

Effektiv drift - styringsindikatorer i operativt nivå

Nasjonalt topplederprogram

Eli Haukland
OUSHF, Kvinne – og barneklirikken

Oslo, april 2010

Bakgrunn og organisatorisk forankring

Behandlingsforløpene er utgangspunktet for operativ styring i sykehuset. Styringsdata skal bidra til at ledere har oversikt over driften i egen enhet, og samtidig kunne dokumentere ressursutnyttelse.

Meningsfull informasjon er en av forutsetningene for anvendelse av styringsdata i virksomheten. Dataene bør være målbare, mest mulig entydige og i tillegg være lett tilgjengelig for lederen.

I forbindelse med planlegging av samlokalisering mellom enheter i Kvinne- og barneklubben i OUS (Oslo universitetssykehus), har det vært vesentlig å finne frem til data som beskriver pasientflyt og operativ drift. Tallene har vist seg å være vanskelig for den enkelte leder å fremskaffe.

Data tilknyttet drift finnes i ulike IT-program ved sykehuset, men tilgjengelighet og innhold dekker ikke i tilstrekkelig grad lederens behov for informasjon på det operative nivået. Derfor registreres det også data manuelt i egenkomponerte systemer for å sikre tilstrekkelig oversikt i egen enhet.

Forankring

Forbedringsarbeidet er diskutert og presentert for leder av Gynekologisk avdeling, hans ledergruppe og med seksjonens operative ledere. Problemstillingen setter fokus på en ønsket forbedring i organisasjonen.

Problemstilling og målsetting

Bruk av kvalitetsindikator er en av flere måter å overvåke og dokumentere kvaliteten på tjenesten som utøves. Tydelige indikatorer som beskriver ressursutnyttelse, vil gi lederen et objektivt styringsverktøy som vil bidra til iverksetting av nødvendige tiltak for å nå målsetting om effektiv drift i enheten.

I "Nasjonal strategi for Kvalitetsforbedringer ..og bedre skal det bli..", deles kvalitet i tjenestene inn i seks ulike områder. Et av dem er *god utnyttelse av ressurser*.

På det operative nivået i organisasjonen dreier god ressursutnyttelse seg om å styre virksomheten hensiktsmessig ut i fra tildelte personalressurser og utstyr, og samtidig sikre at pasientaktiviteten opprettholdes i samsvar med definerte mål.

Innenfor gitte rammer kan effektiv drift derfor beskrives som god kvalitet på tjenesten.

En av utfordringene er å ha tilstrekkelig informasjon til å kunne vite om enheten driftes hensiktsmessig, og i tillegg kunne bruke informasjonen til å gjøre nødvendige endringer.

Styringsinformasjon som etterspørres på overordnet nivå i foretaket er bla liggetid, DRG poeng, epikrisetid og fristbrudd. Dette er ikke like relevant i det operative nivået. Her vil nødvendig styringsinformasjon kunne dreie seg om pasientbelegg, bemanning og data tilknyttet arbeidsprosesser i relasjon til behandlingsforløpene.

Hovedmålet for effektiv drift er å sikre at økonomiske rammer utnyttes til det beste for pasientene.

Målsettingen med forbedringsarbeidet er å øke nytteverdien av styringsdata og på lengre sikt bidra til at ledere bruker styringsinformasjonen systematisk i den operative driften.

Effektmål og resultatmål

Prosjektets effektmål er å

- nyttiggjøre klinikerne kompetanse i forbedringsarbeid
- sikre god ressursutnyttelse basert på objektive data
- kvalitets sikre styringsdata på det operative nivået
- bedret økonomisk styring

Resultatmålene er å

- etablere styringsindikatorer på operativt nivå
- sikre at driften gjennomføres innen de gitte, økonomiske rammer

Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

I Oppdrags og bestillerdokumentet for Oslo universitetssykehus HF, heter det at de økonomiske rammer skal utnyttes til det beste for pasienten, og at det forutsettes at ledere på alle nivå slutter seg til mål og fokusområder. Et av seks fokusområder er å sikre bærekraftig utvikling gjennom god økonomisk styring. Ledere med sterk forankring i det kliniske, operative nivået, er nøkkelpersonell for å få til bedret økonomisk styring samt annet forbedringsarbeid i sykehuset. Dette er ledere med høy kompetanse tilknyttet pasientbehandling og personellforvaltning.

Ledere ønsker å bidra til høy kvalitet på tjenestene og ønsker gode resultater. En av driverne for å få til endring, er tilbakespill av måltall. Det forutsetter imidlertid at måltallene gir tydelige indikasjoner for hvordan egen enhet styres, slik at nødvendige endringer kan foretas. Dette understreker Lars Groth i sin bok "Ledere, org. & informasjonsteknologi" når han sier at IT-systemer i en kompleks organisasjon, aldri kan erstatte den menneskelige erfaringen og kunnskapen.

I oppdragsdokumentet stilles det videre krav om større systematikk i oppfølgingen av rapporter fra tilsynsmyndighetene for å sikre iverksetting av nødvendige tiltak, samt at organisasjonen lærer kontinuerlig. Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes økonomiske styring (Dokument 3:3 2009-2010), oppsummerer flere oppfølgingsområder. Et av dem omhandler styringsindikatorer (pkt2.7). Revisjonen beskriver at det er en klar tendens til at budsjetter i hovedsak videreføres fra år til år, og at ledere på høyere nivå mangler gode nok data for å vurdere endringsbehov. Dette innebærer en risiko for skjevfordeling i ressurser mellom de ulike enhetene, og at slike skjevheter opprettholdes. Usikkerheten ligger i om høyt ressursforbruk er medisinsk begrunnet, eller om det skyldes ineffektiv drift. Sitat: "Undersøkelsen viser derfor et behov for å videreutvikle og i større grad ta i bruk indikatorer som kobler informasjon om aktivitet, bemanning og ressurser." Gode styringsindikatorer i operativ drift vil bidra til en mer objektiv måte å belyse ressursutnyttelse på, og i neste omgang beskrive utfordringene en samlet avdeling står overfor.

Fremdriftsplan

Aktivitet	Beskrivelse/tidsangivelse	Ansvar
Forankring og forberedelse		
Presentasjon av foreløpig ide	Ledergruppen i Gyn. avdeling, ledere i egen seksjon, + analyseseksjonen, 18/2-10	Prosjektleder
Presentasjon av forbedringsarbeidet (metode, deltakere, fremdriftsplan)	Ledere i Gyn. avdeling innen uke 22, 2010	Prosjektleder
Planlegge forbedret praksis		
Beslutte deltakere	Innen uke 21, 2010	Avd. leder
Møte - og aktivitetssplan	Innen uke 21, 2010	Prosjektleder
Etablere styringsindikatorer	Innen uke 46, 2010	Prosjektleder
Utføre nye tiltak		
Teste ut forslag, utføre målinger	Innen uke 45, 2010	Prosjektleder

Budsjett – nøkkeltall

Arbeidet er planlagt gjennomført innenfor ordinær arbeidstid og uten innleie av vikarer.

Ressursbruk	Aktivitet	Tid
Bruk av interne ressurser i Gyn.avdeling	Work-shop (juni)	Inntil 20 personer i 7 timer
Operative ledere, drifts koordinatører	Arbeidsmøter	6 personer i 12 timer
Ledergruppen i Gyn.avdeling	Ledermøter	7 personer i 2 timer
Bruk av ekst. ressurser utenfor Gyn. avd.	Bistå forbedringsarbeidet	Ca 20 timer
Prosjektledelse	Administrativt arbeid	ca. 5 timer pr/uke

Risikoanalyse

Det er særlig tre risikoområder som utpeker seg tilknyttet forbedringsarbeidet.

1. Ansatte i OUS er involvert i store omstillingsprosesser.

I Kvinne- og barneklubben er mange medarbeidere deltakere i tidkrevende prosjekter, et nytt mottak skal åpnes høsten 2010 og i tillegg stilles det krav om opprettholdelse av ordinær drift. Dette er krevende prosesser for mange, men ikke minst for operative ledere. Det er derfor stor sannsynlig for at forbedringsarbeidet vil oppleves som merarbeid, at motivasjonen til å sette i gang er lav og at arbeidet ikke vil komme i gang, uten iverksettelse av konkrete tiltak.

2. Omstillingsprosesser og kompleksiteten i sykehuset vanskeliggjør samarbeidet.

Sykehuset er organisert vertikalt, mens tjenestene i behandlingsforløpene foregår horisontalt. Dette stiller store krav til samarbeid på tvers av enheter og avdelinger. De interne ledergruppene i avdelingene er fortsatt under etablering, og kompliserte samlokaliseringssjekter utfordrer samarbeidet.

3. Data tilknyttet styringsindikatorene vil være fragmentert og antagelig vanskelig tilgjengelig.

Dette forutsetter muligheter for tilgang til et elektronisk system som fanger opp vesentlige data, som enkelt kan hentes ut og som deretter kan vurderes av den enkelte leder.

Implementering av forbedringsarbeidet forutsetter derfor følgende tiltak:

1. Sterk forankring i linjeledelsen internt i avdelingen samt i klubben. Innebærer at ledelsen må erkjenne og formidle behovet for forbedring, sikre rammebetingelser, etterspørre aktiviteter og kreve resultater. Det må i tillegg skapes engasjement og motivasjon hos deltakerne ved å fokusere på gevinstene ved forbedringsarbeidet.
2. Linjeledelsen må bruke forbedringsarbeidet målrettet som et tiltak for å etablere og styrke ledergruppen i Gyn. avdeling, gjennom å utvikle gode samarbeidserfaringer.
3. Forankring i linjeledelsen er nødvendig for å sikre bistand fra støttefunksjoner. Disse må samtidig involveres tidlig i forbedringsarbeidet.

Konklusjoner og anbefalinger

Budsjettoverskridelser er mer vanlig enn det motsatte i helsetjenesten, og årsakene beskrives ofte av ledere å være underbudsjettering. Det er i dag ofte vanskelig å objektivt begrunne overskridelsen, dvs. om det skyldes medisinske årsaker, eller det dreier seg om ineffektiv drift. Riksrevisjonen viser til et behov for å utvikle gode styringsindikatorer.

Operative ledere i det kliniske feltet, har mye kunnskap tilknyttet sammenhengen mellom aktivitet, bemanning og ressurser. Arbeidet med å etablere styringsindikatorer vil hente ut denne kunnskapen og samtidig bidra til å øke lederes forbedringskunnskap i organisasjonen.

Effektiv drift og god økonomisk styring gir økt handlingsrom, som igjen gir økte muligheter for å lykkes med planlagt organisasjonsutvikling og forbedringsarbeid i sykehuset.

Risikoen ved å igangsette forbedringsarbeidet når organisasjonen er så presset som den er, er selvsagt tilstede. Jeg vil likevel anbefale at arbeidet startes opp i henhold til fremdriftsplanen, men understreker at tiltak tilknyttet de tre risikoområdene må følges opp for å lykkes med forbedringsarbeidet.

Vedlegg

Metode og verktøy for forbedringsarbeid

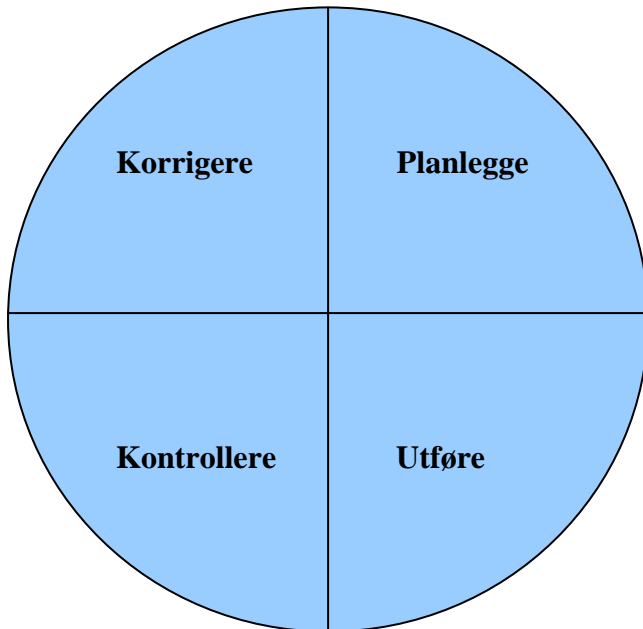
Risikoanalyse

Referanser

Vedlegg 1

Metode og verktøy for forbedringsarbeidet.

Utviklet av G. Langby og T. Nolan (kjent som Demings sirkel)

**Planlegge:**

Kartlegge nåværende praksis, involvere/informere, sette mål/tallfeste målene, planlegge forbedret praksis.

Utføre:

Iverksette i praksis – endre og gjøre et pilotforsøk.
Samle data, følge opp

Kontrollere:

Måle og analysere data i forhold til målene. Ble det som vi håpet?

Korrigere:

Forkaste, justere, etablere. Standardisere ny praksis, sikre videreføring og spre forbedringstiltakene.

I planleggingsfasen vil verktøy for å legge til rette for kreativ tenkning være viktig. Verktøyet jeg ønsker å benytte heter "Tenke annerledes", finnes på www.kvalitetsforbedringer.no, og beskrives på følgende måte:

Guiden thinking differently ble første gang utgitt i 2007 av National Health Services (NHS)-Institute for Innovation and improvement i England. Konseptet og verktøyene er ikke forbeholdt helsetjenesten, men brukes i mange ulike typer organisasjoner, ikke minst i industrien. Verktøyet har vist seg nyttig og meningsfullt i forhold til å tenke annerledes om det alle ser, og bidrar til å løse små og store utfordringer som helsetjenesten står overfor, på en mer effektiv måte. I England har verktøyet blitt benyttet av forbedringsteam i helsetjenesten i fem år.

Vedlegg 2

RISIKOANALYSE

Dato: 20/4-10	Avdeling/post: Gynekologisk avdeling	Klinikk: Kvinne- og barneklubben
------------------	---	-------------------------------------

Vurderingen er utført av (stilling/navn):

Seksjonsleder/ *Eli Haukland*

Situasjon, hendelse eller handling (beskrivelse)

Risikovurdering i forhold til: Menneske Miljø Økonomi Annet

- Operative ledere er involvert i krevende omstillingsprosesser i OUS. Arbeidstempoet er høyt og flere har fått nye arbeidsoppgaver og endret ansvarsområde.
- Ledere i klubben sitter i nye ledergrupper med nye kollegaer. Interne ledergrupper er fortsatt under etablering.
- Data tilknyttet styringsindikatorerne vil være fragmentert og antagelig vanskelig tilgjengelig. Utvikling av et godt lederverktøy omfatter at det elektroniske systemet kan "fange" opp nødvendig data.

Sannsynlighet

(vurdering)

Svært stor	<input type="checkbox"/>	<u>Risikoområde nr.1:</u> Forbedringsarbeidet vil oppleves som merarbeid.
Stor	<input checked="" type="checkbox"/>	
Moderat	<input checked="" type="checkbox"/>	
Liten	<input type="checkbox"/>	
Meget liten	<input type="checkbox"/>	
		<u>Risikoområde nr 2:</u> Samarbeid på tvers av enheter/avdelinger er vanskelig å få til.
		<u>Risikoområde nr 3:</u> Forbedringsarbeidet blir ikke prioritert av eksterne samarbeidspartnere.

Konsekvens

(vurdering)

Svært alvorlig	<input type="checkbox"/>	<u>Risikoområde nr.1:</u> Ledere mangler motivasjon til å sette i gang.
Alvorlig	<input type="checkbox"/>	
Moderat	<input checked="" type="checkbox"/>	
Lav	<input type="checkbox"/>	
Ubetydelig	<input type="checkbox"/>	
		<u>Risikoområde nr 2:</u> Forbedringsarbeidet forutsetter samarbeid på tvers.
		<u>Risikoområde nr 3:</u> Lederverktøyet kan bli mangelfullt.

Resultat - vurderingen viser at risikoen er:

Risikoen ligger i hovedsak i menneskelige faktorer. Dette handler om opplevelse av økt arbeidspres, manglende egenmotivasjon til å sette i gang og utfordrende samarbeid på tvers av enheter og støttefunksjoner.

Område 1 er uakseptabelt og krever tiltak. Område 2 og 3 er grenseområder hvor tiltak må vurderes.

Det må utarbeides en handlingsplan for konkretisering av tiltak, ansvar og frister.

KONSEKVENNS	Svært alvorlig	Gult = grenseområdet				Rødt = uakseptabelt
	Alvorlig					
	Moderat			Risikoområde 2/3	Risikoområde 1	
	Lav					
	Ubetydelig	Grønt = akseptabelt				
		Meget liten	Liten	Moderat	Stor	Svært stor
SANNSYNLIGHET						

Vedlegg 3

Referanser

Tittel	Kilde	År
Lederen, organisasjonen & informasjonsteknologien	Lars Groth (Fagforlaget)	2005
Nasjonal strategi for kvalitetsforbedringer i sosial og helsetjenesten..Og bedre skal det bli (2005-2015)	www.helsedirektoratet.no	Publ. 2005 (Sist endret 2009)
Ledergrupper – en underutviklet arena	Lederbulletin Nr. 03 (Artikkel av Bjørn Helge Gundersen)	2005
Organisasjonsutvikling i sykehus. Forbedringsarbeid i teori og klinisk praksis	Irene Sørås (Universitetsforlaget)	2007
Riksrevisjonens undersøkelse av økonomisk styring i helsevesenet	www.helsedirektoratet.no Dokument 3:3	2009-2010
Oppdrags og bestillerdokument OUS HF	www.helsesorost.no	2/3-2010
Metoder & verktøy	www.kvalitetsforbedringer.no (Kunnskapssenteret)	2010
Motstand mot forandring, eller: 10 gode grunner til at du ikke klarer å endre en organisasjon	www.sivil.no/magma.asp?FILE01998/01/011jacobsen.html (Artikkel av Dag Ingvar Jacobsen)	
Forankring i ledelsen	Hege Raastad Basmo / www.kvalitetsforbedringer.no	2010