Per Nikolaj D. Bukh · Jens Frederiksen · Mikael Hegaard

BALANCED SCORECARD PÅ DANSK

Ti danske virksomheders erfaringer

e-bog

Børsen

ERFARINGER FRA TI DANSKE VIRKSOMHEDER

Ti Cases

Iss Danmark

Post Danmark

Vestbyg A/S

BRFkredit

Lån & Spar Bank A/S

Merkantildata A/S

Rigshospitalets HovedOrtoCenter

Kort & Matrikelstyrelsen

Skanderborg kommune

Erricsson Danmark

www.borsensforlag.dk

KAPITEL 12

LARS HAGERUP, CENTERØKONOM

Rigshospitalets HovedOrtoCenter

Resumé

Da Rigshospitalet for to år siden begyndte at arbejde med kontraktstyring, valgte HovedOrtoCentret at bruge balanced scorecard til at sætte fokus på både kvalitetsudvikling og ressourcestyring i centrets kliniske specialer. Processen har ikke blot handlet om at nedbryde den eksisterende strategi til operationel måling og opfølgning, men også om at udvikle en organisation, der skulle bære en ny styringsopgave samt skabe en tæt sammenhæng til budgetlægningen. Det beskrives i kapitlet, hvorledes centret har udviklet et bottom-up-redskab, som med en decentral forankring af styringsopgaven kan skabe sammenhæng mellem kerneydelser, kvalitetsudvikling og kapacitetsudnyttelse.

Balanced scorecard på HovedOrtoCentret

HovedOrtoCentret er et kirurgisk center, der sammen med otte andre centre indgår i Rigshospitalets divisionaliserede struktur. Som de øvrige centre består HovedOrtoCentret af en række beslægtede lægelige specialer/klinikker med en fælles centerledelse.

Kapitlet her handler om HovedOrtoCentrets erfaringer med at bruge balanced scorecard i forbindelse med indførelsen af kontraktstyring.

Da HovedOrtoCentret i sommeren 1998 begyndte etableringen af balanced scorecard, forelå der en beslutning fra Rigshospitalets direktion om, at alle centre skulle indføre kontraktstyring. Kontraktstyring har vundet indpas i flere statslige virksomheder og styrelser i løbet af 1980'erne og 90'erne. Udformningen er forskellig i de forskellige virksomheder, men det overordnede princip er at opstille mål for virksomheden, der rækker ud over de rent økonomiske og regnskabsmæssige. I HovedOrtoCentret nedsatte centerledelsen en styregruppe, som fastlagde de strategiske rammer bag processen og modellen. Styregruppen kom til at bestå af centerdirektør Steen Boesby og centerchefsygeplejerske Ester Lind (centerledelsen) og undertegnede som centerøkonom. Endvidere indgik to ledelseskonsulenter.

Balanced scorecard blev valgt, fordi det bl.a. gav mulighed for at bevæge sig væk fra et snævert fokus på kvantitative mål (økonomi, antal behandlinger, antal sengedage) og således inddrage kvalitative mål inden for de faglige områder som behandling, pleje, uddannelse, forskning og udvikling. Alt sammen i overensstemmelse med den strategi, som året før var blevet lagt af centerledelsen i samarbejde med klinikkerne. Til trods for en bevidst diskussion og stillingtagen til modellen bag balanced scorecard som skabelon for kontraktstyringen i HovedOrtoCentret blev der ikke tale om at sælge ideen om kontraktstyring til centrets klinikker ved hjælp af balanced scorecard. Centerledelsen gik meget bevidst ud til klinikkerne og argumenterede for en egen fortolkning af modellen, og hvorfor man anså det som en anvendelig form i forbindelse med kontraktstyring. Ordet balanced scorecard har formentlig ikke været nævnt én eneste gang i dialogen med klinikkerne om kontraktens udformning.

Rigshospitalets turbulente fortid

Kontraktstyringsprocessen begyndte i sommeren 1998, hvor hospitalet for første gang i en årrække oplevede en vis stabilitet i den økonomiske og administrative struktur, der omgiver klinikkerne. Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) var etableret, centerstrukturen var på plads, og H:S' sygehusplan 2000 med indflytning og fusion af en række afdelinger og oprettelsen af nye funktioner samt de store fysiske omrokeringer ved indflytningerne var stort set gennemført. Forud var gået en lang og turbulent periode med store ledelsesmæssige og organisatoriske omlægninger blandt andet som følge af en ustabil økonomi.

Ved udgangen af 1992 havde Rigshospitalet et akkumuleret underskud på 220 mio. kr. Samtidig stod hospitalet også med handlingsplanen 'Fremtidens Rigshospital', der over en periode fra 1993 til 1996 skulle styrke hospitalets rolle som flagskib inden for patientbehandling, forskning, uddannelse og udvikling i det danske sundhedsvæsen. Handlingsplanen indeholdt en omfattende decentralisering af hospitalets ledelsesstruktur og styring ved oprettelsen af ti centre samt tilførelse af midler, idet økonomien skulle rettes op. Syv centre samlede de kliniske specialer med fælles patientforløb, og tre centre samlede de tværgående servicefunktioner: Billeddiagnostik, laboratorievirksomhed og rene driftsopgaver.

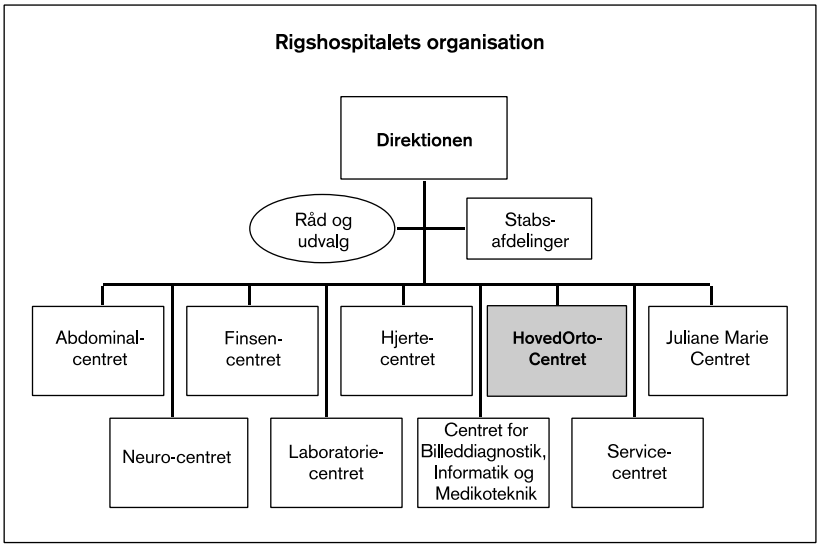
Af flere forskellige årsager blev handlingsplanen ikke gennemført som oprindeligt planlagt. Den administrerende direktør skiftede til Danmarks Radio, og en ny direktør tiltrådte midt i perioden. Umiddelbart efter i sommeren 1994 blev forslaget om dannelsen af H:S sendt ud til offentlig høring. Forslaget blev endeligt vedtaget, og H:S formelt etableret 1. januar 1995 ved lov. Endnu inden hospitalets decentrale struktur var gennemført og havde haft mulighed for at stabilisere sig, blev en ny og centraliseret struktur lagt ned over hospitalet. Det signalerede nye ændringer og usikkerhed om fremtiden.

I 1995 blev Sygehusplan H:S 2000 forelagt. Planen var udarbejdet af den nyetablerede direktion i H:S og vedtaget af selskabets bestyrelse. Planen ville kort fortalt medføre en samling af de højt specialiserede funktioner fra fællesskabets syv hospitaler på Rigshospitalet og faldt således sammen med målsætningen i Rigshospitalets handlingsplan om at styrke hospitalet som et flagskib inden for patientbehandling, forskning, uddannelse og udvikling. Med udgangen af 1995 skete der samtidig et nyt direktørskifte, idet den administrerende direktør valgte at rejse efter kun halvandet år på posten. Men inden H:S' sygehusplan 2000 kunne blive iværksat, skulle der imidlertid følges op på gennemførelsen af Rigshospitalets egen handlingsplan. Desværre stod det i foråret 1996 klart, at gennemførelsen af rationaliseringer på hospitalet ikke var sket som oprindeligt planlagt. En Plan for Økonomisk Tilpasning (PØT-planen) blev udarbejdet og gennemført i foråret og sommeren 1996. De rationaliseringer, der løbende skulle have været gennemført over en fireårs periode, blev gennemført i løbet af få måneder. PØT-planen medførte nedlæggelsen af hver tiende stilling på Rigshospitalet, og det er den mest omfattende fyringsrunde, man har oplevet i det danske sundhedsvæsen. Formålet var at spare 125 mio. kr. Gennemførelsen af planen medførte arbejdsnedlæggelser og omfattende uro på hospitalet.

I 1996 påbegyndte man også gennemførelsen af Sygehusplan H:S 2000. Planens gennemførelse betød for Rigshospitalet fusion af en lang række af hospitalets egne afdelinger (i H:S-regi nu klinikker) med afdelinger og funktioner fra andre H:S-hospitaler. I praksis medførte det omfattende fysiske flytninger og ombygning af operationsstuer, sengeafdelinger, kontorer mv. og de følgende uundgåelige driftsforstyrrelser.

I dag opleves Rigshospitalets struktur som stabil med ni centre, efter at hospitalets mindste kliniske center blev nedlagt i 1998, og klinikkerne ledelsesmæssigt og administrativt er flyttet til andre

centre (se figur 12.1). Hvert af hospitalets centre har en centerledelse, som består af en centerdirektør (i de fleste tilfælde en læge) og en centerchefsygeplejerske samt en stab med bl.a. centerøkonom og personalekonsulent. Centrene består af et antal klinikker (specialer) eller driftsområder, der hver har en klinikledelse bestående af en klinikchef (administrerende overlæge) og en oversygeplejerske.



Figur 12.1. Rigshospitalets centerstruktur.

Rigshospitalets økonomi

Rigshospitalets finansieringsstruktur er bygget op om både et udgifts- og et indtægtsbudget, der balancerede med tre mia. kr. i 1999. Indtægtsbudgettet bygger på indtægter fra behandlingen af patienter, der henvises fra amtskommunale sygehuse, og en blokbevilling fra H:S til behandlingen af patienter fra H:S-området samt et tilskud til forskning og udvikling (tidligere statsfinansieret). Rigshospitalet udfakturerer priser på operationer, sengedage, ambulante ydelser og særlige behandlingsprocedurer. Der udfaktu-

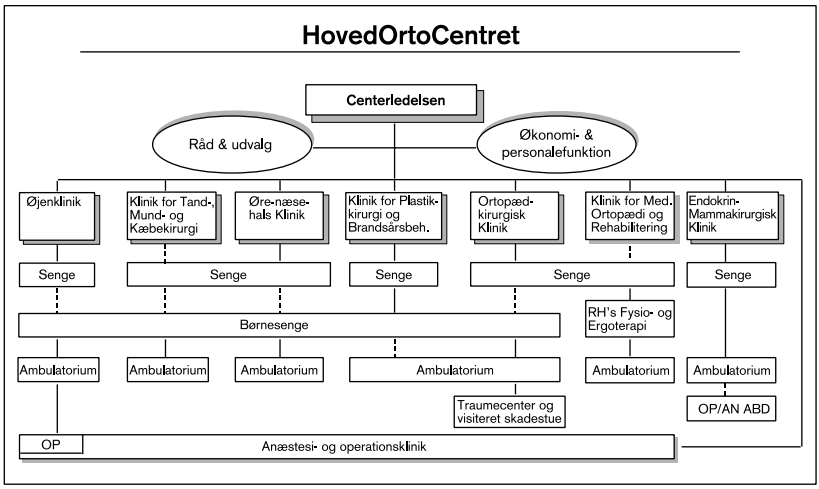
reres til landets amter og andre med henvisningsret, som Grønland og Færøerne m.fl. Priserne bygger på beregningsprincipper, der er fastlagt i loven om Rigshospitalet, og som medfører, at priserne er omkostningstro og bygger på det senest kendte regnskab. Hospitalet har de to seneste regnskabsår haft et overskud, og regnskabsprognosen viser ultimo 1999 endvidere et overskud.

HovedOrtoCentret

HovedOrtoCentret er et kirurgisk center med otte klinikker og 1.350 medarbejdere. Aktiviteten omfatter i 2000 15.423 operationer, svarende til ca. 45% af hospitalets samlede antal operationer udført så vel under indlæggelse som ambulant. Driftsbudgettet er i 2000 på 336 mio. kr. Se figur 12.2.

Da Rigshospitalet indledte processen med udarbejdelse af kontrakter for de enkelte centre, havde HovedOrtoCentret været gennem en periode med hård central styring, ledelsesrokader og organisationsændringer. Den matrix-organisation, centret var blevet etableret med, blev nedlagt og erstattet af en mere traditionel struktur, hvor hver klinik har sit eget sengeafsnit og ambulatorium. Det eneste område, hvor matrix-organisationen genkendes, er på operationsgangen.

Centrets ledelse havde i Rigshospitalets turbulente periode opstillet et såkaldt 'ordenskapitel', der beskrev de overordnede målsætninger for ledelse og administration med det formål at få etableret stabilitet i centrets økonomi, den fysiske placering på hospitalet samt de interne samarbejdsaftaler. Ved gennemførelsen af 'ordenskapitlet' begyndte stabiliteten at indfinde sig. Samtidig er centrets økonomiske resultat i løbet af 1997 og endeligt i 1998 blevet vendt til overskud. Overskuddet hænger sammen med, at der er behandlet flere patienter end budgetteret som følge af et stigende antal henvisninger.



Figur 12.2. HovedOrtoCentrets klinikstruktur.

En del af klinikkerne i HovedOrtoCentret har overlappende patientforløb, mens andre klinikker udelukkende har egne patientforløb. Imidlertid er alle klinikker præget af et budgetteret højt aktivitetsniveau, der kræver en stram og præcis planlægning af operationsprogrammer og vagttilrettelæggelse samt et velfungerende samarbejde med centrets tværgående anæstesi- og operationsklinik. Logistikken og kommunikationen omkring afviklingen af de enkelte klinikkers operationsprogrammer er central for afviklingen af den budgetterede aktivitet. Sengedage og ambulante ydelser er en del af alle patientforløb, hvor operationen må betegnes som den udløsende kerneydelse. Hver kirurgisk klinik tildeles et antal operationslejer (afhængigt af aktivitetsbudget), der bemandes med anæstesi- og operationspersonale (læger og sygeplejersker). Bemandingen er samlet i anæstesi- og operationsklinikken, der arbejder med en opdeling i hold, som er rettet mod de enkelte kirurgiske klinikker, som kirurgen kommer fra.

Der har vist sig et stigende behov og ønske om at styrke den decentrale aktivitets- og økonomistyring i klinikkerne og samtidig

bruge mere opmærksomhed på kvalitetsopfølgning og processer. Styregruppen i HovedOrtoCentret så derfor kontraktstyringen som en mulig løftestang for klinikkerne, hvor brugen af balanced scorecard som model kunne sætte mere fokus på indholdssiden inden for behandling og pleje ved at opstille mål for denne del af virksomheden. Endvidere gav balanced scorecard mulighed for at skabe sammenhæng mellem så vel aktivitets- og økonomistyring som behandling og pleje samt forskning og eksterne relationer.

Resultatet af arbejdsprocessen i centret blev en kontrakt mellem centerledelsen og den enkelte klinik udformet som et balanced scorecard, der indeholdt en lang række måleområder, som vi valgte at kalde satsningsområder. Disse områder er grupperet under fem hovedområder i overensstemmelse med de perspektiver for virksomheden, der arbejdes med i teorien bag balanced scorecard. Alle klinikker i centret har således deres eget balanced scorecard med satsningsområder inden for de fem hovedområder. I figur 12.3 vises et eksempel på, hvordan scorecardet er udformet. Se også figur 12.5 som viser, hvordan HovedOrtoCentrets balanced scorecard er opstillet.

Balance mellem det sundhedsfaglige og det økonomiske perspektiv

Det er en udbredt opfattelse, at økonomistyring og fokus på ressourceallokering ikke er foreneligt eller i hvert fald er dårligt foreneligt med den faglige interesse for at forbedre den behandlingsmæssige kvalitet og sygeplejen.

Der er tale om en misopfattelse. I mange tilfælde vil et styrket fokus på ressourceanvendelsen kunne styrke den behandlingsmæssige indsats og endvidere frigøre ressourcer, der kan bruges netop til styrkelse af behandlingsindsatsen og/eller plejen.

Sundhedsfagligt personale i behandlingssystemet og på hospitalerne har ofte en oplevelse af utilstrækkelige ressourcer, hvilket i

Behandling & Pleje

Satsningsområde Der måles	Nøgletal	Mål 1999	Status pr. dato	Handling	Ansvar	Deadline	Opfølgning
• Elektronisk booking	• Et tilrettet program til hver klinik	• Alle klinikker med i elektronisk booking ultimo 1999		• Aftale med den enkelte klinik, økonomisk støtte fra centerledelsen	• Centerrådet/ ledelsen	• Primo 99 indført i alle klinikker	• Centerrådet
• Antal aflysninger • Knivtid • Starttidspunkt	• Program færdigt	• Træk af relevante data fra medio 99 • Løbende kontrol hver måned		• Ekstern bistand ved firma	• Centerledelsen • Læge x • Læge y	• Program: maj 99	• Centerrådet
• Ventetider i præambulatorium	• % patienter venter < 15 min.	• Min. 85%		• Udarbejde spørgeskemaer • Spotmålinger 2 x årligt	• Kvalitetsudviklingsudvalget • Læge å	• Inden juni 1999 • Halvårllige målinger • Spotmålinger	• Klinikrådet
• Patientinformationer	• Projekt	Udført: Ja • 100% revideret		• Revideres	• Arbejdsgruppe nedsat af klinikrådet • Sygeplejerske b	• 1. udkast inden juni 1999	• Færdig efterår 1999 og fremlægges for klinikrådet
• Vejledende retningslinjer for procedurer	• Projekt	• Indledt: Ja		• Evalueringsdiskussion om behandlingsrutiner/ procedurer	• Afsnitsledelsen/ repræsentanter fra 4 klinikker	• 50% juni 99 • 95% dec. 99	• Klinikråd/ledelsen
• Patienttilfredshed	• % patienter tilfredse med behandling og pleje	• Min. 90% tilfredse		• Udarbejdelse af spørgeskema • Måling 1 x årligt	• Kvalitetsudviklingsudvalget • Læge ø	• Ultimo 99	• Klinikrådet
• Ressourceforbrug ved gangfunktion for opr. sygepl.	• Reg. af tidsressourcer til den enkelte operation	• 25% i juni 99 • 50% i dec. 99		• Udarb. af et program til reg. • Tidsregistrering af konkrete funktioner	• Afd.sygepl./ sygepl.	• Ultimo 99	• Klinikrådet

Figur 12.3. Udsnit af balanced scorecard for en kirurgisk klinik.

høj grad hænger sammen med, at man fra centralt hold (om)-fordeler ressourcer. Samtidig forsøger man at gennemtvinge rationaliseringer ved at reducere bevillinger uden samtidig at give de udførende dele af ledelsessystemet metoder til bedre at udnytte deres bevillinger. På denne måde presses hospitaler og klinikker til selv at finde rationaliseringer. De skal således selv stå for den metodeudvikling, der skal medføre omlægninger og ændrede forretningsgange og i sidste ende føre til rationaliseringer (det, man i managementlitteraturen kalder business process reengineering og mange steder betaler konsulentfirmaer for at analysere). Når metoder til gennemførelse af rationaliseringer ikke udvikles og formidles (markedsføres) gennem hele organisationen, vil medarbejderne på hospitaler og klinikker hele tiden have en oplevelse af, at de "presses til at løbe hurtigere og hurtigere", hvad de reelt også gør. At gennemføre eksisterende forretningsprocesser stadigt hurtigere er som bekendt ikke det samme som en hensigtsmæssig metode endsige lig med metodeudvikling.

Fra centralt hold anvises beløbsrammer for rationaliseringer, men ikke hvad man indholdsmæssigt ønsker at opnå ved rationaliseringer. På denne måde opnår man primært generel modstand mod at rationalisere/ændre procedurer. Endvidere arbejder man generelt ikke med incitamenter til at finde rationaliseringer, idet det er meget svært at få del i de rationaliseringer, man finder på klinikniveau.

Det skal i denne sammenhæng nævnes, at Rigshospitalets klinikker og personale i høj grad er bekendt med at skulle være bevidste om ressourceallokering som en tvingende nødvendighed gennem flere år. Blandt andet fordi man er blevet gjort ansvarlig gennem decentrale budgetter siden 1992 og i øvrigt også gennem en lang årrække er blevet pålagt besparelser hvert år.

Bevillingsstyring i forhold til kapacitetsstyring

Det er ikke udelukkende størrelsen af bevillingen, der er bestemmende for, om klinikken kan gennemføre den planlagte aktivitet. Det er i høj grad udmøntningen af bevillingen, der er afgørende.

Kapaciteten skal i bred forstand være korrekt dimensioneret. Kapacitet, forstået som antallet af læger, uddannelsesniveauet i lægegruppen, sammensætningen af lægestabens kompetenceniveauer og vagtplanlægningen i lægegruppen. Tilsvarende gælder for sygeplejegruppen og alle andre involverede personalegrupper. På et sygehus er produktionsapparatet som i andre servicevirksomheder lig med de ressourcer, der ligger i personalet, så vel kvantitativt som kvalitativt.

Hvis ikke den enkelte kliniks kapacitet på disse områder er dimensioneret i overensstemmelse med klinikkens sammensætning af patientgruppen og det aktivitetsniveau, der er forudsat i budgettet, er der en overhængende fare for, at klinikkens ressourcer heller ikke bruges korrekt. Denne risiko øges, når der samtidig stilles store krav om fleksibilitet fra omgivelserne i form af løbende ændringer i sammensætningen af patientgruppen over tid og ændrede mål fra et politisk styret sundhedsvæsen.

Det er endvidere afgørende, at tværgående funktioner, som røntgen og anden billeddiagnostik samt laboratorier, har en kapacitet, der stemmer overens med det antal patienter og den patientmiks, de kliniske specialer er dimensioneret efter, således at der ikke opstår flaskehalse og utilsigtede ventetider internt på sygehuset.

Der er i den enkelte klinik tale om et komplekst system af ressourcer, der endvidere i mange sammenhænge skal passe sammen med tilsvarende komplekse systemer i de klinikker, der samarbejdes med. Der er mange faldgruber, og det er nødvendigt for klinikledelse, centerledelse og hospitalsdirektion løbende at følge op på fordelingen af ressourcer.

For at fremme udnyttelsen af ressourcerne og kanalisere ressour-

cer derhen, hvor behovet findes, er det nødvendigt at flytte fokus fra bevillingsstyring til kapacitetsstyring. Hvis ressourcerne skal bruges hensigtsmæssigt, må man i højere grad se på, hvordan den passende kapacitet tilrettelægges, og hvordan man følger op på udnyttelsen af denne kapacitet. Hvis opgaverne ændrer sig i omfang og/eller indhold, hvordan kan man da skabe sig en fleksibilitet i kapaciteten frem for i nogle perioder at løbe meget hurtigt og i andre perioder mindre hurtigt? Det er her, modellen bag balanced scorecard kommer ind i billedet. Balanced scorecard er velegnet i en virksomhed som et hospital af flere grunde:

1) Det er muligt at måle på virksomhedens forretningsprocesser samt måle på de ressourcer, der ikke umiddelbart lader sig omsætte i kroner, som uddannelse, forskning, sammensætningen af kompetencer, udvikling af nye metoder, graden af planlægning, udarbejdelse og distribution af information mv. Udviklingen af kvaliteten kan på denne måde iværksættes og systematiseres, og dermed er ikke kun produktiviteten i fokus.
2) En anden oplagt fordel ved brugen af balanced scorecard på et hospital er muligheden for at styrke og synliggøre sammenhængen mellem virksomhedens forskellige forretningsområder. Forretningsprocesser/behandling og pleje – læring og vækst/personale, uddannelse og forskning – kunderelationer/eksterne relationer – økonomi/aktivitet. Herunder ikke mindst muligheden for at følge op på sammenhængen mellem forskellige forretningsgange i virksomheden og de afledte effekter på ressourceudnyttelsen.
3) Den fordel, der generelt ligger i systematisk at føre virksomhedens strategi (f.eks. at forblive et højt specialiseret universitetssygehus) ned på et operationelt niveau. Det er med til at udvikle, synliggøre og følge op på den viden og de kvalitetsmål, der ligger i en fagprofessionel servicevirksomhed.

Hvis man ved opstillingen af sit balanced scorecard kan synliggøre de sammenhænge, der naturligvis findes mellem de forskellige områder, kan man også synliggøre og dermed fremme udnyttelsen af hospitalets ressourcer. Oven i købet på en måde så ressourcerne som udgangspunkt kan forblive på klinikniveau og samtidig kan anvendes til kvalitetsudvikling inden for klinikkens øvrige forretningsområder. Det vil jeg give et eksempel på senere.

Balanced scorecard på et hospital – opstilling af en model for kontraktstyring

Opstilling af balanced scorecard forudsætter strategisk afklaring. Iværksættelsen af arbejdsprocessen med opstilling af balanced scorecard medfører således ikke formuleringen af en strategi. Strategien skal være formuleret, inden en sådan arbejdsproces overhovedet kan begynde.

Man kan opleve, at strategi og formuleringen af en sådan i høj grad lever på direktionsgange og nævnes ved festlige og højtidelige lejligheder. En virksomheds strategi kommer imidlertid til at stå sin prøve, når den bliver fortolket og forsøgt operationaliseret i alle dele af organisationen.

Anvendelsen af balanced scorecard handler netop om at operationalisere virksomhedens strategi og sætte eksisterende opgaver og arbejdsprocesser i relation til strategien.

I valget af de områder, for hvilke man opstiller mål og dermed vil fremme udviklingen, kommer man til at balancere mellem to valg. Valget mellem på den ene side at rette sin offensiv mod de udfordringer, der bliver rettet mod hospitalet og centret som krav fra omgivelserne (H:S' servicemål, ventetidsgaranti, effektivisering af patientforløb mv.), og på den anden side de udfordringer, hospitalet og centret selv ønsker at prioritere gennem udvikling af sit

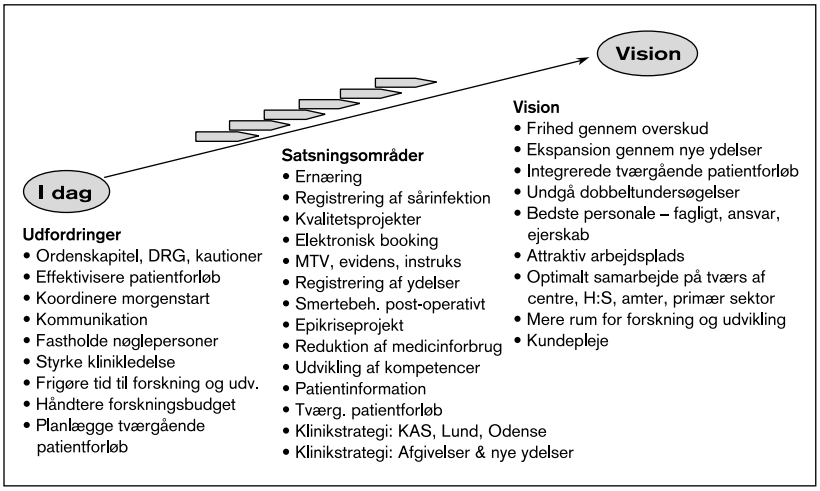
faglige område gennem forskning, uddannelse af personale, udvikling af nye behandlingsmetoder mv.

Under opstillingen af balanced scorecard og dermed udarbejdelsen af en kontrakt for de enkelte klinikker og det samlede center har det været nødvendigt at afbalancere de forskellige satsningsområder på en sådan måde, at klinikkerne havde en oplevelse af spillerum og mulighed for selv at vælge sine udfordringer. Samtidig har centerledelsen prøvet at rette skytset mod de udfordringer, det var tvingende nødvendigt som et samlet center at forholde sig offensivt til.

Det er vigtigt at bemærke, at strategiprocessen for Rigshospitalet og HovedOrtoCentret var påbegyndt, året før kontraktprocessen begyndte. Forberedelserne til kontraktstyringen bestod af tre trin.

Trin 1 var en drøftelse af centrets vigtigste udfordringer og skitsering af ledelsens visioner for centret samt fortolkning af Rigshospitalets strategi på centerniveau. Trin 2 var en fastlæggelse af de strategiske rammer for klinikkerne og de overordnede mål i overensstemmelse med Rigshospitalets og H:S' mål. Endelig var trin 3 en beslutning om, at budgetforhandlingerne og udmøntningen af eventuelle besparelser skulle foregå sideløbende med udarbejdelsen af de enkelte klinikkontrakter, således at budget og kontraktstyring kom til at støtte hinanden og hang sammen ved processens afslutning.

Da opfattelsen af strategien på klinikniveau ville blive udslagsgivende for det endelige resultat, blev der lagt stor vægt på at formidle og drøfte visioner og de strategiske rammer for henholdsvis hospitalet og HovedOrtoCentret. Det var samtidig centerledelsens måde at give klinikkerne spillerum for opfindsomhed og kreativitet og samtidig sikre, at alle klinikkerne kom til at arbejde med samme overordnede mål. Resultatet blev en opstilling af ledelsens visioner og strategifortolkning på centerniveau, som var nem at kommunikere, og som åbnede for en dialog om vægtning af strategien, og hvorledes den kunne udmøntes på klinikniveau. Se figur 12.4.



Figur 12.4. Fra udfordring til visioner i HovedOrtoCentret.

Processen skulle bygge på involvering af de ledende medarbejdere og skulle inkludere træning af klinikledelserne i styring og opfølgning på kontrakterne samt styrke samspillet mellem klinikledelserne og medarbejderne. Forløbet indeholdt en række workshops, hvor de overordnede mål skulle nedbrydes og tilpasses de enkelte klinikker.

Oplægget bestod af et idekatalog opdelt efter fem hovedområder for hele centret, hvorfra klinikkerne kunne vælge. Inden for de enkelte hovedområder havde styregruppen udvalgt en række satsningsområder, som var obligatoriske og gennemgående for alle klinikker samt en lang række potentielle satsningsområder. Endvidere kunne der opfindes nye på klinikniveau.

Umiddelbart kan det se ud, som om at aktivitet og økonomi rangerer lavt ved udvælgelsen af satsningsområder. Imidlertid er der tale om nogle få, men centrale mål for aktivitet og økonomi. Der bliver stadig målt på produktiviteten som antallet af og indtægten for centrets ydelser. F.eks. vil implementeringen af et elektronisk bookingprogram foruden understøttelsen af patientforløb og planlægning af behandlingen og plejen også understøtte pro-

duktiviteten i de kirurgiske specialer. På udgiftssiden vil opstillingen af mål for den lægelige vagtplanlægning og -afvikling fokusere på en central størrelse af det samlede udgiftsområde. De fem hovedområder, som er vist i figur 12.5, er følgende: Behandling og pleje (det interne perspektiv), forskning og udvikling (læring og vækst), personale (læring og vækst), eksterne relationer (kundeperspektiv) samt aktivitet og økonomi (økonomisk perspektiv). Hovedparten af de områder, der i sidste ende blev udvalgt som særlige mål for indsats og måling (satsningsområder), ligger inden for behandling og pleje.

Figur 12.5. HovedOrtoCentrets opstilling af balanced scorecard.

Elektronisk booking som satsningsområde

"Et afbalanceret sæt af mål, der beskriver de kritiske aspekter af organisationen."

Denne fortolkning og korte oversættelse af ideen bag balanced scorecard stemmer overens med den forståelse og brug af balanced scorecard, der blev resultat af styregruppens arbejde i forbindelse med kontraktstyringsprocessen. Dette kan illustreres med et eksempel.

I et kirurgisk center som HovedOrtoCentret svarer operationsgangen til produktionslinjen i en ordrevirksomhed. Tilrettelæggelse af operationsprogrammer for de enkelte kirurgiske specialer med indkaldelse af patienter, reservation af kirurgens tid, varighed af operationen (timer og minutter), registrering af apparatur, instrumenter og eventuelle implantater (hofteled eller lign.) til den enkelte operation, fastlæggelse af anæstesi, afsættelse af tid til rengøring af operationsstuer samt udskiftning af patienter er alle dele af en nødvendig planlægning for at opnå optimal udnyttelse af kapaciteten.

Styringen af denne planlægning og afviklingen af operationsprogrammerne kan gøres på flere måder. De nyeste og mest moderne metoder er udviklingen af elektroniske bookingprogrammer, der inkorporerer alle de nødvendige dele af planlægningen og samler centrale oplysninger for selve afviklingen af operationsprogrammet.

I HovedOrtoCentret eksisterede allerede et bookingprogram, da processen med kontraktstyring startede. Programmet er udviklet af læger fra Ortopædkirurgisk Klinik i samarbejde med et rådgivende ingeniørfirma og er finansieret af udviklingsmidler, som blev afsat i forbindelse med handlingsplanen 'Fremtidens Rigshospital'. Det har været en væsentlig pointe i dette arbejde, at det netop var læger fra centret, der var primus motorer i udviklingen. Lægerne har i udviklingsarbejdet kunnet tage højde for de elementer, de netop fandt afgørende for anvendeligheden af programmet. Endvidere har lægerne kunnet tilpasse programmet til lokale forhold. Denne pointe har også været afgørende for at kunne udbrede programmet til centrets øvrige klinikker.

Udbredelsen af bookingprogrammet blev en kritisk succesfaktor i arbejdet med balanced scorecard i HovedOrtoCentret. "Alle klinikker i HovedOrtoCentret skal inden udgangen af 1999 være tilkoblet bookingprogrammet" var en gennemgående udmelding fra centerdirektøren, når vi drøftede de centrale mål for kontraktarbejdet så vel i styregruppen som ved møder med de enkelte klinikker.

Ved at inddrage implementering af bookingprogrammet i kontraktstyringen og lade det indgå i opstillingen af balanced scorecard understøttes imidlertid også andre mål end dem, der er snævert forbundet med afviklingen af aktivitet og økonomi. Man bør først og fremmest nævne, at det fremmer patienternes interesser for at få en større sikkerhed for, at tidspunkterne for operationen overholdes. På længere sigt betyder det, at flere patienter kan blive opereret. Endvidere har planlægningen og afviklingen af operationsprogrammerne naturligvis også betydning for personalets jobtilfredshed. Personalet har ikke bare en snæver interesse i, at arbejdstiden begyndes og afsluttes på forudsigelige tidspunkter, så overarbejde undgås. Medarbejderne har også interesse i at indgå i en velstruktureret arbejdsproces med få uforudsete afbrydelser og i det hele taget være del af en velfungerende arbejdsplads. Der er ikke tale om, at implementeringen af bookingprogrammet betyder enten-eller for opfyldelsen af de nævnte mål, men det fremmer processen og giver større præcision i opfyldelsen af de nævnte mål.

En strategisk pointe

Det elektroniske bookingprogram vil kunne sættes sammen med en lang række mål, der ville være aktuelle i forbindelse med opstillingen af et balanced scorecard. Som eksempler kan nævnes mål for udnyttelsen af operationslejer, starttidspunkter for operationer, rengøringstider for operationsstuer mv. Dette er endnu ikke sket. Det skyldes, at vi helt bevidst ville fremme selve indførelsen af

bookingprogrammet, inden vi begyndte at opstille mål for dets anvendelse.

Derfor blev der i stedet opstillet mål for indførelsen af programmet underbygget af argumentationen for, at klinikkerne her fik overdraget et værktøj, som var udviklet i HovedOrtoCentrets eget regi. Indførelsen af bookingprogrammet blev en katalysator for klinikkernes villighed til at tage nye metoder i brug, i kraft af at dets indførelse blev udvalgt som en kritisk succesfaktor.

Implementeringen af programmet ville endvidere give den enkelte klinik mulighed for at opnå de fordele, der er forbundet med brugen af programmet (værdi for patienter, personale og klinikkens aktivitet og økonomi). På denne måde satte vi mål for indførelsen af nye metoder, som på længere sigt vil være til klinikkens og centrets fordel. En sådan ny metode vil på længere sigt kunne fremme opfyldelsen af ikke blot mål, som klinikkerne og centret stiller op for sig selv, men også mål, der stilles til klinikkerne og centret fra omverdenen i form af kortere ventetider og afviklingen af flere operationer.

Organisering af processen

Gennemgående for processen var tre parallelle spor, der skulle understøtte hinanden. Det første spor var selve nedbrydningen af centrets og hospitalets strategi til udpegningen af en lang række måleområder (i vores proces kaldet satsningsområder).

Det andet spor i processen vedrørte organisation og ledelse af arbejdet med balanced scorecard ude i klinikkerne. Hvordan skulle man holde opmærksomheden fanget og fastholde fokus, så man på denne måde kunne arbejde med strategi i det daglige arbejde? Alle klinikker har klinikråd bestående af de ledende medarbejdere (klinikledelse, overlæger, afdelingssygeplejersker, ledende sekretær). Hvilken rolle dette forum hidtil havde spillet i de enkelte klinikker, var meget forskellig. Imidlertid var det oplagt og vel nærmest en

foræring til det forestående kontraktarbejde, at der fandtes netop en sådan organisering i klinikkerne, der kunne motiveres til at tage modellen bag kontraktstyring i HovedOrtoCentret til sig. HovedOrtoCentret havde på denne måde en organisation, der kunne stå for opstillingen af et balanced scorecard, som er lig med kontrakten for klinikkerne, og derefter også løbende arbejde med opfyldelsen af målene.

Samtidig blev der ved hjælp af ledelseskonsulenterne taget hul på en drøftelse af klinikledelsens rolle både i forhold til det forestående kontraktarbejde og i forhold til ledelsen af klinikrådet og den samlede klinik. Det har vist sig i selve udarbejdelsen af kontrakten for den enkelte klinik og i det efterfølgende år med brugen af balanced scorecard, at klinikrådene er blevet yderligere aktiveret og mere levende. Kontrakten har således været styrende for arbejdet og diskussionerne i klinikrådet.

Det tredje spor i processen vedrørte budgetlægningen for det kommende år. Sideløbende med at processen for etablering af kontraktstyring og opstilling af et balanced scorecard blev påbegyndt, fik HovedOrtoCentret udmeldt den økonomiske ramme for det kommende budgetår (1999). Det betød, at samtidig med, at der skulle udvikles en ny model for styring i centret, skulle centerledelsen og klinikledelserne fordele den økonomiske ramme på klinikniveau. Styregruppen var meget opmærksom på, at budgetlægningen blev tilrettelagt således, at den ikke blev opfattet som en modsætning til den ny model for kontraktstyring, men derimod kom til at hænge tæt sammen med den. Denne udfordring blev yderligere skærpet af, at centret skulle gennemføre besparelser i budgettet. I udmøntningen af besparelserne blev der derfor lagt vægt på at finde områder, hvor en rationalisering reelt var mulig, og hvor en rationalisering kunne hænge sammen med fokus på kapacitetsstyringen. Grønthøster-metoden var udelukket og blev end ikke drøftet, fordi den bliver opfattet som håbløst

forældet og ude af stand til at tage hensyn til den nødvendige fordeling af kapacitet og ressourcer.

Fire workshops i processen

Selve arbejdet med kontrakten og udarbejdelsen af et balanced scorecard i klinikkerne blev koncentreret om fire workshops, som er illustreret i figur 12.6.

I Workshop 1 diskuterede klinikrådet, hvordan centrets og hospitalets strategi kunne udmøntes på klinikniveau. Hvert klinikråd gennemgik en bruttoliste over de relevante satsningsområder, som styregruppen havde udarbejdet, og som de enkelte medlemmer hver for sig ønskede at satse på og/eller at blive målt på. På samme møde blev det defineret, hvordan fremdriften inden for hvert satsningsområde skulle måles, dvs. som nøgletal eller f.eks. et projekt. For hvert satsningsområde blev der opstillet konkrete mål for 1999. De konkrete mål kunne bl.a. være nøgletal i % af total eller udgangsværdi, gennemførelse/status af et projekt eller forventet effekt af projektet.

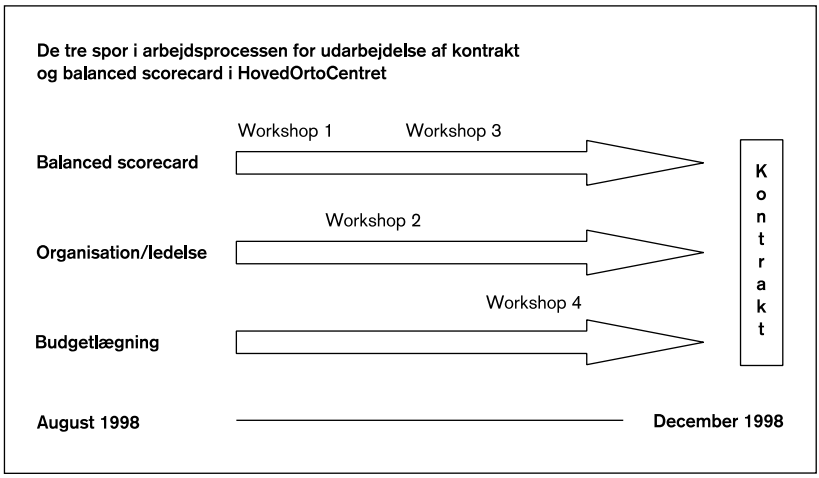
I Workshop 2 arbejdede man med at styrke den organisation, der skulle drive de enkelte projekter i kontraktstyringen. Emnet var ledelsesudvikling med det formål at styrke samarbejdet i klinikrådene og at skabe klarhed om det ledelsesmæssige redskab, som kontraktstyring er. Workshoppen blev varetaget af en erhvervspsykolog i samarbejde med en ledelseskonsulent. Fordelen ved workshoppen var, at ledelsesudviklingen tog udgangspunkt i ledergruppens eget arbejdsområde og behandlede spørgsmål som:

- Betragtede klinikrådene sig som en ledergruppe?
- Hvilke ledelsesværdier indeholdt klinikrådene?
- Hvilke holdninger herskede der til kontraktstyring?
- Hvilke tanker gjorde klinikrådene sig med hensyn til kontraktstyring i relation til medarbejdere og patienter?

Workshop 3 var en videreførelse af Workshop 1, hvor klinikrådene arbejdede videre med en kritisk gennemgang og valg af de endelige satsningsområder og nøgletal samt fastsættelse af realistiske mål for 1999. En handlingsplan for hvert satsningsområde blev beskrevet, ansvarlig(e) person(er) udvalgt, deadlines sat og opfølgningsform og hyppighed angivet. I denne procedure involverede klinikledelserne medlemmerne af klinikrådet, som på den måde kom et skridt videre i samarbejdet og en fælles ledelsesmæssig holdning (i klinikrådene).

Workshop 4 handlede om den daglige og løbende styring af kontrakten. Hvordan skulle klinikledelserne nu følge op på de mål, som var sat op, således at ingen af dem faldt på gulvet eller slet ikke kom i gang? Hvordan skulle klinikrådene som en samlet gruppe sikre involvering af hele klinikken? Vi drøftede endvidere, hvilke styringsredskaber der ville være nødvendige og tilgængelige for det daglige arbejde, samt hvilke data der skulle fremskaffes og af hvem.

Centerledelsen præsenterede herunder den overordnede kontrakt med konkretisering af fælles udviklingsområder for centret, som centerøkonomen eller centerledelsen er ansvarlig for. Derudover præsenterede centerledelsen de belønningsmuligheder, som kunne opsættes i forbindelse med opfyldelsen af kontrakterne. Ved det afsluttende møde i centerrådet var budgetforhandlingerne færdiggjort og sammen med de individuelle klinikkontrakter samlet i én fælles kontrakt for hele centret.



Figur 12.6. De tre spor i arbejdsprocessen for udarbejdelse af kontrakt og balanced scorecard i HovedOrtoCentret.

Ressourcemæssig styrkelse af de enkelte satsningsområder i kontrakten

I forbindelse med opstillingen af en kontrakt og et balanced scorecard for de enkelte klinikker var der en række måleområder/satsningsområder, som centerledelsen lagde meget vægt på. For at understøtte netop arbejdet med disse områder og arbejdet i klinikkerne måtte centerledelsen opfylde en række forudsætninger. Disse forudsætninger bestod i så vel ressourcemæssig som teknisk understøttelse:

- Supplerende uddannelse af ledende sekretærer i registrering af aktiviteten.
- Teknisk og uddannelsesmæssig understøttelse af implementeringen af bookingprogram.
- Teknisk og uddannelsesmæssig understøttelse af vagtplanlægning.
- Etablering af uddannelsespulje i klinikkerne med krav om nedsættelse af tværfagligt uddannelsesudvalg.

- Workshop for operationsgangsansvarlige team (anæstesilæger, kirurger og sygeplejersker).
- Fortsat ledelsesudvikling for klinikråd (opfølgning og fortsættelse af oprindelig Workshop 2).

I Workshop 4, der omhandlede styringen af kontrakten i klinikken, var det gennemgående spørgsmål fra klinikledelserne, i hvilket omfang de kunne blive belønnet for opfyldelsen af kontrakten. Centerledelsen var forberedt på dette spørgsmål og havde besluttet at afsætte en pulje, der gav mulighed for at honorere de klinikker, der opfyldte kontrakten og dens mål. Forudsætningen, for at denne pulje kunne udmøntes i den sidste del af budgetåret, var, at det samlede budget for centret blev overholdt. Der var ikke tale om at honorere eller aflønne enkeltpersoner i centret for kontraktopfyldelse, men udelukkende tale om at honorere den enkelte klinik for et samlet stykke arbejde. Honoreringen kunne bestå i mulighed for afholdelse af en temadag for klinikken, flere midler til efteruddannelse eller indkøb af ønsket inventar eller apparatur.

Hvem ejer kontrakten? – Implementering af balanced scorecard

Det har været kendetegnende for processen, at bortset fra nogle få gennemgående satsningsområder, der blev udpeget som obligatoriske fra centerledelsens side, har det været klinikkerne, der udpegede de områder, de gerne ville arbejde med i det kommende kontraktår. Ejerskabet blev fra starten placeret i klinikken, idet det er her, det daglige arbejde med satsningsområderne foregår. Kontrakten er opbygget, så den er gensidigt forpligtende for både klinikken og centerledelsen. Imidlertid er det den daglige ledelse i klinikkerne, der skal følge op på arbejdet med kontraktens satsningsområder.

Centerledelsen og herunder centrets økonomifunktion følger op

i de eksisterende mødefora. Centret har en fast mødestruktur, der sikrer opfølgning. Hver måned afholdes der dialogmøder mellem centerledelse og klinikledelse. Dialogmøderne eksisterede også, inden kontraktstyring og balanced scorecard blev introduceret i HovedOrtoCentret, men inddrager nu opfølgning på kontrakten som et fast punkt på dagsordenen. Tidligere har der under dialogmøderne ofte været brugt meget tid på drøftelse af aktivitet og økonomi, hvor udgangspunktet har været et omfattende regnskabsmateriale. Diskussionerne om økonomi og aktivitet har haft en tendens til at blive både omfattende og detaljerede. Med indførelsen af balanced scorecard tager disse diskussioner nu udgangspunkt i nogle centrale nøgletal for klinikkens aktivitet og økonomi. Eventuelle detailspørgsmål tages bilateralt mellem klinikledelsen og økonomifunktionen enten inden dialogmødet eller efter. På denne måde kan centerledelsen undgå at blive inddraget i de mindste detaljer vedrørende økonomi og kan bruge mere tid på spørgsmål vedrørende behandling og pleje mv. Det er i denne sammenhæng vigtigt at fastholde fokus på detailstyringen af klinikkernes økonomi og samtidig fastholde, at denne styringsopgave ligger hos klinikledelserne superviseret af økonomifunktionen.

I lighed med at kontrakten indgår i dagsordenen på centerledelsens dialogmøder med klinikledelserne, indgår kontrakten i klinikledelsernes samarbejde med klinikrådet. Der er også her tale om en løbende proces i klinikkerne med jævnlige møder, hvor kontrakten følges op som en del af dagsordenen. Klinikrådets ejerskab af kontrakten fremgår med navns nævnelse af de medarbejdere og ledere, der har engageret sig i de forskellige satsningsområder.

Selve arbejdsgangen med at indsætte data i statusdelen af scorecardet foregår ved, at klinikrådet/klinikledelsen månedligt indsætter relevante data og herefter sender sit balanced scorecard til økonomifunktionen, der indsætter data vedrørende aktivitet og økonomi. Det samlede scorecard, svarende til 4-5 sider pr. klinik,

udskrives herefter og medbringes til dialogmødet. Denne forretningsgang foregår ved hjælp af en meget enkel elektronisk understøttelse via tekstbehandling og e-mail.

Centerledelsen har i efteråret 1999 bedt klinikledelserne om at evaluere kontraktstyringen og den model, der er udviklet i HovedOrtoCentret med udgangspunkt i balanced scorecard. Resultatet har gennemgående været positivt. Sammenfattende har klinikkerne svaret, at der er udviklet "et godt værktøj, der giver et konstruktivt bidrag til ledelse af klinikrådet og styringen af klinikkens satsningsområder/projekter". Der har endvidere været opbakning til og enighed om at arbejde videre med netop denne model. Der er i centret en oplevelse af, at vi er nået langt, idet vi er enige om og har opbakningen bag den model, vi opfatter som den rigtige. Dermed har vi bygget en platform for den fremtidige styring.

Balanced scorecard som et fremtidigt styreredskab på hospitalet

HovedOrtoCentret er godt i gang med kontraktstyring for år 2000 med den model, der er gennemgået her i kapitlet. Det betyder ikke, at modellen nødvendigvis er færdigudviklet. Der er på flere områder behov for at justere udformningen. Når udvælgelsen af satsningsområder foregår med en vis valgfrihed i klinikkerne, er det nødvendigt at fokusere på balancen mellem satsningsområderne, og hvorledes de indbyrdes hænger sammen og eventuelt kan støtte hinanden. Endvidere har erfaringerne fra det forløbne år vist, at når kreativiteten er stor, skal satsningsområderne prioriteres således, at der ikke opstilles en omfattende kontrakt med mange mål det første år, som derefter begrænses eller 'taber pusten' året efter. Det er endvidere vigtigt, at klinikkerne opretholder en oplevelse af, at de selv ejer kontrakten og dens udformning, frem for at den i realiteten udelukkende kommer til at bestå af projekter, der er foranlediget af krav fra 'systemet'.

Brugen af balanced scorecard kan også være forbundet med en række uhensigtsmæssige sideeffekter eller ligefrem farer for at styre virksomheden i en forkert retning. Det er først og fremmest vigtigt at få afbalanceret sine satsningsområder, så de afspejler og peger i den retning, man vil styre virksomheden. Man skal ikke opstille en lang række nøgletal for et område, hvis ikke det hænger sammen med virksomhedens overordnede strategi. Det er problematisk at udvælge nøgletal på et område, hvis ikke man har en strategi for områdets udvikling eller ikke ønsker, at dette område eksponeres yderligere. Det kan være fristende at udvælge en lang række områder til måling og opfølgning. Man risikerer imidlertid at udvælge udelukkende driftsområder, som man ønsker oplysninger om, og som ved eksponering ved hjælp af balanced scorecard viser sig at være forsømte og uden strategi. På den måde får man udelukkende eksponeret virksomhedens forsømmelser. Et eksempel på dette kunne være måling på personalets sygefravær. Dette område kan forekomme interessant som et nøgletal til ledelsesinformation. Det er dog spørgsmålet, om det er interessant at vide, at sygefraværet går fra 5% til 7%, hvis ikke man har gjort sig tanker om, hvordan man på kort og langt sigt kan nedsætte sygefraværet.

Balanced scorecard rummer primært en lang række fordele. Først og fremmest de fordele, der hænger sammen med det systematiske arbejde med at nedbryde strategi til et operationelt niveau, muligheden for at kæde virksomhedens forskellige perspektiver sammen samt ikke mindst at måle på de processer og ressourcer, der ikke lader sig omsætte i kroner, nemlig uddannelse, forskning, sammensætningen af kompetencer, graden af planlægning, information mv. Se figur 12.5, som blev vist tidligere. En anden væsentlig fordel er, at man fremmer en bredere dialog om, hvad virksomheden arbejder med, på en systematisk måde. Diskussioner om mål og indhold i uddannelse og forskning, hvilke kompetencer der skal udvikles, hvordan planlægningen kan forbedres, hvilken informa-

tion der er nødvendig eller overflødig, har naturligvis været ført i årevis. Balanced scorecard giver mulighed for at prioritere disse diskussioner og derefter arbejde systematisk med de rejste problemer.

Drøftelser omkring organisering og ledelse af arbejdet med balanced scorecard har i HovedOrtoCentret endvidere haft den positive fordel, at der er skabt mere fokus på udvikling af klinikkernes interne organisation og ledelse herunder klinikrådene. Vi har således fået en positiv sideeffekt med fokus på organisationsudvikling internt i centret.

Sidst, men ikke mindst har arbejdet med balanced scorecard skabt mere opmærksomhed om, hvordan vi i centret kan udvikle og forbedre kvaliteten i ydelserne. Der bliver fra politisk hold og fra forskellige dele af sygehusvæsenet udtrykt ønsker om at fremme kvalitetsudviklingen og efterspurgt metoder til sikring af kvaliteten i ydelserne. Balanced scorecard i sygehusvæsenet kan bruges som bottom-up-redskab til kvalitetsudvikling, der forankres på klinikniveau. Denne metode adskiller sig fra omfattende kvalitetssikringssystemer som certificering og akkreditering, der er kendetegnet ved en top-down-metode, hvor sidstnævnte er baseret på kontrol. Der er tale om to vidt forskellige tilgange, men de to typer af systemer kan for så vidt godt supplere hinanden. Det er min opfattelse, at forankringen på klinikniveau og centerniveau udgør en væsentlig forskel.