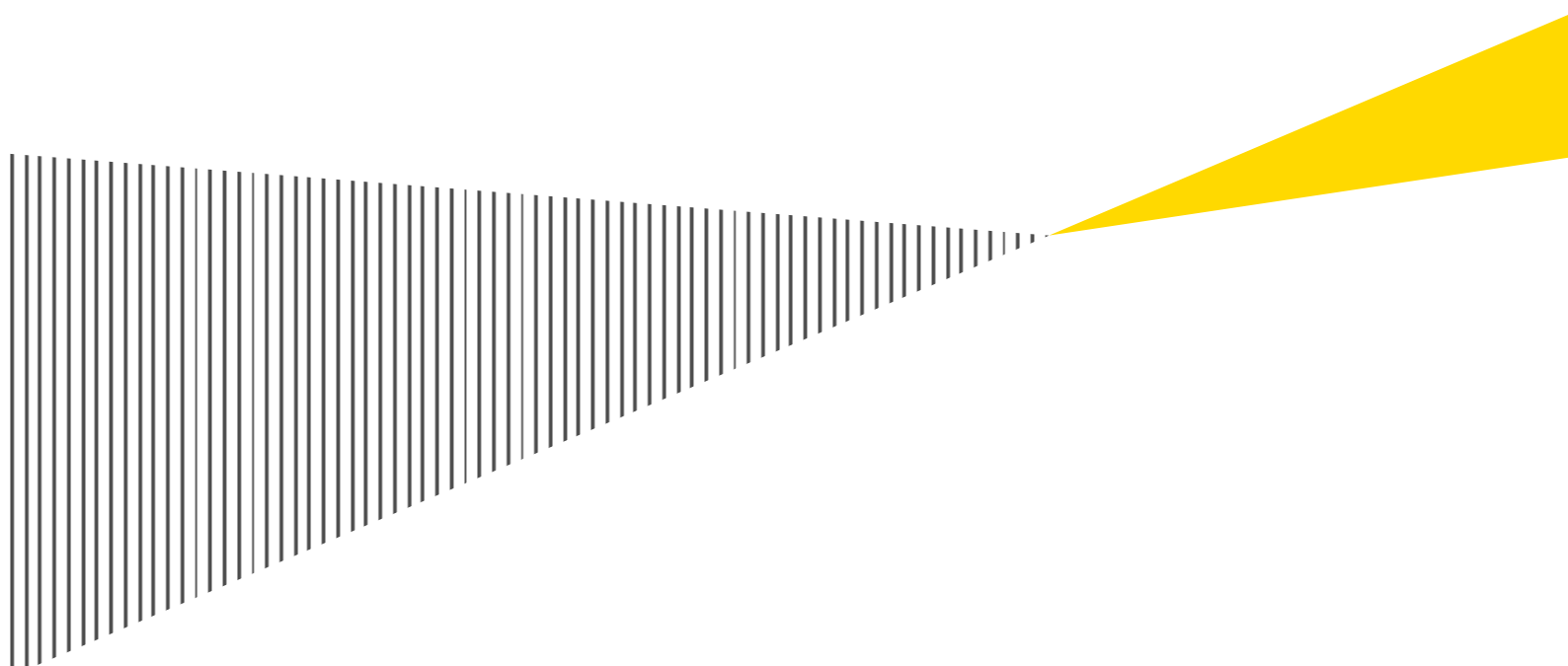


Landstinget Dalarna

Granskning av processtyrning inom hälso- och sjukvården



Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	4
2.1. Bakgrund.....	4
2.2. Syfte och avgränsning	4
2.3. Revisionsfrågor	4
2.4. Metod.....	4
3. Processtyrning – en begreppsprecisering	5
3.1. Organisering utifrån processer.....	5
3.2. Modern vårdlogistik.....	5
3.3. En komponent i integrerad styrning	6
4. Landstingets processtyrning ur ett verksamhetsperspektiv	6
4.1. Medicinkliniken vid Falu lasarett	6
4.2. Medicinkliniken vid Mora lasarett	7
4.3. Kirurgkliniken vid Mora lasarett.....	7
4.4. Operation Anestesi Intensivvård Falun/Ludvika.....	8
4.5. Medicinkliniken vid Avesta närsjukhus.....	8
4.6. Landstingsservice	9
4.7. Bedömning.....	9
5. Inslag av processtyrning i landstingets övergripande styrning.....	10
5.1. Ersättningsmodell	10
5.2. Produktivitet och processeffektivitet i den formella styrningen	10
5.3. Processtyrning på ledarforumens agenda	11
6. Landstingets utvecklingsstrategier.....	13
6.1. Formella direktiv och beslut	13
6.2. Landstingsövergripande satsningar och status i arbetet.....	13
6.3. Bedömning.....	14
7. Sammanfattande svar på revisionens frågor	15

1. Sammanfattning

Revisorerna har sett det som angeläget att granska hur hälso- och sjukvården arbetar med att förändra och effektivisera verksamheten genom att tillvarata de senaste rönen och den senaste utvecklingen inom området processtyrning. Avsikten är att med utgångspunkt i en allmän beskrivning av processtyrningen granska ändamålsenligheten i landstingets arbete. Syftet med granskningen är att bedöma om landstingets arbete med utveckling av hälso- och sjukvårdens interna arbetsprocesser och logistik är ändamålsenligt och effektivt. Granskningen är avgränsad till den somatiska sjukhusvården när det gäller den verksamhetsnära beskrivningen.

Det samlande begreppet i granskningen har varit *processtyrning*. Med processtyrning avses organisatoriska arrangemang för att styra utifrån vårdens processer, användning av principer inom modern vårdlogistik samt styrning och uppföljning av processeffektivitet i en integrerad styrning.

Resultat

Den sammanfattande bedömningen är att Landstinget i Dalarna befinner sig på en låg nivå när det gäller utveckling av processtyrningen. På verksamhetsnivå finns det inslag på flera håll där effektiv vårdlogistik skapats i lokala utvecklingsprojekt. Överlag är dock bedömningen att arbetet med produktionsplanering, kapacitetsstyrning, schemaläggning m.m. sker på ett traditionellt sätt. Det saknas en systematik i organisationen som helhet vad gäller organisering och utvecklandet mot en modern vårdlogistik. Flera verksamhetschefer uttrycker en avsaknad av processtyrningsfrågor i de olika ledarforum som finns.

Landstingets och länssjukvårdens styrning har en stark betoning på ekonomi samt produktionsvolym. Uppföljningsparametrar med inriktning mot processeffektivitet och produktivitet saknas. Bedömningen bygger på nedanstående kortfattade svar på de preciserade revisionsfrågorna (Fullständiga svar på rapportens samtliga revisionsfrågor finns på sid 15):

- Inslaget av organisatoriska arrangemang och ledarroller med ett processansvar är obetydligt.
- Exempel på framgångsrik vårdlogistik och smidiga processer finns på verksamhetsnivå men har skett helt utifrån lokala och personliga initiativ.
- Matchning av kapacitet och efterfrågan samt schemaläggning utifrån vårdbehovet är ett stort utvecklingsområde. Resursutnyttjandet kan heller inte avläsas på övergripande nivå eftersom det inte finns några nyckeltal av typen produktion i relation till arbetad tid eller liknande.
- Det finns idag i princip inga tydliga incitament i styrsystemet för att effektivisera processer. Det incitament som finns är det ekonomiska d.v.s. en effektiv verksamhet kan klara vårdbehovet med rimliga kostnader. Ekonomistyrning är det som helt dominerar styrmodellen.
- Enstaka exempel på mått/uppföljningar avseende processeffektivitet har framkommit från verksamhetsnivån. Dessa har då varit kopplade till enskilda utvecklingsarbeten och inte utgjort ett regelbundet inslag i verksamhetsuppföljningen. På landstingsnivå saknas uppföljningsparametrar med koppling till vårdprocesser.
- Professionen, administrationen och politiken kan inte sägas samspela på ett ändamålsenligt sätt för att en utveckling av processtyrningen ska kunna nå framgång. Den röda tråd som tydligt binder samman de tre sfärerna är ekonomi, inte processtyrning.

Landstingsdirektören har i slutet av år 2009 tagit ett beslut om att förstärka arbetet med processtyrning genom att påbörja en systematisk verksamhetsutveckling utifrån Leankonceptet. Beslutet har föregåtts av två testprojekt där utveckling enligt Lean med framgång prövats vid två enheter inom primärvård respektive sjukhusvård. Just nu pågår en organisationsförändring på ledningsnivå och inför det kommande arbetet med att utveckla processtyrning ges följande rekommendationer utifrån denna granskning:

- Utforma en gemensam strategi tillsammans med verksamhetschefer och specialister på vårdlogistik för hur utvecklingsarbetet skall bedrivas. Det beslut som fattats bygger inte någon sådan strategi där konsekvenser för personal, chefer, administration och ekonomi är beskrivna. Professionens företrädare bör vara bärare av processtyrningens principer, administratörer bör ha en inriktning mot processtyrning i uppföljning och styrning och politiker bör vara aktiva avnämare och ställa frågor kring hur väl sjukvårdens processer fungerar. Värdeskapandet måste stå i centrum medan kostnadskontrollen är en nödvändig restriktion.
- Säkerställ att utvecklingsarbetet drivs och ägs av chefer i linjen, inte som ett projekt vid sidan av.
- Utveckla en integrerad styrning där ekonomiperspektivet kompletteras med ett välutvecklat processperspektiv som betonar uppföljning av processer och vårdlogistik. Bland annat bör ett verksamhetsmål för tillgänglighet upprättas som är ambitiösare än vårdgarantins gränser.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

I Landstinget Dalarnas verksamhetsplan och i beslut om åtgärder för att åstadkomma ekonomisk balans pekas på vikten av utveckling av hälso- och sjukvårdens processer. Försök pågår t ex vid akutmottagningen i Falun med utveckling av vissa processer med utgångspunkt i det som kallas Lean Healthcare. Försök och utveckling av processer sker också på andra håll i organisationen.

Revisorerna ser det som angeläget att granska hur hälso- och sjukvården arbetar med att förändra och effektivisera verksamheten genom att tillvarata de senaste rönen och den senaste utvecklingen inom området processtyrning. Avsikten är att med utgångspunkt i en allmän beskrivning av processtyrningen granska ändamålsenligheten i landstingets arbete.

2.2. Syfte och avgränsning

Syftet med granskningen är att bedöma om landstingets arbete med utveckling av hälso- och sjukvårdens interna arbetsprocesser och logistik är ändamålsenligt och effektivt.

2.3. Revisionsfrågor

- a) I vilken utsträckning finns det organisatoriska strukturer och ledningspositioner som utgår från eller underlättar styrning av vårdprocesser och andra processer?
- b) Vilka exempel finns det på verksamheter som styrs utifrån processorientering och modern vårdlogistik inom sjukhusvården?
- c) I vilken utsträckning präglas verksamheternas ledning och styrning av ett effektivt utnyttjande av personalresursen?
- d) I vilken utsträckning har produktionsenheterna i landstinget Dalarna utnyttjat/övervägt/implementerat etablerade metoder för modern processtyrning och vårdlogistik?
- e) I vilken mån understöds en utveckling mot processtyrning och modern vårdlogistik av landstingets ersättningsmodeller och uppföljningsparametrar?
- f) Hur genomförs utvecklingsarbetet och vilket stöd får olika verksamheter i denna utveckling?
- g) I vilken mån genomsyras ledningen på olika nivåer av en modern syn på processtyrning och vårdlogistik?
- h) På vilket sätt samspelar administration, profession och politik mot en utveckling där sjukvården styrs utifrån en modern syn på processer och vårdlogistik.

2.4. Metod

Granskningen har huvudsakligen genomförts genom intervjuer (Se bilaga 1) samt studier av relevanta dokument som budget, årsredovisningar, beslutsprotokoll och interna rapporter.

3. Processtyrning – en begreppsprecisering

I denna granskning är begreppet processtyrning valt för att rikta ljuset mot en viss aspekt av organisationens styrning, processtyrning, oberoende av modeller, koncept eller verktyg. Icke desto mindre behöver begreppet ges en innebörd. Ordet process betyder ungefär förlopp vilket i organisatoriska sammanhang innebär ett förlopp som består av ett antal aktiviteter som tillsammans åstadkommer ett resultat. Begreppet processtyrning innefattar tre komponenter som också bildar utgångspunkt för granskningen.

3.1. Organisering utifrån processer

Under 1970-talet började den tillverkande industrin få behov att hitta nya sätt att styra och hålla samman en produktionsapparat som blivit alltmer specialiserad och där olika funktioner växte fram som länkar i en produktionskedja. Man behövde helt enkelt knyta ihop säcken och se hur de olika funktionerna tillsammans åstadkom det som kunden ville ha. Sjukvården som utvecklats från 2 till över 50 olika specialiteter på cirka 70 år ställdes inför samma behov. I början på 90-talet började uttryck som exempelvis "patienten i centrum"¹ att användas och då ofta tillsammans med begreppet process.

Istället för att organisera sjukvården utifrån specialiteter eller funktioner påbörjades en utveckling där vägar söktes för att organisera resurserna utifrån de processer eller vårdkedjor som utgjorde vården kring olika typer av patienter eller sjukdomsförlopp. Först ut med att organisera efter processen blev ofta hjärtsjukvården, mycket beroende på att kardiologi, thoraxkirurgi och klinisk fysiologi bildar en naturlig vårdkedja. Därefter har ansträngningar gjorts på många håll för att hitta sätt att organisera, beställa och budgetera utifrån processer istället för funktioner. Ett av de mer ambitiösa försöken att organisera efter processer är Södra Älvsborgsbygdens sjukhus i Borås. De flesta landsting har dock fortfarande en funktions/specialist-orienterad organisation men använder olika metoder för att kompensera för bristerna i en sådan organisation.

Processtyrning handlar för det första om att organisera, skapa ledningsroller, mandat och utvecklingsansvar som har hela vårdprocessen i fokus med alla de ingående aktiviteterna.

3.2. Modern vårdlogistik

Att styra processer handlar för det andra om att styra aktiviteter och att bara utföra de aktiviteter som bidrar till det som patienten behöver. Styrning av flöden är det kunskapsområde som kallas logistik och ordet vårdlogistik har blivit väl etablerat inom svensk sjukvård. Modern vårdlogistik, så som den utvecklats inom svensk sjukvård innehåller ett antal principer som kan sägas prägla en verksamhet som effektivt styr sina flöden. Matchning av kapacitet och efterfrågan, köeliminering, fokus på ledtider, standardisering och utjämning av variationer är några av de mest centrala principerna. Dessa principer finns med i en eller annan tappning inom "Bra mottagning", "Bra flyt", "Mäta för att leda" och "Genombrottsmetoden" som alla är koncept som bland annat sprids via Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Andra koncept som används inom sjukvård är Six Sigma och Lean Healthcare och även där finns dessa principer med.

¹ Sommaren 1990 skrev exempelvis kirurgchefen och medicinklinikchefen vid Universitetssjukhuset i Linköping en banbrytande artikel på DN-debatt med rubriken "Riv barriärerna i sjukvården".

Processtyrning handlar alltså för det andra om att styra flöden av aktiviteter, information och material på ett så smidigt sätt som möjligt.

3.3. En komponent i integrerad styrning

Inom de allra flesta landsting har styrningen breddats från enbart ekonomi till att aktivt även styra utifrån andra perspektiv som patientperspektiv, personalperspektiv, verksamhets/processperspektiv och ibland även ett förnyelseperspektiv. Processtyrning handlar om att utveckla styrningen på olika nivåer i organisationen utifrån just processperspektivet. Ibland kallas detta perspektiv kort och gott verksamhetsperspektiv och innehåller framför allt produktionsvolym och en blandning av olika verksamhetsbeskrivningar.

En mer välutvecklad form av processperspektiv i en integrerad styrning försöker utveckla styr- och uppföljningsparametrar som ger en indikation på hur väl resurserna används och hur väl processerna fungerar. Exempel kan vara produktivitetmått och olika typer av ledtidsmått.

Den tredje aspekten av processtyrning handlar om att utveckla en styrning och uppföljning som har fokus på processernas effektivitet.

4. Landstingets processtyrning ur ett verksamhetsperspektiv

I detta avsnitt redogörs för en preliminär bedömning av status avseende processtyrning vid fem olika kärnverksamheter samt vid Landstingsservice.

4.1. Medicinkliniken vid Falu lasarett

Inom kliniken finns vid flera av mottagningarna (6 st) dokumenterade rutinbeskrivningar för arbetsflödet för aktuella patientgrupper. Detta gäller exempelvis vid den neurofysiologiska mottagningen och dialysmottagningen samt för skopiundersökningar. Det finns också utsedda personer som ansvarar för respektive rutin och ska hålla den aktuell. Beskrivningarna omfattar däremot inte vårdflödet före och efter det som sker vid medicinkliniken.

Inom medicinkliniken sker idag ingen regelmässig och systematisk uppföljning av processer i form av exempelvis processmått. Däremot har det i samband med enskilda utredningar genomförts ledtidsanalyser vid några av klinikens mottagningar. Detta har exempelvis avsett ledtider kopplade till remisser. Produktivitetmått följs inte heller upp systematiskt. Klinikchefen har däremot en hygglig bild av hur produktiviteten varierar mellan olika läkare.

Inom kliniken har man en god bild av det förväntade inflödet av patienter och utifrån detta diskuteras bemanningsbehov. För läkarna har detta inneburit att ett 12-veckors schema införts vilket även är samordnat med övrig bemanning. Rondsystemet har setts över vid kardiologen, men ännu ej inom medicin. Syftet har bl.a. varit att bättre matcha vårdplatstillgången (och när under dagen som utskrivningar sker) med när de flesta patienter behöver skrivas in via akutmottagningen.

Det Lean-projekt som pågår inom akutmottagningen har även påverkat medicinkliniken eftersom klinikens läkare bemannar akuten. I projektarbetet visade en kartläggning att toppbelastningen tidsmässigt inträffade "tidig kväll". Nu har sjukhuset bemanningsmässigt mött

denna topp med att under dessa tider bemanna med de mest erfarna läkarna inom olika specialiteter. Detta har inneburit ett bättre flöde och att onödiga inläggningar kan undvikas.

4.2. Medicinkliniken vid Mora lasarett

Processarbeten har tidigare gjorts för stroke och för bröstsmärtpatienter tillsammans med bland annat röntgen, lab. och primärvården. Det är något oklart vad dessa arbeten resulterat i. Från klinikens sida finns uppfattningen att kommunen tar hem patienter för fort med bristande vårdplanering med påföljd att patienter återkommer till akuten i onödan. Denna vårdprocess kan förbättras.

Kliniken har en god bild av besöksbehovet och vårdplatsbehovet men ytterligare utveckling behöver ske för att matchningen av kapacitet ska kunna bli effektiv, bland annat kan schemalägningsprocessen förbättras. Idag är andelen kontrollpatienter i förhållande till nybesök inte optimal och kliniken behöver styra kontrollbesök till andra vårdinstanser.

Vissa produktivetsorienterade data är framtagna, exempelvis besök/läkare men det används inte uttryckligen i styrningen och uppföljningen.

Tidigare fanns det långa köer för coloskopier men denna kö har man lyckats reducera märkbart det senaste året.

Kallelser skickas till patienter på ett traditionellt sätt vilket bland annat resulterar i viss ändringsadministration. Däremot har onödig informationsöverföring och administration minskats i telefonhanteringen genom att sjuksköterskor i större utsträckning bemannar telefontiderna. Vidare har receptförnyelse introducerats på nätet vilket gör dessa ärenden smidiga att hantera.

Stora skillnader finns i hur många besök som produceras per läkare utan att skillnaderna kan motiveras utifrån någon logik i verksamheten. Matchningen av mottagningskapacitet mot efterfrågan gör på det sättet att mottagningschefen signalerar till schemaläggaren för läkare om det föreligger ett extra stort behov inför kommande period. Ett sådant behov definieras av huruvida vårdgarantin klaras eller ej.

4.3. Kirurgkliniken vid Mora lasarett

Inga specifika processkartläggningar har gjorts på senare tid. Däremot har standardiseringar genomförts för remittering av ljumskbråck, gallor och åderbråck.

Kliniken som omfattar specialiteterna urologi och kirurgi genomför sina öppenvårdsbesök vid en mottagning som är gemensam för ortopedi, urologi och kirurgi. Det är oklart om fördelarna med en gemensam mottagning är realiserade. Kommunikationen mellan mottagningen präglas inte helt av ömsesidigt förtroende och delade verklighetsbeskrivningar. Det faktum att mottagningen är organiserad inom den ortopediska kliniken medan operationsresurserna är organiserade inom kirurgkliniken har försvårat ett processorienterat arbetssätt.

Läkarschemat för mottagning sker på traditionellt sätt vilket innebär att mottagningen kallar patienter då de får kommande periods läkarschema. Cirka 10 patienter per vecka vill ändra sin tidbokning efter att de fått kallelse.

För de operationer som utförs vid flera orter i Dalarna finns det en gemensam väntelista och revision av väntelistorna är genomförd vilket inneburit att kön har minskat. På operationsav-

delningen kan förbättringar göras när det gäller salsutnyttjande, bytestider och avslut enligt verksamhetschefen för kirurgi.

Tillgängligheten till radiologi har blivit bättre sedan drop-in-mottagning infördes för någon månad sedan.

Kliniken använder inga produktivetsorienterade mått i uppföljningen men har väl utvecklade uppföljningsparametrar för kvalitetsindikatorer och registreringsbenägenheten till kvalitetsregister är hög.

4.4. Operation Anestesi Intensivvård Falun/Ludvika

Kliniken levererar operationsresurser i form av salar, op-sköterskor, anestesisköterskor och anesthesiologer i Falun och Ludvika. De operationer som genomförs här är ortopedi, kirurgi, urologi, gynekologi och kärllkirurgi.

Några processkartläggningar för olika typer av patientgrupper eller operationer är inte gjorda. Däremot har förbättringsmöjligheter identifierats via ett genombrottsprojekt och något projekt i anslutning till landstingets satsning "mäta för att leda". Några förbättringar är genomförda, exempelvis tidigare start på dagen. Under det utvecklingsarbete som gjorts har ett stort antal förbättringsområden tagits fram och dessa ska enligt planerna testas. Kliniken planerar tillsammans med operatörerna att genomföra en "ideal vecka" där avsikten är att hela verksamheten ska genomföras enligt de förslag som kommit fram i arbetet.

I övrigt brottas verksamheten med de för verksamheten klassiska problemen med att optimera flödet genom samverkan med operatörsklinikerna. Det finns inga funktioner som har mandat att styra hur operationsprocessen från operationsbeslut till hemgång eller avdelningsvård ska se ut. För att åstadkomma detta måste båda parter vara överens och det är inte alltid de både parterna, operatörsklinik och operationsklinik, har samma bild av verkligheten. Bytestider och träffsäkerhet i bedömning av tidsåtgång är exempel på frågor där olika uppfattningar råder.

En styrgrupp finns för ortopedi, kirurgi och gynekologi sedan ett år tillbaka för att hantera samverkansfrågor och för att prioritera.

4.5. Medicinkliniken vid Avesta närsjukhus

Medicinkliniken i Avesta tillhör organisatoriskt Närsjukvården. Kliniken har en vanlig mottagning och en utredningsavdelning. Mottagningen planeras på traditionellt sätt där läkarschemana för kommande period är underlag för de besök som bokas. Patienten får kallelser med tider för besök.

Processkartläggningar för strokepatienter och patienter som återväder ofta har gjorts under senare år som underlag för standardisering av vården. Däremot har utveckling kring samverkan för äldre patienter bedrivits sedan flera år tillsammans med både geriatriken och vårdcentralerna. Samverkan med kommunen fungerar enligt kliniken bra men kommunen drar ner på vårdkapaciteten vilket resulterar i ganska många akutfall för äldre patienter.

Områden som skulle behöva utvecklas är enligt klinikchefen samverkan med primärvården och läkemedelshanteringen. Behovet av en gemensam journal är stort och tillförlitligheten i läkemedelslistorna är dålig.

4.6. Landstingsservice

Landstingsservice ansvarar för bland annat städning, kost, tvätt och transporter. Dessa processer är viktiga för möjligheten att effektivt kunna utnyttja sjukvårdspersonalens resurser. Därför ingår denna verksamhet i granskningen. Landstingsservice har till idag arbetet ganska traditionellt med försörjning av sjukvårdsartiklar, tvätt och mat till avdelningarna.

Idag pågår emellertid ett utvecklingsarbete som syftar till att göra stora förbättringar av logistiken och kvaliteten i dessa stödprocesser. Med inspiration från bland annat Universitetssjukhuset Lund och Landstinget i Östergötland har två piloter genomfört förändringar med inriktning mot vårdnära service. Vårdnära service handlar om att minska på storleken och sortimentbredden samt ordningen i sjukhusförråden. Lokalytor kan minskas, svinn kan minskas och framför allt kan personalen i Landstingsservice frigöra tid hos sjukvårdspersonalen genom att i större utsträckning ta över beställningar, matdukning, transporter m.m.

Landstingsservice har gjort flera kartläggningar av de viktigaste processerna för att identifiera förbättringsåtgärder.

Resultatet av piloterna har varit lyckade och nu står landstinget i ett läge där det gäller att implementera denna modell inom alla sjukhus. Landstingsledningens sätt att förhålla sig till detta kan få avgörande konsekvenser på möjligheterna att nå framgång i stort.

4.7. Bedömning

I den översiktliga granskning vi gjort av de olika verksamhetsområdena visar att på tre tydliga mönster som är av intresse för föreliggande granskning och revisionsfrågor.

Samtliga enheter arbetar i flera avseenden på ganska traditionella sätt. Schemaläggning, tidbokning och kapacitetsplanering präglas inte någon större utsträckning av modern vårdlogistik. Ett flertal förbättringsarbeten är genomförda vid de olika enheterna men det kvarstår ganska mycket arbete innan verksamheten kan sägas vara präglad av en modern processstyrning.

Det finns inga ledningspositioner eller andra funktioner som kan sägas ha ett processansvar. Alla ansvarsförhållanden har sin utgångspunkt i avdelningen, kliniken eller funktionen. Det enda forum vi har kunnat identifiera och som har en slags processorientering är de s.k. "specialistgrupperna". Grupperingarna är inte sammansatta utifrån processer utan är en samverkan inom olika specialiteter i länet och hanterar därför kvalitetsfrågor, statistik och professionella utvecklingsfrågor. Däremot har dessa grupper starkt bidragit till att landstinget har gemensamma väntelistor vilket innebär att patienten erbjuds vård på den ort som för närvarande har bäst tillgänglighet. De gemensamma väntelistorna är mycket viktiga för möjligheterna att matcha kapacitet mot efterfrågan. Vi kan i denna granskning inte uttala oss om i vilken grad patienten får en objektivt erbjudande av vård på annan ort men frånvaron av rörlig ersättning minskar incitamentet att behålla sina patienter. Enligt intervjuerna förekom processledarutbildningar för cirka tio år sedan men några spår av det finns inte idag annat än att flera av de utbildade finns kvar i organisationen.

Slutligen är det ingen av de intervjuade cheferna som hänvisar till något slags sammanhang i vilket utveckling av processtyrning sker i landstinget. Var och en jobbar på sitt håll och med de inspirationskällor de råkat komma i kontakt med. Vi tolkar det som att det från klinikchefs-

håll finns en önskan om att processtyrningsfrågor får en mer framträdande plats på olika ledningsarenor.

5. Inslag av processtyrning i landstingets övergripande styrning

Vi har i landstingets och länssjukvårdens styrning försökt finna spår eller uttryck för en ambition att styra mot effektiva processer. Av intresse är då i vilken mån det finns produktivetsrelaterade uppföljningsparametrar och styrparametrar som ett eller annat sätt fånga processeffektiviteten. (se avsnitt 3).

5.1. Ersättningsmodell

Sjukhusvården i Landstinget i Dalarna tillämpar ingen rörlig ersättning i form av ersättning per besök, operation eller vård dygn. Istället är det fast anslagsbudget som tillämpas. Ernst & Youngs erfarenheter från andra landsting är att en rörlig ersättning på 40-60% kan skapa incitament för att nå vissa produktionsmål (som ofta bildar ett tak för den rörliga ersättningen). Det är dock inte självklart att produktiviteten förbättras d.v.s. det är inte självklart att volymen aktiviteter i förhållande till insatt resurs ökar. En rörlig ersättning kan dessutom vara direkt motverkande mot förbättringar som leder till korta ledtider genom att skapa lika mycket värde för patienten med färre besök.

Bedömningen är därför att den ersättningsform som landstinget i Dalarna valt att använda inte behöver vara ett hinder för att utveckla en modern och framgångsrik processtyrning. Det kan tvärtom finnas många fördelar med fasta anslag.

5.2. Produktivitet och processeffektivitet i den formella styrningen

Vi har granskat verksamhetsplaner och delårsrapporter från de granskade verksamheterna. Delårsredovisningarna är till sin utformning standardiserade i rubrikerna ekonomi, personal och verksamhet. Rapporterna innehåller utan undantag enbart volymer både under personalperspektivet och under verksamhetsperspektivet. Vi får reda på hur många anställda det finns, hur många timmar som arbetats, hur många dagar personalen har varit sjuka o.s.v.. Vidare beskrivs antalet vård dygn, besök, operationer m.m. Det redovisas inte något mått där volymerna ställs i relation till de resurser som förbrukats. Möjligen kan förändringar i produktionsvolymer vara av intresse för att analysera förmågan till produktion. Produktionsvolymerna analyseras endast utifrån den produktionsplan som görs i budgetprocessen.

Det finns heller inte några nyckeltal som beskriver processeffektiviteten som exempelvis ledtider för remissbedömning eller laboratoriesvar antalet avböjda remisser eller antalet uteblivna besök. Uppföljningen domineras helt av produktionsvolymer och kostnader. Landstingets delårsrapport 2009 (inklusive måluppfyllelsebilagan) är också fri från mätetal och analyser som kan kopplas till processtyrning.

Landstinget bedriver sedan en tid ett projekt som kallas BILD-projektet. Ambitionen är att förbättra uppföljningen när det gäller personal, produktionsuppföljning och kvalitet. Om detta projekt kommer att resultera i produktivetsorienterade eller processorienterade uppföljningsparametrar är oklart. Utöver ambitionerna med bättre kvalitetsuppföljningar tycks fokus vara på budgetkontroll.

Det finns två undantag från ovanstående. I vissa fall förekommer det målsättningar i verksamhetsplanerna som avser medelbeläggningsgrader på vårdavdelningarna vilket är ett mått som ger en indikation på resursutnyttjandet. Det andra undantaget är uppföljningen av tillgänglighet.

När det gäller tillgänglighet är styrningen på alla nivåer helt inriktad på vårdgarantins gränser. Det innebär att om en enhet lyckas erbjuda besök eller behandling inom 90 dagar registreras detta som att enheten har god tillgänglighet. En sådan målsättning går stick i stäv mot modern vårdlogistik och Lean-konceptet där köer av alla slag betraktas som förbrukning av resurser till ingen nytta.

Vi har granskat de rapporterade förväntade väntetiderna till besök för 36 specialiteter vid de olika sjukhusen i SKL:s databas och finner följande:

<i>Sjukhus</i>	Högst 4 veckor	5-8 veckor	9-13 veckor	Längre än 13 veckor
Avesta lasarett	0	3	2	0
Borlänge sjukhus	1	1	4	0
Ludvika lasarett	1	1	1	3
Mora lasarett	2	2	5	1
Falu lasarett	1	4	2	2
Totalt:	5	11	14	6

Det är endast 5 av 36 specialiteter som har en väntetid på mindre än 4 veckor vilket är en eftersträvarvärd väntetid för att arbetet med att administrera köer ska försvinna. Hela 14 specialiteter har en väntetid på 9-13 veckor. Eftersom det bara är de 6 enheterna med längre väntetid än 13 veckor som syns i uppföljningen får man intrycket att tillgängligheten är god vilket är en grov förvanskning av verkligheten. Konsekvensen av att använda vårdgarantin som verksamhetsmål blir därmed att de köer som rymms inom vårdgarantins gränser döljs vilket vi finner högst anmärkningsvärt och som ett tecken på ett förhållningssätt som ligger långt ifrån modern vårdlogistik och Lean-konceptet.

5.3. Processtyrning på ledarforumens agenda

Ett mycket tydligt mönster som framträder i de intervjuer vi genomfört med chefer på verksamhetsnivå är att processtyrning och frågor som gränsar till detta är mycket sällsynt förekommande i de formella och informella sammanhang som cheferna träffas vid inom landstinget. Flera av cheferna saknar ett driv från ledningen på högre nivåer. Någon uttrycker det som att "det verkar inte finnas något intresse" från ledningen av vad vi gör på detta område (läs processtyrning). Undantagen är de inspirationsföreläsningar som skett i samband med introduktionen av Lean (se nästa avsnitt).

Dessa uttalanden styrks av den granskning som beskrevs ovan under 5.2 och det finns uppenbarligen ett upplevt behov på lägre verksamhetsnära chefsnivåer att landstingets fokus budget och ekonomifrågor ska kompletteras med ett mer utvecklat processperspektiv.

Vi har också granskat protokollen från landstingsstyrelsen under 2008 och 2009. Frågor som har med processtyrning att göra har varit uppe vid två tillfällen. Den 7 september 2009 konstaterades att "den kommande förvaltningen" behöver sätta fokus på vårdkedjor, processer och uppföljning. Den 9 november 2009 redogörs tämligen omfattande som svar på motion om effektiv vård, för testerna med Lean på en vårdcentral och en akutenhet. Dessutom tas ett beslut den 15 december att i budgeten för 2010 avsätta medel för två tjänster som utvecklingschef/utvecklingsstrateg samt fyra tjänster som processledare. Det är alltså först under hösten 2009 som frågan om processtyrning tagit plats i landstingsstyrelsen.

Landstingsdirektören har tagit upp ämnet effektivitet och processer vid något chefsmöte och i sina veckobrev så frågan har poppat upp i olika sammanhang men aldrig riktigt fått fäste i handling.

6. Landstingets utvecklingsstrategier

I detta avsnitt redovisas de ambitioner och strategier som landstinget har på övergripande nivå. Vi gör det dels i form av att beskriva de formella direktiv eller ambitioner som uttalats dels genom att belysa det arbete som i praktiken bedrivits på landstingsledningsnivå och som har fokus på processer.

6.1. Formella direktiv och beslut

Vi har inte funnit några övergripande beslut om att landstingets sjukvård ska bedrivas utifrån en processororientering. Landstinget har under en tid bedrivit arbete i s.k. specialitetsgrupper (tidigare tvärgrupper). Vi har inte tolkat att detta arbete har haft ett processanslag utan istället fokuserat på samordning inom specialiteten t.e.x. ur professionell synvinkel för att säkerställa en likvärdig vård över länet och för att gemensamt hantera eventuella köer.

Nyligen har däremot landstingsdirektören fattat beslut om att införa Lean-konceptet i landstinget. Av beslutet framgår att "ledningen stöder" ett sådant utvecklingsarbete. Beslutet innebär utöver detta konkret att vissa medel tillskjuts för att finansiera några tjänster som ska stödja Leanarbetet.

6.2. Landstingsövergripande satsningar och status i arbetet

Landstinget har valt att låta några personer delta i den utbildningssatsning som SKL genomfört kring Lean. Inom ramen för denna utbildning har det ingått att deltagarna ska initiera och stödja genomförandet av Leanprojekt inom sina landsting. I landstinget Dalarna har tre projekt varit aktuella varav två inom hälso- och sjukvården. På Sätters vårdcentral har ett projekt genomförts om inkommande remisser och vid akutmottagningen vid Falu Lasarett har processen för patienter med misstanke om djup ventrombos valts ut för ett Leanprojekt. Utöver detta har även en process i ekonomiarbetet valts ut. Genomgående har erfarenheterna hos berörda av de tre projekten haft mycket goda erfarenheter av Leanprojekten. I den rapport som färdigställdes i somras framkommer även att de som deltagit i SKL-utbildningen inte är särskilt nöjda med de övergripande utbildningssatsningar som genomförts i det nationella projektet. Rapportskrivarna menar att tanken med utbildningen varit den skulle ha en strategisk ansats men att detta i hög grad uteblivit. I rapporten presenteras även en uppföljningsplan för de tre projekten.

Som redan nämnts har landstingsdirektören fattat beslut om ett fortsatt Leaninförande. Tre Leankonsulter ska rekryteras men i övrigt är det oklart vad arbetet ska leda till, hur det ska organiseras och hur det ska påverka styrningen av sjukvården.

Landstinget har även tidigare genomfört utbildningssatsningar med koppling till processer, bland annat genombrottsmetodik. Deltagande har skett utifrån intresse. Det har dock inte riktats krav på deltagande eller på att verksamheter ska bedrivas utifrån viss metodik. Även framgent kommer denna typ av utbildningar genomföras, nu med konsultstöd.

Landstinget utbildade för ungefär 10 år sedan ca 10-15 processledare men vi har inte kunnat se något resultat av den satsningen. I hög grad är det de personer som idag är vårdutvecklare som genomgått utbildningen som processledare. Vår tolkning är att landstinget i detta har en outnyttjad potential som kan användas i en strukturerad satsning på processutveckling.

6.3. Bedömning

Landstinget saknar idag ett mer handfast beslut för att backa upp införandet av Lean i sjukvården. Det finns behov av en strategi och en konkret handlingsplan som beskriver hur Lean ska införas, vem som ansvarar för olika delar och när olika moment ska vara färdiga.

Som vi ser det behöver också landstingledningen visa en större handlingskraft och eget engagemang i frågan om Lean. I beslutet om Lean framgår att "ledningen stöder" Leanarbetet. Vår bedömning är att detta inte är tillräckligt för att införandet av konceptet ska bli framgångsrikt. För det krävs en landstingsledning som aktivt visar vägen i detta arbete, tydliggör den övergripande idén med att implementera konceptet och tydliggör hur denna idé är till gagn för Landstinget Dalarna. I nuläget har fattats beslut om att införa ett koncept som, om det införs, ställer radikalt andra krav på t.ex. landstingets budgetprocess och verksamhetsstyrning. Ett införande av Lean kan inte lyckas utan att andra väsentliga delar i landstingets styrsystem anpassas eller ändras. Vi har inte förstått att landstinget direkt planerat sådana förändringar i sitt styrsystem som krävs för att ställa om till en processororientering som skulle bli följden av ett brett genomförande av Lean-konceptet. Eventuellt saknas denna insikt hos landstingsledningen. Ett av fundamenten i Lean-konceptet är att chefer i linjen är drivande, inte ett sidoställt projekt eller liknande.

När detta klargjorts behövs en tydlig strategi och en handlingsplan för införandet av Lean. Mycket av det som beskrivit ovan om utbildningar i Leanspel och genombrottsmetodik samt de tidigare processledarnas roll bör ha en naturlig plats i handlingsplanen.

Landstinget är i färd med att organisera om verksamheten samtidigt som förändringar på olika ledarpositioner är att förvänta. Att klargöra ovanstående delar är något som den nya ledningen bör ta sig an relativt omgående. Dessa frågor kan synas mindre viktiga i ett läge då landstinget på kort sikt har stor ekonomiska bekymmer att hantera. Erfarenheten visar dock att det främst är de långsiktiga lösningarna som ger bestående kostnadseffekter. En utvecklad processororientering bör därför ha en viktig plats i landstingets långsiktiga strategi för att hantera ekonomin.

7. Sammanfattande svar på revisionens frågor

I vilken utsträckning finns det organisatoriska strukturer och ledningspositioner som utgår från eller underlättar styrning av vårdprocesser och andra processer?

Detta finns idag i obetydlig utsträckning. Det finns visserligen de som ansvarar för utformning och ajourhållning av rutiner inom kliniker/avdelningar/mottagningar. Däremot har vi i princip inte funnit något exempel där processer definierats över organisationsgränser och där processen "ägs", förvaltas eller styrs av en särskilt utsedd person.

Vilka exempel finns det på verksamheter som styrs utifrån processorientering och modern vårdlogistik inom sjukhusvården?

Vi har i princip inte funnit någon klinik där ett sådant tänkande genomsyrar verksamheten. Däremot finns vissa inslag av enstaka förbättringsåtgärder som haft stor positiv inverkan och som bär spår av modern vårdlogistik. Utvecklingen är helt personberoende och stöttas i ringa omfattning av organisationen.

I vilken utsträckning präglas verksamheternas ledning och styrning av ett effektivt utnyttjande av personalresursen?

Vår bedömning är att matchning av kapacitet och efterfrågan samt schemaläggning utifrån vårdbehovet är ett stort utvecklingsområde. Resursutnyttjandet kan heller inte avläsas på övergripande nivå eftersom det inte finns några nyckeltal av typen produktion/arbetad tid eller liknande. Vi har heller inte funnit att systematiska vårdtyngdsanalyser eller bemanningsanalyser har gjorts för att hitta rätt bemanningsnivå.

I vilken mån understöds en utveckling mot processtyrning och modern vårdlogistik av landstingets ersättningsmodeller och uppföljningsparametrar?

Det finns idag i princip inga tydliga incitament i styrsystemet för att effektivisera processer. Det incitament som finns är det ekonomiska d.v.s. en effektiv verksamhet kan klara vårdbehovet med rimliga kostnader. Ekonomistyrning är alltså det som helt dominerar styrmodellen. Modern vårdlogistik och framför att Lean-konceptet förutsätter att ekonomistyrningen (d.v.s. kostnadskontroll) kompletteras med processorienterade styrparametrar.

Enstaka exempel på mått/uppföljningar avseende processeffektivitet har framkommit från verksamhetsnivån. Dessa har då varit kopplade till enskilda utvecklingsarbeten och inte utgjort ett regelbundet inslag i verksamhetsuppföljningen. På landstingsnivå saknas uppföljningsparametrar med koppling till vårdprocesser.

Hur genomförs utvecklingsarbetet och vilket stöd får olika verksamheter i denna utveckling?

Inom Utvecklingsenheten vid landstingskansliet finns två processledare som jobbar med patientsäkerhet, risk- & händelseanalys och avvikelshantering. Inom länssjukvårdens utvecklingsenhet finns förutom chefen två processledare som på deltid (båda på 60%) stödjer utveckling och ger metodstöd kring evidensbaserad vård samt FoU och även samordnar ett nätverk för sjuksköterskor som forskar. På klinikerna finns dessutom vårdutvecklare (del av tjänst) som även står för utbildning i Genombrottsmetodik. På liknande sätt finns vårdutvecklare inom närsjukvården. Landstinget har även anlitat konsultstöd för att utveckla arbetet

med vårdlogistik. Ett flertal Genombrottsprojekt ska genomföras. De två testerna med Lean-konceptet tycks ha fallit väl ut.

I vilken mån genomsyras ledningen på olika nivåer av en modern syn på processtyrning och vårdlogistik?

Det finns på sina håll ett intresse och en nyfikenhet för detta. Dessa frågor berörs endast sporadiskt i olika ledningsfora. Vår bedömning är att den högsta ledningen på ett tydligare sätt behöver lyfta fram vad de anser vara de bärande idéerna för Landstinget Dalarna med ett införande av Lean. Dessutom krävs en tydlig strategi och handlingsplan för implementeringen.

På vilket sätt samspelar administration, profession och politik mot en utveckling där sjukvården styrs utifrån en modern syn på processer och vårdlogistik?

Det saknas en gemensam grundsyn och insikt kring behovet av en sådan styrning. Några av de intervjuade menar att förutsättningarna att uppnå detta kan öka när de förändringar på ledande poster som planeras har genomförts. Således menar vi att det idag saknas en viktig förutsättning för ett sådant samspel som frågan avser. Professionens företrädare bör vara bärare av processtyrningens principer, administratörer bör ha en inriktning mot processtyrning i uppföljning och styrning och politiker bör vara aktiva avnämare och ställa frågor kring hur väl sjukvårdens processer fungerar. Värdeskapandet måste stå i centrum medan kostnadskontrollen är en nödvändig restriktion.

Stockholm 2010-01-12

Anders Hellqvist och Andreas Endredi
Ernst & Young

Bilaga 1 Intervjuade funktioner

Landstingsdirektör

Länssjukvårdsdirektör

Ekonomidirektör

Personaldirektör

Ordf. i Landstingsstyrelsen

Planeringschef länssjukvården

Fyra funktioner i de centrala utvecklingsresurserna

Verksamhetschefer:

- Medicinklinik Falun och Mora
- Operation/Anestesi Falun
- Kirurgklinik Mora
- Medicinklinik Avesta
- Landstingsservice

Mottagningschefer:

- Ortopedi/kirurgmottagning Mora
- Medicinmottagning Mora
- Njurmottagning Falun