



**Företagsekonomiska institutionen
EKONOMIHÖGSKOLAN
LUNDS UNIVERSITET
Kandidatuppsats
2008-01-15**

Ekonomistyrning på Lunds Universitetssjukhus

– utformning och verkan

Författare

Peter Hudac Jonasson

Håkan Jönsson

Mikael Möller

Handledare

Per Magnus Andersson

Olof Arwidi

Förord

Att skriva en uppsats är inget man gör helt på egen hand. Hjälp fås i form av goda råd, stöd och handledning av olika slag. Det är något vi har att vara tacksamma för och därför vill vi ägna denna sida till alla er som på något sätt har bidragit till vår uppsats.

Vi vill framföra ett stort tack till alla anställda på Lunds Universitetssjukhus som ställt upp på intervju för den tid ni offrat för vår skull och alla de intressanta diskussioner vi har haft. Då vi har valt att göra uppsatsen anonym kommer vi inte att ta upp några namn, men ni vet vilka ni är. Tack även till alla er som hade orken att läsa igenom uppsatsen och kommit med språkliga korregeringar.

Slutligen vill vi även framföra ett stort tack till våra handledare Per Magnus Andersson och Olof Arwidi som med sina kunskaper i ämnet har guidat oss genom diverse felsteg till en slutlig kandidatuppsats.

TACK!

Sammanfattning

Uppsatsens titel: Ekonomistyrning på Lunds Universitetssjukhus – utformning och verkan

Seminariedatum: 2008-01-18

Ämne/kurs: FEKK01, Examensarbete kandidatnivå, 15 poäng

Författare: Peter Hudac Jonasson, Håkan Jönsson och Mikael Möller

Handledare: Per Magnus Andersson och Olof Arwidi

Fem nyckelord: Ekonomistyrning, Offentlig sjukvård, Budgetstyrning, Kostnadsansvar, Belöningssystem

Syfte: Syftet med uppsatsen är att beskriva och analysera utformning och verkan av ekonomistyrningen på Universitetssjukhuset i Lund.

Metod: I uppsatsen har vi använt oss av en abduktiv forskningsansats. För att kunna besvara våra frågeställningar har vi genomfört en fallstudie av kvalitativ karaktär. Materialet i empirin har vi inhämtat från de åtta intervjuer vi har gjort på USiL med personal i olika hierarkiska nivåer. Intervjuerna har varit semistrukturerade. Sekundärkällorna vi har använt har mestadels varit böcker av kända forskare som t.ex. Anders Anell, Jan Lindvall och Lars Samuelson.

Slutsatser: USiL arbetar idag med ett styrsystem som använder resultatansvar mellan ledningen och Region Skåne. De åtta divisionerna under ledningsnivå är organiserade som kostnadsansvarsenheter. Det primära styrverktyget är en fast rambudget som tas fram genom ett top-down budgetförfarande med bottom-up inslag. Utöver budgeten finns inget systematiskt använt verktyg som direkt kan knytas till ekonomisk påverkan. Inget monetärt belöningssystem används, och inte heller någon konsekvent social belöningsstruktur finns.

Skälen till varför ekonomistyrningen är utformad som den är, är många och förståliga. Svårighet att mäta output, det icke linjära sambandet mellan kostnader och intäkter, samt risken för konsekvenserna om alltför starka nyckeltal införs är exempel på några av dem.

Abstract

Title: Management Control Systems in Lund University Hospital – shape and effect

Seminar date: 2008-01-18

Course: FEKK01, Degree Project Undergraduate level, Business Administration, Undergraduate level, 15 ECTS-credits

Authors: Peter Hudac Jonasson, Håkan Jönsson and Mikael Möller

Advisors: Per Magnus Andersson and Olof Arwidi

Five key words: Management Control System, Public healthcare, Budget control, Expense Center, Reward systems

Purpose: The purpose of this essay is to describe and analyze the shape and effect of the management control system in Lund University Hospital.

Methodology: In this thesis an abductive researching approach has been used. We have implemented a case study of qualitative character to be able to answer our questions at issue. The empirical material has been gathered from eight interviews that we have done at USiL with staff from different hierarchy levels. All interviews have been semi structured. Secondary sources that have been used have mostly been books by famous authors researching the area like for example Anell, Jan Lindvall and Lars Samuelson.

Conclusions:

USiL is today working with a management control system that uses a profit center between the management and Region Skåne. The eight divisions that are below management level are organized as expense centers. The primary management controlling tool is an overall budget that is developed like a top-down budget, with help from a bottom-up budget. Other than the budget there is no systematic used tool that can be connected to economical influence. No monetary system is being used and there is also no consistent social reward structure..

The reason to why the management control system is developed the way it is, is many and understandable. The difficulty when it comes to measuring output, the none consisting connection between the cost and the profit and the risk for consequences if all too strong business ratios is introduced is examples to some of them.

Innehållsförteckning

1. Inledning	7
1.1 Bakgrund	7
1.1.1 Sjukvårdens utveckling internationellt	7
1.1.2 Sjukvårdens utveckling i Sverige	8
1.1.3 Styrning i sjukvården	10
1.2 Problematisering	11
1.3 Frågeställning	12
1.4 Syfte	13
1.5 Avgränsningar	13
2. Metod	14
2.1 Val av studieobjekt	14
2.2 Val av forskningsmetod	14
2.2.1 Kvantitativ forskning	16
2.2.2 Kvalitativ forskning	16
2.3 Val av metodansats	17
2.4 Tillvägagångssätt datainsamling	19
2.4.1 Teori- och litteraturval	19
2.4.2 Intervjuer	19
2.5 Validitet och reliabilitet	21
2.5.1 Kritik mot metodval	22
2.5.2 Kritik mot val av datainsamlingsmetoder	23
3. Teoretisk referensram	25
3.1 Ekonomistyrning	25
3.1.1 Ekonomistyrningens roll	26
3.2 Ansvarsenheter	27
3.2.1 Kostnadsansvar	27
3.2.1.1 Standardkostnadsansvarsenhet	28
3.2.1.2 Diskretionära kostnadsansvarsenheter	28
3.2.2 Resultatansvarsenhet	28
3.3 Ekonomiska verktyg	29
3.3.1 Budget	29
3.3.1.1 Budgetens process och syfte	29
3.3.1.2 Budgetens svårighetsgrad	31
3.3.1.3 Kostnadsslagsbudget	31
3.3.1.4 Rambudhet	32
3.3.1.5 Problem med budgetstyrning i sjukvården	32
3.3.2 Nyckeltal	32
3.3.3 Internprissättning	32
3.3.3.1 Diagnosrelaterade grupper, DRG	33
3.3.4 Belöning och motivation	34
3.4 Problematik med utformningen av ekonomistyrning inom sjukvården	34
3.4.1 Icke-vinstsyftande	35
3.4.2 Professionen	35
3.4.3 Tjänsteproducerande	35
3.4.4 Förändringsaspekten	36
4. Empiri	37

4.1 Lunds Universitetssjukhus	37
4.1.1 Bakgrund	37
4.1.2.1 Organisationens utformning	37
4.2 Ekonomistyrningen på USiL	39
4.2.1 Från 90 – talet och framåt	39
4.2.2 Reslutat- och kostnadsansvarsenheter	39
4.3 Ekonomiska verktyg	41
4.3.1 Budget	41
4.3.2 Budgetprocessen	42
4.3.2.1 Ledningsnivå	42
4.3.2.2 Divisionsnivå	43
4.3.2.3 Verksamhets- och avdelningsnivå	43
4.3.3 Budgetarbetet	44
4.3.4 Nyckeltal	46
4.3.5 Internpriser	47
4.4 Motivation och belöningar	47
4.4.1 Monetära belöningar	47
4.4.1.1 Individuell lönesättning	49
4.4.2 Sociala belöningar	50
4.4.1 Sociala belöningar	Error! Bookmark not defined.
5. Avslutande diskussion	52
5.1 Ekonomistyrningen	52
5.1.1 Ansvarsenheter	52
5.2 Ekonomiska verktyg	52
5.2.1 Budget	52
5.2.1.1 Budgetprocessen	53
5.2.1.2 Budgetarbetet	55
5.2.2 Nyckeltal	55
5.2.3 Internprissättning	56
5.2.4 DRG	57
5.2.5 Motivation och belöning	57
5.2.5.1 Monetära belöningar	57
5.2.5.1.1 Individuel lönesättning	58
5.2.5.2 Icke monetära belöningar	58
5.3 Ekonomistyrssystemets helhet	59
6. Slutsatser	61
6.1 Vidare forskning	61
7. Källförteckning	63
7.1 Publicerade källor	63
7.1.1 Litteratur	63
7.2 Elektroniska källor	64
7.3 Muntliga källor	65
7.4 Organisationsinternt material	65
Bilaga 1-7	66

1. Inledning

Följande kapitel avser att lägga grunden för vår undersökning. I bakgrunden önskar vi beskriva den rådande sjukhusmiljön, såväl internationellt som nationellt, för att ge läsaren en möjlighet att sätta problemet i sitt sammanhang. Under rubriken problematisering definieras och specificeras det problem vi ämnar undersöka.

”Besparingarna för de skånska sjukhusen blev närmast ett misslyckande under 2007”

Citatet ovan är hämtat från en artikel publicerad i Sydsvenskan den 17 december. Artikeln går vidare och redogör för de skånska sjukhusens resultat, där Lunds Universitetssjukhus visade det största underskottet på 164 miljoner. Tanken var att en besparing på 210 miljoner skulle göras, men kostnaderna lyckades enbart pressas med 46 miljoner. Besparingsplanerna fortskrider och avsikten är att de 210 miljonerna ska vara insparade till 2009.¹

Frågan som kommer att ställas i den här uppsatsen rör ekonomistyrningen på Lunds Universitetssjukhus, som kan spela en stor roll i den eventuella framgången av besparingarna.

1.1 Bakgrund

1.1.1 Sjukvårdens utveckling internationellt

Hälsovårdssektorn har under de senaste åren genomgått omfattande förändringar enligt en undersökning av hälsovårdsreformerna gjorda i länder som Kanada, Nederländerna, Sverige, Storbritannien och USA. Länder som tidigare har använt sig av planering och reglering rör sig numera alltmer mot konkurrensinriktning och ger därmed de marknadsorienterade systemen större inflytande.² Sjukhusen blir allt mer lika de privata företagen i sitt sätt att organisera och leda verksamheten och detta gäller även i Sverige där sjukvården med få undantag är

¹ <http://sydsvenskan.se/skane/article287942.ece>, 2008-01-13

² Samuelson (2005)

offentligt finansierad. Ett skäl som relateras till skiftningen mot den mer marknadsorienterade styrningen är att kostnaderna för hälso- och sjukvård har ökat markant.³

1.1.2 Sjukvårdens utveckling i Sverige

Från efterkrigstiden fram till slutet av 80-talet har den svenska hälso- och sjukvården genomgått en kraftig expansionsfas. Expansionen bromsades i och med problemet att få fortsatt expansion att gå ihop med den övriga samhällsekonomin. Sedan dess har endast en marginell förändring av andel BNP till sjukvården skett och begrepp som produktivitet har blivit ett nytt inslag i sjukvårdsdebatten.⁴

Country	Value	Latest Year
Australia	9.6	2004
Belgium	9.7	2004
Canada	9.8	2004
Denmark	8.6	2004
Finland	7.4	2004
France	10.5	2004
Germany	10.6	2004
Greece	7.9	2004
Iceland	9.9	2004
Ireland	7.2	2004
Italy	8.7	2004
Japan	7.8	2004
Luxembourg	8.0	2004
Netherlands	9.2	2004
New Zealand	8.4	2004
Norway	9.7	2004
Spain	8.1	2004
Sweden	9.1	2004
United Kingdom	8.1	2004
United States of America	15.4	2004

Figur 1. Diagram över andel BNP som läggs på sjukvården i 16 olika länder. Källa: OECD

Den svenska sjukvården finansieras främst av landstingsskatter. Utöver landstingsskatten bidrar patientavgifterna med 15 % av de totala intäkterna. Det finns även en privat sektor som 2002 stod för ca 5 % av den totala sjukvården i Sverige.⁵ Den offentliga sjukvården är uppdelad mellan 18 landsting och två regioner.⁶

Sedan slutet av 80-talet har alla landsting på olika sätt reformerat sina sjukvårdssystem. Bl.a. införde nio landsting 1992 ett system som till viss del ersatte sjukhusen för den service som

³ Anell (1994) / Samuelson (2005)

⁴ Ibid.

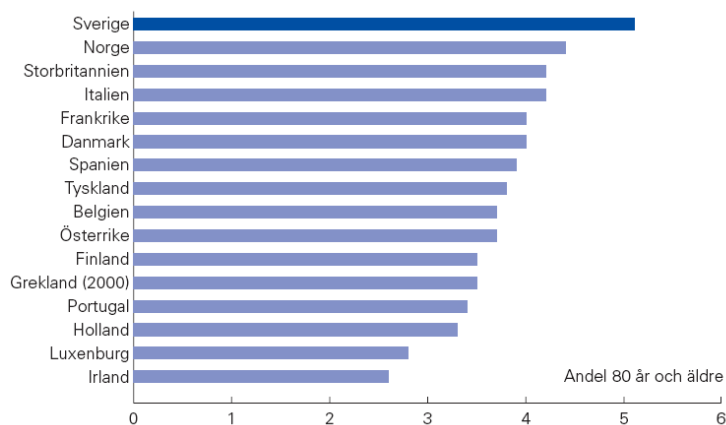
⁵ Samuelson (2005)

⁶ http://www.sverige.se/sverige/templates/OrgTypePage___9675.aspx

de stod för baserat på hur mycket de gjorde, istället för en fast summa. År 1993 valde fem landsting att basera ersättningen på presumtiva system för majoriteten av deras in- och ut-patientservice. Det innebar att man i förväg ersatte sjukhusen efter prognostiserade antal patienter.⁷

I Sverige har vi på senare år fått ett ökat behov av sjukvård. Det huvudsakliga skälet är en ökad andel äldre i befolkningen. Diagrammet nedan visar att Sverige 2001 hade den största andelen befolkning över 80 år bland 16 jämförbara länder i Europa. I jämförelse med samma länder återfinns dock inte Sverige i topp gällande andel BNP till sjukvård.

Andel av befolkningen 80 år och äldre 2001 (OECD 2003)



Figur 2. Diagram över andel av befolkningen som var 80 år och äldre 2001. Källa: SLF

År 2004 publicerade Sveriges Läkarförbund artikeln: "Brist på vårdplatser – kris inom svensk sjukvård". I den liknas den svenska sjukvården med: "... en krigssituation där man utnyttjar alla resurser över sin gräns" I artikeln tar man upp den äldre befolkningen och knyter den till antal vårdplatser. Nedskärningarna av antalet vårdplatser har nämligen blivit ett allt större problem. De senaste 15 åren har antalet vårdplatser minskat från 75 000 till 28000, vilket ger oss det lägsta antalet relaterat till befolkning i EU. Platsbristen benämns i texten som en kris som kommer att påverka områden som: patientsäkerhet, tillgänglighet, resursutnyttjande och arbetsmiljö.⁸

⁷ Samuelson (2005)

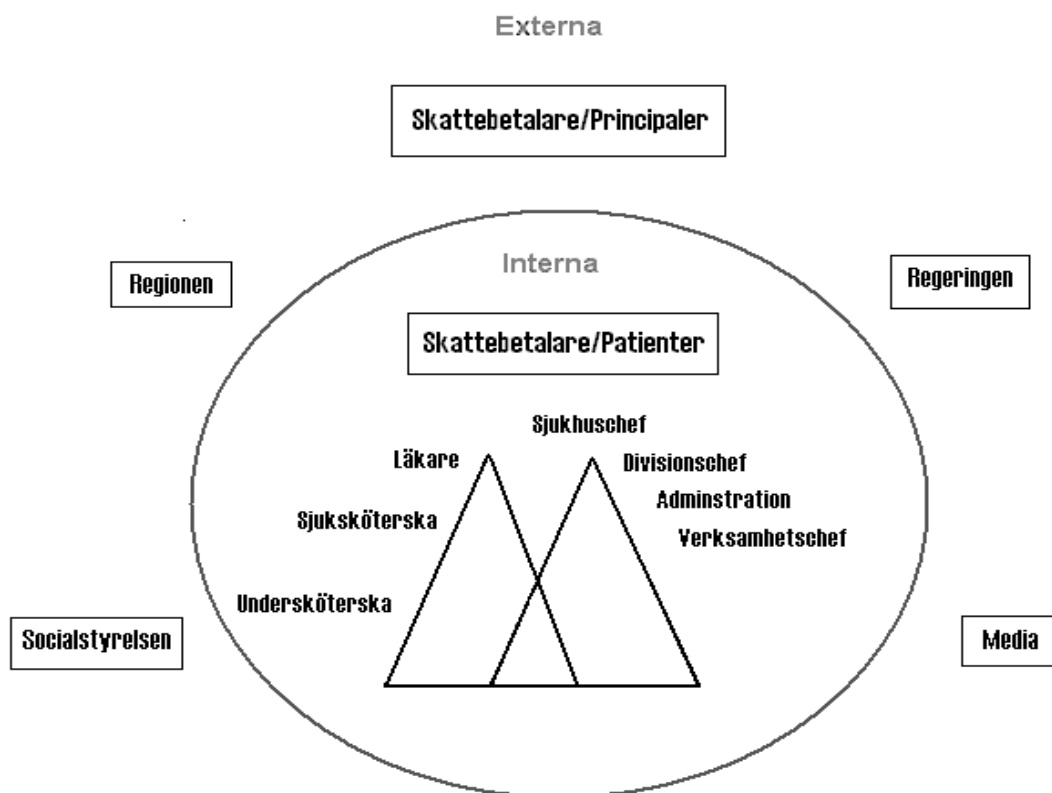
⁸ <http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=6069>, 2007-12-15

1.1.3 Styrning i sjukvården

Dagens sjukvård befinner sig i en situation där fler än ett krav bör uppfyllas. Kraven kommer från flertalet håll och många viljor ska tillgodoses, vilket enligt Hallin & Siverbo (2003) är det som särpräglar styrningen inom hälso- och sjukvården.

I en nyligen publicerad artikel i Läkartidningen tar Jan Halldin upp författaren Carl Henning Wijkmarks åsikter när han säger att ”förr var patienten läkarens främsta arbetsgivare, nu är det sjukvårdsapparaten”. I samma artikel påstår förvaltningschefen på patientnämnden i Stockholms läns landsting, Åsa Rundquist, att patienterna i dag har mer att säga till om än tidigare. Om man vidgar perspektivet på intressenter för sjukvården finner man intressenter såsom sjukhusledningen, regionen, regeringen, socialstyrelsen och media, vilka alla har inflytande. Ser man till dem som i en förlängd mening har den sanna makten hittar vi skattebetalarna/väljarna, vilka fyller en dubbelsidig roll.⁹

Modellen nedan sammanfattar och tydliggör vilka intressenter som påverkar och i viss mån försvårar styrningen i sjukvården.



Figur 3. Visar på sjukvårdens interna och externa intressenter. Den är inspirerad av de förhållningssätt Aidemark, L. (1998) presenterar i sin modell i "Vårdens ekonomi i förändring".

⁹ *Människovärdet i vården hotas av ekonomistyrning*, Läkartidningen, 2007-11-29

Krav ställs bl.a. av regeringens sjukvårdslag. Där uttrycks det t.ex. att vården ska ”vara lättillgänglig” och ”tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården”.¹⁰ Andra krav kan komma från regionen från vilka sjukhusen får sin budget. De kan likt i år ställa krav på stora besparingar. Samtidigt vill personalen på sjukhusen ha så hög lön som möjligt och en god arbetsmiljö. Patienter ställer krav på kvaliteten som ges kraft genom bl.a. media och från sjukhusledningen kan krav om konstant utveckling och förbättrade metoder utfästas.

I modellen ovan finner vi skattebetalarna på två ställen. Dels som principaler, och dels som patienter, vilket avser visa på deras dubbelsidiga position. Det är den här relationen som vi främst är intresserade av.¹¹

Begreppet principaler kommer från agent/principal-teorin, som ursprungligen använts för att beskriva problemen i förhållandet mellan ägarna (principaler) och företagsledningen (agenter). Här subsidierar den som beskrivning av förhållandet mellan skattebetalare och sjukvårdsapparaten. Problemen ligger i risken att agenterna (här sjukhusledningen) sätter sitt egenintresse före principalernas (här skattebetalarnas) intressen t.ex. genom att vara ineffektiva vid resursutnyttjande. Skattebetalarna är även med som patienter i modellen då vi betalt för en produkt som vi vid behov ställer krav att få ta del av. Som ”konsumenter” förväntar vi oss att få tillgång till den vård vi behöver, bli tillfredsställt bemötta och professionellt behandlade.

1.2 Problematisering

”I den bästa av världar kan sjukhusen trots denna komplexitet förväntas agera som perfekta agenter för både patienter och skattebetalare”¹²

– Anders Anell

Dessvärre lever vi inte i en perfekt värld och förväntningarna som Anell beskriver ovan är självklart orimliga. Det behöver däremot inte betyda att man inte ska försöka komma så nära som möjligt.

¹⁰ Hälso- och sjukvårdslagen, § 2a, punkt 2 och 5

¹¹ Aidemark (1998)

¹² Anell (1994)

Styrningen för att försöka uppnå ”perfekta agenter” kan göras på många sätt. Man kan försöka utnyttja *styrningen av sjukhusen* bl.a. genom olika betalningssystem från landsting till sjukhus. Lika väl kan man på olika sätt försöka använda *styrningen i sjukvården*.¹³ Resultatenheter, kostnadsansvar, ledarutbildningar, belöningsystem, balanced scorecard, lean production och andra organisationsförändringar är några av de sätt som kan tillämpas. Makronivån och *styrningen av sjukvården* är något som det forskats relativt mycket i, bl.a. av namnkunniga personer som Anders Anell. Mikronivån och *styrningen i* har däremot enligt Lindvall inte fått lika stor uppmärksamhet och det är till den forskningen vi vill dra vårt strå till stacken.¹⁴

Lunds Universitetssjukhus är idag ett av Sveriges största sjukhus. Deras budget för 2007 uppgick till 5,4 miljarder. Mellan 2002 och 2005 var budgetutfallen för USiL positiva, men dessvärre lyckades USiL inte hålla sig inom budget 2006, utan fick ett negativt resultat på 97 miljoner. Som inledningen förklarar gick Lunds Universitetssjukhus 164 miljoner kr minus 2007 och står inför framtida besparingar.

Antal äldre i befolkningen ökar och skattebetalarna kräver valuta för sina pengar, både som principaler och som patienter,¹⁵ och behovet av ”perfekta agenter” ökar. Ekonomistyrning är ett av de verktyg som under de senaste åren givits alltmer utrymme inom sjukvården och behovet av ett väl fungerande ekonomistyrningsystem blir allt viktigare, vilket leder till vår frågeställning.

1.3 Frågeställning

Hur är ekonomistyrningen på Lunds Universitetssjukhus utformad?

Varför är ekonomistyrningen på Lunds Universitetssjukhus utformad som den är?

Vilken verkan för ekonomistyrningen på Lunds Universitetssjukhus med sig?

¹³ Ekonomie doktor, Per Magnus Andersson.

¹⁴ Lindvall (1997)

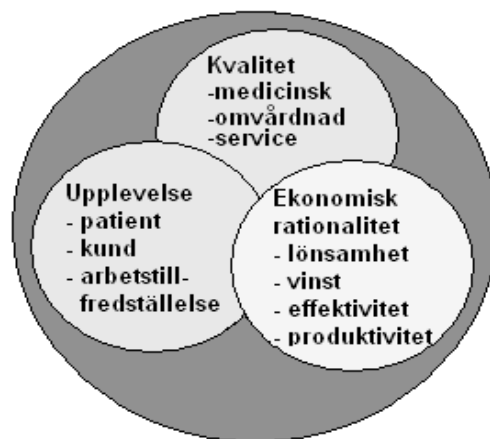
¹⁵ <http://www.usil.se> 2007-12-15

1.4 Syfte

Syftet med uppsatsen är att beskriva och analysera utformning och verkan av ekonomistyrningen på Universitetssjukhuset i Lund.

1.5 Avgränsningar

Vi kommer i denna studie fokusera på de ekonomistyrningssystem som direkt berör de ekonomiska rationalitetsaspekterna. Vi kommer inte att ta hänsyn till de humanistiska rationalitetsmåten i form av patienttillfredsställelse och livskvalitet. Således kommer vi därför inte att ta upp t.ex. *balanced scorecard* eller andra kvalitets- och upplevelseaspekter. Vi kommer därtill inte att lägga någon fokus på styrningen av sjukvården.



Figur 4. Modellen ovan visar mått som används inom sjukvården. Källa Liukkonen (1994)

2. Metod

I detta kapitel beskrivs den typ av undersökning som vi har gjort, vårt resonemang om metodologiska överväganden och en presentation av vårt valda tillvägagångssätt. Syftet är att ge läsaren en förståelse och inblick i hur studien genomförts och även en möjlighet att granska uppsatsens trovärdighet och noggrannhet.

2.1 Val av studieobjekt

Vid uppsatsskrivandets början var vår första tanke att studera den övergång från kostnads- till resultatansvar som skett inom Lunds Universitetssjukhus. Det var en förändring inom organisationen som vi hört talas om och fått intrycket av hade skett nyligen. Efterhand som vi studerade området och den rådande situationen på USiL närmare, insågs att så ej var fallet. De kraftiga besparingarna som påtvingades sjukhusen fångade däremot vårt intresse. Med besparingskrav från riksdag och regering borde det inom organisationen finnas en strävan att göra verksamheten så kostnadseffektiv som möjligt. Naturligtvis handlar det även om att vårda patienterna på ett bra sätt, men hur en central funktion som ekonomistyrningen är utformad och praktiskt fungerar inom en offentlig organisation som USiL fann vi intressant att undersöka närmre.

2.2 Val av forskningsmetod

Vår undersökning rör sig alltså om att göra en undersökning av en specifik organisation och fallstudiemetoden är enligt Jacobsen särskilt lämplig att använda sig av.¹⁶ En fallstudie är en undersökning av en specifik företeelse, t.ex. en händelse, en institution eller som i vårt fall en studie av Lunds Universitetssjukhus ekonomistyrning.¹⁷

Enligt Lundahl & Skärvad (1999) utgörs en fallstudie av ett eller ett mindre antal fall som studeras i detalj eller i flera dimensioner. I en fallstudie måste man vanligtvis göra en

¹⁶ Jacobsen (2002)

¹⁷ Merriam (1994)

avvägning mellan djup och bredd. I vår studie har vi valt att fokusera på det senare. Fallstudier lämpar sig i övrigt, enligt Yin (1994) väl som en metod när *hur* eller *varför* frågor ställs om företeelser där man som forskare har liten eller ingen kontroll över beteendemässiga faktorer. Vår uppsats om ekonomistyrning syftar till att svara på just frågor som *hur* ekonomistyrningen är utformad och *varför* den är utformad som den är.

Vår ambition har under arbetets gång varit att studera olika hierarkiska nivåer inom USiL och därigenom få en uppfattning om hur det faktiskt ser ut för sjukhuset som helhet. Detta är i enlighet med Becker (1968) som menar att man med fallstudier ska komma fram till en helhetsinriktad förståelse av de enheter man studerar och därigenom kunna utveckla generella teoretiska påståenden.¹⁸

Överlag är fallstudier mycket intensiva studier som omfattar stora mängder information om det objekt som studeras.¹⁹ Till skillnad från många andra angreppssätt, som exempelvis surveystudier, finns det vid fallstudier inga speciella metoder för insamling eller analys av den införskaffade informationen.²⁰ Vissa metoder är visserligen vanligare än andra och vid fallstudier är det framförallt kvalitativ forskning som framhålls. Det förekommer trots det en tillämpning av såväl kvalitativ som kvantitativ metod i stor utsträckning.²¹

Vid metodologiska överväganden skiljer forskare och författare många gånger på kvantitativ och kvalitativ forskning.²² Två benämningar som i huvudsak beskriver valet av hur man genererar, bearbetar och analyserar den insamlade informationen.²³

En del framhåller skillnaderna som grundläggande och mycket påtagliga medan andra hävdar att det inte längre går att göra någon brukbar åtskillnad metoderna emellan. Distinktionen mellan kvantitativ och kvalitativ forskning görs likväl i stor utsträckning och skillnaderna framhålls enligt Bryman & Bell (2005) som allt tydligare och allt viktigare. Vi kommer därför att här beskriva de olika forskningsstrategierna och klargöra vilka avväganden vi har gjort i undersökningen.

¹⁸ Merriam (1994)

¹⁹ Grønmo (2006)

²⁰ Merriam (1994)

²¹ Bryman & Bell(2005)

²² Ibid.

²³ Patel & Davidson (2003)

2.2.1 Kvantitativ forskning

Vid kvantitativ forskning ligger tonvikten på kvantifiering när det kommer till insamling och analys av data.²⁴ Detta innebär en mätning av data och man använder sig av statistiska bearbetnings- och analysmetoder.²⁵ Det finns relativt klara riktlinjer för hur undersökningen ska genomföras och med matematik, aritmetiska formler och de statistiska inslagen finns en tydlig koppling till de metoder som används inom naturvetenskaperna.²⁶

Den kvantitativa metoden antar ett deduktivt synsätt, se avsnittet *Val av metodansats*, och framför allt är det en fråga om en prövning av teorier.²⁷ Enligt Patel & Davidson (2003) är det primära kunskapsyttet med metoden att orsaksförklara de fenomenen som ligger till grund för undersökningen, och därigenom möjliggöra eventuella förutsägelser.

2.2.2 Kvalitativ forskning

Kvalitativ forskning skiljer sig från den kvantitativa i många avseenden. Det finns enligt Byron & Bell (2005) ett övergripande fokus på ”ordets betydelse” snarare än en kvantifiering vid insamling och dataanalys.²⁸ Vidare är individens uppfattning och tolkning av den sociala verkligheten en central utgångspunkt inom den kvalitativa forskningen, och man tar avstånd från det naturvetenskapliga förhållningssättet, som kvantitativ forskning representerar. Ett induktivt förhållningssätt mellan teori och praktik används, vilket vi kommer att beskriva närmare i vår metodansats, och stor vikt läggs vid generering av teorier. Man vill med den kvalitativa metoden framför allt uppnå en djupare förståelse av undersökningsobjektet men det är även viktigt att förstå hur det förhåller sig till helheten.²⁹ Enligt Patel & Davidson (2003) är kunskapsyttet inom den kvalitativa metoden primärt av ”förstående” karaktär och inte av ”förklarande”.

Det förekommer även forskning som bygger på en flerfaldig forskningsstrategi. Bryman & Bell (2005) menar att en sådan kombinerar metoder som hör till de två olika forskningsstrategierna, vilket innebär en kombination av såväl kvalitativ som kvantitativ

²⁴ Bryman & Bell (2005)

²⁵ Patel & Davidson (2003)

²⁶ Ibid.

²⁷ Bryman & Bell (2005)

²⁸ Bryman & Bell(2005)

²⁹ Patel & Davidson (2003)

metod. Beroende på hur man vid tillämpningen väljer att förhålla sig metoderna mellan, kan denna flerfaldiga forskning vidare angripas och genomföras på en mängd olika sätt. Exempelvis kan de olika forskningsidealerna användas som *komplement* till varandra i syfte att få olika aspekter av en undersökning att passa ihop eller som *stöd* för att med den ena forskningsstrategin kunna bidra vid tillämpandet av den andra.

För att uppfylla syftet med studien och få en mer ingående helhetsbild av situationen på USiL, har vi använt oss av ett strikt kvalitativt angreppssätt. Med empiriska data på flera nivåer inom organisationen har vår avsikt hela tiden varit att uppnå en djupare insikt och förståelse över hur det verkligen förhåller sig på sjukhuset.

Den kvantitativa forskningen, och även en kombination av de båda forskningsmetoderna, ser vi inte som ett alternativ i detta fall, dels beroende på vad vi faktiskt vill uppnå med undersökningen men framför allt p.g.a. de i praktiken begränsade möjligheterna p.g.a. studiens omfattning.³⁰

2.3 Val av metodansats

En viktig del i forskningsarbete består i att relatera teori till verklighet och man talar i huvudsak om tre möjliga tillvägagångssätt; deduktion, induktion och abduktion.³¹

I en deduktiv studie sägs forskaren följa bevisandets väg. Man utgår från allmänna principer och befintliga teorier för att sedan dra slutsatser om enskilda händelser och företeelser.³² Med utgångspunkt från det man vet inom ett visst område och med hänsyn till teoretiska överväganden, deducerar eller härleder således forskaren en eller flera hypoteser att empiriskt pröva i det aktuella fallet.³³

Det induktiva arbetssättet antar ett motsatt förhållningssätt mellan teori och empiri och följer mer upptäckandets väg. Undersökningsobjektet studeras utan någon förankring i befintlig

³⁰ Bryman & Bell (2005)

³¹ Patel & Davidson (2003)

³² Ibid.

³³ Bryman & Bell (2005)

teori för att i efterhand tillåta forskaren skapa en ny. Teorin är resultatet av en forskningsansats och formuleras alltså med utgångspunkt från den insamlade informationen, empirin.³⁴

Abduktion är ett tredje tillvägagångssättet och innebär i stort en kombination av de tidigare två, deduktion och induktion. Man utgår precis som vid induktion från empirin men samtidigt tillämpas det deduktiva synsättet när man använder sig av befintlig teori för en ökad förståelse.³⁵

Enligt Patel & Davidson (2003) antas objektiviteten kunna stärkas med det deduktiva arbetssättet, men med användandet av befintlig teori kan också undersökningen påverkas i oönskad riktning. Vi ser, med utgångspunkt från ett strikt deduktivt synsätt också risker med att undersökningen på USiL kan influeras av vårt teoretiska grundval och att vi dessutom kan gå miste om viktig och intresseväckande information på vägen.

Vid ett induktivt synsätt finns risken att man inte vet något om teorins räckvidd eller generalitet och dessutom finns det inom forskaren/forskarna föreställningar och uppfattningar som ofrånkomligen kommer att påverka skapandet av teorier. Detta gäller även vid ett abduktivt arbetssätt, men inte i samma utsträckning.³⁶

Vi har i vår studie antagit en abduktiv ansats. Detta ligger till grund för att vi från början inte haft någon fullständig ”verktygslåda” att utgå från, utan istället skapat vår egen teoretiska referensram att jämföra med empirin. Vi har skapat en överblick av ekonomistyrningen på USiL och sedan valt relevanta teorier, för sedan återgå till att studera området närmare med hjälp av vår teoretiska referensram. Vi har således arbetat såväl induktivt som deduktivt och även om våra empiriska frågeställningar är relaterade till våra valda teorier, har vi samtidigt varit öppna för nya infallsvinklar under studiens gång. Med det har vi inte varit låsta vid ett strikt deduktivt eller induktivt angreppssätt.

³⁴ Patel & Davidson (2003)

³⁵ Alvesson & Sköldberg (1994)

³⁶ Patel & Davidsson (2003)

2.4 Tillvägagångssätt – Datainsamling

Beroende på forskarens medverkan vid datainsamling kan man göra en åtskillnad mellan primär- och sekundärdata. Primärdata innefattar material som forskaren eller utredaren själv samlat in medan sekundärdata består av material insamlat av andra personer, institutioner etc.³⁷

Under studiens gång har vi använt oss av såväl primär – som sekundärdata.

Den teoretiska referensramen utgörs i sin helhet av sekundärdata som är inhämtat från litteratur. Vårt empiriska kapitel däremot, innefattar primärdata i form av intervjuer men även sekundärdata då vi har använt oss av litteratur i ämnet. I den avslutande diskussionen vägs teorin samt empirin in och detta kapitel utgörs alltså av både primär – och sekundärdata.

2.4.1 Teori- och litteraturval

Vår uppsats är en fallstudie och syftar till att analysera ekonomistyrningen på Lunds Universitetssjukhus. För att kunna göra det behöver vi en ”verktygslåda” som innehåller den typen av instrument som används på USiL och inom sjukvården i övrigt. Då vår uppsats är av abduktiv karaktär har vi valt att först få en överblick av USiL:s ekonomistyrning varefter vi har valt relevanta teorier.

De teorier som tas upp är i direkt anknytning till vår undersökning. Mycket är hämtat från forskare som tidigare har gjort undersökningar inom eller i angränsande ämnen.

2.4.2 Intervjuer

Intervjuer kan vara av såväl kvantitativ som kvalitativ karaktär och man skiljer enligt Bryman & Bell (2005) i huvudsak på *strukturerade*, *ostrukturerade* och *semi-strukturerade intervjuer*. Den strukturerade intervjun räknas till den kvantitativa forskningen och är av den form som gör det relativt enkelt att både genomföra intervjun och senare kategorisera svaren. Frågorna ställs till respondenter utifrån ett i förväg fastställt fråge- eller intervjuschema där syftet är att kontexten för samtliga intervjuer ska vara densamma.

³⁷ Andersen (1998)

Vid de ostrukturerade och semistrukturerade intervjuerna ligger tyngdpunkten på den intervjuade personens egna uppfattningar och synsätt, och man antar en kvalitativ metodinriktning.

De ostrukturerade intervjuerna kan mer eller mindre liknas vid en konversation. Intervjuaren berör vissa områden och korrespondenten får sedan associera fritt kring dessa i förhållandevis stor utsträckning.

Semi-strukturerade intervjuer berör å andra sidan mer specifika teman och man använder sig vanligtvis av en s.k. intervjuguide. Den intervjuade personen har dock fortfarande en relativt stor frihet och kan utforma svaren på sitt eget sätt.³⁸

Även om den ostrukturerade intervjun underlättar vid sammanställning av svaren och vid själva frågeställandet, anser vi inte denna insamlingsmetod vara passande för vår undersökning. Vår intention har heller inte varit att kvantifiera respondenternas svar i någon mening. Med förutbestämda teman och en del frågor kring dessa, har vi däremot haft för avsikt att föra intervjun mot vår frågeställning och ta del av information relevant för undersökningen. Vår tonvikt ligger till stor del även på det som intervjupersonen upplever vara viktigt inom vårt berörda område och vi anser den semi-strukturerade intervjun vara mest lämpad. Vi kombinerar därmed den ostrukturerade intervjun med en tydligare indelning om vad frågorna ska röra sig om vid intervjutillfället.

Med kvalitativ inriktning och semi-strukturerade intervjuer har vi därför intervjuat anställda på olika hierarkiska nivåer inom USiL. Vid detta urval har vi haft för avsikt att ta del av information och åsikter som en representant från varje nivå kunnat bidra med.

I ett första skede ville vi få mer övergripande bild över hur USiL:s verksamhet fungerade och vi ville tala med någon som var väl insatt i detta i samband med det dagliga arbetet. En kunskap om de ekonomiska aspekterna var även viktig och detta ledde slutligen fram till en intervju med en av verksamhetsekonomerna.

³⁸ Bryman & Bell (2005)

Efter den intervjun var vi bättre orienterade och våra fortsatta intervjuer följde de olika nivåerna inom USiL, uppifrån och ner. De innefattade, i nämnd ordning: Två personer ansvariga för budget/uppföljning inom administrativa staben, en divisionschef, en verksamhetschef, en avdelningschef, en läkare, en sjuksköterska och en undersköterska.

Med kvalitativa intervjuer får vi dels den djupare förståelsen inom området som vi eftersträvar och dessutom går vi förmodligen inte miste om vad som kan röra sig utanför våra egna föreställningsramar.

Vi har samtliga författare av uppsatsen närvarat vid de olika intervjutillfällena och även registrerat dessa genom bandupptagning. Intervjuerna kan närmast beskrivas som diskussioner och samtal kring de frågor som vi i förväg sammanställt inför varje intervjutillfälle. Beroende på den intervjuades position har vi i intervjuguiden, inom de specificerade temana, även anpassat frågorna till vederbörande, se bilaga.

2.5 Validitet och reliabilitet

En undersöknings validitet definieras enligt Lundahl & Skärvad (1999) som frånvaro av systematiska mätfel. Det är en uppskattning av om slutsatserna som åstadkommits i studien hör samman eller inte.³⁹ Vidare skiljer man mellan olika slags validitet och särskilt mellan den inre – och yttre validiteten.⁴⁰

Den inre validiteten avser studiens överensstämmelse mellan teori och utförande. Det handlar om att använda sig av lämpliga mätinstrument, i form av exempelvis observationer och intervjuer, för att därigenom uppnå bästa möjliga resultat. Den yttre validiteten berör i vid mening hela undersökningens karaktär och behandlar överförbarheten, d.v.s. i vilken utsträckning resultatet från studien kan generaliseras utöver den specifika undersökningskontexten.⁴¹

³⁹ Bryman & Bell (2005)

⁴⁰ Lundahl & Skärvad (1999)

⁴¹ Bryman & Bell (2005)

Reliabiliteten (tillförlitligheten) i en undersökning syftar på frånvaron av slumpmässiga mätfel.⁴² Det innebär att en studie med god reliabilitet inte påverkas av vem som gör undersökningen, eller av andra tillfälliga omständigheter i samband med genomförandet.⁴³

I vår undersökning upprätthålls den inre validiteten framför allt genom att vi har intervjuat personer med lång erfarenhet och kännedom om arbetet på USiL. Negativt är det givetvis att vi inte har möjlighet att intervjua en större del av personalen.

Yttre validitet erhåller vi främst med information hämtad från flera oberoende källor och dessutom tar vi oss an frågeställningen/problematiken med utgångspunkt från såväl deduktiv som induktiv ansats, i och med vårt abduktiva arbetssätt.

Med hänsyn till reliabiliteten i studien har vi, även om vissa intervjuer i empirin presenteras mer ingående, bifogat de enskilda intervjuguiderna i sin helhet, för att läsaren inte ska gå miste om deras särart. Den förklaring som vi i detta kapitel gjort av vårt valda tillvägagångssätt bör även stärka studiens reliabilitet i sig.

2.5.1 Kritik mot metodval

Oavsett forskningsmetod finns det för – och nackdelar att ta hänsyn till. Medvetenhet om hur detta förhåller sig är naturligtvis viktigt för att kunna göra ett bra metodval för att på bästa sätt kunna besvara frågeställningen.⁴⁴

Även om vi har haft för avsikt att genomföra studien på USiL ur ett objektiva perspektiv finns det också utrymme för subjektiva inslag, något som särskilt kvalitativ forskning ibland kritiserar för.⁴⁵ I vår typ av undersökning finns även svårigheter med generaliseringen där de intervjuade personernas åsikter inte kan vara representativa för USiL som helhet. Enligt Mitchell (1983) ska resultatet från den kvalitativa forskningen dock generaliseras till teori istället för till populationer. Kvaliteten på de teoretiska slutsatserna, som hämtas från kvalitativa data, är således det viktiga vid bedömningen av generaliserbarhet.

⁴² Lundahl & Skärvad (1999)

⁴³ Bryman & Bell (2005)

⁴⁴ Merriam (1994)

⁴⁵ Bryman & Bell (2005)

Vid en deduktiv ansats finns risken att man som forskare väljer studieobjekt, och dessutom formulerar teorier, från egna erfarenheter och tidigare forskning på området.⁴⁶

Att man har olika erfarenheter och referensramar anser vi vara ofrånkomligt i de här sammanhangen, men givetvis har vi under arbetets gång arbetat för att minimera påverkan.

2.5.2 Kritik mot val av datainsamlingsmetoder

Med personliga intervjuer finns naturligtvis risken att den s.k. intervjuareffekten uppstår. Den innebär att egenskaper hos intervjuarna såsom ålder, etnisk bakgrund etc. kan påverka respondenternas svar. Intervjuobjektet kan uppträda på ett annorlunda sätt än vanligt och även svara på ett sätt som de tror att vi som intervjuare uppskattar.⁴⁷ Om våra personliga egenskaper inverkat vid intervjutillfällena kan det givetvis påverka tillförlitligheten i undersökningen. Samtidigt är det inte något som vi tagit vidare hänsyn till vid utvecklandet och sammanställningen av uppsatsen. Istället väljer vi att lämna det till läsaren att väga in eventuella effekter.

Användandet av bandspelare vid intervjutillfällena kan göra att respondenterna känner sig hämmade och blir mer försiktiga i sina svar.⁴⁸ Det är något vi varit fullt medvetna om under studiens gång men p.g.a. intervjuernas delvis ostrukturerade karaktär, som lämnar stor frihet till respondenten och frågeställaren, och för att göra riktiga tolkningar vid sammanställningarna, har vi ändå valt att spela in intervjuerna. Någon nervositet eller negativ inställning från respondenterna har vi inte märkt av men inspelningarna kan naturligtvis ha påverkat utgången ändå.

Vi har genomfört ett antal kvalitativa intervjuer under studien, men för väga in fler anställda inom sjukhuset och kunna sammanställa deras synpunkter, så är en undersökning av kvantitativ karaktär ett alternativ tillvägagångssätt. Vid användandet av enkäter, som framför allt går snabbt att administrera, kan man dessutom undvika den eventuella intervjuareffekten. Respondenten har en benägenhet att vilja ge en alltför positiv bild av sig själv, en skevhet som i studier av Sudman & Bradburn (1982) tycks reduceras vid just användandet av enkäter.

⁴⁶ Patel & Davidson (2003)

⁴⁷ Bryman & Bell (2005)

⁴⁸ Ibid.

Enkäter och även annan kvantitativ forskning skulle ge en möjlighet att se hur det förhåller sig på de olika nivåerna i ett bredare spektra än vad som är möjligt i form av kvalitativa intervjuer. Med detta skulle beteendemönster och uppfattningar bland personalen troligtvis synliggöras på ett annat sätt. Enkäterna eller en mer kvantitativ undersökning överlag, kunde alltså ha bidragit till att vi fått en mer övergripande och rättvisande bild av sjukhuset. P.g.a. undersökningens omfattningen, svårigheter med fullgott deltagande från personalen och med hänsyn till tidsaspekten har vi dock uteslutit detta alternativ.

Åldern på böckerna vi har använt har varierat något, men informationen vi har från de äldre böckerna är av mer grundläggande karaktär. I den teoretiska referensramen har vi använt oss av teorier som rör sjukvården och offentliga verksamheter överlag. Teorierna som är gällande för landsting och offentliga organisationer i allmänhet, anser vi vara tillämpbara i sammanhanget även om de har en vidare funktion och användbarhet.

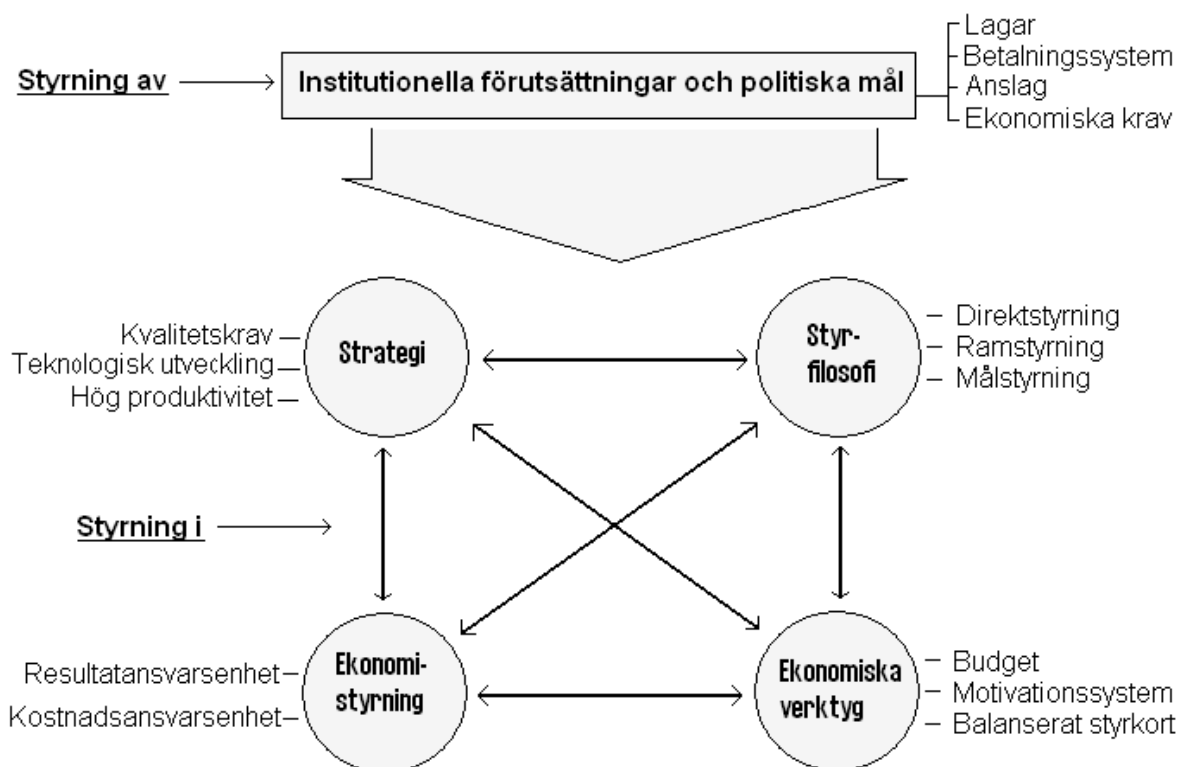
Vi är även medvetna om att vi har ett mindre kritiskt förhållningssätt till de teorier som använts från litteraturen. Författarna är dock erkänt insatta inom vårt område och de är vanliga referenser som ofta figurerar i sammanhang gällande offentliga organisationer och sjukvård i synnerhet.

3. Teoretisk referensram

I det här avsnittet beskrivs vår teoretiska referensram. Vi inleder med en övergripande modell för att tydliggöra vår vidare framställning. Fokus kommer att ligga på modellens två nedre cirklar, ekonomistyrning och ekonomiska verktyg.

3.1 Ekonomistyrning

Definitionen av ekonomistyrning varierar lite beroende på författare. Exempelvis så beskriver Merchant & Van der Stede (2003) ekonomistyrning som samtliga system som används av ledningen för att anställdas beslut och beteende ska stämma överens med verksamhetens mål och strategi medan Källström (1990) beskriver det som processen där medlemmar inspireras och motiveras. Nedan följer en modell som bl.a. visar interaktionen mellan de olika delarna av ekonomistyrning.



Figur 5. Modellen visar exempel på styrningen av och styrningen i sjukvården samt samspelet däremellan.
Källa: Egen modell

I modellen finner vi pilar som visar *styrning av* och *styrning i* och som tidigare fastslagits fokuserar uppsatsen på det senare. Av de fyra cirklarna kommer endast de två nedre ges utrymme i uppsatsen. Skälet till att de övriga punkterna inte tas upp är att vi inte ser de stå i tillräcklig direkt koppling till t.ex. lönsamhet och produktivitet.

3.1.1 Ekonomistyrningens roll

I följande text tar vi upp några exempel på vad ekonomistyrning kan syfta till att uppfylla. Det görs för att ge läsaren en bättre bild av vad ekonomistyrning är och ökad förståelse för vad det är vi har tittat på när vi har intervjuat och undersökt USiL.

Fremsta syftet med ekonomistyrning är att implementera organisationens målsättningar. Ekonomistyrningen har funktioner utöver det, men de flesta av de funktionerna är direkt knutna till strategin. Ett begrepp som ofta dyker upp är målkongruens. Begreppet syftar till att man så långt som möjligt påverkar sina anställda för att deras mål i största utsträckning ska stämma överens med organisationens mål och på så vis hjälpa till med implementeringen av strategins övergripande mål.⁴⁹

I Källströms definition av ekonomistyrning som tidigare nämnts så talar han om att motivera och inspirera. Det som avses motiveras till är t.ex. produktivitet och ökad lönsamhet. Mått som inom nästan varje organisation är av hög rang. Ekonomistyrning bör alltså lämna incitament som driver de anställda att arbeta mot de mått och mål som ledningen sätter för organisationen.⁵⁰

Behovet av ekonomistyrning uppstår först när decentralisering sker. Decentralisering innebär att man förskjuter beslutsansvaret nedåt i organisationen. Behovet av decentralisering kan komma av att ett företag når en storlek då den rådande ledningen inte längre kan ta alla informerade beslut. Ett annat skäl till decentralisering kan vara en vilja att få beslutsfattaren närmare den operativa verkligheten.⁵¹ Enligt Anthony & Govindarajan är ekonomistyrning ”a

⁴⁹ Anthony & Govindarajan (2003)

⁵⁰ Merchant & Van der Stede (2003)

⁵¹ Källström (1990)

must in any organization that practices decentralization” och Källström (1990) menar att det inte är en fråga *om* utan *i vilken utsträckning* decentralisering ska ske.

3.2 Ansvarsenheter

I en organisation finns det fyra olika sätt att kategorisera det ekonomiska ansvaret: intäktsansvar, kostnadsansvar, resultatansvar och investeringsansvar. De två senare väljer vi att inte gå in närmre på då de inte är förekommande på några av avdelningar inom vårt undersökningsobjekt.

Kostnadsansvar innebär att man endast är ansvarig för kostnaderna inom ens enhet. Enheter som organiseras som kostnadsenheter genererar oftast inte några intäkter. Har en enhet ett resultatansvar är den ansvarig för både sina intäkter och kostnader och fungerar därmed som ett litet företag.

Fördelar med införandet av ansvarsenheter är bl.a. att kvalitén på de beslut som tas förbättras i och med att de tas av den chef som står närmst beslutsmaterialet. Besluten kan tas snabbare då enhetschefen inte måste höra med högsta ledningen innan beslutet tas. Ledningen kan därmed fokusera på mer övergripande beslut rörande hela organisationen.⁵²

För att ansvarsenheter ska bli mer än tomma ord menar Bergstrand (2003) att det är viktigt att ge enhetschefen rätt befogenheter samt att regelbundet följa upp och utkräva det ansvar som motsvarar befogenheterna.

3.2.1 Kostnadsansvar

Ett kostnadsansvar används om det inte finns några intäkter eller om de är alldeles för svåra att mäta. Endast input mäts och görs så oftast i monetära termer. Syftet med användningen av den här sortens ansvarsenhet är att begränsa kostnaderna.⁵³ Ett problem som kan uppstå vid

⁵² Anthony & Govindarajan (2003)

⁵³ Ibid.

användningen av kostnadsansvar inom sjukvården är att det kan leda till underproduktion om man inte har en koppling till någon annan form av motivation.⁵⁴

Kostnadsansvarsenheter kan delas in i två underkategorier, standardkostnadsansvarsenhet och diskretionär kostnadsansvarsenhet.⁵⁵

3.2.1.1 Standardkostnadsansvarsenhet

Input mäts i monetära termer och output mäts oftast i antal. I en tillverkningsenhet kan man således beräkna vad som skulle vara den optimala kostnaden för tillverkningen av en vara genom att ta output och multiplicera med standardkostnaden för varje enhet producerad. Målet är precis som vi tidigare nämnt att minska på kostnaderna, men ändå tillverka så mycket som möjligt. Standardkostnadsansvarsenheter styrs oftast genom budget.⁵⁶

3.2.1.2 Diskretionära kostnadsansvarsenheter

Skillnaden gentemot en standardkostnadsansvarsenhet är svårigheten att mäta outputen i volym eller monetära termer. Då outputen är svår att bedöma blir det svårt att jämföra en enhet med en annan. Exempel på diskretionära kostnadsansvarsenheter är forsknings- och utvecklingsavdelningar eller andra avdelningar där det är svårt att kvantifiera outputen.⁵⁷

3.2.2 Resultatansvarsenhet

I en resultatansvarsenhet mäts effektiviteten genom att beräkna skillnaden mellan intäkt och kostnad, vinsten med andra ord. Enheten har alltså ansvar för både sina intäkter och sina kostnader. Utöver de fördelar som ansvarsenheter för med sig, finns även fördelen med resultatansvar att den motiverar till att skära ned på kostnaderna samt att öka intäkterna.⁵⁸

En förutsättning som talar mot resultatansvarsanvändning inom sjukvården är att de olika enheterna inte får vara för starkt sammankopplade, vilket är vanligt inom sjukvården.⁵⁹

⁵⁴ Anell (2005)

⁵⁵ Anthony & Govindarajan (2003)

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Anthony & Govindarajan (2003)

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Lindvall (1997)

Ytterligare svårigheter finns i att pålitligt kunna mäta intäkter, vilket det inom sjukvården inte ännu finns ett enhetligt och naturligt sätt att göra.⁶⁰

3.3 Ekonomiska verktyg

3.3.1 Budget

En budget är en översiktlig sammanställning av framtida intäkter och utgifter som vanligtvis sträcker sig över ett års tid. Den anses som ett viktigt verktyg för den kortsiktiga planeringen och kontrollen inom en organisation. Vanligt är att budgeten ses som en ett års del av den övergripande strategin för verksamheten.⁶¹

3.3.1.1 Budgetens process och syfte

En budgets förmåga som styrningsverktyg kan delas upp på två delar. Processen att ta fram budgeten och budgeten i sig. Tonvikten läggs främst på processen att ta fram budgeten. Merchant & Van der Stede (2003) förklarar skälet till det så här:

”Planning and budgeting systems produce only one form of tangible output – written plans – which clarify where the organization wishes to go, how it intends to get there, and what results should be expected. But many of the organizational benefits of planning and budgeting come from the processes of developing the plans. The processes force people to think about the future, to prepare their ideas and plans carefully, to discuss their ideas and plans with others in the organization, and to be committed to achieve goals that will serve the organization.”

⁶⁰ Anell (1990)

⁶¹ Anthony & Govindarajan (2003)

Anthony & Govindarajan (2003) lägger också stor vikt vid processen, men tar även upp syften som knyts till den färdiga budgeten. Enligt dem har budgeten fyra huvudsakliga syften varav två är mer relevanta i detta sammanhang.

1. Finjustering av den strategiska planen

2. Koordination av aktiviteterna hos de olika delarna av organisationen

3. Tilldelning av ansvar

Budgeten bör klarlägga vad varje chef är ansvarig för. Den bör även stipulera vilken mängd utgifter chefen för ansvarsenheten är auktoriserad att ha inom vissa områden.

4. Grund för utvärdering av ansvarigas prestation

Budgeten representerar ett åtagande av ansvarig för att budget hålls till dennes överordnade. Vid utkomsten av budgetåret kan därför budgeten ligga till en grund för utvärdering av ansvarig och eventuellt kopplas till belöning/bestrafning beroende på resultatet.

Både Merchant & Van der Stede (2003) och Anthony & Govindarajan (2003) utgår i sina beskrivningar av vad budgeten kan åstadkomma från att hela organisationen tar del av planerandet och att man i processen för en dialog som involverar alla som sedan ska arbeta med budgeten under året.

Budgetframtagande har enligt Anthony & Govindarajan (2003) två ytterligheter; top-down eller bottom-up. Top-down innebär att ledningen sätter budgeten och låter den sedan "droppa" nedåt och bottom-up betyder att man bygger upp budgeten bit för bit nedifrån.

Vid ett top-down framtagande riskeras motivation och åtagandekänsla att förloras. Vid ett bottom – up system riskeras "budget slack", vilket innebär att budgetansvarig vid bestämmandet av sin egen budget sätter lättuppnåeliga siffror för sig själv. Chansen att företagets totala budget inte går ihop vid bottom-up finns också.

Istället för att använda den ena eller den andra modellen för budgetarbetet förespråkas ofta en blandning av de två. Processen börjar då med att budgetansvariga ger ett första utkast enligt ledningens riktlinjer som sedan ses över och kritiseras av överordnade. Diskussioner sker mellan överordnade och den budgetansvarige där målet är att komma fram till en rättvis och

försvarbar budget där den budgetansvarige inte får möjlighet att ”spela spel” genom att sätta en alltför lättuppnåelig budget.

Vikten av att den budgetansvarige är involverad och kan influera budgeten har i undersökningar visats ha positiva inverknings på motivation och framgången i att nå målen i budgeten. Framst pekas på två skäl:

1. Det är troligare att den budgetansvarige accepterar de satta målen om han/hon känner att de är under deras kontroll snarare än om de är påtvingade. Detta leder till ökat personligt åtagande för att nå målen.
2. Deltagandet vid budgetframtagandet resulterar i produktivt informationsutbyte. De lägre nivåerna som är närmre produkt och marknadsmiljön sprider sin kunskap uppåt och får i utbyte bättre förståelse för sina egna insatser i interaktionen med överordnade.⁶²

3.3.1.2 Budgetens svårighetsgrad

Hur svår en budget görs är av betydelse. Den ideala budgeten sätts på en nivå som är utmanande, men likväl realistisk. Skälen till att man vill ha en realistisk budget är många. De främsta skälen är att då man inte har en rimlig budget tappar den budgetansvarige motivationen att ens försöka, samt att vid uppnådd budget fylls organisationen med en känsla av triumf.⁶³

3.3.1.3 Kostnadsslagsbudget

En kostnadsslagsbudget är en budget som delas upp i dess olika kostnadsslag. Personalkostnader och läkemedel är exempel på sådana. Fördelen med en kostnadsslagsbudget är att de ger finansiären goda möjligheter att ha en överblick över kostnaderna men innebär en hämmad flexibilitet vad gäller flyttandet av resurser mellan kostnadsslag.⁶⁴

⁶² Anthony & Govindarajan (2003)

⁶³ Ibid.

⁶⁴ Anell(2005)

3.3.1.4 Rambudget

Rambudget innebär att en kartläggning av den finansiella situationen görs och sammanställs i en total resursram. Från den totala resursramen delas sedan finansiella ramar ut till de mindre enheterna.⁶⁵ Ramen som fastställs för kommande år är ofta väldigt snarlik den ram som man arbetar med innevarande år och Brorström et al (1996) menar att av dessa skäl för rambudgeten med sig en stelhet och försvårar arbetet av förnyelse och omprövning av organisationen.

3.3.1.5 Problem med budgetstyrning i sjukvården

Att enbart styra med budget i sjukvården menar Anell (2005) kan leda till underproduktion. Om där inte ställs produktionskrav på enheterna och görs en uppföljning av resursutnyttjandet och produktiviteten finns risken att ökat patientantal ses som en börda. Ytterligare problem med stark budgetstyrning inom sjukvården är att det kan leda till motsatt effekt. Studier visar att då den ekonomiska styrningen krockar med de humanistiska idealen kan styrningen få en negativ verkan på både individnivå och organisationsnivå.⁶⁶

3.3.2 Nyckeltal

Ett vanligt sätt att använda ekonomistyrningen är att sätta upp nyckeltal. Ett nyckeltal kan t.ex. vara ett vinstmått, ett produktivitetmått eller en kostnadsgräns. Skälet till användningen av nyckeltal är att man då t.ex. kan mäta måluppfyllelse, och kommunicera ut till personalen hur det går för exempelvis deras enhet.⁶⁷

3.3.3 Internprissättning

Vid användningen av ansvarsenheter går det sällan att helt skilja dem helt åt. Att enheter har affärer sinsemellan är vanligt. För att de affärerna ska kunna urskiljas och enheterna ska kunna behålla kontroll över utgifter och intäkter används internpriser. Internpriser är det pris som en enhet måste betala till en annan för att få ta del av dennes prestation. Internpriser kan ha andra funktioner än kontroll över transaktioner. Vid rätt internprissättning kan internpriserna motivera enheterna att producera de produkter eller tjänster, de annars köpt

⁶⁵ Brorström et al(1996)

⁶⁶ Lindvall(1997)

⁶⁷ Anthony & Govindarajan (2003)

utanför den egna enheten, själva. En sådan situation skulle uppstå om den annars köpande enheten ansåg att den säljande enheten tog ett för högt pris.⁶⁸

Vi kommer inte att gå närmare in på internprissättningsmetoderna utan istället fokusera på den prissättningsmetod som används inom sjukvården idag, nämligen DRG.

3.3.3.1 Diagnosrelaterade grupper DRG

DRG, Diagnosrelaterade grupper, är det system som används inom sjukvården för att klassificera patienter och prissätta olika behandlingar. Utvecklingen av systemet skedde på 1960-talet vid Yale universitetet i USA och infördes i Sverige 1992. Utgångspunkten i DRG-klassificeringen är en genomsnittspatient, som tilldelas DRG-poängen 1,000. I förhållande till genomsnittstalet får sedan varje DRG ett specifikt pris. Beroende på vårdinsatsen varierar således DRG-poängen och diagnostiseringen kan ske på många olika sätt. Ett blindtarmsfall kan t.ex. tillhöra olika kategorier beroende på patientens ålder och huruvida operationen är svår eller inte.

Kritiken mot DRG-måttet riktas framförallt mot att det kan vara ”lönsamt” att satsa mer på vissa behandlingar än andra. Vidare anses den förebyggande vården kunna försämrats eftersom den är svårare att prissätta, något som även gäller vid den s.k. långvården där vårdtiderna varierar kraftigt och patientklassificering därför är svår att göra. Man menar att DRG-måttet lämpar sig bäst inom tekniska och klart avgränsade vårdområden, vilka exempelvis kan innefatta kirurgi och förlossningsvård.

För att få en bild över hur avdelningar utvecklats över tiden kan man även använda DRG-måttet för att ta fram avdelningars DRG-poäng/arbetad timme. Ett produktivitetmått främst av vikt inom den aktuella kliniken snarare än i jämförelse med andra, eftersom förutsättningarna kan variera mycket i utgångsläget.⁶⁹

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ Liukkonen (1994)

3.3.4 Belöning och motivation

En viktig roll i ekonomistyrningssystem är att motivera medarbetare att uppnå de mål satta av organisationen. Nyckeln till att lyckas med det är enligt Anthony & Govindarajan m.fl. är genom att organisationen lämnar incitament vilket får individens mål att stämma överens med organisationens. För att påverka individen kan man antingen belöna för att uppmuntra ett positivt beteende eller bestraffa för att motverka ett negativt beteende. Dock så är belöningar att föredra som användning för att styra personalbeteende, då de känner starkare inför prospektet på att belönas än vad de känner inför att bestraffas. Studier har visat att organisationer som har högre belöningsratio följaktligen också har visat ett bättre finansiellt resultat.

Belöningar kan delas upp i två kategorier; monetära och sociala. Monetära belöningar innefattar löneökningar, bonus och olika förmåner. Sociala, eller psykologiska, belöningar kan innebära beröm, befordringsmöjligheter eller andra typer av erkännande.

Då en belöning, och dess vikt, är något som definieras subjektivt så är inte alltid monetära belöningar den bästa lösningen. Bortom en viss fullvärdig ekonomisk nivå så blir sociala belöningar viktigare än monetära. Anthony & Govindarajan menar att en individ blir mycket motiverad när de får rapporter eller annan form av feedback angående deras prestationer och hävdar att sociala belöningar är viktigare än monetära.⁷⁰

3.4 Problematik med utformningen av ekonomistyrning inom sjukvården

Vid utformningen av ett ekonomistyrningssystem bör hänsyn tas till organisationens särdrag.⁷¹ I *Från central planering till lokalt ansvar* (1990) tar forskaren Anders Anell upp tre drag som särskiljer sjukvården från andra organisationer; den icke-vinstsyftande aspekten, den professionella aspekten och den tjänsteproducerande aspekten. I en senare bok, *Sjukhusens kontrakt* (1994), diskuteras även en fjärde aspekt, nämligen förändringstakten.

⁷⁰ Anthony & Govindarajan (2003)

⁷¹ Lindvall(1997)

3.4.1 Icke-vinstsyftande

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är målet för sjukvården att ge ”*god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen*”. Att i operationella sammanhang definiera och kvantifiera begrepp såsom *god vård*, *god hälsa* och *lika villkor* är något som enligt Anell (1990) är mycket svårt och han framhåller att organisationer som har svårt att mäta sina resultat ofta organiseras som en icke-vinstsyftande organisation. Ytterligare en bidragande faktor till att man på många håll väljer att bedriva sjukvården som icke-vinstsyftande är den asymmetriska information och opportunist som kan uppstå mellan läkare och patient.

Merchant & Van der Stede (2003) menar att man i vinstsyftande organisationer har vad de kallar ”goal clarity”, men att man i organisationer utan vinstsyfte ofta saknar ”clarity” gällande sina mål. Skälet till de splittrade eller oklara målen menar de beror på de många aktörer som ofta finns i icke-vinstsyftande organisationer. Flera aktörer och intressenter är något som enligt Hallin & Siverbo (2003) är särpräglade för sjukvården. Sjukvården ”lider” alltså av oklara och svårimplementerade mål, vilket stammar från deras icke-vinstsyftande organisering och svårheten i att mäta t.ex. *god hälsa*.

3.4.2 Professionen

I magisteruppsatsen ”*Karies i organisationen...*” undersöktes hur förändring mot mer företagsliknande drift inom tandvården påverkades av yrkets egenskaper och hur personalen såg sig själv. Man drog där slutsatsen att en organisation vars främsta uppgift är att producera vård och där personalen i första hand identifierar sig med vad de kallar ”vårdtanken”, krockar med ett styrsystem som efterliknar företagsvärldens. Den professionella aspekten som Anell tar upp hänvisar till t.ex. ”vårdtanken” och att en läkares uppgift främsta uppgift är att hjälpa patienten, något som bör tas hänsyn till i beaktandet av ekonomistyrning inom sjukvård.

3.4.3 Tjänsteproducerande

I tjänsteproducerande företag uppstår outputen i interaktionen mellan producenten och konsumenten. Outputen är oftast immateriell och går inte att lagra. Den är därtill väldigt svår

att mäta kvantitativt.⁷² I och med att outputn produceras och konsumeras vid interaktionen mellan, i det här fallet, sjukhuspersonalen och patienten, så blir produktionen mycket känslig för efterfrågan. Då det är sjukhusens ansvar att vara beredda på en stor variation av unika tjänster från patienter uppstår behov av stor input även när ingen output produceras.⁷³

3.4.4 Förändringsaspekten

Ett av ekonomistyrningens syfte är att skapa incitament för t.ex. effektivt resursutnyttjande. För att motivera personal används ofta en rad nyckeltal tillsammans med andra typer av incitament för att styra beteendet i organisationen. Anell (1994) skriver att man rent teoretiskt skulle kunna konstruera en rad principer som ger en optimal incitamentsstruktur, men menar att rent praktiskt skulle den strukturen bli omodern inom väldigt kort tid.

⁷² Anthony & Govindarajan (2003)

⁷³ Anell(1990)

4. Empiri

I det här avsnittet presenteras vår empiri som främst är baserad på de intervjuer vi har gjort med de anställda på USiL. Avsnittet inleds med en övergripande uppmålning av hur USiL:s organisation är utformad, för att sedan gå in på delarna som i större grad har att göra med ekonomistyrning.

4.1 Lunds Universitetssjukhus

4.1.1 Bakgrund

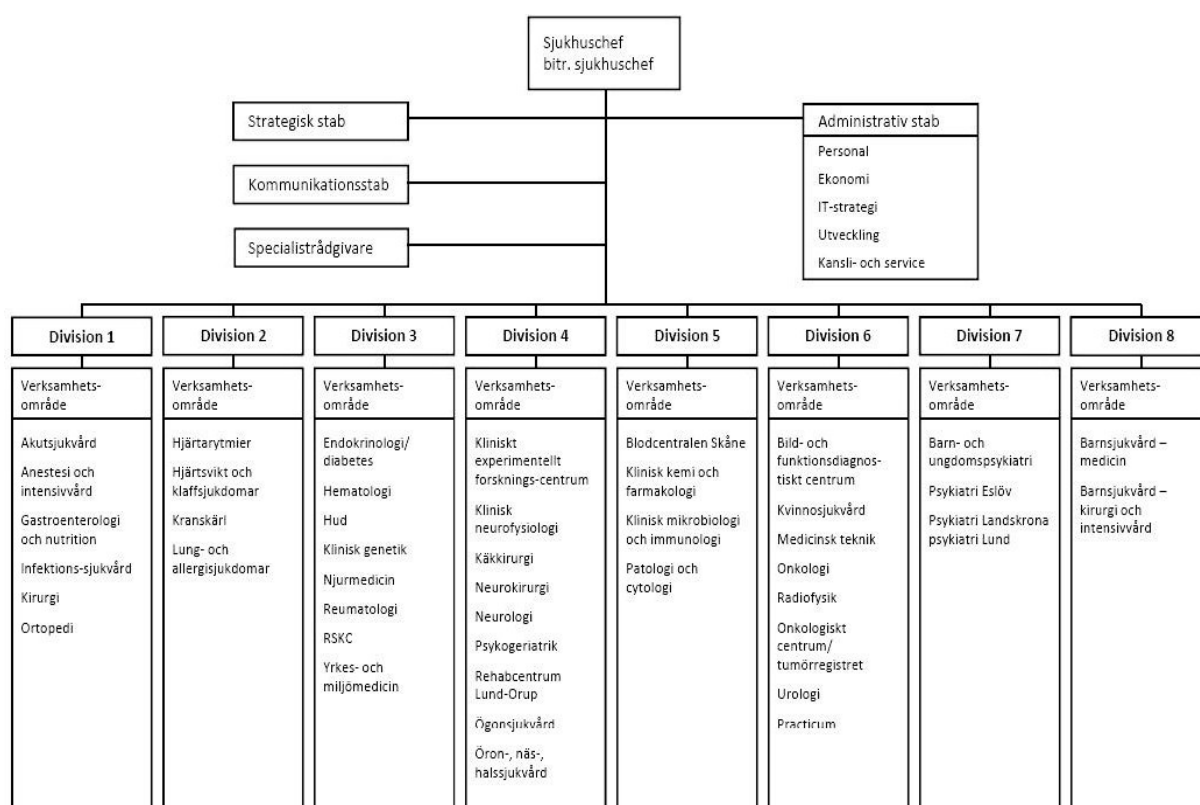
Sjukhuset grundades 1768 och är därmed ett av de äldsta i landet. Till en början hade man endast två patientsängar och en stor del av finansieringen kom från donationer. Under 1800-talet ökade vårdplatsantalet till 300 och klinikbyggnader uppfördes på sjukhusområdet. I och med invigandet av *Lunds hospital* 1879 fick man resurser för den psykiatriska vården i form av 150 vårdplatser. Under 1890-talet skedde en stor utbyggnad av Lunds hospital och 1931 ändrades namnet till S:t Lars sjukhus. Dagens huvudbyggnad kallas "blocket" och invigdes 1968. Under 1973 började de olika sjukvårdsinrättningarna runt Lund att gå ihop till ett gemensamt sjukvårdsdistrikt och sedan 1977 har även S:t Lars sjukhus ingått. Beslutet om ett namnbyte till Universitetssjukhuset i Lund (USiL) skedde 1993. Under 2000-talet har man bl.a. satsat på: ett nytt barn- och ungdomssjukhus (BUS), en ny akutmottagning, invigningen av Kampradhuset och en helikopterplattform har byggts på Blockets tak. År 2005 invigde man *Practicum – Lund Clinical Skills Center* som anordnar grund-, specialist- och vidareutbildning för alla yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården.

4.1.2.1 Organisationens utformning

USiL har totalt 7850 anställda som har hand om 1176 vårdplatser. År 1998 genomgick sjukhuset en organisationsförändring och det gjordes en indelning i åtta olika divisioner, alla styrda av varsin divisionschef. Inom varje division ingår två till nio olika verksamhetsområden. Den nya indelningen syftar till att underlätta vid de möten som kontinuerligt sker med ledningen varannan vecka. Tidigare ingick nämligen runt 40-50 verksamhetschefer, vilka alla skulle få säga sitt. Idag är man istället endast åtta

divisionschefer som möter upp med ledningen på dessa möten. Mötena används av sjukhusets chefsgrupp som en form av bollplank där diskussionerna sedan ligger som beslutsunderlag. Alla större beslut tas av sjukhuschefen.

Inom varje division ansvarar en verksamhetsekonom för ett eller flera verksamhetsområden, vilka ingår i samma division. Ofta har han även ett visst ekonomisk ansvar för divisionens ekonomi i allmänhet. Ingen ekonom är ansvarig för en hel division med undantag av division 8, där det endast ingår två verksamhetsområden. Alla divisioner har samma redovisningssystem, men därutöver kan styrningen variera mellan divisionerna. Vissa divisioner använder sig t.ex. av Balanced Scorecard, medan andra inte gör det. Nedan visas ett organisationsschema för att tydliggöra förhållandet mellan de olika enheterna.



Figur 5. Organisationsschema USiL. Källa www.skane.se⁷⁴

⁷⁴ <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=105470>

4.2 Ekonomistyrningen på USiL

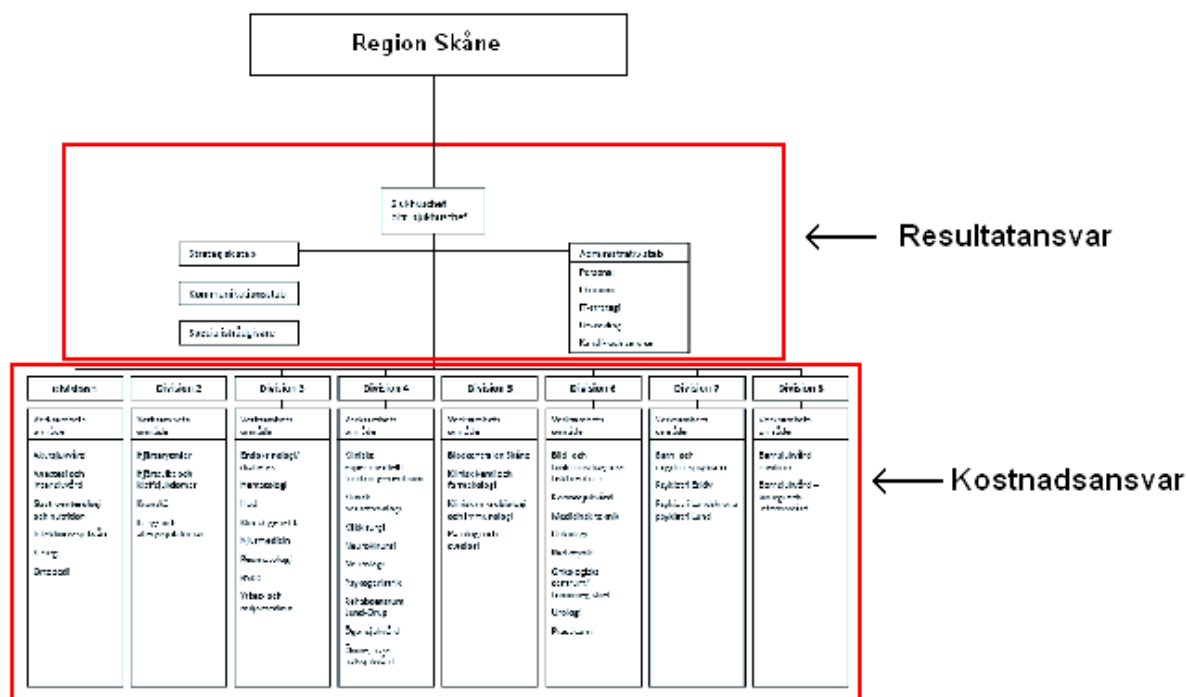
4.2.1 Från 90-talet och framåt

För att få en bättre bild av hur styrsystemet är utformat idag, ger vi här en historisk överblick av hur det fungerat tidigare. Ekonomistyrningen på Lunds Universitetssjukhus har genomgått en del förändringar över åren. Under 1994 gick man från kostnadsansvarsenheter till resultatansvarsenheter. Tanken var att varje verksamhet skulle "leva" på sina egna intäkter precis som företagen i affärslivet. Förändringen infördes för att motivera personalen till att få mer utfört för samma summa pengar. Det var dock en förändring som inte blev särskilt långvarig. Många försökte öka sina intäkter för att kunna visa ett bättre resultat, men dessvärre lyckades inte kostnaderna hållas nere i takt med ökande produktionen. Systemet hade fungerat om man haft "riktiga" rörliga intäkter och inte till övervägande del finansierats av fasta anslag. Då sjukhuset måste "köpa" allt som produceras, oberoende om det behövs eller inte, resulterade de ökade "intäkterna" enbart i att kostnaderna skenade iväg i en rasande fart. Enheterna fick med resultatansvaret goda resultat, men på det hela taget blev det bara fler utgifter för sjukhuset som helhet, eftersom man även stod som betalningsansvarig av det som producerades.

Under 1995-96 bromsades arbetet med resultatansvarsenheterna och en övergång mot kostnadsansvar inleddes. Ett kostnadstak infördes och enheterna började successivt arbeta efter budgetramar. Efter resultatansvarningen har man gradvis gått över till att i allt större utsträckning fokusera på kostnaderna och de senaste två-tre åren har sjukhusets fokus nästan uteslutande varit att hålla nere kostnaderna, även om kvarlevor från resultatansvaret fortfarande finns kvar.

4.2.2 Resultat- och kostnadsansvarsenheter

Sjukhuset styrs idag primärt med budget och kostnadsansvar, men man arbetar fortfarande med såväl intäkter som kostnader. Skillnaden idag mot när man införde resultatansvar, är att resultatansvaret inte sträcker sig längre ned i organisationen än översta ledningen och den administrativa staben.



Figur 6. Modifierat organisationsschema. Källa: www.skane.se⁷⁵

Som organisationsschemat visar ovan så har den övre ledningen och administrationsstaben ett resultatansvar mot Region Skåne. På divisionsnivå och nedåt används kostnadsansvarsenheter. Verksamhetsområdena är även de, egna kostnadsansvarsenheter och avdelningarna, som då utgör den minsta enheten, lika så. Att inte få arbeta med både intäkter och kostnader anser både verksamhetschefen och divisionschefen vara frustrerande. Divisionschefen uttrycker sig enligt följande:

”Man vill ju jobba med både intäkter och kostnader, men det får man inte i vården. Går Ericsson bra är det ett enormt drag där, men i sjukvården fokuseras det bara på kostnader. Man sitter där med sina röda siffror och får man svarta så tas de från en.”

⁷⁵ <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=105470>

4.3 Ekonomiska verktyg

Vi kommer i detta avsnitt att presentera de ekonomiska verktygens funktion på USiL, med avseende på budget, belöningsystem, och interprissättningen.

4.3.1 Budget

Budgeten är av stor betydelsen för USiL:s verksamhet och inom den offentliga sjukvården överlag. Beroende på att skattebetalarna endast kan bidra med begränsade resurser till sjukvården är det därför särskilt viktigt att kostnaderna inom vården uppmärksammas och noga kontrolleras.

Den sammanlagda och verksamhetsövergripande budgeten som USiL tilldelas fås från sjukhusnämnden på Region Skåne. Sektorn vård och hälsa har sin egen budgetram och pengarna fördelas därifrån vidare mellan de olika sjukhusen.

Budgeten som tilldelas USiL för det kommande året är baserad på prognoser för USiL:s framtida sjukvårdsproduktion. Tillsammans med budgeten ges ett produktionstal av vad sjukhuset förväntas prestera under året. På ledningsnivå arbetar man sedan vidare med den totala ramen för sjukhuset. Rambudgeten fördelas vidare till divisioner och verksamhetsområden för att på avdelningsnivå slutligen brytas ner till kostnadsställen.

Budgeten är i stort sätt fast, men det kan hända att den korrigeras under årets gång. Man använder sig då av tilläggsbudgetar som justeras efterhand. Exempelvis kan överdrag beviljas vissa år vid ökat patientintag.

I dagsläget är den preliminära budgeten för 2008 underbalanserad och på avdelningen budget - uppföljning säger man att ”... detta år blir något av ett undantagsår”. Nästa år, 2009, menar man däremot att intäkterna och kostnaderna för verksamheten måste gå ihop.

4.3.2 Budgetprocessen

Tidpunkten när sjukhuset börjar lägga budgeten har varierat genom åren, men man brukar räkna med att hela budgeten är färdigfördelad, ner på kostnadsställena, i slutet av februari. I och med att budgeten fått allt större betydelse försöker man tidigarelägga denna fördelning i den mån det går. Budgetförberedelserna ute på divisioner och verksamheter skiljer sig något åt och på akutkliniken har man till exempel tvingats börja med budgetarbetet betydligt tidigare än resten av sjukhuset:

”Eftersom vi har haft problem med budgetsitsen under många år börjar vi med vårt eget budgetarbete redan under sommaren året före, för att vi ska vara förberedda när budgeten sedan kommer...”

4.3.2.1 Ledningsnivå

Budgeten tilldelas i ett första skede de ansvariga på sjukhusledningsnivå. Där arbetar de sedan med den totala budgetramen för hela sjukhuset och den beviljade summan fördelas härifrån mellan de åtta divisionerna. Det är sjukhusledningen, baserat på underlag från ekonomiavdelningen, beslutar om hur mycket pengar varje division skall tilldelas. Det underlag som vidarebefordras från ekonomiavdelningen och som sedermera ligger till grund för beslutet, är föregående års budget, med viss uppräknings och prognostisering för det verkliga utfallet. På budget - uppföljning förklarar man närmare hur 2007 års budget räknas fram och även problematiken kring detta förfarande:

”Alla budgeterade kostnader för 2006 + 0,3 % utgör 2007 års budget. Verkligheten och bruttokostnadsutvecklingen ligger däremot på 4,5 %...”

Den budget som sedan tilldelas divisionerna är man på avdelningen budget - uppföljning av uppfattningen att det är en renodlad top-down fördelning.

4.3.2.2 Divisionsnivå

Divisionscheferna tilldelas från början en mindre detaljerad budget ifrån sjukhusledningen. På divisionsnivå gör man sedan en fördelning till respektive verksamhetsområde. Divisionschefen anser att budgeten har bottom-up inslag och att det finns en möjlighet att påverka budgettilldelningen. Det gäller såväl den egna möjligheten att påverka hur stor del av ”kakan” som tillfaller honom, som verksamhetschefernas möjlighet att göra detsamma. *Kan man bara konkret motivera att man behöver mer pengar är det fullt möjligt.*

4.3.2.3 Verksamhets- och avdelningsnivå

Verksamhetsområdena inom varje division tilldelas budgetramar baserade på respektive divisions tidigare tilldelning samt verksamhetsområdets förra budget. Verksamhetschefen menar här att en dialog förs mellan verksamhetsområde och division och att det i viss utsträckning finns en möjlighet att påverka budget.

”När vi får tilldelningen har vi förberett oss så mycket att vi vet vad vårt bud är, sen har detta varit olika från år till år hur bra det går...”

Från verksamhetsnivå delas budgeten vidare upp mellan avdelningarna innan budgeten slutligen bryts ner på kostnadsställen. På avdelningsnivån däremot är budgetdialogen mellan verksamhetschef och avdelningschef mindre uttalad. Möjligheten att påverka budget på avdelningsnivå är väldigt begränsad. Avdelningschefen kommenterar situationen och säger att:

”... avdelningen har en för liten budget till den bemanningen som finns. Jag har hållit på med brev och försökt få anslag år efter år, men aldrig fått det, så därför finns ingen möjlighet att påverka budget. Verksamhetschefen bestämmer budgeten”.

4.3.3 Budgetarbetet

Budgetuppföljningen sker i princip månadsvis på alla avdelningar, verksamhetsområde och divisioner. Enligt den så kallade ”beslutsordningen” har enhetscheferna krav på sig att uppnå sin budget som en del av uppgiften i att vara chef. Vid överdrag av budget ska enhetschefen lämna en förklaring och utifrån denna görs en bedömning om varför överskridandet skedde.

Vad som tas hänsyn till här är om det var självförvållande eller om det hade att göra med ett större patienttryck än vanligt osv. Den typ av sanktion som kan påföras vid ett budgetöverskridande är av restriktiv karaktär. Håller man sig inom budget eller kan motivera varför överskridningar har gjorts, ges man större friheter vad gäller beslut så som inköp och nyanställningar.

Eftersom de flesta verksamheterna i förväg börjat med sitt budgetarbete innan de får den riktiga budgeten uppifrån, finns en risk för att en diskrepans uppstår. Med diskrepans menas att det skapas en klyfta mellan budgeten som t.ex. verksamhetsområdet sammansatt och den de senare tilldelas. Problematiken med att ha en diskrepans mellan vad man behöver på en avdelning och vad som faktiskt tilldelas har vi diskuterar ute på enheterna och en verksamhetschef säger att:

”... om man år efter år har en bristande överensstämmelse mellan tilldelning och uppdraget förlorar man respekten för budget... Man skulle ha större respekt för den om det var en ’riktig budget’...”

Divisionschefen kommenterar budgetförhållandena och anser att det finns en risk för en viss uppgivenhet om budget är omöjligt att hålla. Samtidigt säger han att *”... om man bryter ner budgeten och tittar på vad det är som verkligen kostar...”,* och syftar då på budgetöverdrag och menar vidare att *”... om det är viktiga kostnader, då är det motiverat och detta vet personalen”.* En viss uppgivenhet kan finnas bland personalen vid röda siffror, men att de kan också se de bakomliggande faktorerna.

På verksamhetsområde akutsjukvård har man under de senaste 9 åren kunnat ligga rätt i budget 2 eller 3 av åren. De andra åren har man dragit över. Något som de inom verksamheten är väl medvetna om och verksamhetschefen menar att *”känslan av att vara den som aldrig håller budget är tärande...”*

En divisionschef eller verksamhetschef som är på väg att överskrida budgeten kan denne ta till alla de åtgärder som anses rimliga. Cheferna måste själva komma med initiativ och förslag på förbättringar och åtgärder. Divisionschefen nämner alternativ som att bl.a. se över personalen om besparingar kan göras där. Exempelvis kan det finnas för mycket jourkompensation för läkare p.g.a. dålig arbetsplanering. Han nämner vidare att vissa divisioner kan skapa längre vårdköer genom att stänga hela avdelningen för december månad eller skjuta **upp mottagningen av** mindre akuta patientgrupper. På så vis skärs kostnaderna tillfälligt ned och avdelningen har möjlighet att komma i fas med budget. I åtanke bör man samtidigt ha, att en form av skuld byggs upp då man förr eller senare måste ta hand om dessa patienter. Detta är dock inte ett alternativ för de avdelningar som har hand om akutvård i och med att patienter med akuta behov alltid måste kunna tas emot.

De pengar som finns kvar efter att året har avslutas behåller inte den enskilde avdelningen, utan överskottet går istället till att täcka underskott på andra avdelningar. Detta gäller även sjukhuset som helhet; går man plus ett år får man inte använda dessa pengar nästa år. Detsamma gäller om man något år går minus, då man slipper att tänka på föregående års resultat när nästa år börjat.

Orsakerna till att man inte alltid lyckas hålla sig inom budget är flera och enstaka händelser kan få stora konsekvenser för budgetutfallet. Divisionschefen berättar om sjukdomen hjärtarytmi. Det finns indikationer som talar för användandet av dyra maskiner vilka nu har införskaffats av sjukhuset. Maskinerna klarar årligen 30 % mer, men det finns bara budgeterat för vad de gamla maskinerna kunde prestera. Behovet av dessa 30 % som de nya maskinerna bidrar med finns och patienterna riskerar att dö om de inte får den vård de behöver. Divisionschefen måste därför avsätta tillräckligt med medel för behandlingen, oavsett om det finns budgeterat eller inte. Inom sjukvården är det svårt att alltid få det att gå ihop, stora förändringar genom nya sjukdomar, ny teknik m.m. kan ändra förutsättningarna drastiskt.

4.3.4 Nyckeltal

I en stor organisation som USiL tittar man på många olika nyckeltal och vilka man använder är beroende på var i organisationen man befinner sig. De nyckeltal som nämnts för oss är: *medelvårdtid, kvalitetsmätning, genomloppstid, antalet patienter per år, budget, personalsiffror, materialkostnader, läkemedelskostnader, genomsnittlig väntetid, patientnöjdhet, antal vårdtillfällen, kostnadsutveckling, antalet återinläggningar (inom två veckor) och bruttokostnad per DRG – poäng*. Det har dock visat sig att det inte nödvändigtvis betyder att de faktiskt används i någon större utsträckning.

De nyckeltalen som verksamhetsekonomen visade oss var medelvårdtid, kvalitetsmätning, budgetkontroll, genomloppstid och antalet patienter per år. Han nämner att alla nyckeltal läggs upp på sjukhusets intranät, där personalen kan gå in och se hur det går för de olika avdelningarna. Intrycket vi fick av det lades relativt lite fokus på talen.

Nyckeltalen man använder sig av på ekonomiavdelningen är bl.a. standarddiagram, standardnyckeltal, kostnadsutveckling och bruttokostnad per poäng. Ledningen tar även del av dessa nyckeltal vid beslutstagande. På ekonomiavdelningen berättar de vidare att all produktion omvandlas till produktionsmixpoäng, vilket är bruttokostnaden för det man producerat dividerat med poängen. Vid den senaste uppföljningen visade det sig att sjukhuset hade en kostnadsutveckling på 3,3 %, vilket är i nivå med KPI som ligger på ca 3 %. Jämfört med föregående månad är detta en positiv utveckling för sjukhuset, då kostnaden per poäng minskat. Vad det kostar att producera en DRG-poäng görs endast på ledningsnivå och kommuniceras inte neråt i organisationen. Avdelningschefen menar att det är svårt för sjuksköterskor och undersköterskor att ta till sig nyckeltal och begrepp som DRG, med tanke på den tidsbrist som råder.

Den läkare som vi talade med säger att det inte kommuniceras ner några direkta nyckeltal till avdelningarna. Själv har han dock jobbat med att försöka förklara innebörden av DRG-poäng ute i på sin avdelning. Han tycker inte att de anställda har någon förståelse för varför det används och menar att detta beror på att det inte finns några incitament kopplade till begreppet.

4.3.5 Internpriser

Vid köp eller försäljning mellan avdelningar använder man sig av internpriser. Priserna räknas ut årligen genom att relevanta variabler förs in i ett specialdesignat datorprogram som får fram kostnaden vilken i vårdsammanhang benämns, DRG. Däremot ändras enligt verksamhetsekonomen inte alltid priset i internprislistan trots att kostnadsförändringar kan ha skett.

Läser man i internprislistan kan man t.ex. få fram att ”DRG1 kranotomi” kostar 125 020 kr, vilket är den genomsnittliga kostnaden för sjukhuset att utföra denna sorts behandling. Gällande patienter som kommer utanför Region Skåne ska man ta angiven DRG betalt om kostnaderna inte i slutändan blev högre. Blev kostnaden högre ska man ta betalt för vad merkostnaden uppgick till.

4.4 Motivation och belöningar

4.4.1 Monetära belöningar

Något slags monetärt belöningsystem saknas helt på USIL. Tidigare när USiL hade resultatansvarsenheter använde man däremot ett bonussystem. Redovisningssystemet var dock så outvecklat att kostnaderna inte fördelades rättvist, bl.a. eftersom en stor del var s.k. fria nyttigheter. Det ledde till att kostnadskaparna inte alltid blev kostnadsbärarna och att någon rättvis fördelning av bonusarna inte skedde i någon större utsträckning. Systemet lades som bekant ner. De vi har talat med på ekonomiavdelningen berättade att man under hösten 2007 anordnade ett stort möte för alla ekonomer inom Region Skåne, där man diskuterade belöning och sanktioner inom sjukvården. Det ansågs vara alltför komplicerat att införa p.g.a. svårigheterna med vilka mått som ska användas vid belöningar, då det borde ställas mot nyttan för patienterna. På ekonomiavdelningen anser de själva att cheferna kan klara sig utan belöning. De borde göra allt för att hålla sin budget eftersom det är vad de får betalt för. Man menar att lönen bör vara belöning nog.

Divisionschefen anser att belöningar är synnerligen effektiva och hänvisar till ett försök med bonusar som gjordes när han själv var läkare på Karolinska sjukhuset i Stockholm och köerna vid ett tillfälle var längre än vanligt.

”... Vi som ingick i teamet fick utöver lönen en bonus som var på 8 % av årslönen om vi lyckades operera 100 patienter extra.”

De klarade uppgiften och fick sin bonus, men det väckte samtidigt stor avund på andra avdelningar, eftersom även de ville ha samma möjligheter. Divisionschefen hävdar att svårigheten med införandet av ett belöningsystem ligger i att hitta nyckeltal som kan kopplas direkt till bonusen. Det finns även en problematik gällande hur man ska hantera sanktioner om något skulle gå fel. Verksamhetschefen har inte en lika positiv inställning till belöningar, men eftersom det fungerar i privat sjukvård tycker han att det även borde göra det i offentlig.

Avdelningschefen tycker att belöningar är bra, men att vid utformandet av belöningen måste man vara försiktig. Hon menar att med belöningsystem finns det en viss risk, eftersom personalen kan sträva så mycket efter belöningen att patienten far illa. Hade man däremot kunnat införa någon slags sanktion vid bristande vårdkvalité anser hon belöningsystem vara mer positivt. Hon pekade dock fortfarande på olika aspekter som måste tas hänsyn till, särskilt de etiska.

Sjuksköterskan vi intervjuade anser att belöningar alltid är en morot, men ställer sig tveksam till om det hade kunnat hjälpa personalen att jobba mer effektivt eftersom hon anser att de redan gör sitt bästa. Undersköterskan är inne på samma spår och känner att de rider ut den ena stormen efter den andra. Hon tror däremot att en belöning hade kunnat hjälpa till ytterligare med motivationen. Läkaren har ett tydligt ställningstagande och anser att:

”... belöning absolut hade hjälpt personalen att jobba mer effektivt... de ligger på uppifrån och säger att vi måste bli effektivare, men ger inga incitament.”

Läkaren hävdar att det i dagsläget i princip inte finns några incitament till att anstränga sig mer än nödvändigt i det dagliga arbetet. Hur effektiv en individ är i jämförelse med en annan följs inte upp. Han tror att en tydligare uppföljning, med någon form av belöning knuten till prestationen, hade kunnat skapa extra motivation, framförallt inom akutsjukvården. De som jobbar inom akutsjukvården har ett mer stressfyllt arbete, men får trots detta samma ersättning som läkarna på de lugnare icke-akuta avdelningarna. Resultatet blir att det är svårt att locka folk till ett arbete på akutsjukvården. De väljer istället de lugnare avdelningarna där de får

delta i möten och inte behöver stressa sig igenom kaffepauserna. Ett annat exempel han tar upp är att personalen har en tendens att vid ökat patienttryck först välja att beklaga sig över bristande resurser, istället för att direkt gå in och lösa situationen, vilket han tror att gjort om det fanns någon form av belöning kopplad till utförandet.

4.4.1.1 Individuell lönesättning

Individuell lönesättning är det enda monetära verktyg man använder sig av för att belöna de anställda olika efter hur de presterar. De vi har talat med anser dock inte att det finns tillräckligt stor spridning på lönesättningen. Divisionschefen berättar att motparten i form av facket värnar om de svaga och lyfter deras löner gemensamt, vilket i sin tur gör att de anställdas löner trycks ihop. Problemet är mest påtagligt bland sjuksköterskor då läkarkåren är bra på att dra isär lönerna genom alla de olika grader en läkare kan befinna sig i. Men även spridningen inom läkarkårens olika grader anses vara för liten för att få några större motiverande effekter. Ett skäl till det som divisionschefen nämner är att alla lönerna är offentliga. Han menar att det är viktigt att våga sprida lönerna mer rättvist och att en stor del av chefskapet ligger i att kunna sätta rätt lön och motivera varför.

Verksamhetschefen nämner att sjuksköterskorna överlag vill ha helt individuell lönesättning medan undersköterskorna vill ha minimipåslag. För läkarnas del är det inte lika individuellt, utan ansvaret ligger hos läkarförbundet. Gällande spridningen av lönerna säger verksamhetschefen att han försöker höja lönen något om han ser att någon skött sitt arbete särskilt väl. Årligen samlar han avdelningscheferna och rangordnar de anställda. De individuella löneökningarna sätts sedan utifrån rangordningen. Även verksamhetschefen anser att lönespridningen generellt sätt är för liten och han ser samma svårighet i att siffrorna är offentliga som divisionschefen. De kriterier som verksamhetschefen tittar på vid lönesättningen är om personalen jobbat kliniskt och hur mycket de har utvecklats gällande utbildnings- och forskningsfrågor. Inga direkta mått på effektivitet beaktas utan det är främst kunskapen och noggrannheten som bedöms. Han anser att det är svårt att göra en bedömning avseende effektiviteten men tycker samtidigt att det är något som egentligen borde utgöra en väsentlig del i lönesättningen.

Avdelningschefen är aningen mer positiv till den individuella lönesättningen. Hon menar att en prestationsbaserad lönesättning hjälper till att driva personalens insatser. Framförallt blir arbetet mer kvalitetsinriktat då de strävar efter att följa de mål som avdelningen har lagt upp.

Angående sin egen situation förklarar avdelningschefen att visst vill hon ha högre lön, men det som driver henne att arbeta hårdare är uppdraget i sig. Hennes löneutveckling har dock varit hyfsad. Hon tycker sig ha blivit sedd av sin chef, vilket gjort henne mer motiverad.

Även undersköterskan anser att hon kan påverka lönen och att den individuella lönesättningen motiverar till ett hårdare arbete och får där medhåll av läkaren. Läkaren tycker däremot att lönesättningen skulle anpassas så att den blir mer lik den privata sektorns lönesättning där den som jobbar effektivare får bättre villkor. Han känner att mer fokus på löneförhandlingarna och uppföljning av individernas prestationer, hade det skapats större press på att jobba effektivare. Sjuksköterskan tycker däremot att hur man påverkas av en individuell lönesättning är mer beroende på hur man är som individ. Hon anser att hon själv inte tänker så mycket på hur hennes ansträngningar påverkar lönen.

4.4.2 Sociala belöningar

Förutom individuell lönesättning är sociala belöningar den typ av motivationsskapande åtgärd som förekommer på USiL. Bland dem som vi har intervjuat går dock åsikter isär gällande i vilken utsträckning de förekommer.

När vi talar om sociala belöningar med verksamhetschefen säger han *”Det som respekteras är vetenskapliga meriter och om man är skicklig och kan göra bra operationer.”* Andra exempel är kliniska resultat, forskning och att man tar hand om patienterna på ett bra sätt. Hur snabbt man behandlar patienterna eller någon annan form av effektivitetsmått är inget som ges någon större uppmärksamhet. Hålls budgeten anses man ha gjort ett bra jobb *”... men det är inget som uppmärksammas i någon större utsträckning eftersom det är svårt att veta om budgeten är ”rätt” eller inte”* menar verksamhetschefen.

Avdelningschefen anser att sociala belöningar är viktiga att lyfta fram, men vid beröm måste det också finnas innehåll. Hon gav oss exempel på ett e-postmeddelande som nyligen skickades ut till samtliga anställda på avdelningen. I meddelandet informerade hon om att ett par sjuksköterskor hade gjort mycket bra journalanteckningar. Hon kan däremot inte själv

komma ihåg att hon blivit framlyft på något liknande sätt av sin verksamhetschef, men känner ändå stort förtroende för sin chef, då hon trots ekonomiska åtstramningar känner sig värdefull och har frihet i sitt jobb.

När vi frågade sjuksköterskan om vad hon ansåg vara motiverande var det främst möjligheten till specialisering inom sitt område som hon tyckte var viktigast. Som det är nu får personalen inte åka iväg på någon utbildning om de inte tar det på semesterdagar och betalar allt själv, trots att det står i arbetsbeskrivningen att de ska finnas utrymme till det. Undersköterskan anser inte att det finns några sociala belöningar vid hårt arbete och hon tror även att de andra känner likadant. Hon får här medhåll av läkaren som anser att om man gör något bra, så uppmärksammas det inte av någon annan än en själv.

5. Avslutande diskussion

I detta kapitel ämnar vi diskutera vilka effekter ekonomistyrningens utformning på USiL för med sig. Vi har stöd av den teoretiska referensramen och empirin när vi med utgångspunkt ifrån ansvarsenheter och de ekonomiska verktygen närmare förklarar varför det förhåller sig som det gör på enheterna.

5.1 Ekonomistyrningen

5.1.1 Ansvarsenheter

Lunds Universitetssjukhus innefattar både resultatansvarighet och kostnadsansvar. Ledningen har jämte Region Skåne ett resultatansvar medan man i divisionerna under ledningen har kostnadsansvar. I och med att intäktssidan är mer eller mindre fast och att ökad produktion inte genererar ökade intäkter, är det förståeligt att kostnadsansvarigheter används. En ökad produktion, som måste förmodas följa av ett införande av resultatenheter, genererar enbart kostnader för sjukvården och då man anser det för svårt för att införa belöningssystem finns liten mening med att använda resultatenheter.

Ett införande av resultatansvarigheter intresserar trots allt såväl divisions- som verksamhetschefen, då man menar att det kunnat ha en positiv effekt på arbetet inom enheterna. Framförallt ser dem möjligheterna till fler incitament till förbättring och pekar på framgången inom den privata sjukvården.

5.2 Ekonomiska verktyg

5.2.1 Budget

Budgeten är det viktigaste styrverktyget på USiL. De budgetformer man använder sig av är fast-, ram- och kostnadsslagsbudget. Framtagandet av budgeten gör att den principiellt får betraktas som en top-down budget. Att en fast budget används är förklarligt då man primärt arbetar med fasta anslag, dvs. att resurserna inte förändras nämnvärt under årets gång. Det

negativa med att använda en fast budget är att när den en gång överskridits är det svårt att komma på rätt sida igen, något som kan påverka motivationen att hålla budgeten. Samma förklaring till varför man arbetar med en fast budget gäller till varför det principiellt är top-down budgetering som används. De fasta anslagen tvingar budgeten att ligga inom anslagens ram. Det finns därmed en svårighet med att få budgeten att stämma överens med anslagen om man börjar nedifrån. Konsekvenserna av en top-down budgetering diskuteras längre ned.

Rambudgetar tillåter flexibilitet mellan divisionerna inom sjukhuset och kostnadsslag inom divisionerna. Förklaringar till varför rambudget används kan vara att den sortens budgetering ger möjligheter för cheferna att påverka arbetet inom den egna enheten och att rambudgetar är vanliga vid strama resursförhållanden såsom det på USiL. Det är först längre ned på avdelningsnivå som budgeten går över i kostnadsslag. Den stället gällande budgetförändringen från år till år som Anell (2005) skrivit om bekräftas på USiL där sjukhusets avdelningar använder sig av en uppräknings från förra års budget. Sjukhusets budget ska kompensera för den generella kostnadsuppgången utan att direkt ta hänsyn till förändringar som sker i medicinvärlden.

5.2.1.1 Budgetprocessen

Teorin framhäver att det bästa sättet att ta fram en budget på är genom en kombination av top-down och bottom-up budget, då input tas hänsyn till både uppifrån och nedifrån. En annan fördel är att de budgetansvariga genom denna process motiveras till att hålla sin budget mer än om man bara har en top-down budget.

Kombinationen används inte till fullo på USiL eftersom det inte är praktiskt möjligt, men det finns inslag av den. Från en del intervjupersoner fick vi höra att det var fullt möjligt att påverka sin budget. Divisionschefen menade att han förde en dialog med sjukhusledningen och kunde påverka hur stor del av "kakan" som skulle tillfalla hans division. Även verksamhetschefen anser att han förde en dialog med divisionschefen angående sin budget. Avdelningschefen var därmed av åsikten att hon inte kunde påverka budgeten utan att den sattes av verksamhetschefen. På avdelningen budget - uppföljning förklarade man att det var en renodlad top-down budget som användes.

Slutsatsen som kan dras av de olika intervjuerna är att det inte överallt på sjukhuset tycks vara möjligt att påverka budgettilldelningen i samma utsträckning. Vad de olika svaren beror på kan spekuleras i. Att man på avdelningen budget - uppföljning hävdar att det är en ren top-down budget kan bero på att de främst synar siffror, samt att de tillhör administrationen och inte den operationella delen. Det skulle även kunna vara så att divisionschefen och verksamhetschef vi pratade med hade särskilda relationer till sina överordnade, men det håller vi inte för troligt. Avdelningschefens svar kan bero på att systemet är utformat så att budget inte sätts längre ned än på verksamhetsområdesnivå.

Positivt är att man trots förutsättningarna att arbeta efter fasta anslag har inslag som gör det möjligt för chefer att påverka sin budget. Enligt teorin hjälper det för att få dem känna sig mer delaktiga och ansvariga för sin budget.

Ett annat inslag av bottom-up budgetering på USiL är att man på många håll börjar med egen budgetering före budgeten kommer ovanifrån. Budgeten ovanifrån har en lång väg att vandra och processen är sällan klar innan budgetåret har börjat. Av denna anledning kan cheferna inte vänta på budgeten innan de ger sig på sin egen budgetsammanställning. Det negativa med det är att när budgeten ovanifrån fås, har vi fått intryck av att det är ovanligt att de två siffrorna som presenteras stämmer överens, och då inte i den positiva bemärkelsen där budgeten ovanifrån är generösare. Har chefen inom divisionen eller verksamhetsområdet gjort en budget som anses rimlig och därefter måste arbeta efter en snävare påtvingad budget har vi svårt att tro att den ovanifrån givna budgeten hålls särskilt trolig. Detta gäller främst om det rör sig om stora diskrepanser.

Har cheferna vid årets slut klarat att hålla sig inom budgeten, så får de inte behålla något av de överblivna pengarna. De går istället till att täcka förluster för de enheter på sjukhuset som lämnat ett negativt resultat. Att systemet är uppbyggt på detta vis är förståeligt eftersom sjukvårdens resultat är starkt styrt av *force majeure*, vilket innebär att man måste täcka upp där det behövs. Vi anser även att det är förklarligt varför man inte ens låter enheterna med positiva resultat behålla delar av de positiva resultaten då det kan leda till ett opportunistiskt beteende i eftersträvan att få pengar över vid årets slut. När det varken finns belöning eller konsekvenser knutna till hur den budgetansvarige klarat sig i förhållande till sin budget måste man fråga sig vilken påverkan denna situation har på den budgetansvarige.

5.2.1.2 Budgetarbetet

Respekten för budgeten inom USiL är något vi får intrycket av är något bristfällig. Att personalen är kostnadsmedveten och försöker hålla ned kostnaderna tycks påtagligt, men att hålla budget verkar inte alltid högt prioriterat. En anledning som framgår av empirin är att svårighetsgraden på budgeterna varierar kraftigt från enhet till enhet och när någon håller sin budget är det svårt att urskilja vilka faktorer som varit bidragande. Förklaringen som ges till varför man har bristande respekt för budgeten från både intervjuerna och teorin är arbetet med människoliv. Idealet om att bota till varje kostnad krockar med de finansiella mål som sätts i budgeten. Att människolivet sätts centralt i sjukvården bör alltid vara en självklarhet oavsett vilken påverkan kostnaderna har på budget. Däremot borde man fråga sig om inte systemet samtidigt som det tillåter bota till varje kostnad skulle kunna motivera till att inte låta kostnaderna springa iväg i onödan.

Något vi märkte tidigt var att där fanns många metoder att gå till väga för att inte hålla sig inom budgeten. Om man en månad överskrider budgeten inom en enhet kan man helt enkelt skära ned på mottagningen av icke-akuta patientgrupper. Är budgetunderskottet kvar vid årets slut kan man tidigarelägga julstängningen med några veckor. Skulle budgetöverskridandet vara aningen allvarligare kan anställningsstopp eller tvång att ta ut overtimmar i semester införas. Det indikerades även att i vissa fall är det möjligt att hänvisa patienter till andra sjukhus för att själva inte ta kostnaden. Samtidigt som alla dessa åtgärder innebär en förskjutning av kostnader antingen framåt eller sidledes, så innebär det att systemet ges möjlighet att hålla budget utan att öka produktiviteten. Vi säger inte att personalen i sjukvården inte anstränger sig till det yttersta. Det vi menar är att budgetsystemet inte lämnar många incitament för att öka produktiviteten, utan systemet lämnar istället många kryphål för att inte behöva anstränga sig till sitt yttersta.

5.2.2 Nyckeltal

Arbetet med nyckeltal inom sjukvården är något vi i både teorin och framförallt genom intervjuerna fått förklarat för oss som minst sagt problematiskt. Att mäta vårdkvalitet och friskhet är svårt, om inte omöjligt. Konsekvensen blir att man har svårt för att ta fram pålitliga

relevanta nyckeltal. I vår undersökning hittade vi inte ett enda tal som användas från högsta ledningen till avdelningsnivå. Det vi finner intressant är att om inte ledningen har inarbetade nyckeltal genom vilka man kommunicerar sin strategi angående t.ex. besparingar går ett av ekonomistyrningens primära syfte går förlorat.

Under vår empiriinsamling fick vi namngett många nyckeltal, men vi gavs aldrig några konkreta exempel på när eller hur de användes och vilken typ av uppföljning som gjordes efter att man tittat på de olika nyckeltalens utfall. Vi ställer oss lite frågande till hur noggrann uppföljningen av nyckeltalen egentligen är. Fyller nyckeltalen på USiL verkligen sin funktion i att mäta måluppfyllelse och utgör de en användbar grund för utvärdering av verksamheten?

5.2.3 Internprissättning

På USiL används internpriser i relativt stor utsträckning mellan de olika avdelningarna. Då budgeten används som huvudsakliga styrsystem blir chefernas primära ekonomiska uppgift att se till att kostnaderna hålls nere och att de hålls inom den tilldelade budgetramen. Det innebär att det är viktigt att kunna kontrollera kostnaderna och veta var i organisationen de uppkommer.

USiL förlorar årligen stora summor pengar när det gäller att ta emot patienter som kommer utanför Region Skåne, p.g.a. bristfällig fakturering. Eftersom regionen som helhet inte går minus görs inte mycket för att förbättra detta förfarande. De budgetansvariga på USiL påverkas i stor utsträckning av de extra kostnaderna som uppstår och man kan fråga sig hur en ”orättvis” inverkan på den egna budgeten påverkar deras vidare göromål.

Det intryck vi fått är att internprissättningssystemet används som ett redovisningsredskap för att ge en samlad prisbild över de olika tjänsterna som utförs på avdelningarna. När det gäller internprisernas förmåga att motivera ”in-house” produktion, istället för att lägga ut produktionen på en annan enhet, är det inte relevant i offentliga sjukvårdssammanhang. Det som kan göras själv, görs själv, och det man inte har resurser eller framförallt plats att göra läggs ut på den enhet som kan.

5.2.4. DRG

På USiL används ett välutvecklat system för internprissättning i form av DRG. Problematiken ser vi främst i den praktiska tillämpningen av måttet då DRG främst används på ledningsnivå och inte i lika stor utsträckning ute på verksamhets- och avdelningsnivå. Genom DRG kan man räkna ut effektivitetsmått vilket kunnat möjliggöra jämförelser, dels inom den egna enheten, men även med andra enheter med liknande förutsättningar.

Genom att räkna ut t.ex. DRG-poäng per arbetad timme kan personalen få fram ett ratio som förbättras eller försämras från månad till månad alternativt från år till år. En förklaring till den begränsade användningen av DRG är enligt divisionschefen att måttet är en aning eftersläpande och verksamhetsekonomen säger även att internprislistan inte alltid är uppdaterad. Kostnadsförändringar kan ha skett med tiden utan att priserna i internprislistan ändras i enlighet med dessa.

Om ett DRG mått hade kunnat uppdateras och hållas aktuellt tror vi att det hade hjälpt med motivationen på USiL. Att man kunde jämföra sig med sig själv och andra. Att man inte har ett aktuellt DRG – mått stärker Anells teori om den förödande verkan förändringstakten inom sjukvården kan ha.

5.2.5 Motivation och belöning

5.2.5.1 Monetära belöningar

Att ett monetärt belöningssystem inte finns på USiL är förklarligt. Både i teorin och i de intervjuer vi har genomfört talas det om svårigheterna med att ta fram relevanta mått. Mått som inte för med sig negativa konsekvenser i eftersträvan för att uppnå dem.

Vid ett införande av ett belöningssystem baserat på t.ex. antalet utförda operationer är det alltför många faktorer att ta hänsyn till. Det måste finnas incitament för att läkaren som utför operationen inte bara genomför den så snabbt som möjligt, utan även att den genomförs på säkert sätt. Ett figurerat exempel kan vara om en tumör ska opereras bort. Utan belöning kan denna operation tänkas ta ca 13 timmar och då tar man bort så mycket som möjligt av tumören, även om inte allt kan avlägsnas. Hade en belöning knutits till att genomföra så

många operationer som möjligt på kortast möjliga tid kan läkaren tänkas ha incitament att avsluta operationen så snabbt som möjligt, även om det kunde tänkas vara möjligt att operera bort ännu mer av tumören om man fortsatte ytterligare några timmar. Några direkta effekter på patienten hade kanske inte märkts, men skillnaden kan istället ligga i hur lång tid patienten överlever.

5.2.5.1.1 Individuell lönesättning

Individuell lönesättning är den enda form av monetärt medel som USiL använder sig av. En fördel med den individuella lönesättningen är att cheferna kan sprida lönerna efter personalens prestationer. Alla chefer vi intervjuade ansåg att individuell lönesättning är bra., men både divisionschefen och verksamhetschefen påpekade att spridningen inte är stor nog och kopplar det till att lönerna är offentliga. Det hade kunnat vara bra att likt ett privat företag hemlighålla lönerna så att cheferna kan sprida dem mer efter hur personalen presterar.

5.2.5.2 Icke-monetära belöningar

Icke-monetära belöningar är enligt de personer vi har intervjuat på USiL inte något man använder sig av i stor utsträckning. Från åsikterna i intervjuerna tycker vi att det framgår att de sociala belöningarna är alldeles för få och en aning skeva. Det som inom sjukvården socialt belönas är enligt verksamhetschefen kunskap och specialförmågor. Kan du göra en avancerad hjärtransplantation så blir du mer socialt belönad än om du gör dubbelt så många blindtarmsoperationer som dina kolleger. Läkaren, sjuksköterskan och undersköterskan svarade att det inte förekommer några sociala belöningar när de har jobbat extra hårt, utan gör man något bra uppmärksammas det inte av någon annan än en själv. Avdelningschefen är den enda presenterade en mer positiv bild. Hon anser sig ha blivit uppmärksammas och socialt belönad och har även lyft fram personal på sin egen avdelning som har gjort en extraordinär insats.

Allt fler icke-monetära belöningar i form av att cheferna på något sätt lyfter fram sina anställdas prestationer när de har gjort en extraordinär insats tycker vi hade varit viktigt för att motivera personalen. Det kan handla om metoder som den som avdelningschefen använde sig av när hon skickade ut ett e-postmeddelande till alla de anställda på avdelningen eller ett omnämnande i den interna tidningen..

Det är lite överraskande att inte icke-monetära belöningar används i en större utsträckelse. I teorin tar vi upp att dess betydelse enligt Anthony & Govindarajan t.o.m. är viktigare än de monetära för personalens motivation. De är dessutom kostnadseffektiva eftersom allt de kostar är den tid det tar för att t.ex. skicka iväg ett e-postmeddelande som avdelningschefen gjorde eller att muntligt framhålla någon av de anställdas prestationer.

5.3 Ekonomistyrssystemets helhet

Användningen av antingen ram- eller kostnadsslagsbudgetstyrning menar Anell (2005) måste kompletteras med någon annan form av styrning. Användningen av resurser och produktivitet måste följas upp då det finns en risk för underproduktion. Uppföljning av produktiviteten sker när ledningen skickar nyckeltalen till Region Skåne, samt att med de anslag som fås från Region Skåne följer produktionstalen som måste uppfyllas. Svårighetsgraden med produktivetskraven som kommer med anslagen har vi lite insikt i. Däremot är vi under intryck att uppföljningen för huruvida kraven är låga, höga eller alldeles lagom görs i endast måttlig utsträckning.

Budget är ett effektivt styrmedel när en verksamhet vill försöka få kontroll på kostnaderna samtidigt som man ämnar arbeta på samma sätt som tidigare. Då man inte systematiskt använder sig av några andra styrmedel som ger incitament för att förändra sig kan man nog inte förvänta sig ökad produktivitet på initiativ av vare sig enhetsansvarig eller övrig personal. Det kan i en sådan situation uppstå en risk att bli bemött av inställningar från personalen som leder till uttalanden som: ”*de ligger på uppifrån och säger att vi måste bli effektivare, men ger inga incitament.*”

5.4 Övrigt

Ett intressant fenomen vi upptäckte i vår empiriska insamling var den stora skillnaden på synen av systemet mellan de i chefsposition och övriga. Hos verksamhetsekonomen och de vi intervjuat på avdelningen budget - uppföljning fanns det en viss uppgivenhet vid frågor om

motivation och arbetet med nyckeltal i organisationen. Exempelvis ansågs budgeten vara en ren top-down budget och möjligheten för att påverka den nedifrån kändes begränsad. Vid intervjuerna med läkaren, sjuksköterskan och undersköterskan gavs mer uppgivna svar angående motivation och incitament för ett effektivt resursutnyttjande. Däremot var man mer positivt inställd till hur systemet fungerade gällande förmågan att påverka såväl budget som personal. Att en dialog gällande budgetutformningen fanns var både divisionschefen och verksamhetschefen överens om. Även om de ansåg att systemet inte var perfekt så fanns det förklaringar på varför det var som det var, och man hade en tilltro till det ändå. Spekulationer kan ske i huruvida deras inställning berodde på att det är tvungna att tro på och arbeta efter systemet, eftersom det är för svårt att förändra från deras position eller att de ser få alternativ till förändring.

6. Slutsatser

I detta avsnitt sammanfattar vi vår diskussion för att kunna lyfta ut de drag som har varit viktigast i uppsatsen och även förklara varför.

USiL arbetar idag med ett styrsystem som använder resultatansvar mellan sjukhusets ledning och Region Skåne. De åtta divisionerna under ledningsnivå är organiserade som kostnadsansvarsenheter. Det primära styrverktyget är en fast rambudget. Budgeten fördelas enligt top-down modellen med vissa inslag av bottom-up. Utöver budgeten använder USiL sig inte av något annat systematiskt verktyg som direkt kan knytas till ekonomisk påverkan.

Skälen till varför ekonomistyrningen är utformad på detta viset är många och förståliga. Svårighet att mäta output, det icke linjära sambandet mellan kostnader och intäkter, samt risken för konsekvenserna om alltför starka nyckeltal införs är några av dem. På USiL ser vi lite incitament i systemet som talar för att öka den rådande produktiviteten. I budgetarbetet finns många kryphål för att undvika överdrag, såsom att stänga avdelningar tidigare under julen. Hålls budgeten finns ingen belöning att vänta och vid ett överdrag finns tillika ingen konsekvens, vilket gör att det intrycket vi har fått av respekten för budgeten är minst sagt bristfällig.

Att det inte används ett monetärt belöningssystem på USiL ser vi som förklarligt. Det finns såväl praktiska som etiska skäl som talar mot användningen. Däremot förvånas vi över vilken ringa grad det sociala belöningssystemet verkar användas. Ett socialt belöningssystem borde inte bära med sig några av de konsekvenser ett monetärt belöningssystem riskera göra och med det slipper man även mätproblem, samtidigt som det enligt vår teoretiska referensram även anses mer effektivt.

6.1 Vidare forskning

Den vidare forskningen vi skulle rekommendera är dels en forskning av liknande karaktär, men med mer tid och resurser, och dels en forskning som undersöker möjligheterna för komplettering av det befintliga ekonomistyrssystemet. Trots vår kritiska analys inser vi

problemen med en total överkastning av det befintliga systemet och skulle hellre se det komplementerat, eventuellt inspirerat av den privata sektorn.

7. Källförteckning

7.1 Publicerade källor

7.1.1 Litteratur

Aidemark, L-G. (1998) *Vårdens ekonomi i förändring*. Bokförlaget BAS

Andersen, I. (1998) *Den uppenbara verkligheten: val av samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur

Anell, A. (2005) *Primärvård i förändring*, Lund: Studentlitteratur

Anell, A och Claesson, R (1995) *Svenska sjukhus förr och nu*, Halmstad: Tryckmedia

Anell, A. (1994) *Sjukhusens kontrakt – från anslag till intäkter*, Stockholm: SNS Förlag

Anell, A (1990) *Ekonomistyrssystem i sjukvården – Karläggning av praxis och förnyelse i landstingen*, Lund: Studentlitteratur

Anjou, L (2002) *Hur fungerar beställar- utförarorganisationen inom sjukvården i Västra Götalandsregionen?* Göteborg: Göteborgs Universitet

Anthony, R. & Govindarajan, V (2003) *Management control systems*, Singapore: McGraw – Hill companys

Bergstrand, J (2003) *Ekonomisk styrning*, Lund: Studentlitteratur

Brorström, B. Haglund, A. & Solli, R. (1996) *Extern- och internredovisning i kommuner och landsting*, Lund: Studentlitteratur

Brorström, B. (1995) *Styrningens villkor och effekter i professionella organisationer – En studie av nya styrformer inom sjukvården*. Lund: Studentlitteratur

Bryman, A. & Bell, E. (2005) *Företagsekonomiska forskningsmetoder*, Malmö: Liber AB

Grønmo, S. (2006) *Metoder i samhällsvetenskap*, Malmö: Liber

Hallin, B. & Siverbo, S. (2003) *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

Jacobsen, D. I. (2002) *Vad, hur och varför: om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen*. Lund: Studentlitteratur

Källström, A. (1990) *Uppdrag styreffekt – om controllern och ekonomistyrningsprocessen*. Malmö Liber AB.

Lindvall, J. (1997) *Resultatansvar inom sjukvården*, Stockholm: Nerenius & Santerus Förlag AB

Liukkonen, P. (1994) *Ekonomisk styrning inom sjukvården*, Malmö: Libor-Hermods

Merchant, K & Van der Stede (2003) *Management control systems*, Essex: Pearson Education Limited

Merriam, S. B. (1994) *Fallstudien som forskningsmetod*, Lund: Studentlitteratur

Ohlsson M. & Rennstam J. (2000) *Karies i organisationen? EN organisationsteoretisk tolkning av företagiseringen av Folktandvården Skåne* Lund: Magisteruppsats

Patel, R. & Davidson, B. (2003) *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur

Samuelson, L. A. (2005).

Samuelson, L. A. (2001). *Controllerhandboken*. Stockholm: Författarna och Industrilitteratur AB

7.2 Elektroniska källor

Organisationsschema för Universitetssjukhuset i Lund

http://www.skane.se/upload/Webbplatser/USiL/Dokument/InfoOmOss/orgschema_070802.pdf, 2007-11-19

USiL:s hemsida

(<http://www.usil.se>), 2007-12-15

Artikel ” Sverige har lägst antal vårdplatser i Europa”, Agneta Borgström

<http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=6069>, 2007-12-15

SLF

http://www.slf.se/upload/brist_vardplatser.pdf, 2007-12-15

OECD

[http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?strISO3_select=aus,bel,c
an,dnk,fin,fra,deu,grc,isl,irl,ita,jpn,lux,nld,nzl,nor,esp,swe,gbr,usa&strIndicator_select=TotE
OHPctOfGDP&intYear_select=latest&fixed=indicator&language=english](http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?strISO3_select=aus,bel,c
an,dnk,fin,fra,deu,grc,isl,irl,ita,jpn,lux,nld,nzl,nor,esp,swe,gbr,usa&strIndicator_select=TotE
OHPctOfGDP&intYear_select=latest&fixed=indicator&language=english), 2007-12-15

Sydsvenskan

<http://sydsvenskan.se/sverige/article288278.ece>, 2008-01-13

Landsting och regioner

http://www.sverige.se/sverige/templates/OrgTypePage_9675.aspx, 2008-01-14

SKL, Sveriges Kommuner och Landsting

<http://www.skl.se>, 2008-01-14

7.3 Muntliga källor

Verksamhets-/divisionsekonom, 2007-11-19

Två anställda på budget/uppförningsavdelningen, 2007-12-04

Divisionschef, 2007-12-10

Verksamhetschef, 2007-12-18

Avdelningschef, 2007-12-20

Läkare, 2007-12-20

Sjuksköterska, 2007-12-20

Undersköterska, 2007-12-20

7.4 Organisationsinternt material

Presentation av USiL på intranätet, 2007-11-20

Bilaga 1 – Intervju med verksamhet/divisionsekonom

Bakgrund

Vad är ditt namn?

Vad är din position?

Hur länge har du jobbat på Lunds Universitetssjukhus?

Hur är Lunds Universitetssjukhus uppbyggt?

Vad vi gör och vart vi vill komma. Vi vill veta hur ekonomistyrningen ser ut idag och hur den har förändrats under de senaste åren, gärna genom att strukturera upp en tidsaxel med de förändringar som har skett.

Ekonomistyrning

Hur ser ekonomistyrningen ut idag?

Vilka förändringar har skett? Milstolpar?

När togs besluten om förändring?

Var togs besluten om förändring?

Var skedde förändringarna?

När implementerades förändringarna?

När blev förändringarna märkbara?

Varför ville man förändra ekonomistyrningen?

Vad ville man uppnå med förändringen? Syftet?

Vad tycker du om det nuvarande systemet?

Har det nuvarande systemet underlättat arbetsgången?

Skiljer sig ekonomistyrningen åt inom divisionerna?

Skiljer sig ekonomistyrningen åt mellan divisionerna?

Övrigt

Vilka nyckeltal tittar man på?

Vad tycker du hade varit intressant att titta närmare på?

Vilka personer kan vi/bör vi ta kontakt med?

Bilaga 2 – Intervju med två personer på ekonomiavdelning

Inledningsfrågor

Vad är ditt namn?

Vad är din position?

Hur länge har du haft denna position?

Vilka tidigare positioner har du haft på sjukhuset?

Vilka tidigare arbeten har du haft?

Budget

När läggs budgeten upp?

Vem lägger upp budgeten?

Hur detaljerad är budgeten?

Vilka faktorer påverkar budgeten?

Vilken typ av budget har ni? (fast, löpande, rullande?)

Tror du att en annan typ av budget hade kunnat fungera bättre?

Vem bestämmer hur mycket pengar varje verksamhet får?

Hur bestäms fördelningen av pengar mellan verksamheterna?

Hur ofta följer ni upp budgeten?

Hur viktigt är det att uppnå budget?

Känner ni att de budgetar som görs är uppnåbara?

Om ni ett år har över/underskott påverkar detta budgeten för nästa år?

Om ni överträffar budget, var tar de pengar som blir över vägen?

Motivation

Finns det någon belöning om ni uppnår budgeten?

Vilka nyckeltal tittar ni på?

Hur motiverar ni personal att uppnå nyckeltalen?

Vem har ansvar för att nyckeltalen uppnås?

Skiljer sig nyckeltalen beroende på var i organisationen man befinner sig? (först ekonomiska nyckeltal, sen i form av antal läkarbesök/år)

Vad har ni för andra verktyg för att motivera personalen att jobba effektivare?

Använder ni er av något slags belöningssystem?

Ansvarsenheter

Vilket sorts ansvarsenhet anser ni ha?

Varför har ni denna ansvarsenhet?

Hur länge har ni haft denna typ av ansvarsenhet?

Hur har den förändrats under de senaste tio åren?

Tror du någon annan typ av ansvarsenhet hade varit bättre?

Har ni övervägt att göra förändringar i er ekonomistyrning?

Hur mäter ni era intäkter?

Vad är syftet med att titta på intäkter?

Vilka rörliga intäkter har ni?

Hur mycket fokus läggs på dessa intäkter?

Får ni intäkter från forskningsrapporter och dylikt som ni "producerar" på sjukhuset?
(tillfaller staten?)

Hur används internprissättning?

Hur sätts internpriser?

Hur viktiga är internpriserna?

Har ni någon avdelning som endast tittar på intäkter? (försäljningsavdelning?)

Bilaga 3 – Intervju med divisionschef

Inledningsfrågor

Vad är ditt namn?

Vad är din position?

Hur länge har du haft denna position?

Vilka tidigare positioner har du haft på sjukhuset?

Vilka tidigare arbeten har du haft?

Budget

När läggs budgeten upp?

Hur detaljerad är budgeten?

Vilka faktorer påverkar budgeten?

Tror du att en annan typ av budget hade kunnat fungera bättre?

Hur bestäms fördelningen av pengar mellan verksamheterna?

Hur ofta följer ni upp budgeten?

Hur viktigt är det att uppnå budget?

Känner ni att de budgetar som görs är uppnåbara?

Om man är på väg att överstiga budget, vilka åtgärder kan tas?

Varför har ni en fast budget som följs uppifrån och ner? Motivation? Bättre med en budget som går nedifrån och upp? Eller vad anser du?

Hur har ni jobbat på dina tidigare arbetsplatser?

Använde ni budgetstyrning?

Var det mer effektivt?

Varför arbetar ni inte likadant på USIL?

Motivation

Finns det någon belöning om ni uppnår budgeten?

Vilka nyckeltal tittar ni på?

Hur motiverar ni personal att uppnå nyckeltalen?

Vem har ansvar för att nyckeltalen uppnås?

Vad har ni för andra verktyg för att motivera personalen att jobba effektivare?

Använder ni er av något slags belöningssystem?

Tittar ni mycket på genomloppstiden på USIL?
Gjorde ni likadant på er gamla arbetsplats?
Händer det att patienter ligger inne längre än nödvändigt?
Tror du att Lean Production kommer att förändra det?
Har ni redan infört Lean Production i division 2?
Vad tror du Lean Production kommer innebära för din division?
Tror du att belöningsystem hade förbättrat effektiviteten på USIL?
Har du tidigare arbetat med någon form av belöningsystem?
Hur fungerade det?
Hur mycket känner du att ekonomistyrningen påverkar ditt arbete?
Anser du att ekonomistyrningen utnyttjas för lite?
Hur funderar kontakten från divisionschefen till verksamhetscheferna?
Hur pass medvetna är de om vad som pågår i organisationen?
Hur fungerar löneförhandlingarna?
Vem sätter lön för verksamhetscheferna?
Hur individuell är löneförhandlingen?
Vad har ni för kontroll på att de anställda anstränger sig?
På vilka sätt mäts den enskildas prestation?

Övrigt

Tror du någon annan typ av ansvarsenhet hade varit bättre?
Hur mäter ni era intäkter?
Hur ofta gör ni kvalitetskontroller?
Hur går dessa kvalitetskontroller till?
Är det något annat du tycker att vi borde ta med i uppsatsen?

Bilaga 4 – Intervju med verksamhetschef

Inledningsfrågor

Vad är ditt namn?

Vad är din position?

Hur länge har du haft denna position?

Vilka tidigare positioner har du haft på sjukhuset?

Vilka tidigare arbeten har du haft?

Budget

När läggs budgeten upp?

Hur detaljerad är budgeten?

Vilka faktorer påverkar budgeten?

Tror du att en annan typ av budget hade kunnat fungera bättre?

Hur bestäms fördelningen av pengar mellan verksamheterna?

Hur ofta följer ni upp budgeten?

Hur viktigt är det att uppnå budget?

Känner ni att de budgetar som görs är uppnåbara?

Om man är på väg att överstiga budget, vilka åtgärder kan tas?

Varför har ni en fast budget som följs uppfrån och ner? Motivation? Bättre med en budget som går nedfrån och upp? Eller vad anser du?

Hur har ni jobbat på dina tidigare arbetsplatser?

Använde ni budgetstyrning?

Var det mer effektivt?

Varför arbetar ni inte likadant på USIL?

Motivation

Finns det någon belöning om ni uppnår budgeten?

Vilka nyckeltal tittar ni på?

Hur motiverar ni personal att uppnå nyckeltalen?

Vem har ansvar för att nyckeltalen uppnås?

Vad har ni för andra verktyg för att motivera personalen att jobba effektivare?

Använder ni er av något slags belöningssystem?

Tittar ni mycket på genomloppstiden på USIL?
Gjorde ni likadant på er gamla arbetsplats?
Händer det att patienter ligger inne längre än nödvändigt?
Tror du att Lean Production kommer att förändra det?
Har ni redan infört Lean Production i division 2?
Vad tror du Lean Production kommer innebära för din division?
Tror du att belöningsystem hade förbättrat effektiviteten på USIL?
Har du tidigare arbetat med någon form av belöningsystem?
Hur fungerade det?
Hur mycket känner du att ekonomistyrningen påverkar ditt arbete?
Anser du att ekonomistyrningen utnyttjas för lite?
Hur funderar kontakten från divisionschefen till verksamhetscheferna?
Hur pass medvetna är de om vad som pågår i organisationen?
Hur fungerar löneförhandlingarna?
Vem sätter lön för verksamhetscheferna?
Hur individuell är löneförhandlingen?
Vad har ni för kontroll på att de anställda anstränger sig?
På vilka sätt mäts den enskildas prestation?

Övrigt

Tror du någon annan typ av ansvarsenhet hade varit bättre?
Hur mäter ni era intäkter?
Hur ofta gör ni kvalitetskontroller?
Hur går dessa kvalitetskontroller till?
Är det något annat du tycker att vi borde ta med i uppsatsen?

Bilaga 5 – Intervju med avdelningschef

Bakgrund

Vad är din position på sjukhuset?

Hur länge har du haft denna position?

Har du haft andra positioner på sjukhuset? Isf, vilka?

Ekonomistyrning

Ni arbetar med budget och kostnadsansvar på sjukhuset, är detta något du tänker på i ditt dagliga arbete? I vilken utsträckning?

Hur pass medveten är du om vilka mått (nyckeltal) och målsättningar man tittar på inom avdelningen?

Anser du att personalen på din avdelning är kostnadsmedvetna?

Anser du att personalen på din avdelning arbetar kostnadseffektivt?

Känner du att du har någon påverkan i budgetprocessen?

Hur viktigt tycker du det är att hålla budget? Jobbar extra hårt eller ”ger upp”?

Hur motiverad anser du vara i ditt arbete?

Anser du att du hade jobbat mer effektivt om du hade blivit belönad därefter?

Anser du att personalen på sjukhuset kunnat jobba mer effektivt om fler incitament funnits? (t.ex. månadens anställd, bonus osv.)

Anser du att det lagts fokus på att ditt arbete ska bli mer effektivt under de senaste åren?

Anser du i sådana fall att detta har medfört brister i vårdkvalitén?

Anser du att du med helt fria händer hade kunnat motivera din personal bättre?

Anser du att dina prestationer blir uppmärksammade av medarbetarna?

Känner du att du kan påverka din lön genom ditt dagliga arbete?

Vad anser du vara den motiverande faktorn i din dagliga arbetssituation?

Har du några andra förslag på hur ekonomistyrningen skulle kunna förbättra effektiviteten på USiL?

Bilaga 6 – Intervju med sjuksköterska och undersköterska

Bakgrund

Vad är din position på sjukhuset?

Hur länge har du haft denna position?

Har du haft andra positioner på sjukhuset? Isf, vilka?

Ekonomistyrning

Ni arbetar med budget och kostnadsansvar på sjukhuset, är detta något du tänker på i ditt dagliga arbete? I vilken utsträckning?

Hur pass medveten är du om vilka mått (nyckeltal) och målsättningar man tittar på inom avdelningen?

Anser du att personalen på din avdelning är kostnadsmedvetna?

Anser du att personalen på din avdelning arbetar kostnadseffektivt?

Känner du att du har någon påverkan i budgetprocessen?

Hur viktigt tycker du det är att hålla budget? Jobbar extra hårt eller ”ger upp”?

Hur motiverad anser du vara i ditt arbete?

Anser du att du hade jobbat mer effektivt om du hade blivit belönad därefter?

Anser du att personalen på sjukhuset kunnat jobba mer effektivt om fler incitament funnits? (t.ex. månadens anställd, bonus osv.)

Anser du att det lagts fokus på att ditt arbete ska bli mer effektivt under de senaste åren?

Anser du i sådana fall att detta har medfört brister i vårdkvalitén?

Anser du att dina prestationer blir uppmärksammade av medarbetarna?

Känner du att du kan påverka din lön genom ditt dagliga arbete?

Vad anser du vara den motiverande faktorn i din dagliga arbetssituation?

Har du några andra förslag på hur ekonomistyrningen skulle kunna förbättra effektiviteten på USiL?

Bilaga 7 – Intervju med läkare

Bakgrund

Vad är din position på sjukhuset?

Hur länge har du haft denna position?

Har du haft andra positioner på sjukhuset? Isf, vilka?

Ekonomistyrning

Ni arbetar med budget och kostnadsansvar på sjukhuset, är detta något du tänker på i ditt dagliga arbete? I vilken utsträckning?

Hur pass medveten är du om vilka mått (nyckeltal) och målsättningar man tittar på inom avdelningen?

Anser du att personalen på din avdelning är kostnadsmedvetna?

Anser du att personalen på din avdelning arbetar kostnadseffektivt?

Känner du att du har någon påverkan i budgetprocessen?

Hur viktigt tycker du det är att hålla budget? Jobbar extra hårt eller ”ger upp”?

Hur motiverad anser du vara i ditt arbete?

Anser du att du hade jobbat mer effektivt om du hade blivit belönad därefter?

Anser du att personalen på sjukhuset kunnat jobba mer effektivt om fler incitament funnits? (t.ex. månadens anställd, bonus osv.)

Anser du att det lagts fokus på att ditt arbete ska bli mer effektivt under de senaste åren?

Anser du i sådana fall att detta har medfört brister i vårdkvalitén?

Anser du att dina prestationer blir uppmärksammade av medarbetarna?

Känner du att du kan påverka din lön genom ditt dagliga arbete?

Vad anser du vara den motiverande faktorn i din dagliga arbetssituation?

Har du några andra förslag på hur ekonomistyrningen skulle kunna förbättra effektiviteten på USiL?