

# Innehållsförteckning

<b>1 INLEDNING .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Bakgrund .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Problemdiskussion .....</b>	<b>6</b>
<b>1.3 Studiens frågor och syfte .....</b>	<b>7</b>
<b>1.4 Avgränsningar av syftet .....</b>	<b>7</b>
<b>1.5 Studiens disposition .....</b>	<b>8</b>
<b>2 METOD .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Vad är kunskap och vetenskap, för vem och till vad produceras den? .....</b>	<b>9</b>
<b>2.2 Det kreativa-kritiska synsättet .....</b>	<b>9</b>
<b>2.3 Hermeneutik .....</b>	<b>10</b>
2.3.1 Hermeneutisk spiral .....	11
<b>2.4 Den explorativa fallstudien .....</b>	<b>12</b>
<b>2.5 Kvalitativa metoder .....</b>	<b>12</b>
<b>2.6 Vår valda kvalitativa metod - intervjun .....</b>	<b>13</b>
2.6.1 Kort om intervjuer .....	13
2.6.2 Våra intervjuobjekt .....	13
2.6.3 Intervjuteknik .....	14
2.6.3.1 Struktur och standardisering .....	14
2.6.3.2 Intervjutillfället .....	15
<b>2.7 Övrig datainsamling .....</b>	<b>15</b>
<b>3 TEORI OCH MODELLER .....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 Formella styrsystem .....</b>	<b>16</b>
3.1.1 Strategi och styrsystem .....	16
3.1.2 Performance Measurement Systems .....	17
<b>3.2 Balanced Scorecard och de olika perspektiven .....</b>	<b>18</b>
<b>3.3 Användning och effekter av Balanced Scorecard .....</b>	<b>20</b>
3.3.1 BSC som mätsystem .....	20
3.3.2 BSC som managementsystem .....	20
<b>3.4 BSC i offentlig verksamhet .....</b>	<b>21</b>
<b>3.5 Budget som styrverktyg .....</b>	<b>21</b>
3.5.1 Budgetens syften .....	21
3.5.2 Kritik mot budgeten .....	22
<b>3.6 Budget och BSC .....</b>	<b>22</b>
<b>3.7 Hur skiljer sig BSC från andra mått och styrsystem? .....</b>	<b>23</b>

<b>4 EMPIRI .....</b>	<b>24</b>
<b>4.1 Hälso- och sjukvårdens styrning .....</b>	<b>24</b>
<b>4.2 Västra Götalandsregionen och Kungälvssjukhus.....</b>	<b>26</b>
<b>4.3 Styrssystem på regionnivå.....</b>	<b>26</b>
<b>4.4 Styrssystem på Kungälvssjukhus utöver BSC.....</b>	<b>27</b>
<b>4.5 Införandet av BSC på Kungälvssjukhus .....</b>	<b>29</b>
4.5.1 Bakgrund .....	29
4.5.2 Processen .....	30
<b>4.6 Styrkortet på Kungälvssjukhus.....</b>	<b>33</b>
<b>4.7 Användning och effekter av BSC-konceptet .....</b>	<b>36</b>
4.7.1 Regionnivå.....	36
4.7.2 Sjukhusledningsnivå.....	37
4.7.3 Klinik- och avdelningsnivå.....	39
<b>4.8 Integrationen mellan BSC och KPP.....</b>	<b>42</b>
4.8.1 Projektets bakgrund och mål för verksamhetsförbättring .....	42
4.8.2 Medborgarperspektivet.....	42
4.8.3 Finansiella perspektivet .....	42
4.8.4 Processperspektivet .....	43
4.8.5 Lärande perspektivet.....	43
4.8.6 Sammanfattning av målen samt resultat .....	44
<b>4.9 Utbyte.....</b>	<b>45</b>
4.9.1 Balanced Scorecard-nätverket .....	45
4.9.2 Studiebesök på Kungälvssjukhus .....	45
<b>5 DISKUSSION.....</b>	<b>46</b>
<b>5.1 Användningen av BSC som mätsystem .....</b>	<b>46</b>
5.1.1 Processen med att ta fram styrkortet.....	46
5.1.2 Ett annat tänkande som effekt .....	47
5.1.3 Effekt av att alla tycker om att mäta.....	48
5.1.4 En lärande effekt.....	48
5.1.5 Ett ökat nätverk som effekt.....	49
5.1.6 Negativ effekt .....	49
5.1.7 Den praktiska användningen .....	50
<b>5.2 Användningen av BSC som managementsystem.....</b>	<b>50</b>
5.2.1 BSC som struktur .....	51
5.2.2 Integration mellan BSC och KPP .....	51
5.2.3 Integration mellan BSC och budget .....	51
5.2.4 Effekter av integration .....	52
5.2.5 Möjliga framtida integrationer.....	52
<b>6 SLUTSATSER .....</b>	<b>54</b>
<b>6.1 Användning och effekter .....</b>	<b>54</b>
6.1.1 BSC som mätsystem.....	54
6.1.2 BSC som managementsystem .....	54
<b>6.2 Studiens unikheter och generaliserbarhet .....</b>	<b>55</b>

<b>7 LÄRDOMAR, KRITIK AV EGET ARBETE SAMT FÖRSLAG TILL FRAMTIDA FORSKNING .....</b>	<b>56</b>
<b>7.1 Lärdomar .....</b>	<b>56</b>
<b>7.2 Kritik av eget arbete.....</b>	<b>56</b>
<b>7.3 Förslag till framtida forskning .....</b>	<b>57</b>
<b>8 KÄLLFÖRTECKNING.....</b>	<b>588</b>
<b>Skriftliga källor .....</b>	<b>588</b>
<b>Elektroniska källor .....</b>	<b>599</b>
<b>Intervjuer .....</b>	<b>599</b>
<b>Sjukhusspecifikt material .....</b>	<b>60</b>
<b>9 BILAGOR .....</b>	<b>611</b>

# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

*Om uppmärksamheten traditionellt riktats mot målets lönsamhet, riktas den nu även mot medlen som leder dit*

**Jan Lindvall, Ekon dr**

Under de senaste decennierna har kraven på organisationer förändrats markant. Den stabila omgivningens tid är för länge sedan förbi. Företag och andra organisationer verkar nu i en föränderlig värld där inte mycket är varaktigt. Det gäller att hela tiden ligga långt fram i utvecklingen och hänga med i den globala konkurrensen för att överleva.

Enligt Anthony och Govindarajan (1998) är styrsystem ett verktyg för att implementera strategier i organisationer. Strategier i sin tur är planer för att uppnå organisatoriska mål. Vidare menar de att styrsystem hjälper till att styra människors beteende på ett sätt som gynnar målkongruensen. I en tid av ökad konkurrens är det av yttersta vikt att styra alla medarbetare i samma riktning. Att effektivt kunna förmedla organisationens strategi för att nå målkongruens inom företaget eller organisationen har blivit alltmer viktigt (Kaplan & Norton, 1999).

I denna tid av nya spelregler har behovet av nya styrsystem ökat. Som svar på det, har en mängd olika styrverktyg utvecklats och introducerats. Ett som har vunnit stor terräng är det balanserade styrkortet, *the Balanced Scorecard, BSC*.

I början av 1990-talet introducerades detta flerdimensionella styrverktyg av de två amerikanska forskarna Robert S. Kaplan och David P. Norton. 1992 publicerade de tillsammans en artikel i Harvard Business Review, där de presenterade hur ett BSC byggs upp kring ett företags vision och strategi. För att inte enbart fokusera på den finansiella delen som de flesta andra styrsystem gör, tog författarna fram fyra perspektiv som styrkortet skall innehålla. Dessa var finansiella, kund, process och lärande. BSC tar därmed hänsyn till olika tidsaspekter: dåtid, nutid och framtid. På så sätt kan det fungera som ett flerdimensionellt styrmedel för den strategiska verksamhetsstyrningen.

Artikeln har sedan följts upp av ytterligare artiklar av författarna samt böckerna ”The Balanced Scorecard – Translating strategy into action” 1996 och ”The strategy-focused organization” 2001. I den sistnämnda för författarna BSC som koncept ett steg längre, från att tidigare bara fungerat som ett mätsystem har de funnit möjligheter med att införa det som ett managementsystem.

I mitten av 1990-talet nådde BSC-konceptet Sverige och snart kom det att få stor genomslagskraft även här. 1997 gav Olve, Roy och Wetter ut boken ”Balanced Scorecard i

svensk praktik” och den svenska översättning av Kaplan och Norton (1996) kom ut 1999, ”Från strategi till handling - The Balanced Scorecard ”. Sedan dess har flera svenska företag infört BSC. Exempel som ABB, Ericsson, KappAhl, Skandia, SKF och Volvo Personvagnar kan nämnas.

På senare tid har det även visat sig att organisationer inom offentlig sektor har börjat införa BSC. Olve et al. menar att en av grundtankarna med BSC är att viktiga värden inte alltid fångas bäst i finansiella mått. Därför påstår de att modellen skulle lämpa sig särskilt väl för verksamheter vars främsta syfte inte är vinst, till exempel offentliga verksamheter. Vidare menar de att styrkortet är mest angeläget i verksamheter där man har ett längre tidsperspektiv och där nyttan inte omedelbart går att avläsa i finansiella mått. I synnerhet gäller detta offentliga verksamheter.

En verksamhet som till största del är offentligt styrd och finansierad är svensk hälso- och sjukvård. Axelsson (2000) skriver att den svenska hälso- och sjukvården befinner sig i en situation med ökade krav på tillgänglighet och service, vilket kräver anpassning av organisationens styrning och ledning för att möjliggöra ett mer flexibelt arbetssätt. Enligt Axelsson har sektorn en likartad struktur över hela landet. Hälso- och sjukvården är från och med 1999 organiserad i två regioner (Region Skåne och Västra Götalandsregionen), 18 landsting samt Gotlands kommun.

Enligt Falk och Nilsson (1999) har flertalet hälso- och sjukvårdsverksamheter i varierande grad ändrat inriktning från traditionell anslagsstyrning mot en mer marknadsorienterad prestationsstyrning. Axelsson skriver att sedan mitten på 1980-talet har decentralisering varit ett honnörsord inom hälso- och sjukvården, vilket har medfört krav på förnyade styrsystem. Styrning via sjukvårdsreformer har bland annat varit ett sätt att försöka öka effektiviteten i hälso- och sjukvården. Svensk hälso- och sjukvård är en komplex serviceorganisation som leds av flera olika aktörsgupper med olika inriktningar och uppfattningar. Det är bland annat därför som flera olika styrnings- och ledningsmodeller har prövats inom landstingen under 1990-talet.

Andersson et al. (2000) skriver att strävan efter integration och helhetssyn mellan insatta resurser och det som sker i verksamheten idag tydligt återspeglas i hälso- och sjukvårdens pågående arbete med flerdimensionella styrsystem. I dagsläget är det en hel del verksamheter inom hälso- och sjukvården som har börjat arbeta med BSC. Några exempel är Kungälvssjukhus, Jönköpings landsting, Astrid Lindgrens Barnsjukhus (Karolinska sjukhuset), Danderyds sjukhus och delar av Region Skåne.

## 1.2 Problemdiskussion

När Kaplan och Norton lanserade den ursprungliga modellen av BSC behandlade den främst den privata sektorn. Däremot berättar författarna (1999) att det balanserade styrkortet skulle kunna ge ännu bättre resultat om det används på statliga och icke vinstdrivande organisationer. Liksom Olve et al. (1997) menar de alltså att förutsättningarna för att BSC-konceptet ska vara framgångsrikt i offentliga verksamheter är stora. I USA där modellen har sitt ursprung kan flera lyckade exempel inom hälso- och sjukvården lyftas fram. Bland annat kan två sjukhus nämnas, nämligen Duke Children's Hospital och Montefiore Hospital (Kaplan & Norton, 2001).

BSC är ett relativt nytt påfund. Det är många som anammat modellen, men däremot inte så många som har kommit så långt med den i sin dagliga verksamhet. Som vi ser det inkluderar BSC-konceptet tre olika faser, nämligen utformning, implementering och användning. Styrkortet utvecklas ständigt genom dessa tre olika faser i en iterativ process. I den första och andra faser använder man BSC-konceptet för att skapa ett styrkort, men det är först i den tredje faser som man praktiskt börjar använda sig av själva styrkortet i den dagliga verksamheten.

Om Balanced Scorecard har det skrivits en hel del studier. De flesta av dem har behandlat privat sektor och främst fokuserat på utformnings- och implementeringsfaserna av styrkortet. Väldigt få studier har inriktat sig på själva användningen och effekterna av att man infört BSC, inom offentlig sektor generellt och hälso- och sjukvården speciellt. En del studier har dock behandlat ämnet här i Sverige, däribland Andersson, Persson och Ramberg (2000) och Hugander, Åkesson och Öhling (2000). De nämnda studierna fann flera intressanta synpunkter om BSC, bland annat att styrkortet fungerar som ett komplement till övriga styrsystem.

Implementering och utformning i all ära, men det måste vara av högsta väsentlighet att ta reda på den faktiska användningen samt effekter som uppkommer med ett flerdimensionellt styrverktyg. Ännu intressantare måste det ju då vara om man tittar på en sektor där väldigt få studier har gjorts. Vi vill därför studera ett fall som anammat det flerdimensionella synsättet för att styra sin verksamhet. Vårt fall kommer att bli Kungälv's sjukhus (KS) som våren 1999 utsågs som pilotprojekt i Västra Götalandsregionen för att införa BSC. KS befinner sig idag i alla de tre faserna och under de senaste två åren har man lagt ner ett gediget arbete på att införa konceptet. Dokumenteringen av arbetet finns delvis publicerat på Internet, och det var på det viset som vi kom i kontakt med KS. Deras sätt att använda styrkortet verkar skilja sig från tidigare studiers resultat. Vilka effekter uppkommer när man inför ett flerdimensionellt styrverktyg? Använder man idag styrkortet i det dagliga arbetet? Används styrkortet som ett övergripande styrsystem eller som ett komplement till övriga system? Dessa är bara några av en mängd intressanta frågor.

Tidigare studier har ofta valt att enbart studera en fas, men vi kommer i vår studie att analysera samtliga. Dels kommer vi att studera användningen och effekterna av BSC som mätsystem, men även som managementsystem.

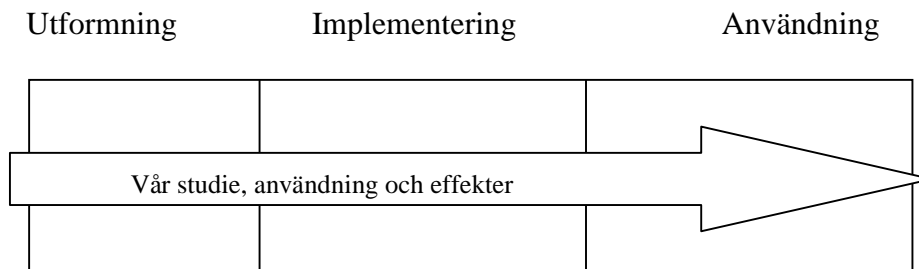


Fig. 1. Modell över vår studie

### 1.3 Studiens frågor och syfte

Utifrån den ovan förda diskussionen utkristalliserar sig två övergripande frågor som vi vill besvara med denna studie:

- Hur använder hälso- och sjukvården sig av ett flerdimensionellt styrsystem?
- Hur yttrar sig effekterna av ett sådant system?

Dessa frågor leder således fram till vårt syfte som är: *att analysera och diskutera användning och effekter av ett flerdimensionellt styrsystem inom hälso- och sjukvården.*

### 1.4 Avgränsningar av syftet

I de olika faserna studerar vi enbart användning och effekter och kommer ej att diskutera några andra aspekter, såsom design av styrkortet eller enskilda styrtalet. Vi kommer även att avgränsa våra intervjuer till en enskild person per hierarkisk nivå. Detta för att begränsa informationsinsamlandet.

## 1.5 Studiens disposition

Vår uppsats kommer i följande kapitel, kapitel 2, att behandla våra övergripande perspektiv och tillvägagångssätt som vi använt oss av vid genomförandet av studien. Fortsättningsvis, i kapitel 3, kommer en överblickande beskrivning av BSC-modellen och andra teorier som är relevanta i förhållande till vårt syfte. I kapitel 4 kommer vi sedan in på empiriavsnittet som först ger en allmän beskrivning av Västra Götalandsregionen och Kungälvssjukhus. Vidare avslutas kapitlet med en djupare genomgång av sjukhusets användning och effekter av BSC-konceptet. I kapitel 5 och 6 kommer sedan vi att diskutera och analysera samt dra slutsatser av vår studie. Avslutningsvis i kapitel 7, kommer vi att redogöra för våra lärdomar av studien samt leverera kritik och förslag till framtida forskning.



## 2 Metod

Målet med det här kapitlet är att ge en adekvat bild av hur vår insamling av data gick till. Vi kommer att börja med att diskutera vad kunskap är, för vem och till vad den skall produceras. Därefter presenteras det övergripande kreativa-kritiska synsättet som vi använde i vår uppsats. Efter det följer en beskrivning av vår hermeneutiska ansats, med en modell över den hermeneutiska spiralen. Vidare beskrivs vårt valda angreppssätt för att samla in data, den explorativa fallstudien där vår metod var kvalitativ. Avslutningsvis presenteras våra intervjuobjekt samt tillvägagångssättet med övrig datainsamling.

### 2.1 Vad är kunskap och vetenskap, för vem och till vad produceras den?

Det finns olika slags kunskap, allt från den som vi behöver för att klara vardagen till den vetenskapliga. Enligt Eriksson och Wiedersheim-Paul (1997) är det endast kunskaper som är insamlade med vetenskapliga metoder som får kallas vetenskap. Den data som man samlar in är betydelselös, utan mening om den inte bearbetas och tolkas. Data blir då information, men för att bli kunskap behövs även samband och analys.

Vårt mål med vår uppsats är att producera vetenskaplig kunskap. Målgruppen är de verksamheter inom hälso- och sjukvården som funderar på att införa det balanserade styrkortet och redan nu vill veta hur det dels kan användas, men även vilka effekter som kan förväntas. Vi vänder oss också till den kategori som redan har infört styrkortet, men som söker förslag på användning och effekter

### 2.2 Det kreativa-kritiska synsättet

Enligt Eriksson och Wiedersheim-Paul (1997) skall utredningar leda till ny och förstärkt kunskap. De skall visa på något som man inte alls visste tidigare. De menar vidare att ett kritiskt och kreativt tänkande är en förutsättning för en utredning. Universitetens kritiska tänkande kommer från det ifrågasättande som följde av upplysningens kritik av medeltidens religiösa verklighetstolkningar. Genom ett kritiskt tänkande sökte man sanningen. Eriksson och Wiedersheim-Paul påpekar att skall man utveckla ett kreativt-kritiskt förhållande till kunskaper gäller det bland annat att bemästra prestigeproblem och lösningar till invanda tankebanor. Ett kreativt-kritiskt tänkande ska frigöra den intellektuella förmågan.

Att tänka kreativt-kritiskt var för oss en självklarhet när vi inledde studien. Under studiens gång kom vi dock på oss själva att hamna i invanda tankebanor. Ofta var det ett mer företagsekonomiskt tänkande som tog överhanden och vi fick tillsammans påminna oss om att

det gällde att vara öppen för nya intryck så att vi verkligen kunde frigöra hela vår intellektuella förmåga.

## 2.3 Hermeneutik

I vår studie valde vi en hermeneutisk ansats. Vi ansåg att den var bäst lämpad för en studie av vårt slag. Eriksson och Wiedersheim-Paul (1997) skriver att medan positivismen beskriver och förklarar, söker man i hermeneutiska och kritiska studier en helhetsförståelse, en insikt. Det var just denna insikt vi sökte. Det viktigaste sättet att förstå med hjälp av hermeneutik, är genom språket och dialogen mellan forskaren och hans objekt.

Gilje och Grimen (1992) berättar för oss att en grundtanke inom hermeneutiken är att vi alltid förstår något mot bakgrund av vissa förutsättningar. Världen möter vi aldrig förutsättningslöst. Vidare hänvisar Gilje och Grimen till Popper som kallar detta för förväntningshorisonter. En aktörs förväntningshorisont/förförståelse är något som ger hans undersökningar riktning. I en sådan ingår många komponenter såsom språk, begrepp, trosuppfattningar och individuella personliga erfarenheter.

För oss var det väldigt viktigt att noga undersöka vår förväntningshorisont. Detta eftersom vårt studieobjekt befann sig inom offentlig sektor, en sektor som i viss mån skiljer sig från den företagsekonomiska värld vi under tre års tid har studerat. Det är framförallt språk och begrepp som har lett till störst inverkan på vårt resultat. Vi märkte att vårt språk saknade många begrepp som fyller stor funktion inom hälso- och sjukvården. Därför lade vi stor vikt vid att läsa in oss generellt på offentlig sektor samt speciellt på hälso- och sjukvården. Vid våra empiriinsamlingar betonade vi därför kongruens i språk och begrepp mellan oss och vårt studieobjekt.

Gilje och Grimen berättar vidare att med en kritisk metod kan man bibehålla såväl deltagar- som åskådarperspektiv. Detta skall eftersträvas för att man på så vis kan undgå att bara återge de bilder som finns hos aktörerna i undersökningen. Våra aktörer, de intervjuade, har skapat sin version av verkligheten genom att på egen hand tolka den. Eftersom verkligheten redan är tolkad av de intervjuade är det viktigt att man skapar möjligheter att undersöka huruvida deras uppfattning är korrekt eller inte.



Fig. 2. Modell över hermeneutisk tolkning (Egen tolkning av Gilje och Grimen)

Vi tog fasta på detta genom att vi skapade en struktur och standardisering i våra intervjuer som lät oss deltaga i intervjun i relativt hög grad, se 2.6.3. Vi var inte bara passiva åskådare utan kunde deltaga i processen med att skapa data.

### 2.3.1 Hermeneutisk spiral

Vi jobbade i vår studie med den hermeneutiska spiralen. Denna modell över kunskapstillväxt som utgår ifrån förförståelsen fortsätter till teori- och empiriinsamling, ger en klar och beskrivande bild över hur vår uppsats växte fram. Självklart gick även vi in med en förväntningshorisont när vi påbörjade vår studie. Utifrån den påbörjade vi insamling av teori angående styrsystem och BSC, fortsatte med insamling av empiri om Kungälvssjukhus, återvände och läste in oss på BSC och styrsystem i offentliga verksamheter samt hälso- och sjukvården och så fortsatte det.

Gilje och Grimen (1992) berättar när vi skall motivera varför en tolkning är bra eller dålig måste vi alltid röra oss inom den hermeneutiska spiralen. Författarna betonar att när man skall motivera en tolkning av en del av en text, exempelvis ett avsnitt eller en formulering, så måste man hänvisa till en tolkning av hela texten. Omvänt gäller att en motivering av hela texten måste hänvisas till en tolkning av textens delar.

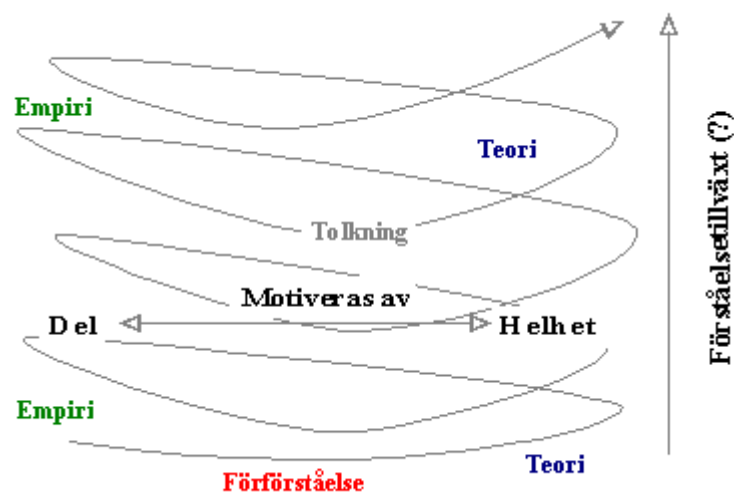


Fig. 3. Modell över den hermeneutiska spiralen (Internetadress 1)

Detta har vi tagit till oss och i vår tolkning av allt material var vi noga med att jobba dels med helheten, men även med de olika delarna. Vi ansåg att ett utdrag från till exempel en intervju måste tolkas i den kontext som den skapades i. Vi kom på oss själva att vilja ställa två citat mot varandra för att skapa ett motsatsförhållande, men när vi studerade den kontext som citaten hade nämnts i, fann vi att inget sådant förhållande fanns.

## 2.4 Den explorativa fallstudien

Empiriska studier är vanligen experiment, survey eller fallstudier. Lundahl-Skärvad (1992) definierar en fallstudie som en undersökning som endast omfattar ett eller ett fåtal fall vilka emellertid studeras mera detaljerat och i fler dimensioner. I traditionell forskningsmetodik har fallstudier framför allt ansetts vara lämpliga vid så kallade explorativa studier. En fallstudie kan enligt Yin (1994, s 14) förklaras på ett liknande sätt:

*"A case study, the central tendency among all types of case study, is that it tries to illuminate a decision or set of decisions: why they were taken, how they were implemented, and with what result."*

Enligt Yin kan problemformuleringen för fallstudier innehålla frågor som *hur* och *varför*. I vår studie valde vi den tidigare typen av frågor.

Lundahl-Skärvad skriver att explorativa, upptäckande studier är lämpliga när ett problem är svåravgränsat och när man har en oklar uppfattning om vilken modell som är lämplig, vilka egenskaper och relationer som är viktiga. En typisk egenskap hos explorativa undersökningar är att de bör kunna anpassas till de resultat och kunskaper som forskare får under arbetets gång. Förståelseinriktade och kritiska studier kan ofta klassificeras i denna grupp.

Få liknade studier har gjorts inom vårt valda ämne vilket gjorde att vi hade en vag uppfattning om vilka resultat vi skulle finna. Därför valde vi att göra en explorativ fallstudie eftersom vi behövde vara flexibla som forskare. Vi vill poängtera att det inte var Kungälv's sjukhus som var vårt intresse för studien, utan det var användning och effekterna av ett flerdimensionellt styrverktyg, i vårt fall BSC som var det centrala. Kungälv's sjukhus i Västra Götalandsregionen är ett fall av BSC, ett väldigt intressant sådant i och för sig, men som sagt ett fall.

## 2.5 Kvalitativa metoder

Enligt Holme och Solvang (1991) präglas kvalitativa undersökningar av flexibilitet, då man under själva genomförandet av undersökningen måste kunna ändra på upplägget om man märker att nya infallsvinklar dyker upp. Eftersom vi valde en explorativ fallstudie passade kvalitativa metoder oss mycket väl.

Holme och Solvang berättar vidare att styrkan med kvalitativa data och metoder är att de visar på totalsituationen. Denna helhetsbild möjliggör en ökad förståelse för sociala processer och sammanhang. Då vi enligt ovan beskrivna hermeneutiska spiral, behövde kunna skifta mellan helhet och del, fann vi kvalitativa metoder väldigt passande.

## 2.6 Vår valda kvalitativa metod - intervjun

### 2.6.1 Kort om intervjuer

Trost (1997) tar i sin bok upp mycket om den kvalitativa metoden, intervjuer. Allmänt kan sägas att de kvalitativa intervjuer som görs i till exempel forskningssammanhang, utmärks av hög grad av strukturering och låg grad av standardisering. De flesta kvantitativa studier använder sig däremot av hög grad av standardisering. Med standardisering menas graden till vilken frågorna och/eller situationerna är likartade för alla intervjuade. Standard innebär avsaknad av variation. Med strukturering menas i huvudsak att frågorna i en intervju har fasta svarsalternativ. Man vet vad man vill fråga om och allt handlar om det ämnet och inte oväsentligheter. Trost betonar vidare följande punkter:

- Ett sätt att börja intervjun är helt enkelt att be den intervjuade att fritt berätta om något i anslutning till intervjuens ämnesområde.
- Under intervjun skall man i möjligaste mån låta den intervjuade styra samtalsordningsföljd. Rekommenderat är att man gör upp en lista över frågeområden. Listan bör vara ganska kort och ta upp stora delområden.
- Miljön där intervjun sker ska vara så ostörd som möjligt. Den intervjuade måste känna sig trygg.
- Viktigt är att inte ställa ledande frågor eller att påstå. Att sammanfatta under intervjun är inte heller tillåtet.

### 2.6.2 Våra intervjuobjekt

De personer som vi valde att intervjua, var i kronologisk ordning följande:

#### **Kari Aartojärvi,**

Kari är före detta ekonomichef vid Kungälvssjukhus och var den som startade och drev projektet med BSC i två års tid. Idag arbetar han centralt i regionledningen (RL) med att föra ut BSC i hela regionen.

#### **Marianne Melkersson,**

Marianne är den nuvarande sjukhusdirektören (SJDR) vid Kungälvssjukhus. Hon leder arbetet med att implementera styrkortet på alla nivåer inom sjukhuset.

**Agnetha Pettersson,**

IVA, intensivvårdsavdelningen är en del av kliniken anestesi/IVA. Agnetha är chef för den senare, som är den del av kliniken som har jobbat med BSC.

**Kerstin Johannesson,**

Kerstin Johannesson arbetar som vårdutvecklare på medicinkliniken (MED), men är för närvarande utlånad till sjukhusledningen på 50 % för att arbeta med BSC.

Kari Aartojärvi, som är frontfiguren för BSC i hela Västra Götalandsregionen och medlem i ett rikstäckande BSC-nätverk inom hälso- och sjukvården i Sverige, var ett naturligt första val för vår intervjuserie. Kari informerade oss om att IVA, intensivvården på KS, förmodligen var den avdelningen som kommit längst med BSC och att om vi sökte effekter så var det förmodligen där som de skulle finnas. Agnetha Pettersson, chef IVA, blev därför vårt andra intervjuobjekt. Kungälvss sjukhus har likt andra organisationer en chef som har tillgång till stora mängder information. Vid KS heter hon Marianne Melkersson, vår tredje person att intervjua. Marianne informerade oss vidare om att även medicinkliniken nått långt med sitt styrkort och att där skulle vi definitivt finna klara praktiska användningsexempel samt effekter av BSC. Detta ledde oss till Kerstin Johannesson som dels är vårdutvecklare på medicinkliniken samtidigt som hon har tid avsatt för att arbeta med BSC.

## 2.6.3 Intervjuteknik

### 2.6.3.1 Struktur och standardisering

Vi skapade vår struktur på intervjuerna genom att använda oss av Anthony och Govindarajans beskrivning av ett styrverktyg, se 3.1.1. Utifrån deras beskrivning skapades två olika slags intervjuer. Detta för att anpassa strukturen till intervjuobjektet. Nummer ett, se bilaga 1, använde vi mot Kari Aartojärvi. Denna intervju inriktade sig framförallt på allmänna övergripande frågor om BSC medan intervju nummer två, se bilaga 2, var mer specifik och kom att användas i intervjuerna med Marianne Melkersson och Agnetha Petterson. Kerstin Johannesson intervjuades med kompletterande frågor via e-mail, se bilaga 3.

I de tre intervjumodellerna fanns en inledande fråga som syftade till att låta den intervjuade fritt reflektera över ämnet. Därefter följde övergripande frågor om ämnet som vi lät den intervjuade berätta om. En viss standardisering var dock önskvärd oavsett intervjuobjekt och situation, så under varje övergripande fråga skapade vi underfrågor. Dessa frågor behövde vi ofta aldrig ställa. För att garantera att vissa högst intressanta områden lyftes fram, förberedde vi i intervju nummer två en avslutande fråga. Denna behövdes inte vid något tillfälle ställas.

### 2.6.3.2 Intervjutillfället

Före respektive intervju, var vi noga med att de intervjuade själva fick välja intervjumiljö, detta för att skapa största möjliga trygghet. Konsekvent försökte vi undvika alla ledande frågor, men vid intervjun med Kari Aartojärvi råkade vi göra en sammanfattning under intervjuens gång. Denna gjordes i ett kontroll avseende för att garantera att vi fick med allt om styrsystemen vid Kungälvss sjukhus. I efterhand kan konstateras att frågan borde ställts på ett annat sätt.

Vi valde i våra intervjuer att använda bandspelare. Trost (1997) ser följande för- och nackdelar med ett sådant val:

- + man kan lyssna till tonfall och ordval flera gånger
- + man kan skriva ut intervjun ordagrant
- + man lär sig av sina egna misstag vid intervjun
- + man behöver inte göra en massa anteckningar, därmed kan man koncentrera sig mer på själva intervjuens frågor och svar
  
- det tar tid att lyssna på banden
- att skriva ut innehållet på banden tar mycket tid
- den intervjuade kan bli hämmad

Av de negativa faktorerna är det framförallt den sista som vi anser utgjorde den största risken vid intervjuerna. För att minimera denna risk frågade vi innan varje intervju vårt objekt om lov att spela in samtalet. Vi frågade också om denna inspelning på något sätt störde den intervjuade. Vi studerade reaktion på vår fråga noggrant och inte vid ett enda tillfälle märkte vi en negativ reaktion. Tilläggas skall att det vid varje intervju dröjde ett litet tag innan bandningen påbörjades. Under denna tid dryftades enbart personliga sociala frågor som syftade till att skapa en avslappnad miljö.

Trost menar också att minnet är en viktig del vid tolkning och analys. Personliga anteckningar om intervjun skall göras så snart som möjligt efter intervjuens slut. Stor vikt skall läggas vid de intryck som man fått vid intervjun. Direkt efter varje intervjutillfälle diskuterade vi igenom de intryck vi fick under intervjuens gång. För att minimera eventuell minnesförlust påbörjade vi därför konsekvent utskriften av banden så fort detta var möjligt, helst inom de närmsta timmarna.

## 2.7 Övrig datainsamling

Förutom de ovan nämnda intervjuerna, insamlade vi data på följande sätt:

- Litteratursökningar vid bibliotek samt på Internet
- Sjukhusspecifikt material från de intervjuade

## 3 Teori och modeller

Följande kapitel kommer att inledningsvis behandla grunden för hur formella styrsystem utformas efter vissa grundläggande variabler. Vidare ges inblick i Balanced Scorecard-modellen och hur den används som mät- och managementsystem. Därefter ges en kort beskrivning av BSC i offentlig verksamhet. Budgeten som styrverktyg samt kritik som har förts fram mot denna kommer även att presenteras. Vidare kopplas resonemangen kring budgeten till BSC och avslutningsvis nämns hur BSC skiljer sig från andra mått och styrsystem.

### 3.1 Formella styrsystem

#### 3.1.1 Strategi och styrsystem

Att styra är att påverka individ eller grupp i syfte att ändra beteenden eller värderingar, och det finns en rad metoder som kan användas för styrning. All styrning förutsätter att den styrande parten önskar påverka någon i en viss riktning.

Anthony och Govindarajan (1998) menar att vilket styrsystem som helst består av minst fyra element. Först och främst en detektor eller sensor som mäter vad som egentligen händer i processen som kontrolleras. Ett reglage, assessor, som kan avgöra graden på det som händer, är det andra elementet. Oftast mäts detta genom att jämföra vad som händer med vad som borde hända. Det tredje elementet är en påverkare, effektor, som kan ändra ett beteende om reglaget indikerar att något är fel. Slutligen är det fjärde och sista elementet ett kommunikationsnätverk som förmedlar informationen mellan de olika delarna.

När Anthony och Govindarajan ser till hur formella styrsystem utformas och används står detta i relation till organisationens informella faktorer så som struktur, ledningsfilosofi, kultur och mänskliga resurser. De olika variablerna är beroende av varandra och skall ses i en komplex kontext. Ett styrsystem kan enligt Anthony och Govindarajan (s 5) förklaras på följande sätt: *"A system is a prescribed way of carrying out an activity or set of activities; usually the activities are repeated"*.

För att en verksamhet skall bli effektiv måste den uttalade strategin vara förenlig med alla delar av verksamheten. Detta gör att det krävs olika styrsystem till olika strategier. Grant (1998, s 13) beskriver detta som: *"For a strategy to be successful, it must be consistent with the firm's goals and values, with its external environment, with its resources and capabilities, and with its organization and systems"*.



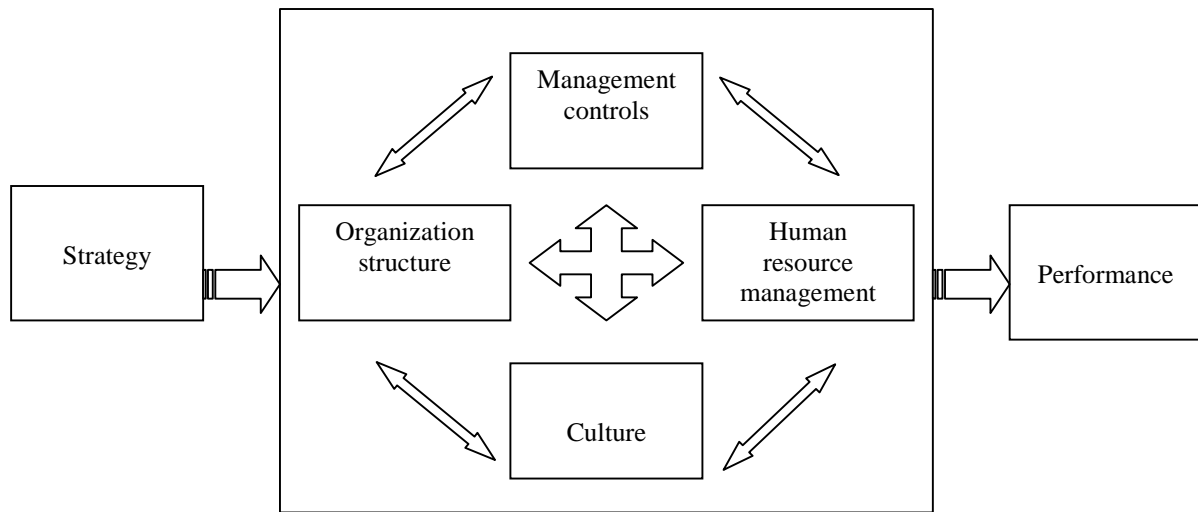


Fig. 4. Implementeringsmekanismer (Anthony & Govindarajan, 1998, s 8)

### 3.1.2 Performance Measurement Systems

Anthony och Govindarajan (1998) menar att ett styrsystem har som mål att implementera strategier för att på det viset nå målkongruens inom organisationen. Detta sker genom att förändra människors beteende. Performance Measurement Systems (PMS) är en sorts styrsystem, ett mätsystem, som chefer ofta brukar jämföra med en instrumentpanel, en analogi som ger en insikt om varför en mix av finansiella och icke-finansiella mått behövs. Att försöka styra en verksamhet efter bara ett mått, till exempel likviditet eller aktieägarvärde kan vara som att försöka styra en bil genom att bara titta på varvräknaren. Balanced Scorecard är ett exempel på ett mätsystem som skapar en balans mellan olika mätvärden för att uppnå målkongruens.

Vilken betydelse ett styrsystem får för att uppnå verksamhetens mål avgörs av vilken vikt ledningen lägger på systemet kontra övriga befintliga styrverktyg. Vidare påverkas betydelsen av vad styrsystemet syftar till att styra, helheten eller de specifika delarna av verksamheten. Logiskt följer att eftersom sättet att använda BSC skiljer sig mellan olika användare skiljer sig även betydelsen.

## 3.2 Balanced Scorecard och de olika perspektiven

Ursprungsförfattarna Kaplan och Norton hade som utgångspunkt fyra perspektiv för BSC. Dessa var:

- Finansiella
- Process
- Kund
- Förnyelse- och utveckling

Denna utgångspunkt skall dock ses som flexibel då varje enskild användare har stor möjlighet att använda sig av andra perspektiv. Ett ofta använt kompletterande perspektiv är medarbetarperspektivet. Det senare har fått större inverkan bland de skandinaviska användarna än hos de anglosaxiska.

*I det finansiella perspektivet* ser man till verksamhetens ägare och deras uppfattning om verksamheten. Inom de offentliga verksamheterna kommer således medborgarna att bli ägarna. Här är det väldigt viktigt att man kan visa hur resurserna används för medborgarnas representanter, alltså den politiska ledningen.

*Processperspektivet* belyser verksamheten ur ett inifrånperspektiv. Här ser man till att utveckla sin verksamhet i en kedja av sammanhängande aktiviteter och prestationer.

*Kundperspektivet* vänder sig till kunden. Hur kunden ser och upplever verksamheten, beror på värdet man skapar för kunden. Fokus på kundorientering är nyckeln till framgång i detta perspektiv.

*Förnyelse- och utvecklingsperspektivet* vill belysa det som är viktigt att utveckla i verksamheten för att den ska vara framgångsrik även i framtiden.

*Medarbetarperspektivet* ser till att uppmärksamma organisationens humanperspektiv och mäter medarbetarnas effektivitet.

Att utarbeta strategiska mål för varje perspektiv ska hjälpa organisationen till fortsatt överlevnad. För varje perspektiv arbetas det fram kritiska framgångsfaktorer som identifieras. Därefter bestäms relevanta och mätbara nyckeltal. För att nyckeltalen inte ska vara för krävande eller för svåra att uppnå, ska dessa begränsas till ett rimligt antal. Till varje nyckeltal ska mål utarbetas. Utifrån verksamhetsmåten sker sedan en fokusering på de faktorer som organisationen måste vara bäst på för att lyckas förverkliga sin vision.



Fig. 5. Strategi är ett steg i en hel kedja - skandinavisk struktur (Balanced Scorecard Collaborative)

Genom att se steg för steg på BSC-modellens olika delar får man helhetsbilden som speglar betydelsen av att skapa balans. En balans skapas mellan vår syn och andras samt mellan tillstånd och förändring. Balans skall också finnas mellan olika tidsperspektiv: kort och lång sikt samt igår, idag och imorgon.

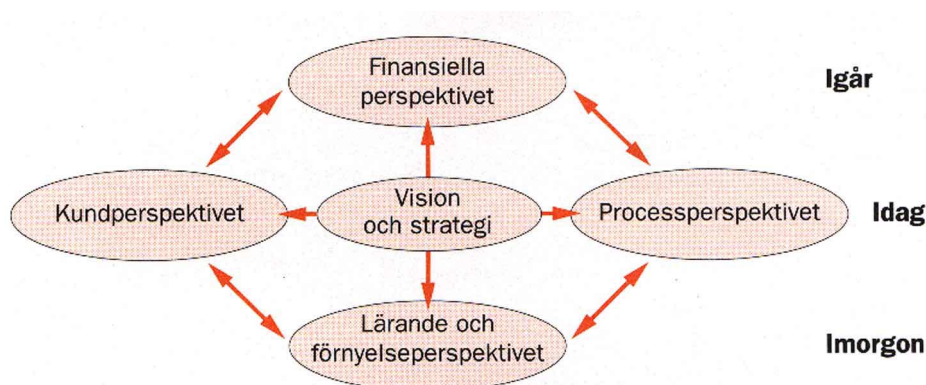


Fig. 6. Igår, idag, imorgon (Rahm, 2000)

Det är viktigt för helhetssynen att se kopplingarna mellan perspektiven. Vad som skett historiskt har betydelse för verksamheten idag och vidare kan man inte agera i den dagliga verksamheten utan att blicka framåt. En viktig del i modellen är kopplingen mellan måtten som skapar en kedja av kausala samband som tydliggör hur de olika perspektiven påverkar varandra. Genom att fokusera sig på ett fåtal nyckeltal som bygger på de kritiska framgångsfaktorerna inom varje mål hamnar man inom ramarna för att aktivt arbeta med vad som är viktigt för verksamheten.

## 3.3 Användning och effekter av Balanced Scorecard

### 3.3.1 BSC som mätsystem

Anthony och Govindarajan (1998) menar att, se 3.1.2, Performance Measurement Systems (PMS) är en sorts styrsystem som har som mål att implementera strategier och därigenom nå effekten målkongruens. Därför är användningen av ett styrsystem, dels processen att nå målkongruens, men även den praktiska användningen av styrverktyget. Således startar användningen av BSC-konceptet redan när processen med att utforma och implementera styrkortet tar vid, och för att sedan fortsätta med den praktiska mätning och uppföljning som sker med ett mer eller mindre färdigutvecklat styrkort, Andersson et al. (2000). Det är inte BSC-modellen som dokument som är det intressanta, utan själva användningen av modellen. Genom att använda BSC synliggörs såväl nya som befintliga processer inom verksamheten. Modellen framtvingar ett kreativt sätt att se på verksamheten, inte bara utifrån finansiella mått utan även utifrån verksamhetsmått. Detta flerdimensionella perspektiv på verksamheten tvingar fram ett fokus på vad som är viktigt för att uppnå lönsamhet på lång sikt. Utöver verksamhetsmått är den process, som kommer tillstånd vid utformning och implementering av BSC, ett bidrag. Processen uttrycker sig i en ökad helhetssyn, delaktighet och medvetande hos medarbetarna och en ökad kommunikation av strategiskt viktiga frågor.

### 3.3.2 BSC som managementsystem

Med utgångspunkt från övergripande vision och strategiska mål är BSC-modellen tänkt bland annat som verktyg för att styra, följa upp och mäta verksamheten på alla nivåer. Kaplan och Norton (2001) berättar dock att konceptet BSC har utvecklats sedan den introducerande boken 1996. Ursprungligen var det meningen att BSC skulle erbjuda ett ramverk för att mäta organisationen ur ett flerdimensionellt perspektiv. Snart lärde de sig emellertid att mätandet har konsekvenser som sträcker sig förbi rapporteringen. När ledningen väljer vad som skall mätas signalerar den samtidigt vad som är viktigt och därigenom skapas verksamhetens framtid. För att kunna ta fördel av denna möjlighet måste därför mätandet omvandlas till ett managementsystem. Med processer som bygger på styrkortet som central ram kan man integrera alla befintliga styrsystem med strategin. Hela organisationens energi kommer således att riktas åt ett håll. Att på detta vis införa BSC kan ta upp till två till tre år och BSCs viktigaste roll i detta sammanhang är att fylla det tomrum som finns i de flesta managementsystem – avsaknaden av en systematisk process för att implementera strategin.

De företag som har använt BSC på detta sätt har enligt Kaplan och Norton åstadkommit stora effekter och i längden en ökad vinst. Bland annat beskriver de hur Duke Children's Hospital i USA inom en period av två till tre år lyckades reducera sina kostnader med 30 miljoner dollar och öka vinsten med 50 miljoner dollar.

Även Andersson et al. (2000) betonar är att när styrkortet är framtaget skall det knytas till andra planerings- och styrmodeller, annars kommer det att rinna ut i sanden.

### 3.4 BSC i offentlig verksamhet

Syftet med BSC är att styrningen ska inriktas på det som är väsentligt för verksamhetens framtida situation samt att man upprätthåller balans mellan de finansiella och de icke-finansiella styrmålen. BSC lämpar sig därför bra inom hälso- och sjukvården där flera mål kan vara viktiga samtidigt. Modellen medför att arbetet med verksamhetsstyrningen ses ur ett mer flerdimensionellt synsätt än bara det historiska. Andersson et al. (2000) menar att detta är något som rymmer väl med framtida krav som ställs på den offentliga sektorns styrsystem.

### 3.5 Budget som styrverktyg

Budgeten är i mångt och mycket ledstjärnan inom vårdsektorn för verksamhetens planering och styrning. Enligt Bergstrand och Olve (1996, s 11) definieras budget som:

*"ett handlingsprogram för hela verksamheten med mål och handlingsramar för resultatenheter. Den skall omfatta förväntade konsekvenser uttryckt i ekonomiska termer. Den skall vara baserad på angivna antaganden och förutsättningar för en bestämd tidsperiod"*.

Att budgeten utgör ett handlingsprogram betyder att även andra beskrivningar av handlandet än intäkts- och kostnadsförfarandet kan tas med. Att det omfattar målsättningar och handlingsramar för verksamhetens resultatenheter gör det till ett viktigt hjälpmedel för delegering av ansvar och uppgifter inom verksamheten. Ekonomiska termer innebär att budgeten skall handla om hur man förvaltar resurser inom verksamheten. De antaganden man gör om omvärlden bör anges så tydligt som möjligt. Det kan exempelvis gälla prisutveckling, räntenivåer och personalkostnader.

#### 3.5.1 Budgetens syften

Budgeteringen kan likt andra styrverktyg ses som ett medel att bättre nå verksamhetens mål. Detta görs dels genom att de anställdas medverkan i budgeteringen kan leda till att de utför bättre prestationer och att de känner större arbetstillfredsställelse. Budgeten kan ses som ett medel att åstadkomma ansvarsfördelning med handlingsfrihet inom vissa uppdragsramar. Bergstrand och Olve (1996) menar att det finns tre olika huvudmotiv för budgetering, nämligen att bidra till:

- Beslutsfattande genom prioriteringar och resursfördelning
- Planering och samordning genom ömsesidiga anpassningar
- Motivation

### 3.5.2 Kritik mot budgeten

En budget kan uppfattas som ett nödvändigt, men tråkigt dokument, som ger en ensidig och kanske till och med missvisande bild av verksamheten. Bergstrand och Olve (1996) nämner att den främsta kritiken kommer från före detta Handelsbankens chef Jan Wallander. Han anklagar budgeten för att vara en byråkratisk plåga, tidsödande samt för att dela in verksamheten i onaturliga perioder. Vidare kritiserar han budgeten för att hämma kreativiteten och ha ett dåligt prognosvärde.

Kaplan och Norton (2001) nämner att det finns mycket stora problem med budget som styrverktyg, i alla fall med det sättet som den används idag. Undersökningar har visat att 20 % av organisationerna som arbetar med budget behöver mer än 16 veckor för att skapa en budget, och en del budgetar blir inte ens färdiga innan början av räkenskapsåret. 78% av organisationerna ändrar inte budgeten inom det gångna året. Världen kan förändras men inte budgeten. Vidare för de fram att 85% av ledningsgrupperna spenderar mindre än en timme per månad med att diskutera strategi. 60% av organisationerna länkar inte strategi och budgetering.

## 3.6 Budget och BSC

Olika idéer har kommit som förslag till att komplettera eller ersätta budgeten från ovan nämnd kritik från Wallander. Några förslag är att göra rapporteringen tätare och effektivare samt intern benchmarking. Det mest konkreta alternativet till den historiska ekonomiska betoningen, som budgeten fokuserar, är nog ändå BSC. Varför BSC kan anses som ett svar på kritiken mot budgeten är att BSC-konceptet innebär en mer flerdimensionell syn, där det finansiella historiska bara är en del av en helhet. I ett flerdimensionellt styrsystem betonas ett balanserat förhållningssätt mellan kortsiktiga och långsiktiga resultat. Ett sådant styrsystem kan då fungera som ett ramverk för hela verksamhetens styrning och uppföljning.

Budgeten som styrverktyg ger en alltför snäv bild av vad som är viktigt att fokusera sig på och styra. BSC talar istället om målbildstyrning och visionsstyrning eller andra ord som uttrycker att det inte är avsikten att ange det exakta målet för en enskild variabel, utan istället klargöra helheten utifrån kausala samband mellan de enskilda variablerna. På så vis skapas förståelse för vad som är viktigt att fokusera sig på. När väl BSC är framtaget är det viktigt att det integreras med organisationens övriga styrsystem som till exempel budgetprocess för att det skall ges betydelse. BSC som fristående modell eller process kommer knappast att överleva, menar Andersson et al (2000).

Kaplan och Nortons lösning är att skapa en "double-loop" process som integrerar budgeten med strategin.

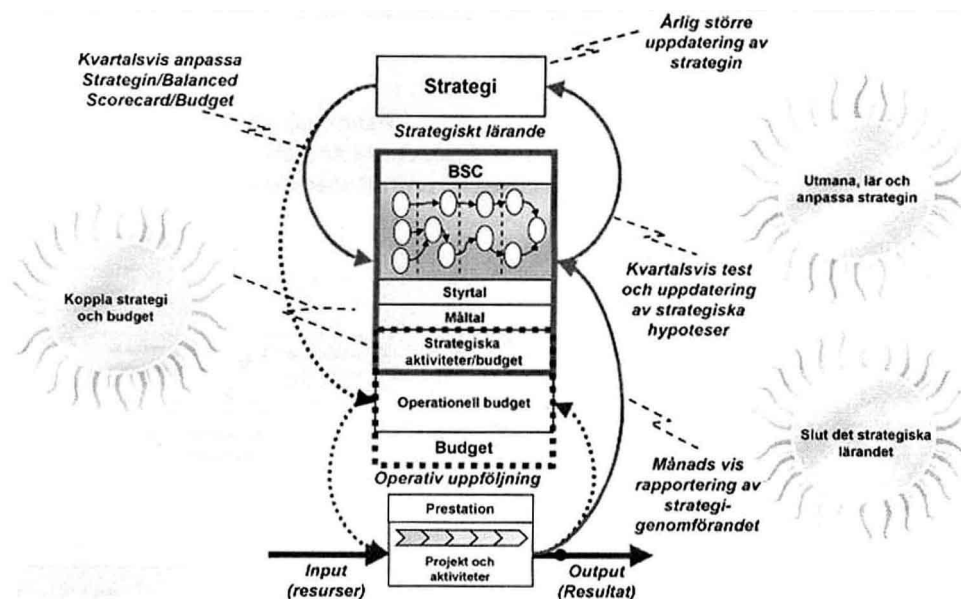


Fig. 7. Double-loop (Balanced Scorecard Collaborative)

### 3.7 Hur skiljer sig BSC från andra mått och styrsystem?

Tänkarna kring BSC är inte nya eller revolutionerade. Enligt Kaplan och Norton (1999) är det snarare modellens processer som får delarna att framstå i helheten som är det revolutionerande. Grundidén för BSC är att ett enda mått ej är tillräckligt för att ge ett klart prestationsfokus på de kritiska delarna. BSC tar därför hänsyn till många olika faktorer genom att ge en snabb, men övergripande bild av verksamheten, och därigenom förhindras suboptimering. Såväl finansiella som operationella mått inkluderas i BSC vilket främjar en flerdimensionell styrning.

Idéerna och begreppen i BSC har legat till grund för utvecklingen av balanserad styrning. Begreppet balanserad styrning vill belysa behovet av en förändring i synen på styrning av verksamheter, såväl privata som offentliga, från antingen ekonomisk styrning eller verksamhetsstyrning till en kombination av de båda styrformerna.

## 4 Empiri

I detta kapitel kommer vi inledningsvis ta upp hälso- och sjukvårdens styrning och utveckling. Efter detta kommer en beskrivning av Västra Götalandsregionen och Kungälvssjukhus som följs av en genomgång av deras respektive styrsystem. Vidare kommer införandet av BSC på KS att diskuteras och dagens situation kommer att presenteras. Fortsättningsvis tas användning och effekter av BSC-konceptet upp som följs av ett projektexempel. Avslutningsvis berör vi de utbyten som har uppstått i och med införandet av BSC.

### 4.1 Hälso- och sjukvårdens styrning

Vad som skall vara styrande i den offentliga hälso- och sjukvårdens styrsystem är en fråga som har präglat de senaste trettio årens utveckling. Valet står mellan tillgängliga resurser eller verksamhetens behov. (Andersson et al. 2000) Inom den offentliga hälso- och sjukvården har det skett tämligen stora förändringar. Falk och Nilsson (1999) skriver att tillämpade organisations- och styrmodeller har förändrats det senaste decenniet som följd av den ändrade inriktningen från traditionell anslagsstyrning mot en mer marknadsorienterad prestationsstyrning. Förändrings- och utvecklingsarbetet har varit ett sätt att möta och hantera kraven från samhället som riktats mot kommuner och landsting. De nya kraven på förändring har sin grund i nya ekonomiska förutsättningar, som vikande skatteunderlag och minskade transfereringar vilket har resulterat i minskade intäkter för kommuner och landsting. Ett flertal organisations- och styrmodeller har lanserats och införts i kommuner och landsting som svar på de krav som riktats mot hälso- och sjukvården. Gemensamma egenskaper för dessa modeller har varit tanken om långtgående decentralisering av beslut och ansvar, samt resultatorientering.

Heland (1999) menar att det råder en kris inom offentlig sektor, men krisen är inte orsakad av minskade resurser eller ökade behov. Krisen är en följd av att kommuner och landsting, trots dessa minskade resurser och ökade behov, inte har kunnat förtydliga vad som kan och ska uppnås inom kärnverksamheten hälso- och sjukvård.

Vidare menar Heland att oförmågan hos hälso- och sjukvårdens styrsystem att uppmuntra initiativ och skilja mellan bra och dåligt fungerande verksamheter skapar en försvarande roll åt personal och chefer. Det gäller att skydda verksamheten från besparingar och ständiga organisationsförändringar. På så vis minskar utvecklingskraften, och energin vänds till interna slitningar inom organisationen. Motivationen för arbetet minskar och ersätts av uppgivenhet. Problemet är att kommunernas och landstingens nuvarande styrsystem inte är lämpade för demokratisk styrning. De är inte heller lämpade för att skapa insyn och inflytande för medborgarna eller engagemang bland personalen. En grundorsak till detta är att dagens styrsystem inte klarar av att skapa tydlighet om vad som ska uppnås och hur det ska gå till. Dagens styrsystem är i grunden ett ekonomiskt redovisningssystem, inte ett styrsystem. Syftet



med kommunernas och landstingens verksamhet kan inte fångas i ekonomiska begrepp, då det är att uppfylla samhällsmål och tillgodose medborgarnas behov och önskemål. Denna kvalitetsdimension kan inte ekonomistyrningen hantera.

Axelsson (2000) skriver att hälso- och sjukvården är en komplex politiskt styrd organisation med många högutbildade yrkeskategorier på flera organisationsnivåer. De förändrade styrformerna under 1990-talet har inte genomförts utifrån en helhetssyn på hälso- och sjukvården utan har beslutats ad hoc utifrån centrala politiska utgångspunkter eller ekonomiska politiska beslut på landstingsnivå. Det lagstadgade landstingskommunala ansvar som finns i Sverige är en styrka som skulle kunna bidra till större mångfald och medge olika styrformer på landstingsnivå. Balansgången mellan centralisering och decentralisering är dock svår eftersom hälso- och sjukvården är så komplex till sin natur. Den bygger traditionellt på en stark medicinsk hierarki och en parallell administrativ hierarki. Spelreglerna i en decentraliserad organisation innebär att högre tjänstemän ges stor frihet och samtidigt ges verksamhetsansvariga stora befogenheter.

Axelsson menar att hälso- och sjukvården står inför besvärliga avvägningar, då kraven på ett effektivt utnyttjande av tilldelade resurser skall balanseras mot allmänhetens krav på kvalitet och tillgång till modern medicinsk teknologi. Detta kräver i sin tur att olika styrintstrument integreras bättre för att öka den samlade styrförmågan inom organisationen.

Vidare säger Axelsson att för en organisations överlevnad är det viktigt att dess styrning och ledning är tydlig mellan aktörgrupperna. Den svenska hälso- och sjukvården befinner sig i en situation med krav på ökad tillgänglighet och service, vilket kräver anpassning av organisationens styrning och ledning för att möjliggöra ett mer flexibelt arbetssätt. Ett problem i en sådan anpassning kan vara att normsystemen konkurrerar mellan tre aktörgrupper: politiker, administratörer och verksamhetsansvariga.

En organisatorisk modell har utformats för att möjliggöra en mer resultatorienterad och decentraliserad styrning. Inom modellen tydliggörs de tre rollerna: finansören (politiker), beställaren (politiker och administratörer) och utföraren (administratörer och professionell sjukvårdspersonal). Tanken är att beställarna ska kunna bedöma behoven genom direkta kontakter med medborgarna och lokala aktörer som kommuner och försäkringskassa. Denna modell kallas beställar/utförar-modellen. (Falk & Nilsson, 1999) Andersson et al. (2000) menar att det finns svårigheter med beställar/utförar-modellen. Möjligheten att finna behov och fördelningsfaktorer som återspeglar varierande behov kan vara några, samt kan modellen ibland upplevas som svårförståelig av de som skall besluta om resursernas fördelning.

Successivt har hälso- och sjukvården allt mer börjat rikta intresset mot de aktiviteter, prestationer och effekter som verksamheten genererar, enligt Andersson et al. (2000) Från att under de senaste trettio åren ha fokuserat på olika modeller för fördelning av befintliga resurser har sektorn allt mer börjat fokusera styrsystem som tydligt beskriver verksamheten, i den bemärkelsen vad de gör samt ger av de insatta resurserna. Strävan efter integration och

helhetssyn mellan insatta resurser och det som sker i verksamheten återspeglas tydligt i hälso- och sjukvårdens pågående arbete med styrsystem för flerdimensionell styrning, såsom Balanced Scorecard.

## 4.2 Västra Götalandsregionen och Kungälvssjukhus

I Västra Götaland bor det en och en halv miljon människor i tre landskap och 49 kommuner. Västra Götalandsregionen är med sina 47 000 anställda en av de största organisationerna i Sverige. Bildad för ett år sedan genom en sammanslagning av 17 sjukhus, betjänar den idag hela Västra Götaland.

Kungälvssjukhus hemsida, Internetadress 2, berättar att Kungälvssjukhus som är beläget två mil norr om Göteborg togs i bruk den 1 juli 1870. Då servade sjukhuset med sina 30 vårdplatser hela södra länsdelen utom Göteborgs stad. Idag är KS ett sjukhus med akutsjukvård dygnet runt, där antalet vårdplatser uppgår till omkring 200 och de 900 anställda betjänar en befolkning som i närområdet uppgår till cirka 100 000 invånare. Under ett år är antalet vårdtillfällen runt 9 700 och antalet öppenvårdsbesök uppgår till över 78 000. Följande kliniker finns vid sjukhuset: allmänkirurgi, ortopedi, anestesi/IVA, medicin, geriatrik-rehabilitering, psykiatri, radiologi samt lab. och blodcentral. Kungälvssjukhus är ett sjukhus med akutsjukvård dygnet runt och budgetomslutningen uppgår till cirka 500 Mkr.

## 4.3 Styrsystem på regionnivå

På regionnivå finns följande styrsystem: budget, BSC, policys inom olika områden samt beställar/utförar-modellen.

Den så kallade beställar/utförar-modellen använder regionledningen sig av för att styra de lokala sjukhusens agerande. Den grundläggande tanken i modellen är att särskilja den beställande och utförande rollen i organisationen. Beställarsidan representeras av hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS). Den beställande enheten, finansierad av skattemedel upphandlar de tjänster som kommunens medborgare behöver. På så vis skapar modellen en konstgjord marknadsekonomi inom regionen där man köper och säljer sjukvård samt förhandlar och tecknar avtal. Utförarna är de respektive sjukhusen.

På regionnivå arbetas idag en ny internstyrningsmodell fram som kallas COSO-modellen (The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission). Enligt det interna dokumentet, Projekt för intern styrning och kontroll, skall BSC och COSO komplettera varandra. Kopplingen mellan de två systemen finns i vissa gemensamma mål. COSO handlar dock mer om att säkerställa att politiska nämnderna gör det de ska och följer upp detta agerande. Genom att arbeta med COSO kommer man att förvissa sig om att styrkortet är baserat på tillförlitliga uppgifter. Detta då arbetet syftar till att få system, rutiner

och organisation att fungera på ett tillfredsställande sätt. Samtidigt ger styrkortet signaler som är värdefulla i arbetet med den interna kontrollen. De båda arbetsätten kommer därför att komplettera varandra.

Styrkortet på nästa sida återfinns på regionnivå. Detta styrkort berör även KS eftersom de är verksamma i regionen.

På regionnivå är man i full färd med att utbilda tio nya BSC-budbärare, det vill säga personer som kan föra ut konceptet till de andra sjukhusen i regionen. Idag är man endast två som jobbar aktivt med det.

#### 4.4 Styrssystem på Kungälv's sjukhus utöver BSC

Kari Aartojärvi (RL) berättar att Kungälv's sjukhus framförallt arbetar med budget som styrssystem idag. Detta instämmer Agnetha Pettersson (IVA) i och menar att budgeten historiskt varit A och O vid styrningen av sjukhuset och överskrider idag alla andra mål. Kortfattat går budgetarbetet till så att avtalet med HSS är utgångspunkt på sjukhusövergripande nivå. Ersättningen från HSS för utförd vård vid respektive sjukhus bokförs sjukhusgemensamt. Det fördelas således inte vidare till klinikerna. Intressant att nämna är att BSC användes som ett viktigt underlag i avtalsdiskussionerna med HSS under hösten 1999. Avtalet löper på tre år och dess innehåll bygger på tankegångar i Balanced Scorecard-arbetet. Även beställarsidan har i stor utsträckning anammat dessa tankegångar. Allt enligt KS hemsida, Internetadress 2.

Budgeten fördelas senare ner på ansvarsområde, klinik med mera. Verksamhetscheferna har ett fullständigt budgetansvar för investeringar samt personal- och materialkostnader. Samtliga kostnader jämförs med motsvarande period föregående år där eventuella kostnadsökningar analyseras i detalj. En mer övergripande diskussion om verklig produktion kontra den budgeterade förs i controllergruppen och i sjukhusledningen. Enligt det interna dokumentet om SIMBA, är controllergruppen ett beredande organ till sjukhusledningen som består av ekonomichef, representanter från personalavdelningen samt verksamhetschefer eller andra representanter för respektive klinik, beroende på vad som står på dagordningen. Utifrån analyser i controllergruppen diskuteras ekonomifrågorna i sjukhusledningen.

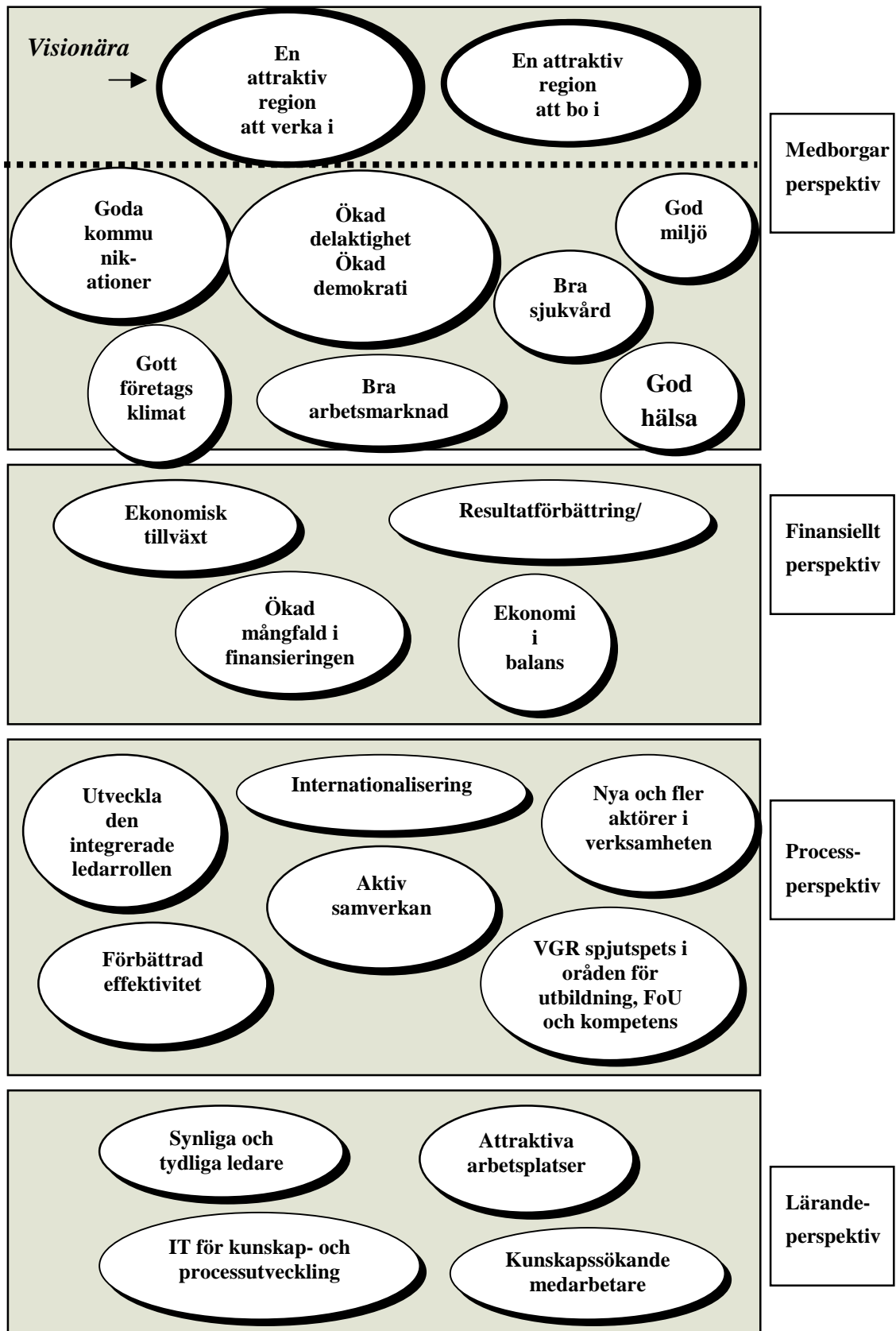


Fig. 8. Västra Götalandsregionens styrkort

Enligt Marianne Melkersson (SJDR) har QUL helt somnat ner för KS del och idag jobbar ingen aktivt med det längre. Hon berättar vidare att KPP som står för kostnad per patient, är en metod för att beräkna varje enskilt behandlingsfall, till exempel en höftledsoperation. Eftersom sjukhusen får betalt per "fall" är det väsentligt att kunna beräkna den faktiska kostnaden. Idag är det endast 16 sjukhus i Sverige som har infört systemet, men på sikt är det en standard som alla Sveriges sjukhus skall införa. Problemet med KPP är till exempel att pris sätts per vård dag där en vård dag speglar väldigt olika insatser och bemanning, som KPP ännu inte lyckas ta hänsyn till.

SIMBA-dokumentet beskriver att, förutom budget används på kliniknivå rullande 12-månadersprognoser för att löpande jämföra kostnaderna det senaste året. Syftet är att snabbt se trenden avseende kostnads- och intäktsutveckling.

Förutom dessa styrverktyg finns sedan 1997 ett mätverktyg SIMBA (Samverkan I Mellersta Bohuslän Ale). Verktøget handlar om patientens resa i vårdkedjan och alla de aktiviteter som görs av vårdaktörer i olika organisatoriska enheter. SIMBA går ut på att ta reda på hur respektive verksamhets ersättningssystem och styrsystem påverkar kvalitet och effektivitet i vårdkedjan. I detalj tar det upp beslut, mål, regler, rutiner, avtal och avgränsningar med mera som på olika sätt och på olika nivåer påverkar denna resa avseende resultat och kostnader. Vidare redogör verktøget om tillämpningen av dessa formella regler och rutiner samt om ett utforskande av de mer informella styrmekanismer som finns.

## 4.5 Införandet av BSC på Kungälv's sjukhus

### 4.5.1 Bakgrund

Det finns många skäl till varför man ska arbeta med BSC inom hälso- och sjukvården. Det interna dokumentet, Balanserad styrning, berättar för oss att vårdverksamheter ofta kännetecknas av ekonomiska underskott, växande köer och väntetider, akut personalbrist samt bristande samverkan. Inom hälso- och sjukvården finns det idag allt mindre tid för eftertanke och reflektion vilket ökar belastningen för personalen. Mycket tyder på att man inom vården har en bristande helhetssyn då man ofta jobbar i ett stuprörstänkande, var och en för sig. Följden av detta blir brister i analyserna och reaktion först vid akuta problem. Då diskuteras och analyseras ofta symptomen och inte de bakomliggande faktorerna, vilket resulterar i att beslut ofta fattas utan en klar bild över de komplicerade orsak-verkan-samband som finns inom hälso- och sjukvården.

Dokumentet, Balanserad styrning, berättar vidare för oss att det var här som BSC kom in. Regionledningen i Västra Götalandsregionen ville börja arbeta mer långsiktigt och utveckla en helhetssyn på verksamheten genom att förmedla visioner och strategiska mål samt genom att engagera medarbetarna. Det fanns också en stark önskan att följa upp strategiska mål och

att belysa problem, samt att se möjligheter för att vidta nödvändiga åtgärder. Därför infördes ett projektet som har gått ut på att ta fram ett nytt ledningsstödsystem där man lätt kan få relevant, tillförlitlig och tillgänglig information om dels den finansiella men även om den dagliga verksamheten på arbetsplatserna i regionen. Valet kom att falla på Balanced Scorecard.

Våren 1999 utsågs så Kungälv's sjukhus att tillsammans med tre andra verksamheter, delta i ett pilotprojekt om BSC, enligt deras hemsida, Internetadress 2. De andra verksamheterna är regionledningen, regional utveckling och Lövgårdets vårdcentral.

Marianne Melkersson (SJDR) berättar att motivering till att just Kungälv's sjukhus blev valt till ett av de fyra pilotprojekten var att man har som verksamhetsidé att vara ett utvecklingssjukhus, det vill säga att ta på sig massa sådana här olika projekt. Idag är ett av målen i styrkortet att vara ett utvecklingssjukhus, något som hon känner extra mycket för. Vidare betonar Marianne att man har mycket gemensam kultur på sjukhuset, gemensam långvård och primärvård med samverkan runt om i kommunen. Dessa faktorer kom tillsammans att göra Kungälv's sjukhus till ett av de fyra pilotprojekten. Denna situation är på intet sätt unik för KS utan de har alltid legat i framkant med införandet av nya idéer. Väldigt tidigt införde de ABC-kalkylering, TQM och var bland de första i Sverige med att införa KPP-beräkningar.

#### 4.5.2 Processen

Kungälv's sjukhus påbörjade arbetet med BSC i maj 1999 och det första styrkortet för ledningen togs i drift i januari 2000. Nedan kommer vi att beskriva denna process. Arbetet med medicinklinikens och IVAs styrkort beskrivs mer ingående under 4.6.

Inledningsvis började arbetet med BSC i ledningen samt i fyra perspektivgrupper där ursprungligen enbart administrativ personal ingick. Gruppernas roll har varit att kritiskt granska materialet från sjukhusledningen och sedan bolla tillbaka det. Vidare har deras uppgift varit att bredda kunskapen om BSC och lägga grunden för det fortsatta arbetet genom att förankra det på klinik- och avdelningsnivå. Agnetha Pettersson (IVA) berättar att genom uteslutningen av vårdpersonalen i de första diskussionerna, fick materialet en väldigt negativ reaktion när vårdenheterna några månader senare fick BSC presenterat för sig. Sjukhusledningen lärde sig då att förankring av information är väldigt viktigt och det har varit en ledstjärna i verksamheten sedan dess. Regionledningen har erkänt att de ville att BSC skulle komma igång snabbt och därigenom gick det för fort då modellen inte förankrades bland klinikerna. Senare kom, enligt Kari (RL), alla kliniker och verksamheter att bli representerade med olika personalkategorier i perspektivgrupperna.

Vid framtagandet av styrkortet anlätade man konsulter från Balanced Scorecard Collaborative, som började intervjua alla i ledningen samt de olika perspektivgrupperna. Utifrån det material

och den information konsulterna fick, tog de tillsammans med ledningen sedan fram ett övergripande styrkort för sjukhuset. Styrkortet utgick från en helhetssyn på verksamheten utifrån fyra olika perspektiv: medborgar, finansiellt, internt (process) samt lärande. Styrkortet innehöll sjukhusets vision kopplat till 22 strategiska mål, styrtalet för att mäta måluppfyllelse samt en aktivitetsplan.

Arbetet med styrkort är en process som innehåller ett antal huvudaktiviteter. När BSC-modellen utvecklades på Kungälv's sjukhus arbetade man efter en modell med 13 steg.

### 13 steg vid utveckling av balanserat styrkort

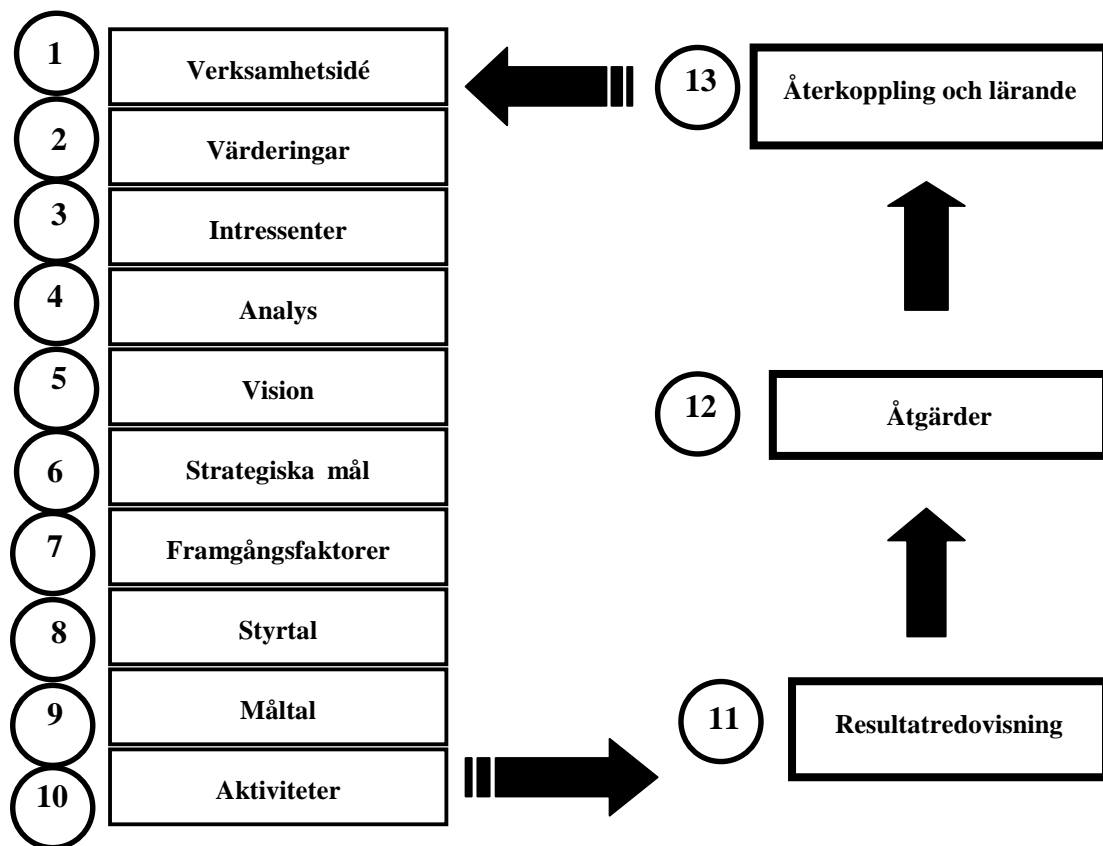


Fig. 9. Utvecklingsmodell för BSC (Balanced Scorecard Collaborative)

För att KS skulle kunna ta fram en vision och strategiska mål för sin verksamhet började man med att fundera på varför verksamheten existerar överhuvudtaget (1). Vidare gick man igenom vad som var viktigt för verksamheten i form av värderingar (2). För att lättare kunna formulera en vision och strategiska mål beskrevs sedan alla de intressenter som är kopplade till verksamheten (3). Bilden man nu hade av verksamheten kompletterades med en analys av deras styrkor och svagheter. Verksamhetens framtidsbild kom att kompletterades med en analys av möjligheter och hot. Detta bedömdes sedan i relation till varje intressent som man tidigare funnit (4). Utifrån det man hittills hade skapat byggdes en vision upp som riktmärke för den dagliga verksamheten (5). Visionen använde man till att beskriva sina absolut

viktigaste mål. Som tidigare nämnt blev det 22 stycken. Dessa mål skulle bygga på långsiktighet och en helhetssyn samt spegla en balans mellan de olika perspektiven på verksamheten (6). För vart och ett av de olika målen formulerade man framgångsfaktorer (7). När det var gjort tog man fram olika styrtalet som angav vad som skulle mätas. Vissa styrtalet var drivande, andra uppföljande (8). Efter detta bestämdes måltal som beskrev ambitionsnivån med styrtalet, det vill säga hur högt ribban skulle sättas på det som skulle följas upp (9). För att kunna nå de strategiska målen startades olika prioriterade aktiviteter och projekt upp (10). Steg 11-13 handlar om att det som beskrivits hittills, (steg 1-10), syftade till att nå sådana resultat att KS mål och vision uppfylldes. Därmed blir redovisningen en viktig del i arbetet. På Kungälvssjukhus har man lagt stor vikt vid redovisning, analys och diskussion avseende de olika målen på olika möten. Vartannat sjukhusledningsmöte har handlat om BSC. Diskussionerna har också varit åtgärdsinriktade. Det sista steget i utvecklingsmodellen poängterar att arbetet med styrkortet är en iterativ process.

Marianne Melkersson tillträdde som sjukhusdirektör 1 oktober 2000. När hon tillträdde ansåg hon att det var dags att uppgradera hela arbetet. Motiveringen var att man behövde gå igenom målen för sjukhusledningsnivån igen för att stämma av dem och få fram ordentligt med aktiviteter och styrtalet. Nu har man strukit en del mål i det omarbetade styrkortet och försökt få ner de 22 mål de hade från början. Målen är just nu reducerade till 18.



## 4.6 Styrkortet på Kungälvvs sjukhus

Marianne Melkersson berättar att man idag befinner sig precis på sluttampen med att uppgradera det styrkort som togs fram 1999 i det första provprojektet med konsulterna.

**Styrkortet - våra strategiska mål.** Prioriterade mål har markerats med feta ramar

### Medborgarperspektiv

M0. Rimliga väntetider på planerade insatser	M1. Kortare väntetider på akuta insatser	M2. Förbättrat hälsotillstånd, fysiskt och psykiskt	M3. KS – ett utvecklingssjukhus	M4. Verksamhetsredovisning	M5. God miljö
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---------------

### Finansiellt perspektiv

F1. Ekonomi i balans som styrinstrument	F2. Förädla ersättnings-systemen	F3. Hög konkurrenskraft för uppdrag	F4. Ökad prioritering av patienturval	F6. Ökad kostnadsmedvetenhet KPP
---	----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

### Internt perspektiv

I1. Rätt patienter till mottagningar	I2. Tidigare utskrivning efter färdigbehandling	I3. Utveckling av vårdkedjor	I5. Den nya integrerade läkarrollen	I6. Fokus på flaskhalsproblem
--------------------------------------	---	------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------

### Lärandeperspektiv

L1. Systematisk kompetensutveckling som basen för ett attraktivt sjukhus	L2. Helt och integrerat ledarskap	L3. Vgr:s IT-vision på KS	L4. Aktiv personalförsörjning	L5. Verksamhetsbaserad bemaning och schemaläggning	L6. Aktiv arbetsorganisation och miljöutveckling
--	-----------------------------------	---------------------------	-------------------------------	--	--

Fig. 10. Sjukhusledningens styrkort från 1999

Sjukhusledningens styrkort är det övergripande och önskvärt är att variablerna i klinikernas styrkort stämmer överens med det. Sjukhusets styrkort är alltså måtto och därför kan klinikerna inte hitta på egna framgångsfaktorer på klinisknivå. Det finns däremot ingen formulering på vilka mål klinikerna måste ha med, utan man vill ha så lite tvång som möjligt. Klinikerna ska själva känna vilka mål som känns viktigast, poängterar Marianne Melkersson. Kari Aartojärvi (RL) menar att eftersom mycket av kunskapen finns ute i verksamheten är det viktigt att det finns en öppen kommunikation mellan ledningen och de olika klinikerna

I juni 2001 kommer man att fastställa styrkort och mål för sjukhusledningens styrkort och i höst kommer man börja mäta alla variablerna. Marianne Melkersson berättar att målsättningen för slutet av nästa år är att alla kliniker skall ha sina styrkort klara. Förhoppningsvis skall även avdelningarna vara i full gång. Enligt Marianne är idag de som har kommit längst i arbetet med BSC, IVA och medicinkliniken

För IVA är BSC idag en stående punkt på ledningsmöten, berättar Agnetha Pettersson. Förhoppningen är att styrkortet en dag skall genomsyra verksamheten på alla de olika planen. I framtiden ser IVA en möjlighet med att vissa styrkort till exempel i medborgarperspektivet kan medges till patienter. En spännande tanke är också att publicera resultaten på hemsidan.

I sitt arbete med BSC arbetar IVA mycket med arbetsgrupper, såsom ledningsgruppen. Resultatet av arbetet från denna redovisas dels i samverkansgruppen som består av fack och arbetsgivare men även på arbetsplatsträffar. Förutom dessa träffar finns åtta tvärgrupper där folk träffas för att diskutera bland annat BSC. Tvärgrupperna fungerar som ett forum där man blandar folk, till exempel natt- och dagpersonal. Första styrkortet som IVA tillverkade gick ut till alla de åtta grupperna för bearbetning. Två grupper fick arbete med varje perspektiv och resultatet därifrån gick sen tillbaka till ledningsgruppen för att sen återvända igen. Grupperna gjorde sedan ett gemensamt kort vilket gick tillbaka till ledningen. Det är utifrån detta kort som det slutgiltiga har skapats.

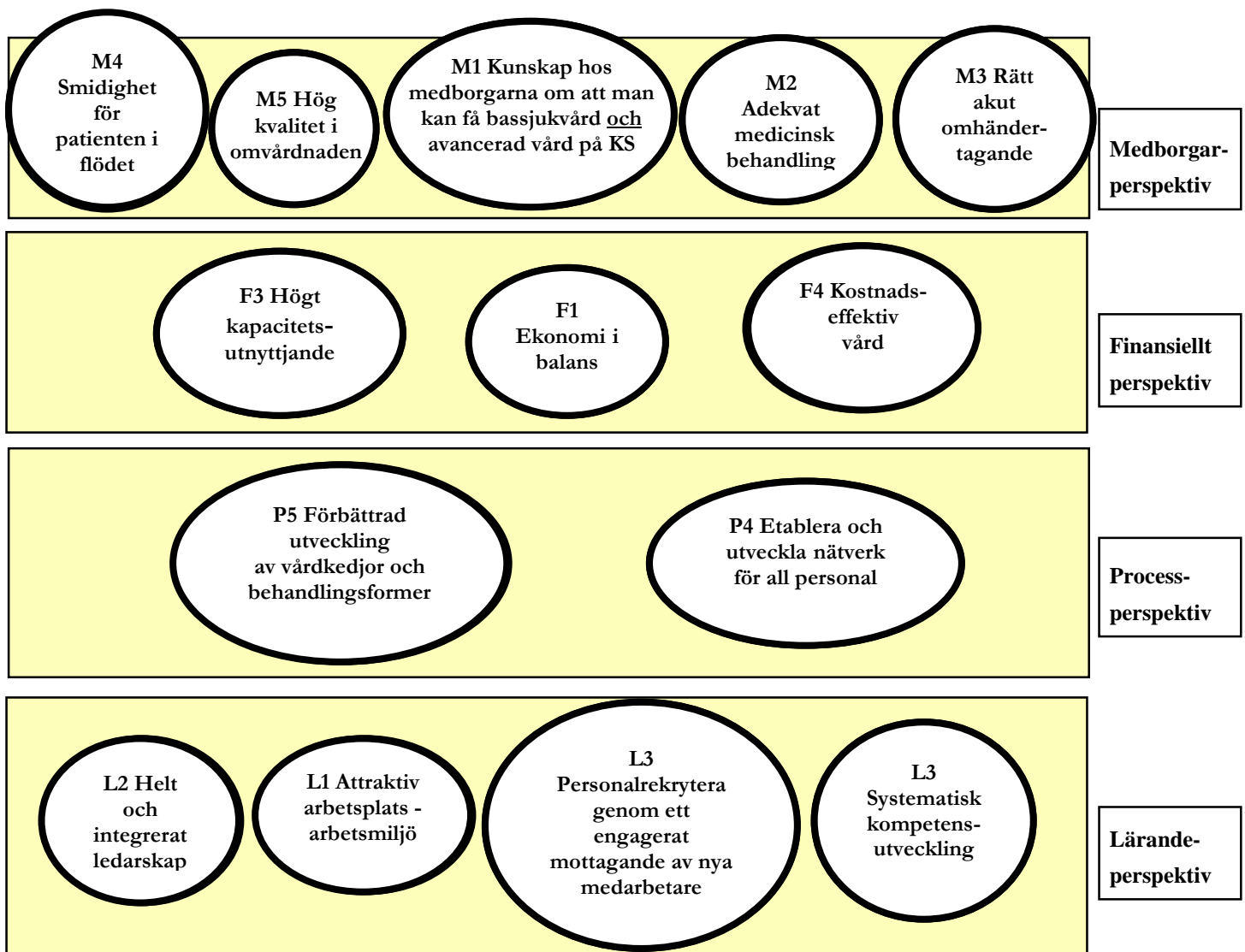


Fig. 11. IVAs styrkort

Medicinkliniken har arbetat fram sitt styrkort på ett liknande sätt som IVA. Även de arbetar mycket med arbetsgrupper vars resultat sedan bollas i tvärgrupper. Precis som för IVA betonar medicinkliniken förankring bland alla medarbetare.

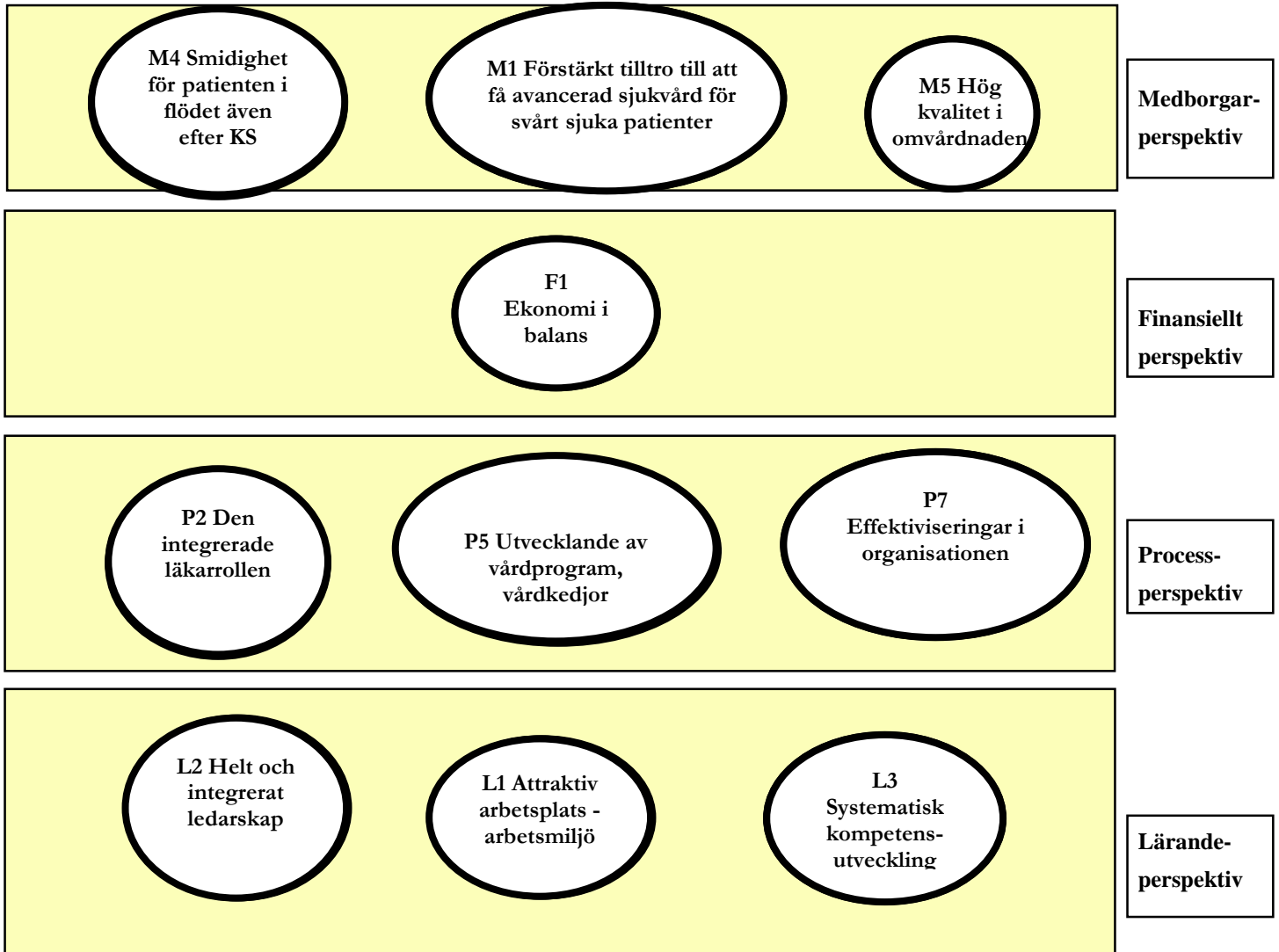


Fig. 12. Medicinklinikens styrkort

## 4.7 Användning och effekter av BSC-konceptet

### 4.7.1 Regionnivå

Idag arbetar Kari Aartojärvi på regionnivå med att föra ut BSC-konceptet till hela regionen. Av de existerande styrsystemen har budgeten historiskt varit det starkaste, men Kari berättar att den har vissa nackdelar.

*”Budgeten ses oftast som det viktigaste styrinstrumentet vilket inte är bra då det är väldigt kortsiktigt. Av egen erfarenhet kan jag säga att budgetarbetet ofta handlar om akuta frågor. Budgeten kommer alltid att användas, men bör kanske användas på ett annorlunda sätt.”*

Precis som man idag vid Landstinget i Jönköping län utarbetar sin budget från BSC, finns liknande tankar även i Västra Götalandsregionen .

*”Vi funderar på att regionen skall skapa budgeten utifrån BSC, med alla dess perspektiv. Någonstans runt 2003 bör en sådan koppling vara klar. Man skall inte jobba med parallella system.”*

Att BSC inte är ännu ett styrsystem som skall verka parallellt betonar Kari. BSC skall fungera som det övergripande styrsystemet.

*”BSC är såpass viktigt att man inte kan ha det vid sidan om. Man måste koppla ihop det med budgeten annars blir det helt meningslöst. Annars blir det ändå budgeten som styr. BSC är det övergripande styrsystemet av de två.”*

Vidare har regionen tankar om att koppla BSC till någon sorts belöningsystem. Idag finns det inga incitament för belöning men de skulle vilja prova ett sådant system. Kari berättar att hela ämnet är lite tabubelagt men Kungälvss sjukhus kommer förmodligen att bli pilotprojekt.

Hur står det då till med de negativa effekterna av BSC?

*”Jag har svårt att se några negativa effekter. Det skulle i så fall vara att det tar tid och det är svårt att avsätta tid till de långsiktiga frågorna. Oftast är det akuta frågor som tar överhanden och de långsiktiga blir liggande.”*

Om kommunikationsnätverk betonar Kari att det inte får vara för svårt att samla in data. Då blir det alldeles för tungt och därför gäller det att hitta styrkor som är relevanta, men som inte belastar verksamheten. Han ser IT-stödet inte bara som kommunikationsnätverk utan även som en möjlighet att föra ut styrkortet i organisationen. Resultat kan till exempel komma att publiceras på Internet och därigenom skapa intresse.

Kari har planer för en regiontäckande vision som kopplar ihop alla de olika sjukhusen:

*”Drömmen är att man har en vision, vilka strategiska mål och vilka strategier man skall jobba med. En vision som man sen bryter ner till de olika enheterna och skapar ett styrkort som är ihopkopplade. Idag finns det ingen sådan vision och att nå dit hade varit kanon.”*

#### 4.7.2 Sjukhusledningsnivå

På ledningsnivå har man inom Kungälvss sjukhus arbetat mycket med BSC. Under Kari Aartojärvis ledning utarbetade man det första styrkortet och han ser många effekter.

*”Jag tror att BSC har ökat förståelsen mellan klinikerna inom sjukhuset. Sjukhusmiljön är i regel väldigt stuprörsaktig och samverkan är låg. Patienten bryr sig inte om vilken klinik han tillhör. Vi har diskuterat fallstudier, alltså att en patient som skulle behandlas för det här har gått igenom de här faserna. Jag tror därför att förståelsen för andra verksamheter har ökat.”*

Andra värden som enligt Kari har skapats är:

*”Det har blivit en ökad helhetssyn. Idag är det lite mer av ett strategiskt tänkande. Jag tror att man har börjat fundera på vad det är som på lång sikt skapar värde. Jag ser även en klarare förståelse mellan orsak-verkan-samband. När man ett mål på en nivå så slår det igenom på en annan. Om man utvecklar personalens kompetens så påverkar det även nästa nivå: den interna processen – hur vi arbetar, och det i sin tur påverkar medborgarna – vi kan bedriva en bättre sjukvård. Lite de tankegångarna.”*

Innan BSC-konceptet infördes så räknade Kari under en period av två år, antalet ledningsmöten där det enbart var frågor av akut karaktär som diskuterades. Tilläggas skall att han under akut karaktär inkluderar budgetarbetet, men resultatet är slående: av 200 genomförda ledningsmöten så hade 197 varit av akut karaktär, det vill säga 99%. Under förra sjukhusdirektören kom vartannat ledningsmöte att ägnas åt BSC och därigenom åt de mer långsiktiga frågor.

Idag leds sjukhuset av en ny ledning med Marianne Melkersson som sjukhusdirektör. Hon arbetar just nu fram en ny version av styrkortet, men hon tycker att effekterna är lite svårare att se:

*”BSC skall utstå provet och vi får se om det blir något medium utöver själva processeffekten. Effekterna är svåra att se.”*

Provet är här det test som BSC kommer att utsättas för den dag man börjar använda det i den dagliga praktiska verkligheten. Processen med att utarbeta ett styrkort verkar dock gett väldigt mycket. Marianne berättar:

*”Hela processen att ta fram de här styrkortet ser jag som den stora grejen. På sjukhusledningsnivå sitter vi i olika perspektivgrupper där alla är ansvariga för några mål. Jag har till exempel tre mål som jag är målsansvarig för och skall driva med mina grupper. Det har varit väldigt fruktbart.”*

Hon fortsätter:

*”Sett ur mina ögon är åtminstone halva vinsten med BSC processen, att tydliggöra, tänka igenom, ställa sig vid sidan, och fråga sig varför gör vi det och framför allt: Kan vi sen mäta det?”*

När man pratar med Marianne Melkersson är det tydligt att se att hon tycker om det balanserade styrkortet. Som system verkar det innehålla många styrkor.

*”Finessen är att det mesta går att plocka in i styrkortet. Sen sätter BSC igång en massa processer, till exempel bemanningsöversyn. Det viktigaste som vi har uppnått som effekt är att alla accepterar styrkortet. Bara det är ett jätteframsteg. Då har man ändå uppnått den effekten att man tycker det är av värde att mäta och värdera. Just den här modellen har vunnit i kampen över andra.”*

Med andra modeller menar Marianne modeller som TQM och QUL. BSC har inte trängt undan dessa utan de har på egen hand runnit ut i sanden. En av de viktigaste effekterna av BSC för KS är enligt Marianne att styrkortet har skapat en struktur. Hennes ambition med sjukhuset är nämligen att alla ska känna att man jobbar i en struktur som passar i ett styrkort. Personalen skall veta att man jobbar i samma små rutor och att alla vet varför man jobbar mot dem. Hon betonar att inga projekt ska startas utan att det har en plats i styrkortet. Vissa medicinska projekt kan undantagas, men inga utvecklingsprojekt får startas utan koppling till styrkortet.

*”När man kan samla sig så är inte BSC så komplicerat, det är inget nytt egentligen mer än att det ger en tydlig struktur till det man gör och det man kan förbättra. Förbättringsarbetet får en struktur som går att mäta.”*

Hur ser Marianne då på BSC i relation till andra styrsystem:

*”För vår del är BSC inget komplement till övriga styrsystem. Det är utan tvivel det övergripande styrsystemet.”*

Marianne ser dock problem med införandet:

*”Sjukhuspersonalen är trötta på att ha mycket visionärer som kommer med nya modeller och visioner såsom TQM och QUL. En del mätetal är på halvår, en del på helår och det tar tid att mäta och det gäller att hålla folks intresse och engagemang uppe innan man ser att man börjar mäta. Där är ett problem.”*

Förutom att hålla intresse och engagemang uppe innebär även tidsbristen ett stort problem:

*”I slutet av nästa år ska åtminstone alla klinikledningarna ha sina styrkort klara. Helst då ännu längre ner i nivån. Det tar mycket tid och folk har fullt upp med att bedriva sjukvård. Att sätta av tid och sitta och tänka det är det man har mest ont om.”*

Ett annat problem är att mycket idag sköts manuellt i verksamheten. Hon erkänner att KS är dåliga på att ha datorsystem som hjälper dem i uppföljningen. Hon betonar att sådana system är viktiga för att underlätta styrning och uppföljning. Det finns idag ett program där man lägger in resultatet från styrkortet. Problemet är dock att det tar mycket tid.

#### 4.7.3 Klinik- och avdelningsnivå

Kari Aartojärvi tror att BSC inte ännu märks av i den dagliga verksamheten. Agnetha Pettersson, chef IVA, instämmer:

*”Än så länge använder man styrkortet främst på ledningsnivå och det märks inte så mycket av det i den dagliga verksamheten.”*

Agnethas attityd var från början negativ till styrkortet då det infördes på ett abrupt sätt. Idag är dock hennes attityd positiv och hon arbetar nu med att informera om hur bra BSC är. Även om IVA inte har kommit så långt med sitt styrkort hoppas Agnetha att BSC skall föra med sig mycket gott.

*”Historiskt har man inte tittat inte så noga på konsekvenserna med ett beslut. Det har alltid varit en massa brandkårsuttryckningar i form av snabba lösningar. Det är ett annat tänkande nu. Jag tror att det kan ha betydelse.”*

*”Kopplingen till ekonomi ser jag verkligen fram emot. Idag finns här ett fel, det går inte spela svartepetter med varandra utan man måste veta vilka resurser som finns. Budgetdiskussionen skulle kunna avsevärt kunna förbättras genom att använda BSC som ramverk.”*

Agnetha anser att idag så tas beslut generellt ofta utifrån vilka politiska influenser som är i ropet just nu och därför saknas ofta grund till att svara mot denna förändring som beslutet medför. Idag följer man inte upp alla de följderna av till exempel ett beslut om tekniska förändringar och ofta är det personalen som kommer i kläm. Bland annat det lärande perspektivet hoppas Agnetha skall ge mycket.

*”För att kunna behålla personalen är det viktigt att man arbetar med det lärande perspektivet. Man kan inte behålla sin personal om man inte satsar på utbildning. Vi skall inte stå still, vi skall vara framåt och det krävs att vi får lov att få jobba med det lärande perspektivet. Det är min förhoppning och vision.”*

På IVA är tanken att informationen som styrkortet ger på något sätt skall publiceras och återkopplas. Utöver vad som visas för medarbetare finns det även andra intresserade och dessa kan delges information om verksamheten via hemsidan. Vissa styrkort till exempel i medborgarperspektivet kan medges till patienter.

Redan idag har dock vissa effekter kunnat skönjas:

*”Vi har haft glädjande stunder då vi har träffats och löst problem. BSC har gett personalen ökad förståelse och jag tror att en ökad förståelse om varför man gör vad, är ett måste för att kunna vara med och samverka i projektet BSC. Det är väldigt roligt att arbeta med BSC.”*

Vidare tycker Agnetha att det är bra att ha något att samlas runt, det är viktigt att dela samma synsätt och utgå från samma tankar. Som hon ser det är detta grunden i BSC.

Hon ser även andra effekter:

*”Jag tycker att kartläggningen är bra med BSC, den blir så bred. BSC uppmärksammar många olika plan och på det viset kan man få ett bra sätt att följa upp innan man gör förändringar. Uppföljning kräver struktur och det finns i BSC.”*

Det finns dock problem med själva införandet:

*”Styrkortet kan vara ett bra sätt att kartlägga flödena och skapa en förståelse för varandra, men då krävs det att samtliga eller fler kliniker startar med användandet.”*

Agnetha anser att det hade underlättat om man hade haft en klar lysande stjärna att följa. Hur kan egentligen ett styrkort se ut? Hur ser ett styrkort ut som har lyckats? Detta är frågor som hon mer än gärna skulle vilja ha svar på.

Agnetha uttrycker även en stor längtan efter mer resurser för att utforma styrkortet.

*”Man skulle satsat stort på att utarbeta Kungälvssjukhus styrkort. Om man hade behållit konsulterna och satsat riktigt mycket pengar så hade man med all säkerhet fått ett bra utarbetat styrkort. Detta styrkort hade kunnat ligga till grund för övriga arbeten och processer med styrkortet inom Västra Götalandsregionen. Det är risk att det annars rinner ut i sanden, men man måste ta sig den tiden.”*

Kerstin Johansson arbetar som vårdutvecklare på medicinkliniken, men är för närvarande utlånad till sjukhusledningen på 50 % för att arbeta med BSC. Hon har arbetat med BSC sedan årskiftet. Enligt henne har BSC två användningsområden:



*”Balanserat styrkort har två delar som jag ser det. Den första delen är att använda balanserat styrkort som styr- och ledningsinstrument med visionen konkretiserad i målen för att samla personalen så att man gemensamt strävar åt samma håll. En nog så svår uppgift. Den andra delen är som kvalitets- och utvecklingsmetod. Den skiljer sig inte i grunden från andra kvalitetsmetoder utan bygger på processtänkande. Den delen är lättare att förankra. Som styr- och ledningsinstrument får väl tiden visa hur vi lyckas.”*

Medicinkliniken har använt styrkortet sedan ett år och det har fungerat bra. Till en början var man mycket skeptisk till den övergripande tanken med styrkortet som ledningsinstrument då det uppfattades som ett modenyck, men man börjar nu förstå det också. Uppgifterna i styrkortet underlättar också all rapportering som krävs till Västra Götalandsregionen och blir ett bra underlag för verksamhetsberättelsen. Kerstin ser idag många positiva effekter:

*”I arbetet med balanserat styrkort finns för de olika målen arbetsgrupper med representanter från olika kliniker, fackliga företrädare och arbetsgivaren. Jag tycker att det ökar samhörighetskänslan och hoppas att det leder till en ökad förståelse för varandra. Det är också en uttalad förhoppning från flera på olika arbetsplatser. Kanske kan det bli ett nätverk med positiva effekter i vår decentraliserade organisation.”*

Medicinkliniken har också funnit att de kan utnyttja arbetet i ett mål även för ett annat mål, använda samma styrtal och i några fall har de också kunnat sammanföra flera mål till ett. Det har under arbetets gång visat sig att tanken med de olika perspektiven, att visa helheten, stämmer mycket bra. De har redan sett att de kan effektivisera arbetet genom att styrkortet håller samman de aktuella frågor som man arbetar med och på det viset undviker man dubbelarbete. Helhetssynen verkar ha gett väldigt mycket. Kerstin fortsätter:

*”Jag tycker att tankesättet har ändrat sig. En annan sak är att många frågor som kommer upp som kräver mer engagemang kommenteras ofta med: hur passar det in i vårt styrkort? Jag tycker att med styrkortet försöker ledningen att ta ett samlat grepp. BSC ser jag idag som ett övergripande styrverktyg.”*

Kerstin kan inte se några negativa effekter av BSC-konceptet och hon tror inte heller att det kommer uppstå några på längre sikt. Däremot menar hon att det alltid är några personer som är negativt inställda till nya projekt när de dyker upp och därför kan det ta tid innan det accepteras. Vidare betonar hon hur viktigt det är att arbeta med utveckling:

*”Vi måste hålla på med utvecklingsarbete. Det tar mycket tid, men samtidigt måste det få göra det, annars blir det bakåtgång i verksamheten.”*

## 4.8 Integrationen mellan BSC och KPP

Styrningen med BSC-modellen kan i mångt och mycket integreras med andra verktyg. Enligt sjukhusledningen är finessen att det mesta går att plocka in i styrkortets ramar för att uppnå verksamhetens mål. Ett exempel på en integration mellan BSC och ett annat system som skapat synergier är KPP. Detta är något som redogörs i delrapport 5 från Landstingsförbundets KPP-projekt.

### 4.8.1 Projektets bakgrund och mål för verksamhetsförbättring

Projektets bakgrund är att åstadkomma en förbättring i sjukhuset för kirurgisk behandling av prostataförstoring. Med förbättring menas här att vårdens kvalitet förbättras samtidigt som kostnaden reduceras. Projektet illustrerar hur BSC kan integreras på en klinik med KPP för att identifiera förbättringsmöjligheter.

Projektets mål utgår från en helhetssyn och att olika perspektiv beaktas på det sätt som sker i BSC. Således är grundförutsättningarna för projektet givna av styrkortet. De ramar och struktur som BSC kan ge till ett enskilt projekt är ett bra stöd, och något som inte alltid uppmärksammas tidigare. Vidare är resultat och kvalitet definierade utifrån de olika perspektiv som anges i styrkortet. Ett antal mål inom de olika perspektiven är applicerbara på prostataprocessen. Målen och sambanden dem emellan diskuteras nedan.

### 4.8.2 Medborgarperspektivet

*Förbättrat fysiskt och psykiskt hälsotillstånd* är ett övergripande mål som innebär att patienter ska mötas av hög kvalitet, tillgänglighet och valfrihet samt att resultatet av vården uppfyller de krav som idag kan ställas. För prostataförstoring gäller att den som inte behandlas kan leda till infektion, förgiftning och även död. Det är således viktigt att dessa patienter kommer under snabb behandling. Ytterligare ett mål inom medborgarperspektivet är *rimliga väntetider på planerade insatser*. En kortare väntetid innebär ofta att behandlingen blir enklare. För patienten är det givetvis en fördel med så kort väntetid som möjligt eftersom denna ofta innebär ett visst mått av fysiskt och psykiskt lidande. Att förkorta väntetiderna har därför satts upp som ett viktigt mål.

### 4.8.3 Finansiella perspektivet

Sjukhuset måste anpassa verksamhetsvolymen till den ekonomiska ram som ges av Västra Götalandsregionens ersättningssystem. Sjukhusets ekonomi *måste vara i balans*. Detta innebär i och för sig att ersättningen måste täcka kostnaderna för varje enskild diagnosgrupp. Underskott i ett fall kan täckas av överskott i ett annat. Huvudsaken är att sjukhusets totala

intäkter täcker de totala kostnaderna. *Ökad kostnadsmedvetenhet* är ett strategiskt mått som ingår i styrkortet. Medverkan i projektet och rapporteringen från projektet bör resultera i att en ökad kostnadsmedvetenhet inom sjukhuset uppfylls.

#### 4.8.4 Processperspektivet

Om medborgar- och finansiella mål ska kunna nås måste verksamhetsprocesserna fungera med hög produktivitet. Produktiviteten kan öka främst genom förbättringar i vårdprocessen som gör det möjligt att korta vårdtiden. Sådana förbättringar skulle uppenbarligen också vara till gagn för patienterna. En förutsättning för att processen ska fungera effektivt är att *rätt patienter kommer till mottagningarna*. Varje patient som kommer till mottagningen utan att egentligen ha ett vårdbehov som kan tillgodoses tidigare på mottagningen förbrukar resurser i onödan. Att tillse att inflödet av patienter utan relevant vårdbehov reduceras är därför ett delmål för det processperspektivet.

Även sedan patienten är färdigbehandlad kan utskrivning fördröjas om utskrivningen är beroende av kommunens möjligheter att ta hand om patienten efter sjukhusvistelsen. Sjukhusets mål härvidlag är en bättre *samordning med kommuner och primärvård* bland annat genom god framförhållning.

#### 4.8.5 Lärande perspektivet

Projektet har en direkt koppling till det lärande perspektivet som avser ett mera långsiktigt arbete med kompetensutveckling med mera. Deltagandet i projekt bör kunna ge en form av lärande som kan vara till gagn för utvecklingen inom detta perspektiv.

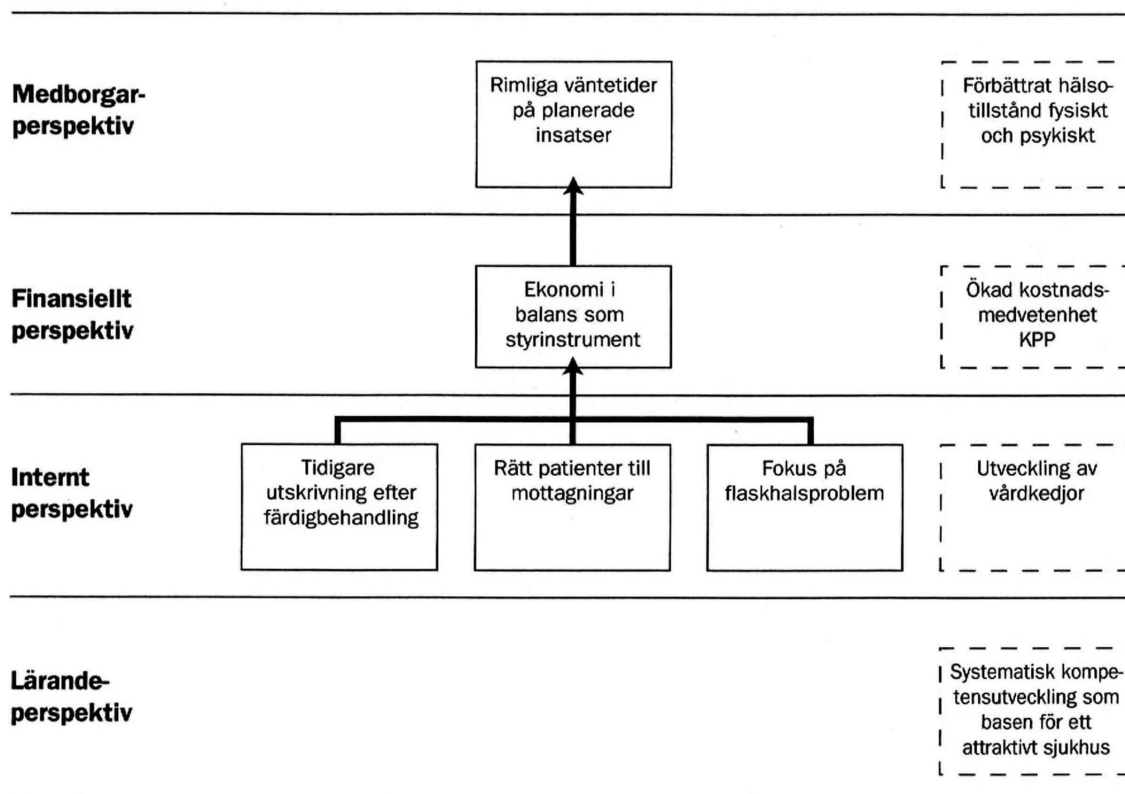


Fig. 13. KPP-projektets mål inlagda i KS styrkort (Delrapport 5 från Landstingsförbundets KPP-projekt)

#### 4.8.6 Sammanfattning av målen samt resultat

Sammanfattningsvis gäller att rimliga vänte- och behandlingstider samt ekonomi i balans är övergripande mål. Övriga mål är underordnade och att de uppnås är en förutsättning för att de övergripande målen ska kunna uppnås. Bra fungerande processer utan flaskhalsproblem är ett viktigt underordnat mål.

De mål som identifierats ovan kan åskådliggöras genom ett utdrag ur sjukhusets styrkort, se fig. 10i 4.6. De vänstra målen med heldragna rutor är viktiga mål för projektet och bilden visar hur de hänger samman. I de högra streckade rutorna anges några andra mål som också ingår i BSC. Dessa mål tillhör inte dem som projektet är inriktat på i första hand. De finns ändå med i bilden därför att genomförandet av projektet kan väntas positiva även på dessa områden genom modellens kausala samband.

Projektet resulterade i att de möjligheter som KPP tillför och som yttrar sig i form av att kunna följa kostnadsutveckling för enskilda processer, överensstämmer med målstyrningen för verksamheten. KPP är ett verktyg som ger indikationer på vilka delar av verksamheten som inte fungerar optimalt med hänsyn till verksamhetens mål. Ju tydligare verksamhetens mål är, desto effektivare kan verktyget användas, något som BSC-modellen klargör. En

förväntad effekt av projektet är en kostnadsbesparing på 12% vilket motsvarar 3000 kronor per vårdtillfälle inom slutenvård.

## 4.9 Utbyte

### 4.9.1 Balanced Scorecard-nätverket

Under de senaste åren har allt fler verksamheter ute i landstingen börjat eller planerar att börja arbeta med Balanced Scorecard. Rahm (2000) berättar att många efterfrågar i och med detta kontakter och samarbete med andra samt stöd för att kunna driva arbetet på hemmaplan. För att ta vara på och utveckla den kunskap som finns och skapas inom området, så att denna kan spridas vidare till andra intresserade i hälso- och sjukvården, har Landstingsförbundet sedan början av 1999 fram till september 2000 varit med och samordnat ett Balanced Scorecard-nätverk – ett lärande nätverk. Nätverket finns än idag, men mötesplatserna samordnas inte längre på samma sätt.

Syftet med nätverket är att de medverkande under sitt arbete med Balanced Scorecard ska få tillfälle att träffa, diskutera och lära av och med andra. Nätverket ska även vara till hjälp för medlemmarna i sitt arbete på hemmaplan och ge dem sådan kunskap och sådant stöd så att de kan synliggöra kunskapen och lärandet om metoden och dess användande.

Nätverket består av team från olika ställen i landet. Teamen befinner sig på olika nivåer i organisationerna har också kommit olika långt med sitt BSC-arbete. Nätverket är tvärfunktionellt och tvärprofessionellt sammansatt. Enligt Rahm (2000) består nätverket av en grupp nyfikna och kunskapssökande företrädare inom svensk hälso- och sjukvård. Medlemmarna är en blandning av verksamhets/kvalitetsutvecklare, verksamhetschefer, medicinare, vårdpersonal, sjukhusdirektörer, ekonomer, projektledare och administratörer.

I mars år 2001 ombildades nätverket för att föra in nytt blod och nu ingår förutom företrädare som Astrid Lindgrens sjukhus (Karolinska sjukhuset), Gotlands kommun och Region Skåne, även Västra Götalandsregionen.

### 4.9.2 Studiebesök på Kungälvssjukhus

Regionen i Nyland/Helsingfors i Finland med en och en halv miljon invånare och 28 sjukhus jobbar mycket med KPP men håller även på att införa BSC. Representanter från regionen var på studiebesök på Kungälvssjukhus i våras för att ta del av de erfarenheter som KS har utvecklat under sin tid med BSC-arbetet. De blev mycket imponerade av framförallt medicinklinikens arbete och har inbjudit representanter från denna klinik till Finland.

## 5 Diskussion

Följande diskussion är uppdelad efter det två typer av användning som vi ser, se 3.3. Vi börjar med att diskutera användning och effekt av BSC som mätsystem. Därefter följer en diskussion av den andra sortens användning, BSC som managementsystem.

### 5.1 Användningen av BSC som mätsystem

Arbetet/processen med att ta fram det första styrkortet för KS kom att generera många effekter. Innan vi går in på de, låt oss först diskutera hur själva användningen av konceptet gick till.

#### 5.1.1 Processen med att ta fram styrkortet

Arbetet med styrkortet påbörjades i maj 1999 i samarbete med konsulter från Balanced Scorecard Collaborative. Agnetha (IVA) uttrycker idag en stor längtan efter dessa extra resurser. Med tanke på det utsatta läge som hälso- och sjukvården idag befinner sig i, med stor personalbrist, förstår vi att längtan är stark. Agnetha, Kari (RL) och Marianne (SJDR) berättar att tidsbristen är ett stort problem. Hur skall man kunna sätta sig ner och diskutera långsiktiga frågor när all kraft måste läggas på dagliga uppgifter? Vi hyser vis beundran för deras förmåga att kunna omarbete styrkortet utan extern hjälp.

För sjukhusledningens del så bildades redan i början fyra perspektivgrupper. Grupperna användes för att kritiskt granska materialet från sjukhusledningen och sedan bolla tillbaka det. Vidare har deras uppgift varit att bredda kunskapen om BSC och lägga grunden för det fortsatta arbetet genom att förankra det på klinik- och avdelningsnivå. I de olika perspektivgrupperna finns det målsansvariga som tar fram målen gemensamt med gruppen. Även idag finns dessa grupper kvar och innehåller människor från olika avdelningar och yrken. Marianne (SJDR) anser att detta sätt har varit mycket fruktbart och vi instämmer. Att blanda kompetensen på ett sådant sätt är en av grundtankarna inom BSC. Att trotsa stuprörstänkandet och arbeta på tvären måste vara enormt fruktbart för en organisation som just lider av suboptimering. Vi ställer oss dock undrande till konsulternas roll i den inledande fasen. Varför tillät de att enbart administrativ personal fick medverka. Professionella som de med all deras erfarenhet borde väl veta bättre?

Sjukhusledningens styrkort är det övergripande och önskvärt är att variablerna i klinikernas styrkort stämmer överens med det. Sjukhusets styrkort är alltså måtto och därför kan klinikerna inte hitta på egna framgångsfaktorer på klinikinivå. Att på detta sätt använda BSC-konceptet rimmar väl med tankarna på att skapa en helhetssyn och att se orsak-verksamhets samband. Samtidigt skall klinikerna kunna formulera sina mål själva, vilket vi anser skapar en

känsla av frihet och självständighet. Å andra sidan, om man inte gått tillväga på detta viset, så hade det gått emot allt som BSC står för. Ingen större medalj bör alltså utdelas.

Sammanfattningsvis ser vi att användningen av BSC-konceptet, processen att ta fram sjukhusledningens styrkortet, har skett i ledningen samt i fyra perspektivgrupper med målsansvariga. Konsulter användes för att ta fram det första styrkortet, en resurs som idag är saknad av IVA. Ledningens styrkort är det övergripande vars ramar de andra i viss mån skall följa. Medicinkliniken och IVA arbetar mycket med arbetsgrupper där resultatet bollas fram och tillbaka med så kallade tvärgrupper.

### 5.1.2 Ett annat tänkande som effekt

Agnetha (IVA) anser att om BSC inte hade funnits hade det varit mycket man inte talat om. Det är ett annat tänkande nu, tycker hon. Kari (RL) anser att det har blivit lite mer av ett strategiskt tänkande. Kerstin (MED) anser också att tankesättet har ändrat sig.

Det de talar om är hur processen med BSC-konceptet har förändrat något mentalt. Som beskrivits i 4.5.1 så tyder mycket på att man inom vården har en bristande helhetssyn då man ofta jobbar i ett stuprörstänkande, var och en för sig. Följden av detta blir brister i analyserna och reaktion först vid akuta problem. Kari anser också att sjukhusmiljön i regel är väldigt stuprörsaktig och samverkan är låg.

Kari anser att det har blivit en ökad helhetssyn med BSC och att det idag är lite mer av ett strategiskt tänkande. Eftersom strategi handlar om långsiktiga planer och visioner likställer vi härmed "lite mer av ett strategisk tänkande" med en skiftning av tänkandet från kort till lång sikt. Kari berättade i 4.7.2 att av 200 genomförda ledningsmöten, innan BSC-konceptet infördes, så hade 197 varit av akut karaktär, det vill säga 99%. Med BSC-arbetet kom vartannat ledningsmöte att ägnas åt BSC och därigenom åt de mer långsiktiga frågor. En klar skiftning från kort till lång sikt. Agnetha (IVA) tycker att man idag bättre tittar på konsekvenserna av ett beslut. Idag är det mycket färre brandkårsuttryckningar i form av snabba lösningar. Vi likställer färre snabba lösningar med en skiftning från kort till lång sikt.

Kari ser även en klarare förståelse mellan orsak-verkan-samband. När man ett mål på en nivå så slår det igenom på en annan. Detta kommer ifrån att man i arbetet med BSC har diskuterat fallstudier, där man studerat flödet. Han tror därför att förståelsen för andra verksamheter har ökat. Vi likställer en ökad förståelse för andra verksamheter med en ökad helhetsbild. En klarare förståelse mellan orsak-verkan-samband som kommer från användandet av fallstudier har därför resulterat i en ökad helhetsbild. Agnetha tror att styrkortet kan vara ett bra sätt att kartlägga flödena och därigenom skapa en förståelse för varandra. Vi anser att en ökad förståelse är samma sak som en ökad helhetsbild. Med stöd av ovan anser vi att genom att kartlägga flöden kan man skapa en ökad helhetsbild.

Sammanfattningsvis ser vi att man genom att använda BSC-konceptet i kombination med fallstudier, för att kartlägga flöden och finna orsak-verkan-samband har man minskat stuprörstänkandet och skapat en ökad helhetsbild. Man har även fått ett mer långsiktigt tänkande genom användandet av BSC konceptet. Följande effekter kan vi se inom hela organisationen.

### 5.1.3 Effekt av att alla tycker om att mäta

Ett styrsystem skall enligt Anthony och Govindarajan , se 3.1.1, påverka en individ eller grupp i syfte att ändra beteenden eller värderingar. En av de delar som ett styrsystem måste bestå av är enligt samma författare en detektor eller sensor. För att kunna ändra måste man därför kunna mäta.

Marianne Melkersson anser att det viktigaste som Kungälv's sjukhus har uppnått som effekt är att alla accepterar styrkortet. Denna effekt har uppkommit genom användningen av BSC-konceptet. Hon anser att bara det är ett jätteframsteg. I och med det så menar hon att man har uppnått den effekten att man tycker det är av värde att mäta och värdera. Med referens till första stycket anser vi denna effekt vara signifikant. Kan man mäta kan man förändra.

### 5.1.4 En lärande effekt

Agnetha Pettersson (IVA) berättar att genom att utesluta vårdpersonalen i de första diskussionerna, fick materialet en väldigt negativ reaktion när vårdenheterna några månader senare fick BSC presenterat för sig. Sjukhusledningen lärde sig då att förankring av information är väldigt viktigt och det har varit en ledstjärna i verksamheten sedan dess. Denna effekt, lärandet att förankring av information är viktigt, anser vi vara en effekt av användningen av BSC-konceptet. Samtidigt ställer vi oss frågande till att denna effekt har uppkommit så sent i organisationens historia. Borde inte Kungälv's sjukhus som är så vana vid att införa projekt, ha lärt sig att förankring av information är viktigt vid förändring? Om det var så att trycket var väldigt starkt från regionledningen att införa BSC, ser vi inte detta som en ursäkt. En organisation som har som mål i styrkortet att vara ett utvecklingsjukhus, kan inte få vika sig för lätt för påtryckningar. I så fall kan det resultera i att projekt efter projekt börjar införas, modenyck efter modenyck accepteras utan eftertanke.



### 5.1.5 Ett ökat nätverk som effekt

Axelsson (2000) skriver att hälso- och sjukvården är en komplex politiskt styrd organisation med många högutbildade yrkeskategorier på flera organisationsnivåer. I kapitel 4.1 kan det läsas om hur utvecklingen mot decentralisering inom hälso- och sjukvård har medfört krav på förnyade styrformer. Som svar på dessa krav har, enligt Andersson et al. (2000), sektorn alltmer riktat intresset mot en flerdimensionell styrning. En intressant aspekt man kan utläsa av den mer och mer beprövade BSC-modellen inom hälso- och sjukvården är att det har bildats BSC-nätverk i landet, se 4.9.1. Det skapas tillfällen och mötesplatser för att träffa, diskutera och lära av och med varandra. På så sätt tas den kunskap som finns tillvara samtidigt som den kan spridas vidare till andra inom hälso- och sjukvården. I sådana situationer måste det vara av högt värde att kunna ta del av varandras erfarenheter för att skapa en så bra hälso- och sjukvård som möjligt.

Om det nu finns ett flerdimensionellt styrsystem inom hälso- och sjukvården som gör att det går att samla denna komplexa organisation kring ett gemensamt styrsystem som många vill arbeta med borde det öka samhällsnyttan om det möjliggör en effektiv styrning. Samtidigt lär man sig genom nätverken av varandras misstag och behöver inte använda samhällets pengar till att upptäcka eventuella misstag, om man nu kan få tips av varandra om vad som är bra eller mindre bra.

Det är intressant att dels se på samarbetet inom landet men även på utbytet av erfarenhet även över nationsgränserna. I våras var finländska representanter från Nyland/Helsingfors-regionen på Kungälvss sjukhus för att ta reda på hur de jobbar med BSC. Vi anser att engagemanget för BSC kan öka då det måste vara en bra sporre att utveckla ett nytt styrsystem och sedan få visa och lära andra om sitt arbete.

Sammanfattningsvis kan sägas att BSC-konceptet verkar engagera och samla många människor inom hälso- och sjukvården, både i och utanför Sverige, runt ett flerdimensionellt styrsystem som förhoppningsvis ska hjälpa till att styra organisationen på ett bättre sätt. Detta ökade nätverk kan på så vis i slutändan visa sig i form av en ökad samhällsnytta.

### 5.1.6 Negativ effekt

Även en utopi kan innehålla dåliga sidor, så även processen med BSC-konceptet vid Kungälvss sjukhus.

Marianne Melkersson menar att sjukhuspersonalen är trött på att ha mycket visionärer som kommer med nya modeller och visioner. Kerstin Johannesson berättar vidare att medicinkliniken till en början var mycket skeptisk till den övergripande tanken med styrkortet som ledningsinstrument då det kanske var ett modenyck. Marianne anser att förutom att hålla intresse och engagemang uppe innebär även tidsbristen ett stort problem. Att sätta av tid och

sitta och tänka är inte lätt när folk har fullt upp med att bedriva sjukvård. Detta instämmer Kari i, den enda negativa effekt han kan se är att BSC tar tid och det är svårt att avsätta tid till de långsiktiga frågorna. Oftast är det akuta frågor som tar överhanden och de långsiktiga blir liggande.

Vi tycker att det är intressant att Marianne dels erkänner hur jobbigt personalen tycker det är med nya projekt, men att hon samtidigt känner extra mycket för att KS skall ta på sig utvecklingsprojekt, se 4.5. Vi ser en risk i att sjukhuset inte fokuserar sin energi på att genomföra projekt utan hela tiden vill ta till sig nya. Vad händer med personalens motivation om inte BSC blir genomfört korrekt? Kommer det att uppfattas som en modenyck och falla i glömska precis som QUL? Denna uppenbara risk anser vi vara en negativ effekt.

Sammanfattningsvis ser vi genom att införa BSC-konceptet har man skapat en negativ effekt, i dels den risk det innebär att projektet kan falla i glömska, men även att projektet tar mycket tid från den dagliga verksamheten. Samtidigt är det som Kerstin Johannesson (MED) säger, utveckling måste få ta sin tid.

### 5.1.7 Den praktiska användningen

Den andra sortens användningen av styrkortet som mätsystem, den praktiska mätningen och uppföljningen, se kap 3.3, är något som idag inte sker. Varken på de två av åtta klinikerna eller i sjukhusledningen. I den senare inleds mätningen först till hösten.

## 5.2 Användningen av BSC som managementsystem

Tanken till att BSC infördes på vårt studieobjekt var att det skulle fungera som ett ledningsstödsystem. Ledningen ville att informationen skulle vara relevant och tillförlitlig om dels den finansiella men även om den dagliga verksamheten. Dessa tankar stämmer bra in på definitionen av ett mätsystem. Vi ser dock tydliga tecken på att BSC är på väg att införas som ett managementsystem. Att införa BSC som ett managementsystem är en process som enligt Kaplan och Norton, se 3.3.2, kan ta två till tre år. I rådande stund fungerar BSC som ett parallellt system då det inte kan sägas vara klart och användas i full kraft. Som tidigare har nämnts i kapitel 3.3 så ser Kaplan och Norton BSC som mer än ett mätsystem. Utifrån vilken kontext man väljer att sätta in BSC i så får man olika uppfattningar. Som vi kan tolka det kan BSC dels ses som ett kompletterande system till övriga ekonomiska system eller som ett övergripande system som inte skall löpa parallellt med andra ekonomiska system. Den senare utvecklingen finner vi troligast vid Kungälv's sjukhus. Förklaring till detta påstående följer nedan.

### 5.2.1 BSC som struktur

Mariannes ambition med sjukhuset är att alla ska känna att man jobbar i en struktur av samma rutor och att alla vet varför man jobbar mot dem. Vidare kan sättet att jobba i samma rutor appliceras på projekt och struktureras utifrån sjukhusets styrkort ner till enskilda projekt, se 4.7.2. Just effekten av nedbrytningen av sjukhusets styrkort ner till analys för ett projekt tror vi kan vara en anledning till att en ökad förståelse mellan orsak-verkan-sambanden klarnar. När man ett mål på en nivå så slår det igenom på en annan. Vidare poängterar Marianne att inga projekt startas utan att det har en plats inom styrkortets ramar. Att på detta vis använda BSC som struktur anser vi vara att använda det som det övergripande systemet och inte som ett parallellt.

### 5.2.2 Integration mellan BSC och KPP

Det lämpar sig väl att låta BSC-modellens ramar ligga till grund för hur KPP skall användas eftersom KPP ger möjlighet att följa kostnadsutvecklingen för enskilda processer. Vi anser att KPP som ett renodlat ekonomisystem integrerat med BSC skapar den stora styrka som enligt Kaplan och Norton gör BSC till en bra managementmodell, se 3.3.2. Effekten av att analysera vårdkedjor genom KPP integrerat i BSCs ramar, se 4.8, stimulerar en flerdimensionell styrning. Effekten är en kartläggning av flera olika kritiska faktorer som beaktas var och en för sig och tillsammans i en helhet. Att på detta vis bygga en process utifrån styrkortet som en central ram, stämmer mycket bra överens med Kaplan och Nortons tankar.

En ytterligare möjlighet som integrationen mellan BSC och KPP möjliggör är nämligen att man kan studera vårdkedjor ur en viss struktur och standard. På så vis kan integrationen användas för att jämföra liknande sjukhus med samma uppbyggnad av styrkort och vårdkedjor.

### 5.2.3 Integration mellan BSC och budget

Styrningen med BSC-modellen kan i mångt och mycket integreras med andra verktyg. Andersson et al. (2000) betonar är att när styrkortet är framtaget bör det knytas till andra planerings- och styrmodeller. Andersson et al. menar också att en integration mellan BSC och budgeten är ett måste för att modellen skall överleva, något som till synes inte verkar speciellt kontroversiellt med tanke på att BSC är just bara en modell. Integrationen med budgeten är således viktig för att BSC skall finna terräng i organisationen

I enlighet med traditionell styrning inom KS ses ofta budgeten som det viktigaste styrverktyget. Kari (RL) instämmer i detta och riktar kritik mot budgeten då han anser den vara för kortsiktig. Kari anser att lösningen är att budgeten integreras med BSC, men han för denna integrationen ett steg vidare, och säger att BSC är det övergripande systemet av de två.

Även våra övriga intervjuobjekt instämmer i detta påstående. Genom att integreras kan budgeten följa styrkortets ramar och struktur för att bättre förankras med verksamheten ur olika dimensioner. Idag har budgeten anammat vissa ramar från BSC och ingår i det finansiella perspektivet. I det senaste treårsavtalet mellan KS och HSS var avtalsdiskussionerna mer än tidigare kopplade till sjukhusets mål. Enligt Kari är inte frågan om BSC skall konkurrera ut budgeten, för den kommer alltid att finnas, men kommer förmodligen att användas på ett annat sätt än idag, tillsammans med BSC. Tanken är att budgeten skall struktureras och utarbetas från BSC år 2003.

Vidare kan vi konstatera att KS tankar om BSC som ett övergripande verktyget stämmer väl överrens med Kaplan och Nortons nya syn på BSC som bryggan mellan strategi och budget, se 3.6. Sammanfattningsvis kan det konstateras att det inte är BSC som skall stödjas av budgeten utan snarare budgeten som skall överbyggas av BSC.

#### 5.2.4 Effekter av integration

Enligt sjukhusledningen är finessen att det mesta går att plocka in inom styrkortets ramar för att uppnå verksamhetens mål. Enligt Anthony & Govindarajan (1998) skall styrsystem stödja verksamheten att nå sina mål och visioner, genom att påverka beteendet hos medarbetarna i verksamheten. Därför är det viktigt med en gemensam strategi och gemensamma verktyg för ekonomi- och verksamhetsuppföljningen.

Inom BSCs ramar finner vi ekonomiska system som budget och KPP. Således är det inte bara BSC som integreras med andra utan här möjliggörs även en integration mellan befintliga styrsystem. BSC torde på så vis stimulera en mer balanserad styrning som sammanför och koordinerar olika delar av system under samma mål.

#### 5.2.5 Möjliga framtida integrationer

Vi anser dock att KS inte har tagit till vara på till fullo de möjligheter att integrera andra system med BSC, detta då vi endast fann att KPP är integrerat med BSC. Andra befintliga system som skulle vara intressanta och möjliga att integrera med BSC är SIMBA och COSO-modellen. Den senare är emellertid tänkt att den inom snar framtid skall integreras med BSC. Vi tycker att en integration mellan BSC och COSO-modellen är intressant då den senare kommer att stödja BSC med internt kontrollarbete. Genom att arbeta med intern kontroll kan man förvissa sig om att styrkortet är baserat på tillförlitliga uppgifter eftersom arbetet syftar till att få system, rutiner och organisation att fungera på ett tillfredsställande sätt. Samtidigt ger styrkortet signaler som är värdefulla i arbetet med den interna kontrollen. Båda arbetssätten kommer således att komplettera varandra. Då Kungälv's sjukhus genomgått en viss projektrötthet så finns det risk att även BSC kan gå ett liknade öde till mötes som ett antal föregångare, som TQM och QUL. Därför är det av intresse att säkerställa BSCs

överlevnad och förvissa sig om att osäkerheten övergår till klarhet genom att styrkortet blir legitimt.

En annan möjlighet till framtida integration med BSC är SIMBA-samarbetet. SIMBA är förvisso väldigt specifikt för regionen, men är ändå intressant att beakta då det kan bidra med lärdomar till andra sjukhus. En integration mellan BSC och SIMBA är intressant ur den synvinkeln att det interna processperspektivet fokuserar sig på vad som kan åstadkommas inom verksamheten och vad som ständigt kan förbättras inom denna. Ett exempel på en aktivitet är integrationen mellan KPP och BSC, se 4.8. Genom att SIMBA riktar sitt fokus på de yttre processerna, vårdkedjan mellan sjukhus, primärvård och kommun, kan en integration mellan de två även här ses kompletterande. På så vis kan hela vårdkedjan göras synligare och koordineras med hänsyn till den interna processen som såväl tidigare och efterföljande processer för patienten. Som vi ser det skulle denna möjliga integration förutom det interna perspektivet även få effekter hos övriga perspektiv inom styrkortet. Vi anser att bidraget till medborgarperspektivet skulle utgöras av en ökad patienttillfredsställelse som resultat av minskade väntetider och lägre kostnader. Det senare är något som även får effekt på det finansiella perspektivet och bidrar således till målet om en ekonomi i balans. Grunden till de eventuella förbättringarna är i sin tur ett resultat av en ökad medvetenhet och kunskap om hela vårdkedjan bland medarbetarna, vilket åskådliggörs i lärande perspektivet. Av ovanstående diskussion finner vi ytterligare möjligheter till en flerdimensionell styrning. Vi anser att på så vis torde BSC stimulera en mer flerdimensionell styrning.

Vårt syfte med vår uppsats var *att analysera och diskutera användning och effekter av ett flerdimensionellt styrsystem inom hälso- och sjukvården*. Med ovanstående analyser och diskussioner anser vi att vi har uppfyllt syftet.

## 6 Slutsatser

### 6.1 Användning och effekter

Vi har i vår studie funnit följande angående användning och effekter av BSC-konceptet på Kungälvssjukhus:

#### 6.1.1 BSC som mätsystem

- Användningen av BSC-konceptet, processen att ta fram sjukhusledningens styrkortet, har skett i ledningen samt i fyra perspektivgrupper med målsvarsiga. Konsulter användes för att ta fram det första styrkortet, en resurs som idag är saknad av IVA. Sjukhusledningens styrkort är det övergripande vars ramar de andra i viss mån skall följa. Medicinkliniken och IVA arbetar mycket med arbetsgrupper där resultatet bOLLAS fram och tillbaka med så kallade tvärgrupper.
- Genom att använda BSC-konceptet i kombination med fallstudier, för att kartlägga flöden och finna orsak-verkan-samband har man minskat stuprörstänkandet och skapat en ökad helhetsbild. Man har även fått ett mer långsiktigt tänkande genom användandet av BSC konceptet. Följande effekter kan vi se inom hela organisationen.
- En annan effekt är att man tycker det är av värde att mäta och värdera.
- Sjukhusledningen har lärt sig att förankring av information är väldigt viktigt och det har varit en ledstjärna i verksamheten sedan dess.
- BSC-konceptet har skapat ett nätverk både i och utanför Sverige för KS, detta kan förhoppningsvis i slutändan visa sig i form av en ökad samhällsnytta.
- En negativ effekt har skapats, i dels den risk det innebär att projektet kan falla i glömska, men även att projektet tar mycket tid från den dagliga verksamheten.

#### 6.1.2 BSC som managementsystem

- Vi ser tydliga tecken på att BSC är på väg att införas som ett managementsystem.
- KS använder BSC som övergripande struktur för andra system. Ett exempel är projektet med KPP.

- BSC sammanför och koordinerar olika delar av system under samma mål och stimulerar på det viset en mer balanserad styrning.
- Det finns tankar om att det inte är BSC som skall stödjas av budgeten utan snarare budgeten som skall överbyggas av BSC.
- Vi anser att BSC tillsammans med andra styrsystem kan stimulera en mer flerdimensionell styrning.

## 6.2 Studiens unikheter och generaliserbarhet

De effekter vi fann av BSC som mätsystem har påvisats tidigare, därför är vår studie inte unik i denna bemärkelse. Att BSC kan användas som managementsystem har andra studier också visat, men ingen studie har funnit belägg för att BSC kan vara det övergripande styrsystemet. I det avseendet är vår studie helt unik. Varken Andersson et al. (2000) eller Hugander et al. (2000) fann något liknande. Vi har även funnit en praktisk användning av BSC som managementsystem, kopplingen mellan KPP och BSC. Detta har inte heller någon tidigare studie funnit.

Vi påstår inte att BSC idag används ett som övergripande styrsystem i hela hälso- och sjukvården. Tidigare studier har klart visat att denna generalisering ej går att göra. Däremot anser vi att BSC kan användas på detta övergripande sätt inom hela sektorn. Detta motiverar vi med att Axelsson (2000) menar att hälso- och sjukvården har likartad struktur över hela landet. De effekter som vi fann av BSC som mätsystem anser vi av samma anledning kunna generaliseras över hela hälso- och sjukvården.

## 7 Lärdomar, kritik av eget arbete samt förslag till framtida forskning

### 7.1 Lärdomar

Vi har under arbetets gång lärt oss mycket. Att på detta sätt få sätta in sig i en helt annan sektor än den som vi under tre års tid har studerat har varit ett privilegium och gett oss mycket. Nu i efterhand måste vi erkänna att vi hade en fördom om hälso- och sjukvården. Aldrig kunde vi föreställa oss att benägenheten till förändring skulle vara så stor. KS sätt att ta till sig nya idéer har verkligen imponerat på oss. Vi har också lärt oss att det finns en koppling mellan strategi och styrsystem, något som ofta ses som en myt. Vi kan dock till vår stora glädje konstatera att BSC kan vara en koppling mellan de två.

### 7.2 Kritik av eget arbete

Vi vill börja med att föra fram kritik mot Kaplan och Norton, skaparna av BSC. Dessa två väldigt framstående personer är inte bara forskare utan även försäljare av ett koncept. Vi anser att det finns en klar nackdel med detta. Stämningen i deras böcker blir ofta missionärsaktig. Att berätta om nackdelarna med BSC, kan för de liknas vid att svära i kyrkan, inte vidare lämpligt.

Eftersom de vi intervjuat jobbar mycket med BSC, finns det en risk för att våra intervjuobjekt har varit partiska. Dels kan de ha förskönat bilden av arbetet, men även utelämnat viktig information. Intressant att konstatera är att Agnetha (IVA) levererade mycket hård kritik mot ledningens sätt att enbart ha med administrativ personal i de första perspektivgrupperna. Det var något som Kari inte alls nämnde när ämnet diskuterades.

Som vi ser i figur 2, har vi tolkat en verklighet som redan är tolkad av våra intervjuobjekt. Att på detta sätt befinna sig två steg ifrån verkligheten kan ge upphov till verklighetsförvrängningar. Vår kvalitativa metod intervjun innebär att vi måste tolka i hög grad och risken finns därmed att vi har gjort feltolkningar. Detta är en klar nackdel med vår valda metod. Vidare har vi låtit en enda person representera en hierarkisk nivå vilket vi anser vara farligt då vår data till viss del kan snedvridas. Att dra generella antaganden utifrån en persons tolkningar kan vara i det djärvaste laget. Samtidigt måste vi konstatera att det inte finns så många människor vid Kungälvssjukhus som är så pass insatta i ämnet ännu att det hade lönat sig att vidga intervjuerna. Vi ansåg att det var bättre med färre, mer djuplodade intervjuer istället för tvärtom. Detta leder oss in på förslag till framtida forskning.



### 7.3 Förslag till framtida forskning

Dels hade det varit intressant att vidga undersökningen av BSC vid KS till att omfatta fler medarbetare men självklart hade det även varit intressant att följa upp arbetet vid Kungälvssjukhus vid ett senare tillfälle då styrkortet implementerats i hela organisationen. Kungälvssjukhus är emellertid bara ett fall inom hälso- och sjukvården och vi är helt övertygade om att angående användning och effekter av BSC, finns mycket kvar att utforska inom hela sektorn. Ett intressant fokus på framtida studier skulle kunna vara BSC i förhållande till budgeten. Frågor som skulle vara intressanta att ställa sig är hur BSC kommer att förhålla sig till budgeten och hur användandet av BSC kommer att vara i budgetprocessen.

Vidare är hälso- och sjukvården en sektor som har kännetecknas av en stor förändring, framförallt inom styrning av denna. Där det finns förändring finns ofta möjligheter till spännande forskning. Mycket kommer att hända inom hälso- och sjukvården och mycket har redan hänt. Det är som Agnetha Pettersson säger:

*”Det är ett annat tänkande nu”*

## 8 Källförteckning

### Skriftliga källor

Andersson, P.M. & Persson, J.E. & Ramberg, U. (2000). *Balanced Scorecard i landsting*. KEFU Skåne.

Anthony, R.N. & Govindarajan, V. (1998). *Management Control Systems*. Irwin/McGraw-Hill. (Ninth edition)

Axelsson, L. (2000). *Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och ledning – en delikat balansakt*. Elanders Gotab.

Cohen, L. & Manion, L. (1994). *Research methods in education*. Routledge

Lindvall, J. *Ekonomi & Styrning*, nr 5/95

Eriksson, L.T. & Wiedersheim-Paul, F. (1997). *Att utreda, forska och rapportera*. Liber Ekonomi

Falk, V. & Nilsson, K. (1999). *Hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige*. Studentlitteratur. (Andra uppl.)

Gilje, N. & Grimen, H. (1992). *Samhällsvetenskapernas förutsättningar*. Daidalos

Grant, R.M. (1998). *Contemporary Strategy Analysis: Concepts, Techniques, Applications*. Blackwell. (Third Edition)

Heland, von J. (1999). *Tjänster för samhället – Styrning, säkring och utveckling inom kommuner och landsting*. Bulls Tryckeri AB.

Holme I. M, & Solvang, B. K. (1991), *Forskningsmetodik*, Studentlitteratur

Hugander, O. & Åkesson, J. & Öhling, M. (2000). *Balanced Scorecard i Praktisk Användning*. Lunds Universitet, Företagsekonomiska institutionen, kandidatuppsats.

Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1999). *Från strategi till handling - The Balanced Scorecard*. ISL Förlag AB

Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1996). *The Balanced Scorecard – Translating strategy into action*. Harvard Business School Press

Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (2001). *The strategy-focused organization*. Harvard Business School Press

Lundahl, U. & Skärvad, P-H. (1992). *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*, Studentlitteratur.

Olve, N-G. & Roy, J. & Wetter, M. (1997). *Balanced Scorecard i svensk praktik*. Liber AB.

Rahm, C. (2000). *Insiktsboken*. Landstingsförbundet. Alfa Print.

Trost, J. (1997). *Kvalitativa intervjuer*. Studentlitteratur.

Yin, R. (1994). *Case study research – Design and methods*. Sage Publications.

## Elektroniska källor

Internetadress 1, <http://www.fek.su.se/home/gus/KURSER/Gilje&Grimenlecture/index.html>, 2001-04-25

Internetadress 2, <http://wwwhot.vgregion.se/ks/>, 2001-05-10

## Intervjuer

Aartojärvi, Kari, regionledningen Västra Götalandsregionen. Personlig intervju 01-05-02

Kerstin Johannesson, vårdutvecklare. Intervju via mail, 01-05-22

Marianne Melkersson, sjukhusdirektör Kungälv's sjukhus. Personlig intervju 01-05-04

Agnetha Pettersson, avdelningschef för IVA. Personlig intervju 01-05-03

## Sjukhus specifikt material

Balanced Scorecard Collaborative

Balanserad styrning

Delrapport 5 från Landstingsförbundets KPP-projekt

Internt dokument om SIMBA-projektet

Projekt intern styrning och kontroll

# 9 Bilagor

## Bilaga 1

**Inledande fråga:** Hur är din inställning till BSC? Positiv/negativ?

**Övergripande fråga: Hur används styrkortet idag?**

- **Detektor (Mäter och avläser, till exempel bokföringsprogram)**

**Övergripande fråga:** Vilka människor använder styrkortet idag?

Var befinner sig regionen samt KS?

Är det samma styrkort inom hela KS?

Finns det regler om hur styrkortens variabler skall mätas?

Eller bestämmer användaren det själv?

- **Assessor (något som jämför med standard, till exempel budget och prognoser)**

**Övergripande fråga:** Syftet med BSC? Har det nåtts?

Kopplande till något belöningssystem/budget?

- **Effektor (korrigerar det som är felaktigt)**

**Övergripande fråga:** Vad har ni sett för effekter av BSC? Positiva/negativa?

Vad är det för värde som det tillför?

Har styrkortet gett en ökad medvetenhet? Vinst?

Har ni fått en ökad helhetsbild av sjukhuset? I så fall, på vilket sätt?

Information till nyanställd?

- **Kommunikationsnätverk (förmedlar information)**

**Övergripande fråga:** Publiceras resultaten?

För, till vem? Hur ofta? Var? Hur?

- **Övriga frågor**

Har ni någon statistik?

Får vi ta del av styrkortet?

Har du något som du tror är passande att fråga vid intervjuerna?

## Bilaga 2

**Inledande fråga:** Hur är din inställning till BSC? Positiv/negativ?

- **Detektor (Mäter och avläser, till exempel bokföringsprogram)**

**Övergripande fråga:** Hur används styrkortet i det dagliga arbetet?

Vilka använder styrkortet?

Hur mäts de olika måtten?

Vilken information ger BSC?

Publiceras resultaten? För, till vem? Hur ofta? Var?

- **Assessor (något som jämför med standard, till exempel budget och prognoser)**

**Övergripande fråga:** Finns det mål med de olika måtten?

Hur långt har ni kommit i uppfyllande av målen?

Kopplat till budgetarbetet?

Kopplat till något belöningsystem?

Hur mycket tid läggs ner på BSC?

- **Effektor (korrigerar det som är felaktigt)**

**Övergripande fråga:** Vad är effekten av BSC för Kungälvssjukhus?

Vad är effekten av att använda den information som BSC ger? Finns det några

Har BSC kommit att ändra verksamheten? Om så, har någon avdelning använt denna ökade helhetssyn till att assistera någon annan avdelning i sitt arbete? I så fall, på vilket sätt?

Hur drivs den ständiga processen av BSC?

Information till nyanställd?

- **Kommunikationsnätverk (förmedlar information)**

**Övergripande fråga:** Hur överförs information inom sjukhuset?

Använder ni datastöd?

Parallella/integrerade system?

- **Avslutande fråga:**

Är BSC ett komplement eller ett övergripande styrverktyg inom organisationen? Information till nyanställd? Hur ofta uppdateras styrkortet? Hur ofta, hur och till vem?

## **Bilaga 3**

### **Intervjufrågor**

Vad har du för befattning på sjukhuset?

Hur är din inställning till styrkortet? Positiv/negativ?

Hur används styrkortet på olika nivåer i organisationen? Har du några exempel?

Har ni märkt några effekter (positiva eller negativa) av antingen användningen av styrkortet eller effekter på något annat sätt av införandet av BSC?

Har BSC kommit att ändra verksamheten? I så fall, på vilket sätt?

Ser du BSC som ett komplement eller ett övergripande styrverktyg inom organisationen?

Angående arbetet med styrkortet, vad händer här framåt?

Skulle vi kunna få Medicinklinikens styrkort, så långt som de har hunnit fram tills nu?