



Revisionsrapport 2005 - 10- 11

Granskning av styrning på kliniknivå

Genomförd på uppdrag av revisorerna i Landstinget i Jönköpings Län

Sammanfattande rapport.



Jan von Heland

Nina Nilsson

Innehållsförteckning

Sammanfattning av iakttagelser och rekommendationer	3
Granskningens syfte och uppläggning.....	5
Granskningens fokusområden.....	7
Iakttagelser inom de sju fokusområdena	7
1. Målstyrning.....	7
Samband mellan vision, mål, strategi samt uppföljning/avvikelsehantering.....	7
2. Riskanalys och riskhantering	9
3. Incitament	9
4. Ansvars- och rollfördelning samt kommunikation och information	10
5. Processtyrning	11
6. Intern kontroll	12
7. Styrsystemsutveckling.....	13
Diskussionspunkter avseende Länssjukhuset Ryhov	14

Sammanfattning av iakttagelser och rekommendationer

Denna granskning belyser översiktligt effektiviteten i landstingets styrning – med fokus på klinik/enhetsnivå. Huvudsyftet med granskningen var att, mot bakgrund av denna översiktliga bild, peka på de risker i styrning och intern kontroll som bör uppmärksammas i fördjupande granskningsinsatser. Granskningen har utförts så att de granskade enheterna ska kunna få ett bidrag till sin fortsatta utveckling av styrning och interna kontroll.

Styrningens effektivitet

Gemensamt för de granskade enheterna är att styrningen på budgethållning är dominerande och väl etablerad i styrsystemet. Standarden i målstyrningen i övrigt varierar mellan klinikerna, några kliniker har arbetat länge med att via ”Utvecklingsguiden” bygga en fungerande intern styrning med både budgetstyrning och balanserat styrkort (BSC) som grund, andra har tillämpat den grundläggande budgetstyrningen och först på senare år inlett utvecklingen av andra styrverktyg. Samtliga kliniker har en klar ambition att förbättra målstyrningen.

Klinikerna hämtar stöd i sitt ledningsarbete genom sjukvårdsområdets utvecklingsguide. Utvecklingsguiden ger en god vägledning i utveckling av styrningen och bidrar till att skapa en struktur i klinikernas styrning på de kliniker där den används ambitiöst och uthålligt. För att få en effektiv styrning krävs förutom ett sådant stöd också en fokusering i styrningen, d v s tydlighet om prioriteringar och strategi för verksamhetsutvecklingen. Landstinget har i den delen uttalat ett antal övergripande prioriteringar och inriktningar som sedan brutits ned i styrkort. Detta styrkort är dock i huvudsak utformat som ett strategiskt styrinstrument. Granskningen visar att det finns en oklarhet om vision, mål och strategi på operativ nivå. Trots det offensiva utvecklingsarbetet finns därför några svagheter som bör rättas till.

En generell svaghet som bör rättas till i klinikernas styrsystem är att mål och mått inte är koordinerade så att de samverkar för att uppnå en strategi och inte heller har fokus på det som är kritiskt för förändring, utan omfattar ”viktiga” frågor i allmänhet. Därmed skapas inte fullt ut det förändringsinriktade samband mellan olika mål som är en av ”grundbultarna” i det styrverktyg som används (BSC). Symptomen på detta är att övergripande mål och mått inte upplevs som helt relevanta och att de är svåra att ”växla” ned till klinik, avdelnings- och gruppnivå på ett sätt som gör mål och mått till operativa styrverktyg.

För att klinikerna ska kunna skapa ett effektivt BSC bör klinikledningarna tydliggöra nuläge, vision och strategi – med utgångspunkt i överordnade strategiska mål för sjukhuset. Med utgångspunkt i klinikens strategi bör sedan mål och mått definieras. Samma ”nedväxling” av styrningen kan och bör göras mellan klinik- och avdelningsnivå, men det är mycket viktigt att denna nedväxling sker så att krav på dokumentation etc. minskar och hastigheten mellan mål – uppföljning – korrigerig ökar på avdelningsnivå och, om nedväxlingen fullföljs ytterligare ett steg, på teamnivå.

Inom samtliga kliniker finns svaga eller inga incitament för att nå verksamhetsmålen.

Detta gäller både organisatoriska incitament (t.ex. prestationsersättning) och individuella incitament (t.ex. lönehöjning, karriär, feedback från patienter, kollegor och chefer etc.). Granskningen visar att det pågår ett omfattande arbete inom landstingsgemensamma projekt för att klargöra lönekriterier och skapa jämförelsemöjligheter. Det finns i det arbetet anledning att uppmärksamma vikten av att skapa samband mellan verksamhetsmål, individuella mål och incitament.

Riskanalysen kan inom samtliga kliniker utvecklas till att bli ett verktyg i styrningen av verksamheten. I dagsläget fungerar riskanalysen bra för medicinska risker, vissa arbetsmiljörisker etc. men i övrigt är det med något undantag inte ett instrument som används på ett strukturerat sätt för att läsa av verksamhetsrisker inom klinikledningarna.

För Länssjukhuset Ryhov kan konstateras att det finns svagheter i samordning och samarbete mellan klinikerna. Ett skäl till att det finns brister i samverkan och intern effektivitet är att det saknas tydliga gemensamma mål och positiva incitament att nå dessa mål. Ett annat skäl är att det finns brister i de planeringsverktyg som används, t.ex. vid bokning av operation. Även för Kungshälsans Vårdcentral finns tecken på svagheter i samordning/samverkan. Behoven av förstärkt samverkan rör andra vårdcentraler och då särskilt arbetsprocesser, policys etc. men också och kanske särskilt, samverkan med andra delar i friskvårds- och sjukvårdskedjan. Vårdcentralen arbetar också med ett mycket kraftigt tryck på att klara höga tillgänglighetsmål, så höga att de i något fall upplevs som svåra att motivera medicinskt. Det är möjligt att tillgänglighetskraven gör att vårdcentralens verksamhet blir bred, i det att den når många patienter vid många tillfällen, men blir tunn ifråga om vårdinsatsernas omfattning.

Möjliga revisionella fördjupningsområden.

En revisionellt intressant fråga, mot bakgrund av den bild som granskningen gett, är hur landstingsstyrelsen avser att utveckla styrningen av verksamheten. En revisionsfråga skulle då kunna vara i vilken utsträckning landstingsstyrelsens ambitioner, planer och program för utveckling av styrningen kan bidra till att avhjälpa de svagheter som identifierats i denna granskning.

Inför en sådan granskning bör dock den nu gjorda, översiktliga, granskningen kompletteras med en fördjupande granskning för att ge ytterligare klarhet om väsentlighet och omfattning av de iakttagna svagheterna.

En sådan granskning bör avgränsas till:

- ”nedväxling” av strategi, mål och mätning mellan sjukhus/primärvårdsledning och klinik/enhet.
- Tydlighet i klinik-/enhetschefernas uppdrag och incitament
- Ansvarsfördelning (accountability) på olika organisationsnivåer avseende styrsystemets effektivitet

En alternativ möjlighet till fördjupning är att återupprepa granskningen på ytterligare ett sjukvårdsområde i syfte att skapa underlag för jämförelser. Det skulle då vara intressant att

något mer framhäva den ”poängsättning” av klinikernas styrning som görs i granskningen. Syftet med detta skulle vara att ytterligare utveckla ett utvärderingsinstrument som kan användas både av revision och verksamhet.

För att kombinera båda dessa ändamål krävs sannolikt en minskning av antalet deltagande enheter från fem till tre, om granskningen inte ska bli alltför kostnadskrävande.

Granskningens syfte och uppläggning

Eftersom landstingets verksamheter är komplexa med många mål- och intressekonflikter måste styrsystemet vara relativt väl utvecklat, både för att den demokratiska styrningen ska fungera och för att verksamheten ska kunna bedrivas effektivt. Motivet till att granska styrsystem är således starkt. Hitintills har revisionens granskningar främst inriktats på den övergripande styrningen.

Syftet med denna granskning är att ge en översiktlig bild av styrkor och svagheter i styrningen på lägre nivåer i organisationen (klinik/avdelning). Revisorerna har valt

- Vårdcentralen Kungshälsan
- Länssjukhuset Ryhov

som föremål för denna granskning.

Inom Länssjukhuset Ryhov har fyra kliniker valts ut:

- Barn- och ungdomsmedicinska kliniken
- Operations- och intensivvårdsenheten,
- Ortopedkliniken
- Rehabiliteringsmedicinska kliniken.

Avsikten är att denna översiktliga granskning ska kunna

1. Bidra till en tydligare bild av effektiviteten i landstingets styrning – med fokus på klinik/enhetsnivå
2. Mot bakgrund av denna översiktliga bild peka på de risker i styrning och intern kontroll som bör uppmärksammas i eventuell fördjupad granskning
3. Ge en utgångspunkt för vidareutveckling av de berörda verksamheternas styrning och interna kontroll

Denna rapport beskriver generaliserbara iakttagelser.

För varje enhet har en minirapport med beskrivning och bedömning av styrningen tagits fram. Vidare har en särskild rapport om internkontroll tagits fram. Samtliga delar i granskningen har sammanfattats i en powerpointpresentation.

Granskningens uppläggning

Granskningen har genomförts med följande hållpunkter

1. Introduktion
2. Klinikerna/enheterna fyller i frågeformulär
3. Fördjupningsseminarium för varje klinik/enhet där frågeformulär och fokusfrågor går igenom
4. Internkontrollgranskning
5. Mini-rapport till varje klinik/enhet
6. Kompletterande mini-seminarium med varje klinik/enhet
7. Avstämning av iakttagelser på klinik-/enhetsnivå (faktagranskning).
8. Presentation av rapport

Vid introduktionsseminariet träffade revisionen de valda ledningsgrupperna i var sitt gemensamt möte för att gå igenom arbetsuppläggning och frågeformulär. Därefter fyllde ledningsgrupperna i frågeformuläret och detta formulär utgjorde, tillsammans med dokumentation, underlaget för det 3-4 timmars fördjupningsseminarium som hölls med varje ledningsgrupp. Därefter ställdes ett arbetsmaterial samman som beskrev styrningen per klinik/enhet. Mot bakgrund av detta arbetsmaterial genomfördes ett avstämningsseminarium om 3 timmar med varje ledningsgrupp. De reviderade arbetsmaterialen ställdes därefter samman som "minirapporter" för varje klinik och faktagranskades av klinikerna. På basis av dessa minirapporter gjordes denna sammanfattande rapport.

För att få en helhetsbild över styrning och intern kontroll har också en internkontrollgranskning genomförts.

Vidare har en powerpointpresentation av granskningen gjorts. I denna presentation ingår också en översiktlig beskrivning av styrningen inom varje klinik, det PM som skrivits om varje klinik har fungerat som underlag för denna beskrivning.

Granskningen har således dokumenterats enligt följande:

- Fem minirapporter om styrningen på kliniknivå (en minirapport per deltagande klinik/enhet)
- En rapport om intern kontroll på klinikerna/enheterna
- En sammanfattande rapport i wordformat (denna)
- En sammanfattande powerpointpresentation där även en bedömning av varje klinik ingår

Granskningens fokusområden

Granskningen har utförts med stöd av COSO – ramverket. COSO - ramverkets fem olika delområden kontrollmiljö, riskanalys, kontrollåtgärder, information/kommunikation samt övervakning har fungerat som en bakgrund till framtagande av fokusområden för granskningen och som en första struktur för formuleringen av frågorna. Efter hand har COSO - anknytningen avsiktligt tonats ned för att undvika ett behov av förklaring av revisionell metod och istället kunna skapa fokus på de områden som granskningen rör. Den styrmodell som ligger till grund för flera av frågorna är också uppbyggd mot bakgrund av nationella och internationella erfarenheter av målstyrning.

De frågor som ställdes i självutvärderingen var indelade efter COSO-strukturen, men denna indelning ersattes under arbetet med fokusområden enligt nedan.

De sju fokusområdena är:

1. Målstyrning.
2. Riskanalys och riskhantering
3. Incitament
4. Ansvars- och rollfördelning samt information och kommunikation
5. Processtyrning
6. Internkontroll
7. Styrsystemsutveckling

För vart och ett av dessa sju fokusområden har varje enhets styrsystem granskats. Iakttagelserna för respektive fokusområde redovisas generellt för enheterna enligt följande.

Iakttagelser inom de sju fokusområdena

1. Målstyrning.

Samband mellan vision, mål, strategi samt uppföljning/avvikelsehantering

- Styrning på budgethållning är etablerad och dominerande.
- BSC är nyetablerad och verktyget stödjer i nuläget landstingsövergripande strategier och mål.
- Styrningen skapar inte en stark gemensam målbild och samordning mellan klinikerna.
- Klinikernas vision och strategi är genomgående otydlig.
- Inom klinikerna finns generellt sett svagheter i nedbrytning, anpassning och precisering av strategier, mål och mått.
- Avvikelser från mål hanteras i huvudsak på klinikledningsnivå.

Inom sjukvårdsområdet används "Utvecklingsguiden" som ett stöd för ledningsarbetet. Utvecklingsguiden har en bred acceptans inom klinikernas ledningsgrupper och den ger en stadga i styrningen av klinikerna. Inom sjukvårdsområdet tillämpas också Balanserat Styrkort (BSC) för att koordinera mål och strategier. Med balanserad styrning menas att modellen söker sammanlänka (balansera) flera målområden (eller perspektiv) inom styrning, bl.a. ekonomi (ofta budgethållning), produktion/produktivitet, kvalitet, utveckling etc.

Det är lätt att konstatera att kraften i styrningen är "ojämnt balanserad" i det avseendet att budgethållning är klart överordnat andra styrmål och att kvalitetsstyrningen är det styrperspektiv som är vagast preciserat inom linjestyrningen. Denna obalans är i sig inte nödvändigtvis ett allvarligt problem förutsatt att den bygger på en strategi som på ett klart sätt beskriver hur kliniken avser att i praktiken lösa avvägningen mellan ekonomi, kvalitet, produktivitet och utveckling. Ingen av klinikerna har en tydlig egen verksamhetsstrategi i den meningen att det finns ett tydligt vägval (prioritering) mellan olika mål och en tydlig beskrivning av färdriktning i enlighet med detta vägval. Därmed saknas en viktig förutsättning för att översätta övergripande strategiska mål till en sammanhängande strategi och samverkande mål på operativ nivå. Styrmodellen tappar därför precision och styrka i nedbrytningen

En grundbult i det styrverktyg som används (BSC) är att de olika perspektiven ska stärka varandra så att verksamhetens strategi ska stödjas i alla resultatmål. Det bör med andra ord finnas ett samband mellan olika mål som berör produktivitet, kvalitet, utveckling etc. Detta samband bör inom organisationer som har många olika verksamheter och processer analyseras särskilt innan mål och mått bestäms.

Eftersom hela landstinget använder sig av balanserat styrkort så kan det vara på sin plats att understryka att svagheter i strategiformulering är en av de vanligaste orsakerna till att denna styrmodell "inte når hela vägen". Problemet är alltså inte på något sätt unikt för de granskade klinikerna. Ska styrningen fås att fungera bättre på operativ nivå så krävs att klinikerna, utifrån övergripande strategiska mål och egna förutsättningar formulerar nuläge, vision och strategi och styr mot denna strategi internt.

En annan svaghet inom offentlig verksamhet är att "outcome" (t.ex. effekt av medicinsk insats) inte har fångats upp i styrsystemen och att "impact" (uppfyllandet av övergripande samhällsmål) inte "växlats ner" från övergripande visioner och därför inte heller fungerat som styrande inriktning. Denna granskning bekräftar i stort denna bild även för Landstinget i Jönköpings län. Inom flera kliniker förs medicinsk effekt successivt in i styrningen, främst genom deltagande i kvalitetsregister och återföring av jämförelseresultat. Men här finns ytterligare möjligheter till utveckling, möjligheter som i Landstinget i Jönköpings län borde kunna tas till vara med stöd av de internationella erfarenheter som landstingets utvecklingsverksamhet hämtat in. Men granskningen tyder på att detta förutsätter en förstärkt koppling mellan utvecklingsverksamhet och linjestyrning.

2. Riskanalys och riskhantering

- God allmän riskmedvetenhet
- I särskilda riskområden (medicinska risker, strålningsrisker etc.) finns en strukturerad och genomarbetad riskhantering
- Ingen övergripande riskanalys görs vilket ger otydlig riskprioritering och oklarheter i riskhantering

En generell iakttagelse är att samtliga i granskade enheter har en god riskmedvetenhet. Som förväntat är de medicinska riskerna och arbetsmiljöriskerna de mest bevakade inom sjukvården. Det är också här som den mest utvecklade riskhanteringen finns.

Det finns dock ett behov av att förstärka den övergripande riskanalysen samt utveckla prioriteringen av risker. I det sammanhanget skulle man vinna på att använda en gemensam mer utvecklad modell för riskanalys som både levererar underlag för riskhantering och för strategiutveckling.

Ur revisionell synpunkt vore det också värdefullt om klinikerna bättre utnyttjade möjligheten att knyta riskanalys till intern kontroll. På så vis skulle de problem och svagheter som finns i den interna kontrollen kunna minimeras utan revisionens direkta inblandning.

3. Incitament

- Svaga eller inga ekonomiska incitament till organisationerna för att nå verksamhetsmål.
- Svaga eller inga incitament till samverkan mellan kliniker och inom kliniker.
- Svagheter i koppling mellan verksamhetsmål och individuella mål. Svaga eller inga individuella incitament för att nå verksamhetsmål.
- Jämförelser med externa kliniker ger, där de görs, incitament till utveckling av produktivitet och medicinsk kvalitet

Inom samtliga kliniker finns vaga eller inga incitament för att nå verksamhetsmålen. Detta gäller både organisatoriska incitament (t.ex. prestationsersättning) och individuella incitament (t.ex. lönehöjning, karriär etc.). Så även om chefer och personal har en insikt om möjliga effektiviserings- och förbättringsåtgärder, vilket man har, så finns små incitament att genomföra det ofta konfliktfyllda arbete som krävs för att realisera dem.

Dokumentation och intervjuer ger en generell bild av att lönekriterierna för medarbetare främst är inriktade på administrativ förmåga, utbildning och förmåga att arbeta i grupp. Kriterier som har att göra med förmåga att nå arbetsgruppens eller enhetens mål har inte samma tyngd eller är inte formulerade/använda. Till detta kommer också att lönepotten vanligen är liten och att mängden kriterier som löneökningen ska baseras på är stort.

De relativt otydliga incitamenten för att hålla uppe produktionen, både för organisation och för individ, medför att det finns en risk för att en minskning av tilldelade resurser slår igenom i att antalet vårdtillfällen minskar. För närvarande pågår inget arbete för att förstärka de organisatoriska incitamenten genom att fördela resurser efter produktionsvolym, kvalitet etc. Granskningen visar att det pågår ett omfattande arbete inom landstingsgemensamma projekt för att klargöra lönekriterier och skapa jämförelsemöjligheter. Det finns i det arbetet anledning att uppmärksamma vikten av att skapa samband mellan verksamhetsmål, individuella mål och incitament, för närvarande är inte det sambandet i fokus för de nämnda projekten.

Klinikledningarna har generellt sett en ambition att synliggöra medarbetarnas prestationer, men det saknas en gemensam struktur eller process för detta, arbetet blir istället avhängigt enskilda chefers förmåga och möjlighet att avsätta tid för detta ändamål. Försöken att göra individernas prestationer synliga saknar därför det stöd i rutiner och den koppling till verksamhetsstyrning som skulle göra dem långsiktigt framgångsrika. Inom sjukhuset har också några chefer ett så stort antal underlydande medarbetare att ett synliggörande av individuella prestationer är svår genomförbart. Därmed blir det naturligtvis också svårt att styra arbetsätt och processer, d v s i praktiken svårt för linjeorganisationen att proaktivt styra kvalitet och kostnader i mötet med patienten.

Sammantaget finns anledning för klinikerna och sjukhuset att på ett tydligare klargöra hur olika incitament som lön, karriär, feedback från patienter, kollegor och chefer etc. ska hanteras i syfte att stärka individuell drivkraft.

En intressant iakttagelse är att mätningar och jämförelser av kostnad per vårdtillfälle etc. kan ge ett starkt incitament åt klinikerna. Inom vården finns möjligheter att jämföra produktivitet, kvalitet etc. med andra kliniker inom landet, vilket i vissa fall har gett drivkraft åt flera kliniker, men även den ”jämförelse med sig själv” som sker inom klinikerna kan ha en klart positiv effekt. Det finns därför all anledning att utveckla fler jämförelser, både i syfte att ge incitament och för att identifiera effektiva lösningar genom jämförelser.

4. Ansvars- och rollfördelning samt kommunikation och information

- Cheferna har i praktiken ett relativt väl definierat mandat, men chefsuppdraget bör tydliggöras.
- God kommunikation/information inom ledning samt information gentemot personal.
- Ingen dokumenterad styrprocess inom flera kliniker.
- Svårigheter med att få ekonomisk och övrig rapportering att fungera under avdelningsnivå.

Klinikcheferna har ett tydligt formellt ansvar även om deras faktiska mandat att fatta självständiga beslut i verksamhetsfrågor har en tendens att minska om kliniken inte klarar sin ekonomi. I och med att mål och strategi för verksamhetsförändring inte är helt tydligt uttryckt på klinikinivå så blir inte heller chefsuppdraget, dvs. mål och strategi för att åstadkomma denna

förändring, tydligt formulerat. På chefsnivåerna under klinikchef finns motsvarande otydligheter.

Inom klinikerna är (med ett undantag) inte styrprocessen dokumenterad eller på annat sätt tydliggjord internt, utöver den klinkövergripande budget- och målstyrningsprocessen. Därmed finns ingen tydlig beskrivning av hur nivåerna under klinikledning (avdelning, sektion, grupp, individ) involveras i styrprocessen på kliniken. En fördel med att ha en sådan beskrivning är att chefer och medarbetare lättare kan förstå hur klinikens styrning fungerar och vilken möjlighet som finns till påverkan och delaktighet i styrning och utvärdering. En annan fördel är att en genomarbetad (och beskriven) intern styrprocess är en viktig förutsättning för att få en koppling mellan mål, strategier, uppföljning och incitament på de olika nivåerna i organisationen.

Dialogen inom klinikerna, dvs. mellan klinikledning och avdelningar är givetvis fokuserad på de starka styrsignalerna och har i viss mån en tendens att bli mer information än dialog. Ändå vill vi understryka att samtliga granskade kliniker har en god kommunikation.

Inom samtliga kliniker finns svårigheter med att få fram relevanta och trovärdiga uppföljningsdata på lägre nivå inom organisationen. Ekonomisystemen levererar data som används i månatliga genomgångar på avdelningsnivå för de kliniker som har större avdelningar, men det är svårt att skapa klarhet om skälen till förändringar och avvikelser. Under avdelningsnivå genereras för närvarande inga ekonomiska data.

5. Processtyrning

- Oklarheter om processägares ansvar och mandat ifråga om sjukhusövergripande processer.
- Svag eller ingen styrning av ekonomi i processer.
- Stark styrning av kvalitet i processer.
- Svaga incitament för att äga processer, liksom för att bygga vårdkedjor och vårdprocesser.
- Svag styrning/samordning av vardagsprocesser
- Svårt att utläsa strategi för fortsatt processutveckling

Granskningen visar, i likhet med granskningar som gjorts inom andra landsting, att processerna har en stark kvalitetsstyrning, men en svag ekonomisk styrning. Styrningen av processerna är i grova drag en omvänd bild av linjestyrningen, där kvalitetsstyrningen är relativt svag och ekonomistyrningen stark.

Det finns också några paralleller till styrkor och svagheter i styrningen av linjen, t.ex. är kopplingen mellan processmål och individuella mål diffus och incitamenten till att nå processmål svaga. Det som driver kvalitet och effektivitet i processerna är inte vårdorganisationens styrning utan snarare professionella ambitioner hos medarbetarna.

Granskningen visar inte på någon stor friktion mellan linjestyrning och processtyrning. Till stor del beror detta sannolikt på att prioriteringarna mellan kvalitet och ekonomi inte är så skarpa eftersom resurserna inom vården räcker för att klara en god medicinsk kvalitet.

I ett större perspektiv kommer sannolikt en fortsatt strävan efter högre effektivitet att ställa mycket stora krav på processtyrning, samt, vilket är lika intressant, på förmågan att styra flera samverkande processer (vårdkedjor) som var och en har många samverkande kommunala och privata aktörer.

Granskningen visar att det finns brister i styrningen av de sjukhusinterna processerna. Det finns t.ex. brister i tidbokning av operationer som leder till onödig ”tomtid” liksom vissa brister i journalhantering som leder till att tid går till eftersökning av dokument. Men det finns också en generell uppfattning av att samverkan mellan kliniker inte fungerar som avsett och att det finns en stor utvecklingspotential för sjukhuset om vardagsprocesserna kunde fås att flyta smidigare över klinikgränserna.

Mot den bakgrunden är det angeläget att styrningen av processerna utvecklas, vilket i sin tur kräver en tydligare strategi för, och uppföljning av, processutvecklingsarbetet på klinisknivå. För sjukhuset gemensamt finns också anledning att tydliggöra den centrala rollen och strategin för fortsatt processutveckling ytterligare.

Vad gäller samverkan med primärvård så är den gemensamma processtyrningen fortfarande mycket avlägsen. Det finns ett antal vägval som måste göras ifråga om ansvaret för processerna. Ett av de viktigaste vägvalen är om sjukhuset ska styra processerna efter diagnos (enbart) eller om styrningen ska ske utifrån en vårdplan som läggs upp i samband med inskrivning. Den förra varianten har vissa likheter med styrning av produktionsflöden i industrin och den senare har vissa likheter med projektstyrning. Båda varianterna kommer att finnas inom vården men det är viktigt att klargöra när den ena eller andra ska användas och hur/av vem de ska samordnas/styras.

6. Intern kontroll

- I huvudsak god intern kontroll
 - Polycys och regler uppdaterade och tillgängliga, men förankringen av policyförändringar bör förbättras
 - Anställningar hanteras utan anmärkning och villkorsförändringar mm sker enligt instruktion.
 - God grundläggande ekonomisk kontroll, men attestrutinerna bör tydliggöras för att undvika beroendesituationer.
 - Internkontrollplanen bör omfatta förrådshantering mm
- Tydliggör sambandet mellan verksamhetsstyrning och intern kontroll
- Implementera internkontrollplan på klinisknivå

Sammanfattningsvis är den interna kontrollen för de undersökta områdena väl fungerande hos samtliga kliniker. Polycys och rutiner är i stort väl dokumenterade och ansvarsfördelningen

tydlig. Det saknas dock forum för att påverka policyutformningen. Processen för policyutformningen bör bli mer transparent eftersom det är praktiskt omöjligt att involvera alla berörda i policyutformning.

Den interna kontrollplan som fastställts av landstinget har inte gjorts känd på klinikerna. I den interna kontrollplanen ligger ett väldigt viktigt uppföljningsarbete som löpande ska belysa förbättringsområden och följaktligen syftar till att skapa en väl fungerande och pålitlig policytillämpning. Det är centralt att klinikerna förstår betydelsen av intern kontroll samt att den interna kontrollplanen implementeras och görs till ett strategiskt verktyg och inte till en pålaga.

Uppföljningen av den interna kontrollen vilar idag på för få medarbetare, liksom förståelsen för helheten i intern kontroll och sambandet med verksamhetsstyrningen i övrigt, därav det upplevda nyckelpersonsberoendet hos klinikerna.

Inom personal- och administration är tillämpningen av policys och rutiner god. Klinikerna själva har identifierat rekryteringsprocessen och rehab-processen som områden med förbättringspotential.

Den ekonomiska kontrollen är i huvudsak uppstyrd genom policys, riktlinjer och rutiner. Det som behövs är ett förtydligande av reglerna för att förhindra beroendeskop mellan prestations- och beslutsattester samt att man genom den interna kontrollplanen följer upp förrådsbeställningar, rekvisitionsinköp, reseräkningsredovisning samt kriterier för val av leverantör i de fall där detta görs direkt av klinikerna.

Den ekonomiska rapporteringen upplevs som fungerande. För att den interna kontrollen ska kunna innehålla en rimlighetsbedömning så måste kostnadsposterna vara möjliga att härleda och förstå. Interndebitering (lab och remiss), rikssjukvård, öppenvårdsläkemedel och personalkostnader som orsakats utanför kliniken är exempel på kostnadsposter som anses vara svåra att härleda och bedöma. Ur internkontrollsynpunkt vore det önskvärt att mängden sådana poster minskade.

7. Styrsystemsutveckling

- BSC är på de flesta klinikerna inte ett levande verktyg för ledningen.
- Det saknas generellt sett en sammanhållande strategi för utveckling av styrningen (budgetstyrning, BSC, incitament etc.)
- Styrsystemets syfte är inte klargjort och styrsystemet utvärderas inte.
- Ledningsgrupperna bör förtydliga syfte med, och prioriteringar inom, styrsystemet.
- Styrsystemet bör utvärderas regelbundet.

Ett fokusområde i frågorna har varit hur respektive ledningsgrupp uppfattar sitt ansvar för att skapa och upprätthålla ett fungerande styrsystem. Våra frågor har berört om och hur styrsystemet utvärderas av ledningsgruppen, om det finns ett uttalat syfte med styrsystemet, om ledningen uppfattar systemet som "givet från ovan" eller om de anser att de har stora

möjligheter till förändring och utveckling samt om de i så fall har genomfört/deltagit i sådant utvecklingsarbete.

En poäng med detta fokusområde är att det berör chefernas/ledningsgruppernas ansvar för att styrsystemet fungerar. Om klinik/enhetsledningen ska kunna ta ett sådant ansvar så måste det finnas ett uttalat syfte med styrsystemet och en form för regelbunden utvärdering av styrsystemet. Iakttagelserna som gjorts styrker att styrsystemet i huvudsak ses som ett sjukhusövergripande system som klinikledningarna inte direkt ansvarar för och som de inte utvärderar på något systematiskt sätt. I viss mån kan antas att detta sätt att se på styrsystemet hänger samman med svårigheterna att bryta ned och anpassa övergripande mål och strategier, svårigheter som skapar en känsla av att styrsystemet är givet från ovan.

Vid seminarierna har det framgått att ledningarnas intresse för styrsystem är stort och att det finns en betydande kunskap om konkret praktisk styrning inom organisationen. Det som saknas är sammanhanget, dvs. en mer översiktlig kompetens som kan ge en strategi för utveckling av styrsystemen. En sådan strategi måste baseras på en verksamhetsstrategi som visar på en roll för styrsystemet och ett syfte med styrningen. Om dessa ingredienser finns så blir det också möjligt att utvärdera styrsystemet betydligt mer ingående än vad som gjorts i denna granskning. Fram till dess kan denna metod och särskilt den självutvärdering som inledde granskningen vara till hjälp.

Diskussionspunkter avseende Länssjukhuset Ryhov

Under arbetet har de fyra kliniker inom Länssjukhuset Ryhov som berörts av granskningen fått varsin ”minirapport” som kunnat användas som utgångspunkt för fortsatt utvecklingsarbete. Till detta kan också fogas iakttagelser som har bäring på sjukhusledningens styrning. I samband med redovisningen av projektet för sjukhusets ledningsgrupp redovisades och diskuterades förslag till sådana åtgärder.

Eftersom granskningen inte omfattat sjukhusets styrsystem så har inte förslagen konkretiserats ytterligare utan redovisas här enbart som diskussionspunkter.

Sjukhusledningen bör:

- Förtydliga sjukhusets vision, nuläge, strategi etc så att denna gemensamma bild kan bli ett underlag för klinikernas styrning.
- Skilja för strategin kritiska styrmål/styrmått från ”viktiga saker att följa”..
- Initiera ett utvecklingsarbete som syftar till förstärka incitamenten till måluppfyllelse
- Styra övergripande förändrings-/utvecklingsprojekt på ett sätt så att deras måluppfyllelse i relation till strategiska mål kan utvärderas.
- Tydliggöra övergripande processansvar ytterligare.
- Utveckla processtyrkort.
- Mäta resursåtgång i huvudprocesser.
- Genomföra övergripande riskanalyser i ledningsgruppen
- Utvärdera styrsystemet årligen.