

Utviklingsprosjekt:

**Styringsindikatorer i DIPS –
lederverktøy for kortsiktige og
langsiktige prioriteringer**

**Nasjonalt topplederprogram
Vår 2012**

**Anne-Stina S. Nordmo
Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

Bakgrunn og forankring av prosjektet

Utviklingsprosjektet har forankring som del av et overordnet prosjekt, initiert av sykehusledelsen ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF), se mandat i vedlegg 2. Det er på bakgrunn av dette nedsatt en arbeidsgruppe, se vedlegg 3.

Som medlem av denne arbeidsgruppen og erfaring fra arbeid med fokus på styringsindikatorer og kvalitet på disse, viser det et behov for å standardisere og kvalitetssikre registrering og rapportering av styringsindikatorer i DIPS. Jeg har gjennomført dette i egen avdeling i løpet av de siste par årene og ble bedt om å presentere dette for arbeidsgruppen. Presentasjonen tok for seg arbeidet som er gjort i Fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinsk avdeling (FRMA) med plantall, kvalitet i styringsindikatorer og rapporter i DIPS og de driftsmessige prioriteringer sett i sammenheng med de faglige prioriteringer. Den påfølgende diskusjonen i arbeidsgruppen ble om dette var ønskelig og mulig å gjennomføre for alle avdelinger i UNN HF. Arbeidsgruppen var samstemt om at dette er et nødvendig men tidkrevende arbeid, om alle klinikker/avdelinger skal ha like forutsetninger for langtidsbudsjett bl.a. basert på plantall hentet fra styringsindikatorer i DIPS med felles grunnlag(input/output) og kvalitet. Verktøyet i DIPS er der i dag, ledere i UNN HF må bare være bevisst på lik bruk av verktøyet for å kunne bruke dette til å oppnå kvalitet i denne styringsinformasjonen.

Problemstilling og målsetting

Som et ledd i dialogavtalen mellom ledernivåene og som et krav fra sykehusledelsen, skal ledere bruke rapporter i DIPS til å skaffe styringsinformasjon for en del gitte styringsindikatorer. Dette er de indikatorene klinikkene/avdelingene blir målt på og skal prioritere etter, og jeg har derfor valgt følgende problemstilling;

Hvordan oppnå kvalitet i styringsindikatorer i DIPS slik at disse blir effektive lederverktøy i daglig drift, samt at ledere i UNN HF skal kunne gjøre nødvendige kortsiktige og langsiktige prioriteringer?

Todelt tilnærming;

a) For å kunne bruke styringsindikatorer internt og eksternt, så må registrering(input) og rapportering(output) gjøres ut fra retningslinjer og en prosedyre som er kvalitetssikret og lik for alle avdelinger i UNN HF.

b) Styringsindikatorer bevisstgjør ledere bl.a. på oppgaver og aktivitet, samt prioriteringer i forhold til mål og krav. Hva gjør ledere med styringsindikatorer og rapporter som bevisstgjør dårlig prioritering og dårlig utnyttelse av kapasitet og ressurser?

Effektmål (hva ønskes oppnådd)

- Øke bevisstgjøring og skape forståelse for bruk av styringsindikatorer på alle nivå i sykehuset.
- Kvalitetssikrede styringsindikatorer som bidrar til gode og riktige prioriteringer.
- Styringsindikatorer fra DIPS som et reelt lederverktøy på alle nivå.

Resultatmål (hvordan vil målet oppnås)

- Informasjon om styringsindikatorer og viktigheten av kvalitetssikring av registrering og rapportering blir utarbeidet.
- Retningslinjer og prosedyrer for registrering og rapportering av styringsindikatorer i DIPS blir utarbeidet.
- Plan for opplæring i samarbeid med interessenter blir utarbeidet.

Analyse og argumentasjon

Ved implementering av DIPS som det pasientadministrative system for UNN HF i 2004 og frem til i dag, har fokus i avdelingene vært på å ta i bruk de muligheter som finnes for registrering og rapportering. Videre har fokus vært å spisse mulighetene ut fra avdelingenes egne behov og ønsker, og blitt tilpasset deretter både for registrering og rapportering. Dette fokus er nå endret fra å utvikle og hente ut rapporter i tråd med det som registreres på alle nivå i organisasjonen, til en overordnet bestilling på sykehusnivå med en del gitte styringsindikatorer, se eksempel i vedlegg 4. Dette er styringsindikatorer det rapporteres på månedlig internt og eksternt, med noen felles indikatorer og noen ut fra driftsforskjeller i organisasjonen. Noe som understøttes i notat om Mål- og resultatstyring i staten 2006 som sier at styringsindikatorer som skal brukes til prioritering må legges opp slik at de er tilpasset virksomhetens egenart, risiko og vesentlighet. Allikevel resulterer dette ofte med at det brukes tid og energi ute i avdelingene på å bestride og ofte ikke å godta det tallmaterialet man blir konfrontert med som leder ut fra rapporter i DIPS. I stedet for å se på årsak til at datamaterialet oppleves som noe annet enn det ledere (og ansatte) opplever og erfarer i driften, bør man heller stille spørsmål som hvordan registreres aktiviteten, hvilke spøringer benyttes når det tas ut rapporter og finnes det prosedyrer for dette? Registrering og rapportering kan være mulig å påvirke, bevisst eller ubevisst. De som registrerer informasjonen, er ofte de samme som personene som vil omfattes av målingene, jfr. Mål og resultatstyring i staten 2006. Det er behov for å skape et bevisst forhold til styringsindikatorer i DIPS i alle ledd av organisasjonen, samt bruk av disse. Videre å etablere felles rutiner, samt prosedyrer for registrering og rapportering, til bruk i planlegging, drift, evaluering og sammenlikninger internt som etter hvert vil påvirke langtidsbudsjettet og fordeling av dette mellom avdelingene og klinikkene i UNN HF.

Fremdriftsplan med milepæler

Møteserie med alle klinikker	april 2012
Møte med kvalitetsutvalg	mai 2012
Ledermøtesak	september 2012
Bestilling til klinikker	oktober 2012
Opplæring og rutiner	høst 2012

I første fase planlegges en møteserie med alle klinikker og kvalitetsutvalget, for å orientere om det videre arbeidet og fremdriftsplanen. Dette følges opp med en ledermøtesak i sykehusledelsen (som oppfølging av en ledermøtesak i januar 2012 i samme sak), etter endelig notat fra arbeidsgruppen. Direktøren iverksetter bestillingen til klinikkene med å sikre kvalitet i styringsinformasjonen på alle nivå. I første omgang med den ulikheten i registrering og rapportering i DIPS slik det gjøres i dag. Dette parallelt med informasjon, opplæring og etablering av retningslinjer og prosedyrer. Avslutningsvis er målet å kunne prioritere etter kvalitetssikrede styringsindikatorer og rapporter, ut fra felles rutiner for alle i UNN HF.

Budsjett

Det er i prosjektet ikke satt av ressurser til opplæring og etablering av rutiner og prosedyrer. Ut fra erfaring og det som har vært oppe i arbeidsgruppen vil det sannsynligvis være behov for en stilling, i ett år med tilknytning SKIS evt. Fag- og forskning. Dette må være en person med bred kunnskap om DIPS og spisskompetanse om styringsindikatorer, rapporter og ledelsesinformasjon i DIPS, som må være på plass i tråd med fremdriftsplanen og mål for opplæring høsten 2012. Det må arbeides frem en god løsning, slik at denne personen kan ha spesielt fokus på dette i en tidsbegrenset periode, for å kunne gjennomføre møteserie med klinikkene/avdelingene, gi nødvendig opplæring, utarbeide retningslinjer, samt være tilgjengelig for klinikkledelsen i et år fra dette går ut som bestilling fra sykehusledelse til alle klinikker i UNN HF.

Risikoanalyse

I dette arbeidet er det viktig at alle ledd av interessenter ivaretar sine oppgaver og gjennomfører implementering som planlagt, for å sikre at arbeidet blir relatert til fremdriftsplanen. Videre er dette også viktig i forhold til arbeidet med at budsjett skal kunne fordeles ut fra bl.a. aktivitet. Om noen ledd forsinkes kan det få følger for helheten av arbeidet, men i et langsiktig perspektiv som en del av arbeidet med langtidsbudsjett så bør dette evt. legges inn i en justert fremdriftsplan.

Interessentanalyse

Interessentene i dette arbeidet omfatter alle nivå i organisasjonen fra direktøren som fatter beslutningen og iverksetter bestillingen til klinikker/avdelinger, til helsesekretærene som er de som omfattes direkte av opplæringsplanen og som i all hovedsak utfører registreringer. I tillegg er det interessenter innenfor IKT som er viktig i arbeidet med muligheter i DIPS og utarbeidelse av retningslinjer og prosedyrer på et overordnet nivå.

Kommunikasjonsplan

Kommunikasjonsplanen vil sammen med interessentanalysen og risikoanalysen bidra til en helhetlig tilnærming i dette arbeidet, både for å kvalitetssikre involvering av alle ledd og mulighet til å fange opp eventuelle behov for justeringer. Om det er deler av organisasjon som har behov for mer kommunikasjon eller behov for annen tilnærming enn andre deler av organisasjonen.

Konklusjon og anbefalinger

Arbeidet med å kvalitetssikre de styringsindikatorer som skal brukes til prioritering, planlegging og fordeling av ressurser, vil sammen med de faglige prioriteringer bidra i arbeidet med å kvalitetssikre rett pasient i rett seng og rett person på rett plass i UNN HF.

Det må synliggjøres hvem som har ansvaret for hva ved registrering, kontroll og rapportering av styringsindikatorer, hvor lederne må være tydelig i sitt ansvar for kvaliteten i styringsinformasjonen. Det må være definerte styringsindikatorer og felles retningslinjer for registrering og rapportering av disse, dette er en forutsetning for at styringsinformasjonen kan samles inn og rapporteres på samme måte hver gang. Sammenligning av aktivitet forutsetter at det vi sammenligner har lik kvalitet, jfr. Mål- og resultatstyring i staten 2006. Spesielt viktig blir dette når styringsinformasjon i DIPS og plantall i fremtiden skal brukes i et overordnet arbeid med langtidsbudsjett, prioriteringer og fordeling av oppgaver og ressurser i sykehuset. Dette vil berøre alle klinikker og krever at alle ledere tar ansvar i alle deler av prosessen i dette kvalitetsarbeidet.

Standardisering av styringsinformasjon i DIPS, registrering og rapportering, er noe som bør løftes og taes videre til RHF og til et nasjonalt nivå for de 70 % av sykehusene som bruker DIPS, hvor registrering og spørringer er mulig å ha lik ut fra felles retningslinjer. Helseforetakene har kunnskap og informasjon om innholdet i produksjonsprosessene og styringsinformasjonen, noe staten ikke har samme mulighet for innsyn i. Staten har derfor behov for standardisert styringsinformasjon som kan bidra til å sammenligne kvalitetssikret rapportering, som igjen gir grunnlag for evaluering, jfr. Økonomistyring i staten – likhet eller mangfold 2010.

Noe som vil gi mulighet for å se en del av aktiviteten internt i sykehusene og opp mot andre sykehus i Norge, ut fra lik kvalitet i styringsinformasjonen i DIPS. Dette gjøres allerede i dag av ledelse, myndigheter og media, både på regionalt og nasjonalt nivå, i forhold til sammenligninger av f.eks. styringsindikatorer ventetid, fristbrudd, epikrisetid eller ikke møtt. Da med bakgrunn i ulikheter i registrering og rapportering av viktig styringsinformasjon i DIPS slik det er i dag, noe som ofte ikke gir et korrekt bilde for sammenligninger av hverdagen i sykehus, målinger opp mot hverandre, ressursfordelinger eller til bruk for prioriteringer internt eller eksternt.