

# Domäner i dialog

En studie av det balanserade styrkortets kommunikativa  
potential i en sjukvårdsorganisation

# Abstract

Denna studie undersöker vilken potential det Balanserade Styrkortet har att förbättra kommunikationen mellan olika domäner inom sjukvården. Vår utgångspunkt är Kouzes & Micos teori som beskriver sjukvårdsorganisationen som svårstyrd och uppsplittrad i tre domäner: en professionell, en administrativ och en politisk. Det huvudsakliga materialet består av sex kvalitativa samtalsintervjuer. Fyra vid Paramedicinska avdelningen på Ljungby Lasarett och två i ledningen för Landstinget Kronoberg.

Vårt resultat pekar på att det Balanserade Styrkortet har en potential att öka informations- och kunskapsspridningen mellan olika nivåer i sjukhusorganisationen, förbättra helhetssynen samt förbättra dialogen kring vision, strategi och mål. För att potentialen ska kunna realiseras krävs emellertid ett ihållande engagemang och kunskap om det Balanserade Styrkortet. Speciellt kritiskt för att uppnå detta är verksamhetschefen som kan utgöra en kommunikativ bro mellan den professionella och administrativa domänen.

*Nyckelord:* balanserat styrkort, sjukvård, kommunikation, domänteori, professionella organisationer.

*Antal tecken:* 69 541

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Syfte & Frågeställning .....	1
1.2	Disposition .....	2
<b>2</b>	<b>Metod &amp; Material.....</b>	<b>3</b>
2.1	Intervjuer.....	4
2.2	Litteratur .....	4
2.3	Metodkritik .....	5
2.4	Förförståelse.....	6
<b>3</b>	<b>Teoretiskt ramverk.....</b>	<b>7</b>
3.1	Balanserat styrkort.....	7
3.1.1	BSC – hur gör man? .....	8
3.1.2	Offentlig sektor.....	9
3.1.3	Top-down eller bottom-up .....	10
3.2	Oförenliga logiker - domänteori.....	10
<b>4</b>	<b>BSC på Paramedicin.....</b>	<b>13</b>
4.1	Intresse & Engagemang .....	13
4.2	BSC – olika funktioner .....	16
<b>5</b>	<b>Informations- och kunskapsöverföring.....</b>	<b>19</b>
5.1	Att använda informationen .....	19
5.2	Medicinskt professionella och mätning.....	21
5.3	Risk för ett statistiskt styrkort.....	21
<b>6</b>	<b>Domänerna – hur överbryggas distansen .....</b>	<b>23</b>
6.1	Balans mellan perspektiv .....	23
6.2	Verksamhetschefen som bro mellan domäner .....	24
<b>7</b>	<b>Slutsats .....</b>	<b>26</b>
7.1	Kommunikativa vinster .....	26

7.2	Hinder för kommunikation .....	27
<b>8</b>	<b>Referenser .....</b>	<b>29</b>
8.1	Litteratur .....	29
8.2	Muntliga källor.....	30
<b>9</b>	<b>Bilaga 1.....</b>	<b>32</b>

# 1 Inledning

Den svenska sjukvården har under de senaste två decennierna varit föremål för het debatt. De ekonomiska resurserna har inte kunna möta kraven på ökade vårdbehov för en allt äldre och mer vårdintensiv befolkning. Samtidigt har landstingspolitikerns roll ifrågasatts. Sammantaget har detta lett till omvälvande strukturella och organisatoriska förändringar av sjukvården. Idéer och modeller från såväl offentlig som privat sektor har prövats, använts och förkastats. Många av dessa har satt ett ökat fokus på ekonomiska aspekter och förespråkat en organisering enligt en beställar-utförarprincip. I en samhällssektor som sjukvården som traditionellt ansetts vara svårstyrd och revirtänkande har detta emellertid medfört mycket motstånd.

Under andra halvan av 90-talet började en managementmodell under namnet Balanced Scorecard<sup>1</sup>, spridas till den svenska sjukvårdssektorn. Modellen kom ursprungligen från den amerikanska privata sektorn och spreds vidare till den svenska privata sektorn och slutligen även till den offentliga sektorn. Det balanserade styrkortet betonar långsiktighet och balans och vill flytta fokus från ett ensidigt finansiellt tänkande kring organisationen. Modellen anses av den anledningen passa sjukvårdens speciella karaktär och dess popularitet har genom åren ökat.

## 1.1 Syfte & Frågeställning

Denna studie tar sin början i Kouzes och Micos teori om att sjukvården är splittrad i olika domäner (1979). Politiker, administratörer och medicinskt professionella agerar på olika sätt och utefter olika logiker. Detta utgör ett hinder för samarbetet inom organisationen. Vi tror att nedskärningar inom sjukvårdssektorn har tvingat de tre grupperna närmare varandra, eftersom de nya ekonomiska ramarna har minskat handlingsutrymmet. Det blir därför viktigt att dessa tre grupper arbetar mot samma mål. Det balanserade styrkortet kan genom sin flerdimensionella syn tänkas utgöra en kommunikativ bro mellan de olika domänerna och genom det mildra målkonflikter. Därför anser vi att det är intressant att lägga an ett kommunikativt perspektiv på det balanserade styrkortet.

---

<sup>1</sup> Vi kommer fortsättningsvis använda "balanced scorecard", "balanserat styrkort" och "BSC" synonymt.

*Vårt syfte med studien är att öka förståelsen för vilken roll det balanserade styrkortet kan få i kommunikationen mellan de tre domänerna.*

För att uppnå studiens syfte har vi ställt oss följande två frågeställningar:

*Ger det balanserade styrkortet förbättrade förutsättningar för kommunikation mellan de olika domänerna i en sjukvårdsorganisation och i så fall hur?*

*Vilka hinder finns för att det balanserade styrkortet ska kunna förbättra förutsättningarna för kommunikation mellan de olika domänerna i en sjukvårdsorganisation?*

Vi avser inte att uttala oss om omfattningen av några eventuella kommunikativa vinster. Vi är endast intresserade av att se vilka mekanismer som styrkortet kan ge upphov till.

## 1.2 Disposition

Inledningsvis kommer den metod och det material som vi har valt att använda oss utav att presenteras. Där visar vi hur vi har gått tillväga för att kunna besvara våra frågeställningar. Nästa del består av vårt teoretiska ramverk där vi visar vilka teoretiska verktyg vi har använt oss av för att tolka vår empiri. Ramverket består av två delar; en där vi presenterar det balanserade styrkortet och sjukvården som fält och en annan som behandlar de teoretiker som ingår i domänteorin. Domänteorin är avsedd att öka förståelsen för varför det är svårt med styrning av och inom sjukvården.

Efter dessa båda inledande delar tar empiri och analys vid. Vi har valt att sammanföra dessa under tematiska rubriker. Såväl resultat som analytiska resonemang kommer därmed att föras parallellt. Uppsatsen avslutas med en slutsats där vi svarar på syfte och frågeställning samt i korthet presenterar vårt resultat.

## 2 Metod & Material

Vårt syfte och våra frågeställningar tar sin utgångspunkt i interaktionen och kommunikationen mellan olika besluts- och verksamhetsnivåer. Vår avsikt är att uppnå djupare förståelse för hur olika delar av sjukvården interagerar, med fokus på det balanserade styrkortet. Vi har därför valt att använda oss av samtalsintervjuer, vilka ”lämpar sig särskilt väl i situationer där vi (forskarkollektivet) inte har så stora kunskaper överhuvudtaget eller då vi vill att våra resultat ska säga något om människors vardagliga erfarenheter.” (Esaiasson et al. 2005 s. 280).

Som undersökningsobjekt har vi valt den Paramedicinska avdelningen på Ljungby Lasarett. Enheten innefattar tre huvudområden: sjukgymnastik, arbetsterapi och kuratorsverksamhet.

Paramedicins grunduppdrag är att serva Ljungby Lasarett med paramedicinska åtgärder. Vi medverkar i teamarbete, i patient- och närståendeundervisning samt bedriver egen poliklinisk verksamhet knuten till lasarettets verksamhet och/eller specialkompetens inom Paramedicin. (Bilaga 1).

Vi har valt Paramedicin av tre anledningar. För det första (1) har Paramedicin ett balanserat styrkort som är mer utvecklat och fungerar bättre än övriga styrkort på lasarettet. För det andra (2) vill vi studera en verksamhet som redan är kommunikativ till sin natur. I och med att Paramedicins verksamhet är utspridd på många kliniker borde det ha skapats naturliga former för kommunikation och interaktion såväl inom verksamheten som mellan verksamheterna. Tanken är att en verksamhet som är van vid horisontell kommunikation också har lättare att implementera den vertikala kommunikationen. För det tredje (3) tror vi att avsaknaden av en renodlad läkarprofession, som i litteraturen både beskrivs som revirtänkande och svårstyrd (jmf. Östergren & Sahlin-Andersson 1998), förbättrar förutsättningarna för ett balanserat styrkort.

Vi har således varit intresserade av att hitta ett studieobjekt där förutsättningarna och potentialen för ett balanserat styrkort inom sjukvården är så goda som möjligt, ett slags most-likely-case. Möjligheterna att komma fram till ny kunskap kan där antas vara som störst (Repstad 1993 s. 15). Vi har genom detta val emellertid fått ge avkall på studieobjektets representativitet och yttre validitet. Utifrån vårt epistemologiska förhållningssätt är detta dock inte ett problem. Vi menar att de former för kommunikation som vi har valt att undersöka är komplicerade och att det därför lämpar sig bäst med en kvalitativ metod, vilket gör det möjligt att verkligen gå på djupet med analysen.

## 2.1 Intervjuer

Studiens primärmaterial består av sex stycken samtalsintervjuer på mellan 30-40 minuter vardera. Vid intervjuerna har vi använt oss av en intervjuguide som vi utvecklat och förändrat efter processens gång, samt anpassat efter respektive respondent. Vår intervjuguide har hämtat sin inspiration från Falk (2004) och Kollberg (2003). Vi har också tagit intryck av Pål Repstad som menar att en intervjuguide bör justeras mellan intervjuerna, eftersom alla aktörer inte har samma förutsättningar, och över tiden, eftersom tidigare intervjuer gör vissa frågor överflödiga och gör andra mer intressanta (1993 s. 60). Intervjuerna har spelats in, efter samtycke av respondenterna, i enlighet med de flesta forskares rekommendationer vid förberedda kvalitativa intervjuer (Repstad 1993 s. 63). Vi har även erbjudit respondenterna att vara anonyma vilket fem har avböjt och en tackat ja till.

Repstad menar att det kan vara svårt att få tillträde till fältet i formella organisationer som t.ex. sjukhus (1993 s. 29). Vi började därför, i enlighet med Repstads rekommendation, att kontakta Sven-Åke Gustavsson som är avgående ordförande i landstingsfullmäktige i Landstinget Kronoberg. Han föreslog vidare att vi skulle ta kontakt med Dan Pettersson som är budgetchef på landstinget. Vi intervjuade båda två i Växjö, där landstingsledningen befinner sig. På Paramedicin på Ljungby Lasarett intervjuade vi verksamhetschefen Lena Nazzal-Andersson, som till hälften arbetar med administrativa uppgifter och till hälften som praktiserande sjukgymnast. Hon hjälpte oss att få kontakt med de tre andra intervjupersonerna på Paramedicin. På praktiserande nivå intervjuade vi Pernilla som är sjukgymnast och yrkesföreträdare för sjukgymnasterna internt inom verksamheten. På arbetsterapin intervjuade vi två praktiserande arbetsterapeuter varav den ena valde att förbli anonym. Vi har av detta skäl valt att anonymisera båda intervjupersonerna. De kommer fortsättningsvis, med lottvis beteckning, benämnas arbetsterapeut 1 och 2.

## 2.2 Litteratur

De skriftliga källor som vi använt oss av går att dela in i fem delar. Först (1) den interna dokumentationen för Paramedicin, Ljungby Lasarett, Länssjukvården Kronoberg och Landstinget Kronoberg. Denna rör främst material om budget, åtaganden och balanserade styrkort.

Den andra (2) delen litteratur omfattar hur man utformar och implementerar ett balanserat styrkort. Viktigast här är Kaplan & Nortons originaltexter (1993, 1996, 2001). Dessa är intressanta eftersom de innehåller originalteorin om

balanserade styrkort och eftersom det är dessa texter som legat till grunden för beslut inom Landstinget Kronoberg.

Den tredje (3) typen av litteratur är de rapporter och studier av balanserade styrkort som har gjorts. Det som skiljer denna grupp från den föregående är att denna litteratur är utvärderingar och kritiska granskningar. Härifrån har vi utöver kunskap hämtat inspiration och litteraturtips. Denna kategori är dock problematisk eftersom balanserat styrkort både är ett modeord och ett begrepp med lösa definitioner. Vi upplever att författare som Lars-Göran Aidemark (2005, 2006) och Nils Olve (1999) har en mer positiv bild av det balanserade styrkortet än andra forskare på området såsom Hanne Nørreklit (2003) och Per Magnus Andersson et al. (2000). Vi upplever också att olika författare använder olika definitioner av det balanserade styrkortet.

Den fjärde (4) delen utgörs av litteraturen om domänteorin och litteratur om sjukvårdsorganisationen. Viktigast har varit Kouzes & Micos originalteori, Ouchis kompletterande teorier om olika organisationslogiker och Katarina Östergrens & Kerstin Sahlin-Anderssons resonemang kring professioner i sjukvården. Kouzes & Mico och Ouchis teorier är båda från 1979-80 vilket gör att såväl applicerbarheten som de premisser och den empiri teorierna bygger på kan ha förändrats. Vi har därför tagit hjälp av nyare forskning som Östergren & Sahlin-Andersson (1998) för att sätta teorierna i en mer rättvisande kontext. Vi återkommer till att förklara närmare i teorikapitlet.

Den femte (5) och sista delen består av den metodlitteratur som bidragit med kunskap och tips om intervjuförfarande, källkritik och andra metodologiska problemområden. I den inledande fasen har speciellt Pål Repstad (1993) bidragit med en bra grund kring intervjuarbetet.

## 2.3 Metodkritik

Under intervjuernas gång och under bearbetningen av materialet har vi kommit fram till en del kritik kring genomförande, urval och begränsningar. Den form för samtalsintervju med förberedd intervjuguide har i stort fungerat bra. Metoden att vara två intervjuare vid varje intervju kan ha medfört problemet att respondenterna upplevt det som lite hotfullt med två mot en. Samtidigt har det hjälpt oss att behålla struktur och att inte missa viktiga delar. Eftersom vi även har en ambition att tolka och uppnå djupare förståelse har vi upplevt det som bra att båda har varit närvarande.

Under intervjuerna men främst under bearbetningen av materialet upplevde vi att respondenterna ibland uttalade sig om saker de egentligen inte hade så stor kunskap om. Detta sannolikt för att de inte ville framstå som mindre vetande. Det problematiska ligger inte i okunskapen utan snarare att vi får en skev uppfattning om deras bild av och kunskap om det balanserade styrkortet. Denna kritik tycker vi är den allvarligaste kritiken vi har mot materialet och bearbetning av det. Detta eftersom den gör det svårt att uttala sig om validiteten i resultatet.

Det är också svårt att hålla isär vilken och hur stor del endast det balanserade styrkortet haft vid en förändring. Under samma period som det balanserade styrkortet funnits på Paramedicin och i Landstinget Kronoberg har det parallellt genomförts andra projekt, en del som delar av BSC, andra separat. Bland annat har beställar-utförar-modellen införts under samma tidsperiod. Samtidigt har samhället i stort varit föremål för förändringar. Frågan är helt enkelt hur vårt resultat sett ut om det balanserade styrkortet inte implementerats. Det är det naturligtvis omöjligt att uttala sig om, men vi tycker att frågan likväl är befogad.

## 2.4 Förförståelse

Esaiasson et al. rekommenderar att man problematiserar sin förförståelse innan man genomför samtalsintervjuer (2005 s. 285). Vår förförståelse kring det balanserade styrkortet är blandad. Dels tilltalas vi själva av modellen och dess uppenbara poäng med långsiktighet och fokus på fler dimensioner än det finansiella. Samtidigt delar vi bilden av att det balanserade styrkortet är ett organisationsrecept som spridits till den svenska offentliga sektorn snabbt och ofta i linje med tidens trender snarare än på grund av rationella skäl. (jmf. Christensen et al. 2005). Vi tror dock inte att vår förförståelse ska innebära något större hinder eftersom vårt syfte varken syftar till att undersöka effektiviteten i modellen eller på vilka grunder den spridits.

## 3 Teoretiskt ramverk

### 3.1 Balanserat styrkort

När det balanserade styrkortet 1992 lanserades av de två amerikanska ekonomiprofessorerna Robert S. Kaplan och David P. Norton kom det som ett svar på den kritik Kaplan tillsammans med Thomas Johnson tidigare hade lagt fram i boken *Relevance lost* från 1987 (Andersson et al. 2000 s. 12-13). De ansåg att den traditionella ekonomistyrningen hade blivit otymplig och ineffektiv med sin endimensionella fokus på finansiellt resultat. Det balanserade styrkortet utarbetades som ett sätt att komma tillrätta med amerikanska företags minskade konkurrenskraft. Grundidén hade två huvudsakliga poänger. Den första var att viktiga framgångsfaktorer inte enbart kan fångas in i finansiella mått (Olve et al. 1999 s. 265). Det är inte möjligt att uttala sig om hur väl ett företag fungerar och opererar baserat endast på klassiskt finansiella mått såsom omsättning och vinst. Den andra poängen var att för stor fokus sattes på föregående års resultat. Ett kortsiktigt resultatfokus gynnar inte företagets lönsamhet på sikt. För att säkerställa framgång på längre sikt behövs istället långsiktiga strategier och investeringar som bygger på visioner. Kaplan & Norton föreslog en fyrdimensionell modell med perspektiv för process, utveckling, kund och finans/ekonomi. Tanken var att en förbättrad medvetenhet och kvalitet i de tre första perspektiven skulle leda till förbättrat finansiellt resultat på sikt i en orsak-verkan-relation. Investeringar i utveckling och humankapital skulle leda till bättre kvalitet i interna processer vilket skulle skapa mer nöjda kunder vilka på sikt skulle generera ett mervärde för företaget i form av ökad vinst (Nørreklit 2003 s. 591). Att noggrant utreda orsak-verkansamband mellan olika indikatorer och perspektiv blir avgörande för att modellen ska lyckas. Med en flerdimensionell syn skulle man också kunna täcka in det ökade informationsbehov som dagens organisationer har (Andersson et al. 2000 s. 12).

De tre nyckelorden i BSC kan sägas vara långsiktighet, helhetssyn och balans (Aartojärvi 2003 s. 13). För att uppnå dem krävs en tydlig vision som konkretiseras i olika strategiska mål. Man ställer sig frågor som: Vad bör vi göra? Vad vill vi göra? Vad kan vi göra? I brytpunkten mellan dessa frågor ligger strategin (Andersson et al. 2000 s. 15). Dessa mål ska sedan inordnas under de olika perspektiven. För att ange vad som krävs för att uppnå ett mål definierar man sedan ett antal kritiska framgångsfaktorer. För att säkerställa måluppfyllelsen sätter man upp styrtal som ska uppfyllas. För varje styrtal har man sedan ett ambitionsmål som man vill uppnå, men som samtidigt ska vara tillräckligt högt

satt för att på sikt säkerställa att de ursprungliga målen uppnås. Mätning blir, tillsammans med begreppen balans och långsiktighet, de mest centrala för det balanserade styrkortet. Eller som Kaplan & Norton skriver: "If you can't measure it, you can't manage it" (1996 s. 21). På så sätt förstår man sin verksamhet bättre och får ett mer heltäckande beslutsunderlag.

En sjukvårdsorganisation är emellertid en professionell organisation och sådana kännetecknas av att de är svåra att styra med hjälp av mätningar (Ouchi 1979). Ett starkt hierarkiskt styrverktyg kommer att få svårt att få fotfäste. Samtidigt råder det en stor kunskapsmässig distans mellan den praktiserande verksamheten och den politiska ledningen (Blomgren & Sahlin-Andersson 2003 s.19). I tider där den offentliga ekonomin är föremål för besparingar tvingas de tre domänerna att samarbeta mer och då blir denna distans mer problematisk än tidigare. Det blir således viktigare än någonsin att man på alla nivåer i organisationen skapar ett helhetsperspektiv. Här kommer också det balanserade styrkortet in eftersom det kan fungera som en integrator mellan domänernas skilda intressen.

### 3.1.1 BSC – hur gör man?

Det finns många olika instruktionsböcker om hur man ska använda sig av BSC<sup>2</sup>. Vi tänkte nu i korthet beskriva hur man rekommenderas arbeta med BSC. Viktigt att komma ihåg är att BSC är en managementmodell, dvs. en modell för hur man styr en organisation. Det vi tar upp nedan är endast några av en uppsjö riktlinjer för hur man kan arbeta med BSC som modell.

Själva styrkortsarbetet startar egentligen när man börjat arbeta utifrån de mål, styrtal och aktiviteter man beskrivit i sitt styrkort. Det får inte stanna vid en skrivbordsprodukt utan man måste gå från ord till handling. Av den anledningen är det viktigt att man konkretiserar hur man ska använda sig av BSC. Det balanserade styrkortet måste därför fyllas med innehåll som är relevant för den lokala kontexten.

Aartojärvi, som arbetar med verksamhetsutveckling och har varit en av projektledarna för Västra Götalandsregionens "Projekt Balanserade Styrkort", rekommenderar några praktiska saker för att enklare komma igång med BSC-arbetet. Han menar att man ska (Aartojärvi 2003 s. 37-38):

- öva sig i styrkortstänkande i ledningsgruppen och diskutera de strategiska målen, och samtidigt föra en dialog med medarbetarna om dessa mål.

---

<sup>2</sup> P.g.a utrymmesbrist kan vi inte närmare beskriva arbetsprocessen med balanserade styrkort, istället bifogar vi Paramedicins åtagande för 2007 i bilaga 1. För en utförligare redogörelse för arbetsprocessen och hur man rent praktiskt använder BCS hänvisar vi till Kaplan & Norton (1996, 2001), Mattson (2001), Aartojärvi (2003), Aidemark (2005, 2006), Andersson et al. (2000).

- avsätta ordentligt med tid, och successivt mer, på möten för styrkortet och de strategiska målen. Det handlar här snarare om att föra in fler och fler frågor i styrkortet, dvs. strukturera det som tidigare diskuterades ostrukturerat. Utöver det ska man också reflektera över hur de olika verksamheterna förhåller sig till de strategiska målen och perspektiven
- löpande informera hela verksamheten om resultaten av dessa måldiskussioner.
- skapa IT-stöd för styrkortet så att man lättare kan få översikt över uppföljning och utvärdering.
- skriva budgetskrivelser och verksamhetsberättelser utifrån BSC:s olika perspektiv. På så sätt främjar man helhetssynen som är en av huvudpoängerna med BSC.
- försöka ha kvar de strategiska målen även när akuta fall tar överhanden. Det är viktigt att behålla det långsiktiga perspektivet ändå.

### 3.1.2 Offentlig sektor

Oavsett skifte i fokus från vinst till andra framgångsindikatorer syftar det balanserade styrkortet till att på sikt generera maximal vinst. I den offentliga sektorn i allmänhet och sjukvården i synnerhet går det emellertid inte likt i den privata sektorn att ha vinst som främsta mål. ”Inom den offentliga sektorn handlar det istället om att ge medborgarna (väljarna) ett maximalt utbyte för skattemedel” (Aidemark 2006 s. 13).

Enligt Olve et al. är styrkort som mest användbara i verksamheter där man har ett långt tidsperspektiv och nyttan inte direkt går att avläsa i finansiella mått (1999 s. 265). Idag när politikerrollen förändrats och anpassats till en beställar-utförar-modell och där sjukvården inte längre är föremål för detaljstyrning, är det extra viktigt att resultat återrapporteras till politisk nivå. Ledning är kunskapsberoende och för att få tillgång till kunskap om verksamheter krävs mätningar (Blomgren & Sahlin-Andersson 2003 s. 9-10). I offentlig verksamhet där finansiella resultat och mått inte står för sig själva, blir denna process extra viktig. Det blir viktigt att styrning ovanifrån bygger på kunskap som avspeglar verksamheten. Dessutom medför den offentliga sektorns särart ofta att det är svårt att göra bra mätningar (Olive et al. 1999 s. 277). Detta har att göra med att det ofta är lättare att mäta input- och outputsidan dvs. resurserna och prestationerna än att mäta själva resultaten (outcomes) eftersom samhället i stort är ett väldigt komplext studieobjekt där det är svårt att urskilja vad som orsakat vad. Sjukvårdens resultat ligger i regel ofta långt fram och är utspritt över tiden vilket gör att mätningar sällan är möjliga.

### 3.1.3 Top-down eller bottom-up

Att diskutera strategiska mål och visioner för verksamheten är ledningens roll. Aartojärvi menar att ifall man inte har med ledningsgruppernas stöd och engagemang för BSC kommer modellen att sakna legitimitet (2003 s. 20-21). Dessutom kan man få svårt att se samband mellan de olika perspektiven och strategiska målen. Det är å andra sidan viktigt att få organisationen engagerad nedifrån eftersom det är på verksamhetsnivå som mycket av processerna och mätningarna kommer att genomföras.

Forskningen kring BSC brukar dela in användandet och implementeringen av BSC i två huvudgrupper. Det finns de organisationer där initiativet för BSC tas uppifrån ledningen. Styrkortet förs sedan ner i verksamheten "top-down". I den andra huvudgruppen tas initiativet för BSC nerifrån, s.k. "bottom-up". Det finns svårigheter med både top-down- och bottom-upinföranden. Att vara alltför top-down i sitt införande kan hindra att BSC blir ett levande verktyg i den dagliga verksamheten även om det blir väl strukturerat. Att införa BSC bottom-up kan medföra att det blir svårt att samordna och få överblick, den strategiska dimensionen riskerar att försvinna.

När BSC används bottom-up i sjukhusverksamhet är det ett sätt för medicinskt professionella att utvärdera den egna verksamheten på ett strategiskt vis. Enligt Aidemark är mätningar något som medicinskt professionella varit positivt inställda till men inte då dessa ligger till grund för jämförelser med andra sjukhus, kliniker och medarbetare (2005 s.18).

## 3.2 Oförenliga logiker - domänteori

Begreppet domänteori lanserades 1979 av forskarna Kouzes & Mico som ett sätt att betrakta Human Service Organizations (HSO). Som sådana räknas t.ex. skolor, vårdhem och sjukhus. Författarna hade tidigare varit involverade som konsulter i ett projekt för att sammanföra två amerikanska landsting (county departments of health and welfare). Efter ett års ansträngningar utan någon större framgång kände de att den befintliga organisationsforskningen inte var tillräcklig för att förklara de empiriska problem de upplevt med sammanslagningen: "As we reviewed our interventions we felt intuitively that the main problem was conceptual rather than technical" (Kouzes & Mico 1979 s. 450). Som svar på misslyckandet utvecklade de domänteorin som frångick en traditionell syn på byråkratiska offentliga organisationer som fungerande under en hierarkisk rationalitet:

The dominant paradigm is characterized by its focus on management as the rationalizing force in organizations. It supposes that management is the appropriate domain for the exercise of influence over the organizational sphere, and it assumes that the most applicable principles for the operation of organizations are those of hierarchical control and coordination. (Kouzes & Mico 1979 s. 451).

Huvudpoängen i domänteorin är att HSO är splittrade i tre olika domäner: policy domain (politik), management domain (administration) och service domain (profession). Enligt Kouzes & Mico opererar var och en av dessa tre domäner:

by a separate set of governing (or axial) principles, success measures, structural arrangements and work modes (or technologies). We theorize further that each set of governing principles, success measures, structural arrangements and work modes is incongruent with the others, and that each domain gives rise to its own legitimating norms which contrast with the norms of the others. (Kouzes & Mico 1979 s. 456)

Eftersom domänerna har olika uppsättningar av regler och normer och belönar olika typer av beteenden medför det att organisationen blir svårstyrd. Det leder också till att det blir svårt att hitta en gemensam identitet för organisationen. Det den ena domänen ser som något positivt framstår som något negativt för de andra. Den ene domänens lösning återfinns ofta i en annan domäns problem (Kouzes & Mico 1979 s. 459). Eftersom oberoende beslut tagna i en domän skapar följder i de andra försöker varje domän behålla sin integritet och flytta fram sina positioner i systemet (Kouzes & Mico 1979 s. 460). Enligt Kouzes & Mico leder denna maktkamp mellan logikerna till en organisation med ständiga konflikter (1979).

Vi tror att domänteorin kan hjälpa till att öka förståelsen för att olika grupper inom sjukvården har svårt att samarbeta och att de prioriterar olika saker. Den offentliga sjukvården är en komplex organisation där politiker, administratörer och medicinskt professionella ska samsas om styrning och strategi. Sjukvården består av en kärna av starka professioner som dock förväntas kunna styras av politiker och en administration. Professionella har genomgått långa formella utbildningar och har därför ett kunskapsövertag över utomstående samtidigt som de har intresse av att behålla kontrollen över det egna arbetet. Medicinska professioner delar ideologin att altruism är viktigare än ekonomisk effektivitet (Freidson 2001). Det finns här barriärer för styrningen i och med svårigheterna att granska, förstå och bedöma professioners aktiviteter (Parker 1994, Blomgren & Sahlin-Andersson 2003 s. 19). På grund av barriärerna uppstår det problem när man ska försöka mäta resultat i en sådan organisation: "...a control mode which depends heavily upon monitoring, evaluating, and correcting in an explicit manner is likely to offend people's sense of autonomy and of self-control and, as a result, will probably result in an unenthusiastic, purely compliant response." (Ouchi 1979 s. 841)

Ouchi (1979, 1980) menar att det finns olika former av styrning som är lämplig i olika typer av organisationer. Risken finns att fel beteenden belönas när man utifrån försöker mäta professionellas prestationer alltför detaljerat. Enligt honom är det bättre att försöka styra genom klankontroll i en sådan situation, vilket innebär en styrning genom gemensamma värderingar och normer. Här finns det en potentiell konfliktlinje gentemot både den administrativa och den politiska domänen som hamnat under hård press att göra effektiviseringar i sjukvården. Möjligheterna att styra en organisation är enligt Ouchi beroende av att det antingen råder målkongruens eller att det går att mäta individuella prestationer (ibid.). Administratörer och politiker kan här få svårigheter att ekonomiskt skära i verksamheter, dels för att de själva saknar kompetens om var det är mest rationellt

att skära, dels för att den professionella domänen bevakar sina separata intressen och inte ser till helheten.

Enligt Blomgren & Sahlin-Andersson är ledning kunskapsberoende (2003 s. 9-10). Alltså krävs det inom sjukvården ett styrverktyg som ger administrationen och politikerna tillräcklig information för att fatta korrekta beslut. Samtidigt är sjukvårdsorganisationen dåligt anpassad för en styrmodell som är alltför top-down eftersom den professionella kärnan med rätta upplever att vård är svårt att mäta och utvärdera.

Det balanserade styrkortet betonar, som nämnts ovan, att man engagerar så många som möjligt när man diskuterar den övergripande strategin. Sjukvårdsorganisationens effektivitet beror till stor del på ifall man kan få de olika logikerna att enas kring de strategiska målen och kritiska framgångsfaktorena i det balanserade styrkortet. Vi ska försöka utreda i vilken utsträckning detta är möjligt och ifall BSC kan mildra domänernas maktkamp.

## 4 BSC på Paramedicin

För att lättare kunna följa våra resonemang senare tänkte vi först i korthet presentera vilka förändringar som gjorts från det ursprungliga balanserade styrkortet Kaplan & Norton utformade.

Möjligheterna att utforma det balanserade styrkortet till lokal kontext är stora. Kaplan & Norton (1993) betonar hur viktigt det är att anpassa BSC till organisationens egna specifika förutsättningar. På Paramedicinska avdelningen på Ljungby Lasarett har man utgått från de fyra ursprungliga perspektiven och anpassat dem till verksamheten i ett lärandeperspektiv, ett processperspektiv, ett patient- och kundperspektiv och ett samhällsperspektiv (Bilaga 1). Från länssjukvården blir de tilldelade en mall som verksamhetschefen tillsammans med verksamhetsledningen arbetar efter. En del framgångsfaktorer, styrtal och måltal är färdiga och används över hela länssjukvården, resterande del utarbetar de själva och anpassar till verksamhetens specifika omständigheter.

### 4.1 Intresse & Engagemang

Intresset för det balanserade styrkortet på Paramedicin har varit blandat och varierat över tiden. Vid den ursprungliga implementeringen av styrkortet var verksamhetens olika delar inblandade i form av arbetsgrupper. Kaplan & Norton föreslår att BSC utvecklas av ledningen och sedan kommuniceras nedåt i organisationen (1996). Det var också så man gick tillväga. Landstingsledningen tog initiativet varefter länssjukvården spred det ned i verksamheten till avdelningarna.

Beata Kollberg menar att det är viktigt att göra de anställda delaktiga redan i formuleringsstadiet. En nyckel till att lyckas är att få bred medverkan och delaktighet (Aartojärvi 2003 s.18). En top-down orienterad implementering kan resultera i att personalen blir negativt inställda (Kollberg 2003 s.110). Anställda som själva är med och formulerar visioner har lättare för att acceptera och identifiera sig med målen senare i processen (Kollberg 2003 s. 118). Detta tyckte också verksamhetschefen på Paramedicin. Hon såg det som viktigt att få personalen delaktiga och engagerade. Personalens deltagande och intresse för det balanserade styrkortet har emellertid successivt minskat med åren.

Det fanns ju en rätt så given struktur med de olika perspektiven. Men visst var vi med och påverkade vilka mål det skulle vara. Idag är vi inte lika engagerade, det var mer i början. (Arbetssterapeut 2).

Vi framtagandet hade vi gruppdiskussioner, det är mer nu när vi förändrar det. Då känner jag inte att vi är med. (Sjukgymnast)

Denna bild får stöd av verksamhetschefen som provat många olika sätt att få personalen engagerade i styrkortet. Förutom att dela in personalen i arbetsgrupper, har hon lagt ut styrkortet på intranätet, satt upp en ”styrkortstavla” på sjukgymnastiken, där hon redovisat hur verksamheten låg till i de olika perspektiven, samt introducerat ett IT-baserat verktyg (Cock-pit communicator) för att på ett pedagogiskt sätt kunna redovisa olika trender och göra avstämningar av verksamheten. Trots många ansträngningar upplever hon att det är svårt att få styrkortet integrerat ute i verksamheten:

Jag försöker att informera och engagera men det ligger lite utanför patientarbetet på något sätt, det blir inte så konkret. [...] Innan har det varit mer engagemang i det. (Verksamhetschef)

Anledningen till att engagemanget har minskat beror alltså inte på minskat intresse från verksamhetschefens håll. Tvärtom är de praktiserande överens om att verksamhetschefen är drivande i att försöka kommunicera ut styrkortet i verksamheten. Det minskade engagemanget beror på andra anledningar.

Det är speciellt tre faktorer som de intervjuade ser som bidragande orsaker till att engagemanget för BSC minskat. För det första (1) anses arbetet med det balanserade styrkortet ta tid från patienterna.

Det krävs ju en massa jobb om man ska ta fram styrkortet själva. Man tar ju tid från patienterna, och man ser inte nyttan med att prioritera BSC. Man vill göra nåt konkret för patienterna istället. Så i grund och botten är det en tidsfråga. (Sjukgymnast)

Denna syn stärks av annan forskning på området: ”Employees feel that the clinical activities need to be prioritized” (Kollberg 2003 s.112). Den andra faktorn (2) är att det balanserade styrkortet upplevs ta tid från andra parallella projekt eller ”andra utvecklingsområden som man vill prioritera” (Verksamhetschef).

I början när man införde det, då det var mer aktuellt eller så. Då var intresset större. Men idag, det finns så mycket andra grejer. (Arbetsterapeut 2).

Förutom BSC används flera andra mät- och utvecklingsprojekt såsom KTT (kvalitet till er tjänst), KUPP (kvalitet ur patientperspektiv) och QUL (kvalitet, utveckling, ledarskap)<sup>3</sup>. På verksamhetsnivå kan det vara svårt att få överblick över hur alla olika projekt och förkortningar hänger ihop. Trots att de alla passar in i det övergripande balanserade styrkortet är det inte alltid som det framgår så tydligt. Verksamhetschefen menar att det inte går att driva hur många projekt som

---

3 Vi kan av utrymmesskäl inte utveckla närmare hur de olika projekten förhåller sig till BSC. Poängen är att även om BSC är den övergripande styrmodellen så finns det parallella utvärderingsverktyg på plats också.

helst samtidigt och det blir lätt att man tvingas fokusera på ett perspektiv i taget. Därför är medarbetarna ofta mer insatta o något speciellt projekt, mer än i det balanserade styrkortet som helhet.

Den tredje faktorn (3) är att de verksamhetsnära upplever att det balanserade styrkortet är formulerat på en nivå som är alltför långt ifrån patienten och verksamheten:

Det är svårt att konkretisera målen i så små bitar att var och en känner att det är i min vardag. (Sjukgymnast)

Det är bara vi chefer som tycker det här är intressant. (Verksamhetschef)

Kollberg menar att: "It is also important to have BSC design that for instance includes measures and targets that are used in everyday work and that the BSC involves a 'bottom-up' communication process" (2003 s. 26). Det är möjligt att detta problem inte är specifikt för det balanserade styrkortet utan snarare gäller för alla former av styrmodeller. Politikern menar att det är bra att de anställda engagerar sig i det balanserade styrkortet men tycker samtidigt att det är svårt att hålla en bra balans. Om alla anställda fullt ut skulle engagera sig: "skulle det kosta mer än det smakar" (Politiker).

På administrativ och politisk nivå har intresset för styrkortet hållit sig mer konstant. Politikern ser ett samband mellan intresse för det balanserade styrkortet och hur mycket tid som läggs ner. Har man inte tid att sätta sig in i det blir heller intresset så stort. Han själv upplever att det är svårt att tänka i de nya banor som styrkortet genererar.

Det fordras nästan en utbildning varje gång man ska börja med budgeten tillsammans med det balanserade styrkortet. Då sitter jag ändå centralt och arbetar med den på heltid. Sen kommer alla deltidspolitiker som också ska sätta sig in i det. (Politiker).

Genomgående delar alla intervjuade synen att det inte går att genomföra ett styrkort, i vilket fall inte ett med lyckat resultat, om inte cheferna och ledningen uppvisar engagemang och vilja. Att ledningen driver processen med BSC ses som en nödvändig förutsättning för att personalen ska bli intresserade. Det är också hos ledningen som det verkliga engagemanget har uppstått och idag finns. För att förstå det balanserade styrkortet krävs det kunskap och engagemang. En förutsättning för det är att man innehar en position i organisationen där man tillåts arbeta med det. Tid blir här en kritisk faktor.

Frågan är här kanske ifall utvecklingen mot att involvera den medicinska personalen mindre vad gäller utformningen av det balanserade styrkortet verkligen har minskat deras engagemang för det. Enligt institutionell teori är motsatsen till att ett beteende är institutionaliserat att det krävs kollektiv handling för att upprätthålla det (Powell & Dimaggio 1991). Här ställs alltså handling mot rutin. På paramedicin är det diskutabelt ifall BSC är tillräckligt institutionaliserat för att inte aktivt fortsätta att involvera personalen i arbetet. Som det är nu är personalen måttligt intresserade av det balanserade styrkortet trots verksamhetschefens flit med att informera om det och integrera det i verksamheten. Samtidigt är de medvetna om BSC och är införstådda med

arbetsgången med att mäta i de fyra perspektiven. Det är svårt att säga om BSC rutiniserats eller ifall man behöver engagera medarbetarna i lika stor grad som vid införandet igen.

## 4.2 BSC – olika funktioner

Det balanserade styrkortet kan fylla flera olika funktioner beroende på intresse och var man befinner sig organisationen. Fördelen är att organisationens alla delar kan använda den till sina separata syften. Man behöver inte vara fullständigt insatt eller påläst för att få ut något av styrkortet eller den information det genererar. Det som krävs är att man är intresserad av att arbeta med det. Personalen kan använda styrkortet till att utvärdera sin verksamhet och förbättra den, den administrativa ledningen till att förändra budgeten och se orsak-verkansamband och politikerna till att skapa närhet till verksamheten och förbättra beslutsunderlaget för budgeten. Även om BSC har betydelse och får implikationer i verksamhetens alla delar får man emellertid inte glömma bort att det först och främst är ett styrinstrument tänkt att användas av beslutsfattare. Det är också i den strategiska dimensionen våra intervjupersoners åsikter går mest isär.

Budgetchefen var den enda av våra intervjupersoner som uttryckligen använde det balanserade styrkortet för att se och analysera orsak-verkan-relationer. Han ansåg att något av det mest centrala i det balanserade styrkortet, utöver flerdimensionaliteten, var att tydliggöra orsak-verkansamband mellan de olika perspektiven. Den strategiska dimensionen var även något som verksamhetschefen ansåg var viktigt och hon kritiserade landstingsledningen för att:

Man använder det inte tillräckligt mycket för strategiska frågor. (Verksamhetschef).

Det går här en tydlig skiljelinje mellan å ena sidan budgetchefen och verksamhetschefen och å andra sidan politikern och de verksamhetsnära på Paramedicin. Medan de förra tänker strategiskt och planerande tenderar de senare att se tillbaka och utvärdera. Här kan vi se hur domänteorin är användbar. BSC är ett styrinstrument från den administrativa domänen och det är också här som det största engagemanget återfinns. Avsaknaden av strategiskt tänkande bland medicinskt professionella kan sannolikt till största del förklaras av brist på kunskap om det balanserade styrkortet och brist på kunskap om hur verksamheten hänger samman med helheten:

Ute i vården som praktiker så tror jag inte man har så mycket inblick i det balanserade styrkortet. (Sjukgymnast).

Det är egentligen inte anmärkningsvärt att personalen på Paramedicin inte ser BSC som ett strategiskt verktyg för deras egen dagliga verksamhet. Strategier

förutsätter inflytande och helhetssyn. Politikern har däremot andra förutsättningar. Att politikern inte diskuterade den strategiska potentialen i BSC kan förklaras av att han mer såg BSC som en modell att tänka utefter än som ett styrinstrument:

Det viktigaste är inte styrkortet utan det viktigaste är diskussionen och processen fram. Att man tittar på de här olika perspektiven. För innan var det ju rödpennan<sup>4</sup> i budgeten. (Politiker)

Detta handlar också om att BSC som språk och logik inte slagit igenom helt i den politiska domänen. Även här finns det invanda rutiner och ett befäst språkbruk:

Vi håller på att ta fram ett gemensamt balanserat styrkort som inte riktigt är klart. Som ordförande har man möjlighet att styra då. Sen har ju politiken möjlighet att påverka om vi vill det. Men det är lättare att prata om att 'den siffran/tjänsten står jag för' än att prata om kritiska framgångsfaktorer. Det är inte många som lyssnar då. (Politiker)

Hallin & Kastberg studerade tre enheter på olika sjukhus och kom till slutsatsen att BSC inte fungerade som ett hierarkiskt styrinstrument, utan snarare en plattform för dialog (2002 s. 115). De menar vidare att för att BSC ska utnyttja sin integrerande potential, måste parterna/domänerna vilja delta i en konstruktiv dialog med BSC som språk (Hallin & Kastberg 2002 s. 117). Detta har alltså inte slagit igenom helt ännu, men vi menar att potentialen ändå finns där.

Dessutom menar Östergren & Sahlin Andersson (1998) att den stora skillnaden mot förr är att man idag tvingas samarbeta mer och förstå varandra bättre. Förr när professionen ville utöka sin verksamhet eller förändra den fanns det utrymme för att äska mer medel till verksamheten. I och med den ekonomiska nedgången har detta förändrats, vilket innebär att systemen tvingas integreras med varandra. Vad som sker inom det ena systemet får konsekvenser för det andra (Östergren & Sahlin-Andersson 1998 s. 38).

Det är i huvudsak två separata funktioner av det balanserade styrkortet som framträder. Dels är det den strategiska funktionen av ett styrverktyg. Centralt i denna funktion är ett förändringsperspektiv kring visioner, mål och orsak-verkanrelationer. Dels är det funktionen av en informationsbärare och plattform för dialog för att minska kunskapsgapet mellan de olika domänerna. Den första funktionen återfinns endast hos verksamhetschefen och budgetchefen.

På verksamhetsnära nivå upplevde sjukgymnasten att BSC gett de anställda en bättre helhetsbild av verksamheten.

Personalen har blivit bättre på att tänka i ekonomiska termer och tycker det är positivt att ledningen mäter fler än finansiella mått. Det är viktigt att fler perspektiv tas in i verksamheten och att ledningen tittar på andra kvalitetsindikatorer. (Sjukgymnast).

Hans Englund menar att "tidigare studier av offentlig verksamhet har exempelvis visat att medarbetarna i stor utsträckning agerar utifrån en verksamhetsorienterad

---

<sup>4</sup> Uttrycket "rödpennan i budgeten" förklarades för oss som det tidigare arbetssätt då man strök poster direkt i budgeten med hjälp av en rödpenna. Dvs. ett renodlat ekonomiskt perspektiv.

logik där försök att införa ett ökat ekonomiskt medvetande stött på motstånd” (2005 s. 15). Trots en tröghetsmekanism inom vården mot ekonomiskt tänkande tycks ändå den administrativa domänen här ökat sitt inflytande. Hallin och Siverbo underbygger detta (2002). De ser att implementeringar av marknadsliknande styrmodeller i hälso- och sjukvården under 1980- 1990-talen har medfört en ökad ekonomisk medvetenhet hos personalen (Hallin & Siverbo 2002). Anledningen till att intervjupersonerna på Paramedicin upplever att de tänker mer i ekonomiska termer idag kan också bero på att de upplever att ledningen och beslutsfattarna tar mer hänsyn till vårdspecifika aspekter. Samtidigt är det viktigt att påpeka att det faktiska intresset för ekonomi är svårt att utröna enbart med hjälp av de korta intervjuer vi fick. Däremot tyder våra intervjuer att ett helhetsperspektiv genomsyrar verksamhetsnivåerna i större utsträckning än tidigare. Detta har att göra med den informations- och kunskapsöverföring som sker mellan de olika domänerna genom BSC.

## 5 Informations- och kunskapsöverföring

Kouzes & Mico (1979) och Östergren & Sahlin-Andersson (1998 s. 143) ser att de olika domänerna har svårigheter att förstå varandra. De medicinskt professionella har sina normer och synsätt. Framförallt ser de till patientens bästa. Administratörerna å sin sida har sitt språk och följer sin logik. För att kunna styra behöver emellertid administratörerna förstå den medicinska dagligverksamheten. Eftersom alla tre domäners dagliga verksamhet är skild från de övrigas, måste de förlita sig på kommunikation. Informations- och kunskapsöverföring blir centralt för att styrningen ska bli effektiv.

Eftersom sjukvårdsorganisationen är bottentung vad gäller kunskap och kompetens befinner sig politiker och administratörer i en situation där de behöver samla in information men har svårt att avgöra vad som är bra och tillförlitlig data. Detta behöver de få hjälp med av medicinsk personal, som då får en chans att själva påverka vad som ska mätas och inte. Dessa mätningar, som utförs inom ramen för det balanserade styrkortet, ligger sedan till grund för beslut om budgetering mm. Blomgren & Sahlin-Andersson skriver: "Kunskapsgenerering inte bara förmedlar kunskap utan har även en konstruerande funktion" (2003 s. 140). Det är alltså en fråga om vad man mäter, eftersom man aldrig kan få en komplett bild av verksamheten. Här är det uppenbart att risken finns att man mäter det som går att mäta men missar det som är mer svårfångat i mätningar. Detta kan också vara en kostnadsfråga eftersom det kostar mer att mäta kvalitativa resultat än kvantitativa. Regler och mål som formuleras kvalitativt gör administrationen mer kostsam (Ouchi 1979 s. 836).

### 5.1 Att använda informationen

Även om det kan vara kostsamt så är det positivt att många perspektiv beaktas i beslutsfattandet. Samtidigt är det svårt att veta i vilken utsträckning den insamlade informationen används. Som vi nämnt tidigare (s. 15) upplever politikern att det är komplicerat att sätta sig in i det balanserade styrkortet.

Det är tydligt att det finns en risk på att man på politikernivå har svårt att använda sig av informationen man samlat in. Detta problem ser också Olsen och Brunsson: "It is possible to collect huge amounts of information and not use it when decisions are made" (1993 s. 9). Det är svårt att avgöra när informationsmättnad uppnåtts, dvs. när man inte kan göra bruk av mer

information oavsett hur tillförlitlig den är. Det kan också vara ett kompetensproblem, att politikerna inte har den kompetens som krävs för att förstå informationen. Här kanske ett problem uppstår med det som vi i nästa avsnitt pratar om, nämligen att medicinskt professionella anser att BSC inte är tillräckligt verksamhetsanpassade.

Också på verksamhetsnivå förekommer det problem med användandet av BSC. Vad gäller de senaste årens ekonomistyrningsmodeller menar Östergren & Sahlin-Andersson att många av klinikerna inte använder den data som tagits fram för att styra sin egen verksamhet (1998 s. 139). Detta stämmer överens med vårt empiriska material från paramedicinska avdelningen där informationen man samlar in mest fungerar som ett beslutsunderlag för länssjukvården och landstinget. Verksamheterna har svårt att få användning för den information som tas fram med BSC. Detta trots att stora ansträngningar gjorts för att styrkortet ska vara verksamhetsanpassade.

Intressant är att de flesta av respondenterna ansåg att kommunikationen hade blivit bättre mellan verksamheten och ledningen, och mellan ledningen och politikerna. Flera stycken menade att man gav en mer heltäckande bild nu än tidigare vilket gjorde att effekter och konsekvenser lättare kunde utvärderas. Verksamhetschefen styrker detta:

För några år sen var fokus där också mycket på ekonomi men det börjar man släppa trots att det är en ekonom som leder länssjukvården, så frågar man mer efter de andra sakerna. Alltså hur jobbar vi med kvalitet, hur jobbar vi med att förbättra processer, det har hjälpt att ändra fokus tycker jag även i kommunikationen uppifrån-ned (Verksamhetschefen).

Tänkandet i fyra perspektiv istället för i bara ett ekonomiskt perspektiv, kan sägas ha ökat de professionellas möjlighet att ge en mer rättvis bild av verksamheten, (genom mätningarna i BSC). Även om politiker och administratörer hade en förståelse för sjukvården innan det balanserade styrkortet infördes, har det genom sin systematik och helhetsblick givit dem ökade möjligheter till att se hur ekonomin förhåller sig till de andra perspektiven. Eller som politikern sa:

Man ska leva in sig i resultat i undersökningar och från verksamheter. Och sen ska det paras med ekonomin (Politikern).

Administratörer är kanske de som är bäst utrustade vad gäller kompetens och arbetsuppgifter att ha användning för den information som samlas in genom BSC. Av våra intervjuer framgår det att respondenterna anser att det blivit lättare att kommunicera uppåt i organisationen. Det är lättare att beskriva den komplexa verkligheten som den operationella verksamheten verkar i för den politiska och administrativa ledningen. På frågan ifall kommunikationen förbättrats nedifrån och upp svarade verksamhetschefen: ”Eftersom man mäter fler saker och följer upp fler saker så tycker jag det.” (jmf. Aidemark 2006 s. 51). Detta går också i linje med vad Kaplan & Norton menade var en av huvudpoängerna med BSC. Nämligen att det skulle användas som ett system för kommunikation, information och lärande och inte bara som ett kontrollsystem (Hallin & Kastberg 2002 s. 10).

## 5.2 Medicinskt professionella och mätning

Ett motstånd som administrativa styrmodeller riskerar att stöta på är att de medicinskt professionella motsätter sig mätning ovanifrån. Även om dessa kontinuerligt mäter sin egen verksamhet (Östergren & Sahlin-Andersson 1998) använder de annorlunda mätetal och mätindikatorer. Den medicinska logiken brukar ett eget språk och har hela tiden den medicinska praktiken i fokus och patienten i centrum. På många ställen där BSC införts har de medicinskt professionella därför varit starkt skeptiska till BSC. Man har fullföljt mätningarna men inte ansett att det man mäter är användbart för verksamheten (Östergren & Sahlin-Andersson 1998). På Paramedicin fann vi dock inte något som motsvarade denna skepsis.

Ett annat problem med mätning är att styrkort kan användas för jämförelser med andra kliniker/verksamheter. Medicinskt professionella är alltså inte negativt inställda till mätning i sig utan mot att bli jämförda med andra kliniker och sjukhus. Eller som landstingspolitikern sa: ”Men det finns ju också ett öppet motstånd i professionen mot öppna jämförelser. De gillar ju inte det.”. Sannolikt är det konkurrenssituationen de är rädda för. Antagligen eftersom de anser att de mätningar som görs är alltför trubbiga för att skildra den verklighet de upplever. Verksamhetschefen uttryckte detta i:

Allt går inte att mäta och då kan man tro att man får en fullständig bild av verksamheten, men man kan kanske inte få med det som är viktigt. Man kan få en falsk positiv bild (Verksamhetschefen).

## 5.3 Risk för ett statistiskt styrkort

I den tidiga fasen, av det balanserade styrkortet, upplevde personalen engagemang kring styrmodellen. De var med och utformade mätindikatorer och satte upp lämpliga styrtalet. Efterhand som tiden gått har emellertid intresset avtagit. Personalen har upplevt att styrkortet fungerar bra och de tänker inte så mycket på det i den dagliga verksamheten. Möjligheterna att förbättra styrkortet kan också successivt med åren förväntas minska. Detta eftersom det blir svårare att förbättra en finjusterad modell. Verksamhetschefen menar också att de förändringar man gjort har blivit mindre med åren och nu förändras styrkortet ganska lite från år till år:

Det handlar om att styrkortet är ganska färdigt. Det är en pedagogisk fråga också att man inte ska hitta på nytt hela tiden. (Verksamhetschef)

Den information om verksamheten som styrkortet genererar kan alltså, i enlighet med en reformistisk modell, förväntas bli lite bättre för varje år. Samtidigt har modellens grad av utveckling lett till att engagemanget för styrkortet minskat ute

hos personalen. Till det ska tilläggas att personalen upplever att styrkortet endast har liten eller ingen praktisk nytta ute i verksamheten. Personalens motiv för att engagera sig blir helt enkelt mindre med åren, dels eftersom man upplever att det blir svårare och svårare att förbättra mätningarna, dels för att man upptäcker att det inte finns någon praktisk nytta av det balanserade styrkortet.

Andersson et al. menar att förändringar i ett företags miljö ständigt kräver förnyelse kring processer. ”Detta innebär att företaget ständigt måste anpassa och utveckla sin strategi. Ett Balanced Scorecard kan därmed aldrig sägas bli färdigt och kan därför ej ses som en statisk produkt.” (Andersson et al. 2000 s. 16).

Skillnaden i våra resonemang ligger i verksamhetens skilda karaktärer. För ett företag kan det hela tiden ske tvära kast i marknaden och omständigheterna kan skifta på årsbasis. Även om de teknologiska förändringarna inom sjukvården kan vara väl så stora som inom den privata sektorn förändras behoven av vård marginellt från år till år. Därför kan de nödvändiga anpassningarna av ett balanserat styrkort antas vara mycket mindre.

Ett annat problem som kan uppstå ifall engagemanget minskar är att modellen stagnerar till den grad att det slutar vara relevant. Dvs. ifall styrkortet är ”färdigt”, kommer det då att till slut spela ut sin roll? Enligt Meyer riskerar mätningar av prestationer att förlora sin signifikans eftersom organisationen runtomkring anpassar sig (2002 s. 51). Till slut blir det svårt att särskilja en bra prestation från en dålig, eftersom folk anpassat sin verksamhet till att uppfylla kraven. Det man mäter är inte längre det man vill mäta. Meyer skriver angående detta:

Running down is caused by people's behaviour when they are exposed to performance measurement. Often however it's difficult to pinpoint which kind of behaviour causes measures to run down. (2002 s. 78)

Enligt Östergren & Sahlin-Andersson gäller detta de kliniker där man infört prestationsbaserade system: ”Läkarna började producera lönsamma operationer och behandlingar; istället för att prioritera patienter utifrån medicinska kriterier prioriterades de utifrån ekonomiska kriterier” (1998 s. 137). Detta gäller särskilt ifall man utnyttjade BSC:s potential för att mäta individuella prestationer. Detta gör man inte på Paramedicin men sjukgymnasten menade ändå att hon genom BSC lyckats integrera ett mer kostnadseffektivt tänkande:

Kanske vi sållar än del hårdare [...] att vi kanske blivit lite hårdare i prioriteringarna. (Sjukgymnast)

## 6 Domänerna – hur överbryggas distansen

Blomgren & Sahlin-Andersson skriver om hur kunskapsgenereringsprocesser har potential att påverka styrkeförhållanden i organisationer (Blomgren & Sahlin-Andersson 2003 s. 61). De intervjuer vi gjort tyder alla på att den påverkan som BSC har är att politiker fått det svårare att enbart med fokus på ekonomiska faktorer motivera förändringar. Om inte annat kan man få problem med legitimiteten ifall man enbart fokuserar på ekonomin. Nedan går vi vidare med just samhällsperspektivet som utgör det som är mest konfliktladdat. Det är också här det är viktigast att komma ihåg hur man definierar begreppet balans eftersom det är i balansen mellan perspektiven som man kan få medarbetarnas acceptans för modellen. Om ekonomin trots allt är det viktigaste tappar personalen förtroendet för att mätningarna de gör i de andra perspektiven spelar roll.

### 6.1 Balans mellan perspektiv

I det balanserade styrkortet tenderar det ekonomiska eller samhällliga perspektivet att uppta stor plats:

Det är ändå till slut budgeten som styr. (Sjukgymnast).

I de rapporter som gjorts framgår det att ekonomiperspektivet [samhällsperspektivet, vår anm.] tar jättestor plats, ett perspektiv som heter kund/patientperspektivet tar jätteliten plats. (Verksamhetschef).

Det intressanta ligger här inte i hur stor plats samhällsperspektivet tar, utan om det uppfattas ta för stor plats. Balansen riskerar då att rubbas. Det kan på sikt leda till missnöje mot ledning och politiker bland de medicinskt professionella. Den integrerande verkan ligger i att ledning och folkvalda politiker får en bättre, men följaktligen mer komplex, bild av sjukhusverksamheten och därför kan fatta beslut som är mer i linje med de professionellas bild. Detta i och med att de professionella har möjlighet att påverka BSC på verksamhetsnivå, och därmed påverka den bild som rapporteras uppåt.

Funck menar att det är tolkningen av begreppet balans som är avgörande för hur BSC som styrmodell blir bemött av medarbetare inom sjukvården. Om man kan skapa bred konsensus om vad balans innebär kan detta fungera som värdegrund och därmed minska domänernas distans till varandra. Man kan på så

sätt kanske komma närmare det Ouchi kallar för klanstyrning (1979, 1980) och uppnå målkongruens. Misslyckad detta kan en alltför stark betoning på det ekonomiska perspektivet uppfattas som ett stärkande av den administrativa domänen gentemot den medicinskt professionella (Funck 2006 s. 18). Detta kan utgöra ett potentiellt hot mot autonomi i verksamheten vilket kan leda till motstånd från den professionella domänen. Det resulterar också i försämrade kommunikation.

## 6.2 Verksamhetschefen som bro mellan domäner

Verksamhetschefens roll har alltmer börjat likna chefens roll i näringslivet. Det räcker inte längre att bara behärska den medicinska aspekten. Administrativa sysslor har blivit allt viktigare. Östergren & Sahlin-Andersson skriver: ”Det är inte längre accepterat att leda enbart med hjälp av sin medicinska auktoritet; istället är det viktigaste att ledaren har andra ledaregenskaper som t.ex. förändringsbenägen, positiv, kreativ och socialt kompetent.” (1998 s. 117). Man ska både kunna driva verksamheten framåt vad gäller ekonomisk sparsamhet och personalens utveckling. Tidigare var det vanligaste att man rekryterade verksamhetschefen utifrån medicinska kriterier. Den med högst kompetens var den som var bäst lämpad att axla ledarskapet. Då var det främst rollen som professionell som betonades. Verksamhetschefens ansvar var att utveckla klinikens medicinska kapacitet (ibid.). ”Personalfrågor som t.ex. lönefrågor, trivsel, engagemang och samhörighet var inte något som föll på verksamhetschefens ansvar” (ibid.). Idag har rollen förändrats till att även omfatta dessa saker. Från att nästan uteslutande arbetat med vad som medicinskt var bäst för patienten arbetar man nu mer integrerat med administrativa uppgifter.

Av central betydelse för att de kommunikativa och integrativa vinsterna med BSC ska kunna realiseras är just verksamhetschefen. Det som utmärker verksamhetschefens yrkesroll är enligt Östergren & Sahlin-Andersson att de flesta arbetar kliniskt vid sidan av det administrativa åtagandet (1998 s. 42-64). På Paramedicin arbetade verksamhetschefen ungefär hälften av tiden med administrativa uppgifter och till andra hälften som praktiserande sjukgymnast. Delar av det administrativa ansvaret hade hon delegerat ut till två andra inom verksamheten och tillsammans utgjorde dessa tre en ledningsgrupp. Verksamhetschefen behöll dock det slutgiltiga inflytandet. Enligt Östergren & Sahlin-Andersson har över 95 % av verksamhetscheferna (de studerade) genomgått någon form av chefsutbildning, varav hälften av utbildningen varade mer än fem veckor (1998 s. 53). Detta tolkar vi som ett tecken att den administrativa logiken vinner alltmer insteg i sjukvården. Ledaregenskaperna betonas alltmer. Verksamhetschefen ska vara hemma i såväl det administrativa som det medicinska tänket.

Vår studie visar på att den administrativa domänen är högst närvarande hos verksamhetschefen. Inte bara i form av ett styrningstänkande kring den egna verksamheten. Hon påpekar också administrativa brister uppåt i organisation:

Jag tycker att vi [i Landstinget] ska vara mer strategiska och använda [BSC] mer aktivt, det är fortfarande mycket en skrivbordsprodukt i landstinget som helhet. (Verksamhetschef)

Kouzes och Mico menar att den professionella domänen baseras på en logik kring den egna verksamheten (1979). När verksamhetschefen uttalar sig om landstinget som helhet rör hon sig således från den professionella till den administrativa domänen. Den naturliga följdfrågan blir här vilken domän som verksamhetschefen upplever att hon tillhör. Det finns naturligtvis inget enkelt svar att ge på den frågan. Oavsett utsträckning kan vi av intervjun med verksamhetschefen utläsa att båda den professionella och administrativa logiken är närvarande. Hon ger uttryck för att ha både en administrativ identitet som chef och en professionell identitet som sjukgymnast. Här framstår domänteorin i Kouzes & Micos (1979) tappning vara otillräcklig. Östergren & Sahlin-Andersson menar här att: ”man inte längre kan använda sig av synen på det tre systemen som helt separata, istället bör sammankoppling och integrering fokuseras för att förstå vad som händer i sjukvården.” (1998 s. 36).

Något som Östergren & Sahlin-Andersson pekar på i sin studie är hur verksamhetschefer många gånger upplever att de blir inskränkta av administrativa synsätt och verktyg (Östergren & Sahlin-Andersson 1998 s. 59). Detta finner vi dock inte stöd för i vårt material där varken verksamhetschef eller professionella uttalade sig negativt om administrativa styrinstrument, snarare tvärtom. Förklaringen till att personalen ställde sig positiva till BSC hittar vi nog mycket just i verksamhetschefen. Alla praktiserande uttryckte sig mycket positivt om verksamhetschefen och hennes sätt att leda verksamheten. Det är svårt att leda i bevis men vi tror att mycket av den legitimitet verksamhetschefen åtnjöt ute i verksamheten spillt över på det balanserade styrkortet. De praktiserandes förtroende för verksamhetschefen ledarskap kombinerat med hennes engagemang för BSC, har förmodligen skänkt legitimitet åt styrmodellen. Oklart är om det varit verksamhetschefens personlighet eller hennes sätt att arbeta på som bidragit mest.

”Jag vet ju kliniker där chefen sätter sig själv och skriver ett styrkort. Så jobbar inte jag. Jag försöker involvera så många som möjligt” (Verksamhetschefen)

Verksamhetschefen är flaskhalsen som BSC måste passera genom. Har inte den övre ledningen lyckats övertyga denne om BSC:s fördelar är det stor risk för att hela projektet går i stöpet. Eller för att säga det lika kärnfullt som landstingspolitikern:

”Är inte cheferna med så går det kasst.” (Landstingspolitikern). (jmf. Aartojärvi 2003 s. 18)

# 7 Slutsats

## 7.1 Kommunikativa vinster

Vår studie visar på att det balanserade styrkortet ger förbättrade förutsättningar för kommunikation mellan olika domäner i en sjukvårdsorganisation. Det är emellertid svårt att uttala sig om hur starka respektive svaga dessa effekter är. Vi går här igenom de tre domänerna var för sig.

På professionell nivå upplevde de intervjuade att det balanserade styrkortet gett en bättre helhetsbild av verksamheten. Det har efter styrkortets införande blivit lättare att koppla samman flera perspektiv och sätta in dem i sin helhet. Detta hänger samman med en ökad medvetenhet om verksamhetens ekonomi som förmedlas genom samhällsperspektivet. Kommunikationen uppifrån och ned till de professionella på paramedicin har också lett till att dessa fått en bättre uppfattning om hela organisationens långsiktiga mål, visioner och strategier. De tre respondenterna från den praktiska verksamheten upplever också att det har blivit lättare att kommunicera information uppåt i organisationen till följd av BSC.

På administrativ nivå tyckte budgetchefen att det balanserade styrkortet bidragit till en ökad kunskaps- och informationsspridning uppåt i organisationen. De mätningar som görs på verksamhetsnivå har hjälpt den centrala landstingsledningen att skapa ökad närhet ned till verksamheten, samt ökat förståelsen för det verksamhetsspecifika. Den insamlade informationen har också lett till en bredare diskussion kring budgeten, där flera perspektiv tagits upp i samband med ekonomin. Det balanserade styrkortet har bidragit med en ram inom vilken man kan strukturera diskussioner kring strategi. De perspektiv som förut diskuterades separat och ostrukturerat, samlas nu vid samma tillfälle och i relation till varandra. Tänkandet i flera perspektiv har även gjort det lättare att klargöra övergripande strategier och kommunicera ut dem i organisationen. I den administrativa domänen har det, till skillnad från i de andra två, förts resonemang kring orsak-verkanrelationer mellan de olika perspektiven. Genom att försöka tydliggöra dessa samband kan också de verksamhetsnära aktiviteterna, som representeras av de tre perspektiven utöver samhällsperspektivet få ökat inflytande över beslutsfattandet. Det är alltså tydligt att BSC här ger ökade förutsättningar för kommunikation genom kunskaps- och informationsspridning.

På politisk nivå har det balanserat styrkortet medfört framförallt två effekter. Den första (1) är att politikerna fått ett mer heltäckande beslutsunderlag än tidigare. På grund av en lång kommunikationskedja samt svårigheter att använda sig av informationen, gör emellertid att denna effekt och potential hos BSC inte

utnyttjas till fullo. Den andra effekten (2) är att BSC har utgjort en plattform för dialog, dels inom politikerdomänen, men framförallt mellan politiker och administratörer. Det har blivit lättare att koppla samman vårdprocesser och patientperspektiv med ekonomi, något som tidigare varit svårt.

Sammantaget skapar det balanserade styrkortet huvudsakligen förutsättningar för två former av kommunikation. Först (1) har vi den informations- och kunskapsspridande mekanismen nedifrån och upp. Det balanserade styrkortets mätningar i verksamheten ligger till underlag för strategiska beslut högre upp i organisationen. Kommunikationen kan därför sägas ha ökat som en följd av BSC. Dessutom (2) utgör BSC en plattform för dialog, vilken gör det lättare att förmedla kunskap och skapa konsensus kring långsiktiga mål, visioner och strategier. BSC fungerar som ett språkligt medium som går att använda till diskussioner och gör det lättare att skapa en helhetsbild av verksamheten.

## 7.2 Hinder för kommunikation

En förutsättning för att de kommunikativa vinsterna med BSC ska kunna realiseras är ett engagemang. De verksamhetsnära måste vara delaktiga i utformningen av BSC. Annars riskerar styrkortet att ge en felaktig bild av verksamheten. Det kan uppstå ett motstånd mot mätningar, speciellt när mätmodellen har sitt ursprung i den administrativa domänen, eftersom personalen inte upplever att den information som BSC generar, ger en rättvis bild av verksamheten.

Något som är tydligt i både vårt primär- och sekundärmaterial är att det ofta är svårt att engagera den medicinska domänen för det balanserade styrkortet. Detta även om alla våra respondenter i personalen var positivt inställda till BSC. Till detta har vi funnit två anledningar. Den första (1) är att den medicinska professionen redan har en etablerad logik och är starkt insocialiserad i professionens prioriteringar och värderingar vad gäller det kliniska arbetet. Därför har det varit svårt att få mätningarna och målen att motsvara den praktiserande personalens uppfattning om vad som är relevant, vilket har medfört en syn att BSC främst tar tid från patienten. Detta har lett till att ett mer eller mindre passivt motstånd fötts och visat sig genom ointresse. Den andra (2) orsaken är tidsbrist. Verksamhetschefen har under de senaste åren prioriterat att engagera personalen i andra parallella projekt. Risken är att användandet av BSC blir passivt och att styrkortet blir statiskt när man inte lägger tid på att arbeta med det. Tidsbristen blir ett allvarligt problem eftersom tid är en nyckel till att förstå och utveckla BSC. Ett statiskt styrkort löper risken att bli föråldrat och felkalibrerat.

Det motstånd som vi nämnde kan även uppstå ifall balansen i styrkortet upplevs som hotad. Ifall samhällsperspektivet tar för stor plats kan det urholka trovärdigheten i BSC. Ifall personalen upplever att ledningen trots allt endast fokuserar på det ekonomiska perspektivet förlorar BSC den legitimitet som det

annars erhåller just genom balansen. Det är balansen som ger det patientnära arbetet en jämbördig status med det ekonomiska perspektivet hos ledningen.

I den politiska ledningen är kompetensen och tiden de största hindren. Den intervjuade politikern var tydlig med att det i princip krävs en utbildning för att verkligen kunna förstå BSC. Han menade vidare att det är extra svårt för deltidspolitiker att skaffa sig den nödvändiga expertisen. Troligen är dock detta inte ett oöverstigligt hinder ifall man lägger den tid och energi på BSC som förespråkas i instruktionslitteraturen. Denna kompetensbrist är också troligen anledningen till att man efter sju års användning av BSC ännu inte tagit fram ett centralt styrkort för hela landstinget.

Man kan se verksamhetschefens engagemang som den organisatoriska flaskhalsen för att BSC överhuvudtaget ska få någon kommunikativ verkan. Detta eftersom verksamhetschefen innehar en nyckelposition mellan den professionella och administrativa domänen. Risken är att verksamhetschefen identifierar sig starkt med sin ursprungliga medicinska profession och därmed ser de administrativa uppgifterna som ett nödvändigt ont. Den hybridisering av yrkesrollen som är brobyggande uteblir då. I det fallet kommer antagligen de professionella i den operationella verksamheten inte bekanta sig närmare med BSC och användandet blir ytligt. I det fallet uteblir de positiva kommunikativa effekterna uppifrån och ned genom att man inte når bred konsensus kring de övergripande strategiska målen. I vår studie hade enligt alla verksamhetsnära respondenter emellertid verksamhetschefens engagemang hållit sig mer eller mindre konstant på en hög nivå.

## 8 Referenser

### 8.1 Litteratur

- Aartojärvi, Kari, 2003. *Att skapa en verksamhet med balanserad styrning, Västra Götalandregionen*. Uddevalla: TH Tryck AB.
- Aidemark, Lars-Göran, 2005. *BSC och reglering av sjukvård i privat regi – en studie av närsjukvården på Österlen*. Växjö: Växjö Universitet.
- Aidemark, Lars-Göran, 2006. *BSc för verksamhetsstyrning – en studie av medicinkliniken vid Höglandssjukhuset*. Växjö: Växjö Universitet.
- Andersson, Per Magnus – Persson, Jan E – Ramberg, Ulf, 2000. *Balanced Scorecard i landsting: erfarenheter från tolv projekt i region Skåne*. Lund: KEFU.
- Blomgren, Maria – Sahlin-Andersson, Kerstin, 2003. *Ledning på distans: Att skapa kunskap för politisk styrning av hälso- och sjukvård*. Stockholm: Ordförandet AB.
- Christensen, Tom - Laegreid, Per - Roness, Paul G. - Røvik, Kjell Arne, 2005. *Organisationsteori för offentlig sektor*. Malmö: Liber.
- Englund, Hans, 2005. *Struktur och handlingar i en kommunal reform – erfarenheter av balanserad styrning*. Göteborg: Intellecta DocuSys AB.
- Esaiasson, Peter, et al., 2005. *Metodpraktikan: Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Andra upplagan. Stockholm: Norstedts juridik.
- Falk, Anders, 2004. *Varför lyckades Geriatriken? En fallstudie av två verksamhetsområdens implementering av balanserade styrkort inom hälso- och sjukvården*. Göteborg: Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet.
- Freidson, E. 2001. *Professionalism – the third logic*. Chicago: The university of Chicago press.
- Funck, Elin, 2006. *Balanced scorecard – en integrator av skilda intressen i sjukvården*. Växjö: Växjö universitet.
- Hallin, Bo – Kastberg, Gustav, 2002. *Balanced Scorecard i teori och praktik – en flerdimensionell styrmodell i hälso- och sjukvården*. Angered: Elanders Graphic Systems.
- Hallin, Bo – Siverbo, Sven, 2002. *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Kaplan, Robert S. - Norton, David P., 1993. "Putting the balanced scorecard to work", *Harvard business review*, vol. 79, s. 71-79.
- Kaplan, Robert S. & Norton, David P. (1996) *The Balanced Scorecard – translating strategy into action*, Harvard Business School Press, Boston.

- Kaplan, Robert S. & Norton, David P. (2001) *The strategy-focused organization*, Harvard Business School Press, Boston.
- Kollberg, Beata, 2003. *Exploring the use of balanced scorecards in a swedish health care organization*. Linköping: Department of mechanical engineering, Linköpings Universitet.
- Kouzes, J. – Mico, P., 1979. "Domain Theory: An introduction to organizational behavior in Human Service Organizations", *Journal of Applied Behavioral Science*, Vol. 15, nr. 4, s. 449-469.
- Mattson, Bo., 2001. *Balanserad verksamhetsstyrning*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Meyer, Marshall W., 2002. *Rethinking Performance Measurement: Beyond the Balanced Scorecard*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nørreklit, Hanne, 2003. "The Balanced Scorecard: what is the score? A rhetorical analysis of the Balanced Scorecard", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 28, s. 591-619.
- Olsen, Johan P. - Brunsson, Nils, 1993. *The Reforming Organization*. Great Britain: Routledge.
- Olve, Nils-Göran – Roy, Jan – Wetter, Magnus, 1999. *Balanced Scorecard: I svensk praktik*. Tredje upplagan. Malmö: Liber.
- Ouchi, William, 1979. "A conceptual framework for design of organizational control mechanisms", *Management Science* Vol. 25, nr. 9, s. 833-848.
- Ouchi, William, 1980. "Markets, bureaucracies and clans", *Administrative Science Quarterly*. Vol. 25, March, s. 129-141.
- Parker, L.D. 1994. "Professional accounting body ethics: In search of the private interest Accounting", *Organizations and Society*, Vol. 19, nr. 6, s. 507-525.
- Powell, Walter W. – DiMaggio, Paul J., 1991. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Repstad, Pål, 1993. *Närhet och distans: Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Östergren, Katarina - Sahlin-Andersson, Kerstin, 1998. Att hantera skilda världar: Läkarens chefskap i mötet mellan profession, politik och administration. Stockholm: Landstingsförbundet.

## 8.2 Muntliga källor

- Fredriksson, Pernilla (=Sjukgymnast). Sjukgymnast och yrkesföreträdare på Paramedicin Ljungby Lasarett. 061218
- Nazzal-Andersson, Lena (=Verksamhetschef). Verksamhetschef och sjukgymnast på Paramedicin Ljungby Lasarett. 061219
- Gustavsson, Sven-Åke (=Politiker). Avgående ordförande i landstingsfullmäktige i Landstinget Kronoberg. 061219

Anonymiserad (=Arbetsterapeut 1). Arbetsterapeut på Paramedicin Ljungby  
Lasarett. 061220

Anonymiserad (=Arbetsterapeut 2). Arbetsterapeut på Paramedicin Ljungby  
Lasarett. 061220

Petersson, Dan (=Budgetchef). Budgetchef för Landstinget Kronoberg. 061221

# 9 Bilaga 1

## Åtagande 2007 för Paramedicin i Ljungby

2006-12-08

### 1 Sammanfattning

**Paramedicins vision är: *Paramedicin – den attraktiva enheten med hälsa och kompetens i centrum***

Paramedicins **verksamhetsidé** är att möta behoven av rehabilitering, stöd och/eller information hos patienter/närstående på Ljungby lasarett genom vår paramedicinska kompetens och tilldelade resurser. Målen för våra insatser är en ökad livskvalitet, självständighet i ADL, aktivitetsförmåga, information/kunskap, trygghet, och/eller smärtlindring/smärthantering.

#### **Lärandeperspektiv:**

Alla medarbetare har årliga utvecklingssamtal med sin närmaste chef. OLIVIA används som underlag för utvecklingssamtal och kompetensutveckling på Paramedicin. En revidering av OLIVIA planeras under våren. Paramedicin har inga vakanser. Övertaliga tjänster kommer att minska från 1,0 till 0,5 tjänst från februari då en medarbetare går i pension.

Under början av hösten 2007 planeras för inflyttning i Paramedicinskt Centrum. Vårt utvecklingsarbete under våren kommer främst att inriktas mot att förbereda för samverkan i PMC.

#### **Processperspektiv:**

Paramedicin fortsätter att registrera avvikelser och arbeta med åtgärder. När det gäller patientsäkerhetsarbete ser vi med intresse på hur LSVs ledning har påbörjat detta arbete och vill gärna komma igång med modellen på Paramedicin under 2007. Verksamhetsgenomgång för att kartlägga hur de paramedicinska enheterna på CLV och LL bäst ska nyttja sina resurser ur ett länsperspektiv fortgår. Under 2007 ska ett arbete påbörjas med att likrikta de verksamheter som i dagsläget har för stora variationer för att vara likvärdig.

Vi planerar att fortsätta utvecklingsarbetet som påbörjats under 2006 för att beskriva och förbättra processerna för höft- och strokepatienter. I samband med vårt processarbete planerar vi att arbeta fram kvalitetsindikatorer. Under 2006 har Paramedicin utarbetat och publicerat ett stort antal rutiner på webben. Ett fåtal av dessa är gemensamma för våra tre yrkesområden och vi planerar att under 2007 utforma fler gemensamma rutiner.

KVÅ (Klassificering av Vård Åtgärder) för paramedicinska åtgärder ska införas i Cosmic från årsskiftet 07/08. Vi planerar att medverka i arbetet för att ta fram riktlinjer landstinget.

Vårt arbetsmiljöarbete fortsätter enligt vår årsplanering. Sjukfrånvaron har minskat under 2006 och vi arbetar för att detta ska fortsätta genom ett aktivt rehabiliteringsarbete.

#### **Patient- och kundperspektiv**

KUPP för öppenvård på våra tre delenheter pågår på Paramedicin från nov 06- mars 07. När resultatet sammanställs kommer vi att analysera det och arbeta med de förbättringar som kan behövas. Vi har årliga diskussioner med ledningsgrupperna på medicin- och kirurgkliniken.

## Samhällsperspektiv

Målet är att alla våra öppenvårdspatienter ska få vård inom vård- och behandlingsgarantin och det planerar vi för att klara. Vår ekonomiska ram är minskad med 230 tkr som en besparing pga. införandet av Cambio Cosmic. Denna besparing ska enligt LSVs ledning inte påverka vår produktion. VIS-införandet är inte helt klart för Paramedicin och det är i nuläget inte möjligt att bedöma om och i vilken omfattning besparingen kan verkställas. Den 0,75 tjänst som vi äskat för strokeenheten har inte beviljats av landstingsledningen.

## 2 Planeringsförutsättningar

Paramedicins grunduppdrag är att serva hela Ljungby lasarets slutenvård, mottagningar och dagvård, med individuella paramedicinska åtgärder och gruppbehandlingar. Vi medverkar i teamarbete på rehabavdelningen och även på vissa akutavdelningar samt medverkar i patient- och närståendeundervisning i form av ”skolor” (t ex KOL, Hjärt-, Njurskola).

Vi bedriver egen poliklinisk verksamhet knuten till lasarettets verksamhet och/eller specialkompetens inom Paramedicin, inom arbetsterapi även primärvårdspoliklinik.

Utgångspunkten för Paramedicins åtagande för 2007 är att randvillkoret ekonomi är minskat med 230 tkr som en besparing pga införandet av Cambio Cosmic. Denna besparing ska enligt LSVs ledning inte påverka vår produktion. Det är i nuläget inte möjligt att bedöma om och i vilken omfattning besparingen kan verkställas. VIS-införandet är inte helt klart för Paramedicin. Arbetsterapin och sjukgymnastiken har infört de tre moduler som är aktuella men RoS fungerar ännu inte fullt ut. Kuratorerna kan inte börja med dokumentation i Cosmic förrän sekretessklassning av sökord är infört.

Vår verksamhet är beroende av de eventuella förändringar som planeras inom medicin och kirurgkliniken. Informella diskussioner har förts med respektive verksamhetschef och i nuläget är det inget som påverkar vår planering.

Bemanningen är inom enheten god utifrån de givna förutsättningarna. Övertalighet i förhållande till budgeterade tjänster finns motsvarande ca 1,0 heltidstjänst vilket minskar från februari till 0,5 tjänst då en medarbetare går i pension.

Bygget pågår för ett Paramedicinskt centrum med gemensamma lokaler för Paramedicin och distriktssjukgymnastiken. Vi kommer under våren fortsätta att arbeta med förberedelser inför inflyttning våra gemensamma lokaler och planering av framtida verksamhet i lokalerna. Under flyttperioden kan vår produktion komma att påverkas och det är viktigt att vi medverkar i byggplaneringen för att verksamheten ska påverkas så lite som möjligt.

## 3 Balanserat styrkort

### 3.1 Vision och verksamhetsidé

**Vår vision är: *Paramedicin – den attraktiva enheten med hälsa och kompetens i centrum***

Paramedicins **verksamhetsidé** är att möta behoven av rehabilitering, stöd och/eller information hos patienter/närstående på Ljungby lasarett genom vår paramedicinska kompetens och tilldelade resurser. Målen för våra insatser är en ökad livskvalitet, självständighet i ADL, aktivitetsförmåga, information/kunskap, trygghet, och/eller smärtlindring/smärthantering.

Med vårt arbete medverkar vi till LSV vision som strävar mot att uppnå:

- Inga onödiga dödsfall
- Ingen smärta eller onödigt lidande
- Inga oönskade väntetider
- Ingen hjälplöshet
- Inget arbete som inte tillför något värde för patienten

### 3.2 Strategier

Perspektiv	Strategiska mål
Lärandeperspektiv	Vi möter framtidens behov av kunskap och metoder inom det paramedicinska området.
Processperspektiv	Vi bidrar till en säker hälso- och sjukvård med hög kvalitet och effektiva vårdprocesser ur ett helhetsperspektiv och är en attraktiv arbetsplats.
Patient- och kundperspektiv	Våra patienter känner sig trygga och nöjda med vård, behandling, information och bemötande. Övriga upplever att kontakten med oss är god.
Samhällsperspektivet	Vi genomför vårt åtagande utifrån givna prioriteringar och med bästa fördelning och användning av våra resurser.

### 3.3 Perspektiv

#### 3.4 Lärandeperspektivet

Framgångsfaktor	Styrtal	Måltal 2007
Medarbetare med rätt kompetens	Individuella utvecklingssamtal	100%
	Antal vakanser	0
	Antal övertaliga	0
	OLIVIA	Revideras
Verksamhetsutveckling	PMC- fungerande rutiner	Utarbetas
Ledarskapsutveckling	Ledarskapsutbildning	3
	Handledning	2

#### Medarbetare med rätt kompetens

Alla medarbetare har årliga utvecklingssamtal med sin närmaste chef. OLIVIA används som underlag för utvecklingssamtal och kompetensutveckling på Paramedicin. En revidering av OLIVIA planeras under våren.

Paramedicin har inga vakanser. Övertaliga tjänster kommer att minska från 1,0 till 0,5 tjänst från februari då en medarbetare går i pension.

### **Verksamhetsutveckling**

Under början av hösten 2007 planeras för inflyttning i Paramedicinsk Centrum. Vårt utvecklingsarbete under våren kommer främst att inriktas mot att förbereda för samverkan i PMC.

### **Ledarskapsutveckling**

Samtliga tre chefer har behov av fortsatt ledarskapsutveckling och vi menar att det är av stor vikt att utbildning och handledning för chefer arrangeras av landstinget eller LSV.

#### **4.4.1 Processperspektivet**

<b>Framgångsfaktor</b>	<b>Styrtal</b>	<b>Måttal 2007</b>
Medicinsk kvalitet Patientsäkerhet	Avvikelsehantering med åtgärdsredovisning	100%
	Patientsäkerhetsrond	3
	Kvalitetsindikatorer	4
Vårdprocesser och samverkan	Samverkan inom LSV/PLING	Fortsätta
	Utveckling av processer höft, stroke KVÅ	Fortsätta Införa
Systematiskt arbetsmiljöarbete	Sjukfrånvaro per anställd	Minska
	Antal anmälda arbetsskador	0
Vårdrutiner	Gemensamma paramedicinska vådrutiner	5

### **Medicinsk kvalitet & patientsäkerhet**

Paramedicin fortsätter att registrera avvikelser och arbeta med åtgärder. När det gäller patientsäkerhetsarbete ser vi med intresse på hur LSVs ledning har påbörjat detta arbete och vill gärna komma igång med modellen på Paramedicin under 2007. Kontakt kommer att tas med Åsa Larsson om hur Paramedicin kan göra detta.

### **Vårdprocesser och samverkan**

Verksamhetsgenomgång för att kartlägga hur de paramedicinska enheterna på CLV och LL bäst ska nyttja sina resurser ur ett länsperspektiv fortgår. Under 2007 ska ett arbete påbörjas med att likrikta de verksamheter som i dagsläget har för stora variationer för att vara likvärdig.

Vi planerar att fortsätta utvecklingsarbetet som påbörjats under 2006 för att beskriva och förbättra processerna för höft- och strokepatienter. I samband med vårt processarbetet planerar vi att arbeta fram kvalitetsindikatorer.

KVÅ (Klassificering av VårdÅtgärder) för paramedicinska åtgärder ska införas i Cosmic från årsskiftet 07/08. Vi planerar att medverka i arbetet för att ta fram riktlinjer för KVÅ i landstinget.

### **Systematiskt arbetsmiljöarbete**

Vårt arbetsmiljöarbete fortsätter enligt vår årsplanering. Sjukfrånvaron har minskat under 2006 och vi arbetar för att detta ska fortsätta genom ett aktivt rehabiliteringsarbete.

### Vårdrutiner

Under 2006 har Paramedicin utarbetat och publicerat ett stort antal rutiner på webben. Ett fåtal av dessa är gemensamma för våra tre yrkesområden och vi planerar att under 2007 utforma fler gemensamma rutiner.

### 3.4.2 Patient- och kundperspektivet

Framgångsfaktor	Styrtal	Måltal 2007
Av kunden upplevd kvalitet	Information	> 90 % nöjda
	Bemötande	> 90 % nöjda
	Vårdkvalitet	> 90 % nöjda
	Väntetid (på sjukhuset)	> 90 % nöjda
	Delaktighet	> 90 % nöjda
God kontakt med interna kunder	Verksamhetsdialog	2

#### Av kunden upplevd kvalitet

KUPP för öppenvård på våra tre delenheter pågår på Paramedicin från nov 06- mars 07. När resultatet sammanställts kommer vi att analysera det och arbeta med de förbättringar som kan behövas.

#### God kontakt med interna kunder

Vi har årliga diskussioner med ledningsgrupperna på medicin- och kirurgkliniken.

### 3.4.3 Samhällsperspektivet

Framgångsfaktor	Styrtal	Måltal 2007
Tillgänglighet	Prio.gr 3: inom 90 dagar	100%
Ekonomiskt resultat	Ekonomiskt resultat enligt överenskommelse	-230 tkr

#### Tillgänglighet

Målet är att alla våra öppenvårdspatienter ska få vård inom vård- och behandlingsgarantin och det planerar vi för att klara.

#### Ekonomiskt resultat

Vår ekonomiska ram är minskad med 230 tkr som en besparing pga införandet av Cambio Cosmic. Denna besparing ska enligt LSVs ledning inte påverka vår produktion. VIS-införandet är inte helt klart för Paramedicin. Arbetsterapin och sjukgymnastiken har

infört de tre moduler som är aktuella men RoS fungerar ännu inte fullt ut. Kuratorerna kan inte börja med dokumentation i Cosmic förrän sekretessklassning av sökord är infört.

Det är i nuläget inte möjligt att bedöma om och i vilken omfattning besparingen kan verkställas.

Den 0,75 tjänst som vi äskat för strokeenheten har inte beviljats av landstingsledningen. För det tilläggsåtagande som kirurgkliniken har för 30 knä/höftproteser har Paramedicin fått en budgetförstärkning med 56 tkr.

#### **4 Verksamhetsförändringar och konsekvensbeskrivningar**

En stor förändring av vår verksamhet är att under hösten 2007 flytta in i Paramedicinskt Centrum med gemensamma lokaler för sjukgymnastik, arbetsterapi, kuratorer och distriktssjukgymnastik. Under våren kommer vi att arbeta intensivt för att förbereda denna samverkan.

Konsekvenserna av Cosmic införandet och den besparing som ålagts oss kan vi i nuläget inte ta ställning till utan planerar att återkomma till detta under 2007.

#### **Paramedicin 061208**

Lena Nazzal

Verksamhetschef