

Svanell Konsult AB

**Granskning av verksamhetsstyrning  
med fokus på klinik- och avdelningsnivå**

En granskning på uppdrag av Region Skånes revisorer

augusti 2006

Bo Nordestedt  
Jan Svanell

## Innehåll

1. Sammanfattning	3
2. Bakgrund och uppdrag	6
3. Metod	7
4. Lasarettet Trelleborg	9
5. Verksamhetsstyrningen vid Lasarettet Trelleborg	11
6. Diskussion om verksamhetsstyrning	16
7. Förslag till förenklad granskningsmetod	21

## Bilagor

Bilaga 1: Förenklad granskningsmetod – förslag till frågeinnehåll

## Granskning av verksamhetsstyrning med fokus på klinik- och avdelningsnivå

### 1. Sammanfattning

Revisorerna i Region Skåne har önskat få en bild av hur styrning och ledning fungerar på klinik-, avdelnings- och ledningsnivå vid ett av regionens mindre sjukhus och har därför givit uppdrag åt Svanell Konsult AB att granska verksamhetsstyrningen vid Lasarettet Trelleborg.

Utgångspunkten för granskningen har varit det kritiska i kopplingen mellan övergripande mål och strategier på ledningsnivå och det som faktiskt sker på den operativa verksamhetsnivån. Uppdraget har inneburit att, utifrån prioriterade mål och utvecklingsområden för Region Skånes hälso- och sjukvård, undersöka hur dessa omsätts och påverkar det som faktiskt sker i verksamheten. Granskningsmetodiken har baserats på en kombination av genomgång av tillgänglig dokumentation och strukturerade intervjuer.

Vi konstaterar i vår granskning att genomförandet av Skånsk Livskraft är det som varit högst prioriterat vid lasarettet under de senaste åren. De strukturella och verksamhetsmässiga förändringar som ligger i detta har också genomförts konsekvent och målmedvetet enligt de politiska besluten och den egna handlingsplanen.

Detta har naturligtvis påverkat den tid och det engagemang som kommit att ägnas åt att utveckla den mer löpande verksamhetsstyrningen samt metoder och arbetssätt för detta.

I granskningen lyfter vi fram ledarskapet på alla nivåer som det enskilt starkaste styrinstrumentet. Det är ledarskapet och den aktiva dialogen med medarbetarna som avgör. Ju otydligare mål desto viktigare blir ledarskapet.

De övriga framgångskriterierna för en effektiv verksamhetsstyrning handlar alla om att med systematik och dialog skapa tydlighet i den röda tråden mellan övergripande politiska beslut och de mål som används i det dagliga vårdarbetet. Vår bedömning efter denna granskning är att måluppfyllelsen för de övergripande målen kan förbättras genom ett mera systematiskt och bättre sammanhållet arbete genom alla styrvåer.

De förbättringsområden vi vill peka på är följande:

- Verksamheten behöver mer hjälp med att sortera, prioritera, tolka och konkretisera bland alla övergripande mål och policys som de skall styra efter. Detta är en uppgift för sjukhusledningen och ledningsgruppen, men även distriktsnämndens kansli har en viktig roll i att göra uppdragen så tydliga och konkreta som möjligt. Allra bäst vore

naturligtvis om antalet mål i de övergripande måldokumenterna redan från början kunde begränsas och göras mer tillämpliga i den operativa verksamheten.

- Upprätta skriftliga verksamhetsöverenskommelser årligen mellan sjukhusledning och verksamhetschefer om vad som ska göras under året, vilka resurser som disponeras för detta och vilken uppföljning som ska ske. Sådana överenskommelser saknas idag vid lasarettet Trelleborg.
- Säkerställ att den som har budgetansvar på någon nivå får en fastställd budget i tid inför ett nytt verksamhetsår och därigenom ges förutsättningar att ta sitt ekonomiska ansvar. Detta är ett förbättringsområde som rör Region Skånes budgetprocess i sin helhet.
- Gör uppföljningen till ett redskap som gagnar verksamheten och dess utveckling. Det innebär att uppföljningen på verksamhetsnivå behöver utvecklas samtidigt som ambitionsnivån i den övergripande verksamhetsuppföljningen på regionnivå kan behöva sänkas. Klyftan är nu för stor för att man skall kunna mötas i en riktigt konstruktiv dialog och använda uppföljningsresultaten för att utveckla och förbättra verksamheten.

Det systematiska arbetet med att synliggöra den ”röda tråden” på klinikinivå fungerar riktigt bra inom några verksamhetsområden utifrån de givna förutsättningarna. Övriga verksamhetsområden har också inlett en process i samma riktning. Vi tror att med de förbättringar som föreslås kommer denna utveckling få tillräcklig stimulans och bränsle för att drivas vidare.

En del i uppdraget har också varit att peka på de risker i verksamhetsstyrningen som ur revisionell synpunkt skulle kunna vara intressanta att granska närmare:

- Ledarskapet har lyfts fram som det enskilt viktigaste styrinstrumentet. Men den mycket omfattande delegationen av en rad olika uppgifter och ansvar till avdelningschefsnivå upplevs som mycket energi- och tidskrävande av många. Det finns en påtaglig risk att verksamhets- och avdelningsledningarna ska ansvara för så många olika och varierande uppgifter att det egentliga ledarskapet för verksamheten och dess utveckling kommer i andra hand. Det kan därför finnas anledning att närmare granska vilka förutsättningar första linjens chefer får för att utöva sitt ledarskap.
- Uppdrag, mål och incitament för olika delar av hälso- och sjukvården kan riskera att bli motsägelsefulla och kontraproduktiva. Vi har i intervjuerna bl.a. mött flera synpunkter på att t.ex. sjukhus och primärvård inte alltid har överensstämmande mål och därmed inte heller alltid drar i samma riktning. Det kan därför finnas anledning att granska om uppdrag, mål och incitament för sjukvårdens olika producenter harmonierar och samverkar till bästa måloppfyllelse för helheten

Granskningsrapporten innehåller även ett förslag till en förenklad granskningsmetod som revisorerna kan använda för att snabbt få en bred bild av styrkor och svagheter i många klinikers interna styrning. En metod med vilken man kan identifiera problemområden och få en översiktlig ”temperaturmätning” av verksamhetsstyrningen vid samtliga kliniker på alla regionens sjukhus.

## 2. Bakgrund och uppdrag

Revisorerna har tidigare genomfört en granskning av styrning, ledning och intern kontroll med särskilt fokus på kliniknivån vid Hässleholms sjukhus. I den granskningen konstaterades bland annat att det är i kopplingen mellan organisationens övergripande strategi och praktik på enhetsnivå som svagheter i styr- och ledningssystemen blir synliga.

Regionfullmäktige har nu fastställt en ny styrmodell för hälso- och sjukvården, Skånsk Livskraft – vård och hälsa. Utifrån sina fyra logiker utgör Skånsk Livskraft nu grunden för verksamhetsstyrningen.

En styrmodell syftar framför allt till att ange mål, inriktning, kvalitet och omfattning för verksamheten. Sett ur ett revisionsperspektiv blir härmed effektiviteten i hela styrprocessen av särskilt intresse. Ett mått på effektivitet är graden av måluppfyllelse utifrån de fyra nyss nämnda parametrarna.

Utgångspunkten för denna fördjupade granskning är det kritiska i kopplingen mellan övergripande mål och strategier på ledningsnivå och det som faktiskt sker på den operativa verksamhetsnivån. Uppdraget har inneburit att, utifrån prioriterade mål och utvecklingsområden för Region Skånes hälso- och sjukvård, undersöka hur dessa omsätts och påverkar det som faktiskt sker i verksamheten.

Revisorerna har önskat få en bild av hur styrning och ledning fungerar på klinik-, avdelnings- och ledningsnivå vid ett av regionens mindre sjukhus. Valet har fallit på Lasarettet Trelleborg.

Granskningens syfte har varit att:

- bidra till en tydligare bild av effektiviteten i regionens styrsystem, med fokus på kliniknivån,
- visa på de risker i styrning och intern kontroll som ur revisionell synpunkt bör bli föremål för fördjupad granskning i kommande revisionsinsatser,
- ge ett översiktligt underlag i form av diskussion, kartläggning och förslag om sjukhusets styrning och interna kontroll,
- förenkla granskningsmetoden så att revisorerna kan använda den för att skapa en bred bild av svagheter och styrkor i många klinikers interna styrning och kontroll.

## 3. Metod

Granskningsmetodiken har baserats på en kombination av genomgång av tillgänglig dokumentation och strukturerade intervjuer. I samband med en förberedande upptaktsträff med ledningen för Lasarettet Trelleborg har sjukhusledningen överlämnat de dokument som man menar är de styrdokument som gäller för lasarettet:

- Uppdrag 2006 (med bilagor) från Distriktsnämnden resp. Hälso- och sjukvårdsnämnden
- Lasarettet Trelleborg, nuläge och visioner med handlingsplan för genomförande av Skånsk Livskraft (sjukhuschefen)
- Region Skånes vision och strategiska plattform – ”Bättre liv i Skåne” (regiondirektören),
- Strategisk plattform för lasarettet Trelleborg (lokal anpassning med regiondirektörens dokument som grund).

Ytterligare dokumentation som överlämnats och studerats är Regionens budget med åtföljande målbeskrivningar för innevarande år. Till detta kommer mallar och frågor från Hälso- och sjukvårdsledningen och distriktsnämndens kansli med inriktning på verksamhetsuppföljning.

Strukturerade intervjuer har genomförts enligt följande:

- sjukhusledningen vid lasarettet,
- samtliga verksamhetschefer vid lasarettet,
- samtliga avdelningschefer inom lasarettets verksamheter.

Vid granskningen av dokumentationen och i intervjuerna har vi fokuserat på följande frågeställningar:

- Hur omsätts de övergripande måldokumenterna i konkreta och användbara mål för klinikerna?
- Görs en nedbrytning till operationella mål? Hur och av vilka?
- Finns det en tydlighet och mätbarhet i målen för olika ledningsnivåer?
- På vilket sätt överförs och hur mottas målbeskrivningarna på respektive ledningsnivå (sjukhus, klinik och avdelning)? Är målen väl förankrade på alla nivåer?
- Hur kopplas resursfördelningen till dessa mål?

# Svane11 Konsult AB

- Hur styr man internt på klinken mot dessa mål? Hur ser ansvarsmodellen och ansvarsfördelningen ut? Vem/vilka bär ansvaret för måluppfyllelsen? Vilka styrmedel finns, och hur används dessa?
- Hur är upplevelsen av målens betydelse och vikten av måluppfyllelse? Vilka åtgärder vidtas för att nå målen?
- Hur upplevs sambandet mellan strategiska mål och lokala mål på sjukhus- klinik- och avdelningsnivå?
- Hur följer man upp att det blir som man tänkt? Vilken uppföljning sker och hur går det till?
- Vilken effekt har uppföljningen? Upplevs den som meningsfull? Leder den till åtgärder?

Efter sammanställningar och analyser har en preliminär granskningsrapport kommunicerats med sjukhuschefen. I detta inkluderas förslag till förbättringsområden.

Som en viktig del av granskningen har även ingått att utveckla en förenklad granskningsmetod för översiktlig bedömning av starka och svaga sidor i styrning, ledning och uppföljning på kliniknivå vid många kliniker i regionen.

## 4. Lasarettet Trelleborg

Lasarettet Trelleborg har under de senaste åren genomgått stora förändringar när det gäller lasarettens inriktning och profilering. Vid lasarettet har det också genomförts en stor lokalmässig omstrukturering med uppförande av bland annat en ny lasarettbyggnad. Ombyggnationen har lett till stora omflyttningar inom lasarettet.

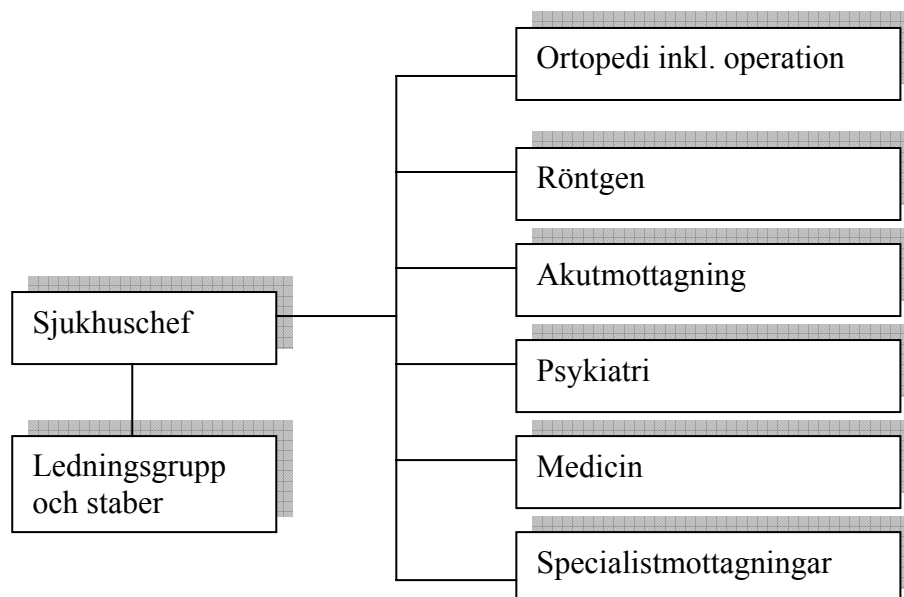
Lasarettet har från och med år 2000 genomfört ett stort utvecklings- och förändringsarbete med anledning av genomförandet av Skånsk Livskraft – vård och hälsa. Lasarettet är ett närsjukhus med uppdrag omfattande närsjukvård och planerad specialiserad vård för invånarna i Sydvästra Skånes sjukvårdsdistrikt. Planerad ortopedisk kirurgi är ett profilmråde för lasarettet, främst avseende ledproteskirurgi. Uppdraget för denna del av verksamheten baseras på ett större regionalt befolkningsunderlag. Lasarettet Trelleborg skall enligt uppdraget inte bedriva specialiserad akutsjukvård.

Eftersom lasarettet både bedriver närsjukvård och planerad specialistsjukvård medför detta att lasarettets verksamhetsuppdrag fastställs på två olika politiska beslutsnivåer:

- Distriktsnämnden när det gäller närsjukvården,
- Hälso- och sjukvårdsnämnden när det gäller elektiv ortopedi.

Det samlade uppdraget inklusive de delar som fastställts på regionnivå överlämnas efter beslut i distriktsnämnden.

Lasarettet har strukturerats i följande sex verksamhetsområden:



Lasarettet har 3 vårdavdelningar inom internmedicin med 78 vårdplatser. Inom det psykiatriska området finns 27 platser av vilka 15 finns i Malmö och 12 i Trelleborg. Inom den planerade och specialiserade vården, ortopedi, finns 27 vårdplatser. Vid sjukhuset finns också specialistmottagningar för medicin, psykiatri och ortopedi.

Akutmottagningen är en s.k. akutmottagning för närsjukvård i linje med intentionerna i Skånsk Livskraft. Verksamhetsområdet Specialistmottagningar omfattar specialiteterna kirurgi, urologi, gynekologi, barnmedicin, ögon, öron- näs- hals samt barn – och ungdomspsykiatri. Dessutom ingår logopedmottagning. Inom dessa specialiteter bedrivs enbart öppen vård.

Vid införandet av Skånsk Livskraft – Vård och hälsa överfördes läkarstaberna inom allmän kirurgi, urologi, öron- näs- och hals samt gynekologi till sjukhusen i Malmö och Ystad. Läkarstaberna inom ortopedi betraktas som ”gemensamma” och specialisterna vid sjukhusen i Malmö, Lund och Ystad har uppdraget att svara för läkarinsatserna även vid Lasarettet Trelleborg.

## 5. Verksamhetsstyrningen vid Lasarettet Trelleborg

### 5.1 Mottagandet av uppdragen

Lasarettet Trelleborg mottar sina budget- och verksamhetsuppdrag från två håll:

- distriktsnämnden när det gäller närsjukvården,
- hälso - och sjukvårdsnämnden när det gäller elektiv ortopedi.

Dessutom mottar lasarettet andra måldokument och policys från Region Skåne rörande t.ex.:

- Ledningsfilosofi, Visionen ”Bättre liv i Skåne”
- Hälsöfrämjande arbetsmiljö,
- En jämställd arbetsplats,
- Mångfaldsarbete,
- Personalpolitik,
- Lönepolitik,
- Miljöarbete,
- etc.

Flertalet av de intervjuade beskriver budget- och verksamhetsuppdragen som de basala styrdokumenterna medan övriga mål- och styrdokument betraktas som komplement.

Inför kommande års budget och verksamhetsuppdrag förs en dialog mellan distriktsnämndens kansli och sjukhuschefen vid lasarettet om närsjukvårdsuppdraget. Både sjukhusledning och verksamhetschefer beskriver att man känner en delaktighet i dialogen före uppdraget i de delar som distriktsnämnden hanterar. När det gäller den del av uppdraget som hälso- och sjukvårdsnämnden fastställer upplever lasarettet däremot inte alls samma delaktighet.

När uppdraget lämnats till lasarettet förs en dialog mellan sjukhusledning och verksamhetschefer, enskilt och gemensamt i lasarettets ledningsgrupp. Man analyserar vilka delar av uppdragen som är relevanta för lasarettet och försöker tolka uppdraget och dess konsekvenser för sjukhuset.

De flesta i ledningsgruppen beskriver problem med att internt hantera styrdokumenterna. Vissa menar att styrdokumentens omfattning är ett hinder, andra tycker att det är svårt att finna vad som är relevant för lasarettet och den egna verksamheten. Andra frågar hur man ska prioritera bland alla mål som ställs upp, etc. Intresset för styrdokumenterna förefaller också variera inom lasarettets ledningsgrupp. Flertalet menar att man ägnar för lite tid åt styr-, lednings- och

framtidsfrågor, medan det finns någon som tycker att det tar för mycket tid och resurser. Det finns också de som efterlyser en annan struktur och bättre systematik/metodik för att tolka sjukhuset uppdrag och överföra detta till verksamhetsområdena.

Som utomstående får man ett intryck av att det finns ambitioner att hantera mål- och styrprocessen på ett genomarbetat sätt men att man ännu inte riktigt funnit formerna, tiden och härmed heller inte fullt ut hunnit prioritera dessa strategiska frågor i tillräcklig omfattning.

En förklaring som ges från flera av de intervjuade verksamhetscheferna och sjukhuschefen är att arbetet med omställningen för Skånsk Livskraft samt ny- och ombyggnader tagit stora delar av den tid och det fokus som annars kunde ha lagts på att tolka, konkretisera och förankra lasarettets och verksamhetsområdenas uppdrag.

Det är alltså de mål som är kopplade till genomförandet av Skånsk Livskraft och den egna handlingsplanen för detta som har varit prioriterade under de senaste åren. Vi kan också konstatera att dessa förändringar har genomförts framgångsrikt, konsekvent och helt enligt intentionerna i de politiska besluten.

Regiondirektörens vision och strategiska plattform ”Bättre liv i Skåne” har fått ganska stort utrymme i lasarettets ledningsgrupp under den senaste tiden. Man har där bearbetat, konkretiserat och anpassat den strategiska plattformen till ett eget måldokument, som skall kunna användas i den egna verksamhetsstyrningen.

## 5.2 Nedbrytning i verksamhetsområden

Den styrmodell som finns i Region Skåne utgår från en successiv nedbrytnings- och konkretiseringsprocess till de slutliga mottagarna på verksamhetsområdes- och avdelningsnivå. Det är här som de intentioner som beskrivits på central politisk nivå ska konkretiseras i åtgärder och handlingar.

Verksamhetsområdena vid Lasarettet Trelleborg har givits olika förutsättningar för att klara denna nedbrytning. Så har t.ex. verksamhetsområde Ortopedi med sitt uppdrag från hälso- och sjukvårdsnämnden ett mycket tydligt inriktnings- och produktionsmål. Uppdraget är tydligt avgränsat, samarbetsparterna är beskrivna och produktionsmålen är väl beskrivna. Detta har ibland förklarats av att verksamhetsområde Ortopedi tillhör logiken Planerad Specialistsjukvård där det kan vara enklare att ställa upp konkreta mål av detta slag.

Ett annat verksamhetsområde med ett specifikt och riktat uppdrag som upplevs som mera tydligt är psykiatri. Distriktsnämnden har upprättat en specifik uppdragsbeskrivning för psykiatri som upplevs som ett relevant och ”lagom” konkret uppdrag. Verksamhetscheferna har genomgående önskat tydliga uppdrag, dock med visst utrymme för egna anpassningar och initiativ.

Bland annat utifrån att förutsättningarna varierar mellan verksamhetsområdena hanteras också det konkreta mål- och uppföljningsarbetet på olika sätt. En annan förklaringsfaktor tycks vara verksamhetschefens engagemang, tid och intresse för mål- och utvecklingsarbete.

Inom verksamhetsområdena görs ett visst målarbete som ibland har sin utgångspunkt i uppdragsbeskrivningen, men som ibland också vilar på egna prioriteringar och mål. Detta innebär inte att de lokala målen kolliderar med de övergripande mål som Region Skåne ställt upp. Tydlighet och mätbarhet för de egna uppställda målen varierar mycket. De tydligaste målen är utan tvekan produktionsmål och ekonomiska mål.

Tiden och engagemanget för arbetet med att utveckla egna mål på verksamhetsnivå varierar högst betydligt. Några har förklarat detta med bristande tid, andra med avsaknad av bra metod, etc. Som tidigare sagts hänvisar många till arbetet med Skånsk Livskraft som tagit mycket kraft. En annan förklaring som ges är att det bl.a. med anledning av Skånsk Livskraft har varit visst byte på chefsposterna vid lasarettet som lett till att nya chefer måste få ”bli varma i kläderna”.

En annan notering är att det inte görs någon årlig skriftlig dokumentation av överenskommelsen mellan sjukhusledning och verksamhetsområden om verksamhetens uppdrag, mål, resurser och uppföljning. Några av verksamhetscheferna har också önskat en tydligare uppdragsbeskrivning.

Dock finns ett skriftligt uppdragskontrakt upprättat mellan sjukhuschefen och respektive verksamhetschef. Av detta framgår bland annat mer generellt kravet på följsamhet till centrala och lokala strategiska måldokument och ansvaret för verksamhetens resultat i förhållande till uppställda mål och fastställd budget.

### 5.3 Förankring på avdelnings- och medarbetarnivå

Variationen mellan verksamhetsområdena gäller även i vilken utsträckning man håller målen levande och använder dessa i en aktiv och fortlöpande dialog med medarbetarna.

På frågan om hur kända lasarettets och verksamhetsområdets mål är bland medarbetarna menar flertalet av de intervjuade att målen i regel inte är så kända som de borde vara. ”Medarbetarna känner nog till avdelningens egna mål, men hur de hänger samman med andra mål vet de nog inte så mycket om...”, som en av flera avdelningschefer sa. De flesta avdelningschefer menar dock att man diskuterar målen vid bland annat arbetsplatsträffar.

Flertalet, om inte alla, avdelningar formulerar egna mål för sin verksamhet. Ofta är dessa konkreta och mätbara. Bland exemplen finns att medarbetarsamtal ska genomföras varje år, att antalet fallolyckor ska minska till en viss nivå, etc.

Vid några avdelningar sägs dessutom de uppställda målen och medarbetarens egna prestationer utvärderas och inkluderas i samband med lönesamtalen.

En påtaglig frustration finns bland flera av avdelningscheferna rörande deras chefsuppgifter (ansvar och befogenheter) kopplat till avdelningens uppdrag. Flera av första linjens chefer ställer frågan hur deras egna prestationer kan följas upp i förhållande till deras och lasarettets uppdrag. Många efterlyser dessutom en tydlig och skriftlig beskrivning av sina chefsuppgifter.

Flertalet av första linjens chefer upplever att deras uppgift är så omfattande att den är svår/omöjlig att leva upp till. ”Vi ansvarar för allt från jämställdhet, miljöarbete, införande av nytt telefonsystem och brandsäkerhet till utveckling av omvårdnad, personal och mål”. Flera har uttryckt att de inte upplever att de givits rimliga förutsättningar att klara den mångfacetterade uppgiften. ”Cheferna ovanför kan delegera allt till oss, men vem ska vi delegera till?”. Man upplever helt enkelt en risk att det egentliga ledarskapet kommer i andra hand bakom alla mer administrativa uppgifter.

## 5.4 Budgeten som styrinstrument

Resursfördelningen till lasarettet på övergripande nivå sker logikvis med skilda fördelningsprinciper för de olika vårdlogikerna. I lasarettets interna fördelning av budgeten tillämpas däremot en mer traditionell budgetering som utgår från tidigare års budget justerad för eventuella tjänsteutökningar, besparingskrav samt löne- och inflationsuppräknings. Det uppfattas inte som praktiskt möjligt eller meningsfullt att i den löpande verksamheten på ett korrekt sätt budgetera efter vårdlogiker. Vi har förstått att situationen är densamma på andra sjukhus i regionen. Den logikvisa resursfördelningen får härigenom endast inverkan på den övergripande ekonomiska ramen för de olika sjukhusen men påverkar inte den direkta verksamhetsnivån.

Vid tiden när intervjuerna för denna granskning genomfördes (i mitten av maj 2006) fanns det ännu ingen fastställd budget för innevarande år på verksamhetsområdes- eller avdelningsnivå. Olika förklaringar har givits, bland annat att den ekonomiska omfördelningen som följt med de nya logikerna inom Skånsk Livskraft inte fallit helt på plats. Den viktigaste förklaringen är dock att sjukhusets ekonomiska ram fastställs för sent för att den interna hanteringen av nya beting skall kunna ske i tid.

Distriktsnämnden fastställde i februari 2006 förslaget till internbudget för Lasarettet Trelleborg och begärde samtidigt att hälso- och sjukvårdsnämnden skulle godkänna ett tilläggsanslag på 16,3 Mkr för att balansera ett underskott i lasarettets närsjukvårdsuppgifter. Den 29 maj 2006 upphävde distriktsnämnden detta beslut och gav i stället en struktureringsåtgärd på 8 Mkr till lasarettet Trelleborg. Det kvarstår alltså i mitten av juni en underbalanserad budget på drygt 8 Mkr utan att några åtgärdsförslag eller konsekvenser diskuterats. Sjukhusledningen upplever inte heller att det ställts några krav på att lasarettet skall hantera den återstående differensen. Det är denna osäkerhet som slår igenom och påverkar budgetansvariga på alla nivåer.

Cheferna på verksamhets- och avdelningsnivå förefaller ta detta faktum på olika sätt. Vissa menar att man bara arbetar vidare som om föregående års budget fortfarande gällde, medan flertalet uttrycker frustration över att inte veta vilken ekonomisk ram man har att verka inom. ”Hur kan man begära att jag ska ta ekonomiskt ansvar när jag ännu inte fått en budget i maj? ”.

Finns ingen budget blir självfallet också den ekonomiska uppföljningen av mindre intresse. Flera av avdelningscheferna ger också ett intryck av att de får information om den ekonomiska uppföljningen sporadiskt, eller inte alls. Några menar att de får uppföljning om/när de begär den.

Sjukhusledningen anser dock, trots den egna osäkerheten om lasarettets budgetutrymme, att verksamheterna vet vilken budget man har att arbeta efter även om den inte är helt definitiv och att ansvariga chefer har alla förutsättningar för att ta sitt ekonomiska ansvar.

## 5.5 Verksamhetsuppföljning

Hälso- och sjukvårdsledningen och distriktsnämndens kansli genomför på tertial- och årsbasis uppföljning av verksamheten genom ett omfattande material som ska besvaras av lasarettet. Det finns vissa oklarheter kring relevansen och tolkningen av en del frågor, men också oklarhet kring vem som ska lämna uppgifterna inom lasarettet. Lasarettets ekonomiavdelning sägs ta ett tungt ansvar för att lämna uppföljningssvar och härmed avlasta verksamhetsledningarna en del av arbetet. Flertalet verksamhetschefer bidrar dock med att lämna ett stort antal av dessa uppgifter.

Resultaten från denna uppföljning används däremot i princip inte alls av verksamheterna i den egna uppföljningen och har därmed mycket liten styrande effekt. Den känns inte riktigt relevant och meningsfull för verksamhetscheferna för deras egen uppföljning av den egna verksamheten. En del känner inte igen sig i det som skall följas upp och någon känner över huvud taget inte till att denna uppföljning sker.

De mål som kliniken och avdelningen själv ställt upp förefaller i regel följas upp på ett mera konsekvent sätt, även om alla ser detta som ett förbättringsområde. Den uppföljning man oftast refererar till är uppgifter i kvalitetsregister, patientenkäter och Springlife medarbetarundersökning. Men här finns också exempel på egna enkla uppföljningsrutiner utöver detta.

## 6. Diskussion om verksamhetsstyrning

### 6.1 Vad styr verksamheten?

Styrmodellen ska ange mål, inriktning, kvalitet och omfattning för verksamheten. Ett mått på effektivitet i verksamhetsstyrningen skulle kunna vara graden av måluppfyllelse utifrån dessa fyra parametrar.

Övergripande beslut om **inriktningen** får generellt stort genomslag, men kan ibland påverkas av andra faktorer som t.ex. kompetens och intresse hos de läkare som är anställda på enheten. Men i huvudsak kan vi konstatera att de beslut om verksamhetsinriktning som tagits i Skånsk Livskraft genomförts fullt ut.

**Omfattningen** anges i produktionsmål som en del av uppdraget för lasarettet. Dessa blir mycket konkreta och nästan för preciserade när det gäller den planerade ortopedin. Där anges det exakta antalet av olika ingrepp som skall utföras. Eftersom produktionsmålen för planerade operationer även kopplas till en ren prestationsersättning får målen mycket starkt genomslag.

För närsjukvården däremot har de beskrivna produktionsmålen egentligen ingen styrande effekt, utan får mera betraktas som ett planeringsunderlag. För exempelvis akutmottagning och invärtesmedicin styrs omfattningen i huvudsak av patienternas respektive remittenternas val av vårdgivare. Detsamma gäller röntgen där verksamhetens omfattning helt styrs av remissflödet från primärvård och behandlande specialiteter på lasarettet.

**Mål och kvalitet** uttrycks mindre konkret i uppdragen och blir i högre grad beroende på i vilken utsträckning och på vilket sätt sjukhus- och klinikledningar arbetar systematiskt med att tolka och konkretisera konsekvenserna för den egna verksamheten. Detta innebär ett försök att skapa en röd tråd mellan övergripande mål och operativa mål för vardagen. Det är här som osäkerheten är störst om huruvida de övergripande politiska besluten verkligen kommer att motsvaras av det som faktiskt sker i den dagliga verksamheten. Detta gäller även nedbrytningen och tillämpningen av regionens strategiska plattform.

Utifrån detta resonemang blir vår slutsats att effektiviteten i verksamhetsstyrningen som helhet inte är övertygande.

Frågan är då vad som faktiskt styr verksamheten som det ser ut idag? Svaret skulle vi vilja sammanfatta på följande sätt:

- Uppdraget styr inriktningen och specifika inriktningsmål. I ortopedins fall styrs även omfattningen av produktionsmålen i uppdraget.
- Den ekonomiska budgeten styr kapaciteten och därmed indirekt omfattningen.

- De faktiska patientströmmarna genom akutmottagning eller remiss styr slutligt verksamhetens omfattning
- Verksamhetens egna formulerade mål för utveckling och kvalitet styr hur och med vilket förhållningssätt verksamheten bedrivs. Systematik och process bakom formuleringen av dessa mål avgör hur väl de övergripande målen speglas i vardagens mål. Vi ser inget direkt motsatsförhållande mellan verksamheternas egna formulerade mål och de övergripande målen. Men heller inget klart samband!
- Ledarskapet och den aktiva dialogen med medarbetarna avgör. Ju otydligare mål desto viktigare blir ledarskapet. Vi skulle t.o.m vilja gå så långt att ledarskapet är det enskilt viktigaste styrinstrumentet.

Ett annat sätt att sammanfatta verksamhetsstyrningen citerar vi från en av de verksamhetschefer vi träffat: ”Vi får ta emot de patienter som kommer, se till att det är någorlunda harmoni och lugn på kliniken och hålla budgeten så gott det går.”

Detta är säkert ett både rationellt och realistiskt förhållningssätt som innehåller mycket klokskap och som i bästa fall kan ge en bra hälso- och sjukvård. Men vi tror att måluppfyllelsen för de övergripande målen kan förbättras avsevärt med mer av systematik i den röda tråden eller styrkedjan.

Vi vill också peka på att här finns styrande faktorer utanför lasarettets egen kontroll som får direkt inverkan på verksamheten och lasarettets möjligheter att styra denna fullt ut. Begränsningar i IT-systemen, ambulanssjukvårdens och primärvårdens agerande är några sådana exempel som vi mött i våra intervjuer. Vi konstaterar också att när det gäller den planerade ortopedkirurgin så äger lasarettet Trelleborg varken patientflödet eller läkarresurserna. Trots detta har man lyckats väl med att nå de uppställda målen.

## 6.2 En effektiv verksamhetsstyrning - Förbättringsområden

Utifrån resultatet av den genomförda granskningen tillsammans med våra tidigare erfarenheter har vi identifierat följande kritiska framgångsfaktorer för en effektiv verksamhetsstyrning:

- Arbetet i sjukhusets ledningsgrupp – att ledningsgruppen med tillräcklig tid och systematik ägnar sig att tolka, prioritera och konkretisera innebörden av sjukhusets uppdrag samt åt att välja strategier för att utföra detta på bästa sätt.
- Skriftliga överenskommelser om verksamhetens uppdrag – att överenskommelsen om vad som ska uppnås under året och resurserna för detta dokumenteras skriftligt efter dialog mellan sjukhus- och verksamhetsledning.

- Uppdragets tydlighet – att sjukhusets uppdrag som helhet och uppdragen på verksamhetsnivå är tillräckligt tydliga med mätbara mål.
- Aktivt arbete med nedbrytning inom kliniken – att samtliga verksamhetsområden arbetar aktivt och systematiskt med att tolka och konkretisera vad uppdrag och erhållna mål betyder i den praktiska vardagen och vilka åtgärder som behövs för att nå de önskvärda resultaten.
- Fortlöpande dialog med medarbetarna – att på avdelningsnivå använda arbetsplatsträffar och medarbetarsamtal för en regelbunden dialog om den egna verksamhetens mål, resultat och vad som kan göras för att förbättra verksamhet och måloppfyllelse
- Systematisk uppföljning av verksamhet och resultat – att på alla verksamhetsnivåer ha en systematisk uppföljning av ett mindre antal konkreta verksamhetsmål, resultat eller kvalitetsmått man valt ut och prioriterat som viktigast utifrån det uppdrag man har.
- Återkoppling och dialog om resultat – att ledning på regionnivå, sjukhusnivå och klinikinivå ger återkoppling på den uppföljning och de resultat som redovisas och ger stimulans och motivation till en dialog om vilka justeringar som kan behöva göras.
- Budgeten – att budgeten fastställs i tid, är rimlig i relation till uppdraget samt med fortlöpande ekonomisk uppföljning.
- Ledarskapet – det enskilt viktigaste ledningsinstrumentet.

Det är också utifrån dessa framgångsfaktorer vi vill lyfta fram de viktigaste förbättringsområden vi kan se, vad gäller verksamhetsstyrningen vid Lasarettet Trelleborg:

- Verksamheten behöver mer hjälp med att sortera, prioritera, tolka och konkretisera bland alla övergripande mål och policys som de skall styra efter. Detta är en uppgift för sjukhusledningen och ledningsgruppen, men även distriktsnämndens kansli har en viktig roll i att göra uppdragen så tydliga och konkreta som möjligt. Allra bäst vore naturligtvis om antalet mål i de övergripande måldokumenterna redan från början kunde begränsas och göras mer tillämpliga direkt i den operativa verksamheten.
- Upprätta skriftliga verksamhetsöverenskommelser årligen mellan sjukhusledning och verksamhetschefer om bl.a. vad som ska göras under året, vilka resurser som disponeras för detta och vilken uppföljning som ska ske.

- Säkerställ att den som har budgetansvar på någon nivå får en fastställd budget i tid inför ett nytt verksamhetsår och därigenom ges förutsättningar att ta sitt ekonomiska ansvar. Detta är ett förbättringsområde som härmed kan påverka tidplanen för Region Skånes budgetprocess i sin helhet.
- Gör uppföljningen till ett redskap som gagnar verksamheten och dess utveckling. Det innebär att uppföljningen på verksamhetsnivå behöver utvecklas samtidigt som ambitionsnivån i den övergripande verksamhetsuppföljningen på regionnivå kan behöva sänkas. Klyftan är nu för stor för att man skall kunna mötas i en riktigt konstruktiv dialog och använda uppföljningsresultaten för att utveckla och förbättra verksamheten.

Det systematiska, fortlöpande arbetet på klinikinivå fungerar inom ett par verksamhetsområden riktigt bra utifrån de givna förutsättningarna och övriga verksamhetsområden har också inlett en process i samma riktning. Det är vår bedömning att med åtgärder inom de förbättringsområden vi redovisat kommer denna utveckling få så mycket stimulans och bränsle att verksamhetsstyrningen får större genomslag ut på klinik- och avdelningsnivå i hela organisationen.

### 6.3 Risker i verksamhetsstyrningen

En del i vårt uppdrag från revisorerna har varit att peka på de risker i verksamhetsstyrningen som ur revisionell synpunkt bör bli föremål för fördjupad granskning.

Först och främst kan naturligtvis de redovisade framgångsfaktorerna för effektiv verksamhetsstyrning omvänt beskrivas som risker i de fall de inte är uppfyllda. Vi redovisar därför senare i vår rapport ett förslag till förenklad granskningsmodell som tar sin utgångspunkt i dessa framgångsfaktorer.

Men vi vill dessutom peka på ytterligare ett par risker vi har bedömt vara av intresse ur revisionell synpunkt:

Den mycket omfattande delegationen av en rad olika uppgifter och ansvar till avdelningschefsnivå upplevs som mycket energi- och tidskrävande av många första linjens chefer. De har ofta inte rätt kompetens för alla dessa uppgifter och behöver ett omfattande stöd för att klara allt. Vi ser en risk i att verksamhetsledningarna tvingas prioritera ”fel saker” och att det egentliga ledarskapet för verksamheten och dess utveckling kommer i andra hand. Ledarskapet menar vi är det enskilt viktigaste styrinstrumentet. Det kan därför finnas anledning att närmare granska vilka förutsättningar första linjens chefer får för att utöva sitt ledarskap.

Uppdrag, mål och incitament för olika delar av hälso- och sjukvården kan riskera att bli motsägelsefulla och kontraproduktiva. Vi har i våra intervjuer t.ex mött flera synpunkter på att sjukhus och primärvård inte har gemensamma mål

för utvecklingen av närsjukvård och därmed inte heller alltid drar i samma riktning. Det samma gäller privata vårdgivare. Det kan därför finnas anledning att granska om uppdrag, mål och incitament för sjukvårdens olika producenter harmonierar och samverkar till bästa måluppfyllelse för helheten.

## 7. Förslag till förenklad granskningsmetod

Ytterligare en del i vårt uppdrag från revisorerna har varit att utifrån våra iakttagelser i granskningen och erfarenheter i övrigt förenkla granskningsmetoden så att revisorerna kan använda den för att få en bred bild av styrkor och svagheter i många klinikers interna styrning och kontroll. En granskningsmetod som skulle kunna användas för att översiktligt värdera verksamhetsstyrningen vid samtliga kliniker på alla regionen sjukhus.

- Den metod vi föreslår är vad vi kallar för en enkel ”Temperaturmätning” som kan identifiera problemområden för åtgärder eller eventuellt för vidare granskning. Vi tänker oss en färgindikation i skalan Rött – Gult – Grönt, där:
  - Grönt är klartecken – allt fungerar tillfredsställande,
  - Gult är varningssignal – det kan finnas anledning att fundera vidare och troligen utrymme för förbättringar och
  - Rött är stopptecken – här krävs definitivt snara åtgärder för att säkerställa verksamhetsstyrningen.
- Granskningsmetoden är normerande och tar sin utgångspunkt i de framgångskriterier vi redovisat i vår rapport. Det innebär att man tar temperaturen på och värderar i vilken utsträckning dessa framgångskriterier är uppfyllda på respektive klinik och på sjukhuset som helhet.
- Granskningen genomförs som en Webbaserad enkät riktad till samtliga klinik- och avdelningschefer på ett eller flera sjukhus efter revisorernas bedömning. Enkäten omfattar högst 20 frågor. Vårt förslag till frågeinnehåll framgår av bilaga 1.
- Enkäten kompletteras med begäran om specificerad dokumentation från ett urval av de granskade klinikerna.

## Bilaga 1

### Förenklad granskningsmetod – Förslag till frågeinnehåll:

1. Upplever du att det uppdrag sjukhuset får från Region Skåne är relevant och tillräckligt tydligt?
2. Upplever du att sjukhusets ledningsgrupp ägnar tillräcklig tid åt att tolka och tydliggöra sjukhusets uppdrag.
3. Upplever du att sjukhusets ledningsgrupp med tillräcklig struktur och systematik ägnar sig åt att tolka och tydliggöra sjukhusets uppdrag.
4. Upplever du att sjukhusets ledningsgrupp med tillräcklig tid och kvalitet ägnar sig åt den strategi, verksamhetsstyrning och uppföljning som krävs för att fullgöra uppdraget.
5. Anser du att det finns aktuella skriftliga överenskommelser mellan sjukhusledning och verksamhetschefer om verksamheternas uppdrag.
6. Upplever du att uppdraget för ditt verksamhetsområde är relevant och tillräckligt tydligt?
7. Anser du att ni inom din klinikledning arbetar aktivt med att bryta ner och konkretisera det uppdrag ni fått till egna tydliga och mätbara mål?
8. Anser du att ni inom ditt ansvarsområde arbetar aktivt med att bryta ner och konkretisera det uppdrag ni fått till egna tydliga och mätbara mål?
9. Upplever du att det förs en konstruktiv dialog om era verksamhetsmål på era arbetsplatsmöten?
10. Anser du att verksamhetens mål diskuteras tillräckligt i samband med medarbetarsamtalen?
11. Anser du att det finns ett samband mellan era verksamhetsmål och de kriterier som används för lönesättning?
12. Anser du att er egen uppföljning av verksamhetens kvalitet och resultat är relevant och tillräcklig för det uppdrag ni fått?
13. Anser du att sjukhusets/Region Skånes gemensamma uppföljning av verksamhetens kvalitet och resultat är stödande för verksamhetens utveckling?
14. Upplever du att ni får relevant återkoppling på den verksamhetsuppföljning som görs?
15. Anser du att du får budgeten för ditt ansvarsområde i rimlig tid inför nästa budgetår?

16. Upplever du att budgeten är rimlig i förhållande till uppdraget?
17. Anser du att den ekonomiska uppföljningen är sådan att du kan ta det ekonomiska ansvaret?
18. Ledarskapet är ett av de viktigaste styrinstrumenten. Upplever du att du har rimliga förutsättningar för att utöva ditt ledarskap och ta ansvar för verksamhetens styrning och ledning?
19. Anser du att det uppdrag ni fått fullgjorts i sin helhet i ditt ansvarsområde?