

Møtedato: 27. september 2012  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf: Kristian Fanghol/Tor Ingebrigtsen m. fl.  
Sted/Dato: Bodø, 20.9.2012

## **Styresak 109-2012      Studietur til Kaiser Permanente, oppsummering og videre oppfølging**

*Saken var opprinnelig satt opp som orienteringssak (ref. utsendt sakliste, styresak 105-2012/3), men den fremmes som vedtakssak med nytt saksnummer. Sakspapirene var ettersendt.*

### **Bakgrunn**

De fem adm. direktører i helseforetakene i Helse Nord, helseforetakenes medisinske direktører og ledergruppen i Helse Nord RHF deltok 22. – 25. april 2012 på programmet *Learnings from the Kaiser Permanente (KP) Model* i San Francisco, USA. Et sekstitalls ledere fra hele verden deltok på programmet.

Som kjent står helseforetaksgruppen foran store investeringer i modernisering og nybygg, en storstilt satsing på IKT, utvikling av en organisasjon hvor knapphet i tilgang på personell må håndteres på en mer robust måte enn i dag, et systematisk og omfattende kvalitetsarbeid, økt brukermedvirkning og behov for å drive effektivt.

KP ble valgt, fordi det er et vel renommert amerikansk helsesystem som har totalansvar for helsetjenestetilbudet til befolkningen som er medlemmer. KP er et integrert system med både primær- og spesialisthelsetjeneste. Arbeidet deres med kvalitetsforbedring, satsing på IKT-systemer, brukermedvirkning og effektiv drift var av særlig interesse.

Studieturen var vellykket, først og fremst fordi den tydeliggjorde at utfordringene vi står foran på en rekke områder vil kreve betydelig ledelseskraft, omfattende involvering av medarbeiderne og et systematisk langsiktig arbeid. Problemstillingene var i stor grad lik våre uten at alle innfallsvinkler og løsninger kan anvendes, fordi systemer og kulturer er ulike.

Et helt vesentlig poeng er hvordan ansettelses- og introduksjonsprosess av medarbeidere brukes til å skape oppslutning og forpliktelse om organisasjonens mål og arbeidsmåter. Et svært viktig poeng er nødvendigheten av å jobbe sammen om forbedrings- og utviklingstiltak i helseforetaksgruppen. Dette handler om prosesser som krever kapasitet og kompetanse som Helse Nord bare kan realisere, dersom vi bruker tilgjengelige ressurser i helseforetaksgruppen på en måte som kommer alle til del.

Oppfølgingen av erfaringene vil bli synliggjort i ulike saker framover.

### **Helsetjenestens effekt**

Målet med helsetjenestene er å skape mest mulig helsegevinst med de ressursene man disponerer (penger og bemanning). Denne "verdiskapningen" forutsettes å være pasientfokuseret, og ikke profesjonsfokuseret. Hensynet til pasientene må med andre ord alltid gå foran organisasjonens og profesjonenes interesser.

"Verdiskapningen" (value) defineres enkelt som helsegevinst (outcome)/ressursinnsats.

Som et supplement legges det økende vekt på pasientens opplevelse av behandlingsforløpet med den betydning det har for helsegevinst.

Denne tenkingen har som konsekvens at alle aktører i helsetjenesten må ha som felles mål å bidra til økt "verdiskapning". Dette oppnås med samtidig innsats på to områder:

1. Forbedring av resultat kvaliteten
2. Reduksjon av kostnadene

Ofte blir det framstilt som en motsetning mellom det å øke kvaliteten og redusere kostnadene (bemanningsinnsatsen) samtidig. Det framstår som umulig. Erfaringene fra Kaiser Permanente, oss selv og mange andre aktører bekrefter ikke et slikt motsetningsfylt forhold, tvert imot. Forbedring av tilbudet og reduksjon av ressursbruk går ofte hånd i hånd.

Et vesentlig poeng for å lykkes er gode prosesser. De viktigste innsatsområdene for å få dette til er:

1. Å organisere virksomheten rundt pasientenes medisinske tilstand (og ikke rundt de medisinske spesialitetene)
2. Å redusere uønsket variasjon i tjenestetilbudet og øke pasientsikkerheten
3. Å skape bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
4. Å etablere en felles integrert IT-plattform som understøtter 1-3
5. Å bruke IT til å gjennomføre omfattende målinger som synliggjør kvaliteten i prosesser og resultater

### **Overforbruk som kvalitetsutfordring**

Det er i økende grad oppmerksomhet om dette i internasjonal forskning og litteratur. Det knytter seg både til den ulempen dette er for pasientene og til ressurs- og kostnadsspiralen. Pasienter kan utsettes for underforbruk, feilbruk og overforbruk av helsetjenester. Vi har tradisjonelt rettet oppmerksomheten hovedsakelig mot underforbruk og til dels mot feilbruk. Vi antar at alle opplevde behov (hos pasienter og ansatte) er uttrykk for reelle behov, og tolker nesten alltid kø som et symptom på underforbruk. Det er økende dokumentasjon i litteraturen for at overforbruk er et større problem enn underforbruk.

Overforbruk kan defineres som tilbud som gis i en situasjon, der risikoen for helseskadelige komplikasjoner er så mye større enn muligheten for helsegevinst enn at en ikke kan forsvare tiltaket.

Unødvendige sykehusinnleggelse, unødvendige diagnostiske og kirurgiske prosedyrer, overforbruk av antibiotika og intensivbehandling på sviktende faglige grunnlag i livets slutfase er hovedutfordringene.

Kaiser Permanente har erkjent (og kan dokumentere) at overforbruk er et større problem enn underforbruk i forhold til målet om effekt for pasienten. Kaiser Permanente bruker derfor sekundærforebygging, sammenligning av forbruksrater, måling av resultat kvalitet og pasientmedvirkning aktivt for å hindre overforbruk.

### **Profesjonene og organisasjonen**

Kaiser Permanente består av tre overordnede organisatoriske enheter:

- et forsikringsselskap som rekrutterer medlemmer, og dermed sørger for inntektene
- en sykehuskjede som tar oppdrag for forsikringsselskapet
- Kaiser Medical Group som står for legetjenesten.

Legene er både ansatte og deleiere i Kaiser Medical Group. Organiseringen og rekrutteringsprosessen sikrer at legene (og andre ansatte) er svært lojale til Kaiser Permanentes mål og verdigrunnlag, samtidig som legene gis en særskilt innflytelse og status i organisasjonen. Dette er svært forskjellig fra situasjonen hos oss.

De tre delene av Kaiser Permanente inngår gjensidig forpliktende eksklusive driftsavtaler med hverandre. Når Kaiser Permanente snakker om sin vektlegging av medisinsk lederskap, så dreier dette seg i hovedsak om to forhold:

1. At legene ledes av leger
2. og at legene får sterk innflytelse gjennom kontraktene mellom de tre delene av organisasjonen.

I daglig drift på sykehusene er det i praksis todelt ledelse. Noen (oftest sykepleiere) leder driftsorganisasjonen i sykehusene, mens legene leder organiseringen av den medisinske behandlingen. Hvis det oppstår motsetninger, synes legene i praksis å ha siste ord, selv om dette ikke er formalisert.

Denne organiseringen har som konsekvens at legene må være godt skolert i pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring, organisasjon og ledelse. For å oppnå dette, vektlegger og tester Kaiser Permanente teamegenskaper og kommunikasjonsferdigheter like sterkt som medisinsk fagkunnskap i sine ansettelsesprosesser. Kaiser Permanente integrerer opplæring på disse områdene i spesialistutdanningen, og krever at alle overleger deltar i lederutviklingsprogrammer.

Helsetjenesteforskere ser mange av konfliktene i dagens helsevesen som uttrykk for motsetninger mellom legenes tradisjonelle autonomi, og dagens krav til pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet. Kaiser Permanente synes å ha funnet en løsning som forener disse tilsynelatende motstridende hensynene.

En annen konsekvens av den samme tenkingen er at rekrutteringsprosessen og måten vi tar imot nyansatte på blir svært viktig.

Kaiser Permanente har om lag halvparten så mange leger pr. populasjonsenhet som vi, men bruker samtidig betydelig mer ressurser i støttetjenester for legene. Støttetjenestene inkluderer IT, hjelpepersonell som gjør enklere prosedyrer og forbereder pasienten til legebesøket, personell som følger opp på vegne av legen, og ikke minst analysepersonell som tilrettelegger og presenterer resultatene av kvalitetsmålinger for legene. Skrivetjenesten er imidlertid helt eliminert. Det anses som en selvfølge at legen selv skriver all tekst som skal inn i EPJ.

### **Organisasjon og forbedringsarbeid**

Forbedringsarbeidet i organisasjonen baserer seg i stor grad på at målinger og gjennomskinnelighet i resultatene av disse, samt felles forståelse av mål og strategier (sikret gjennom ansettelsesprosessen og internopplæringen) vil medføre endring i ønsket retning. Stabsenheter som tilbyr lederstøtte innen analyse, metoder for prosessforbedring og kvalitetsforbedring, er gitt tydelig status i organisasjonen, slik at disse fremstår som like viktige som linjeledelsen, i en matriselignende organisasjonsmodell.

### **Konkrete forbedringer i driften**

Kaiser Permanente ser på sykehusinnleggelser (og særlig medisinske akuttinnleggelser) som uønskede hendelser som primært skyldes dårlig oppfølging av kronisk syke og svikt i sekundærforebyggende tiltak. Grunnstrukturen i organisasjonen er derfor Medical Centers som ikke har senger, men som driver avansert diagnostikk, sekundærforebygging, dagbehandling og observasjon i inntil 24 timer. Disse er bemannet med primærleger, spesialister og annet helsepersonell som arbeider i pasientsentrerte team.

Antall sykehussenger pr. populasjonsenhet er om lag halvparten av det vi har i Nord-Norge. Kaiser Permanente oppnår på denne måten betydelig færre sykehusopphold pr. 1000 medlemmer pr. år enn vi har, men samtidig kortere liggetider for de som likevel blir innlagt, og høyere andel dagbehandling. Innlagte pasienter skrives rett ut til hjemmet, stort sett uten bruk av rehabiliteringsinstitusjoner, men får hjelp hjemme fra ambulante team.

Kaiser Permanente oppsøker "usynlige" problemer i driften ved å la såkalte designteam gjennomføre observasjoner i driftsenhetene. Dette er beskrevet også av andre i den såkalte "Frontline defect- modellen", som antar at dyktige ansatte blir så gode i å "arbeide seg rundt" problemene at de ikke legger merke til at de eksisterer. Bruk av denne metoden kan sikre at alle typer prosesser (og ikke bare de som oppleves dårlige) blir gjenstand for kontinuerlig forbedring, for eksempel med lean-metoden.

### **Kaisers Chronic Care Model**

Kaiser Permanente hevder å ha implementert chronic care modellen, men har åpenbart lagt hovedvekten på sekundærforebygging som kan gi bedre helse og mindre overforbruk. De viktigste innsatsområdene er behandling av for høyt blodtrykk, tidlig behandling av forverrelser hos KOLS-pasienter, aktiv innsats mot røykestopp og vektreduksjon for alle pasienter, tett oppfølging av diabetikere og sterkt fokus på tidlig diagnostikk av kreft (screeningsprogrammer). Pasientene ansvarliggjøres for egen helse på en mye tydeligere måte enn hos oss.

Et annet viktig innsatsområde er å involvere og ansvarliggjøre pasientene mer i beslutningsprosessene (shared decision making). Det er viktig å forstå at dette ikke hovedsakelig dreier seg om å informere bedre, men om å gi pasientene en mer aktiv og ikke minst mer ansvarlig rolle. Erfaringer viser at slik involvering gir lavere forbruk av intervensjonsprosedyrer og operasjoner, men samtidig bedre behandlingsresultater.

### **Økonomiske insentiver og mål**

Kaiser Permanente bruker som hovedprinsipp rammefinansiering og fast lønn (aldri stykkprisfinansiering) som mekanismer for å unngå overforbruk. Det legges i tillegg inn små elementer av bonuslønn til både leger og annet helsepersonell basert på målinger av kvalitet i prosesser og behandlingsresultat.

På lang sikt har Kaiser Permanente en svært ambisiøs økonomisk målsetning om å redusere driftskostnadene med 20 % og samtidig oppnå enda høyere kvalitet i tilbudene.

### **Kaiser Permanentes utvikling av EPJ**

Kaiser Permanente ser sitt IT-system som selve fundamentet i utviklingen av en bedre helsetjeneste (økt "verdskapning"). Investering i IT-system ble sett som et strategisk valg som hadde som mål å reformere hele tjenestetilbudet. Utviklingen av IT-systemet ble brukt til å bringe organisasjonen sammen rundt en ny visjon og strategi.

Kaiser Permanente understreker at direkte deltakelse fra toppledelsen i gjennomføring av teknologivalg, utvikling av funksjonalitet, standardisering av faglige tilbud, gjennomføring av nødvendige kultur- og organisasjonsendringer og implementering i forbindelse med IT-systemet var helt nødvendig.

I prinsippet er den løsningen de har brukt lang tid og store ressurser på å utvikle svært lik innholdet i den løsningen Helse Nord har gått til anskaffelse av og skal utvikle.

### **Oppfølging av erfaringene etter studieturen**

Oppfølgingspunktene etter turen er viktige og foreslås integrert i arbeidet med saker hvor de naturlig hører hjemme. Her er strategiarbeidet som er i gang, oppdragsdokument for 2013, gjennomføring av FIKS-prosjektet, oppfølging av kvalitetsstrategi og pasientsikkerhetskampanjen, strategi og tiltaksplan for brukermedvirkning, organisasjons- og lederutvikling, oppfølging av Nasjonal lederplattform, arbeidet med samhandling og medvirkningen fra ansatte i forbedringsarbeid.

#### *Helsetjenesten og organisasjonsforståelse*

- Formulere et helhetlig perspektiv på effekt i helsetjenesten og organisasjonsforståelse
- Vurdere å starte bredere interne utdanningsprogrammer for leger og eventuelt flere ansattegrupper med vekt på forbedringsarbeid, medvirkning og organisasjonsforståelse
- Ytterligere styrking av samarbeidet med utdanningsinstitusjonene om innholdet i grunnutdanningene

- Styrking av ansettelsesprosessene for å sikre forpliktelse til mål, strategier og verdigrunnlag
- Sterkere satsing på mottak av nyansatte
- Økt vekt på støtte til lederfunksjoner i avdelingene – redusere arbeid med plunder og heft

#### *Forbedringsarbeidet baseres på resultater og evidens*

- Fortsatt satsing på SKDE for å gi god bakgrunn for forbedringsarbeid i Helse Nord
- Forbruk av helsetjenester i befolkningen må baseres på standardisering og en likeverdig tilgang
- Analyse- og oppfølgingskapasitet rettet mot den enkelte klinikk og avdeling er avgjørende for god styring og godt forbedringsarbeid
- Bruke kvalitetsregistre i større grad i den kliniske virksomheten
- Utvikle ytterligere metodikk for oppfølging av kvalitets- og forbedringsarbeidet som sikrer en gjennomføringsgrad på høyere nivå enn i dag
- Sikre IT-integreringen mellom Helse Nord styringsportal og andre kliniske IKT-systemer

#### *Kapasitet og bemanning i sykehusene*

- Vurdere kapasitet på senger i forhold til folketall
- Vurdere liggetid i sykehusene i forhold til gjennomsnitt og bruke dette i forbedringsarbeidet
- Vurdere bemanning internt i og mellom helseforetak for å bruke knappe personellressurser på en best mulig måte

#### *Folkehelse, forebygging og brukermedvirkning*

- Gjennomføre primærforebyggingstiltak på enkeltområder hvor dette er dokumentert som avgjørende for effekt og hvor helsetjenesten er en naturlig arena (røyking særlig)
- Evaluere folkehelseinnsatsen og vurdere ytterligere prioritering av sekundærforebyggingstiltak rettet mot de største sykdomsgruppene
- Gjennomføre strategi- og handlingsplan for brukermedvirkning

#### *Økonomisk resultat*

- Opprettholde krav til overskudd som sikrer gjennomføring av investeringene
- I samarbeid med de andre regionene få vurdert om dagens bruk av stykkprisfinansiering er godt egnet til å sikre en fokusert og godt prioritert helsetjeneste

#### *IKT*

- Sikre at FIKS-prosjektet har tung nok ledelsesforankring

## **Konklusjon**

Erfaringene bekrefter at Helse Nords satsing på investeringer i nye og moderne sykehusbygg, utvikling av nye kliniske IKT-systemer, satsing på kvalitet og pasientsikkerhet, effektiv drift, utvikling av SKDE, pasientmedvirkning og samhandling er riktige og nødvendige for å møte utfordringene.

Helse Nord RHF har over lang tid satset på bred involvering av ansatte og deres representanter i alt arbeid. Dette perspektivet er vi om mulig blitt ennå mer styrket i etter denne studieturen.

Utvikling av bedre metodikk for oppfølging og sterkere vektlegging av dette for å sikre gjennomføring av arbeid som er i gang og redusere sløsing med ressurser på arbeid det ikke kommer noe ut av, er et stort forbedringsområde for oss.

Utvikling av felles organisasjonsforståelse og virkeligsoppfatning gjennom involvering er avgjørende for å lykkes. Å ha medarbeidere med organisasjons- og forbedringskunnskap vil her være et nødvendig tiltak. Dette krever ytterligere styrking av satsing på utdanningene, med innarbeiding av forbedringskunnskap i grunnutdanningene, et program for medarbeidere (særlig leger) og lederutviklingsprogrammet.

Den ledelsesmessige kapasiteten i FIKS-prosjektet må sikres, både fordi det er en ressursmessig tung investering, men mest fordi dette er en strategisk satsing av avgjørende betydning for utvikling av pasienttilbudet og sikring av kvalitet.

### Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om erfaringene fra studieturen til Kaiser Permanente til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å innarbeide oppfølgingen av studieturen i arbeidet med revideringen av Helse Nords strategi, oppdragsdokument for 2013 og arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.
3. Styret ber adm. direktør i samarbeid med helseforetakene komme tilbake med saker på områder hvor det skal tas regionale initiativ, f. eks. med hensyn til forbruk av helsetjenester, sengekapasitet og god bruk av tilgjengelig kompetanse.

Bodø, den 20. september 2012

Lars Vorland  
Adm. direktør