

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 29. august 2024
Saksbehandler: Kst. direktør Stab virksomhetsstyring
Vedlegg: Rapport LGG 2024 vurdering av styringssystem

Sak 067/ 2024 Ledelsens gjennomgang 2024 - vurdering av styringssystem

Forslag til vedtak:

- 1. Styret tar Ledelsens gjennomgang (LGG) 2024 - vurdering av styringssystem - til etterretning. Styret ber administrasjonen arbeide med tiltak basert anbefaling i rapport LGG 2024 vurdering av styringssystem.*

Oslo, den 22. august 2024

Bjørn Atle Lein Bjørnbeth

1. Bakgrunn

Ledelsens gjennomgang (LGG) 2024 gir en vurdering av styringssystemet i Oslo universitetssykehus. Prosessen for LGG er i år lagt om, bl.a. ved gjennomføring av en spørreundersøkelse i hele lederlinjen N2-N6. Resultatene fra ledernes vurdering har dannet grunnlaget for en samlet overordnet vurdering av styringssystemet i foretaket. Funns fra vurderingen av styringssystemet har vist områder med behov for videreutvikling og forbedring.

I henhold til styreinstruks for Oslo universitetssykehus HF punkt 4.3 Virksomhetsstyring, skal styret følge med på at helseforetaket har et forsvarlig styringssystem. Ledelses gjennomgang, som har et systemperspektiv, legges derfor frem for styret.

God virksomhetsstyring er avgjørende for måloppnåelse med effektiv ressursbruk. Et sentralt mål med forbedring av virksomhetsstyringen er å forenkle og tydeliggjøre styringssystemet, øke etterlevelse av føringer, styrke omstillings- og endringstakten, samt utvikle en mer helhetlig og balansert styring. Et godt styringssystem skal bidra til en tydeligere kobling mellom overordnede mål og ansvaret på de ulike ledernivåene i helseforetaket, sikre tydelige prioriteringer og bidra til at ledere på alle nivåer bruker kapasiteten på de deler av virksomheten som er vesentlig for måloppnåelse.

Styringssystemet skal nå også vurderes opp mot OUS 2.0, og mange funn og tiltak er i samsvar med behov som følger av OUS 2.0. En sentral forutsetning for å lykkes med god styring og tillitsbasert ledelse er at alle ledere forstår sitt ansvar og lederoppdrag. For å sikre dette må vi ha gode, koordinerte og forutsigbare prosesser som bidrar til tydelige forventninger til krav og mål som skal oppnås. God styringsdialog og evne til å se foretaket som en helhet gjennom innsikt i sammenhenger, prioritering og utnyttelse av kompetanse og ressurser på tvers av sykehusene må sikres gjennom god systemstøtte og riktige beslutningsgrunnlag.

2. Forbedringsområder på foretaksnivå

Basert på funn i undersøkelsen er følgende områder identifisert som overordnede og tverrgående forbedringsområder:

- Mål og handlingsplaner: Helseforetakets mål og planer skal være operasjonalisert og gjort kjent på tvers av organisatoriske nivåer. Det er forbedringspotensial i foretakets styringssystem for prioritering, implementering og oppfølging av mål og handlingsplaner.
- Risikostyring: Det er behov for å videreutvikle og operasjonalisere en helhetlig risikostyring, samt økt kompetanse og forståelse for risikostyring som metode for å nå mål. En rekke tiltak er allerede beskrevet og arbeidet med å videreutvikle helhetlig risikostyring i OUS er påbegynt.
- Det er behov for å gi lederne ytterligere opplæring i bruk av styringsdata og utvikle og tilgjengeliggjøre oppdaterte styringsparametere slik at de blir bedre beslutningsstøtteverktøy.
- Det er behov for gjennomgang av styrende dokumenter i eHåndbok med sikte på forbedring og forenkling av struktur og innhold.

Samlet vurdering av styringssystemet er gjennomført på foretaksnivå og bygger på informasjon fra hele lederlinjen. I løpet av høsten skal også klinikkene arbeide med å identifisere forbedringsområder og prioritere tiltak i klinikkene. Den nye tilnærmingen i klinikkene kaller vi fra nå av "Rød tråd", som en utvidelse av prosessen for HMS-årsrapport. Dette innebærer at en arbeidsgruppe i hver klinikk gjør en helhetlig gjennomgang av styringssystemet og risikoområder innenfor kvalitet, pasientsikkerhet og HMS.

Informasjon om klinikkens funn og tiltak skal, sammen med den overordnede gjennomgangen i denne saken, gi et ytterligere grunnlag for å prioritere (nye) tiltak på foretaksnivå. Områder som klinikkene identifiserer og prioriterer, og som viser seg å være *felles på tvers av klinikker*, bør løftes frem på foretaksnivå. Dette skal gi grunnlag for tiltak og læring på tvers, men også mulighet til å arbeide mer effektivt med forbedringer, f.eks. felles innsats fremfor at hver klinikk arbeider med samme problemstilling hver for seg. Spesifikke egenartsrelaterte områder må klinikkene arbeide med hver for seg, men her vil åpenhet, deling og gode informasjonskanaler kunne bidra til læring og inspirasjon på tvers.

Denne LGG-gjennomgangen er et første steg i en ny og mer helhetlig og strukturert tilnærming til gjennomgang av styringssystemet. I samsvar med OUS 2.0 har det vært viktig å engasjere hele lederlinja. Det vil være behov for å utvikle innholdet konseptet videre. Det legges opp til at spørreundersøkelse til alle ledere gjennomføres en gang i året (på våren), og at det gjennomføres prosesser slik at forbedringstiltak også fanges bedre opp i forbindelse med budsjettprosessen for kommende år på høsten.

3. Administrerende direktørs vurderinger

Innenfor rammen av OUS 2.0 er det iverksatt en rekke forbedringstiltak, herunder forbedringer i styringssystemet. Dette arbeidet startet i fjor høst. For 2024 er det gjennomført endringer i budsjett- og oppfølgingssystemet med bl.a. en skarpere budsjettering i klinikkene, årlig resultatkonferanse, mer fokusert oppfølging av klinikkene og økt oppfølging i felleskap i ledelsen. Risikovurdering er innført systematisk i de klinikkvise oppfølgningene. Administrerende direktør har hatt møter (klinikkvis) med alle ledere i fjor høst og i vår. Porteføljestyringen (styring av prosjekter) er lagt om, og det er etablert et tydeligere skille mellom en overordnet hovedportefølje og delporteføljer på investeringsområder. Det er gjennomført en omorganisering i direktørens stab bl.a. med en Stab for virksomhetsstyring og en Stab for utvikling som skal sikre mer helhetlig styring og bedre prioriteringer.

Omleggingen av LGG hører sammen med disse forbedringstiltakene, og LGG er i seg selv en helhetlig gjennomgang som skal fange opp behovet for forbedringer i hele bredden av styringssystemet. Et viktig hensyn bak omleggingen av LGG har vært å engasjere hele lederlinjen i samsvar med OUS 2.0.

Administrerende direktør er tilfreds med den høye svarprosenten, hvor 77 prosent av lederne har gjennomført vurdering av styringssystemet. Gjennomgangen er også lagt opp slik at den i seg selv kan benyttes til bevisstgjøring og læring for den enkelte leder. Funnene fra samlet vurdering på foretaksnivå samsvarer godt med det arbeidet som ble påbegynt i fjor høst, og gir samtidig en dypere innsikt for de videre prioriteringene av forbedringstiltak. Vurderingene vil samtidig gi et godt grunnlag for forbedringsarbeid i den enkelte klinikk, som nå skal skje innenfor en mer helhetlig tilnærming.

Administrerende direktør viser til at styringssystemet hele tiden må videreutvikles, og at vi ved årets LGG-gjennomgang har fått et godt kunnskapsgrunnlag for å prioritere forbedringsområder. Konseptet vil bli videreført neste år, selv om det også må gjøres forbedringer i innhold basert på erfaringer fra årets LGG.

Det anbefales at styret tar saken til etterretning og at de forbedringsområdene som fremkommer i rapporten legges til grunn for tiltak på foretaksnivå.