



Utviklingsprosjekt: Orden i eget hus

Nasjonalt topplederprogram

Ingrid Johanne Garnes

April 2014

Kull 16

Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet

Bakgrunn for valg av prosjektet er det faktum at klinikkens elektroniske håndbok (EK) er mangelfull. Helse Bergen har utviklet en mal for elektronisk håndbok som ikke er fullført i vår klinikk. Dette gjelder spesielt kapittel « Felles dokumentasjon». Dette er klinikkens overordnede styringssystem som gjennom lenker til aktuelle lover og retningslinjer, oppdragsdokumenter, metoder og risikoanalyser skal klargjøre klinikkens spesifikke oppgaver for ansatte og samarbeidspartnere.

Prosjektet er forankret hos administrerende direktør og i foretakets styrende dokumenter.

Problemstilling

Det kan være flere årsaker til at vår klinikk ikke har ferdigstilt dette arbeidet. Det kan skyldes skifte i ledelse, oppgaven har ikke blitt prioritert, samtidig som denne type «skrivebordsarbeide» krever både kompetanse og engasjement fra alle i ledergruppen. Det å ha orden i de styrende dokumenter er lovpålagt og helt sentralt for å kunne utvikle en transparent organisasjon for brukere, ansatte og myndigheter som skal føre tilsyn.

Hensikten med tilgjengelig og oppdaterte styrende dokumenter er både å sikre pasientenes behandling og sikkerhet og å trygge fagfolkene i at deres arbeid foregår på en sikker måte.

1. **Effektmål:** Elektronisk håndbok implementeres i klinikken som et nyttig hjelpemiddel for ledere og ansatte for å utvikle en åpen organisasjon for brukere, ansatte og tilsynsmyndigheter
2. **Resultatmål:**
 1. Ledere på alle nivå i klinikken bruker elektronisk kvalitetshåndbok ved ansettelse og oppfølging av nyansatte.
 2. Dokumentet «Sjekkliste - Ledelsens gjennomgang av internkontroll og kvalitetssystem» (vedlegg) tas opp i ledergruppens årshjul 2 ganger/år – første gang 15.juni 2014
 3. Intern revisjon skal vise at kvalitetshåndboken er implementert og tatt i bruk.

Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

Klinikken har jevnlig tilsyn og revisjoner av ulike virksomhetsområder. I slike sammenhenger blir alltid den tilgjengelige dokumentasjon etterspurt og man intervjuer ulike aktører i organisasjonen om den etterspurte dokumentasjonen er kjent. Dette er noe alle lederne i vår klinikk både har gjennomgått og erfart. Det er likevel slik at på mange områder er dokumentasjonen mangelfull og man kan undre seg over hvorfor det er slik. Gjennomgang av andre klinikker sine håndbøker innenfor samme foretak, viser akkurat det samme. Det er store variasjoner, fra oppdatert og nyrevidert kvalitetshåndbok til svært mangelfulle håndbøker. Lovkrav og retningslinjer er kjent i foretaket og beskrevet i den overordnede håndboken, men sluttproduktene varierer mellom enhetene.

Det er en nær sammenheng mellom kravet til forsvarlighet og kravet til internkontroll og systematisk arbeid for å ivareta pasientens sikkerhet. Internkontroll skal bidra til faglig forsvarlige helsetjenester og er et verktøy for å sikre at de daglige gjøremål blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Ledelsens holdninger og oppmerksomhet har stor betydning for hvordan kulturen i en klinikk er og utvikler seg. Og det er et ledelsesansvar å sette standarden

for dette. Det er på samme måte et lederansvar å ha oversikt over hvilken praksis om råder i den klinikk man leder.

Internkontroll og intern revisjon er et ledelsesverktøy. Det er derfor ledelsen som må eie dette prosjektet og som må implementere og kommunisere det på en slik måte at det oppleves nyttig og nødvendig for brukerne. Det er utfordrende å sette av realistisk tid for ledere som arbeider pasientnært i klinikken, til å utvikle gode dokumenter. Overordnede dokumenter krever modning hos den enkelte leder og i gruppen underveis i utviklingsfasen. Arbeidet krever oppmerksomhet og tid.

Det er samtidig en ledelsesmessig utfordring å fatte beslutninger uten at det skal være en lengre prosess i forkant. Prosessen består i at arbeidsoppgavene skal delegeres, og at resultatene leveres til angitt frist. Daglige gjøremål og oppgaver kan lett bli brukt både som en forklaring og unnskyldning for ikke å overholde fristene.

Vi har mangler i vår dokumentasjon, men i løpet av våren skal innledningskapitlet «Felles dokumentasjon» ferdigstilles og godkjennes. De seksjonsvis dokumentene skal videre ferdigstilles og/eller oppdateres i løpet av høsten 2014. Frist for endelig ferdigstilling er 1.12.14. Hovedkapitlet har følgende emner: Kjerneaktivitet, ledelsesaktivitet og støtteaktivitet. Kjerneaktivitet viser til spesialisttjenestens 4 hovedoppgaver - pasientbehandling, forskning og innovasjon, utdanning og kompetanse, opplæring av pasient og pårørende. Ledelsesaktivitet viser til kategoriene som avspeiler de viktigste fokusområdene for ledelsens styring av virksomheten og emnene under Støtteaktivitet avspeiler de viktigste aktivitetene som bidrar til å støtte opp under kjernevirksomheten.

Viktigheten av å ha dokumentasjon og risikoanalyser på plass ble tydelig eksemplifisert ved et uventet bortfall av all telefoni i klinikken i vinter. I forbindelse med utskifting av sentralbord ved sykehuset ble det foretatt en ROS analyse og de foreslåtte tiltak ble implementert i de enkelte klinikker. Noen uker etter sentralbordskiftet falt alle telefoner ut – uten varsel i forkant. I denne situasjonen ble det avdekket avvik som ikke var tenkt inn i den første ROS-analysen. Det største avviket bestod i at det ikke var eksisterte en beredskapsplan for denne type hendelse. Det utarbeides nå to typer beredskapsplaner; en når all kontakt med andre klinikker og mellom enheter internt er ute av drift og en plan når PC / fasttelefon faller ut. Det er videre lett å finne gode eksempler fra vanlig drift hvor tilgjengelig dokumentasjon skaper trygge rammer for ansatte, arbeidsmiljø og for den tjenesten som skal tilbys. Oppdaterte prosedyrer for best praksis når det gjelder behandling for spesifikk lidelse eller dokumentasjon som omhandler IKT-sikkerhet.

Fremdriftsplan med milepæler

Milepælsplan:

Etablerer en fremdriftsplan som ivaretar både daglig aktivitet og skriving av dokumenter

Oppgave	Ansvar	Frist
1. Fordele oppgaver dvs emnekategoriene fordeles i ledergruppen	Klinikkdirektør	2.4.14
2. Presentere milepælsplan	Klinikkdirektør	2.4.14
3. Ferdigstille kapitel «Felles dokumentasjon»	Ledergruppen	5.6.14
4. EK «Felles dokumentasjon» presenteres i klinikkens AMU og i utvidet ledermøte	Klinikkdirektør	10.6.14 11.6.14
5. Lederne i linjen informerer om oppdateringen og sørger for at ansatte tar i bruk EK	Ledergruppene	15.6.14
6. Sjekkliste «ledelsens gjennomgang» gjennomføres	Linjeleder (nivå 3)	1.9.14
7. Seksjons vise gjennomganger av respektive dokumentasjon	Seksjonsoverlege, klinikkoverlege og klinikkdirektør	Innen 1.10.14
8. Ferdigstilling av klinikkens EK	Klinikkdirektør	1.12.14

Budsjett - nøkkeltall

Det settes opp en møteplan for ledergruppen 4 møter a 1time fra 29.3.-5.6. Alternative kostnader er at intern revisjon vil påpeke avvik noe som vil gi økt tidsbruk for ledergruppen. Alternative kostnader er andre oppgaver som kanskje blir satt ut i tid. Budsjettet medfører ikke kostnader utover tidsbruken. Det vil ikke være nødvendig å engasjere ytterligere ressurser for å gjennomføre prosjektet.

Risikoanalyse

Se eget vedlegg

Konklusjoner og anbefalinger

Prosjektet er planlagt og igangsatt. Tidspunkt for ferdigstilling anbefales.

Vedlegg:

Interessentanalyse

Risikovurdering