

«2022/877 HØRING: Helse Nord RHF's delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 2022-2025».

Som seksjonsoverlege ved et lite men viktig fag ved et lokalsykehus i Helse Nord ønsker jeg å gi innspill til denne høringen. Jeg har ikke blitt involvert i noen prosess rundt dette i vårt foretak, og har faktisk hatt vansker med å finne ut hvem som evt. sender inn høring fra mitt sykehus. Jeg velger derfor å skrive i full fart på vegne av meg selv, ut fra mine erfaringer.

Jeg opplever at utkastet er et systematisk og godt dokument med tanke på innledning og mange av hovedpunktene som presenteres. Jeg savner konkretisering av tiltak for gjennomføring.

Foretaksmodellen er en spesiell modell, i hvordan man fordeler ansvar mellom Helse Nord regionalt nivå og de enkelte sykehusforetakene. Modellen innebærer svært store krav til hva styreleder og styremedlemmer skal ha oversikt over og kunne sette seg inn i. Det stiller dermed også svært store krav til adm. dir. og andre i adm.: Hva og hvordan presenteres oppdrag og drift og resultat, herunder kvalitet på «produktet» vi leverer?

For at ledelse i sykehus og styrene for sykehus skal kunne vite hvordan det går med oppdragene (pasientbehandling inkl. gode forløp også for den sammensatte pasient, samhandling, forskning, utdanning, HMS/arbeidsmiljø osv.): Det må være klare ansvarslinjer med tanke på fag og oppdrag: Helt fra «bunn» der pasientbehandling og pårørende-oppfølging skjer, og opp! Jeg mener at dette må vektlegges i strategien. Slike konkrete linjer/systemer kan synliggjøre lettere og tydeligere om lover, forskrift, prioriteringsveiledere, faglige veiledere, gunstige pasientforløp osv. faktisk blir fulgt. Det vil også tydeligere plassere ansvar. Jeg kan ikke se at det konkretiseres slike tydelige systemer i strategien.

Utkastet til strategien har svært mange gode oppsummeringer om sentrale forhold i kvalitetsarbeid. Inntrykket mitt er at mye viktig er ivaretatt i det som står. Det er fint at det legges vekt på målbare kvalitets-indikatorer, men ennå bedre at det flere steder legges vekt på følgende (sitat fra dokumentet):

«dette krever at vi har god informasjon om hvordan kvaliteten utvikler seg»

Gode forbedringstiltak krever kunnskap om lokale forhold og bør drives fram av de som sitter tett på prosessen»

«Slikt forbedringsarbeid skal være en naturlig del av arbeidsdagen til alle ansatte og ledere, noe som fordrer tilstrekkelig tid og kompetanse til å prioritere slikt arbeid»

«sørge for at slike temaer får en naturlig plass i agendaen på alle relevante møtearenaer»

«En god sikkerhetskultur forutsetter trygge ledere og ansatte, som kan si fra om risiko og uønskede hendelser, og som evner å bruke slike opplysninger til å øke sikkerheten gjennom kontinuerlig forbedring. Ledere må legge til rette for en trygg og ivaretagende meldekultur hvor ansatte kan vite at deres rapportering av uønskede hendelser blir håndtert på en måte som bidrar til å styrke pasientsikkerheten, og at deres psykologiske trygghet blir ivaretatt»

Det som er vanskelig å se, er hvordan man i dokumentet **konkretiserer en del av strategien rundt disse nevnte forholdene.** Ledelse i sykehus er strengt regulert gjennom lovverk, og fordrer vel et systematisk samarbeid mellom ledere som ikke har medisinsk kompetanse og deres rådgivende spesialister som faktisk kjenner oppdraget OG kan se hvor risiko og utfordringer «nede på bunnen»

er . Jeg opplever at det er en stor risiko i dagens foretak at ledere blir mer og mer ikke-stedlige, mange har mye leder-erfaring men mindre klinisk erfaring eller lengre tid borte fra klinikken, og at beslutning og budsjett-makt ligger LANGT unna spesialisten som skal gi råd til lederne om det spesifikke faget og hvordan det går med oppdraget : Gjør vi det som vi skal, gjør vi nok av det, gjør vi det med god nok kvalitet? Hvordan skal vi prioritere?_ Når man kombinerer det med mye røde tall i budsjett, vil det bli høy risiko for at det styres «der oppe» kun etter noen indikatorer i tall, og mindre etter det som faktisk kan være faglig mest presserende. Det kan gi svært høy risiko. De er risiko for utallige prosesser der fagfolk ikke systematisk blir involvert, og der evt. innspill «forsviner» på veien.. akkurat som i hviskeleken... Og medarbeiderundersøkelsen «ForBedring» får ikke fram konkrete viktige forhold , den blir for generell – og hvordan brukes den egentlig videre?

Det er liksom lettere for «alle» å konkretisere rundt og prioritere etter f.eks. fristbrudd og røde tall i budsjett og register-tall. OG det er meget vanskelig for styremedlemmer å se bak tallene. Derfor er tilliten og kommunikasjon mellom ledelse og fagfolk utrolig viktig, og det bør stå noe om hva Helse Nord og selve sykehusforetakene må sikre i dette arbeidet. **Det bør også stå noe om hva man konkret skal gjøre når det oppstår organisasjonspsykologiske store utfordringer med uttrygghet og mistillit, noe som jo er en stor trusel mot drift og kvalitet.** Jeg vil påstå at det er stor risiko flere steder i Norge, ikke minst på bakgrunn av «kamper» mellom sykehus og om hvor behandlingstilbud skal skje.

Jeg tror det er helt vesentlig at samarbeid med brukere og pårørende (= våre kunder) blir bedre, slik det står i punkt 4.1 Der igjen er det faktisk tillit til fagfolk som er viktig, når de fra hverdagen sin forteller om TID som mangler **til å gjøre det vi alle har lært at vi skal gjøre**, og det må være fysiske rom og organisering av arbeidet som tillater det. Det kan ikke skapes gull av gråstein! Det sies ofte fra om behov og risiko og hva som trengs både for kvalitet og effektivitet, dersom man ikke blir hørt eller det reageres lenger opp i ledelses-linja, så kommer informasjonen heller ikke opp til styrene. Det blir en diskrepans mellom oppdrag og mulighet til å gjennomføre, og de som bestemmer og har pengesekken vet det kanskje ikke...

Jeg tror det ville være klokt å lage en strategi som konkretiserer at vi må snu denne utviklingen.

Det står en setning i 4.2: *«Dette krever at ledere, på alle nivå , setter slike tema på dagsordenen. Kvalitetsresultater skal evalueres, og status på relevante tiltak må følges opp. Ledere har også et særskilt ansvar for å utvikle sikkerhetskultur blant sine ansatte. Slik kultur må ses i sammenheng med arbeidsmiljøet , og de ansatte psykologiske trygghet. Styrene skal replemssig behandle saker som omhandler kvalitet og pasientsikkerhet, og inneha kompetanse til å etterspørre slike tema»*

Dette er meget sentralt. Hvordan skal dette sikres gjennomført og hvordan følge med på hvordan det følges opp? De punktene som er nevnt at Helse Nord skal gjøre for å oppnå dette, er gode punkter, men oppleves som for lite konkrete med tanke på å unngå at det bare blir «tall» og diskusjoner der oppe.

Jeg tror det trengs fokus på funksjonen som ledere i «bunnlinja» og deres rådgivende leger og andre fagfolk har, i å rapportere og kartlegge, og hvordan dette tas med «oppover» . Dette vil være helt essensielt for å bygge fornyet tillit i alle ledd og få fram det som er virkelig rotårsaker til mange avvik og nesten-avvik.

Dataverktøy for å identifisere pasientskader osv. kan være nye gode verktøy. Hvordan vi bruker ressursene for å analysere dem videre, vil bli helt avgjørende for hvor effektivt det blir, og effekten av tiltakene. Men data-systemene kan aldri erstatte klinisk menneskelig kunnskap og tilbakemeldinger.

Jeg tror **konkretisering** av tiltak som nevnt over, vil kunne bidra til å bryte et mønster med personellflukt og vanskelig rekruttering. Vi kan ha så mange prosesser og målinger og rapporter og telling og «bestillinger» eller «ordre» som vi bare vil «der oppe», men det vil ikke sikre riktig bruk av ressurser hvis man ikke samtidig lytter til fagfolk og utveksler hyppig informasjon i et klima av gjensidig tillit. Plassering av ansvar videre der det hører hjemme, helt til topps om det trengs.

Litt oppsummering:

Jeg vil altså anbefale Helse Nord å ytterligere konkretisere og understreke viktigheten av faglig ansvar i ledelse i linje med fokus på reell kunnskap om «oppdraget» og ansvaret i faget: Systematiske prosesser der det rapporteres både skriftlig og muntlig «helt nedenfra» i avdelingene og videre helt opp: Hva er oppdraget vårt? Hvordan det går med oppdragene vi har? Hva trengs faktisk på hvert sykehusnivå/lokasjon i dagens helse- Norge for å drive adekvat behandling? Hvordan er tillit/opplevd trygghet? Hvor er de største risikoene, og hva trengs for at det blir bedre? Det vil gi svært mye tilleggsinformasjon til de mange tallene vi nå ellers beregner og samler inn og som det forsøkes å styre etter.

Jeg mener det bør være klare føringer i strategi-dokument fra regionalt foretak-ledelse på hva et lokalsykehus som dekker et område som «Hovedsykehus», må ha av spesialiteter og akuttfunksjoner/vaktberedskap. Dette med tanke på å kunne få gode nok vurderinger når det trengs, uten å flytte pasienten over lange avstander. Det er mange føringer i oppdragene om å ha gode pasientforløp og høy kvalitetssikring, men det er klare tegn i de minste lokalsykehus at kvalitet kan bli dårligere og forløp avvikende, dersom man ikke har tilstrekkelig tilbud til de mest sammensatte pasientene samlet ved ett sykehus. Dette er vel også bakgrunnen for at mange spesialister har spilt inn behov for «hovedsykehus», samtidig som man absolutt må ha gode tilbud ved mindre sykehus og DMS til å ivareta akuttmedisin og elektive tilbud lokalt pga lange avstander. Det er viktig at strategien fra Helse Nord framover ser på dette faglige behovet og legger føringer, så det ikke overskygges av andre behov/agendaer.

Stedlig ledelse er helt sentralt, og det bør konkretiseres hvordan det skal oppnås.

Det enkleste er ofte et beste, og bør i hvert fall være med! Da kan faktisk pingviner kanskje fly igjen, og det kan nesten bli gull av gråstein?

Mvh Kristin Sakshaug, seksjonsoverlege FMR Helgelandssykehuset.

