitet og statistiske metoder som hjelpemidler for analyse av data. Kapittel 8 omhandler måling av kvalitet. Statistisk prosesskontroll (SPK) er beskrevet i kapittel 9.

Verktøyenes styrke ligger i evnen til å utvikle, samle og formidle store mengder informasjon på en enkel og rasjonell måte. Det en nettopp enkelheten som er verktøyenes styrke. Det anbefales at den enkelte virksomhet prioriterer opplæring og bruk av noen få verktøy. Faren er ellers at metodene brukes «halvveis», og da kan det lett bære galt avsted og gi få resultater.

7.1 Idédugnad (brainstorming)

For å få alle til å delta og tillate kreativitet kan vi bruke *idédugnad* eller *NGT* (*Nominell gruppeteknikk*). Begge teknikkene går ut på å få fram samtlige ideer som dukker opp hos deltakerne uten at de diskuteres eller vurderes. (Unntaket her er «lobbyrunden» hvis denne foretas). Hvert forslag skrives opp på tavle eller «flipover».

De to metodene skiller seg fra hverandre ved at under idédugnad kommer fors-

lagene muntlig, mens når vi bruker NGT skriver vi forslagene anonymt ned på lapper som så blir samlet inn.

Hensikt:

Få fram flest mulige ideer eller forslag knyttet til et tema, en problemstilling eller en oppgave.

Bruksområde:

- Teknikken kan brukes i starten på alle faser i kvalitetsforbedring og -planlegging for å få frem mange mulige ideer og tiltak.
- Brukes ofte sammen med andre teknikker som f.eks. Årsak-virkningsdiagrammet kapittel 7.5.

En vel gjennomført idédugnad lar medlemmene være så kreative som mulig uten noen former for restriksjoner. En slik fri innfallsvinkel kan føre til engasjement i gruppen. Alle får delta, og det fører ofte til kreative løsninger på problemet.

Det er ofte aktuelt å avslutte idédugnader med en reduksjon av antall ideer som grunnlag for det videre arbeid.

Gjennomføring:

- 1) Skriv oppgaven på flipover/tavle, slik at alle i gruppen kan se det.
- 2.) Klargjør oppgaven og hensikten med oppgaven.
- 3) Tenkepause. Gruppen får noen minutter (stillhet) til å forberede seg og tenke gjennom forslag.
- 4) Velg om en og en rundt bordet skal komme med forslag (strukturert) eller om det er fritt fram for alle (ustrukturert). Det kan ofte være nyttig å begynne med strukturert idédugnad, for så å gå over til ustrukturert mot slutten (når flere i gruppen har meldt pass).
- 5) Repeter reglene kort:
 - Alle forslag skrives ned ordrett.
 - Ingen kommentarer, spørsmål eller drepene bemerkninger.
 - Om noen ikke har forslag, skal de si pass (gjelder strukturert idédugnad).
- 6) Klargjør forslagene slik at alle forstår dem på samme måte.

Hvis aktuelt:

- 7) Slå sammen forslagene til 15–20 forslag. Husk vetoretten: Hvis en deltaker er uenig i at to forslag skal slås sammen, ikke gjør det!
- 8) Lobbyrunde: Deltakerne sier hvilke (få) forslag de synes er viktige og begrunner dette.
- 9) Foreta en prioritering i plenum

7.2 Nominell gruppeteknikk – NGT

Hensikt:

Få frem 25 –30 ideer/kreative forslag for deretter å skille ut de 3–5 beste.

Bruksområde:

- Skape mange ideer og nå enighet raskest mulig.
- NGT er et effektivt verktøy når noen eller alle i gruppen er nye, eller når gruppen har personer med sterke og/eller dominerende synspunkt.
- Ved håndtering av kontroversielle emner eller når gruppen er sterkt uenige er NGT å anbefale.

NGT er mer strukturert enn idédugnad ved at det lages en liste med muligheter som så innsnevres.

Gjennomføring:

- 1) Skriv opp oppgaven på flipover/tavle, slik at alle i gruppen kan se det.
- 2) Klargjør formuleringen.
- 3) Del ut 5 papirlapper til hver. Ett forslag på hver lapp (hvis noen har flere enn fem forslag, kan disse komme med til slutt dersom andre ikke har foreslått det samme). Anonyme lapper.
- 4) Samle inn lappene og bland (stokk) dem.
- 5) Fordel kortene blant deltakerne slik at alle hjelper til med å overføre forslagene på flipover ark (f.eks. to på hvert ark, en leser og en skriver)
- 6) Gå gjennom forslagene (klargjøring), slik at alle forstår forslagene på samme måte.
- 7) Slå sammen forslagene til det gjenstår ca. 15–20 forslag. Dersom en deltaker ikke ønsker at ett eller flere forslag skal slås sammen, lar vi det være (vetorett).
- 8) Lobbyrunde, alle forteller hvilke (2–3) forslag de synes er mest vesentlige.
- 9) Foreta en prioritering i plenum

7.3 Flytskjema

Hensikt:

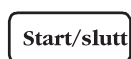
Gi en visuell og lettfattelig oversikt over prosesser eller deler av prosesser. Det kan brukes på alt fra pasientens «vei» i et sykehus, til hvordan vi går frem for å bestille en vare.

Flytdiagrammet kan:

- vise uventet kompleksitet, problemområder, unødvendige gjøremål og hvor forenkling og standardisering kan gjennomføres.
- sammenligne den aktuelle kontra den ideelle gangen i en prosess for å identifisere forbedringsmuligheter.

- skape enighet om arbeidsprosessen
- identifisere trinn i en prosess hvor tilleggsdata kan bli samlet inn og analysert.
- fungere som opplæringshjelpemiddel for å forstå komplekse prosesser.

Basissymboler for flytskjema:



Start/slutt

Viser hva prosessen gjelder (start), og hvor den slutter.



Aktivitet

En firkant eller rektangel som beskriver en oppgave eller aktivitet i prosessen. Selv om det kan komme mange piler inn i boksen, er det normalt kun en pil som går ut fra boksen. Beskrives med kort tekst inne i firkanten.



Beslutning

En "diamant" viser de punktene i prosessen hvor ja/nei spørsmål må bli stilt eller en avgjørelse må tas. Ved "ja", fortsett prosessen. Ved "nei" føres pilen til siden/bakover.



Piler

Angir prosessretning



Forhåndsdefinert prosess

I litt mer avanserte flytdiagrammer kan det være hensiktsmessig å fremheve hvilke prosedyrer og lignende som allerede er nedtegnet på papiret. Symbolet for dette er et rektangel med dobbel strek på de vertikale sidene.



Dokument

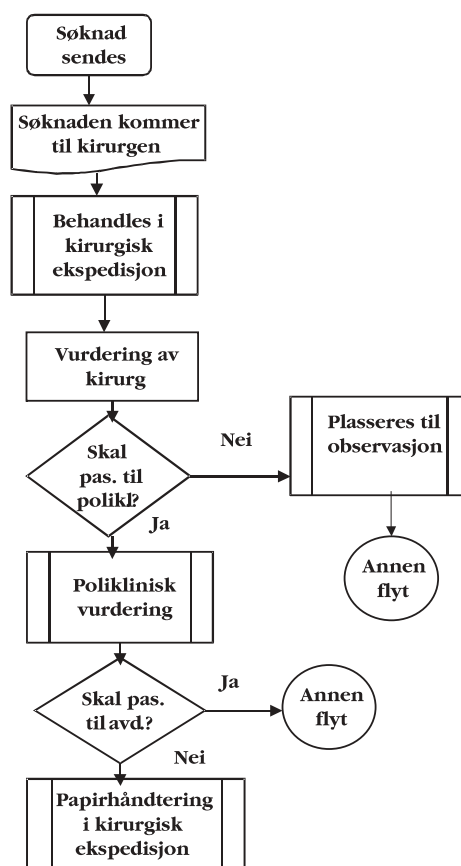
Et "rektangel" med buet linje på nedre side viser et dokument som er knyttet til prosessen. Dokumentets tittel skrives inn i "rektangelet".

Fremgangsmåte:

- 1) Bli enige om hva skjemaet skal brukes til. Lag det så enkelt som mulig. Tilpass detaljeringsnivå etter behov og hva som er hensiktsmessig.
- 2) Definer yttergrensene for skjemaet: Vis start/første aktivitet og sett den til venstre eller øverst på arket
Vis slutten og sett symbolet nederst eventuelt helt til høyre på arket
- 3) Beskriv hvert trinn i prosessen – gjerne ved hjelp av idédugnad. Hva er neste trinn i prosessen?
- 4) Alle beslutninger som innvirker på neste ledd / senere aktiviteter må vises med beslutningssymbol. Når det kommer et beslutningspunkt, velg et svar og fortsett skjemaet.
- 5) Arranger de ulike trinnene i rekkefølge slik de er i dag.
- 6) Repeter punktene 3, 4 og 5 inntil du har nådd slutten på skjemaet.

- 7) Gå tilbake og konstruer de andre veiene fra beslutningssymbolene. Beskriv alle ekstra aktiviteter ut av beslutningssymboloet.
- 8) Sjekk om du har fått med deg alt.
- 9) Heng det foreløpige flytskjemaet opp på et synlig sted, f.eks. på sengeposten slik at andre ansatte har mulighet for å komme med kommentarer. Er det virkelig slik vi gjør det i dag?
- 10) Test flytskjemaet og sjekk aktivitetene opp mot det daglige arbeidet.
- 11) Når du er sikker på at flytskjemaet er korrekt:
 - Analyser det! Hva viser skjemaet?
 - Er det trinn som er unødvendige?
 - Er det trinn / aktiviteter som kan forbedres?

La oss vise et *eksempel på et flytskjema* om en pasient som skal til undersøkelse på en kirurgisk poliklinikk:



7.4 Affinitetsdiagram eller slektskapsdiagram (engelsk: LP-diagram: Language Process)

Hensikt:

Utvikle ideer/forslag, gruppere disse og kartlegge sammenhengen (slektskap).

Bruksområde:

Brukes ofte i forbindelse med planlegging, men er nyttig i alle situasjoner hvor vi skal utvikle eller produsere flere ideer og forslag og deretter gruppere dem etter kategori, sammenheng eller viktighet. Verktøyet er spesielt egnet til håndtering av verbal informasjon. Teknikken kan brukes i kombinasjon med andre teknikker som idédugnad, eller tre-diagrammer (hvorfor-hvorfor; hvordan-hvordan).

Affinitetsdiagrammet kalles ofte for et KJ-diagram etter Jiro Kawakita fra The Japanese Management Association eller for LP-diagram som er den engelske forkortelsen for «Language Processing Method».

Japaneren Shoji Shiba fra Tsukuba Universitet i Japan var i 1989 en av initiativtakerne til opprettelsen av Center for Quality Management (CQM) hvor han siden 1990 har undervist i LP-metoden. LP-metoden er et nyttig verktøy for å få en grundig forståelse av komplekse problemer gjennom en kreativ prosess. Metoden kan også med fordel brukes til enkle problemer ved å utarbeide kun et eller to nivåer av forslag til løsninger på problemet.

Utførelse – tre hovedfaser

LP-diagrammet utføres gjennom tre hovedfaser:

- Forberedelsesfasen
- Oppstartfasen
- Gjennomføringsfasen

Negativ «HVA»-setning (weaknessbased theme)

Valg av tema i forberedelsesfasen er et kritisk punkt i LP-metoden. Temaene bør omfatte problemer som er ekte og viktige i dag. Det skal være problemer som medarbeiderne kjenner seg igjen i, problemer som vil føre til en forbedring hvis de blir løst.

Affinitetsmetoden (LP-metoden) er lettest å lære hvis den benyttes til å løse problemer. Det anbefales derfor å formulere en spørrende «HVA-setning» med et «negativt» (weakness-based theme) innhold. Eksempler på slike negative setninger kan være:

- Hva er svakhetene ved...?
- Hva er det største problemet ved...?
- Hva er de vanskeligste punktene for å ...?
- Hva hindrer oss i å...?

Bruk et enkelt, klart og entydig språk slik at alle forstår spørsmålet.

Språket

Det er særlig to karakteristiske trekk vi bør ta hensyn til når vi utfører LP-metoden:

- den tosidige språkrollen (rapporterende språk og følelsesspråk /affektivt språk)
- ulike abstraksjonsnivåer eller konkretiseringsnivåer i språket

For å oppnå et klart og entydig språk som alle i gruppen forstår, bruker vi i LP-metoden en teknikk som kalles å «vaske» språket. Med dette menes at alle i gruppen skal ha felles forståelse av hva setningen på lappen betyr.

Eksempel på rapporterende språk: Marianne fikk en 5'er i matematikk

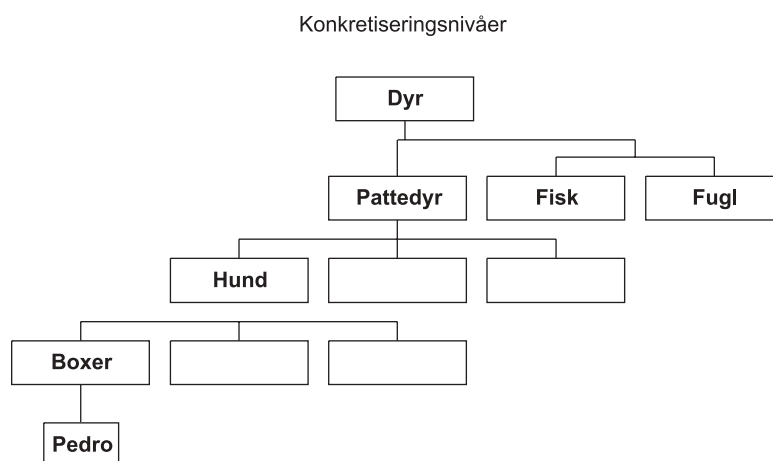
Eksempel på affektivt språk: Marianne er den flinkeste piken i klassen.

Eksempel på konkretiseringsnivåer i språket:

- Lite konkret: Jeg spiste frukt til frokost
- Mer konkret: Jeg spiste et eple til frokost.

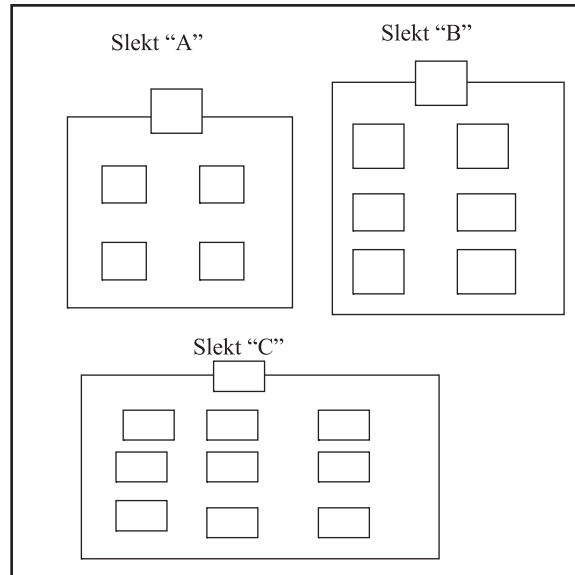
Ved å øke konkretiseringsnivået blir informasjonen mer og mer konkret.

I LP-metoden vil de ulike nivåene i grupperingen av setningene på lappene tilsvare konkretiseringsnivåene. Jo flere nivåer av grupperinger vi lager, jo mer griper vi inn i kjernen av f.eks. årsakene til problemet vårt som vi ønsker å løse.



Punktvis fremstilling av affinitetsmetoden:	
I. Forberedelsesfasen: bruk inntil 10–15 minutter	<ol style="list-style-type: none"> 1. Velg en gruppeleder 2. Et tema /problem velges (kan være valgt på forhånd i et formøte med gruppen) 3. Klargjør temaet i gruppen; ingen diskusjon 4. Temaet skrives som et spørsmål i en hel setning: setningen skal være basert på fakta (ikke på «synsing») og skal belyse problemet /emnet. 5. Skriv setningen med store bokstaver øverst til venstre på et stort «flipover» ark 6. Del ut ca. 20 «post-it» klistrelapper til hver i gruppen (5–7 medlemmer) 7. Hver person skriver en hel setning med rød penn på inntil 4 linjer som besvarer problemet; hver person kan skrive inntil 20 lapper, men bare en idé på hver lapp; det er ikke lov å snakke (faktasetninger!) 8. Lappene plasseres på venstre side av arket
II. Oppstartfasen (Scrubbing/språkvasking): bruk ca. halve tiden som er avsatt til LP-metoden på denne fasen.	<ol style="list-style-type: none"> 9. Alle deltakere samles i ring rundt «flipover»-arket som er festet på veggen 10. Hver enkelt lapp gjennomgås: skjønner alle hva innholdet betyr? Oppklarende spørsmål helt til tolkningen av setningen er klar for alle 11. Lappen skrives eventuelt på nytt med svart penn 12. Lapper som er gjennomgått («Scrubbed /språkvasket») plasseres til høyre på arket
III. Gjennomføringsfasen	<ol style="list-style-type: none"> 13. Første gruppering skal nå gjennomføres 14. Lappene plasseres i grupper som hører sammen («slektskap»); grovsortering først 15. Lag overskrifter som passer til gruppene («slektene») 16. Definer nivåer; kan noen rangere som delforslag innenfor en gruppe? 17. De lappene som ikke passer inn i noen gruppe plasseres i et hjørne av arket («sorte får») 18. Det er lov å stille spørsmål for å finne ut om lappene kan grupperes eller ikke 19. Skriv en overskrift i hel setning over hver gruppe («slekt»); setningen skal være faktabasert 20. Analyser sammenhenger og motsetninger 21. Ranger etter viktighet; hver deltaker gir sin poengvurdering av gruppene: 3 = viktigst; 1 = minst viktig
Konklusjon	<ol style="list-style-type: none"> 22. Gruppen («slekten») med mest poeng er det mest sannsynlige svaret på problemet / spørsmålet. 23. Svaret skrives med store bokstaver øverst til høyre på «flipover» arket

Et enkelt LP-diagram kan illustreres på følgende måte:



Figuren viser et enkelt LP-diagram (affinitetsdiagram). Kilde: Fritt etter The Center for Quality Management «Master Tool Book», USA.

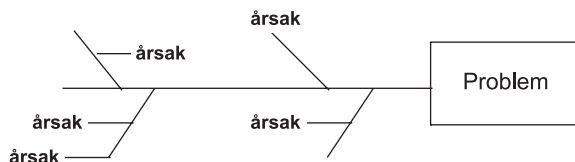
Eksempel på problemformulering og mulig svar på oppgaven etter bruk av LP-metoden: Problemet / spørsmålet var f.eks. «Hva er svakhetene i vårt kvalitetssystem i forhold til innføring av total kvalitetsledelse?» En mulig konklusjon kan være: «Kvalitet er ikke en del av hver medarbeiders jobb fordi vi ikke har brukerne i fokus».

Ved å lage flere nivåer (konkretiseringsnivåer) kan vi komme dypere ned i problemene og finne årsaker til problemene. Metoden medfører at alle i gruppen deltar aktivt i den kreative problemløsningsprosessen. Problemene kommer til overflaten gjennom lappene og via en «stille diskusjon».

7.5 Årsak-virkningsdiagram (Fiskebensdiagram; «de 4 M'er»)

Hensikt:

En systematisk måte å vise sammenhengen mellom årsaker og virkning. Når virkningen er et avvik/problem, analyseres årsaker eller årsakssammenheng. Diagrammet vil som oftest også illustrere årsaker til årsaker. Verktøyet kalles også «Fiskebendigram» på grunn av sitt utseende, eller Ishikawa-diagrammet etter opphavsmannen.



Figuren viser en illustrasjon av et «Årsak-virkningsdiagram» («Fiskebensdiagram»).
Kilde: Bjarne Berg Wig: «Kvalitetsforbedring som håndverk»

Bruksområde:

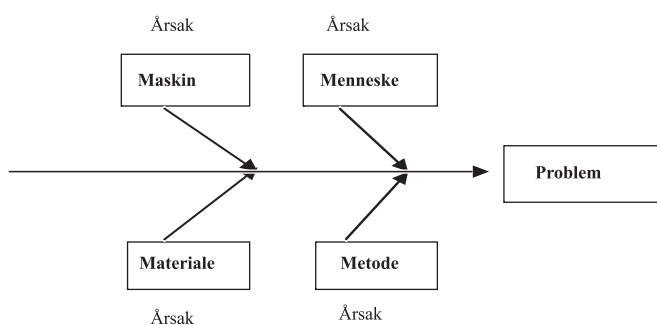
- egner seg i alle faser av problemløsning og kvalitetsplanlegging
- rette oppmerksomheten mot årsaker til problemer
- få bidrag og engasjement av alle
- gi alle bedre forståelse av årsaker og årsaker til årsaker
- finne ut de data som trengs for å avdekke grunnårsaker
- analysere seg fram til grunnårsaker
- oppnå enighet om årsaksforholdene

Årsak-virkningsdiagrammet er mest effektivt etter at problemet er definert.

Diagrammet kan både brukes i åpningsfasen når gruppen skal komme frem til mulige ideer til årsaker og når årsaker skal systematiseres. Metoden stimulerer til diskusjon og engasjement og gir grunnlag for en aktiv leting etter grunnårsaker til problemene.

Hvis verktøyet skal brukes til å analysere mulige årsaker til problemet, er målet først å fremskaffe så mange ideer som mulig. Benytt gjerne idédugnad i denne fasen.

Forslagene som fremkommer grupperes så i et diagram. De fleste årsakene til problemer finnes i de fire kategoriene Menneske, Maskin, Metode og Materiale. Det er derfor mange som i praktisk bruk av Fiskebensdiagrammet benytter seg av disse fire «gruppene» av årsaker.



Figuren viser Årsak-virkningsdiagrammet organisert rundt de vanligste hovedkategorier av årsaker.
Kilde: Tilpasset etter Bjarne Berg Wig : «Kvalitetsforbedring som håndverk»

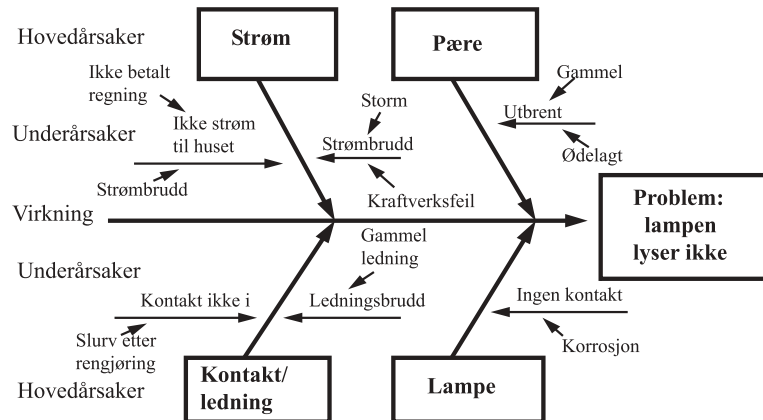
Fremgangsmåte:

Et årsak-virkningsdiagram er oppbygd i 3–4 hovedtrinn:

- 1) Fastslå først problemet og/eller virkningen. Det er viktig at virkningen av problemet defineres entydig. Begynn diagrammet med å sette inn disse opplysningene i en separat rute.
- 2) Forsøk deretter å identifisere de viktigste kategorier av årsaker. Lag en forgrening i diagrammet for hver kategori (med utgangspunkt i hovedtyper av årsaker).
- 3) Gå ut fra hver årsakskategori og still spørsmål. For eksempel: «Hvilke metodefeil kan føre til dette problemet?» Spør også «Hvorfor er dette en mulig årsak?» og «Hvordan vet du det?» når noen sier at her er et problem, her er en årsak, her er en løsning. Bruk idédugnad, Nominell Gruppe Teknikk (NGT) eller klistrelapper for å finne frem til de mulige bakenforliggende årsaker som kan ha ført til problemene. Ved årsaksregistrering henføres de mulige årsakene til hver kategori. Ofte vil kategoriene av årsakene komme frem i idédugnaden.
- 4) Vi kan videre arbeide med å strukturere «årsaker til årsaker» i et forgreningsanalytisk diagram, der vi tar utgangspunkt i hver direkte årsak til problemet og spør etter de mulige bakenforliggende årsakene til denne. Dette gjentas inntil vi har fanget opp de mulige grunnårsaker, noe som kan kreve opptil 4 nivåer.

Tips:

- Hvis det viser seg at en årsak vi trodde var av mindre betydning er hovedårsaken, må diagrammet tegnes om.
- Hvis en spesiell årsak dekker mange underliggende årsaker, er det nyttig å sette disse opp i et separat diagram.
- For å fokusere på problemene i diskusjonen, trekker vi en sirkel rundt de mest sannsynlige årsakene.
- Bruk store diagram. Du kan ikke forvente at folk vil delta hvis de ikke kan se hva som er skrevet på tavlen.
- Se opp for, og undersøk nøye, forholdet mellom årsaker – det er på dette stadiet uventede løsninger kan dukke opp!
- Hvis du begynner å «drukne» i årsaker, har du ikke definert problemet nøyaktig nok. Begynn fra begynnelsen igjen.
- Husk at målet ikke er å fordele skyld, men å forstå problemet tilstrekkelig til å kunne foreslå effektive løsninger.
- Følg de vanlige reglene for idédugnad.



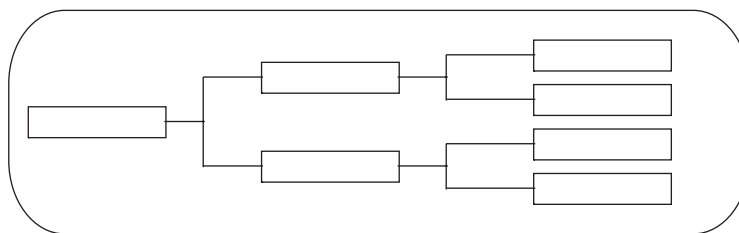
Figuren viser et eksempel på bruk av årsak-virkningsdiagrammet («Fiskebensdiagrammet»). Kilde: Tilpasset etter Bjarne Berg Wig «Kvalitetsforbedring som håndverk».

Når årsak/virkningsdiagrammet er ferdig, tar vi utgangspunkt i den årsak eller de årsaker vi ønsker å jobbe videre med.

7.6 Hvorfor-hvorfor diagram (tre-diagram)

Hensikt:

Vise konkrete handlinger eller få ideer som skal til for å fjerne årsaker til problemet.



Figuren viser et skisse av hvorfor-hvorfor og/eller hvordan-hvordan diagrammet. Kilde: Jostein Lillestøl «Kvalitet: Ideer og metoder»

Problemløsningsverktøy

Hvorfor-hvorfor diagram er et systematisk «tre-diagram» som illustrerer kjeder av mulige årsaker til et problem, eller kjeder av mulige bakenforliggende årsaker til direkte

årsaker. Denne diagramtypen er en annen variant av «Fiskebensdiagrammet». Forskjellen er at spørsmålet HVORFOR stilles for å få frem årsakene til problemene; det er et *problemløsningsverktøy*.

Hvordan-hvordan diagrammet som beskrives i neste kapittel 7.7 blir helt likt, bare spørsmålet og hensikten blir annerledes. Ved å stille spørsmålet HVORDAN blir diagrammet et *planleggingsverktøy*.

Hvorfor-hvorfor og hvordan-hvordan diagrammene kalles ofte HH-diagrammene på grunn av at fremgangsmåten er den samme.

Bruksområde:

I hovedsak de samme som for årsak-virkningsdiagram (problemløsning). Hvorfor-hvorfor diagrammet foretrekkes ofte når:

- vi har en årsak som er så sammensatt at vi må bryte den ned i mindre deler for å finne løsninger som skal forhindre den
- en årsak er så abstrakt at vi må bryte den ned for å kunne gjøre faktainnsamling (f.eks. «de ansatte er lite motivert»)

Hvorfor-hvorfor diagrammet brukes ofte som et alternativ, eller et supplement til årsak-virkningsdiagram («Fiskebensdiagrammet»). En god tilnærming for forståelse av problemområdet er å starte med et årsaks-virkningsdiagram, og deretter benytte et hvorfor-hvorfor diagram for å belyse mulige bakenforliggende årsaker.

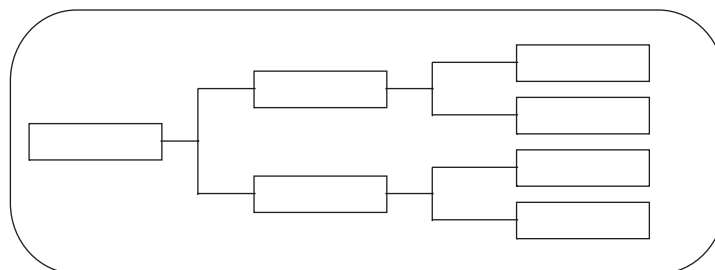
Gjennomføring:

- 1) Bruk et ark eller tavle.
- 2) Tegn opp første del av diagrammet og sett inn årsaken i boksen til venstre.
- 3) Spør HVORFOR? Bruk idédugnad (strukturert/ustrukturert) for å få fram mulige bakenforliggende årsaker til problemet. F.eks. «Hvorfor fungerer ikke sikkerhetsalarmen?»
- 4) Sett svar i bokser.
- 5) Spør HVORFOR for hvert svar.
- 6) Prøv å begrense de første grenene til 4–5 stk.
- 7) Fortsett inntil gruppen går tom eller detaljeringsnivået for å kartlegge grunnårsaker er nådd (typisk 2–4 nivå).
- 8) Deltakerne kan komme med svar på HVORFOR hvor som helst på diagrammet. Det er altså ikke nødvendig å arbeide med en gren av gangen.
- 9) Reglene for idédugnad gjelder. Spørsmål, kommentarer osv. tas til slutt.

7.7 Hvordan–hvordan diagram (tre–diagram)

Hensikt:

Vise konkrete handlinger eller få ideer som skal til for å fjerne årsaker til problemet.



Figuren viser et skisse av hvordan-hvordan diagrammet. Kilde: Jostein Lillestøl «Kvalitet: Ideer og metoder»

Planleggingsverktøy

Et hvordan-hvordan diagram er et strukturert «tre-diagram» som illustrerer mulige konkrete planer eller handlinger som skal til for å eliminere hovedårsaker til problemet.

Bruksområde:

Hvordan-hvordan diagrammet foretrekkes ofte som et design- og planleggingsverktøy, f.eks. for å:

- få fram ideer til diskusjon
- få fram mangler i eksisterende kunnskap
- gi grunnlag for utprøving av løsninger
- identifisere hva som trengs for å eliminere hovedårsakene til problemene
- konkretisere med tilstrekkelig detaljeringsgrad

Gjennomføring:

- 1) Sett opp første del av diagrammet og sett inn det som vi ønsker å løse/endre i boksen til venstre.
- 2) En stiller så spørsmålet HVORDAN? Deretter benyttes idédugnad for å få frem mulige tiltak. Hvert mulig tiltak gis en forgrening i diagrammet og tiltakene skrives i en ny boks.
- 3) For hvert tiltak stilles igjen spørsmålet HVORDAN? Deretter fortsetter prosessen inntil man tror at en har nådd nødvendig detaljeringsgrad med hensyn til hva som konkret skal løses.

7.8 SWOT-analyse

Hensikt:

Få en oversikt over tiltakets styrker og svakheter, muligheter og hindringer. (S = Strengths; W = Weaknesses; O = Opportunities; T = Threats)

Bruksområde:

SWOT-analysen er et hjelpemiddel for å gi gruppen oversikt over avdelingens / sykehusets eller tiltakets

- nåværende styrker
- nåværende svakheter
- muligheter som bør ivaretas i fremtiden
- fremtidige hindringer som gruppen kan støte på hvis man søker å realisere foreliggende muligheter

Analysen gir et øyeblikksbilde som kan hjelpe i begrunnelse for tiltak og prioritering.

Styrker (Strengths)	Svakheter (Weaknesses)
Muligheter (Opportunities)	Hindringer (Threats)

Eksempel

Ledergruppen i sykehuset er samlet, og de diskuterer hvordan de best kan konkurrere om anerkjennelse og pasienter i sitt helseforetak. Direktøren foreslår at de i første omgang gjennomfører en «SWOT»-analyse for å få en pekepinn på hvordan de opplever sykehusets sterke og svake sider.

Etter en idédugnad kommer de blant annet frem til følgende stikkord:

Styrker (Strengths)	Svakheter (Weaknesses)
Gode resultater i pasienttilfredshetsundersøkelser. God tilgjengelighet. Korte ventelister. Høy faglig kvalitet.	Dårlig pasientflyt mellom avdelingene pga gamle bygninger. Slitne medarbeidere. Dårlig arbeidsmiljø. For mange korridorpasienter. Interne stridigheter mellom avdelingene.
Muligheter (Opportunities)	Hindringer (Threats)
Økt nedslagsområde for nye pasientgrupper. Forskning og utvikling. Endre turnusene.	Stram økonomi. Gammel bygningsmasse. Profesjonskamp.

Disse stikkordene er kun subjektive. De må underbygges med fakta gjennom datainnsamling hvis de skal brukes videre i forbedringsarbeidet. De gir likevel en «mavefølelse» på hvordan dagens situasjon er. SWOT-analysen kan danne grunnlaget for at ledergruppen kan bli enige om hva som er viktigst for sykehuset å gripe fatt i for å kunne være konkurransedyktige i morgendagens helsetjeneste.

7.9 Datainnsamling (registreringsskjema, sjekklister)

Hensikt:

Å samle og registrere hendelser, forekomster og årsaker, det vil si datainnsamling.

Målet er å sikre at alle data blir korrekt registrert uten at det settes store krav til spesiell ferdighet/kunnskap av brukeren. Registreringsskjemaet må ha en klart definert hensikt som blir forstått av brukerne.

Bruksområder:

- registrere feil / defekter (hva, hvor, når)
- registrere årsaker til feil (hvorfor)
- registrere utført arbeid og tidsforbruk
- bestemmelse av variasjoner i arbeidsprosessen

En datafanger har ikke noe bestemt utseende, men vil typisk kunne ha en kreativ grafisk utforming etter sitt formål.

Anbefalt fremgangsmåte:

- 1) Bli enige om hvilke målbare data du trenger for å si noe om det du ønsker å forbedre.
- 2) Utarbeid en tabell (datasamler) som er enkel og ikke kan misforstås.

- 3) Bli enige om hva som skal måles, hvor, hvordan, hvem og i hvilken tidsperiode dvs. hvor ofte, f.eks. hver onsdag i åtte uker.
- 4) Samle inn data i perioden etter de avtalte reglene. Det er viktig med korrekt registrering.
- 5) Vær kritisk og spør deg selv om det virkelig måler det du skal forbedre / ønske å belyse.
- 6) Når tidsperioden er over og dataene samlet inn, summeres funnene og analyseres.

7.10 Pareto-diagram

Hensikt:

Skille «de vitale få» problemer / årsaker fra «de trivielt mange». Vanligvis har vi langt flere forbedringsområder å velge mellom enn det er mulig å gripe fatt i. Vi må derfor velge hvilke tiltak eller områder som vi vil arbeide videre med. Vi står overfor «valgets kval». Pareto-diagrammet er et godt og mye brukt prioriteringsverktøy i forbedringsarbeid. Verktøyet kan hjelpe oss til å prioritere i hvilken rekkefølge problemene skal løses. Pareto-diagrammet og Pareto-analysen er oppkalt etter den italienske økonomen Vilfredo Pareto. Hans analyser er senere blitt testet av kvalitetsekspertene som har kommet frem til at 20% av feilene forårsaker 80% av problemene. Pareto-diagrammet er et søylediagram som viser hyppigheten av ulike problemer eller feil eller ulike årsaker til et gitt problem og hvor kategoriene ordnes etter fallende hyppighet. Selve utarbeidelsen av et Pareto-diagram kan være like viktig som det endelige resultatet, fordi prioriteringer blir satt på dagsordenen.

Ved å bruke dette verktøyet basert på datainnsamling/sjekklister fokuseres innsatsen på de få områdene som er mest interessante.

Det finnes flere software programmer (kilde: Raymond G. Carey, 2003), som gjør at vi relativt enkelt kan lage et Pareto-diagram. En annen mulighet er å bruke regneark i Excell.

Bruksområde:

Pareto-diagrammet kan brukes i de fleste trinn i vårt forbedringsarbeid for å bestemme hva vi skal prioritere som neste trinn.

De vanligste bruksområder er:

- forbedring av prosesser
- kvalitetsplanlegging
- indirekte hjelp til å prioritere

Anbefalt fremgangsmåte:

- 1) Velg et område som skal rangeres ved å bruke f.eks. idédugnad eller allerede eksisterende data.

- 2) Velg hvilken måleenhet som skal brukes.
- 3) Velg hvilken tidsperiode som skal studeres (f.eks. timer, dager, uker, måneder).
- 4) Samle inn nødvendig data for hvert område som er valgt.
- 5) Summer og sammenlign de aggregerte tallene for hver kategori.
- 6) Tegn diagrammet slik at venstre akse utgjør summen av dataene («sum av måling») og høyre akse (vertikal) til 100 % («sum i % av totalen»)
- 7) Regn ut hvor mange prosent hver datamengde utgjør av totalen. Tegn inn dataene i diagrammet etter størrelse. Den største til venstre, den minste til høyre. Sett tekst til hver stolpe.
- 8) Tegn «sumkurven» ved å trekke %-andelen til hver stolpe.
- 9) Sett inn brytningspunkt på 80%. Brytningspunktet er en måte å vise skillet mellom de vitale få og de mange små.
- 10) Analyser diagrammet.

Pareto-diagrammet kan – som alle statistiske metoder – «lure oss trill rundt» dersom vi ikke har de riktige spørsmålene! Noen formulerer bastante regler om at. «80% av verdien/kostnadene/problemene» kommer fra «20% av elementene». Dette er sjelden riktig og må tas med «en klype salt.» Pareto-diagrammet kan f.eks. brukes til å sammenligne situasjoner før og etter at bestemte tiltak er utprøvet eller iverksatt og til å dokumentere forbedringen. I følge Jostein Lillestøl (boken «Kvalitet: Ideer og metoder») kan et godt Pareto-diagram bidra til å mobilisere støtte til endringsforslag og til videre prosjektarbeid på området.

Pareto-diagrammet – et eksempel

Medisinsk ekspedisjon har i flere måneder hatt problemer med at utskriften fra PC'n ikke kommer i tide. Dette fører til mye plunder og heft og til at mye arbeid må gjøres om igjen. Ledelsen i avdelingen nedsatte en forbedringsgruppe som fikk i mandat å «Finne frem til de viktigste årsakene til at utskriftene ikke kom i tide fra PC'n til skriveren». Gruppen registrerte de ulike feiltypene og målte hendelsene i to måneder. De kom frem til følgende resultat:

Nr.	Problemtype	Antall	Rangert fra flest til færrest: type feilhendelse nr.
1	Skriver tom for toner	7	7
2	Trykker, men ingenting kommer	45	1
3	Tomt for papir	4	8
4	Papirkræsje	29	3
5	Teknisk feil på skriver	3	9
6	«Ignorere Data» melding	19	5
7	Utskrift kommer på «feil» skriver	32	2
8	Utskrift har gale/uforståelige tegn	17	6
9	Når ikke skriver fra PC; feil oppkobling eller skriverdef.	22	4
	<i>Totalt antall hendelser</i>	<i>178</i>	

Kilde: Modifisert eksempel fritt etter Bjarne Berg Wig «Kvalitetsforbedring som håndverk»

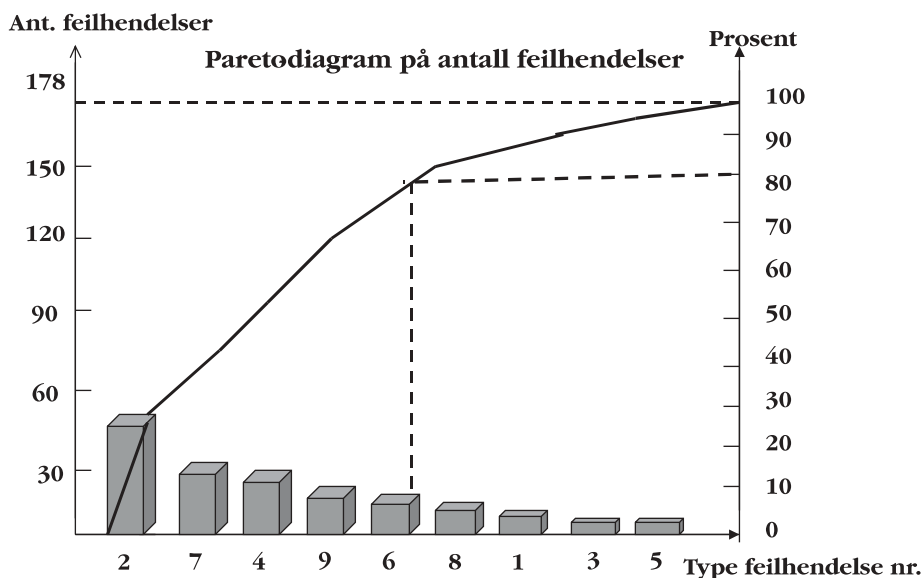
Vi setter deretter opp antall hendelser i rekkefølge med den problemtypen som har flest hendelser først, og kumulativ frekvens beregnes.

Problemtype	Antall	Kumulativ frekvens
Trykker, men ingenting kommer	45	$45 \cdot 100 / 178 = 25,3$
Utskrift kommer på «feil» skriver	32	$(45 + 32) \cdot 100 / 178 = 43,3$
Papirkræsje	29	$106 \cdot 100 / 178 = 59,6$
Når ikke skriver fra PC; feil oppkobling eller skriverdef.	22	$128 \cdot 100 / 178 = 71,9$
«Ignorere Data» melding	19	$147 \cdot 100 / 178 = 82,5$
Utskrift har gale/uforståelige tegn	17	$164 \cdot 100 / 178 = 92,1$
Skriver tom for toner	7	$171 \cdot 100 / 178 = 96,0$
Tomt for papir	4	$175 \cdot 100 / 178 = 98,3$
Teknisk feil på skriver	3	$178 \cdot 100 / 178 = 100$
<i>Totalt antall hendelser</i>	<i>178</i>	

Dataene ble satt opp i et Pareto-diagram med type feilhendelser langs x-aksen. Av praktiske årsaker er type feilhendelse skrevet som et nummer. Selve problemtypen

finnes i skjemaet ovenfor. Det var flest hendelser av problemtype nr. 2 «Trykker, men ingenting kommer», og denne er derfor satt opp som første søyle.

Satt opp i et Pareto-diagram viste dette:



Vi ser av diagrammet at problemtypene 2, 7, 4, 9 og 6 utgjør 80 prosent av hendelsene. I dette tilfellet ville det vært tilrådelig å gå videre i forbedringsprosessen med disse (prioriterte) problemområdene som var:

- Trykker, men ingenting kommer ut (2)
- Utskrift kommer på «feil» skriver (7)
- Papirkræsj (4)
- Når ikke skriver fra PC; feil oppkobling eller skriverdefinisjon (9)
- «Ignorere Data» melding (6)

7.11 For-imot analyse

Hensikt:

Denne teknikken brukes til å veie fordeler og ulemper ved en enkelt idé eller forslag.

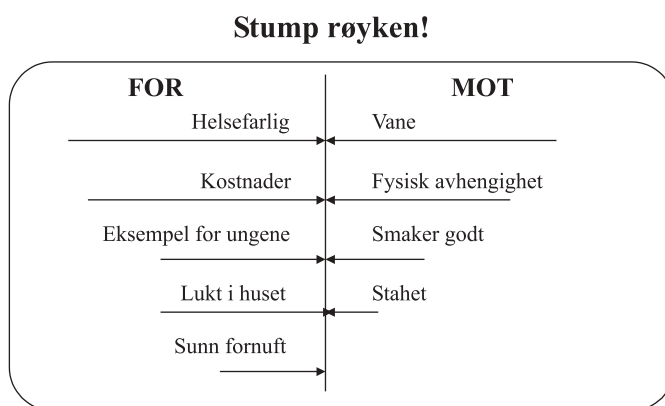
Bruksområde:

Teknikken gir godt grunnlag for beslutninger og egner seg spesielt til evaluering av

løsningsforslag. For-imot analysen letter arbeidet med å ta et standpunkt. Teknikken kan være hensiktsmessig å bruke for å

- utløse ideer og registrere ideer om «krefter» og «motkrefter» ved gitt tiltak.
- illustrere styrken til positive og negative «krefter»
- eksponere behov for forbedring av løsningsforslag
- analysere påvirkningskrefter for å utvikle en gjennomføringsplan
- avgjøre hvilken rekkefølge tiltakene skal settes ut i livet

Gruppen tegner opp et diagram slik:



Figuren viser en skisse av «For-imot analyse». Kilde: Tilpasset etter Asbjørn Aune «Kvalitetsstyrte bedrifter».

Gjennomføring:

- 1) Bruk et stort papirark festet til vegg eller tavle.
- 2) Skriv løsningsforslaget i en firkant i øverste del.
- 3) Bruk idédugnad og beskriv mulige positive og negative påvirkningskrefter.
- 4) Illustrer «kreftene» med piler på diagrammet. Lengden på pilen angir «kraftens» antatte størrelse.
- 5) Begrens antallet ved diskusjon i plenum.
- 6) Ta utgangspunkt i diagrammet og bruk idédugnad for å maksimere de positive påvirkningskreftene og måter å minimalisere de negative/begrensende «kreftene».

Ved bruk av for-imot analyse bør vi tenke på:

- At noen «krefter» er uforanderlige (lover, forskrifter, regler).
- At en «kraft» kan virke både positivt og negativt.

- Det er vanskeligere å endre en «kraft» som berører flere, enn en som du selv kontrollerer.

Kan vi finne måter å forandre de negative «kreftene» på, samtidig som vi forsterker de positive, kan vi forandre situasjonen og forbedre resultatet.

En for-imot analyse kan gjøres komplisert eller enkel. I den enkle analysen tar vi utgangspunkt i problemet og lister opp de «krefter» som virker positivt. Deretter lager vi en ny oppstilling der vi rangerer disse «kreftene» i rekkefølge slik at vi får de viktigste først, og disse arbeider vi videre med.

8. MÅLING AV KVALITET – KVALITETSINDIKATORER

«En dag uten begivenheter
skal ikke telles.»
Melanesisk ordspråk

8.1 Hvorfor må kvalitet måles?

Vi har tidligere i boken stadfestet at både kvalitet og ledelsesformen total kvalitetsledelse (TKL) har å gjøre med *helheten* av brukerens krav og forventinger til tjenesten og at to av prinsippene i TKL er basert på *fakta* og *kontinuerlig forbedring*. Utfordringen er hvordan vi skal kunne måle og dermed bekrefte dagens nivå på tjenestene og hvordan vi kan bli bedre. Vi må derfor vite

- hvilket *nivå* våre tjenester er på *i dag*
- hvilket *fremtidig nivå* vi ønsker (eller det kreves) at våre tjenester skal ha
- om *arbeidsprosessene* er under *kontroll*
- om *resultatene* er *stabile* og *forutsigbare*

Ofte brukes begrepet standard i stedet for nivå. Med standard menes en forventning av hva som skal være til stede av ressurser og hva som skal gjøres. Det har med hvor «høyt vi legger listen» på våre tjenester, det vil si hvilket nivå vi skal ha på tjenestene. Standarder er beskrivende, og er et ledd i kvalitetsplanleggingen.

Hvis kvalitetsmålene (standardene, nivåene) vi har satt oss skal bli tatt å på alvor i utviklingen av tjenesten eller produktet, må vi vie oppmerksomhet mot systematiske målinger av kvaliteten, at målingene holdes opp mot de vedtatte og formulerte målene, og at resultatene følges opp.

Måling av kvalitet

Et hjelpemiddel er å utvikle måleredskaper for de ulike kvalitetsaspektene. Det må foretas en diskusjon og gjennomgang av hvilket nivå tjenestene i utgangspunktet ligger på (baseline), og hvor vi ønsker de skal ligge sett ut fra gitte krav, tilgjengelige ressurser og brukernes behov. Målinger gir virksomheten et felles utgangspunkt eller et felles «språk» basert på tall. Måling kan derfor bidra til å etablere referanseverdier, og vi kan sammenligne våre prestasjoner med andre (benchmarking)..

Vi foretar målinger ved

- kartlegging av nå-situasjonen
- planlegging av en ny prosess
- kontinuerlig overvåking (monitorering) for å observere trender og utvikling over tid

- kartlegging av et mistenkt problem i en prosess
- evaluering av et forbedringstiltak

Kvalitetskrav kan enten måles objektivt eller subjektivt (etter en vurdering) for å se om de er oppfylt.

«*Objektiv*» måling: kan enten måles

- *direkte* ved *registreringer* (saksbehandlingstid, ventetid, økonomiske størrelse etc) eller ved hjelp av *objektive måleinstrumenter* (temperatur i rommet, støy fra maskiner etc.) eller
- *indirekte* gjennom indikatorer som kan måles og som vi *antar* sier noe om kvaliteten.

Eksempler på områder som blir en «*subjektiv*» måling som krever vurdering av mennesker kan være:

- Brukernes vurderinger (pasienter og pårørende)
- Fagpersonenes vurderinger (av ulike sider ved tjenesten etc.)
- Ansattes vurderinger (av arbeidsprosesser og rutiner, arbeidsmiljø etc.)
- Ledelsens vurderinger
- Politikernes vurdering

(Kilde: E. Kjerstad, M. Dræge og G. Rusten, 1999)

La oss ta et eksempel på en *objektiv måling*. For få finne ut om temperaturen i rommet er tilfredsstillende i forhold til standarden eller fastsatt krav, vil målemetoden være å bruke et termometer som måleverktøy. Hvis termometeret er riktig, vil resultatet være riktig.

Et eksempel på en *subjektiv måling* kan være bruk av spørreundersøkelser. Vi spør målgruppen, for eksempel pasientene, hvor tilfredse/lite tilfredse de var med ulike sider av oppholdet på institusjonen.

Måling versus monitorering

Ved måling av kvalitet brukes de to begrepene «måling» eller «monitorering». Selv om begrepene brukes om hverandre og til dels synonymt, så innebærer de en distinkt forskjell. La oss se nærmere på de to begrepene:

Med *måling* av kvalitet menes

- en bekreftelse på situasjonen der og da i forhold til ønsket standard

Med *monitorering* av kvalitet menes

- en kontinuerlig sammenligning av prosessen over tid i forhold til seg selv. Ved monitorering vurderes graden av variasjon, om prosessen forstyrres av sporadiske

avvik, eller om prosessen er stabil (og dermed forutsigbar). Man vurderer også om prosessens gjennomsnittsnivå tilfredsstillende ønsket standard.

8.2 Indikatorer – et redskap for å måle

Ordet indikator kommer fra latin av *indicare* og betyr *angiver*. I kjemien betyr en indikator et stoff som brukes til påvisning av andre stoffer i små mengder. En *indikator* er et indirekte mål. Indikasjonen innebærer at en indikator ikke er et direkte mål på prosessen eller resultatet, men en indirekte antyder. For å kunne måle ulike deler av vår kvalitet bruker vi kvalitetsindikatorer som vi antar sier noe om kvaliteten på prosessen eller resultatet av tjenesten.

En definisjon av en kvalitetsindikator kan være:

«en statistisk verdi som gir en indikasjon på hvordan prosesser fungerer, eller om bestemte resultater er oppnådd» (Joint Commision 1994)

For helhetens skyld gjentar vi at en *prosess* defineres som

«samling av beslektede eller samvirkende aktiviteter som omformer tilført grunnlag til resultater» (NS-EN ISO 9000:2000)

Et pasientforløp er et eksempel på en prosess. Et annet eksempel kan være legemiddelbehandling.

Det stilles flere krav til en god indikator. Den skal være

- Gyldig (valid)
- Pålitelig (reliabel)
- Følsom (sensitiv)
- Spesifikk

Gyldighet (validitet) innebærer at indikatoren antyder og dreier seg om hva vi skal måle. En gyldig (valid) indikator måler derfor det vi ønsker å måle. En indikator som varsler feilaktig er ikke gyldig.

Pålitelighet (reliabilitet) omhandler *hvordan* vi måler. Indikatoren skal måle nøyaktig slik at målingene blir riktige og presise, og slik at hendelsene måles likt over tid.

Følsomhet eller *sensitivitet* er indikatorens evne til å avdekke de aktuelle tilfeller. Et eksempel kan være Gravitest som er en indikator på graviditet. Det er ønskelig at testen slår ut positivt hvis kvinnen er gravid. Antall falske positive utslag er et uttrykk for testens sensitivitet.

Spesifisitet er indikatorens evne til å utelate de tilfeller som ikke er aktuelle. I eksemplet med Gravitesten, så er det ønskelig at den kun slår ut positivt når kvinnen er gravid.

Et kriterium betyr «skjelnetegn» det vil si hva som tilkjenner om en indikator er tilstede eller ikke. Betegnelsen *målekriterium* er en benevnning på en observasjon som faller inn under en indikator.

Målekriteriet er derfor det som måles. La oss gi et eksempel: En indikator på profesjonell kvalitet kan være *sykehusinfeksjon*. Målekriteriet blir her *antall sårinfeksjoner*. En indikator kan beskrives med en eller flere kriterier som skal være målbare!

Vi kan måle både prosesser og resultater. Måling av prosesser er nødvendig for å lære om årsakene til de aktuelle resultatene. Måling av et resultat er nødvendig for å lære om hva vi produserer.

Et eksempel på en prosessindikator er:

- Dokumentasjon av internopplæring av personalet.

Et eksempel på en resultatindikator er:

- Et spørreskjema som registrerer brukerens tilfredshet.

Utvikling av gode og pålitelige kvalitetsindikatorer er et omfattende arbeid. Det gjelder å begynne i det små. Start med en kartlegging av virksomhetens hovedprosesser og delprosesser. Prioriter deretter de viktigste kvalitetsdimensjonene i forhold til de kartlagte prosessene og utarbeid først indikatorer for disse.

8.3 Strukturering av kvalitetsindikatorene

Struktur, prosess og resultat

Det finnes flere måter å systematisere bruken av indikatorer på. Det kan f.eks. gjøres ved å bruke Donabedians utgangspunkt i forhold til struktur, prosess og resultat innen kvalitet og utarbeide indikatorer for hvert av disse områdene.

Eksempler fra allmennmedisin

Denne modellen er brukt som utgangspunkt både for Norsk Sykepleierforbund og for Den norske lægeforening. Et utdrag fra et eksempel utarbeidet av «Sekretariatet for utvikling av allmennmedisinske kvalitetsindikatorer (SATS-programmet)» i forhold til indikatorer for diabetes mellitus viser følgende:

<p>Strukturindikator <i>Er organiseringen ved det enkelte legekantor lagt til rette for en optimal diabetesbehandling?</i></p>	<p>Finnes det rutiner for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utdanning av medarbeidere, ansvarsdeling mellom lege og medarbeider • Innkalling, oppfølging og kontroll av diabetikere
<p>Prosessindikator <i>Blir undersøkelser/prosedyrer som vil påvise komplikasjoner/risiko for komplikasjoner utført?</i></p>	<p>Finnes det rutiner for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fastsetting av individuelle behandlingsmål sammen med pasienten • Henvvisning til øyenlege etter fastlagte retningslinjer
<p>Resultatindikator <i>Hva er resultatene av variable verdier som er direkte knyttet til utviklingen av diabetiske senkomplikasjoner?</i></p> <p>Resultatindikator <i>Hva er pasientens bedømmelse av behandlingsopplegget?</i></p>	<p>Finnes det rutiner for</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blodtrykk • Høyde/vekt (Body Mass Index) • Mikroalbuminuri <p>• Spørreskjema som registrerer pasienttilfredshet / påvirkning av livskvalitet</p>

Eksempler fra pleie- og omsorgstjenesten

Kvalitet og eksempler på struktur-, prosess- og resultatindikatorer innen pleie- og omsorgssektoren er utfyllende beskrevet i rapport 2/99 fra Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning.

Tabellen nedenfor viser noen eksempler:

Kvalitetsområde	Indikator	Type indikator
Pleie- og behandling	Personelldekning Medisinsk utstyr Legedekning Møter (journalmøter etc.) Pleieplaner Liggesår siste år Omfang medikamentbruk	Strukturindikator Strukturindikator Strukturindikator Prosessindikator Prosessindikator Resultatindikator Resultatindikator
Rehabilitering	Dekning fysioterapeuter Treningsrom Gåtrening Trimgruppe Andel som deltar i trening Utskrivninger	Strukturindikator Strukturindikator Prosessindikator Prosessindikator Resultatindikator Resultatindikator
Aktivitet	Overnattingsrom pårørende Utstyr på arbeidsstuene Fødselsdager feires Pasientvenner Deltakelse i arbeidsstuene Deltakelse i fellesutflukter	Strukturindikator Strukturindikator Prosessindikator Prosessindikator Resultatindikator Resultatindikator
Selvbestemmelse	Andel beboer med enerom Velge når en vil legge seg Velge når en vil bade Beboere representert i styret	Strukturindikator Prosessindikator Prosessindikator Prosessindikator

Kilde: Egil Kjerstad, Martin Dræge og Grete Rusten: «Er penger alt? Kvalitet, organisering og effektivitet i pleie og omsorgssektoren», 1999, Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning)

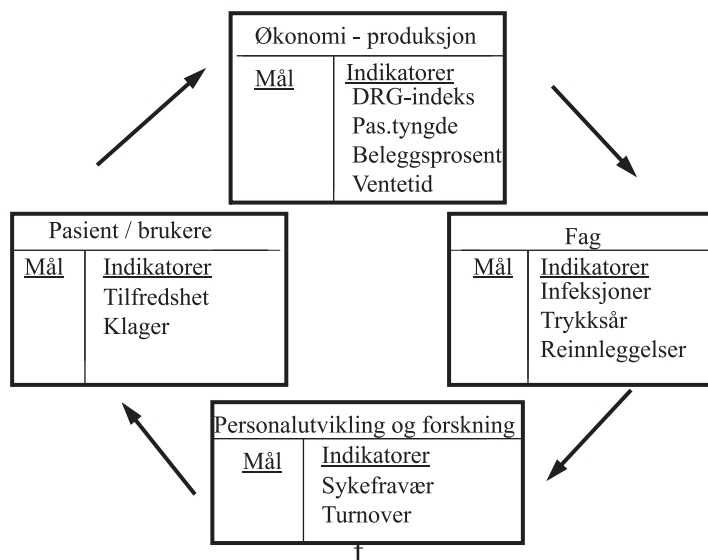
Balansert målstyring

En annen måte å strukturere sine kvalitetsindikatorer på, er å benytte styringsmodellen til Kaplan og Norton. Modellen kalles «Balanced Scorecard» (balansert målstyring). Denne modellen gir toppledere et redskap til å se virksomheten ut i fra fire perspektiver:

- 1) *Brukerperspektivet*: Hvordan ser våre brukere på oss? (Interne og eksterne)
- 2) *Økonomi og produktivitetsperspektivet*: Hvordan ser våre eiere på oss?
- 3) *Fagperspektivet*: Hva må vi gjøre godt?
- 4) *Innovasjons- og læringsperspektivet*: Hvordan har vi det i dag, og hvordan kan vi fortsette å utvikle oss?

Målinger og indikatorer gir innhold til hvert av disse perspektivene.

En illustrasjon på Kaplan og Nortons styringsmodell til bruk i sykehus er følgende:



Figuren viser et eksempel på Kaplan og Nortons styringsmodell brukt i sykehus. Kilde: Karen Bjoro, Ullevål sykehus 1996.

Totalkvalitetsledelse og indikatorer

En tredje måte å strukturere sin kvalitetsindikatorer på kan være å knytte målinger og utvikle kvalitetsindikatorer i forhold til totalkvalitetsledelsesbegrepet.

Vi har tidligere definert totalkvalitetsledelse som

- faglig (profesjonell) kvalitet
- ledelseskvalitet
- pasientopplevd kvalitet

Den *faglige kvaliteten* omhandler de spesifikke kravene til tjenestene og produktkvaliteten. I helsetjenesten kan denne kvaliteten måles f.eks. ved å telle antall som overlever 30 dager etter et hjerteinfarkt. Kvalitetsindikatoren er her overlevelse og målekriteriet er antallet som overlever 30 dager etter hjerteinfarkt.

Ledelseskvalitet kan overfor eierne (f.eks. styret eller myndighetene) ofte måles gjennom grad av måloppnåelse og/eller om budsjettet går i balanse. Vi vet at i praksis omfatter ledelse mye mer og har også med å motivere og inspirere sine medarbeidere til å gjøre en best mulig jobb og til å være innovative i sitt arbeid. Arbeidsmiljørelaterte og personalpolitiske aspekter er også viktige i forhold til ledelse. Det er ledelsens ansvar at det er etablert gode og sikre rutiner, og at virksomheten har et velfungerende kva-

litetssystem. En av de nasjonale indikatorene (2003) på ledelse er «korridorpasienter». Sykehusene blir med andre ord målt på om de har korridorpasienter eller ikke.

Pasientopplevd kvalitet omfatter hvordan pasientene opplever møtet med helsevesenet. Et mål på de eksterne brukerens tilfredshet kan f.eks. være om deres sak blir behandlet i rett tid. Indikatoren på effektivitet kan være ventetid.

Skjemaet viser en antydning av mulige indikatorer innen delområdene av total-kvalitetsledelse:

Faglig (profesjonell) kvalitet	Pasientopplevd kvalitet	Ledelseskvalitet
epikrisetid	forventninger	dokumenterte rutiner
skademeldinger	klager	budsjettbalanse
overlevelse	ventetid	internundervisning (kompetanseheving)
sårinfeksjoner reoperasjoner	respekt informasjon	beleggsprosent korridorpasienter

8.4 Nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten

Det er et politisk mål at det skal være konkurranse på kvalitet mellom sykehusene i dagens helsetjeneste. Pasientene skal kunne velge hvor de vil ha behandling for en rekke tilstander, og legen skal kunne gi råd om dette. Men for å velge kvalitet må brukerne ha tilgjengelig informasjon, for eksempel om kvaliteten på et sykehus. Politikerne og helsemyndighetene har tre viktige formål med kravet om utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer:

- indikatorene skal bidra til å opplyse pasienten om viktige kjennetegn ved en institusjon som avspeiler kvalitet
- indikatorene skal være et viktig bidrag i arbeidet med kvalitetsutvikling i den enkelte institusjon
- indikatorene skal gi styringsinformasjon til ledelsen og eierne av sykehusene.

De nasjonale indikatorene legger vekt på strukturer, prosesser og resultater i et kort-siktig og mer langsiktig perspektiv. Det er valgt ni kvalitetsindikatorer for norske sykehus i 2003. Disse er gjengitt i tabellen nedenfor.

Kvalitetsindikator	Definisjon av indikatoren
Pasienttilfredshet 1) pasientrapportert standard 2) pasienterfaring med personalet 3) pasientrapportert organisering 4) pasientrapportert informasjon	
5) Pregoperativ liggetid ved lårhalsbrudd	Andelen av pasienter over 65 år med lårhalsbrudd som blir operert i løpet av 48 timer etter innleggelse tiltrengende øyeblikkelig hjelp
6) Epikrisetid	Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager etter utskrivningsdato.
7) Korridorpasienter	Antall og andel pasienter som kl. 07.00 er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m
8) Sykehusinfeksjoner	Antall påviste sykehusinfeksjoner – av de fire vanligste sykehusinfeksjonene: <ul style="list-style-type: none"> • urinveisinfeksjoner • nedre luftveisinfeksjon • postoperative sårinfeksjoner • septikemi – på et gitt tidspunkt i forhold til totalt antall innlagte pasienter på samme tidspunkt.
9) Tvungen innskriving i psykiatrisk institusjon	Andel innleggelser som skjer som tvungent innskriving i psykisk helsevern etter Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 3-8.

Kilde: Sosial- og helsedirektoratet juli 2003.

De 8 første indikatorene gjelder for somatiske sykehus og innlagte pasienter. Den siste gjelder for psykisk helsevern. Kvalitetsindikatorene for spesialisthelsetjenesten skal registreres og publiseres fra 1. september 2003.

9. STATISTISK PROSESSKONTROLL (SPK)

«Med sannheten kan man
komme alle steder,
selv i fengsel.»
Polsk ordspråk

9.1 Statistisk prosesskontroll (-prosessstyring). En kort innføring.

Statistisk prosesskontroll (SPK) er en enkel metode for å dokumentere og teste om vi har signifikante endringer, avvik og trender i et datamateriale. Metoden har i de senere år vært tilpasset fra industrien til bruk også i helsevesenet. Vi foretar gjentatte målinger eller opptellinger over tid (tidsserie) og legger data langs en findelt tidsakse. SPK har som tidsserie et annet fokus enn tradisjonell forskning, og egner seg for forbedringsarbeid. Årsakene til dette er at vi relativt raskt kan trekke konklusjoner om trender og endringer, og fordi data framstilles visuelt og enkelt.

På engelsk heter metoden Statistical Process Control (SPC). På norsk kan dette enten oversettes til statistisk prosesskontroll (SPK) eller til statistisk prosessstyring (SPS). Hvis vi ser på ISO sine oversettelser av ordene «kontroll» og «styring», så defineres kvalitetskontroll med «*Del av kvalitetsstyring med fokus på å oppfylle krav til kvalitet*» (NS-ISO 9000:2000). Begrepet kvalitetsstyring defineres som «*Koordinerte aktiviteter for å rettlede og styre en organisasjon når det gjelder kvalitet*» (NS-ISO 9000:2000). Det pågår for tiden en diskusjon i de medisinske fagmiljøer om hvilken oversettelse som er mest korrekt, enten statistisk prosesskontroll (SPK) eller statistisk prosessstyring (SPS). I denne boken benyttes oversettelsen statistisk prosesskontroll (SPK).

Alle SPK-diagrammene viser en *sentrallinje* (median eller aritmetisk gjennomsnitt), og i de fleste tilfeller også en øvre og nedre kontrollgrense som tillater konklusjoner om hva som er *naturlig* eller *tilfeldig variasjon*, og hva som er *spesielle hendelser* som bør undersøkes nærmere og kanskje utløse spesielle tiltak.

Det finnes tolkingsregler for å bedømme trender og betydningen av mønstre i dataforløpet. I en tidsserie trenger vi helst 20–30 datapunkter for å kunne trekke konklusjoner eller forutsi noe om gjennomsnittet og/eller variasjonene i resultatene av en arbeidsprosess. Men det er likevel lite i forhold til det antall observasjoner og de ressursene vi trenger for tradisjonell forskning.

Det finnes flere typer SPK-diagrammer som skal benyttes alt etter hva slags data vi har. I begynnelsen bør du få veiledning fra statistikere eller kollegaer med erfaring i bruk av metoden. Som en oppsummering kan vi si at for normalfordelte, kontinuerlige målinger brukes enten Run-, XmR- eller XbarS diagrammene. For diskrete data brukes

helst p-diagrammet for binomiale fordelinger, mens u-diagrammet brukes for Poisson-fordelte datasamlinger. Andre diagrammer, som g-diagrammet, er spesialsydd for sjeldne hendelser, eksempelvis ny forekomst (insidens) av dype sårinfeksjoner på sykehus.

En god begynnelse er å sette fokus på å registrere data over tid. Start med å skrive ned målevariabelen i en tidsrekke. Linjediagrammet er den aller enkleste måten å observere en målevariabel over tid. Dette diagrammet gir oss ingen statistisk informasjon, og det regnes ikke som SPK-verktøy, men det gir oss likevel raskt et visuelt inntrykk av graden av variasjon.

Run-diagrammet er det enkleste SPK-diagrammet. Alt vi trenger er blyant og rute-papir og å kunne telle seg fram til middelveidien (medianen). Sentrallinjen eller medianen er den verdien som ligger i midten av datarekken når den rangeres fra laveste til høyeste verdi.

XmR-diagrammet er også rimelig enkelt å konstruere og regne ut. De aktuelle formlene kan også lett programmeres inn i et Excelark på en PC. Sentrallinjen er her ikke medianverdien, men det aritmetiske gjennomsnittet. I tillegg er det beregnet såkalte kontrollgrenser. Avstanden mellom sentrallinjen og kontrollgrensene er lagt slik at det er mindre enn 1 prosent sjanse for at vi finner datapunkter som ligger utenfor disse kontrollgrensene.

Både i Run- og XmR-diagrammet skal antall datapunkter som nevnt ovenfor, helst være mellom 20 og 30 i hver serie. Dette er for å sikre at vi ikke ender opp med avvik eller såkalte «uteliggere» ved en tilfeldighet («falske positive» eller «falske negative» resultater). Men har du bare 18–19 datapunkter kan de likevel brukes.

I dette kapitlet beskrives kort råd om datainnsamlingen som er grunnlaget for målinger, forskjellen på naturlige- og spesielle variasjoner, linjediagrammet, Run-diagrammet og det mye brukte kontrolldiagrammet kalt XmR (også kalt I-diagrammet). Kapitlet er kun ment som en liten «smakebit» på hvorfor det er viktig å foreta målinger, hva statistisk prosesskontroll er og hvordan SPK kan brukes som et verktøy i forbedringsarbeid. For de som er spesielt interesserte i fagfeltet SPK til bruk særlig i helse-sektoren, henvises det til bøkene av Carey, Balestracci eller Wheeler, jf. litteratur- og referanselisten.

9.2 Datainnsamling – grunnlaget for målinger

Målet med å samle inn data er at vi skal kunne forstå og analysere prosessen på en så objektiv måte som mulig. Før vi bestemmer oss for å starte opp arbeidet med en datainnsamling, må vi gjøre et viktig forarbeid gjennom å

- identifisere områder som egner seg for forbedring (fremkommet for eksempel gjennom fokus grupper, spørreundersøkelser, kostnadsnivå)
- prioritere det / de viktigste områdene (verktøyet Pareto-diagrammet er et bra hjelpemiddel)
- nedsette en tverrfaglig arbeidsgruppe

- klargjøre prosessene ved hjelp av et flytdiagram
- standardisere prosessene
- identifisere nøkkelindikatorer for hovedprosessene vi vil forbedre («Key Quality Characteristics» – KQC eller «Key Value Indicators», Raymond Carey 2003)

Enhver datainnsamling krever at vi utarbeider en plan for innsamlingen av dataene. Denne planen må beskrive

- årsaken til hvorfor vi vil samle inn dataene
- hvordan vi teknisk skal samle inn dataene
- hvordan dataene skal brukes

Hovedårsakene til at vi ønsker å samle inn data er for å kunne

- få forståelse av variasjonen i prosessen
- monitorere (kontinuerlig måling) prosessen over tid
- se effekten av en endring i prosessen
- få et felles referansepunkt av prosessen

Det er et mål å utvikle gode målevariabler eller indikatorer slik at helsepersonellet kan bli kjent med alle kjerneprosessene (hovedprosessene) de deltar i. Det vil da være lettere å forutsi, forstå og påvirke prosessene på et tidlig stadium hvis noe uønsket skulle skje. Med kjerne- eller hovedprosesser menes de viktigste, vanligste og ofte vanskeligste pasientforløpene.

9.3 Naturlige- og spesielle variasjoner

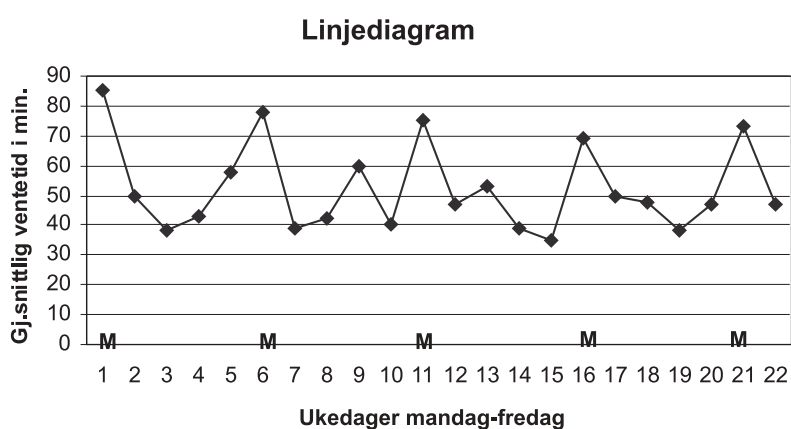
Alt varierer, tiden vi bruker til jobben, vekten vår, saksbehandlingstiden, antall pasienter hvert døgn. Sagt på en annen måte – ingen ting er likt.

Enhver prosess har *naturlige variasjoner*. Får vi imidlertid *spesielle variasjoner*, for eksempel sporadiske avvik (punkter utenfor kontrollgrensene), tyder dette på at prosessen vår forstyrres av noe som har utenforliggende årsaker. Vi sier da at prosessen er «ute av kontroll» eller ustabil. Ønsker vi å forbedre en prosess, starter vi oftest med å fjerne årsaken(e) til eventuelle sporadiske avvik for å hindre at de fortsetter å forstyrre/ødelegge prosessen. Når prosessen er stabil, kan vi eventuelt vurdere om vi vil heve selv kvalitetsnivået. Da endrer vi på selve prosessen ved hjelp av ett eller flere forbedringstiltak inntil monitoreringen viser at gjennomsnittet har hevet eller senket seg (signifikant) til det ønskede nivået.

På engelsk brukes uttrykkene «common causes» og «special causes» om de to hovedtypene av variasjoner i prosesser. På norsk kalles «common causes» oftest enten naturlige-, normale- eller tilfeldige variasjoner. Disse tre betegnelsene brukes i denne boken synonymt. «Special causes» oversettes til spesielle variasjoner.

9.4 Linjediagrammet – observer variasjon i prosessen

Bruk av kontrolldiagrammer for eksempel det såkalte XmR-diagrammet (jf. kapittel 9.6) er den beste metoden for å forstå og analysere en prosess over tid. Men selv en så enkel metode som å tegne opp et linjediagram, kan være til god hjelp for nybegynnere. Stikkordet er å registrere måleverdiene over tid. Et eksempel kan være å måle gjennomsnittlig ventetid før pasientene kommer inn til legen på poliklinikken. Dette kan gjøres ved å plote for eksempel ukedagene (påhverandrefølgende enheter) langs x-aksen og antall minutter pasientene venter langs y-aksen (måleenheten langs y-aksen).



Figuren over viser den gjennomsnittlige tiden en pasient må vente fra ankomst ved ekspedisjonen i poliklinikken til pasienten er inne hos legen. Langs x-aksen plotter vi inn ukedagene og langs y-aksen ventetiden i minutter. Linjediagrammet er enkelt å lage i Excell på din PC.

Selv med dette enkle diagrammet kan vi se at det skjer noe med prosessen på mandager (dag nr. 1, 6, 11, 16 og 21). De ansatte ved poliklinikken kan ganske sikkert forklare hvorfor pasientene venter lenger på legen på mandagene. Kanskje har legene et felles møte hver mandag? Eller er det flest unge assistentleger på poliklinikken på mandager som bruker lenger tid på pasientene enn overlegene? Kun de som kjenner prosessen kan forklare hvorfor det blir store variasjoner i den. Selv dette linjediagrammet uten noen form for statistiske beregninger kan antyde at det skjer noe uvanlig med prosessen hver mandag. Dette kan anspore til en nærmere analyse av årsakene til variasjonene. Kort sagt – her er det antakelig muligheter for forbedringer!

9.5 Run-diagrammet

Hensikt:

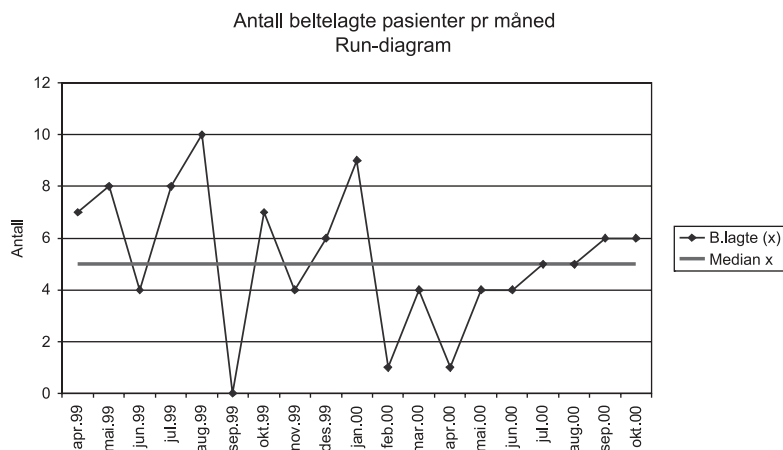
Run-diagrammet er et verktøy som kan brukes som utgangspunkt for å forstå og analysere prosesser.

Bruksområde:

Run-diagrammet brukes for å dokumentere hvordan en prosess forløper over tid (påhverandrefølgende data; tidsserieanalyse).

Fremgangsmåte:

- 1) Tegn en horisontal linje (X-aksen) og sett på navnet på tidsenheten for eksempel dag, uke, måned eller i hvilken regelmessige sekvens dataene samles inn (for eksempel pasient nummer)
- 2) Tegn en vertikal linje (Y-aksen) og del den inn slik at den dekker hele rekken av data pluss nok plass til fremtidige datapunkter.
- 3) Plott minimum 18–20 datapunkter langs tidsaksen (X-aksen)
- 4) Forbind punktene med linjer.
- 5) Beregn medianen for dataene og tegn den inn på grafen. En median er den midterste verdien i rekken (eller gjennomsnittet av de to midterste) når verdiene er ordnet i rekkefølge – rangert stigende eller synkende. Dersom antall observasjoner er et likt tall (og ikke et oddetall) regner man medianverdien som det tallet som ligger midt mellom den laveste verdien i den øverste halvdel og den verdien som ligger øverst i den nederste halvdel av det *rangerte* datasettet.
- 6) Tegn en horisontal linje på X-aksen ved medianpunktet. Dette er punktet hvor halvparten av dataene er over medianen, og halvparten av dataene er under medianen.
- 7) Medianverdien finnes ved å notere seg punktet på Y-aksen hvor median linjen krysser Y-aksen.



Figuren viser et eksempel på et Run-diagram. Kilde: Aleidis Skard Brandrud og Lill De Greve, Ullevål universitetssykehus, 1999.

Tolkning av Run-diagrammet

Et «run» defineres som: *Et eller flere etterfølgende data punkter på den samme siden av medianen.*

Når vi teller antall run, så skal vi *ikke* ta med de punktene som faller direkte på medianslinjen. Hensikten med å identifisere antall «Runs» er å bestemme om prosessen har normale – eller spesielle variasjoner.

Det er viktig å skille mellom de «ufarlige» normale variasjonene og de mer alvorlige spesielle variasjonene. Som et hjelpemiddel kan vi bruke fire tester for å bestemme typen av variasjon.

Tre tester av Run-diagrammet for å identifisere en spesiell variasjon («special cause»)

Test 1 – om det er for få eller for mange «runs» i datasettet

Tell antall observasjoner eksklusiv punktene på medianen.

Sjekk i «Sannsynlighetstabellen» for å bestemme nedre og øvre grense for antall «runs» som er tillatt som naturlige variasjoner. Den nedre grensen for antall runs finnes i kolonne 2, og den øvre grensen finnes i kolonne 3.

Tabell 1: Sannsynlighetstabell. Test for å avgjøre om det er for få eller for mange runs i dataene. Kilde: Raymond Carey

Antall observasjoner ekskl. punkter på medianen («Nyttige observasjoner»)	Nedre grense for antall «run»	Øvre grense for antall «run»
18	6	13
19	6	14
20	6	15
21	7	15
22	7	16
23	8	16
24	8	17
25	9	17
26	9	18
27	9	19
28	10	19
29	10	20
30	11	21

Test 2 – om et «run» er for langt indikerer en endring i prosessen

Hvis et run inneholder for mange data punkter, regnes dette som «spesiell» variasjon.

Hvis vi har 20 eller flere «nyttige observasjoner», så vil 8 eller flere data punkter i et run indikere en spesiell årsak til variasjoner.

Hvis vi har færre enn 20 «nyttige observasjoner», så vil 7 eller flere data punkter i et run indikere en spesiell årsak til variasjoner.

Test 3 – oppdage en trend

En statistisk trend kan signalisere at vi har med spesielle variasjoner å gjøre.

En trend defineres som:

en unaturlig lang serie av etterfølgende økninger eller minskninger i dataene

Hvis vi har 20 eller flere datapunkter, så vil 7 eller flere etterfølgende datapunkter indikere en trend dvs. et nivåskifte i prosessen.

Hvis vi har færre enn 20 datapunkter så vil 6 eller flere etterfølgende datapunkter indikere en trend dvs. et nivåskifte i prosessen.

Husk at i denne testen så teller vi med datapunkter på medianen!

Tabell 2 brukes for å identifisere en trend:

Totalt antall datapunkter	Antall av etterfølgende datapunkter som øker eller minsker. Indikerer en spesiell variasjon
9–20	6 eller flere
21–100	7 eller flere

9.6 XmR diagrammet (I-diagrammet)

Hensikt:

XmR –diagrammet er et kontrolldiagram som bl.a. bidrar til å synliggjøre uønskede «spesielle variasjoner»

Bruksområde:

XmR-diagrammet brukes når datapunktene som plottes består av enkelt observasjoner

Fremgangsmåte

- 1) Langs x-aksen plotter vi inn tidsenheten for eksempel datoer i rekkefølge.
- 2) Langs y-aksen tegner vi inn enheten/verdien som måles.
- 3) Sentrallinjen beregnes. Sentrallinjen er (oftest) lik det aritmetiske gjennomsnittet (mean).
- 4) Kontrollgrensene beregnes. Kontrollgrensene er ikke helt ulik konfidensintervallet på pluss/minus tre sigma/standardavvik. Dette betyr at når prosessen er stabil vil sjansen være under 1 prosent for at et datapunkt ligger utenfor disse grensene. Punkter som faller utenfor kontrollgrensene peker følgelig på at det har skjedd noe uvanlig i den prosessen som blir monitorert.

Kontrollgrensene i XmR (eller I)-diagrammet, er basert på såkalt moving range (mR).

Moving range er et spredningsmål basert på forskjellene fra ett datapunkt til det neste. Til XmR (eller I)-diagrammet er det derfor knyttet et såkalt mR-diagram som viser i tidsrekkefølge hvor stor endringen er fra det enkelte punktet til det neste. Dette har vi ikke tatt med her.

Formler

Formelen for kontrollgrensene er det aritmetiske gjennomsnittet av alle datapunktene (X), pluss/minus 2.66 ganger gjennomsnittet av mR.

Formelen skrives på denne måten: $\bar{X} \pm 2,66 \cdot mR_{bar}$

\bar{X} som er sentrallinjen i dette diagrammet, er det aritmetiske gjennomsnittet for datapunktene (X).

Gjennomsnittet av mR er det aritmetiske gjennomsnittet av de løpende forskjellene fra et datapunkt til neste datapunkt.

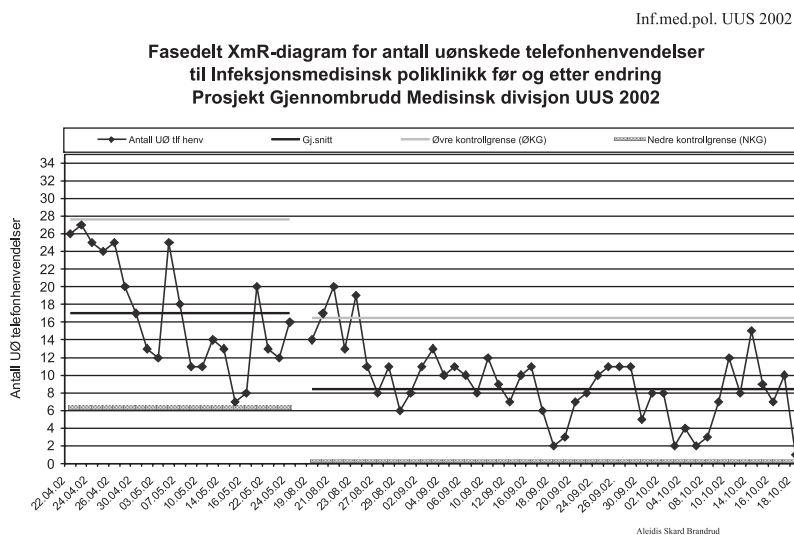
Merk at sentrallinjen og kontrollgrensene må rekalkuleres hver gang det kommer til et nytt datapunkt i tidsserien. Det er derfor en fordel å bruke Excel regneark på PC!

Når nedre kontrollgrense faller under null vises den ikke.

Tolkningsregler for XmR -diagrammet (bare de enkleste listes opp her):

1. Dataserier som i sin helhet faller innenfor kontrollgrensene tolkes som å vise en uforstyrret eller stabil prosess. Trangere kontrollgrenser indikerer en mer kontrollert prosess.
2. Datapunkter som enkeltvis faller utenfor kontrollgrensene kalles gjerne sporadiske avvik. De varsler spesielle hendelser.
3. To av tre punkter i rekkefølge nær oppunder kontrollgrensen er likeledes et varsel om at det har skjedd noe uvanlig.
4. I tillegg kan vi bruke de samme tolkningsreglene for å avsløre trender og nivåskifter som vi har beskrevet i Run-diagrammet. Jfr. kapittel 9.5.

Eksempel på et XmR diagram fra Gjennombruddsprosjektet Ullevål Universitetssykehus (UUS) 2002. Diagrammet er utarbeidet av kvalitetsrådgiver Aleidis Skard Brandrud, UUS.

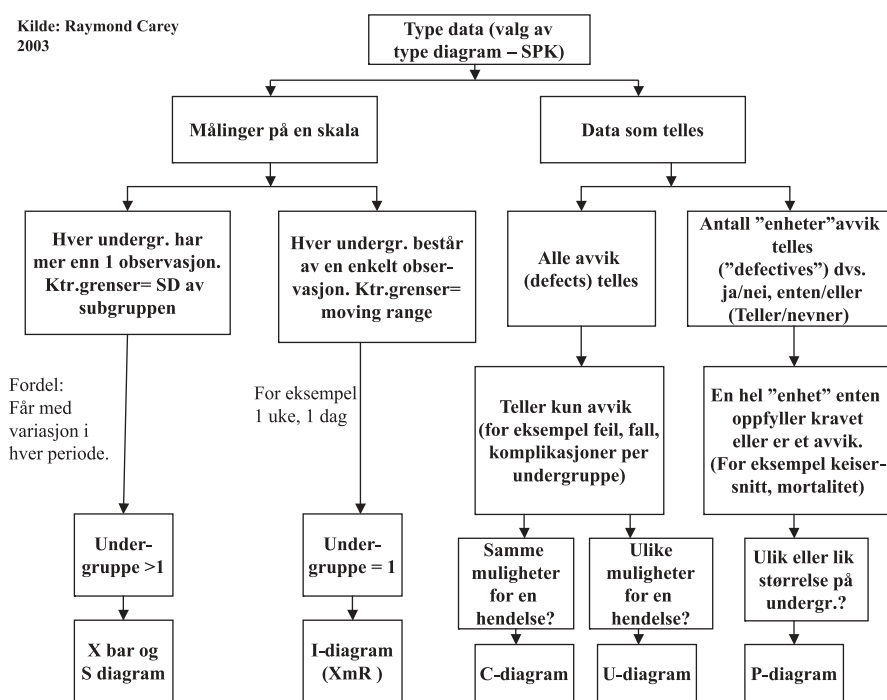


9.7 Statistisk prosesskontroll (SPK): Hvilket kontrolldiagram er det beste?

Det finnes en rekke ulike kontrolldiagrammer innen SPK. (Et Run-diagram regnes ikke som et kontrolldiagram). Valget av diagram avhenger av problemet vi vil måle og av datatypen. Det er to hovedtyper av data:

- data som telles
- data som måles på en skala

Oversikt over «Control Diagram Decision Tree» til bruk i statistisk prosesskontroll.



Figuren over viser «Control Diagram Decision Tree» (Raymond Carey, 2003).

Ikke-statistikere bør helst konferere med statistikere eller erfarne SPK-brukere før de velger SPK-diagram for egne data. XmR-diagrammet kan vi imidlertid bruke for de fleste datatyper i helsevesenet

Software for å lage kontrolldiagrammer

Det finnes tilgjengelig dataprogramvare for å beregne de ulike formlene og lage de ulike kontrolldiagrammene for eksempel XmR – diagram og P-diagram mfl.

Raymond Carey, USA, anbefaler per 2003 blant annet disse software programmene:

DIAGRAMrunner 2000: enkelt å bruke. Programvaren er utviklet av PQ Systems (Miamisburg, Ohio, USA). Det er mulig å laste ned programvaren på www.diagram-runner.com for gratis bruk i 30 dager. Informasjon kan også fås ved å ringer 1-800-777-3020.

QIMacros: et utmerket program for nybegynner med kontrolldiagrammer. Programvaren utvikler kontrolldiagrammer og andre SPK verktøy direkte fra Excel.

Programvaren er utviklet av LifeStar (Denver, USA). LifeStar kan kontaktes ved å ringe 1-888-468-1535 eller via internet: lifestar@rmi.net

Kilde: Raymond Carey, 2003.

10. GRUPPEARBEID I FORBEDRINGSPROSESSEN

*«Det er ikke nok å ta
en bestemmelse,
man må også sette den i verk»
Barbara Ring.*

10.1 Effektive grupper

Hensikten med forbedringsarbeid er enten å løse problemer eller å skape ideer. Arbeid i grupper benyttes derfor oftest ut fra tankegangen om at flere hoder tenker bedre enn ett. Målene med effektive grupper er at

- alle uanstrengt følger et sett av felles regler og normer
- hver person bidrar med sine spesielle evner og kunnskaper
- det er en arbeidsatmosfære der nye ideer og løsninger utvikles, prøves og settes ut i livet
- hvert enkelt medlem utvikler sine evner og ferdigheter i samspill med de andre
- konflikter brukes konstruktivt til utvikling
- medlemmene tar vare på hverandre

Dette var målene. I praksis viser det seg at det kan være vanskelig å få til effektive møter slik at vi får utnyttet alle deltakerne. En hjelp kan være at gruppen lager noen «kjøreregler» som alle kan være enige om.

10.2 Gruppens kjøreregler

En samling kjøreregler har mange eller få punkter. Her følger et forslag:

- 1) Start presis.
- 2) Bli enige om ønsket resultat (hva er det dere må få til) og saksliste.
- 3) Snakk en om gangen.
- 4) Lytt til hverandres ideer og kommentarer.
- 5) Ingen «drepene bemerkninger» som får deltakerne til ikke å komme med ideer. «Drepene bemerkninger» kan være: «...det er for dumt,... vi har prøvd det før, ...umulig å gjennomføre».
- 6) Del på taletiden! Ingen har monopol på å snakke.
- 7) Alle skal ha mulighet til å delta.
- 8) Unngå å stille for mange spørsmål, eller stadig legge frem nye problemstillinger for gruppen.
- 9) Utnevnt en person i gruppen som kan holde øye med tiden slik at møtet når målene.

- 10) Foreta oppsummeringer underveis og bli enige om hvordan dere går videre.
- 11) Foreta en vurdering av møtet til slutt. Hva går bra? Hva kan vi forbedre oss på?

Avtal roller (kan gå på omgang eller være faste):

Gruppeleder/møteleder:

Hovedansvarlig for at gruppen når sitt mål (oppfyller mandatet)

Gruppen kan enten velge at møteledelsen går på omgang eller at gruppens leder har møtelederansvaret i hvert gruppemøte.

Ansvarlig for:

- styring av gruppens aktiviteter
- planlegging og oppfølging
- å ta initiativ når gruppen kjører seg fast
- å sikre at alle blir hørt

Skriver:

Har ansvar for at all relevant informasjon fra gruppearbeidet skrives ned på for eksempel flipover, det vil si fakta, ideer, forslag og beslutninger.

Tidtaker:

Ansvar for å si fra om klokkeslett som gruppen blir enige om innledningsvis. For eksempel «20 minutter igjen til vi skal tilbake i plenum».

Tips:

- gruppens forslag skal vinne gjennomslag i organisasjonen
- gruppens arbeid kan sikre støtte for nye prosjektgrupper
- gruppens arbeid kan vise vei for nye prosjektgrupper
- læringsdelen (dvs andre kan lære av hva vi gjør)

10.3 Tverrfaglige grupper

Et av prinsippene i TKL-konseptet er tverrfaglighet (involvering av alle medarbeiderne), jf. kapittel 2.2. I forbindelse med kvalitetsforbedringsarbeid bør derfor gruppene være tverrfaglige.

Det er ledelsens ansvar å nedsette grupper og sørge for at gruppene har en sammensetning som er relevant for den arbeidsoppgaven som skal løses. Med en «relevant gruppesammensetning» menes en gruppe som har representanter fra ulike fagmiljøer som kan ha betydning for den aktuelle saken som gruppen skal løse eller behandle. Målet er at gruppens ulike medlemmer med hver sin kompetanse kan bidra til at det tildelte mandatet (oppgaven) blir løst på en best mulig måte.

10.4 Papirarbeid i forbindelse med møter

Dagsorden (sakslisten) bør minst inneholde:

- angivelse om temaet bare er til informasjon, om det skal diskuteres, og om det kreves beslutninger
- angivelse av hvem som innleder temaet og antatt tidsforbruk.

Møtereferatet bør omfatte:

- tid, sted, hvem som var tilstede og hvem som hadde forfall
- hovedsynspunkter om temaene
- beslutninger tatt, herunder tildelte oppdrag, og hvem som er ansvarlig for gjennomføring
- hovedsynspunkter om temaet
- oppnådd enighet, og eventuelt. uløst uenighet

11. ORGANISERING AV KVALITETSUTVIKLINGSARBEIDET

*«Aldri ble noe stort utført
uten entusiasme.»
Ralph Waldo Emerson*

Hvordan skal vi så organisere oss for å komme i gang med kvalitetsforbedringsarbeidet? Forskriften om internkontroll kom i 1992, ble revidert i 1997 og gjelder for alle typer virksomheter. For å etterleve forskriften kreves det styring og en struktur fra ledelsens side.

Sykehusloven ble endret i 1994 og krever at det opprettes et kvalitetsutvalg i helseinstitusjonene. Kvalitetsutvalget skal være et overordnet utvalg i institusjonen som skal bidra til å sikre kvalitet på helsetjenestene og rettsikkerhet for pasientene.

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten trådte i kraft 1. januar 2003. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.

Lover og forskrifter krever med andre ord at det skal arbeides strukturert og systematisk. Arbeid gjennom tverrfaglige grupper står sentralt i kvalitetsutviklingsarbeidet og er et godt hjelpemiddel for å oppnå kontinuerlig forbedring av tjenestene. I hovedsak kan vi snakke om to typer grupper:

- 1) midlertidige grupper
- 2) faste (permanente) grupper, utvalg eller råd

Eksempler på midlertidige grupper kan være ad hoc utvalg eller prosjektgrupper. Eksempler på faste grupper/utvalg/råd er Arbeidsmiljøutvalget, Lederrådet/ Administrasjonsutvalget, kvalitetsutvalget/-rådet eller kvalitetsgrupper (forbedringsgrupper).

11.1 Prosjektgrupper

Et prosjekt kan defineres som en avgrenset oppgave som skal løses eller beskrive forslag til løsninger av problemet innen et fastsatt tidsrom. Et prosjekt har alltid en startdato og en sluttdato, og prosjektgruppen er en midlertidig gruppe. Før prosjektet starter utarbeider ledelsen et mandat og oppnevner medlemmer til prosjektgruppen. Prosjekter kan variere i størrelse og tid. Alle prosjekter skal rapportere til en styringsgruppe eller oppdragsgiver. I kvalitetsprosjekter kan styringsgruppen være kvalitetsutvalget (kvalitetsrådet). Store og omfattende prosjekter har vanligvis i tillegg en

referansegruppe («ekspertgruppe» ofte med eksterne representanter eller samarbeidspartnere i tillegg til f.eks. 1–2 representanter fra styringsgruppen).

For å løse mindre og «akutte» problemer nedsettes det ofte en ad hoc gruppe. Dette er i likhet med prosjektgruppen en midlertidig gruppe, og oppgaven skal løses innen en fastsatt tidsramme i henhold til et utarbeidet mandat. Typisk varighet for en ad hoc gruppe er noen få uker, mens et tradisjonelt prosjekt med sin oppnevnte prosjektgruppe, ofte har en tidsramme på flere måneder eller flere år.

Ved sammensetning av prosjektgrupper bør følgende kriterier vektlegges:

- medarbeidere som til daglig arbeider med problemet
- personer med spesielle kunnskaper om oppgaven som skal løses
- personer med myndighet til å ta beslutninger
- tillitsvalgt
- tverrfaglig sammensetning (utvikler samarbeid)
- ikke for stor gruppe (5–7 personer er vanligvis tilstrekkelig antall)

Hvis virksomheten har en kvalitetsrådgiver ansatt eller har utdannet veiledere innen kvalitet, kan en av disse med fordel bistå prosjektgruppen etter ønske og behov.

11.2 Forbedringsgrupper (kvalitetsgrupper)

Målet med en forbedringsgruppe er at den skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhetens tjenester og produkter. En forbedringsgruppe kalles ofte for en kvalitetsgruppe. Kjennetegn på en kvalitetsgruppe er at den er en formell oppnevnt fast gruppe som arbeider mot definerte mål for å etablere eller forbedre rutiner som påvirke kvalitet.

Linjeledelsen har ansvaret for utvikling av kvaliteten i sin avdeling eller seksjon. Til hjelp i dette arbeidet kan det opprettes en kvalitetsgruppe ved hver avdeling. Hvis det anses hensiktsmessig, så kan kvalitetsgruppen også fungere som en lokal arbeidsmiljøgruppe.

Et forslag til mandat og sammensetning av kvalitetsgruppen kan være:

Mandat:

Kvalitetsgruppen skal:

- velge ut avdelingens kvalitetsparametre, og har ansvaret for den løpende målingen av disse
- utarbeide, implementere og vedlikeholde avdelingens nivå 2 dokumenter i virksomhetens kvalitetssystem (prosedyresamlinger osv.)
- stimulere til kvalitetsprosjekter og kvalitetsarbeid i avdelingen
- følge opp skademeldinger, klager og andre avvikshendelser som angår avdelingen (er et krav i helseinstitusjoner som omfattes av sykehusloven)
- eventuelt følge opp helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS) på avdelingen (dvs. fungerer da også som en lokal arbeidsmiljøgruppe)

Sammensetning:

- kvalitetsgruppen består av avdelingens ledelse, representanter fra øvrige ansatte, lokale verneombud og tillitsvalgte. Avdelingslederen er gruppens leder.
- kvalitetsgruppen har eventuelt representanter for avdelingens interne brukere (f.eks. kan kvalitetsgruppen ved en serviceenhet ha representasjon fra en klinisk enhet i en helseinstitusjon)

11.3 Kvalitetsutvalg eller kvalitetsråd

Kravet til kvalitetsutvalg i helseinstitusjoner er beskrevet i kapittel 12.2. I andre typer virksomheter kan det også være hensiktsmessig å opprette et kvalitetsutvalg eller et kvalitetsråd som fungerer som et overordnet og strategisk utvalg for alt kvalitetsarbeid i organisasjonen. Kvalitetsutvalget/-rådet vil være en naturlig styringsgruppe for alle forbedringsprosjektene i virksomheten og har både en styrende og koordinerende funksjon i kvalitetsarbeid. Dette utvalget/rådet har ansvaret for å integrere arbeidet i hele virksomheten. Kvalitetsutvalget/-rådet bør ledes av virksomhetens øverste leder og tillitsvalgte bør være representert.

Målet med kvalitetsutvalget/-rådet er at det skal bidra til å fremme sikkerhet og kvalitet på virksomhetens tjenester for å tilfredsstille brukernes behov og påse at lovpålagte krav følges (internkontrollen).

Aktuelle ansvarsområder for kvalitetsutvalget/-rådet kan være:

- at det utarbeides en overordnet målsetting for virksomhetens kvalitetsmål
- at det utarbeides en handlingsplan for kvalitet
- at det planlegges og utarbeides et hensiktsmessig kvalitetssystem
- å prioritere områder for forbedring og velge prosjekter
- å analysere avvik og kostnader på grunn av feil
- å nedsette prosjektgrupper og oppnevne prosjektgruppens medlemmer
- å stille ressurser til rådighet til forbedringsprosjektene

12. SÆRLIGE KRAV TIL KVALITETSUTVIKLING I SOSIAL- OG HELSETJENESTEN

*«Ved forskrifter er veien lang,
ved eksempler kort og grei.»
Plinius d.y. (1. årh.)*

12.1 Lov om statlig tilsyn i helsetjenesten § 3

Lov om statlig tilsyn i helsetjenesten fra Sosial- og helsedepartementet trådte i kraft 1.1.94. I § 3 i Tilsynsloven heter det at

«Enhver som yter helsetjeneste skal 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. Fylkeslegen skal påse at alle som yter helsetjeneste har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten»

Hovedendringene i tilsynslovens § 3 er kravene om at det skal etableres

- internkontroll i vid betydning
- et internkontrollsystem
- fylkeslegen skal føre tilsyn med internkontrollsystemet

12.2 Kvalitetsutvalg

Kvalitetsutvikling i alle deler av helseinstitusjonene ble prioritert for fullt av helsemyndighetene på begynnelsen av 90-tallet. Et av virkemidlene som ble benyttet var endringer i eksisterende lovverk. Dette gjaldt blant annet sykehuslovens § 18 b) som ble endret i 1993. Endringen trådte i kraft 1.1.94.

Sykehuslovens § 18 b) pålegger landets institusjoner som omfattes av sykehusloven å opprette kvalitetsutvalg. Bestemmelsen sier blant annet at:

«Helseinstitusjoner som omfattes av denne lov skal opprette kvalitetsutvalg som ledd i den internkontroll institusjonene er pliktige til å føre i henhold til § 3 i Lov ... om statlig tilsyn med helsetjenesten...»

Målet med opprettelsen av kvalitetsutvalg er at det skal være et obligatorisk virkemiddel i institusjonenes arbeid med å sørge for og fremme sikkerhet og kvalitet på helsetjenestene og bidra til å ivareta pasientenes rettssikkerhet. Det anbefales at kvalitetsutvalget skal være et overordnet og strategisk utvalg. For å få aksept og gjennomslag

i organisasjonen bør utvalget ledes av institusjonens direktør (øverste leder). Kort oppsummert er det derfor fra 1. januar 1994 pålagt ved lov å innføre internkontroll i vid betydning, lage et internkontrollsystem og opprette kvalitetsutvalg.

Til hjelp i arbeidet med å komme i gang med kvalitetsutvalg, utarbeidet Statens helsetilsyn 4. februar 1994 «Retningslinjer for kvalitetsutvalgenes oppgaver, funksjon og sammensetning» (rundskriv IK-7/94). Den enkelte helseinstitusjon ble imidlertid stillet relativt fritt i forhold til organisering og funksjon av sitt kvalitetsutvalg. Det viktigste var å starte prosessen med systematisk kvalitetsutvikling.

Kvalitetsutvalgenes hovedoppgaver skal være å:

- initiere til forebyggende arbeid
- bidra til kvalitetsfremmende arbeid
- gi råd, veiledning og informasjonsformidling
- bidra til at meldeplikt til Statens helsetilsyn overholdes og følges opp lokalt
- gi underretning til pasienter om meldinger
- utarbeide og sende rapporter til fylkeslegen

Kvalitetsutvalget skal være forankret i institusjonens toppledelse, ha tverrfaglig sammensetning og brukerne skal være representert. Statens helsetilsyn foreslår følgende sammensetning:

- en representant fra ledelsen
- en representant fra de medisinsktekniske tjenester
- verneombudet
- en brukerrepresentant (f.eks. fra en pasientorganisasjon)
- eventuelt en kvalitetsrådgiver
- eventuelt en representant fra hygienekomiteen

12.3 Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (1. januar 2003)

Forskriften om internkontroll i sosial- og helsetjenestene trådte i kraft 1. januar 2003.

Forskriften har hjemmel i

- lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten § 7
- lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. § 16 andre ledd
- lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3 a
- lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten § 1-3 a
- lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. § 2-1 tredje ledd
- lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1 a fjerde ledd

Forskriften danner det formelle grunnlaget for kravet om systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene og gjengis her i sin helhet.

§ 1. Formål

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.

§ 2. Virkeområde

Forskriften gjelder de virksomheter som omfattes av helselovgivningen og er pålagt internkontrollplikt etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 og de virksomheter som er pålagt slik plikt etter lov om sosiale tjenester kap. 4 og 6 A, jf. § 2-1.

§ 3. Internkontroll

I denne forskriften betyr internkontroll systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

§ 4. Innholdet i internkontrollen

Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.

Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,

h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

§ 5. Dokumentasjon

Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

§ 6. Ikrafttredelse

1. januar 2003.

12.4 Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten

Den første strategien om kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten 1995–2000

Gjennom tilslutningen til mål og strategier i Verdens Helseorganisasjons strategi «Helse for alle år 2000» (HFA 2000), har Norge forpliktet seg til å arbeide for at europaregionens delmål blir innfridd. Delmål 31 i den norske versjonen av HFA 2000 forplikter oss til å utvikle effektive systemer som overvåker og garanterer kvaliteten i helsevesenet.

Innenfor flere yrkesgrupper i helsetjenesten og i mange institusjoner har det vært og er stor interesse for kvalitetsutvikling. Dette er positivt, men det mangler en samlet og helhetlig kvalitetsutvikling for hele helsetjenesten. Det er nødvendig med samarbeid på tvers av grupper, nivåer og sektorer for å oppnå den ønskede kvalitet. Dette er noe av bakgrunnen til at de norske helsemyndighetene skjerpet kravene ytterligere til helseinstitusjonene i februar 1995 med «Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten» (IK-2482, Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn). Her fremkommer det en rekke krav med tildels knappe tidsfrister. Det overordnede målet er at

«alle virksomheter innen norsk helsetjeneste skal ha etablert effektive og helhetlige kvalitetssystemer for sin virksomhet innen år 2000»

Ny strategi for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten

Arbeidet med å utarbeide en ny strategi for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten har pågått et par år. Sosial- og helsedirektoratet skal utarbeide den nye strategien i samarbeid med Statens helsetilsyn. Mens hovedfokus på den første strategien var kravet om kvalitetssystem, internkontroll og kvalitetsutvikling, så er fokus i den nye strategien et mer faglig perspektiv og nye virkemidler som økt bruk av informasjons-

teknologi og en bedre infrastruktur for å implementere ny kunnskap. (Kilde: Sosial- og helsedirektoratet, foredrag 4. juni 2002).

Fra 1. september 2003 skal spesialisthelsetjenesten rapportere inn ni ulike indikatorer til Sosial- og helsedirektoratet. Arbeidet med kvalitetsindikatorerne skal inngå i den nye langsiktige nasjonale kvalitetsutviklingsstrategien. Her vil det bli lagt vekt på at systemer og prosesser i tjenestene støtter opp under det primære arbeidet i tjenestene. Det er et mål at brukerne skal få erfare at tjenestene er faglig gode, samordnet og preget av helhet og levert på en menneskelig måte.

Førrige strategi hadde som motto: «Du trenger ikke være dårlig for å bli bedre.»

Den nye strategien vil i tillegg ha fokus på det som er bra i dag («god praksis»).

En god sosial- og helsetjeneste preges av

- høy faglig standard
- lav risiko for skader og bivirkninger
- god kontinuitet i tjenestetilbudet
- høy brukertilfredshet
- god ressursutnyttelse

Den nye strategien vil antakelig sette fokus på følgende virkemidler for å oppnå gode tjenester:

- prioritering
- faglige retningslinjer
- kvalitetsregistre
- kvalitetsindikatorer
- kunnskapsbasert praksis
- ledelse og organisasjonsutvikling
- avviksbehandling og meldeordninger
- gode styringssystemer
- gode IKT-systemer
- brukerundersøkelser
- infrastruktur for håndtering av kunnskap, kompetanse og teknologi
- utdanning
- tilsyn

13. HISTORISK TILBAKEBLIKK

*«Den som ikke belæres av sin mor,
vil bli belært av verden.»
KiSwabili*

Vi har hittil i boken i innledningen sett på status i kvalitetsutviklingsarbeidet i Norge i dag. Vi har også lært om grunnleggende begreper i kvalitetsfaget for å skape en felles plattform for videre «kommunikasjon». Det kan være interessant med et lite tilbakeblikk for å forstå hvordan utviklingen av kvalitet startet.

Fokus på kvalitet i det daglige arbeidet er et mål og et middel for å sikre effektive og rasjonelle rutiner, systematisk utvikling og forbedring av virksomhetens tjenester. Kvalitet er ikke noe nytt, men i likhet med andre fag i utvikling har det historisk sett vært ulike trender i kvalitetsfaget. Utviklingen av metoder for å kontrollere og sikre arbeidsprosessene kan derfor ses i sammenheng med den generelle utviklingen av organisasjonsteorier og ledelsesfilosofien i samfunnet.

13.1 1900-tallet og taylorismen

Rundt 1900-tallet ble den moderne storindustriens arbeidsdeling rendyrket. Grunnleggeren av denne ledelsesmodellen var Frederic W. Taylor. Han kalte modellen for «scientific management» – vitenskapelig ledelse. Taylor ble en stor «guru» og hans ledelsesfilosofi er best kjent som taylorismen. De tre viktigste kjennetegnene ved taylorismen er:

- ekstrem arbeidsdeling
- atskilt planlegging og utførelse av arbeidet
- sentral inspeksjon og kontroll

Styrken ved taylorismen var innføringen av systematikk og vitenskapelige metoder i ledelse. Den største svakheten var at metoden fjernet den kreative tenkningen fra arbeidet.

13.2 1930-årene og statistisk prosessstyring

Den sentrale overvåkingen og kontroll av sluttproduktene førte til at en rekke produserte varer ble vraket. Store produksjonsvolum gjorde det umulig å foreta inspeksjon på hvert enkelt produkt. Årsakene til feil og nødvendig kassasjon ble vanskelig å forklare, og kvalitetskostnadene ble høye. I 1924 begynte derfor Walter A. Shewart og hans kollegaer ved Bell's laboratorier å utvikle statistiske metoder for stikkprøve-

kontroll og analyse av feilårsaker. Han utviklet kontrolldiagrammet. Hans arbeid førte blant annet til etablering av standarder. Frem til den 2. verdenskrig var kvalitetsarbeidet preget av

- egne eksperter som foretok inspeksjon og kontroll
- bruk av statistiske metoder for å kontrollere variasjon
- etablering av standarder for kvalitet

13.3 1950- til 1970-årene: Ekspertene råder.

Fra ca. 1950-tallet og frem til 1970-årene kan kvalitetstrendene oppsummeres som

- fokus på produksjon
- kvalitet tilhører kvalitetsekspertene
- kvalitet var knyttet til varekvalitet
- prosessstyring

I 50-årene utvidet Armand V. Feigenbaum perspektivet på kvalitet fra produktkontroll til prosessstyring. Han kalte dette Total Quality Control (TQC) – total kvalitetskontroll. Dette var et gjennombrudd for prosessenkningen.

Gjennom Marshallhjelpen etter krigen brakte amerikanerne statistisk kvalitetskontroll til Japan. Hensikten var å forbedre kvaliteten på landets telekommunikasjon som den gang var svært dårlig. Etter kort tid valgte japansk eksportindustri å satse på kvalitet, og resultatet overgikk all forventning. Utover i 70-årene kom Japans kvalitetsprodukter på offensiven med Honda, Toyota og andre kjente bilmerker. Japanske kameraer, kopimaskiner og computere er andre eksempler. Japan vant stadig markedsandeler. Produktene var billige og blant de beste i verden. De forklarte sin suksess med sin innbitte tro på kvalitetsledelse. Japanerne brukte Feigenbaums begrep total kvalitetskontroll (TQC) som tilnærmet er synonymt med total kvalitetsledelse.

Det var amerikanske konsulenter som allerede i 50-årene hadde stått for den første opplæringen av de japanske lederne. Mest kjente er W. Edwards Deming og Joseph M. Juran. USA fryktet de store markedsandelene Japan fikk på mange av sine kjente produkter, og reiste i flokk og følge til Japan for å lære. På sine studieturer observerte de at

- velkvalifiserte operatører arbeidet med kvalitetsstyring og forbedring i såkalte kvalitetsstyringssirkler
- bedriftslederne var personlig engasjert og ledet kvalitetsarbeidet

13.4 1980- og 1990 årene: Totalkvalitetsledelse og kontinuerlig forbedring

Begrepet total kvalitetsledelse (TKL/TQM) ble anerkjent i 1980-årene og kan enkelt formulert karakteriseres som bruker- og prosessorientert, fokus på tverrfaglighet,

helhetstenkning og kontinuerlig forbedring. I nyere kvalitetslitteratur og tidsskrifter i 90-årene er begrepet kontinuerlig forbedring (KF) eller Continuous Quality Improvement (CQI) mest vektlagt.

Trendene fra 1950–2004

De ulike trendene fra etterkrigstiden og frem til i dag kan forenkelt karakteriseres og sammenfattes slik:

1950-årene	– kvalitetskontroll: fjerne feil
1960-årene	– kvalitets sikring (Quality Assurance – QA): Tillit, sikkerhet; total kvalitetskontroll /kvalitetsstyring
1970-årene	– kvalitetsforbedring (Quality Improvement – OI): Lønnsomhet; kvalitetsstyring;
1980-årene	– total kvalitetsledelse (TKL eller TQM): Motivasjon, interne og eksterne brukere, helhetlig, en visjon eller et kvalitets «nirvana»
1990-årene	– kontinuerlig forbedring (Continuous Quality Improvement – CQI): Prosessledelse, Demings kvalitetshjulet PDSA (Plan, Do, Study, Act)
2000–2004	– fokus på prosesser og kontinuerlig forbedring; internkontrollsystemer

14. VEDLEGG

Vedlegg I: Definisjoner og beskrivelse av flere begreper

Siste versjon av NS-EN ISO 9000:2000 kapittel 3 «Termer og definisjoner» er benyttet i de fleste av definisjonene.

Begrep	Definisjon/beskrivelse
Arbeidsmiljø:	«Forhold som arbeidet utføres under.» NS-EN ISO 9000:2000
Avvik:	«Mangel på oppfyllelse av et krav.» NS-EN ISO 9000:2000
Feil:	«Mangel på oppfyllelse av et krav som angår en tilsiktet eller spesifisert anvendelse.» NS-EN ISO 9000:2000
Internkontroll:	«Å påse at krav fastsatt i lov eller forskrift overholdes» (Definisjon i forskrift fra Kommunal- og arbeidsdepartementet.) Rettslige krav til en virksomhet. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 1. januar 2003, definerer i § 3 Internkontroll slik: «..systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetenes aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen».
Internkontroll-systemer:	«Systematiske tiltak som skal sikre og dokumentere at aktivitetene utøves i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. De systematiske tiltakene skal være beskrevet i administrative prosedyrer.» (Kommunal- og arbeidsdepartementet.) Rettslige krav til en virksomhet. Internkontroll innebærer at virksomheten skal «sikre lovlidighet». Internkontrollsystemet skal dokumentere denne lovlidigheten.
Kompetanse:	«Bevist evne til å anvende kunnskap og ferdigheter.» NS-EN ISO 9000:2000
Korrigerende tiltak:	«Tiltak for å fjerne årsaken til et avdekket avvik eller en annen uønsket situasjon.» NS-EN 9000:2000
Krav:	«Behov eller forventning som er angitt, vanligvis underforstått eller obligatorisk.» «Vanligvis underforstått» betyr at det er vanlig eller normal praksis for organisasjonen, den kunder og andre interesseparter at

	behovet eller forventningen det gjelder, er underforstått.» NS-EN ISO 9000: 2000
Kriterier for revisjon:	«Samling av politikk, prosedyrer eller krav brukt som en referanse.» NS-EN ISO 9000:2000
Kvalitet:	«I hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav.» Termen «kvalitet» kan brukes sammen med adjektiver som dårlig, god eller utmerket. «Iboende» betyr som finnes i noe, spesielt som en permanent egenskap. NS-EN ISO 9000:2000
Kvalitetskontroll:	«Del av kvalitetsstyring med fokus på å oppfylle krav til kvalitet.» NS-EN ISO 9000:2000
Kvalitetspolitikk:	«Organisasjonens overordnede hensikter og retning angående kvalitet, slik at dette formelt er uttrykt av den øverste ledelsen.» NS-EN ISO 9000:2000
Kvalitetssikring:	«Del av kvalitetsstyring, med fokus på å skaffe tiltro til at et krav til kvalitet vil bli oppfylt.» NS-EN ISO 9000:2000
Kvalitetsstyring:	«Koordinerte aktiviteter for å rettlede og styre en organisasjon når det gjelder kvalitet.» NS-EN ISO 9000:2000
Produkt:	«Resultatet fra en prosess» Det er enighet om fire generiske produktkategorier: <ul style="list-style-type: none"> – tjenester (for eksempel transport) – programvare (for eksempel dataprogram, ordbok) – maskinvare (for eksempel mekanisk del i en motor) – prosessfremstilt materialer (for eksempel smøremiddel) NS-EN ISO 9000:2000
Prosess:	«Samling av beslektede eller samvirkende aktiviteter som omformer tilført grunnlag til resultater». NS-EN ISO 9000:2000 En prosess er kjeden av handlinger (aktiviteter) som til sammen utgjør den tjenesten som en bruker mottar. Totalt skal prosessen gi et forventet resultat.
Prosjekt:	«Entydig prosess som består av en samling koordinerte og styrte aktiviteter med start og ferdigdato, og som man påtar seg for å

oppnå et mål som stemmer overens med spesifikke krav, inkludert begrensninger i tid, kostnader og ressurser»
NS-EN ISO 9000:2000

Revidert part:	«Organisasjon som blir revidert». NS-EN ISO 9000:2000
Revisjon:	«Systematisk, uavhengig og dokumentert prosess for å fremkaffe revisjonsbevis og bedømme det objektivt for å bestemme i hvilken grad kriterier for revisjon er oppfylt». «Interne revisjoner, noen ganger kalt førsteparts revisjoner, utføres av eller på vegne av organisasjonen selv for interne formål og kan danne grunnlaget for en organisasjons egenerklæring av overensstemmelse» NS-EN ISO 9000:2000
Revisor:	«Person som har kompetanse til å utføre en revisjon» NS-EN ISO 9000:2000
Resultat:	Med resultat menes f.eks. det funksjonelle resultatet for brukeren i forhold til krav, forventinger og behov.
Resultatdokument:	Et dokument som er et resultat av våre interne arbeidsprosesser. F.eks. i en helseinstitusjon: pasientjournaler, laboratorierapporter, røntgenbilder, artikler, referater, brev, statistikker etc. Styring av resultatdokumentene skjer gjennom egne prosedyrer i den enkelte avdeling.
Standard:	Standard gir uttrykk for et nivå på tjenesten som passer for den aktuelle målgruppe, og som det er enighet om i målgruppen. Standard gjenspeiler det som er et akseptabelt, oppnåelig, realistisk og vurdert nivå av tjenester.
Struktur:	Med struktur menes den organisasjon som tjenestene ytes innenfor og omfatter bl.a. ressurser, lokaliteter, utstyr, personell, kompetanse, økonomi- og ledelsessystem.
Struktur, prosess, resultat:	Uttrykkene skriver seg fra Donabedians grunntanke om utgangspunktet for kvalitetsvurdering av helsetjenesten (1966).
Styrende dokument:	Et dokument som er godkjent av ledelsen for direkte å styre aktivitetene ved virksomheten. I et kvalitetssystem bør det utarbeides en egen overordnet prosedyre for dokumentstyring som gjelder for denne type dokumenter (håndbøker, prosedyrer, instruksjoner etc.).
Styringssystem:	«System for å etablere politikk og mål, og for å oppnå disse målene» NS-EN ISO 9000:2000

System for kvalitetsstyring: «Styringsystem for å rettlede og styre en organisasjon når det gjelder kvalitet»
NS-EN ISO 9000:2000

Vedlegg II: Eksempel på disposisjonen i en skriftlig prosedyre i kvalitetssystemet (styringsystemet)

Navn på virksomheten.

Prosedyre for: Navn på rutinen / arbeidsoppgaven.

Dok. nr.: P1-002	Revisjon nr. 2.0	Sist oppdatert: 28.07.03
Utarbeidet av: Avd.leder AS	Godkjent av: Divisjonsdirektør SJA	Side 1 av 2

1) Hensikt:

Beskriv kort hva vi oppnår ved å følge denne prosedyren. Et tips: Klargjør for deg selv hva vi mister om vi ikke har denne prosedyren og eventuelt hva vi vinner ved å ha den. Dersom svaret er begge tilfeller er *lite* eller *svært lite*, bør man om mulig unnlate å skrive den.

2) Omfang:

Her angis hvilke deler av virksomheten prosedyren skal gjelde for. Beskriv her hvilke tjenester, prosesser mm som prosedyren omfatter.

3) Ansvar for prosedyren:

Her skrives hvem som har ansvaret for

- at prosedyren utarbeides
- å godkjenne den for bruk i det omfang som er beskrevet
- å distribuere, vedlikeholde og revidere prosedyren

4) Definisjoner:

Her føres opp definisjoner og forklaringer på ord og uttrykk som er viktige for utførelsen av arbeidsoppgavene i prosedyren. Dette er viktig for at prosedyren skal bli effektiv og lett å forstå.

5) Arbeidsbeskrivelse:

Her skal de enkelte arbeidsoppgavene som må utføres for at hensikten skal oppnås beskrives kortfattet og strukturert. Det skal angis hvem som har ansvaret for at den

aktuelle deloppgaven utføres. Detaljeringsnivået for det som skal skrives, avhenger av hva som er nødvendig for å forstå oppgaven og utføre den av personer med vanlig kompetanse innen faget. Husk: Prosedyren skal *ikke* være en lærebok!

6) Referanser:

Her føres opp dokumenter som bidrar til å forstå prosedyren bedre, sette den inn i sammenheng og gi et klarere helhetsbilde. Det føres også opp dokumenter som sammen med den aktuelle prosedyren styrer de oppgavene som beskrives (f.eks. aktuelle lover og forskrifter, overordnede mål for virksomheten mv)

5) Vedlegg:

Under dette punktet skal det føres opp de vedlegg som hører til prosedyren. Det kan ofte være hensiktsmessig å beskrive arbeidsoppgavene dvs. arbeidsprosessen i et flytskjema. Det er fornuftig å utarbeide en sjekkliste for best mulig gjennomføring av oppgavene i prosedyren. Både flytskjema og sjekkliste er da vedlegg til prosedyren.

14. REFERANSER OG AKTUELL LITTERATUR

- Aune, A. (1993) «Kvalitetsstyrte bedrifter», Ad Notam Gyldendal. ISBN 82-417-05166
- Balestracci Jr., D. & Barlow, J.L. (1998 Second Edition Reprinted) «Quality Improvement. Practical Application for Medical Group Practice.» Center for Research in Ambulatory Health Care Administration, Englewood, USA. ISBN 1-56829-015-2
- Batalden, P & Stolz, P (1993) «A Framework for the Continual Improvement of Health Care: Building and Applying Professional and Improvement Knowledge to Test Changes in Daily Work». Journal of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Vol. 19, no 10, 424–447.
- Batalden, P & Nelson, E & Roberts, J (1994) «Linking Outcome Measurement to Continual Improvement: The Serial V. Way of Thinking About Improving Clinical Care». Joint Commission of Quality Improvement, 167–180.
- Berwick, D.M., Godfrey A, Blanton and Roessner, J. (1990) «Curing Health Care – New Strategies for Quality Improvement», Jossey-Bass Inc., Publishers, San Francisco, California, USA. ISBN 1-55542-294-2
- Brandrud, A. S., De Greve L. (2001) «Erfaringer med bruk av tidsserieanalyser». Norsk Forum for Kvalitet i Helsetjenestens tidsskrift «inFORUM», årgang 8, nummer 2.
- Brandrud, A. S. (2002) «Hvilke pasientprosesser forløper som de skal? – Hvordan identifisere svake ledd i tide». Statusrapport fra prosjekt BSC-HLS, Ullevål universitetssykehus. ISBN 82-92230-03-3.
- Carey R.G. & Lloyd R.D. (2001) «Measuring Quality Improvement in Healthcare – A Guide to Statistical Process Control Applications», American Society for Quality, (ASQ) Quality Press, Milwaukee, Wisconsin. ISBN 0-527-76293-8
- Carey, R.G. (2003) «Improving Healthcare with Control Charts. Basic and advanced SPC methods and case studies», American Society for Quality (ASQ) Quality Press, Milwaukee, Wisconsin. ISBN 0-87389-562-2
- Cummings, T. G. & Worley, C. G. (1993) «Organization Development and Change», fifth edition, West Publishing Company, 610 Opperman Drive, P.O. Box 64526, St. Paul, USA.
- Den norske lægeforening: (1992) «Kvalitetshåndbok for medisinsk virksomhet».
- Det norske Veritas A/S: (1994) Kompedium «Utviklingsprogram for kvalitetsrådgivere i helsesektoren.»
- Finsnes, O. (QMC as) (1997) Foredrag om «Kvalitetssystemet – arbeidsprosessenes fundament» og «Dokumentstyring».
- Fløistad, G. (1991) «Kunsten å omgås hverandre – en bok om ledelse, bedriftskultur og etikk», Gyldendal Norsk Forlag.
- Forland, F. (2003) «Kvalitetsindikatorer i norske sjukehus», Tidsskrift for helse, medisin og teknikk» nr. 3. Avdelingsdirektør i avdeling for retningslinjer, prioriteringer og kvalitet i tjenstedivisjonen i Sosial- og helsedirektoratet
- Graham, A., Shiba, Shoji and Walden, D. (1993) «A New American TQM – Four Practical Revolutions in Management», Productivity Press, Portland, Oregon, USA.
- Hofoss, D. (2000) «Statistisk prosesskontroll – en enkel måte å undersøke om det går bedre eller verre på». Norsk Forum for Kvalitet i Helsetjenestens tidsskrift «inFORUM», årgang 7, nummer 2.

- Joint Commission Mission (1994) «Framework for Improving Performance», The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, Illinois 60181.
- Kaplan, RS & Norton, DP (1996) «Balanced Scorecard. Translating Strategy into Action». Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts.
- Kjerstad, E., Dræge, M. & Rusten, G. (1999): «Er penger alt? Kvalitet, organisering og effektivitet i pleie og omsorgssektoren». Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning.
- Koren, P.Chr. (1997) «Internkontroll uten tårer, – systematisk HMS-arbeid», Tiden Forlag. ISBN 82-10-04123-1
- Langley, G & Nolan, K & Nolan, T.: (1994) «The Foundation of Improvement», Quality Progress, June 81–86.
- Langley, G. J., Nolan, K.M., Nolan, Th. W., Norman, C.L. & Provost L.P. (1996): «The Improvement Guide». Jossey-Bass Inc., USA. ISBN 0-7879-0257-8
- Lillestøl, J. (1994) «Ideer og metoder – offensiv kvalitetsutvikling», Fagbokforlaget. ISBN 82-7674-033-2
- Martin, L.L (1993) «Total Quality Management in Human Service Organizations», SAGE Publications, Newbury Park, London.
- Nelson, E & Batalden, P. & Plume, S. & Mohr, J. (1996) «Improving Health Care, Part 2: A Clinical Improvement Worksheet and Users Manual». Jt Comm Journal of Quality Improvement, Vol 22, No 8, 531–548.
- Nelson, E.C, Batalden P.B. & Ryer J.C. (1998): «Clinical Improvement Action Guide», Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, USU. ISBN 0-86688-553-6.
- Norges Standardiseringsforbund (NSF) (2001) «Utvalg av Norsk Standard. Systemer for kvalitetsstyring. ISO 9000-serien.» Norges Standardiseringsforbund, NSF 04/2001. ISBN 82-7202-483-3
- Norsk Bioingeniørforbund (1992) «Kvalitetssikring i de medisinske laboratoriene», NOBI's utredningshefte 1992-1.
- Norsk Forening for Kvalitet og Lederskap (1997) «Arbeidshefte: Internevaluering. Den norske Kvalitetsprisen».
- Norsk Forening for Kvalitet og Lederskap (1996) Arbeidshefte: «Kvalitetsrevisjon og revisjonsledelse».
- Norges Forskningsråd, Programstyret for Risiko og sårbarhetsforskning (1997) «Risikostyring. Helse, miljø og sikkerhet», Tapir forlag.
- Norsk Sykepleierforbund (1995) «Kvalitet i helsetjenesten, KiH. Introduksjonshefte, ny utgave.»
- Rainey, T.G. ,Kabcenell, A., Berwick, D.M. & Roessner, J.(1998) «Reducing Costs and Improving Outcomes in Adult Intensive Care. Institute for Healthcare improvement (IHI), Boston, USA. ISBN 1-890070-04-1
- Regionsykehusene og Vest-Agder Sentralsykehus (1996) Rapport fra delprosjekt – «Utvikling av kvalitetsindikatorer»; Prosjektleder Karen Bjøro, Ullevål sykehus.
- Regionsykehuset i Tromsø, Kvalitetssekretariatet (1996) «Håndbok i kvalitetsarbeid».
- Rikshospitalet, Kvalitetssekretariatet (1997) «Grunnlagsdokumentet for kvalitetsutvikling ved Rikshospitalet».
- Rørvik, H. (1977) «Pedagogisk psykologi», Universitetsforlaget.
- Sosial- og helsedepartementet St.meld. nr. 50 (1993–94) Samarbeid og styring.
- Sosial- og helsedepartementet St.prp. nr. 1 (1995–96)
- Sosial- og helsedepartementet St.meld. nr. 50 (1996–97) Handlingsplan for eldreomsorgen; trygghet – respekt – kvalitet.

- Statens helsetilsyn (Februar 1995) «Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten»: IK- 2482.
- Statens helsetilsyn (Januar 1996) «Evaluering av kvalitetsutvalg», IK- 2525.
- Statens helsetilsyn (1994) Vedrørende sykehusloven § 18b. Opprettelse av kvalitetsutvalg ved helseinstitusjoner som er godkjent i medhold av sykehuslovens § 1. Retningslinjer for kvalitetsutvalgenes oppgaver, funksjon og sammensetning: Rundskriv IK-7/94
- Statens helsetilsyn (1994) «Kvalitetsutvikling i helsetjenesten, Analyse – Tiltak – Evaluering». Veiledningsserie 3-1994.
- Statens helsetilsyn (1998) «Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – Til deg som leder». Veiledningsserie 2 – 1998.
- Statens helsetilsyn (1998) «Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – Til deg som medarbeider». Veiledningsserie 3 – 1998.
- Strickland, B & Hardison, CD (1993) «Continous Improvement in Health Care: Transforming the hospital department». Quality Management in Health Care. 46– 56.
- The Center for Quality Management «Master Tool Book», 150 Cambridge Park Drive, Cambridge, MA 02140, USA
- Wig, B.B. (1996) «Kvalitetsforbedring som håndverk», 2. utgave . Norsk Forening for Kvalitet og Lederskap. ISBN 82-7821-001-2
- Wig, B.B. (1999) «Det uslåelige arbeidslaget. Kvalitetsutvikling med selvstyrte team». Tiden Norsk Forlag, AS. ISBN 82-10-04287-4
- Wheeler, D. J. & Poling, S. R. (1998) «Building Continual Improvement». SPC Press, Knoxville, Tennessee. ISBN 0-945320-50-7
- Øvretveit, J. (1990) «What is Quality in Health Services?» Health Services Management, June 1990, 132–133.
- Øvretveit, J. (1991) «Costing Quality» Health Service Management, August 1991, 184–185.
- Øvretveit, J. (1992) «Health Service Quality», Blackwell Scientific Publications, England. ISBN 0-632-03279-0.
- Øvretveit, J. & Aslaksen, A (1999) «The Quality Journey of Six Norwegian Hospitals – An action evaluation». Norwegian Medical Association's Publication Series: Continuing Education and Quality Improvement. ISBN 82-90921-65-9.
- Øvretveit, J.(1999) «Integrated Quality Development in Public Healthcare», Norwegian Medical Association's Publication Series: Continuing Education and Quality Improvement. ISBN 82-90921-66-7.

Den norske lægeforening

Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo

Telefon 23 10 90 00. Fax 23 10 91 00

Skriftserie for leger: Etterutdanning og kvalitetsutvikling

Hensikten med denne serien er å stimulere til lokale kvalitetsutviklingstiltak og etterutdanning. Serien består av hefter med forslag til praksisaktiviteter leger kan arbeide med sammen med kolleger.



ISBN 82-8070-015-3

2004

Gratis produksjon: PDC Tangen as