



EKONOMIHÖGSKOLAN
Lunds universitet

Företagsekonomiska institutionen

Magisteruppsats
2004-02-04

Omstrukturering inom sjukvården

– En studie om styrning av Malmös och Lunds
akutverksamheter mot målet ”Skånsk livskraft”

Författare:

Allisson, Ann-Charlott
Bengtsson, Anna
Szurpita, Joanna

Handledare:

Nilsson-Hellström, Mikael
Ramberg, Ulf

Förord

Arbetet med vår magisteruppsats har krävt mycket envishet och initiativtagande för att kunna få fram den information som vi har eftersträvat. Samtidigt har det gett oss många djupa insikter om hur den offentliga sektorn fungerar. Vi har varit med om en mycket lärorik och spännande period vilken förhoppningsvis blir till stor nytta i vårt framtida yrkesliv.

Vi vill därmed ta tillfället i akt och rikta ett varmt tack till alla personer som bidragit till att uppsatsen var möjlig att genomföra. Framförallt vill vi tacka de personer vi har fått tillfälle att intervjua och särskilt lyfta fram deras positiva engagemang.

Vi vill även passa på att tacka våra handledare Mikael Hellström-Nilsson och Ulf Ramberg för all konstruktiv kritik och välmotiverad handledning.

Slutligen vill vi i gruppen tacka varandra för ett bra samarbete, för den aldrig sinande energin och den positiva anda som genomsyrat gruppen, trots vissa motgångar.

.....

Ann-Charlott Allisson

.....

Anna Bengtsson

.....

Joanna Szurpita

Lund, den 4 februari 2004

Sammanfattning

| | |
|-------------------------------|--|
| Uppsatsens titel: | Omstrukturering inom sjukvården |
| Seminariedatum: | 2004-02-04 |
| Ämne/kurs: | Magisteruppsats i företagsekonomi, 10 poäng |
| Författare: | Ann-Charlott Allisson, Anna Bengtsson och Joanna Szurpita |
| Handledare: | Mikael Nilsson-Hellström och Ulf Ramberg |
| Fallverksamhet: | Akutverksamheterna på Lunds och Malmös universitetssjukhus |
| Nyckelord: | Omstrukturering, styrning, samverkan, sjukvård, motivation |
| Syfte: | Syftet med uppsatsen är att beskriva de effekter som uppstår inom akutverksamheten när denna står inför nya förutsättningar, samt hur anpassningen till dessa nya förutsättningar kan förändra tidigare inarbetade system. |
| Metod: | Med tanke på att uppsatsens syfte är av ett beskrivande slag, har studien utförts utifrån ett deskriptivt perspektiv. För att kunna genomföra detta har en kvalitativ metod valts. Själva undersökningen har utförts utifrån fallstudier, där intervjuobjekten har valts ut genom ett så kallat snöbollsurval. Informationen från intervjuerna har sedan anpassats till en modell, varmed uppsatsen haft en deduktiv ansats. |
| Teoretiska perspektiv: | Det teoretiska perspektivet i uppsatsen har utgått från styrning av verksamheter och då framförallt de beståndsdelar, i form av strategi, ledningsfilosofi, organisationsstruktur och styrsystem, som ingår i denna styrning. |
| Empiri: | Empirin utgörs dels av en beskrivning av projektet Skånsk livskraft och tanken bakom detta, dels av en redogörelse för akutverksamheterna på universitetssjukhusen i Lund och Malmö. Den sistnämnda redogörelsen har sin utgångspunkt i det teoretiska perspektivet. |

Slutsatser:

I uppsatsen har framförallt två viktiga slutsatser framkommit. Den ena grundar sig i de frågor som uppkommer bland de anställda i en organisation, när denna ställs inför nya förutsättningar. Dessa frågor är det viktigt att i ett tidigt skede kunna besvara så att motivationen bland de anställda inte brister. Den andra slutsatsen bygger på att det måste ske en anpassning av organisationens rådande styrning och de delar denna består av. Dessa delar ska utformas dels efter de nya förutsättningarna, dels efter varandra.

Abstract

| | |
|----------------------------------|--|
| Title: | Restructuring the medical care |
| Authors: | Ann-Charlott Allisson, Anna Bengtsson, Joanna Szurpita |
| Advisors: | Mikael Nilsson-Hellström, Phd, Assistent professor and Ulf Ramberg, Phd, Assistent professor |
| Course: | Master thesis in business administration, 10 Swedish Credits (15 ECTS) |
| Date: | 2004-02-04 |
| Keywords: | Restructuring, management control, co-ordination, medical care, motivation |
| Purpose: | The purpose of the paper is to describe what could take place within an organization, like the emergency care, that faces changed circumstances, and how the adoption to these changes alters previously established ways of business. |
| Methodology: | The paper is based on a descriptive perspective, for which a qualitative method has been employed. A case study has been performed, where the interviewees were chosen by a snowballing selection. The information acquired from the interviews were then adopted to a model, thus bringing in an element of deduction to the paper. |
| Theoretical perspectives: | The theoretical perspective of the paper is based on management control, primarily strategy, leadership, organizational structure and control system. |
| Empirical foundation: | The empirical foundation is partly based on a description of the "Skånsk livskraft" project and partly on a summary of the emergency care in Lund and Malmö. |
| Conclusions: | Especially two important conclusions is presented in the paper. The first concerns the questions that can arise among the employees in an organisation when the organisation faces changes. It's important that the management is able to answer these questions early on, to avoid lack of motivation among the employees. The second conclusion concerns the adjustment of the prevailing management control |

and its different components. These components should be altered to match the changed circumstances and also each other.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | | |
|-----------------|------------------------------------|------------------|
| <u>1</u> | <u>INLEDNING</u> | <u>10</u> |
| 1.1 | BAKGRUND | 10 |
| 1.2 | PROBLEMDISKUSSION | 11 |
| 1.3 | SYFTE | 12 |
| 1.4 | AVGRÄNSNING | 12 |
| 1.5 | MÅLGRUPP | 13 |
| 1.6 | DISPOSITION | 13 |
| <u>2</u> | <u>METOD</u> | <u>15</u> |
| 2.1 | TILLVÄGAGÅNGSSÄTT | 15 |
| 2.1.1 | KVALITATIV METOD | 16 |
| 2.2 | TEORIBEARBETNING | 16 |
| 2.2.1 | DEDUKTIV ANSATS | 16 |
| 2.3 | EMPIRI | 17 |
| 2.3.1 | FORSKNINGSANSATS | 17 |
| 2.3.2 | DESKRIPTIV UNDERSÖKNING | 18 |
| 2.3.3 | URVAL | 18 |
| 2.3.4 | INFORMATIONSSAMLING | 19 |
| 2.3.5 | KÄLLKRITIK | 20 |
| 2.4 | ANALYSARBETET | 20 |
| <u>3</u> | <u>TEORI</u> | <u>22</u> |
| 3.1 | EKONOMISTYRNINGENS UTVECKLING | 22 |
| 3.2 | SAMBAND | 23 |
| 3.3 | BESTÅNDSDELARNA I MODELLEN | 24 |
| 3.3.1 | STRATEGI | 24 |
| 3.3.2 | LEDNINGSFILOSOFI | 26 |
| 3.3.2.1 | Det auktoritära ledarskapet | 27 |
| 3.3.2.2 | Ledarskap i den offentliga sektorn | 27 |
| 3.3.2.3 | Doktrinskifte | 27 |
| 3.3.2.4 | Förståelsebaserat ledarskap | 28 |
| 3.3.3 | ORGANISATIONSSTRUKTUR | 28 |
| 3.3.3.1 | Funktionsorganisation | 29 |
| 3.3.3.2 | Divisionsorganisation | 30 |
| 3.3.3.3 | Matrisorganisation | 31 |
| 3.3.4 | STYRSYSTEM | 31 |
| 3.3.4.1 | Planerings- och utarbetsfas | 31 |
| 3.3.4.2 | Mättnings- och uppföljningsfas | 34 |
| 3.4 | KONKLUSION | 35 |
| <u>4</u> | <u>EMPIRI</u> | <u>36</u> |

| | | |
|------------|---|------------------|
| 4.1 | SKÅNSK LIVSKRAFT - VÅRD OCH HÄLSA | 36 |
| 4.1.2 | SKÅNSK LIVSKRAFTS LOGIKER..... | 38 |
| 4.2 | PRESENTATION AV SJUKHUSEN | 41 |
| 4.2.1 | MALMÖ..... | 41 |
| 4.2.2 | LUND..... | 41 |
| 4.3 | STRATEGI | 42 |
| 4.3.1 | MALMÖ..... | 42 |
| 4.3.2 | LUND..... | 42 |
| 4.4 | LEDNINGSFILOSOFI | 43 |
| 4.4.1 | MALMÖ..... | 43 |
| 4.4.2 | LUND..... | 44 |
| 4.5 | ORGANISATIONSSTRUKTUR | 44 |
| 4.5.1 | MALMÖ..... | 44 |
| 4.5.2 | LUND..... | 46 |
| 4.6 | STYRSYSTEM | 47 |
| 4.6.1 | MALMÖ..... | 47 |
| 4.6.2 | LUND..... | 50 |
| 4.7 | KONKLUSION | 52 |
| | | |
| 5 | <u>ANALYS</u> | <u>54</u> |
| | | |
| 5.1 | ETT SAMMANHÄNGANDE SYSTEM | 54 |
| 5.2 | MODELLENS BESTÅNDSDELAR OCH DESS FÖRHÅLLANDE TILL SKÅNSK LIVSKRAFT | 55 |
| 5.2.1 | ANALYS AV STRATEGIN..... | 55 |
| 5.2.2 | ANALYS AV LEDNINGSFILOSOFIN..... | 57 |
| 5.2.3 | ANALYS AV ORGANISATIONSSTRUKTUREN..... | 59 |
| 5.2.4 | ANALYS AV STYRSYSTEMET..... | 60 |
| 5.3 | KONKLUSION | 62 |
| | | |
| 6 | <u>RESULTAT</u> | <u>64</u> |
| | | |
| 6.1 | SLUTSATSER | 64 |
| 6.2 | GENERELLA SLUTSATSER | 66 |
| 6.3 | VÅRA ERFARENHETER | 66 |
| 6.4 | FÖRSLAG TILL FRAMTIDA STUDIER | 67 |
| | | |
| 7 | <u>KÄLLFÖRTECKNING</u> | <u>69</u> |
| | | |
| 7.1 | PUBLICERADE KÄLLOR | 69 |
| 7.2 | VERKSAMHETSINTERNA KÄLLOR | 71 |
| 7.3 | MUNTliga KÄLLOR | 71 |
| 7.4 | ELEKTRONISKA KÄLLOR | 71 |
| | | |
| | <u>BILAGOR</u> | <u>73</u> |
| | | |
| | MARIA LINDBLAD, 13/11 2003 | 73 |
| | PETER MANGELL, 21/11 2003 | 73 |

| | |
|---|-----------|
| MATZ WIDERSTRÖM, 25/11 2003 | 74 |
| KARIN FEX, 3/12 2003 | 75 |
| PIA BEGOWITZ, 3/12 2003 | 75 |
| MAREK WROBLEWSKI, 27/11 2003 | 75 |
| KARIN BÄCKSTRÖM, 5/11 2003 | 76 |

1 Inledning

Detta avsnitt börjar med en kort presentation av bakgrunden till valet av område. Därefter följer problemformuleringen som övergår till syftet, vilket skall leda er genom hela uppsatsen. Efter syftet redogörs för de avgränsningar som gjorts under arbetet med uppsatsen, samt den målgrupp som uppsatsen vänder sig till. Som avslutning på detta avsnitt tas dispositionen av uppsatsen upp.

1.1 Bakgrund

1990-talet har varit förändringarnas årtionde inom svensk hälso- och sjukvård, med en snabb medicinsk utveckling och en åldrande befolkning. Sjukvården har utvecklats mycket rörande innehållet i den medicinska kunskapsmassan.¹ Dessutom lever allt fler människor idag ett längre, värdigare och mer meningsfullt liv högt upp i åldrarna samtidigt som det, p.g.a. den samhällsekonomiska krisen och omfattande kostnadsnedskärningar, ställs högre krav på effektivisering inom vården. De kostnadsminskningar som har genomförts inom sjukvårdens alla områden har medfört att effektiviseringen av vården har blivit lidande.²

Diskussioner kring kostnader inom sjukvården kan betraktas som ett omtvistat ämne. Avvägningen mellan kostnader för verksamheten och den kvalitet som erbjuds är kanske svårare inom sjukvården än inom många andra områden. Moraliska aspekter samt värdighet och finkänslighet är exempel på områden som är svåra att mäta i ekonomiska termer, men som är nödvändiga för att kvaliteten på vården skall kunna betraktas som hög. För att kunna uppfylla detta, krävs det att patienterna får mycket tid av vårdpersonalen. Tid i sin tur är en bristvara i dagens samhälle. Det kan på så sätt finnas en inbyggd konflikt mellan vissa kvalitetsaspekter och kostnaden för vården. Avvikelserna mellan behov och resurser ökar, vilket leder till att sjukvården måste dra nytta av befintliga resurser på ett produktivt sätt.³

Det har gjorts ett flertal försök för att anpassa vården efter nu gällande krav och önskemål. Här kan nämnas Ädelreformen som genomfördes under 90-talet. Denna innebar bland annat ledningsförändringar mellan landsting och kommuner med avseende på vård och hälsa för äldre.⁴ Ytterligare ett försök som Region Skåne har provat är parsjukhus, men även detta utan framgång.⁵

¹ Intervju med Marek Wroblewski, 2003-11-27

² Landstingsförbundet, (2002), *Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet -utvecklingstendenser 1992-2000*, http://www.lf.se/hs/download/Halso_sjukvardny.pdf, hämtad 2003-11-09

³ Brorström Björn, (1999), *Förvaltningsekonomi* samt Intervju med Peter Mangell, 2003-11-21

⁴ *Skånsk livskraft-vård och hälsa* via <http://www.skane.se/>, hämtad 2003-11-06

⁵ Intervju med Peter Mangell, 2003-11-21

Inom akutverksamheterna⁶ i Malmö och Lund har viss utveckling skett på vägen mot den nya vården och dess anpassning till nya behov och krav. Verksamheterna har gjort två skilda förändringar för att kunna möta de förväntningar och samhällsförändringar som har uppstått de senaste åren. I Malmö är grundtanken att ett utökat engagemang för patienterna krävs för att en effektivisering av vården ska vara möjlig. För att åstadkomma detta ska patienten, vid vårdtillfället, få träffa en specialist redan från början. På så sätt får läkaren en känsla av engagemang för sin egen klinik, akutkliniken samt patienten.⁷ I Lund har en annan modell valts som innebär att speciella akutläkare ska anställas inom akutsjukvården. Dessa läkare ska göra en första undersökning för att sedan skicka patienten vidare till en specialist, om så behövs. I annat fall slutbehandlar akutläkarna själv patienten. Liknande diskussioner förs på andra ställen i Skåne och är egentligen en amerikansk modell.⁸

Med detta som bakgrund är det viktigt att styrningen inom sjukvården speglar förändringarna inom verksamheten. Detta ska genomföras med avseende på att möjliggöra kontroll, använda begränsade medel på ett effektivt sätt samt göra önskvärda prioriteringar. En anpassning av vården är nödvändig eftersom finansieringen sker via skatter, vilket är en begränsad resurs. På grund av skattefinansieringen har riksdagen det yttersta ansvaret för vården i Sverige. Denna har i sin tur fördelat ut ansvaret till ett antal landsting och regioner. Landstingens styrning sker i stor utsträckning genom användning av budget, vilket kräver mycket diskussion och arbete.

1.2 Problemdiskussion

När förändringarna i Malmö och Lund genomfördes, beslutade Region Skåne om ett projekt vid namn "Skånsk livskraft", vilket ska vara verkställt budgetåret 2005.⁹ Detta projekt är uppbyggt som en utvecklings- och förändringsprocess vilken ska kunna tillgodose medborgarnas behov av hälso- och sjukvård.¹⁰ Målsättningen med Skånsk livskraft är därför att effektivisera sjukvården för att möta de nya kraven och förväntningarna på vården, samt att utnyttja de möjligheter den medicinteknologiska utvecklingen erbjuder.¹¹

Projektet innebär att en ny vårdmodell ska växa fram inom sjukvården i Skåne. Denna modell är koncentrerad till fyra områden: *närsjukvård*, *specialiserad akutsjukvård*, *specialiserad planerad vård* och *högspecialiserad vård*.¹² Av dessa

⁶ När vi pratar om varje sjukhus för sig, kommer vi att använda oss av uttrycket akutsjukvård (för USiL) och akutklinik (för UMAS) då det, enligt sjukhusens representanter, fanns en stor skillnad mellan uttrycken. I mer generella beskrivningar kommer vi dock att använda ordet "Akutverksamhet". Vidare finns det även begreppet "Akutmottagning" som står för själva intaget på akutverksamheten.

⁷ Intervju med Peter Mangell, 2003-11-21

⁸ www.lund.skane.se, hämtad 2003-11-09

⁹ Intervju med Maria Lindblad, 2003-11-13

¹⁰ *Målbild, Skånsk livskraft – vård och hälsa*, fastställd av Regionfullmäktige 18-19 juni 2003, www.skane.se, hämtad 2003-11-25

¹¹ www.skane.se/default.asp?id=5192, hämtad 2003-11-08

¹² www.skane.se/upload/Webbplatser/Skånsklivskraft.vardochhalsa/Dokument/Pdf/SLK-light2.pdf, hämtad 2003-10-11

områden kommer närsjukvården att utgöra den grundläggande vården, vilken medborgarna i första hand ska vända sig till. Människorna ska även lära sig egenvård, för att kunna bota lindrigare åkommor på egen hand, men med stöd och hjälp av sjukvårdsupplysningen. All vård ska organiseras och lokaliseras utifrån befolkningsunderlag eller patientunderlag. Verksamheten ska genomsyras av ett hälsofrämjande perspektiv.¹³

Att projektet startade kan dels tolkas som en effektivisering av vården, dels som en besparingstanke. Med detta menas framförallt att produktionseffektiviteten måste höjas kraftigt i form av ett löpande band, vilket kan leda till minskade kostnader på lång sikt. För att ett genomförande av projektet ska vara möjligt är det viktigt att vården standardiseras och specialiseras inom de vårduppgifter som skall utföras på de olika sjukhusen.¹⁴ Frågan vi ställer oss är dock hur man rent praktiskt ska genomföra detta och vilka konsekvenser detta skulle kunna få, på t.ex. det nuvarande regelverkets uppbyggnad och styrning. Projektet kräver nämligen ett nytt synsätt och tänkande.

Frågan är då om det kommer att krävas ytterligare omstruktureringar av sjukhusen i Region Skåne för att ett verkställande av Skånsk livskraft ska vara möjligt. Hur kommer organisationen att reagera och anpassa sig till dessa förändringar? Vad kommer egentligen att ske i en organisation av denna storlek när den ställs inför dessa nya förutsättningar? Följande frågeställning för uppsatsen har därmed vuxit fram:

- Vad händer i en organisation när gamla system bryts upp och hur kan anpassningen till ett nytt system påverka de gamla strukturerna?

1.3 Syfte

Syftet med uppsatsen är att beskriva de effekter som uppstår inom akutverksamheten när denna står inför nya förutsättningar, samt hur anpassningen till dessa nya förutsättningar kan förändra tidigare inarbetade system.

1.4 Avgränsning

En avgränsning som gjorts i uppsatsen är att vi har valt att besvara uppsatsens frågeställning utifrån ett företagsekonomiskt perspektiv. Detta innebär att uppsatsen framförallt berör ämnen som ingår under detta perspektiv och att andra möjliga infallsvinklar ej tagits upp. Hade uppsatsen genomförts utifrån andra perspektiv skulle möjligen andra resultat ha framkommit.

Uppsatsen är dessutom framförallt koncentrerad på det inre perspektivet i en organisation, varvid analys om organisationens omgivning och yttre

¹³ *Målbild, Skånsk livskraft – vård och hälsa*, fastställd av Regionfullmäktige 18-19 juni 2003, www.skane.se, hämtad 2003-11-25

¹⁴ Bert, Levin & Richard, Normann, (2001), *Vårdens chans*

förutsättningarna ej har tagits upp. Detta skulle visserligen ha varit intressant och troligen gett en bredare bild av problemet men tidsmässigt fanns inte denna möjlighet. Dessutom skulle ett sådant yttre perspektiv ha medfört en uppsats i en större storleksordning än vad som var tänkt.

Ytterligare en avgränsning som gjorts under arbetets gång är att vi valt att studera organisationen utifrån en modell som tar upp styrning och samverkan genom fyra olika områden, strategi, ledningsfilosofi, organisationsstruktur och styrsystem. Här hade även andra modeller som t.ex. organisatoriska förändringar och processperspektiv kunnat tas upp. Vi ansåg dock att den valda modellen gav en övergripande bild av det vi ville studera och att ytterligare modeller snarare skulle göra ämnet mer invecklat.

Vidare kunde även samtliga logiker i Skånsk livskraft ha studerats, vilket troligen hade gett en mer korrekt och allmängiltig bild av situationen. Detta skulle förmodligen även ha varit fallet om flera akutkliniker hade undersökts eller om flera organisationer hade studerats. Uppsatsens ansats är dock att till sin karaktär vara mer kvalitativ än kvantitativ, och således har graden av generaliserbarhet varit det vi har valt att fokusera på.

1.5 Målgrupp

Uppsatsen är i huvudsak avsedd att läsas av personer som har förkunskaper inom det företagsekonomiska området. Det teoretiska innehållet är dock skrivet på ett relativt grundläggande sätt, vilket medför att även andra personer kan läsa uppsatsen och tillgodogöra sig dess innehåll. Dessutom har uppsatsen en inriktning mot den offentliga sektorn och styrning av sjukvården, vilket innebär att personer med ett allmänt intresse för detta ämnesområde kan ha nytta av den.

1.6 Disposition

Dispositionen av uppsatsen har utformats på följande sätt. Det inledande kapitlet till uppsatsen tar upp bakgrunden till valet av problemområde, varefter det valda problemet formuleras. Därpå följer syftet med uppsatsen och de avgränsningar som gjorts under arbetet med denna, samt den målgrupp uppsatsen riktar sig till.

Det följande kapitlet redogör för de forsknings- och undersökningsmetoder som har använts, varför dessa har använts samt vilken påverkan dessa kan ha haft på uppsatsen. Kapitlet är uppbyggt utefter det tillvägagångssätt som rått i uppsatsen.

Uppsatsens tredje kapitel i sin tur presenterar den teori om styrning som vi har valt att utgå ifrån. Härvid beskrivs även beståndsdelarna i styrningen samt vikten av samverkan dem emellan.

Efter teorikapitlet följer ett kapitel som redogör för den empiri som har framkommit i undersökningen. Här ges dels en beskrivning av hur projektet

Skånsk livskraft är utformat, dels en beskrivning av de två akutverksamheternas uppbyggnad och förändringsarbete utifrån den modell som ges i teorikapitlet.

I det femte kapitlet analyseras den information som framkommit i empirin och teorin. Denna analys utgår från de förutsättningar akutverksamheterna i Lund och Malmö har vid ett införande av Skånsk livskraft och hur organisationen kan reagera på denna förändring.

Därpå följer ett avslutande kapitel där de slutsatser analysen gett upphov till redovisas, samt förslag ges till framtida studier inom problemområdet.

2 Metod

I detta avsnitt kommer vi att beskriva vårt praktiska tillvägagångssätt, för att skapa ökad förståelse hos läsaren. Vidare kommer vi att skildra, utforma och diskutera de övergripande forsknings- och undersökningsmetoder som använts i uppsatsen och som påverkat vårt arbete.

2.1 Tillvägagångssätt

Metod är en nödvändig utgångspunkt för att kunna utföra en saklig undersökning. Varje författare har egna uppfattningar och mer eller mindre fasta övertygelser. Dessa kommer i stor utsträckning att influera det sätt författaren väljer att granska problemet och lägga upp studien.¹⁵ Genom vår utbildning har vi utformat en viss insikt i det som ska studeras. Hur vi väljer metod är bl.a. bundet till det vetenskapliga förhållningssätt vi då väljer att ha.

Författarna till denna uppsats består av tre personer som har olika bakgrund och inriktning inom företagsekonomi, vilket vi anser har gett oss ett bredare perspektiv och underlättat vår arbetsgång. Vårt första beslut var nämligen att få en bredd i studien, då vi ville ha in ett flertal aspekter såsom organisation, ledningsfilosofi, strategi och styrning i vår uppsats. Ytterligare en strävan var att få ut maximalt engagemang vad gäller konfliktlösning, beslutsfattande, initiativförmåga samt samverkan mellan oss som gruppmedlemmar. Valet av bredd i studien innebar dock att ett mer djupgående perspektiv fick uteslutas, vilket kan ha påverkat de resultat som framkommit. Författarnas åsikt, är dock att ett sådant val var nödvändigt för att kunna åstadkomma en helhetsbild över situationen.

Nästa steg var att utöka våra kunskaper om projektet Skånsk livskraft och om förändringsarbetet på akutklinikerna i Malmö och Lund. Med detta som bakgrund utfördes en förstudie, där vi genomförde en intervju med kommunikatören på Skånsk livskraft. Syftet med denna intervju var att i ett första skede kunna skaffa oss idéer om relevant teori beträffande Skånsk livskraft. Kommunikatören vägledde oss därefter till de personer som hade expertis inom det tilltänkta området. Dessa i sin tur skickade oss till ytterligare experter inom området. Vår första intervju rörande akutsjukvård var med verksamhetschefen för akutkliniken i Malmö. Därefter kom vi i kontakt med ansvarig avdelningsläkare för akutmottagningen i Lund. Ytterligare ett möte var med en projektdeltagare som även är specialist inom internmedicin. Slutligen intervjuades även ekonomiansvariga inom akutverksamheterna i Malmö och Lund. Nedan presenterar vi vad som har styrvt vårt metodval och de övergripande tillvägagångssätten.

¹⁵ Holme, Idar, Magen & Solvang, Bernt, Krohn, (1991), *Forskningsmetodik om kvalitativa och kvantitativa metoder*

2.1.1 Kvalitativ metod

I uppsatsen har vi använt oss av djupintervjuer med öppna frågeställningar kring vårt ämnesval. Vi har valt att samla in mycket information från våra respondenter, för att få en bredare och djupare förståelse, dels för Skånsk livskraft och dels för förändringsarbetet på akutklinikerna. Anledningen till att vi har gjort ett flertal intervjuer med olika personer är att ville sätta oss in i deras situation och försöka se hela arbetsgången ur deras perspektiv. Trots detta finns det vissa fallgropar som vi har varit tvungna att ta hänsyn till bl.a. att varje gruppmedlem har sina egna erfarenheter, värderingar och kunskaper, vilket leder till att vi som personer uppfattar saker och ting på olika sätt. Genom att diskutera vad vi har upplevt vid de olika tillfällena har vi försökt att motverka dessa fallgropar och hitta en optimal lösning som vi alla kan stå för. Det har även varit viktigt att vi som genomför arbetet, verkligen undersöker det vi förutsatt oss att göra.¹⁶ Orsaken till detta är att det på så sätt uppnås en hög validitet i undersökningen. I en kvalitativ undersökning underlättas detta, men är trots allt inte helt problemfritt. Forskarnas upplevelser av den undersökta enheten eller situationen kan vara felaktig.¹⁷

Orsaken till att vi valde att använda oss av en kvalitativ metod var att vi därigenom ville skapa en större förståelse för ämnet och hur det skulle kunna användas i ett vidare perspektiv. Syftet med kvalitativ metod är nämligen att få bättre förståelse för vissa faktorer, vilket görs genom att forskaren sätter sig in i situationen och ser den ur de undersökta ögon. Dessutom kan kvalitativ metod ge en helhetsbild över det undersökta, vilket vi i detta fall ville få fram. Det finns dock vissa brister som man måste vara medveten om. Det är nämligen beståndsdelarna som kan ge en mer nyanserad bild av den företeelse man studerar, vilket har sina grunder i att tolkningen av materialet utgår från författarnas personliga föreställningar.¹⁸

Kvalitativ metod är lämplig att använda när resultaten inte kan eller bör omvandlas till kvantifierbar data för statistisk analys. Att vi därför valde att använda oss av denna metod och inte en kvantitativ metod var framför allt att den information som söktes inte var av statistisk karaktär och att vårt syfte inte heller var att göra statistiska analyser. Fördelen med en kvantitativ modell skulle emellertid kunna vara att den som undersöker är något mer neutral i informationsinsamlingen och att generaliserbarheten är större.¹⁹

2.2 Teoribearbetning

2.2.1 Deduktiv ansats

I uppsatsens inledningsskede började vi med att studera olika metodböcker för att få en bild av hur upplägget av uppsatsen skulle utformas. Därefter läste vi diverse

¹⁶ Holme, Idar, Magne & Solvang, Bernt, Krohn, (1997) *Forskningsmetodik - om kvalitativa och kvantitativa metoder*

¹⁷ Andersen, Ib (1998), *Den uppenbara verkligheten*

¹⁸ Holme, Idar, Magne & Solvang, Bernt, Krohn, (1997), *Forskningsmetodik - om kvalitativa och kvantitativa metoder*

¹⁹ Ibid.

dokument rörande Skånsk livskraft, samt boken ”Vårdens chans” för att få en teoretisk bakgrund till projektet. Vidare studerade vi information rörande de förändringar som skett på sjukhusen i Malmö och Lund. Orsaken till att vi valde att göra på detta sätt var att vi ville skapa en förförståelse för projektet Skånsk livskraft och de förändringar som Malmö och Lund har gjort avseende akutklinikerna. Detta medförde att vi tydligare kunde precisera vårt problemområde och vad vi ville åstadkomma. Vidare läste vi även sådan företagsekonomisk litteratur som skulle kunna ge en övergripande bild av vårt studerade fenomen. Den teori som slutligen valdes bygger framförallt på den modell som bl.a. förs fram av Lindvall i boken ”Verksamhetsstyrning” och som handlar om samverkan mellan områden som strategi, organisationsstruktur och styrsystem.²⁰ Syftet med litteraturinsamlingen var att använda materialet som utgångspunkt för tolkning och analys av kopplingen mellan förändringskraven på strategi, ledningsfilosofi, organisationsstruktur samt styrsystem och deras anpassning till Skånsk livskraft.

Av det ovanstående kan utläsas att undersökningen har en deduktiv ansats, vilket innebär att informationen förankras i olika teorier. Den litteratur som söktes inom området hade nämligen som åliggande att presentera befintliga modeller och teorier. Modellernas uppgift var att fungera som länk mellan verklighet och teori. Vidare försökte vi att analysera de företeelser vi kom i kontakt med, för att därefter härleda slutsatser om enskilda fenomen utifrån allmänna principer och befintliga teorier.²¹

Alternativet hade varit att istället använda en induktiv ansats. Detta hade i så fall inneburit att vi hade börjat i empirin för att därefter formulera begrepp i form av hypoteser eller teorier. Vi skulle utifrån det enskilda fallet ha slutit oss till en princip eller allmän lag. Genom att göra på detta sätt skulle vi därmed ha undersökt en specifik aspekt av det samhälliga livet och därefter skapat teorier utifrån de resultat som framkommit.²²

2.3 Empiri

2.3.1 Forskningsansats

Val av undersökningsmetod styrdes i denna uppsats av ämnesvalet. Vi valde att utföra uppsatsen som en fallstudie för att få en klar bild över förändringsarbetet på akutklinikerna i Malmö och Lund inför anpassningen till Skånsk livskrafts vision. Vid en fallstudie är det nämligen, enligt Patel och Davidson, vanligt att man utgår från ett helhetsperspektiv och försöker studera processer och förändringar utifrån detta perspektiv.²³

Skälet till att vi valde akutverksamheterna i Malmö och Lund, var att de nyligen hade gjort stora omorganisationer för att förbättra omhändertagandet av

²⁰ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

²¹ May, Tim, (2001), *Samhällsvetenskaplig forskning*

²² Ibid.

²³ Patel, Runa & Davidson, Bo, (1994), *Forskningsmetodikens grunder*

akutpatienter. Genom att välja dessa kliniker ville vi se om förändringarna passade in i Skånsk livskrafts tankebanor och om de var tänkta att göra det. Det sistnämnda visade sig dock tidigt inte stämma, eftersom förändringarna hade planerats innan projektet med Skånsk livskraft startades. Ytterligare en anledning till att vi valde just dessa två sjukhus var att de är de två största sjukhusen i regionen. Vi är dock medvetna om att detta kan ge en bristfällig bild, eftersom det i regionen även finns mindre sjukhus.

Vårt val av fallverksamhet var inte svårt eftersom vi hade ett gemensamt intresse i gruppen för den offentliga sektorn. Intresset för den offentliga sektorn grundar sig i den gemensamma välfärden, som på något sätt har kommit i kläm. Vad detta beror på är det ingen som vet men det har bl.a. spekulerats i bristande ekonomi och försök till att ändra den offentliga sektorn utifrån ett mer företagslikt perspektiv. Det intresseväckande med den offentliga sektorn och projektet Skånsk livskraft är att det kontinuerligt görs olika projekt för att försöka lösa problemet med bristfälliga vårdtillfällen. Detta gjorde oss nyfikna på vilka förändringar som måste göras för att projektet Skånsk livskraft ska gå i lås.

Att vi som författare valde att utföra studien som fallstudie grundar sig i att vårt arbete är av undersökande karaktär. En fallstudie ger då möjlighet till djupare insikt om ett eller flera fall där fokus ligger på att upptäcka samband, dock inte bevisa dessa.²⁴

2.3.2 Deskriptiv undersökning

Med tanke på att vårt syfte med denna uppsats är att kunna beskriva vad som händer i en organisation vid förändringar och hur anpassningen till dessa nya förutsättningar kan gå till, är det sålunda inte konstigt att arbetet har fått karaktär av en deskriptiv undersökning. Denna form av undersökning handlar nämligen framförallt om att åstadkomma beskrivningar. Dessa beskrivningar kan handla om saker som har hänt, saker som existerar just nu, bakgrund eller konsekvenser av olika fenomen, samt relationen mellan olika fenomen.²⁵

2.3.3 Urval

Som nämnts tidigare började vi med att intervjua kommunikatören på Skånsk livskraft. Denna skickade i sin tur oss vidare till andra personer med expertis om Skånsk livskraft och akutsjukvård. De personer som medverkade i studien bestämdes på så sätt av ett så kallat snöbollsurval, vilket innebär att urvalet görs genom att en respondent hänvisar till nästa o.s.v.²⁶ Vi kom framförallt i kontakt med personer på enhets-, verksamhets-, ekonomi- samt projektnivå. Våra kriterier vid urvalet av respondenter var att vi ville få kontakt med personer som jobbade inom akutsjukvården eller var kunniga inom projektet Skånsk livskraft. Dessutom valde vi personer med olika kompetens i våra intervjuer för att få så mycket information vi kunde från olika håll d.v.s. få en bredd i informationsinsamlingen.

²⁴ Merriam, Sharan, B, (1994), *Fallstudien som forskningsmetodik*

²⁵ Patel, Runa & Tebelius, Ulla, (1987), *Grundbok i forskningsmetodik*

²⁶ Denscombe, Martyn, (2000), *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*

2.3.4 Informationsinsamling

Information angående akutklinikernas omstrukturering fick vi från direkta källor och intervjuer med experter inom området. Information angående sjukhusen och Skånsk livskraft erhöles från Internet, sakkunniga inom området samt via litteraturstudier. Intervjuerna inom detta område utfördes både genom möten och via mail.

Inför våra intervjuer ställde vi upp vissa riktlinjer och hållpunkter med hjälp av ett antal inledande frågor. En del av våra respondenter fick frågorna mailade till sig för att kunna förbereda sig inför intervjun. Under själva intervjun, kompletterade vi med ett antal följdfrågor och djupgående diskussioner. På så sätt vidareutvecklade vi uppläggningsen och planeringen under själva undersökningsfasen. Den form av intervju vi valde kan ses som en semistrukturerad intervju, eftersom intervjuaren då använder sig av specificerade frågor, men samtidigt försöker få en fördjupning av svaren genom förtydligande och utvecklande. Detta möjliggör för respondenten att besvara frågorna i egna termer, samtidigt som intervjun ändå är relativt strukturerad.²⁷ Orsaken till att vi valde att göra på detta sätt var att vi då kunde få en viss kontroll över intervjuerna samtidigt som våra respondenter kunde prata ganska fritt kring de ämnen som kom upp. Under intervjuerna valde vi även att använda oss av bandspelare för att försöka undvika missförstånd vid den senare bearbetningen av materialet och för att kunna ta del av så mycket information som möjligt. Intervjumaterialet renskrivs sedan och låg till grund för empiribearbetningen.

Personliga intervjuer av den sort som genomfördes har, enligt Wiedersheim och Eriksson, den fördelen att de bl.a. ger stora möjligheter till flexibilitet, dialog samt att det går att kontrollera svarssituationen. Dessutom är de lämpliga att använda när frågorna och svaren är komplicerade.²⁸ Nackdelen med personliga intervjuer kan vara ett för stort utfall i svaren, vilket kan leda till en bristande undersökning. Vidare kan en viss intervju effekt förekomma p.g.a. intervjuarens sätt att agera och att personer tolkar saker olika.²⁹ Vi valde därmed att alla tre författarna skulle närvara vid intervjuerna, så att risken för feltolkningar och missuppfattningar skulle minimeras. Att vi ansåg personliga intervjuer vara att föredra, har sin förklaring i att frågorna vi ville ha svar på var relativt komplicerade och förutsatte vidare diskussioner.³⁰

En del information har även tillhandahållits via mailintervjuer. Det har då handlat om uppföljning av de personliga intervjuerna. Att utföra intervjuer via mail har fördelen att respondenten och forskarna inte behöver avtala tid, samt att de går fort att genomföra. Nackdelar kan vara att frågorna måste hållas tämligen enkla och det blir svårare med naturliga följdfrågor och djupa diskussioner.³¹

På så vis är uppsatsen byggd på både primär- och sekundärdata som i första hand är av kvalitativ karaktär. Primärdata är den information som är inhämtad för ett

²⁷ May, Tim, (2001), *Samhällsvetenskaplig forskning*

²⁸ Wiedersheim, Paul, Finn & Eriksson Lars, Torsten, (1994), *Att utreda, forska och rapporter*

²⁹ Lekvall, Per & Wahlbin, Clas, (1993), *Information för marknadsföringsbeslut*

³⁰ Holme, Idar, Magne & Solvang, Bernt, Krohn, (1997), *Forskningsmetodik*

³¹ Wiedersheim Paul, Finn & Eriksson Lars Torsten, (1997), *Att utreda, forska och rapporter*

specifikt ändamål och som inte tidigare har presenterats.³² I vårt fall handlar det om de intervjuer som utförts med olika personer. Sekundärdata i sin tur är redan tidigare presenterad data som används på ett annorlunda sätt jämfört med dess ursprungliga syfte och vars användning har lett till ett utökat resultat.³³ Dessa data skulle därmed vara den litteratur som använts i uppsatsen.

2.3.5 Källkritik

Eftersom Skånsk livskraft är ett relativt nytt projekt var det inte helt lätt att hitta information om hur det är tänkt att implementeras. En del av de intervjuade personerna var dock engagerade i projektet och kunde på så sätt ge oss tankar om deras åsikter om implementeringen. Vissa var dock betydligt mer skeptiska till projektet. Den differenta inställningen till projektet tog vi emellertid som något positivt eftersom det gav oss en bredare utgångspunkt vid analysen.

Informationen angående omstruktureringarna på akutklinikerna fanns ofta inte tillgänglig i tryckt version utan här var vi tvungna att få direktinformation från sakkunniga personer, vilket kan innebära att viss objektivitet bortfallit.

Vad gäller den litteratur som studerats har en del av denna tagits från Internet, vilket innebär att det har varit viktigt att kontrollera denna information extra noga. Viktigt har även varit att följa sådana principer vid litteraturgenomgången som bl.a. tas upp av Patel och Davidson, t.ex. att kontrollera när och var dokumenten tillkommit, vilket syfte dokumentet hade och under vilka omständigheter det tillkom.³⁴ Dessa principer har framförallt varit behjälpliga när den litteratur som studerats målat upp en något förskönad bild av verkligheten.

2.4. Analysarbetet

Vårt analysarbete grundades i hur styrningen har blivit på akutverksamheterna efter omstruktureringarna samt ytterligare anpassningar som behövde genomföras vid ett verkställande av Skånsk livskrafts vision. De anpassningar som skulle behöva genomföras grundade sig framförallt i hur vi tolkade Skånsk livskraft och implementeringen av detta projekt, eftersom information om detta ännu ej hade utarbetats. Analysen utgick även från den teoretiska modell som vi tog upp i uppsatsens teoridel.

Sättet vi har lagt upp undersökning på präglas av att vi går på bredden istället för på djupet och uppsatsen har därmed fått ett fokus på att skapa en ökad förståelse för sambanden inom styrningen av denna typ av organisationer, samt de förändringar som kan behöva genomföras när förutsättningarna för organisationen förändras. Vissa förändringar har även blivit gällande under arbetets gång såsom uppläggning och planering, eftersom vi har utvecklats under instuderingen av materialet. Vi har t.ex. fått nya idéer och tips om olika tillvägagångssätt, samt uppslag om hur vi kan gruppera och introducera data. Detta har föranlett att

³² Andersen, Ib, (1998), *Den uppenbara verkligheten – val av samhällsvetenskaplig metod*

³³ May, Tim, (2001), *Samhällsvetenskaplig forskning*

³⁴ Patel, Runa & Davidson, Bo, (1994), *Forskningsmetodikens grunder*

uppsatsens analysdel har byggts upp efterhand som vi har bearbetat inhämtat material.

3 Teori

I detta avsnitt beskrivs teori som handlar om styrning av verksamheter och de beståndsdelar som ingår i en sådan styrning. Teorin är uppbyggd kring en modell som innebär att de olika beståndsdelarna i styrningen måste samverka för att kunna skapa en effektiv styrning.

3.1 Ekonomistyrningens utveckling

Begreppet styrning har flera definitioner men förknippas ofta med den ekonomiska styrningen, även kallad ekonomistyrning, vars uppgift är ”att med hjälp av ekonomisk information försöka uppnå ett önskvärt beteende bland organisationens medlemmar”.³⁵ Ett problem med ekonomistyrningen är att mycket fokus läggs på de tekniker som används, medan idéerna bakom och i vilket sammanhang de ska tillämpas, ej fokuseras.³⁶ En annan kritik är, enligt Johansson, att ekonomistyrningen alltför ofta associeras med styrsystemet bestående av internredovisning, budgetering och produktkalkylering.³⁷ Ekonomistyrningen fungerar således som en bekräftelse på den aktuella situationen i verksamheten, d.v.s. kortsiktigheten, istället för att även beakta verksamhetens strategiska position och omgivning. I värsta fall kan därför ekonomistyrningen t.o.m. hindra och vilseleda organisationen i dess strävan efter måluppfyllelse eftersom den målsättning som är formulerad i företagets strategi inte stämmer överens med det kortsiktiga, ekonomiska målet.³⁸

Ekonomistyrningen förknippas ibland med att chefen besitter all kunskap och betraktas som ”tänkare” medan de anställda är ”utförare”. Detta förhållningssätt har sin utgångspunkt i att chefen oftast har tillgång till all väsentlig information som ligger till grund för olika beslut. Beslutet genomförs sedan av de anställda. Syftet är att planera, kontrollera och följa upp allt arbete i verksamheten. Numera delegerar oftast ledningen ner styrningen på de anställda, som på så vis kan delta mer aktivt och själva ha tillgång till den information de behöver. På detta sätt kan arbetet utföras snabbare och bättre.³⁹

En annan tendens som har präglat ekonomistyrningen är dess orientering mot resursförbrukning och kostnadsstruktur, vilka inte alltid har en koppling till värdeskapande. Numera har ekonomistyrningen inlett en inriktning mot att även kunna beakta både kostnads- och intäktsutvecklingens betydelse och dess förmåga att skapa t.ex. aktie- och kundvärde. Detta ska göras genom att använda mjuka nyckeltal, samtidigt som alla delarna i ekonomistyrningen sätts samman som en process.⁴⁰

³⁵ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*, s46

³⁶ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

³⁷ Johansson, C (1999), ”Budgetering i omvandling – avveckling eller utveckling”, *Ekonomistyrning & Informatik*

³⁸ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid.

Enligt Anthony och Govindarajan är kopplingen mellan de ickefinansiella måtten och resultatet mycket svag. Orsaken till detta är att de icke-finansiella måtten inte ger någon garanti för lönsamhet. Författarna menar därför att det finns spår kvar av det finansiella fokuset hos organisationerna, vilket i sin tur kan ge fel signaler till de anställda. Skulle det bli så att olika ledningspersoner fokuserar på olika mått, kan det hända att organisationen i stort inte strävar mot samma mål, utan snarare motarbetar varandra och det är inte meningen.⁴¹

Vår tolkning av det ovan beskrivna resonemanget är att ”ekonomistyrning” handlar om styrningen med hjälp av framförallt siffror. Numera har dock dessa värden kompletterats med så kallade mjuka nyckeltal samt med en tanke om att alla delarna i en styrning ska höra ihop som en process. Detta har döpts till ”den moderna styrningen”. Vi kommer i fortsättningen att använda oss av begreppet styrning istället för den moderna styrningen, vilket inbegriper både styrning via strategi, organisationsstruktur och styrsystem. Vi har dessutom valt att utveckla vår tolkning av den moderna styrningen genom att även uppmärksamma ledningsfilosofi. Enligt Samuelsson är ledningsfilosofin nämligen starkt kopplad till det styrsystem ledaren väljer att använda i en given organisationsstruktur, varför uppmärksammandet av ledningsfilosofin egentligen är oundvikligt.⁴²

3.2 Samband

Inom företagsekonomisk litteratur har på olika sätt belysts hur organisationsstrukturen ska understödja den strategiska inriktningen, vilket innebär att ett visst styrsystem måste beaktas ur en organisatorisk aspekt för att idealet - ”structural fit” ska kunna uppnås. Detta kan medföra att förutsättningarna för att enskilda aktörers insatser tillsammans blir större än summan av de enskilda bidragen ökar. I de fall strukturen däremot inte stödjer de långsiktiga ambitionerna, uppstår friktioner som skapar frustrationer och effektivitetsförluster i det vardagliga arbetet. För en väl fungerande styrning är det dessutom viktigt att verksamheten utvecklar ett styrsystem som understödjer vald strategi och utformad organisationsstruktur.⁴³

Intresset för ett bredare styrsystem har tilltagit och behovet av att närmare knyta samman strategi och styrsystem har uppstått. Strategiska frågor blir av den anledningen allt viktigare, likaså de konsekvenser nya strukturella lösningar ger vid utvecklingen av verksamheternas styrning. Om en av de ovan nämnda aspekterna förändras anses det nödvändigt att eftersträva anpassning inom de övriga. Att uppnå en perfekt följsamhet är emellertid svårt eftersom obalanser alltid kommer att existera. Anpassningen skall därmed ses som ett eftersträvat ideal med en stödjande logik mellan formerna så att de samverkar på ett riktigt sätt.⁴⁴

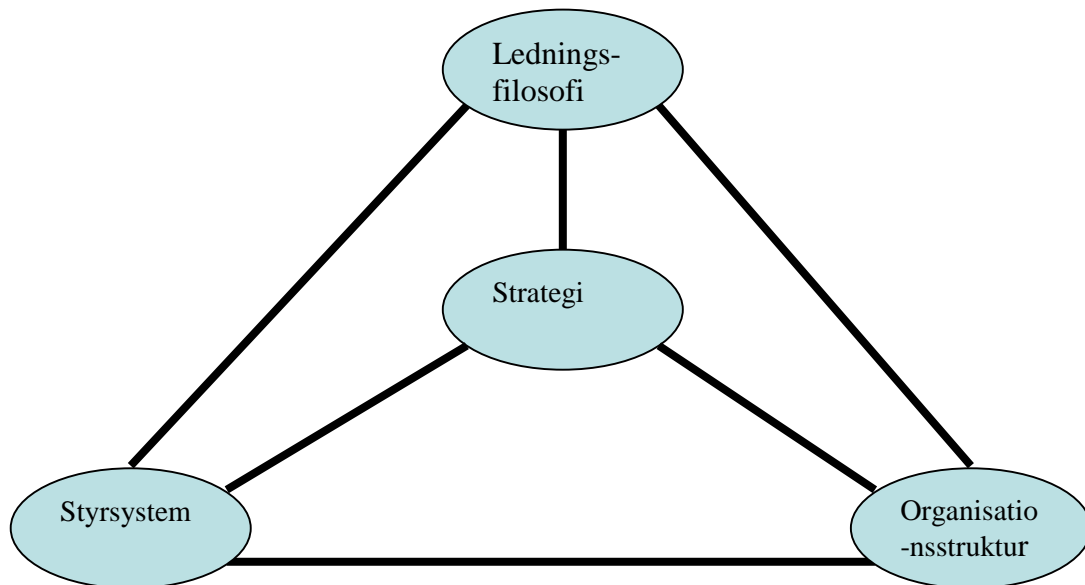
⁴¹ Anthony & Govindarajan, (2001), *Management Control System*

⁴² Samuelsson, Lars, A, red, (2001), *Controllerhandboken*

⁴³ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

⁴⁴ Ibid.

Samuelsson uppmärksammar också ledningsfilosofin som en ytterligare påverkningsfaktor för styrningen. Ledningsfilosofin återger nämligen den organisationsstruktur och det styrsystem som finns i verksamheten samt deras samverkan vid strävandet efter måluppfyllelse.⁴⁵ Det är därmed viktigt att alla delarna i modellen utgår från samma styrningsidéer så att de stödjer, istället för att motarbeta varandra.⁴⁶ Det ideala sambandet presenteras i modellen nedan.



Figur 3:1 Det ideala sambandet i styrningen Källa: Lindvall, Jan (2001), omarbetad

3.3 Beståndsdelarna i modellen

3.3.1 Strategi

Forskning inom företagsekonomi har visat på ett samband mellan strategi och organisationsstruktur. Enligt olika forskarterser påverkar strategin valet av organisationsstruktur, eftersom strukturen ska vara utformad på ett sådant sätt att strategin kan genomföras. Dock kan även det motsatta förhållandet råda d.v.s. att organisationsutformningen påverkar de strategier som väljs.⁴⁷ Även styrsystemets utformning har koppling till strategin. Det är nämligen styrsystemet, genom exempelvis balanserat styrkort, som ska implementera strategin i verksamheten. Genom strategiimplementeringen kan styrsystemet också vara ett sätt för chefer att påverka de anställda.⁴⁸

En verksamhet använder sig av strategi för att agera i sin omgivning. Förutsättningarna för detta kan antingen ses som att verksamheten har fullständig handlingsfrihet och möjlighet att påverka omgivningen, eller att verksamheten har väldigt lite handlingsfrihet och att dess agerande styrs av omgivningen. Det första

⁴⁵ Samuelsson, Lars, A, red, (2001), *Controllerhandboken*

⁴⁶ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

⁴⁷ Bruzelius, Lars, H & Skärvad, Per-Hugo, (1995), *Integrerad organisationslära*

⁴⁸ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

fallet sätter stor tilltro till verksamhetens och dess lednings förmåga att styra dit man vill komma, medan det andra fallet ej lägger stor vikt vid detta. Vidare finns även ett tredje fall, vilket innebär att ett företag präglas av både möjligheter och begränsningar. Företaget kan påverka sin situation, men måste även vara medvetet om sina begränsningar. Ledningens uppgift är då att minska de begränsningar som finns och att utveckla möjligheterna. Genom att göra detta kan även verksamhetens interna egenskaper fokuseras och inte bara omgivningen runt verksamheten.⁴⁹

Strategi innebär olika saker för olika personer. Roos et al. skriver t ex att det inte finns någon enkel och allmänt accepterad definition av strategi, utan att både teoretiker och praktiker använder begreppet på olika sätt.⁵⁰ Av den litteratur vi har tagit del av har dock två tolkningar av strategi dominerat. Karlöf definierar den ena i sin bok ”Strategins kärnfrågor”. Där ser han begreppet som ett medel för att nå målen, eller mer precist att en strategi är ett integrerat handlingsmönster för att nå uppsatta mål.⁵¹ I boken ”Strategi i verkligheten” utvecklar han detta ytterligare och ser strategi som ”beslut i nutid, för att säkra framtida framgång”.⁵² Han anser att strategi innebär att arbeta för verksamhetens framtida framgång och att göra val mellan de alternativa vägar som finns.⁵³

Den andra definitionen förs fram av Roos et al. Dessa menar att strategi ska ses som ett område som handlar om samordning. Begreppet strategi är nämligen knutet till en överordnad samordning av verksamhetens viktigaste mål, riktlinjer och aktiviteter. De anser vidare att en välutvecklad strategi ska fungera som ett rättesnöre och att den ska underlätta vid bl.a. fördelning av resurser och förändringar i organisationen. Dessutom är det genom strategin som underlaget ges för genomföringar av beslut i organisationen.⁵⁴

Strategins innebörd har sin utgångspunkt i den vision en verksamhet väljer. Den övergripande betydelsen av begreppet vision verkar nämligen vara att det handlar om en önskad bild av hur organisationen kommer att se ut i framtiden.⁵⁵ Alternativt vad en verksamhet skulle kunna bli.⁵⁶ Visionen syftar ofta till att skapa en mening med arbetet och därmed även motivation och engagemang hos människorna i organisationen.⁵⁷ Enligt Roos et al. har en vision tre funktioner, den legitimerande funktionen, den fokuserande funktionen och den motiverande funktionen. Den legitimerande funktionen innebär att visionen på ett positivt sätt ska visa på den roll organisationen ska spela tillsammans med andra aktörer i omgivningen. Genom att göra detta får organisationen ett socialt och samhälleligt berättigande. Den andra funktionen är en fokusering på ambitioner, vilket innebär att visionen ska sätta ramarna för affärsidé, mål och strategier. Visionen blir därför en samlande punkt för organisationens framtidsmål. Den sista funktionen innebär att visionen ska motivera hela organisationen. Visionen ska vara utformad

⁴⁹ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

⁵⁰ Roos, Göran, von Krogh, Georg & Roos, Johan, (1998), *Strategi*

⁵¹ Karlöf, Bengt, (1987), *Strategins kärnfrågor – Affärsstrategier i praktiken*

⁵² Karlöf, Bengt, (1996), *Strategi i verkligheten – vägledning i praktiskt strategiarbete*, s.12

⁵³ Ibid.

⁵⁴ Roos, Göran, von Krogh, Georg & Roos, Johan, (1998), *Strategi*

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Grant, Robert M, (2002), *Contemporary strategy analysis – concepts, techniques, applications*

⁵⁷ Karlöf, Bengt, (1987), *Strategins kärnfrågor – Affärsstrategier i praktiken*

så att den får stöd i organisationen och bör därför upplevas som meningsfull och ha praktisk betydelse.⁵⁸

I likhet med visionen, skapar även missionen meningsfullhet, fast i mer konkreta termer. Medan visionen visar vart verksamheten vill eller kan komma att nå i framtiden, visar missionen vad verksamheten kan uppnå just nu.⁵⁹ Missionen visar även varför verksamheten finns till, t.ex. kan det för en myndighet handla om vilken uppgift just den myndigheten har.

Verksamhetens mål i sin tur ska precisera och operationalisera visionen och affärsidén. Målen visar på vad som är viktigt att uppnå, dock ej hur detta ska uppnås. Genom målen är det emellertid lättare att se vilken väg som bör väljas i viktiga situationer. Orsakerna till varför mål bör formuleras är bl.a. att det är ett bra sätt att få resten av organisationen att uppfatta verksamhetens vision, att det ger vägledning och att signaler skickas till omvärlden, vilka hjälper till att profilera organisationen. Bland de mål som verksamheten ställer upp finns vissa som rör hela verksamheten och som är speciellt viktiga. Dessa mål benämns strategiska mål och har ofta en ganska lång tidshorisont.⁶⁰

3.3.2 Ledningsfilosofi

Ledningsfilosofin i en verksamhet är viktig eftersom alla de övriga delarna i modellen måste utgå från samma idé.⁶¹ Exempel på detta är att valet av ledningsfilosofi påverkar de styrmedel som en ledare använder sig av i sin styrning.⁶² En otillräckligt preciserad ledningsfilosofi kan därmed innebära konsekvenser för de andra beståndsdelarna då dessa i så fall kan utformas på ett felaktigt sätt.⁶³

Ordet ledarskap kan definieras på olika sätt, t.ex. kan ledarskap innebära en förmåga att kunna utnyttja materiella och personliga resurser på ett så optimalt sätt som möjligt samt att få medarbetarna att arbeta inom ramen för organisationens syfte och mål.⁶⁴ Ledarskapet kan också, enligt Bruzelius och Skärvad, definieras som den process genom vilken en person influerar andra att nå uppställda mål.⁶⁵ Gemensamt för båda definitionerna är att en ledare, ansvarar för i vilken utsträckning inflytandet och styrningen av de underställda ska ske. Graden av styrningen kan variera mellan målstyrning (via visioner och idéer) till direktstyrning (via tydliga instruktioner) vilka i detta sammanhang utgör två extrempunkter till varandra.⁶⁶ Mellan dessa sorters styrning finns också programstyrning som dock ligger närmare direktstyrning.⁶⁷ Medan målstyrning inbegriper fokus på själva målet och en handlingsfrihet att nå målet kan direktstyrningen i sin tur jämföras med en form av regelstyrning. Fokus ligger där

⁵⁸ Roos, Göran, von Krogh, Georg & Roos, Johan, (1998), *Strategi*

⁵⁹ Grant, Robert M, (2002), *Contemporary strategy analysis – concepts, techniques, applications*

⁶⁰ Roos, Göran, von Krogh, Georg & Roos, Johan, (1998), *Strategi*

⁶¹ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

⁶² Samuelsson, Lars, A, red, (2001), *Controllerhandboken*

⁶³ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

⁶⁴ Nilsson, Ewa, et al (1999), *Administration och arbetsledning i vård och omsorg*

⁶⁵ Bruzelius, Lars, H & Skärvad, Per-Hugo, (1995), *Integrerad organisationslära*

⁶⁶ Samuelsson, Lars, A, red, (2001), *Controllerhandboken*

⁶⁷ Bergstrand, Jan, (1997), *Ekonomistyrning*

på hur uppgifter ska utföras istället för på att ange vad som ska uppnås.⁶⁸ I programstyrning är anvisningar, om hur uppgifter ska utföras, mer generella och kontrollen sker med indirekta metoder. Dessa metoder kan t.ex. vara budgetuppföljning och redovisning vilka utförs för att kontrollera att kostnaderna inte har överskridits. Denna form av styrning förknippas ofta med den offentliga verksamheten.⁶⁹

3.3.2.1 Det auktoritära ledarskapet

Den auktoritära ledaren förknippas med direktstyrning vid ledningen av sina underställda. Det som kännetecknar hans/hennes ledarskap är att hon ofta härskar i top-down styrda organisationer, där kommunikationen sker ”uppifrån och ner”.⁷⁰ Vidare betraktas ledaren som den som vet bäst i alla situationer, vilket de anställda också är övertygade om är fallet.⁷¹ Ledaren anses också ha en expertroll där han/hon och de underställda utgör två separata enheter eftersom det inte finns utrymme för dialoger och samarbete mellan de två enheterna.⁷²

3.3.2.2 Ledarskap i den offentliga sektorn

I offentliga organisationer framträder, enligt Armstrong genom Axelsson, tre olika grupper av ledare: politiska ledare (utför styrning och ledning på landstingsnivå), administrativa ledare (högre tjänstemän som utför administration och ledning på landstings- och sjukhusnivå) och verksamhetsansvariga (utför verkställande och ledning på klinik- och avdelningsnivå). Gemensamt för dessa grupper är att de utöver att bereda, verkställa och följa upp fattade beslut också har till uppgift att vara förebild för sina medarbetare. Ledarskapet handlar därför om att uppmuntra och inspirera medarbetare och arbetslag samt att ge stöd för att önskat resultat ska uppnås.⁷³ Krav på ökad rationalisering och effektivisering samt anpassning till nya medicinska teknologier har inneburit en ökad press på hälso- och sjukvårdens ledare. En utmaning för dagens ledare inom sjukvården är de oklarheter mellan mål och medel som uppstår till följd av oeniga uppfattningar mellan politiker och verkställande ledare. Sammantaget leder detta till att den traditionella ledarrollen ifrågasätts och ledarskapet söker nya former.⁷⁴

3.3.2.3 Doktrinskifte

Doktrinskiftet innebär ett skift från detaljstyrning och kontroll till ledning genom idéer och visioner. Den traditionella styrmodellen innebär att ledningen ger detaljerade instruktioner och regelverk om hur det önskade resultatet skall uppnås. I den nya styrmodellen däremot, försöker ledningen skapa medvetenhet via visioner och idéer. Det skall därför finnas utrymme till reflexiva dialoger där ledaren och de ledda ska ses som interaktiva enheter. Medarbetarna skall därför ha tillgång till diverse informationssystem, för att kunna skaffa sig en uppfattning om sina arbetsområden och de arbetsuppgifter som skall utföras. Eftersom människors handlande baseras på deras förståelse av sitt arbete eftersträvas det att de anställda själva skapar sin verklighet istället för att låta ledningen skapa den åt dem. Genom

⁶⁸ Samuelsson, Lars, A, red, (2001), *Controllerhandboken*

⁶⁹ Bergstrand, Jan, (1997), *Ekonomistyrning*

⁷⁰ Bruzelius, Lars, H & Skärvad, Per-Hugo, (1995), *Integrerad organisationslära*

⁷¹ Bergstrand, Jan, (1997), *Ekonomistyrning*

⁷² Sandberg, Jörgen, Targama, Axel, (1998), *Ledning och förståelse*

⁷³ Axelsson, Lilian, (2000), *Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och ledning*

⁷⁴ Ibid.

att förstå meningen med sitt arbete kan de uppnå det resultat som ledningen har satt upp som mål i form av visioner och idéer.⁷⁵

3.3.2.4 Förståelsebaserat ledarskap

Som nämnts ovan är ledarens uppgift i den målmedvetna organisationen att styra sin personal genom att påverka deras förståelse. Arbetsmiljön och organisationen skall vara utformad så att det finns potential för medarbetarna att visa engagemang och delaktighet. Ledningens uppgift i denna process är att guida, stödja och vara bollplank samt även att frigöra personalens dolda förmågor och lotsa dem i arbetet utan att enbart styra dem. Den specifika kompetens och de lärprocesser som förhoppningsvis uppkommer i och med att medarbetarna får möjlighet att utöka sin förståelse av sitt och organisationens arbete leder i sin tur till att nya konkurrensfördelar kan uppstå. Det är därför viktigt att ledaren inte enbart utgår ifrån sin egen förståelse utan agerar som en pedagog och utvecklar de anställdas förståelse genom:⁷⁶

- Öppen och ärlig dialog
- Metaforer och gestaltningar
- Visioner
- Studiebesök och externa impulser
- Institutionaliserat ifrågasättande
- Tolka snarare än analysera
- Beakta individens utgångsföreställningar
- Kartlägga den egna förståelsen

Det förståelsebaserade ledarskapet är en omfattande process som framförallt tar tid. Om processen påskyndas är risken stor att organisationen hamnar i en situation där idéer och visioner införs i tanken men inte i praktiken. Det är inte heller enkelt att institutionalisera ett konstant ifrågasättande av rådande praxis. Detta är dock precis vad som krävs. För att lyckas måste strategier och framtidsplaner integreras med medarbetarnas förståelse samtidigt som ledarna själva måste sätta sig in i vad förståelsen de facto kan tänkas vara. Det är även ytterst viktigt att relationen mellan ledare och underordnade präglas av ömsesidig respekt, ökad grad av interaktion och en allmänt konstruktiv arbetsmiljö. På så sätt borde drömmen om en effektiv organisation kunna komma ett steg närmare ett förverkligande.⁷⁷

3.3.3 Organisationsstruktur

En verksamhets organisationsstruktur ska kunna understödja den strategiska inriktning verksamheten har. Dessutom ska organisationsstrukturen anpassas till de strategiska förändringar som förekommer. Dock kan detta vara något besvärligt, vilket medför att förändring av organisationsstruktur endast sker när det är nödvändigt.⁷⁸ Vidare ska även organisationsstrukturen, vilken avspeglar de ansvarsmässiga förhållandena i verksamheten, stödja det styrsystem som

⁷⁵ Sandberg, Jörgen, Targama, Axel, (1998), *Ledning och förståelse*

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

verksamheten använder sig av. Detta innebär att när en viss organisation fastställs ska också styrsystemen vara utformade så att de fungerar som adekvata verktyg för organisationen. Med detta menas att strukturen inte ska vara utförd så att den medför ineffektiviteter.⁷⁹

Den organisatoriska strukturen visar ansvars- och arbetsfördelningen och därigenom bestäms den grundläggande fördelningen av vem som kommer att arbeta med vilka frågor. Ansvarsfördelningen innebär att respektive enhet inom verksamheten har ett ansvar som kan mätas i ekonomiska termer.⁸⁰ Enligt ansvarighetsprincipen ska alla intäkter och kostnader knytas till någon ansvarig så att inga poster utelämnas. Genom påverkbarhetsprincipen ska dessutom enheterna ansvara för de kostnader och intäkter de kan påverka. De enheter som finns är bl.a. intäktsenhet, kostnadsenhet och resultatenhet.⁸¹ Intäktsenheten har det ekonomiska ansvaret för intäkter eftersom den endast tar hand om försäljningen av tillverkade produkter. Det sker därmed ingen redovisning av kostnader vilket däremot är aktuellt inom kostnadsenheterna. Resultatenheter i sin tur mäter både intäkter för utförda prestationer samt kostnader för utnyttjade resurser.⁸²

Mer generellt finns både formella och informella organisationsstrukturer. De informella strukturerna skapas inom verksamheterna och skiljer sig ofta åt, medan de olika formerna på de formella strukturerna till största delen ser likadana ut mellan verksamheterna.⁸³ De informella strukturerna är t.ex. grupper som bildas på arbetsplatsen och sociala nätverk. De formella strukturerna i sin tur är de regler som gäller i en organisation med avseende på t.ex. arbetsdelning och styrning.⁸⁴ Nedan tar vi upp de vanligaste formerna som tillhör de formella strukturerna.

3.3.3.1 Funktionsorganisation

Funktionsorganisationen, dvs. den traditionellt organiserade, innebär en uppdelning av verksamheten i enskilda delar efter likartade arbetsuppgifter, avdelningar eller funktioner. Denna uppdelning utgör även en naturlig grundstruktur som en organisation kan formos efter.⁸⁵ Vidare är denna organisationsform oftast förekommande på de lägre nivåerna i en hierarkisk organisation.⁸⁶

Ett problem som funktionsorganisationen har är att den inte är anpassad till att användas på varierande marknader, eftersom den endast specialiserar sig på att utveckla sin inre effektivitet, istället för att även beakta de nya förutsättningar och behov som uppstår.⁸⁷ Funktionsorganisationens enheter är ofta kostnadsenheter, där kostnadsramarna begränsar strävandet efter att utföra en prestation i linje med vad som är bäst för verksamheten.⁸⁸ Detta medför att enheten inte får några intäkter för utförda prestationer. Därmed blir medarbetarna mindre motiverade att

⁷⁹ Samuelsson, Lars, A, red, (2001), *Controllerhandboken*

⁸⁰ Ibid.

⁸¹ Bruzelius, Lars, H & Skärvad, Per-Hugo, (1995), *Integrerad organisationslära*

⁸² Samuelsson, Lars, A, red, (2001), *Controllerhandboken*

⁸³ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

⁸⁴ Bakka, Jörgen F, Fivelsdal, Egil, Lindkvist, Lars, (2001), *Organisationsteori*

⁸⁵ Samuelsson, Lars, A, red, (2001), *Controllerhandboken*

⁸⁶ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

⁸⁷ Bruzelius, Lars, H & Skärvad, Per-Hugo, (1995), *Integrerad organisationslära*

⁸⁸ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

titta på något annat än det de kan påverka. För att minska detta problem har därför divisionsenheter vuxit fram där kopplingen mellan intäkter och kostnader uppmärksammas.⁸⁹

3.3.3.2 Divisionsorganisation

Den divisionaliserade organisationen bygger på decentraliseringsprincipen och kännetecknas av att man under ett samordnande centrum (t.ex. en sjukhusledning) grupperar verksamheten i mer eller mindre självständiga divisioner. Teoretiskt sett ska varje division fungera som ett komplementföretag i företaget, med sitt eget ansvarsområde, målgrupp eller affärsidé. I princip har divisionen även ett fullständigt affärs- och resultatansvar. Det blir dessutom allt vanligare att vidareuppdelade divisioner i mindre enheter (t.ex. affärsenheter). Dessa definieras ofta som ett område som har en egen strategi och som sköter en viss kundkrets, bransch eller produktområde inom den givna divisionen.⁹⁰

Styrningen av divisionerna från den centrala ledningen utövas inte genom beslut i enskilda frågor utan främst genom resultatkrav och policies. Divisionsledningens uppgift är att driva sin enhet med bästa möjliga resultat inom ramen för dessa fastställda policies. Divisionsledningen är beroende av de villkor, ramar och förutsättningar som företagsledningen uppställer för dess verksamhet och det är därför nödvändigt att en välfungerande dialog mellan företagsledningen och divisionsledningen utvecklas. Eftersom divisionsorganisationen bl.a. bygger på decentraliseringsprincipen och ofta förutsätter genomtänkta system för strategisk planering, budgetering och resultatuppföljning är det inte ovanligt att dialoger mellan olika ledningsnivåer koncentreras just till dessa frågor.⁹¹

Trots att man så långt som möjligt, vid en övergång till divisionsorganisation, ska fördela de centrala staberna på divisionerna brukar dock vissa funktioner återfinnas på central nivå. Dessa funktioner är ofta juridik, finansiering, IT, vissa personalfrågor samt strategisk planering och verksamhetsutveckling. De flesta av dessa funktioner omfattar aktiviteter som är gemensamma för flera divisioner.⁹² Trots att införandet av divisionalisering minskar ledningens kontroll kan detta åtgärdas genom att utöka finans- och redovisningsfunktionen centralt.⁹³

Kritiken som riktas mot divisionalisering handlar ofta om att enheternas självständighet kan medföra suboptimeringsproblem d.v.s. enheterna ser till vad som är bäst för dem själva istället för att se till vad som är bäst för hela företaget. Dessutom är det svårare att uppnå gemensamma mål som håller samman företaget. Dessa problem har ökat i takt med att verksamheterna blivit mer komplexa och därmed har ytterligare en organisationsstruktur, matrisorganisationen, bildats.⁹⁴

⁸⁹ Bergstrand, Jan, (1997), *Ekonomistyrning*

⁹⁰ Bruzelius, Lars, H & Skärvad, Per-Hugo, (1995), *Integrerad organisationslära*

⁹¹ Ibid

⁹² Ibid

⁹³ Hellstöm, Mikael, (2002), *Resultatenheter i kommunalteknisk verksamhet*

⁹⁴ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

3.3.3.3 Matrisorganisation

Grundidén för en matrisorganisation är att sträva efter gemensamma problemlösningar, delat resultatansvar samt ökad kommunikation i företaget.⁹⁵ Har verksamheten blivit mer komplex och exempelvis bedrivs på olika områden och med flera produkter, är införandet av matrisorganisationen ett lämpligt alternativ.⁹⁶ Matrisorganisationen kombinerar nämligen två eller flera olika dimensioner som t ex divisions- och funktionsorganisation eller divisions-divisionsorganisation.⁹⁷ Användandet av flera dimensioner innebär att de skilda ansvarsområdena inom dimensionerna möts.⁹⁸ En fördel med matrisorganisationen är att den ger möjlighet till att bevara olikheter mellan områden, samtidigt som den även ger möjlighet till tillvaratagande av ömsesidigt beroende mellan dessa områden. Ömsesidigheten kan emellertid också leda till att ansvarsfördelningen blir otydlig, vilket i sin tur kan medföra att olika konflikter såsom maktkamp uppstår.⁹⁹

Det finns dessutom ytterligare organisationsstrukturer som löser delar av de olika organisationsproblem som diskuterats för varje organisationsstruktur. Dock finns det inte ideala lösningar eftersom förutsättningarna för verksamheter hela tiden förändras.¹⁰⁰

3.3.4 Styrssystem

För en verksamhet är det viktigt att ha ett utvecklat styrssystem som ska kunna stödja den strategi som har valts och den organisationsstruktur som företaget är utformat efter.¹⁰¹ Genom att använda sig av styrssystem kan chefer påverka de anställda så att dessa anammar och implementerar verksamhetens strategier.¹⁰² Styrsystemets samband med organisationen uppstår genom att organisationsstrukturen markerar ansvarsområdena medan styrsystemets roll är att ange vad som i ekonomiska termer ska uppnås inom dessa ansvarsområden.¹⁰³

Styrsystemets utformning sker i tre arbetssteg. Det första steget är en formulering av standarder där t.ex. budget och kalkyler planeras och utarbetas. Därefter sker en mätning som utförs genom att utgå ifrån olika slags information där redovisning traditionellt haft en central position. Slutligen görs en uppföljning där faktiskt utfall jämförs med det som har formulerats i standarderna. Skillnaderna i utfallen leder till en avvikelseanalys som avgör om vidare åtgärder skall vidtas.¹⁰⁴

3.3.4.1 Planerings- och utarbetsfas

Under planerings- och utarbetsfasen tas de metoder fram som det faktiska utfallet sedan jämförs mot. Det är viktigt att det under denna fas inte uppkommer några

⁹⁵ Bruzelius, Lars, H & Skärvad, Per-Hugo, (1995), *Integrerad organisationslära*

⁹⁶ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

⁹⁷ Bruzelius, Lars, H & Skärvad, Per-Hugo, (1995), *Integrerad organisationslära*

⁹⁸ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

⁹⁹ Bruzelius, Lars, H & Skärvad, Per-Hugo, (1995), *Integrerad organisationslära*

¹⁰⁰ Ibid.

¹⁰¹ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

¹⁰² Anthony, Robert N. & Govindarajan, Vijay, (2000), *Management control systems*

¹⁰³ Samuelsson, Lars, A, red, (2001), *Controllerhandboken*

¹⁰⁴ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

fel eller andra störningar, eftersom dessa i så fall kan påverka resten av styrningen. Ett exempel på detta är att ett företag kanske inte väljer att producera en produkt om produktkalkyleringen fördelar kostnaderna för produkten på ett felaktigt sätt. Därmed är det möjligt att företaget går miste om en position på marknaden som deras strategi strävar efter och en produktion av produkten skulle ha kunnat uppnå.¹⁰⁵

De två vanligaste metoder som ingår i planerings- och utarbetsfasen är budget- och kalkylmetoder. Dessa hör till viss del ihop eftersom beslut som tas i budgetprocessen är viktiga för kalkylerandet. Ett exempel på detta är att beslut om resultatkrav påverkar investeringsomfattningen. Dessutom kan kalkylmodellerna ha inverkan på budgetutformningen genom de val som görs i kalkylunderlaget om t.ex. ränta.¹⁰⁶

Vad är då budget? Det är att i förväg försäkra sig om att inkomster och utgifter går ihop, d.v.s. att göra en uppställning över beräknade inkomster och utgifter. Det är även viktigt att följa upp budgeten, vilket utförs genom jämförelser mellan budgeten och hur det gick i verkligheten. Det som bör göras i denna situation är att notera avvikelserna, fundera över orsakerna och försöka ändra på det som inte blev som man hade tänkt sig. Dessa erfarenheter är viktiga att ta till vara så att en bättre budget görs för nästkommande period.¹⁰⁷

Budgetens främsta syfte är implementering av strategisk plan, prioritering och resursfördelning, samordning, ansvarsmarkering och att vara motivationsskapande.¹⁰⁸ Budgeten har två olika styrriktningar, dels att tilldela verksamheten resurser, dels att försöka ange vilka behov som ska tillgodoses.¹⁰⁹ Det som för övrigt kännetecknar en budget är att:¹¹⁰

- den uttrycks i siffror
- den omfattar en bestämd period
- den visar en plan för agerande
- den är riktad mot ett bestämt mål

En budgetprocess startar oftast med att ledningen fastställer anvisningar för upprättande av budgeten inför kommande år. Anvisningarna har ett väsentligt syfte nämligen, planeringsförutsättningar. Dessa i sin tur handlar om att ange befintliga förhållanden, prognoser och riktlinjer i syfte att skapa samordning och jämförbarhet i budgetmaterialet.¹¹¹ Budgeten kan även jämföras med en färdplan, där kalkylerna som görs är de olika färdvägarna för att uppnå målen. Uppstår oväntade händelser under året måste budgeten göras om. I sådana fall kan det vara bra med alternativa kalkyler att ta fram. Ett praktiskt arbetssätt är att utgå från

¹⁰⁵ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

¹⁰⁶ Ibid.

¹⁰⁷ Andersson, Jan-Olof, Ekström, Cege, Enqvist, Jöran, Jansson, Rolf, (1998), *E2000 baskurs i företagsekonomi*

¹⁰⁸ Paulsson, Gert, vt-03, *Föreläsning anteckningar FEK 551*

¹⁰⁹ Brorström, Björn, (1999), *Förvaltningsekonomi*

¹¹⁰ Alveus, Christer, (1984), *Att arbeta med budget*

¹¹¹ Brorström, Björn, (1999), *Förvaltningsekonomi*

resultatet för tidigare perioder och därefter ändra siffrorna med hänsyn till årets förutsättningar.¹¹² Detta beskrivs i figuren nedan.

Verksamhet tidigare år ⇒ Prognoser ⇒ Kalkyler ⇒ Budget

Figur 3:2 Verkställande av budget

När det talas om budgetens specificering innebär det hur detaljerad budgeten är som kalkyl betraktat. Budgeten specificeras på flera sätt men de vanligaste är kostnadsslags- och kostnadsställebudget.¹¹³

Budgeten har fått mycket kritik under årens gång, trots det används den aktivt fortfarande. Kritik som riktats är att upprättandet av budget är tidskrävande och att många personer är delaktiga i processen.¹¹⁴ Ett flertal forskare menar att budgeten har blivit en ritual, en tradition som skapar ordning och reda samt en viss trygghet. Vidare menar de att budgeten kanske inte har någon uppgift att fylla. Ytterligare kritik är att budgetprocessen bygger på det förflutna och på så sätt blir förutsättningarna de samma år efter år.¹¹⁵

Den utveckling som sker idag inom budgetområdet är olika försök till reducering av det tidskrävande arbetet med budgeten, samt ökad fokusering på analysdelen och uppföljningen. En annan utveckling är försök till att få ett ökat fokus på proaktiv styrning t.ex. genom rullande prognoser. Rullande prognoser innebär att verksamheten genomför framtidsbedömningar flera gånger per år. Dessa bedömningar behöver inte gälla för ett kalenderår utan istället kan, t.ex. fem kvartal, utgöra bedömningsbasen.¹¹⁶

Som tidigare nämnts är budgeten starkt förknippad med kalkylering. Kalkyler visar kostnads- och intäktsutveckling för olika slags kalkylobjekt som t.ex. varor, projekt, maskiner och ansvarsenheter. Den information som fås fram kan användas vid diverse situationer som rör t.ex. prissättning, lönsamhetsberäkningar, kostnadskontroll, produktval eller vid ”att köpa in/tillverka själv” situationer. Själva utarbetningen av kalkyler och de aktiviteter som häri utförs, utgör kalkyleringsprocessen.¹¹⁷

Det finns olika metoder för kalkylering men självkostnads- och bidragstypen är de vanligast förekommande. Självkostnads-kalkylering innebär att företagets samtliga kostnader tas med i kalkylen och att det råder en fullständig kostnadsfördelning. Tanken är att de kalkylobjekt som förorsakat kostnaderna, ska bära sin andel av den totala kostnadsmassan. Samtidigt delas även kostnader ut som inte kan härröras till kalkylobjekten. När det gäller bidragskalkyleringen utmärks den av

¹¹² Brorström, Björn, (1999), *Förvaltningsekonomi*

¹¹³ ibid.

¹¹⁴ Andersson, Jan-Olof, Ekström, Cege, Enqvist, Jöran, Jansson, Rolf, (1998), *E2000 baskurs i företagsekonomi*

¹¹⁵ Paulsson, Gert, (vt-03), *Föreläsning anteckningar FEK 551*

¹¹⁶ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

¹¹⁷ Ax, Christian, Johansson, Christer, Kullén, Håkan, (2002), *Den nya ekonomistyrningen*

en ofullständig kostnadsfördelning. Endast de kostnader som orsakas av kalkylobjekten, d.v.s. särkostnaderna, tas med i kalkylen.¹¹⁸ Kritiken mot den traditionella kalkyleringen har till stor del handlat om svårigheten att omfördela de indirekta kostnaderna. Dessa har nämligen ökat kraftigt, i förhållande till de direkta kostnaderna, de senaste åren.¹¹⁹

I samband med att de indirekta kostnaderna har ökat så har användningen av ABC-kalkylering tilltagit. ABC-kalkylering är egentligen en kalkylmetod som innehåller drag både från självkostnads- och bidragskalkylen, men till skillnad från dem beaktar den även indirekta kostnader. Utgångspunkten i ABC-kalkylen är att den bygger på att kostnaderna för att producera en produkt delas upp på olika aktiviteter, som har förbrukat resurser under produktionen. Aktiviteter är allting som händer och sker inom företaget d.v.s. handlingar och processer utförda av människor eller maskiner.¹²⁰ Varje produkts konsumtion av aktiviteter spåras och fördelas till produkterna med hjälp av kostnadsdrivare. Dessa mäter hur mycket av varje aktivitet som konsumeras av varje produkt. Summan av en produkts konsumtion av aktiviteter utgör dess produktkostnad. Genom att dela upp verksamheten i aktiviteter kan man via kostnadsdrivarna härleda resursförbrukningen till respektive kalkylobjekt.¹²¹

3.3.4.2 Mättnings- och uppföljningsfas

Att redovisa ett resultat för företaget är av dominerande betydelse för den traditionella ekonomistyrningens mätningar. Varje affärshändelse ska bokföras och sammanfattas i en balans- och resultaträkning. Medan balansräkningen redovisar situationen vid årets slut visar resultaträkningen vilka intäkter och kostnader organisationen har haft under året.¹²² Verksamhetens skilda förhållanden analyseras således enbart utifrån finansiella informationskällor, vilket samtidigt begränsar redovisningens tillämpbarhet. Det blir nämligen alltmer uppenbart att genom att enbart förlita sig till de finansiella mätetalen kan ibland ofullständiga, om inte missvisande uppfattningar om verksamheten, bildas. Därför har nya mätetal utvecklats som inte enbart fokuserar på finansiell information.¹²³

Balanserat styrkort är en modell som mäter företagets verksamhet i fler perspektiv än enbart det ekonomiska. Modellen understödjer strategiimplementeringen genom fyra perspektiv. Dessa perspektiv är: det finansiella perspektivet, kundperspektivet, det interna/processperspektivet och utvecklingsperspektivet.¹²⁴ Enligt Olve m.fl. så kan det även finnas fler perspektiv, beroende på vilken bransch verksamheten verkar i. Främst talas det dock om ett medarbetarperspektiv.¹²⁵ Tanken med det balanserade styrkortet är att det för varje perspektiv ska fastställas kritiska framgångsfaktorer och lämpliga mått som mäter dessa. Mätningen av framgångsfaktorerna utförs med hjälp av olika nyckeltal som tas fram för varje perspektiv. Det finansiella perspektivet kan t.ex.

¹¹⁸ Ax, Christian, Johansson, Christer, Kullén, Håkan, (2002), *Den nya ekonomistyrningen*

¹¹⁹ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

¹²⁰ Gerdin, Jonas, (1995), *ABC-kalkylering*

¹²¹ Andersson Göran, (1997), *Kalkyler som beslutsunderlag*

¹²² Andersson, Jan-Olof, Ekström, Cege, Enqvist, Jöran, Jansson, Rolf, (1998), *E2000 baskurs i företagsekonomi*

¹²³ Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*

¹²⁴ Samuelsson, Lars, A, red, (2001), *Controllertidboken*

¹²⁵ Olve, Nils-Göran, Roy, Jan & Wetter, Magnus, (1999) *Balanced Scorecard i svensk praktik*

mätas genom traditionella mått såsom räntabilitet, likviditet, soliditet etc. medan kundperspektivet kan mäta sådant som leveranstider, kvalité osv. Det interna/processperspektivet beaktar kvalité, produktivitet mm. Slutligen tar utvecklingsperspektivet bl.a. upp mått på innovationer och utbildningsinsatser.¹²⁶ De fyra perspektiven förklarar dessutom olika tidsdimensioner där det finansiella perspektivet tar hänsyn till det förflutna, kund- och process perspektiven ser till nuet medan utvecklingsperspektivet beaktar framtiden.¹²⁷

Det balanserade styrkortet ska ses som en strategiprocess, vilken ska fungera som ett kretslopp. Att modellen ska ses som ett kretslopp är viktigt för att verksamheten ska kunna gå tillbaka och följa upp sitt styrkort. Ett balanserat styrkort kopplar samman strategi och budget genom att förena verksamhetens långsiktiga mål med de kortsiktiga, finansiella målen. Denna koppling gör att strategi och budget förs samman till ett instrument. Arbetet med det balanserade styrkortet tar på så sätt aldrig slut utan omskapas i ett ständigt kretslopp.¹²⁸

Uppföljningsfasen, som följer efter att mätningarna genomförts, kännetecknas av att det görs jämförelser mellan det planerade och det faktiska utfallet. Uppföljningen har många syften, t.ex. är syftet vid uppföljningen av budget bl.a. att utreda varför avvikelserna har uppkommit och kontrollera om målen, som ställts upp i planeringsfasen, har uppfyllts. Budgetuppföljningen har också ett alarmsyfte där larmet kan slås på i tid om arbetet inte fungerar enligt plan.¹²⁹

3.4 Konklusion

I detta avsnitt har vi gått igenom de olika delarna i en styrning, hur de präglas av varandra samt deras samverkan för att uppnå en fungerande och målinriktad verksamhet. Vi har bl.a. tagit upp strategins uppgift för verksamheten samt dess centrala position i organisationen. Vidare har vi tagit upp ledningsfilosofins betydelse genom de instruktioner den ger organisationen rörande vilka styrverktyg som ska användas i den gällande organisationsstrukturen. Det som kan anses vara viktigast i detta avsnitt är processen mellan de olika delarna och att delarnas sammankoppling är starkare som helhet än varje del för sig.

¹²⁶ Samuelsson, Lars, A, red, (2001), *Controllerhandboken*

¹²⁷ Olve, Nils-Göran, Roy, Jan & Wetter, Magnus, (1999) *Balanced Scorecard i svensk praktik*

¹²⁸ Kaplan & Norton, *Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System*

¹²⁹ Bergstrand, Jan, Olve, Nils-Göran, (1996), *Styr bättre med bättre budget*

4 Empiri

I denna del av uppsatsen kommer vi inledningsvis att presentera Skånsk livskraft, samt tankar och idéer bakom detta projekt. Vidare ges en kort presentation av sjukhusen i Malmö respektive Lund. För att underlätta för läsaren kommer vi att utgå från samma modell som användes i teoriavsnittet, när vi slutligen gör en mer ingående beskrivning av sjukhusens akutverksamheter. Denna beskrivning kommer att göras med utgångspunkt i strategi, ledningsfilosofi, organisationsstruktur och styrsystem.

4.1 Skånsk livskraft - vård och hälsa

Den framtida hälso- och sjukvården i Skåne är i behov av effektivisering, omstrukturering och utveckling inom ett antal områden. Inte minst måste samarbete mellan olika vårdgivare förbättras, så att patientens väg genom vården underlättas.¹³⁰

Grundidén med projektet Skånsk Livskraft – vård och hälsa, är att utveckla och förändra hälso- och sjukvården inom Region Skåne och därmed även i de Skånska kommunerna.¹³¹ Förändringarna är nödvändiga med hänsyn till de utmaningar vården står inför. Dessa utmaningar gäller dels för vården som en arbetsgivare som brottas med ökade pensionsavgångar och konkurrens om morgondagens arbetskraft. Dels som vårdproducent med bristande vårdplatser och ett behov av att skapa en patientfokuserad organisation.¹³² Tanken med projektet är att kunna tillgodose medborgarnas nya behov av hälso- och sjukvård, där befolknings- och patientunderlag ska lokaliseras och även vägleda vårdens nya organisering. Hela hälso- och sjukvården ska genomsyras av ett hälsofrämjande perspektiv där mötet med patienten ska utgöra kärnan för verksamheten.¹³³ Projektet kommer att utgå ifrån fyra vårdlogiker; *närsjukvård, specialiserad akutsjukvård, specialiserad planerad vård och högspecialiserad vård*. Det är tänkt att närsjukvården ska vara basen i hela uppbyggnaden av Skånsk livskraft.¹³⁴

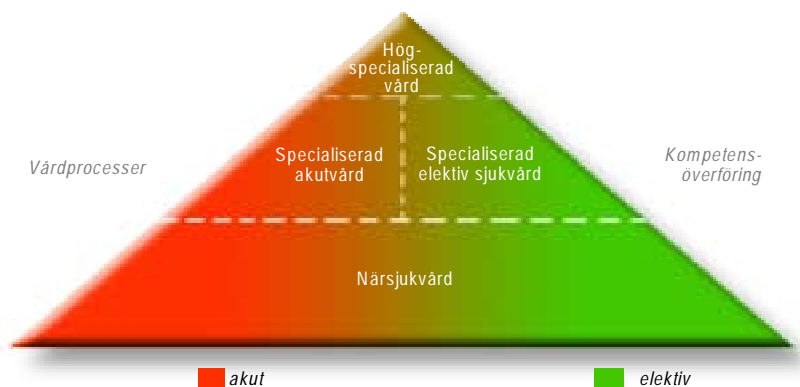
¹³⁰ Landstingsförbundet, 2002, "Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet Utvecklingstendenser 1992-2000", http://www.lf.se/hs/download/Halso_%20sjukvard%20ny.pdf, hämtad 2003-11-09

¹³¹ Att uppnå detta skulle kunna klassificeras som en vision för projektet

¹³² <http://www.suntliv.nu/templates/IdebankenReportPage.asp?id=6643&complete=1>, hämtad 2003-12-08

¹³³ <http://www.skane.se/default.asp?id=23763>, hämtad 2003-11-09

¹³⁴ Intervju med Marek Wroblewski, 2003-11-27



Figur 4:1 Vårdstruktur i Region Skåne Källa: Läkartidningen, nr 41, volym 100 (2003)

Projektet Skånsk livskraft – vård och hälsa inleddes år 2001, men har sina rötter i ett annat projekt vid namn ”vårdvision”, som genomfördes i slutet av 1990-talet. Aktörerna för ”vårdvisionen” var Region Skåne och ett antal andra aktörer som fackliga organisationer, kommunförbundet, försäkringskassan o.s.v. I detta projekt skulle utvecklingen av vårdens innehåll utgå ifrån ett patientperspektiv.¹³⁵

Det som kännetecknar projektet Skånsk livskraft är att befolkningen i Skåne, med hjälp av arbetet med Skånsk livskraft, på sikt ska få en bättre och mer jämlik hälsa. Detta ska genomföras med fokus på kvalitet, behov, valfrihet, mångfald, samverkan och god ekonomisk hushållning. Vidare ska detta arbete även syfta till att göra vården i regionen till en attraktiv arbetsplats, som ska ta tillvara på skånsk sjukvårds starka sidor.¹³⁶

Genomförandet av Skånsk livskraft är det största utvecklingsarbetet någonsin inom skånsk hälso- och sjukvård. För att uppnå ett lyckat resultat med arbetet krävs en gemensam syn och agerande hos Region Skåne och Skånes kommuner.¹³⁷ Verkställandet av projektet beror även på hur förändringsarbetet kan samordnas med det ordinarie hälso- och sjukvårdsarbetet. Härvid har mycket fokus lagts på utbildning och stöd till ledare på alla nivåer. Tanken är att ledarna på var och en av de fyra vårdlogikerna ska vara beredda på att kunna möta de olika behov och krav på närhet, tillgänglighet, kontinuitet, kompetens, leveranser och teknologi som ställs på vården. Vidare följer dessutom att detta inte ska medföra ökade kostnader.¹³⁸ Vad gäller den information om projektet som delats ut till all personal består denna av en folder med information om Skånsk livskraft, samt tillgång till information om projektet på regionens hemsida.¹³⁹

¹³⁵ <http://www.skane.se/default.asp?id=17799>, 2003-12-08

¹³⁶ Akutsjukvårdslogiken, Skånsk livskraft – vård och hälsa, reviderad version 2002-10-18, <http://www.skane.se/default.asp?id=23763>, hämtad 2003-11-25

¹³⁷ Uppdragsbeskrivning, Skånsk livskraft - vård och hälsa, <http://www.skane.se/default.asp?id=23763>, hämtad 2003-09-22

¹³⁸ Akutsjukvårdslogiken, Skånsk livskraft – vård och hälsa, reviderad version 2002-10-18, <http://www.skane.se/default.asp?id=23763>, hämtad 2003-11-25

¹³⁹ Intervju med Maria Lindblad, 2003-11-13

De medel som används för att uppnå visionen och målen med projektet är att patienterna kommer att delas upp på ett tydligare sätt, så att endast de patienter som har behov av en specifik resurs kommer att behandlas där denna finns. Detta kommer bl.a. att underlättas av en utökad sjukvårdsupplysning som ska informera patienterna om vart de ska vända sig. Dessutom ska vårdlogiken - närsjukvård även bestå av en närakut, för sådana fall som inte är så allvarliga. Den prehospitla vården, som t.ex. ambulansverksamhet, kommer också att få större betydelse, genom att förbereda patienten under färden till den specialiserade sjukvården.¹⁴⁰

Den begränsade resurstillgången som projektet kommer att möta måste dessutom balanseras mot efterfrågan på hälso- och sjukvård, vilket leder till ett aktivt prioriteringsarbete. Utbudet av vård ska planeras för att alla prioriterade patienter ska få vård inom rimlig tid. För att klara denna utmaning måste fördelningen mellan akut och planerad vård ses över och förändras till nu gällande krav.¹⁴¹

4.1.2 Skånsk livskrafts logiker

Här nedan ges en mer ingående beskrivning av de fyra logikerna inom Skånsk livskraft.¹⁴²

- **Närsjukvård** är basen i hälso- och sjukvården och skall ansvara för huvuddelen av människors vardagliga sjukvårdsbehov. Den ska vara ett tryggt och säkert förstahandsval för befolkningen och ska kunna möta befolkningens behov och krav på tillgänglighet och kvalitet. En väl fungerande bassjukvård kan avlasta den specialiserade sjukvården under förutsättning att den håller en god kvalitet och hög tillgänglighet, men den ska även kunna samarbeta både med den specialiserade och högspecialiserade vården.

Inom närsjukvården ska de vanligaste sjukdomarna ombesörjas såsom, kroniska tillstånd, en stor del av barnens och de äldres sjukvårdsbehov, missbruk o.s.v. Den ska likaså ansvara för hälsovården i sitt område. Närsjukvården ska också besitta uppgifter om patienters habilitering och rehabilitering. Den ska skapa trygghet, kontinuitet, tillit samt vara nära både i tid och rum.

En väl fungerande närsjukvård ska kunna tillgodose hela regionen, men bör variera beroende på övrigt vårdutbud och placering. Närsjukvården måste således anpassas efter de demografiska förhållanden som den ska täcka. Exempelvis varierar antalet invånare per läkare beroende på befolkningens åldersstruktur inom kommunerna i regionen.

¹⁴⁰ *Målbild, Skånsk livskraft – vård och hälsa*, fastställd av Regionfullmäktige 18-19 juni 2003, <http://www.skane.se/default.asp?id=23763>, hämtad 2003-11-25

¹⁴¹ *Uppdragsbeskrivning, Skånsk livskraft - vård och hälsa*, <http://www.skane.se/default.asp?id=23763>, hämtad 2003-09-22

¹⁴² Beskrivningen av vårdlogikerna, som kommer nedan görs, såvida inget annat anges, utifrån: *Handlingsplan för Skånsk livskraft – vård och hälsa* och *Målbild, Skånsk livskraft – vård och hälsa*, fastställd av Regionfullmäktige 18-19 juni 2003, <http://www.skane.se/default.asp?id=23763>, hämtad 2003-11-22 respektive 2003-11-25

Ett förebyggande hälsofrämjande arbete ska stärkas med hjälp av närsjukvården. Genom utbildning och information kring egenvård i kombination med en väl fungerande sjukvårdsupplysning skall fler människor på egen hand kunna klara av enklare sjukdomsfall. Denna ökade kunskap ska skapa större trygghet hos den enskilde människan och minska behovet av besök i sjukvården.

Det ska även finnas ett läkarstöd till hemsjukvården och de särskilda boendeformer som finns i samhället. Läkarinsatser på denna nivå kan förhindra inläggning på sjukhus. Närsjukvården ska även samordna väsentliga funktioner, kvalifikationer och möjligheter i varje enskild vårdssituation. För att uppnå detta krävs samverkan och en förbättrad tillgänglighet. Till största delen innefattar samverkan den kommunala hälso- och sjukvården, primärvården och övriga specialister.

- **Specialiserad akutsjukvård** definieras som det medicinska omhändertagandet som krävs vid livshotande tillstånd eller akut, allvarligt insjuknande och skada. Den specialiserade akutsjukvården ska vara öppen dygnet runt, sju dagar i veckan. Detta ställer höga krav på speciella resurser och kompetenser både på bredden och på djupet, inom de olika medicinska specialiteterna. Det bör även nämnas att akutsjukvård finns inom alla logikerna.

För att klara hela spännvidden i det akuta omhändertagandet krävs jourverksamhet. För att kunna genomföra detta på ett högkvalitativt, medicinskt säkert och ekonomiskt försvarbart sätt måste den specialiserade akutvården koncentreras till färre antal sjukhus än idag. Tanken är att den ska koncentreras till fyra sjukhus, Lund, Malmö, Helsingborg och Kristianstad. Det ska även utredas om det finns något behov av en liknande verksamhet i Ystad.¹⁴³

När en koncentration av akutsjukvården görs på detta sätt, krävs en decentraliserad ambulansverksamhet för att öka patientsäkerheten. Detta leder till att en ökad andel av akutpatienterna måste föras direkt till sjukhus med specialiserad akutsjukvård. Detta i sin tur leder till att telekommunikation mellan ambulans och läkare, samt den telemedicinska utvecklingen ökar. Det nya arbetssättet innebär att en kompetensutveckling för den berörda personalen genomförs.

En betydande andel av de patienter som idag finns på sjukhusens akutmottagningar har ett vårdbehov som väl lämpar sig för omhändertagande inom närsjukvården. Närsjukvården kommer därför att behöva tillgång till jourverksamhet kvällar, nätter och helger. Vilka jourlinjer som behövs på närsjukhuset får övervägas utifrån befolkningens behov och sjukhusets uppdrag och innehåll.

¹⁴³ Uppdragsbeskrivning, Skånsk livskraft - vård och hälsa, <http://www.skane.se/default.asp?id=23763>, hämtad 2003-09-22

- **Specialiserad planerad vård (elektiv vård)**, är den vård som är planerbar i tid, innehåll och volym. Stora delar av denna vård inkluderar skilda typer av kirurgiska ingrepp eller resurskrävande åtgärder av andra slag. Den planerade vården måste planeras, organiseras och struktureras utifrån ett behovs- och regionperspektiv. Även här bör det nämnas att specialiserad planerad vård finns inom alla logikerna.

Som vården ser ut i nuläget, ställs många planerade operationer in till följd av att den akuta händelsestyrda vården tar överhand. Därför finns det anledning till att skilja på akut och planerad vård. Skulle en separering ske, kan koncentration och ökad effektivisering inom verksamheterna bli följden. Genom att koncentrera verksamheterna till färre enheter skapas förutsättningar för djupare erfarenheter och högre kvalitet. Det skulle även leda till större utvecklingsmöjligheter för den specialiserade planerade vården. Den specialiserade planerade vården bör därför vara oberoende av den akuta verksamheten.¹⁴⁴

- **Högspecialiserad vård** kommer i största utsträckning att finnas på universitetssjukhusen. Dessa ska inneha en roll som specialiserade sjukhus med särskilda uppdrag som t.ex. FoU som ansvarar för kunskapsspridning och utvärdering av nya och etablerade metoder. Den högspecialiserade vården ska skapa ett mervärde för patienten samt omfatta diagnostik och/eller behandling av sällsynta sjukdomar eller skador.¹⁴⁵

Den högspecialiserade verksamheten består inte av många specialister men kräver ett tillräckligt stort patientunderlag för att specialisterna skall kunna bevara, utveckla och sammanställa rätt kvalitet och bra resultat. För att få ett hanterbart patientunderlag krävs samverkan mellan sjukhus, landsting och regioner. Det är viktigt att effektivt utnyttja, utrustning, lokaler, metoder och dyra investeringar i kompetens. Detta ställer specifika krav på strukturen i och kring universitetssjukhuset. Det förutsätter också särskilda krav på att avgränsa och definiera det särskilda uppdraget gentemot omgivande vårdstrukturer.¹⁴⁶

Den högspecialiserade vården bör medverka i arbetet med att utveckla effektiva metoder för att förhindra följdhändelser/sjukdomar. Inom läkemedel pågår nämligen ständigt en snabb utveckling, vilken kommer att fortsätta även i framtiden. Något som anses som nytt för många är förslaget till avancerad sjukvård i hemmet. Detta kan bli möjligt på grund av kommunikation mellan olika vårdgivare, kompetensöverföring och IT-baserade gemensamma vårddokumentationer¹⁴⁷

¹⁴⁴ *Målbild, Skånsk livskraft – vård och hälsa*, fastställd av Regionfullmäktige 18-19 juni 2003, <http://www.skane.se/default.asp?id=23763>, hämtad 2003-11-25

¹⁴⁵ Slutrapport för högspecialiserad vård, hämtad den 13 december 2003 på <http://www.skane.se/default.asp?id=23763>

¹⁴⁶ Ibid.

¹⁴⁷ Ibid.

Dessa beskrivningar måste naturligtvis kompletteras och modifieras för varje sjukhus utifrån lokala behov och förutsättningar.¹⁴⁸

4.2 Presentation av sjukhusen

4.2.1 Malmö

Universitetssjukhuset, Malmö Allmänna Sjukhus, UMAS, är ett universitets- och regionsjukhus som erbjuder bas- och högspecialiserad vård. Upptagningsområdet är dels Malmöbor, dels ett flertal invånare i södra sjukvårdsregionen. UMAS är ett av Sveriges ledande universitetssjukhus och bedriver forskning och utbildning under ledning av ett stort antal professorer. Sjukhuset förfogar även över kunskaper inom bland annat blödarsjuka, diabetes, avancerad plastisk-, hand- och ryggkirurgi.¹⁴⁹

UMAS kan delas in i tre huvuduppdrag; hälso- och sjukvård, forskning samt utbildning. För att dessa uppdrag ska fungera krävs det samverkan och förmåga att skapa relationer med andra institut. Vården som ges på UMAS ska vara grundad på beprövade erfarenheter och kunskaper vilka ska vara av högsta kvalitet. Detta innebär att om den höga kvaliteten ska upprätthållas, måste sjukhuset ha starka förbindelser med forskningen inom området.¹⁵⁰

UMAS forskning bedrivs ofta vid Lunds Universitet. Detta sker i samarbete med den kliniska verksamheten, vilket leder till att vården tidigt kan dra nytta av nya rön.¹⁵¹ Även utbildning är ett viktigt område vad gäller samarbete. Att ge en allsidig utbildning är nödvändigt för den framtida vården. Dessutom uppmärksammas det också ett nära samarbete mellan primärvården, kommuner och andra sjukhus, för att patientvården ska fungera på ett smidigt sätt.¹⁵²

4.2.2 Lund

På Universitetssjukhuset i Lund, USiL, bedrivs hälso- och sjukvård, forskning, utveckling samt utbildning. Vidare ansvarar sjukhuset för bas-, akut- och traumasjukvård samt högspecialiserad sjukvård. USiL benämns regionsjukhus och har därmed ett upptagningsområde i södra sjukvårdsregionen d.v.s. Skåne län, södra delen av Hallands län, Kronobergs län och Blekinge län. Dessutom tar vissa av sjukhusets verksamheter emot patienter från hela landet.¹⁵³

USiL bedriver klinisk forskning i samarbete med medicinska fakulteten vid Lunds Universitet. Detta samarbete har underlättats och förbättrats av uppkomsten av det Bio Medicinska Centrat i Lund. På detta sätt får forskning och utveckling en nära kontakt med den sjukvårdande verksamheten. Dessutom utbildas läkare,

¹⁴⁸ *Målbild, Skånsk livskraft – vård och hälsa*, fastställd av Regionfullmäktige 18-19 juni 2003, <http://www.skane.se/default.asp?id=23763>, hämtad 2003-11-25

¹⁴⁹ <http://www.skane.se/default.asp?id=21005>, hämtad 2003-12-11

¹⁵⁰ Ibid.

¹⁵¹ Ibid.

¹⁵² Ibid.

¹⁵³ <http://www.lund.skane.se/>, hämtad 2003-12-12

sjuusköterskor, sjukgymnaster och logopeders i samarbete med den medicinska fakulteten.¹⁵⁴

4.3 Strategi

4.3.1 Malmö

Anledningen till att akutkliniken har ändrat sin strategi vad gäller läkarnas tillhörighet är att kliniken vill skapa ett engagemang för patienterna. Tidigare när akutkliniken hade anställda läkare på kliniken fanns det ett bristande engagemang från omgivande kliniker. Dessa ville inte engagera sig i de akuta patienterna, utan valde istället att lägga allt ansvar på akutkliniken, vilket ledde till ett otillräckligt patientomhändertagande. De förändringar som har genomförts har lett till att man numera inte har några egna läkare på akutkliniken, istället är läkarna anställda på sin respektive klinik. På kliniken finns i sin tur akuta sektioner som tar hand om de akuta patienterna. På så sätt kan man komma en bit på vägen mot att hitta en modell där patientsäkerheten är maximal. Tanken är att en patient, som söker för en viss åkomma, ska bli adekvat omhändertagen av kompetent personal.¹⁵⁵

Syftet med förändringen är att förtydliga respektive kliniks ansvar och att redan i akutmottaget ta emot och engagera sig i sina patienter. Målet är alltså att redan i ingångsfasen få ett ökat engagemang och tydligt ansvar för patienterna ifrån respektive klinik.¹⁵⁶

Verksamhetschefen för akutkliniken, menar att de fyra akutklinikerna som skall verka inom Skånsk livskraft kan vara utformade på olika sätt. Han tror inte att det finns en fastlagd strategi för hur akutklinikerna ska styras mot detta mål. En del använder sig av läkarteam på akutklinikerna, andra gör som i Malmö. Han anser vidare att detta inte har någon större betydelse, utan att det viktigaste är att patienterna blir omhändertagna på ett adekvat sätt. Dessutom krävs det ett samarbete mellan de olika sjukhusen.¹⁵⁷

4.3.2 Lund

Akutsjukvårdens vision, preciserat i det balanserade styrkortet, är att visa att USiL har "Sveriges bästa akutsjukvård". Detta ska uppnås genom: "att systematiskt redovisa och förbättra våra resultat, att använda vetenskapligt bevisade metoder och att ha delaktiga och reflekterande medarbetare som hela tiden förbättrar sin kompetens".¹⁵⁸

Enligt den ansvarige avdelningsläkare för akutmottagningen, är visionen för akutmottagningen "att låta patienten komma in i en säng så snabbt som möjligt". Syftet är att snabbt kunna ta hand om patienten och placera denne på rätt

¹⁵⁴ <http://www.lund.skane.se/>, hämtad 2003-12-13

¹⁵⁵ Intervju med Peter Mangell, 2003-11-21

¹⁵⁶ Ibid.

¹⁵⁷ Ibid.

¹⁵⁸ Folder "Balanserat styrkort för akutsjukvården i Lund", reviderat 2003-10-02

vårdavdelning. Tidigare fick patienten vänta och det fanns ingen prioritering av patienterna, d.v.s. de togs om hand i tur och ordning. Idag har akutmottagningen ett speciellt prioriteringskoncept där sjuksköterskorna sätter patienten i prioriteringsgraden ett, två, tre och fyra beroende på det tillstånd patienten befinner sig i. Det spelar alltså ingen roll vilken specialitet patienten tillhör, utan alla som tillhör kategori ett och två kommer snabbast in. Tidigare var det så att akutmottagningen hade svårt att sätta prioriteringsgraden på patienten och få en plats åt denne på de andra klinikerna. Nu har de istället egna platser på akutsjukvården med egen personal. Akutmottagningen har ett gott samarbete, med övriga avdelningar inom akutsjukvården eftersom dessa arbetar inom samma verksamhet.¹⁵⁹

Akutmottagningens ombyggnad och organisatoriska omstrukturering gjordes för att snabbt kunna identifiera de svårt sjuka patienterna, ta hand om dessa samt sätta in den adekvata vård de behöver. Dessa patienter placeras därefter på någon av akutsjukvårdens avdelningar t.ex. MAVA, KAVA etc. Förändringarna ger bättre möjlighet att snabbt kunna ta hand om patienten, övervaka, och ge adekvat vård vid rätt tillfälle. Vidare innebär detta att införandet av det så kallade akutläkarkoncept lättare kan genomföras. Detta koncept innebär att alla läkare som tjänstgör på akutmottagningen blir anställda av akutsjukvården och akutmottagningen.¹⁶⁰ Dessutom ska dessa läkare ges en utbildning inom flera specialiteter. Tanken med konceptet är att akutläkarna ska kunna ge en helhetsbedömning av patienten. Genom att göra detta kan väntetiderna minskas, eftersom patienterna då inte behöver träffa flera doktorer.¹⁶¹

Det kommer att verkställas ytterligare en förändring på akutmottagningen, teamwork. Förändringen innebär att läkarna och sköterskorna ska ha liknande scheman. Detta medför att samma personal jobbar tillsammans under hela arbetspasset och inte som nu att personalkategorier arbetar efter olika, ej anpassade scheman.¹⁶²

4.4 Ledningsfilosofi

4.4.1 Malmö

Verksamhetschefen på akutkliniken i Malmö anser att personalen är en viktig resurs och därför lägger han mycket tid på att handskas med sina anställda. Personalens kompetens måste tas fram och gagnas. Dessutom ska de anställda, genom samförstånd och insikt, motiveras att arbeta i rätt riktning. Verksamhetschefen anser sin största uppgift vara att få personalen engagerad i att skriva instruktionerna för deras dagliga arbete för att på så vis öka förståelsen. Dessa instruktioner ska han sedan formellt godkänna. Han menar även att om han istället hade fastställt instruktionerna själv, hade personalen säkert verkställt dem men inte förstått vad de innebar. Dessutom ger detta förhållningssätt honom en

¹⁵⁹ Intervju med Matz Widerström, 2003-11-25

¹⁶⁰ Ibid.

¹⁶¹ <http://www.lund.skane.se>, hämtad 2003-11-09

¹⁶² Intervju med Matz Widerström, 2003-11-25

möjlighet att dra nytta av personalens kompetens och uppfinningsförmåga. På så sätt kan personalen få fler kreativa idéer som inte begränsas av ekonomiska eller andra restriktioner.¹⁶³

Verksamhetschefen vill dessutom få sin personal att känna en stolthet för det de presterar. Han har benämnt detta som ett ”färdigt paket”. Detta innebär att det ska ta ca 45 minuter för personalen på akutmottagningen att lämna över patienten till nästa instans. Vid detta tillfälle ska det akuta tillståndet ha hävts, alla dropp vara på plats, identifiering avklarad samt alla prover tagna. Det har nämligen funnits en tendens att så fort som möjligt skicka över patienten till någon annan utan att reflektera över den vårdkvalitet som har getts. Idéen med konceptet är att ”slå in ett perfekt, färdigt paket” så att de som tar över patienten ska bli nöjda. Med tanke på detta menar han att personalen ska vara stolta över sina insatser och inte tänka att patienten ska iväg så fort som möjligt.¹⁶⁴

4.4.2 Lund

Verksamhetschefen inom akutsjukvården i Lund är mycket engagerad i ledarskaps- och utvecklingsarbete. Detta synliggörs genom hans insatser vid framtagandet av ett balanserat styrkort för akutsjukvården. Anledningen till att ett balanserat styrkort togs fram var för att en diskussion skulle skapas nere i verksamheten, vilket skulle få de anställda att engagera sig i arbetet. På så vis har även ett lärande i verksamheten uppstått.¹⁶⁵

Den ansvarige avdelningsläkaren för akutmottagningen utövar sitt ledarskap genom att försöka att vara nere på ”golvet” varje dag och prata med de anställda närhelst de vill. Han är på så sätt tillgänglig 24 timmar om dygnet. Medan han coachar läkare tar en avdelningssjuksköterska hand om personal och administration. Deras ledarskaputövande fungerar således som ett dubbelt ledarskap. Dessa två ledaransvariga ligger organisatoriskt i samma linje och leder akutmottagningen gemensamt. Det dubbla ledarskapet betraktas av den ansvarige avdelningsläkaren som gynnsamt då enheterna är relativt stora och fördelarna, som ett samarbete genererar, är större än nackdelarna.¹⁶⁶

4.5 Organisationsstruktur

4.5.1 Malmö

UMAS använder sig av ett decentraliserat arbetssätt. Sjukhuset har nyligen delats in i fem områden vilka i sin tur består av olika klinker/enheter, som har inriktat sig på en särskild specialitet eller uppgift. De flesta kliniker använder sig av något som kallas centrumbildning och som riktar sig mot sjukdomar/diagnoser och behandlingar som oftast förutsätter mer än en kliniks resurs och kompetens. Ytterligare en faktor till den nya uppdelningen i områden, är att områdeschefen

¹⁶³ Intervju med Peter Mangell, 2003-11-21

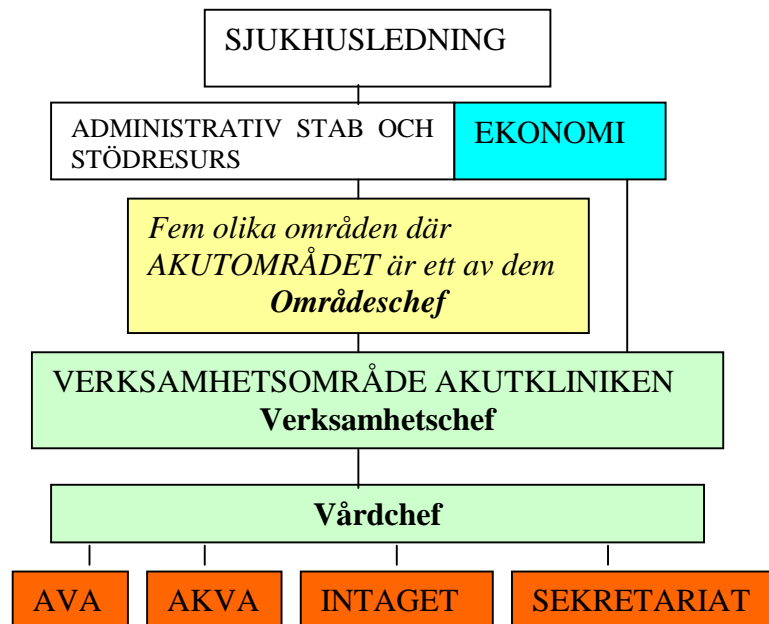
¹⁶⁴ Ibid.

¹⁶⁵ Intervju med Karin Fex och Pia Bagewitz, 2003-12-03

¹⁶⁶ Intervju med Matz Widerström, 2003-11-25

skall få ett hanterbart antal verksamhetschefer att styra över. På så sätt kan områdeschefen tydligare kontrollera och överblicka situationen.¹⁶⁷

Akutområdet omfattar cirka 15 olika kliniker och enheter, däribland akutkliniken. Akutkliniken har en verksamhetschef som är chef över kliniken, viss personal, samt olika avdelningar och delområden. Verksamhetschefen är på så vis huvudansvarig för akutkliniken. Under verksamhetschefen finns en vårdchef som har ansvar för övrig personal.¹⁶⁸ Hur detta förhållningssätt ser ut presenteras i figuren nedan.



Figur 4:2 UMAS organisationsschema med fokus på akutkliniken

Varje klinik har även en egen ekonomiansvarig. De kliniker som är små, vad gäller det ekonomiska perspektivet, slås samman till en hanterbar enhet för ekonomen. Ekonomernas tillhörighet är dock något spridd. De tillhör nämligen den administrativa stabs- och stödresursen men fungerar även som en stödresurs till klinikerna. Deras arbetsuppgifter kommer således både från kliniken och från sjukhusledningen och betraktas därmed som en länk mellan sjukhusledningen och klinikerna.¹⁶⁹

Personal- och arbetsfördelningen på akutkliniken har nyligen genomgått en organisatorisk omstrukturering. Denna omstrukturering innebär att de kliniker som har akutpatienter även har akutsektioner med egna läkare. Dessa läkare utför en del av sin tjänstgöring inom akutkliniken. Kliniker som kirurgi, medicin, ortopedi o.s.v. har många akutpatienter vilket innebär att det måste finnas läkare på akutkliniken med dessa specialiteter. Läkarna som tjänstgör på akutkliniken gör nämligen det för att ta emot sina egna patienter. Läkarna är alltså inte

¹⁶⁷ Intervju med Peter Mangell, 2003-11-21

¹⁶⁸ Ibid.

¹⁶⁹ Intervju med Karin Bäckström, 2003-12-05

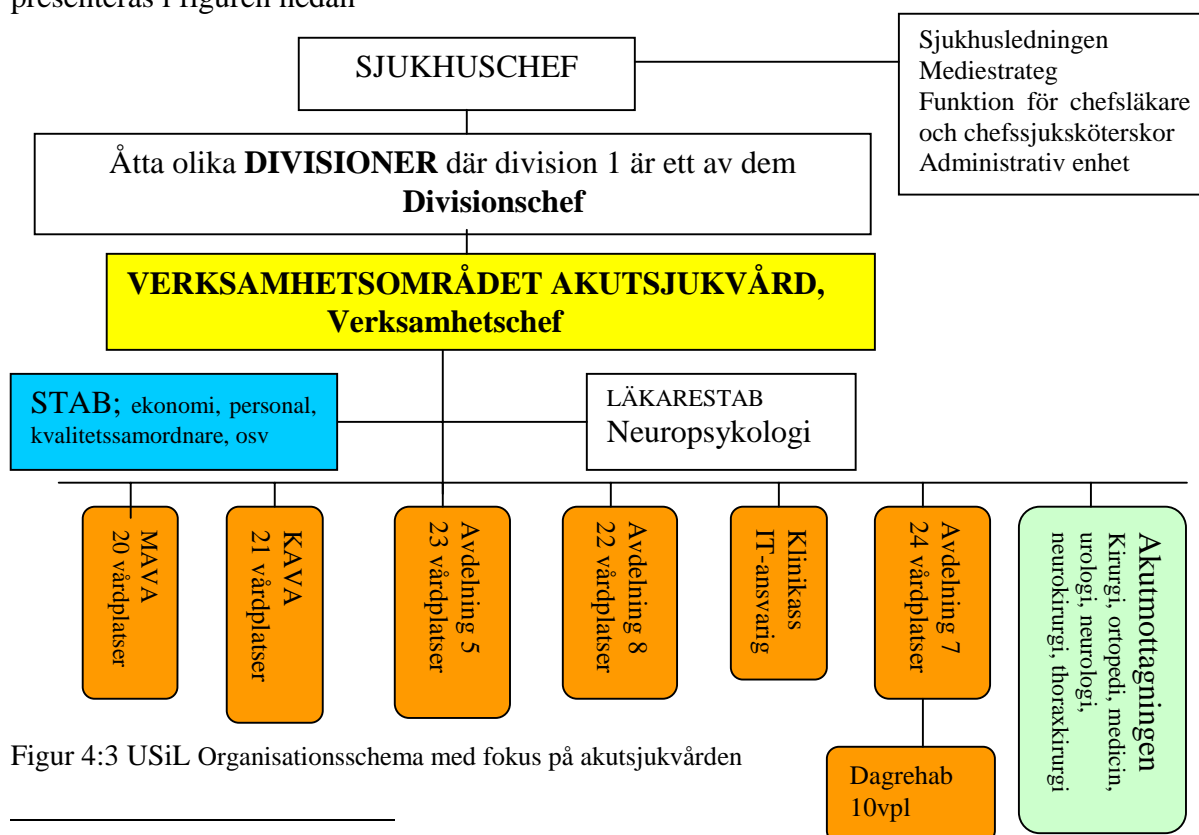
anställda av akutkliniken, utan denna förfogar endast över vårdpersonal, lokaler, material och utrustning. Akutklinikens uppgift är alltså att skapa förutsättningar för att läkare från övriga kliniker ska kunna komma dit och ta emot sina patienter.¹⁷⁰

Varje klinik utgör en ansvarsenhet som har ett resultatansvar. Verksamhetschefen på akutkliniken bryter ner detta resultatansvar på olika områden inom kliniken. På akutkliniken finns det ett resultatansvar inom akutmottagningen, AVA, AKVA och sekretariatet. Resultaten från dessa områden sammanförs sedan till en helhet, d.v.s. akutklinikens resultaträkning, vilken i sin tur rapporteras och redovisas till sjukhusledningen av verksamhetschefen för akutkliniken. Sjukhusledningen redovisar därefter UMAS totala resultat till Region Skåne.¹⁷¹

4.5.2 Lund

USiL:s sjukvårdande verksamhet är indelad i åtta divisioner, vilket innebär en starkt decentraliserad organisation. Detta medför att en rad beslut tas nere på verksamhetsnivå. Varje division har en divisionschef som har det övergripande samordningsansvaret inom respektive division, vad gäller verksamhet, ekonomi, personal och miljö. Med andra ord fungerar divisionschefen som sjukhuschefens ”förlängda arm”.¹⁷²

Varje division innefattar ett antal verksamhetsområden och i division ett är akutsjukvården en av dem.¹⁷³ Hur akutsjukvårdens organisationsschema ser ut presenteras i figuren nedan



Figur 4:3 USiL Organisationsschema med fokus på akutsjukvården

¹⁷⁰ Intervju med Peter Mangell, 2003-11-21

¹⁷¹ Intervju med Karin Bäckström, 2003-12-05

¹⁷² <http://www.lund.skane.se/>, hämtad 2003-12-12

¹⁷³ Intervju med Matz Widerström, 2003-11-25 samt Karin Fex och Pia Bagewitz, 2003-12-03

Inom akutsjukvårdens verksamhetsområde finns det en verksamhetschef som ansvarar för akutsjukvården, som helhet. Denne har till sin hjälp en stab med ekonomer, personalhandläggare o.s.v. samt en läkarstab av neuropsykologer. Under staberna finns de olika avdelningarna, mottagningarna och klinikerna. Var och en utav dessa har en egen ansvarig läkare som har ansvar för kliniken och läkarna. Det finns även en ansvarig sjuksköterska som har ansvar för övrig personal.¹⁷⁴ På USiL utgör varje vårdavdelning en ansvarsenhet, vilken har ett kostnadsansvar. Detta innebär att de styr mot ett maxtak, både vad gäller interna och externa kostnader.¹⁷⁵

Inom akutsjukvården genomförs just nu en organisatorisk omstrukturering beträffande läkarnas tillhörighet. Förändringen började med att ett stort akutområde med 110 vårdplatser byggdes, där bl.a. akutmottagningen blev inkluderad. Inom akutsjukvården finns även "MAVA" med patienter som behöver övervakning. Vidare finns det "KAVA" som är kirurgens akutvårdsavdelning och där de patienter som ska opereras inom det närmaste dygnet befinner sig. Utöver dessa finns det ytterligare tre avdelningar som håller en mer akutmedicinsk profil men som inte kan ta hand om kirurgiska patienter. Av de läkare som tjänstgör på akutmottagningen är fyra anställda av denna. En del av de övriga läkarna som tjänstgör på akutmottagningen är anställda på bl.a. "MAVA" och "KAVA".¹⁷⁶

USiL har många vårdavdelningar knutna direkt till akutsjukvården. På så sätt kan patientflödet ske smidigare och snabbare eftersom omhändertagandet kan utföras av flera specialiteter. Det vanligaste är nämligen att vårdavdelningarna är knutna till andra områden än akutsjukvården t.ex. kirurgi, ortopedi, medicin o.s.v.¹⁷⁷

4.6 Styrssystem

4.6.1 Malmö

Som alla andra kommunala verksamheter styrs även akutkliniken i Malmö av en budget. Kliniken använder sig av en ettårsbudget som ligger fast och omfattar ett vanligt kalenderår. Uppgifterna i budgeten innehåller alla kostnader och intäkter kliniken är belastad med. Budgeten kan beskrivas som en ekonomisk ram för akutkliniken, vilken sedan delas upp på varje resultatenhet och område inom kliniken. Därefter delas den upp på ytterligare kostnadsslag vilket innebär att den bryts ner på mycket låg nivå. Att ha en nerbruten budget underlättar uppföljningsarbetets noggrannhet och styrning.¹⁷⁸

I årets början lämnar alla verksamhetschefer in respektive kliniks budgetförslag samt äskningar för kliniken. Detta förslag ska omfatta alla kostnader och intäkter som kliniken tror sig få det kommande året. Klinikens budgetförslag ska visa

¹⁷⁴ Intervju med Matz Widerström, 2003-11-25 samt Karin Fex och Pia Bagewitz, 2003-12-03

¹⁷⁵ Intervju med Karin Fex och Pia Bagewitz, 2003-12-03

¹⁷⁶ Intervju Matz Widerström, 2003-11-25

¹⁷⁷ Ibid

¹⁷⁸ Intervju med Karin Bäckström, 2003-12-05

varje enskilt kostnadslag för varje område inom kliniken. Här kan nämnas kostnader för personal, köpta tjänster, material, äskningar o.s.v. Detta sammanställs därefter av ledningen, som i sin tur skickar UMAS totala budgetförslag och äskningar till Region Skåne. Beslut om uppräkningsprocenten på budgeten fattar sedan Region Skåne någon gång på våren. Den vanligaste uppräkningsprocenten ligger mellan två och fyra procent per år. Med tanke på vad som nämnts tidigare innebär det att sjukhuset arbetar "utan" budget under ca fyra månader per år. UMAS har därför valt att försöka lägga sin budget innan de har fått helt klara besked från Region Skåne. Detta är något som de ska pröva under år 2004 och som kan vara genomförbart, eftersom de vet ungefär hur mycket budgeten brukar räknas upp med per år.¹⁷⁹

Prognoser genomförs löpande och följs upp en gång per månad. Uppföljningen görs för att upptäcka diverse avvikelser som kan påverka budgeten. Prognoserna revideras även löpande under året och ligger inte låsta som budgeten. Ekonomen för akutkliniken, gör visserligen inte alltid detaljuppföljning, men menar att de ger en mer rättvisande bild av var avvikelserna mellan budget och verklighet ligger. Hon menar att man bör gå ner på varje resultatenheter och kontonivå för att få den rätta vetskapen om vad som har skett.¹⁸⁰

Trots att det inte genomförs några revideringar av budgeten har man så kallade godkända utökningar, d.v.s. kostnader som är nödvändiga och som ej finns med i budgeten, men måste göras ändå. Sådana underskott beskrivs i tertialuppföljningen. I tertialuppföljningen görs även uppföljningar på de mjuka nyckeltalen. På så vis är det inte enbart ekonomin som följs upp utan även andra aspekter. Nyckeltal som följs upp är bl.a.:

- *Personalen*; som beräknas genom antal anställda, d.v.s. alla deltid förvandlas till heltid. Här innefattas även de som är sjuka och mammalediga.
- *Resursförbrukning*; som innebär hur många timmar man har använt sig av. Här innefattas övertid vikarietjänster osv. Detta är de direkta personalkostnaderna.
- *Sjukskrivningar och ledigheter*; som tar hänsyn till frånvaro per månad.¹⁸¹

Investeringar har en annan fördelningsmodell än den vanliga budgeten. Här finns det en speciell investeringsbudget. Denna i sin tur har olika regler angående vad som skall investeras, t.ex. byggnadsinvesteringar eller utrustningsinvesteringar. Det generella är att alla investeringar över ett basbelopp (38600 kr) måste kontrolleras av ledningen. Investeringar som understiger detta belopp får kliniken själv köpa in.¹⁸²

Vid budgetårets slut görs ett vanligt bokslut med balansräkning och resultaträkning. Detta görs för att se hur verksamheten har gått under året och för att upptäcka avvikelser mellan budget och utfall.¹⁸³

¹⁷⁹ Intervju med Karin Bäckström, 2003-12-05

¹⁸⁰ Ibid.

¹⁸¹ Ibid.

¹⁸² Ibid.

¹⁸³ Intervju med Peter Mangell, 2003-11-21

UMAS ska under våren 2004 verkställa ett flerårigt projekt, beträffande patientkostnadssystem, PKS, vilket kan jämföras med KPP, kostnad per patient. Detta system kommer att ge dem möjlighet att följa patienten genom hela vårdflödet och koppla alla kostnader till respektive patient. Vid ett verkställande av PKS kommer alla interna priser gå genom detta system. Detta kommer att underlätta arbetet med patientkostnaderna.¹⁸⁴

Det finns internpriser mellan klinikerna, men inte mot ekonomiavdelningen. Hela UMAS innefattas annars av internprissättning. Den vanligaste prissättningen är per produkt. Dock används även prissättning för service, t.ex. pris per röntgen och pris per analys. Prissättningen görs både manuellt och via dator.¹⁸⁵

Det finns även vissa kostnader som måste delas ut så att varje klinik betalar för sin bit av "kakan", d.v.s. overheadkostnader eller indirekta kostnader. Alla kostnader som inte hör ihop med vården är overheadkostnader. Detta kan alltså innefatta material som respektive klinik har nyttjat men som inte tillhör vården. Inom begreppet overheadkostnaderna innefattas bl.a. ekonomiservice, trädgårdsskötsel, sjukhusledning, gemensam lokalvård o.s.v. Vad gäller fördelningen, allokeras kostnaderna på ett ungefärligt sätt beroende på hur mycket tid som spenderats inom varje klinik.¹⁸⁶

Det finns även ett förslag till förändring beträffande akutkliniken kostnader och intäkter. Förslaget innebär att varje klinik som brukar akutkliniken ska betala någon form av abonnemang för nyttjandet av personal, lokaler, service och material. Dessutom kommer varje enskild klinik att själv stå för kostnaderna och även mottaga intäkter för varje enskild patient. Personal- och servicekostnaderna för akutkliniken är nämligen höga då de håller jouröppet under dygnets alla timmar och årets alla dagar. I dagsläget är det dessutom så att akutkliniken står för alla kostnader för provtagning, röntgen o.s.v. medan den klinik patienten förs över till, får intäkterna vid utskrivningen av patienten.¹⁸⁷

Det kan dock bli så att en del kliniker inte är intresserade av att betala ett abonnemang. I sådana fall måste de själva lösa akutsituationerna för sina akutpatienter. Vidare kan det vara så att kliniken känner att de har ett behov av akutkliniken, men inte vill betala lika mycket som de kliniker som har många akutpatienter. Troligen medför detta att någon form av statistik kommer att användas, och att varje klinik får betala en premie i förhållande till hur många patienter de i genomsnitt har på akuten. Premien skulle kunna utgöras av en grundavgift och en kundavgift utöver detta. Detta skulle i sådana fall finansiera akutmottaget.¹⁸⁸

¹⁸⁴ Intervju med Karin Bäckström, 2003-12-05

¹⁸⁵ Ibid.

¹⁸⁶ Ibid.

¹⁸⁷ Intervju med Peter Mangell, 2003-11-21

¹⁸⁸ Ibid.

4.6.2 Lund

Även på akutsjukvården i Lund styrs ekonomin utav en ettårsbudget som omfattar ett vanligt kalenderår. Budgeten gäller som ett kontrakt mellan sjukhusledning och respektive verksamhetsområde. Kan enighet om en budget inte nås gäller sjukhusledningens förslag. Vidare ansvarar respektive verksamhetschef för att bedriva verksamheten inom ramen för fastställd budget.¹⁸⁹

Uppgifterna i budgeten omfattar de kostnader och intäkter verksamheten har. Hela USiL använder sig av en kombinerad resultat- och balansbudget. Budgeten ligger fast under året, men avvikelser rapporteras i den löpande uppföljningen från de olika verksamhetsområdena.¹⁹⁰

Det görs löpande prognoser som i sin tur leder till olika handlingsplaner eller kommentarer samt diskussionsuppföljningar. Uppföljningar görs både på verksamhets- och divisionsnivå under alla månader utom juli och januari. Budgetresultatet rapporteras till Region Skåne varje månad. Summan av de budgeterade sjukhusexterna och sjukhusinterna kostnaderna utgör således verksamhetens kostnadstak. Ett befarat överskridande av kostnadstaket skall omedelbart åtgärdas. Om budgetresultatet går med vinst, får verksamheten inte ta med sig vinsten till nästkommande år. Går verksamheten med minus, behöver de i gengäld inte ta med sig förlusten till nästkommande år.¹⁹¹

På USiL använder de sig av kostnadsansvarsenheter. Varje verksamhetsområde har ett kostnadsansvar, vilket innebär att de styr mot ett maxtak både vad gäller interna och externa kostnader. Detta innebär att budget 2003 för varje verksamhet innehåller ett beslutat kostnadstak, som även omfattar de sjukhusinterna kostnaderna. Här nedan beskrivs några uppgifter som de måste kontrollera för kostnadstaket:

- **Sjukhusexterna kostnader** får ej överskridas. Om prognoser visar att de sjukhusexterna kostnaderna kommer att överskridas ansvarar verksamhetschefen för att åtgärder snarast planeras. En åtgärdsplan med tillhörande konsekvensbeskrivning ska ställas till divisionschefen. Åtgärdsplaner för att motverka överskridandet ska innebära besparingar på sjukhusexterna kostnader. Planer som syftar till att öka intäkter och/eller minska sjukhusinterna kostnader accepteras ej.
- **Sjukhusinterna kostnader** får ej överskridas. Om ett överskridande fruktas ansvarar verksamhetschefen för att en åtgärdsplan tas fram, innebärande besparingar av antingen sjukhusinterna eller sjukhusexterna kostnader.
- **Budgeterad produktion och intäkter** ska uppnås. Om prognostiserat utfall understiger de budgeterade nivåerna ska

¹⁸⁹ Intervju med Karin Fex och Pia Bagewitz, 2003-12-03

¹⁹⁰ Ibid.

¹⁹¹ Ibid.

förklaring inlämnas i samband med prognosinlämning. Om åtgärder kan vidtagas utan att kostnadstak överskrids ska så ske.

Avvikelse mot fastställt kostnadstak kommer därför kräva omedelbara åtgärder i syfte att reducera kostnaderna så att balans uppnås mot fastställt tak.¹⁹²

Som ett led i den stramhet och kostnadsrestriktivitet, som skall vara rådande, kommer varje verksamhet att erhålla såväl ett kostnads- som intäktstak. Detta innebär att fokus har förskjutits från att försöka uppnå ett resultat som är i balans, till att bedriva en given produktion inom ramen för beslutat kostnadstak. Det kommer således inte vara möjligt eller acceptabelt att via produktionsökningar åtgärda ett kostnadsproblem med hjälp av ökade intäkter i syfte att nå ett balanserat resultat.¹⁹³

Vid investeringar gäller speciella regler; inför år 2003 kom krav på investeringssänkande p.g.a. för stora önskemål angående olika investeringar. Detta ledde till ett investeringsstopp, föranlett av Region Skåne, eftersom regionens ekonomi var starkt försämrad. Inför år 2004 kommer sjukhuset därför få se över om äskandet fortfarande gäller. De investeringar som måste godkännas av regionen är de som kostar över ett basbelopp. Är beloppet under detta kan verksamhetschefen själv besluta om det. En investering över 4 miljoner är objektspecifik och ska finnas med i budgeten för gällande år. Detta gällde även när akutsjukvården var under ombyggnad, då de hade ett anslag för de investeringar som gjordes. Detta innebar att sjukhuset blev tilldelat en viss summa för investeringen.¹⁹⁴

När det gäller styrningen av verksamheten finns det på akutmottagningen en verksamhetsplan samt ett gemensamt balanserat styrkort för hela akutsjukvården. Det förekommer vissa skillnader i utformningen av det balanserade styrkortet mellan de olika avdelningarna men när omarbetningar och förslag till styrkortet ska göras får all personal vara med och utarbeta detta. Den ansvarige avdelningsläkaren för akutmottagningen menar att det viktigaste vid konstruktionen av det balanserade styrkortet är att alla har samma uppfattning om vilka som är de viktigaste punkterna istället för att fästa sig vid vem som har kommit på dem. De nyckeltal som anses vara viktiga är sådana som handlar om personal, anställda och bemanning. Andra nyckeltal är tider, t.ex. patenttid, hur lång tid det tar att vänta på röntgen och hur lång tid det tar att få patienten till en avdelning. Ytterligare nyckeltal som är av stor vikt är de som har med avvikelser att göra. Härvid handlar det om patientärenden och patientklagomål och även hur många patienter som tas hand om per dag, månad och år. Vidare anser avdelningsläkaren att ett balanserat styrkort ska sträcka sig långt ner i organisationen vilket kan vara en svår och tidskrävande process, men att man i gengäld får mycket tillbaka när det väl är genomfört. Det är också angeläget att alla medarbetare känner till visionen och målen.¹⁹⁵

¹⁹² Intervju med Karin Fex och Pia Bagewitz, 2003-12-03

¹⁹³ Ibid.

¹⁹⁴ Ibid.

¹⁹⁵ Intervju med Matz Widerström, 2003-11-25

Den ansvarige avdelningsläkaren för akutmottagningen påpekar vidare att han är medveten om ekonomistyrningens roll men att denna kan vara problematisk. Detta beror bl.a. på att det är svårt att översätta de ekonomiska aspekterna till vårdkvalitet och vad den får lov att kosta.¹⁹⁶

Sjukhuset använder sig även av ett mätsystem som heter DRG (diagnosrelaterade grupper). I det systemet finns 800 diagnoser och ett antal bidiagnoser, t.ex. hur mycket en lunginflammation kostar. Olika saker som röntgen, antibiotika etc. inräknas i dessa uppgifter. En standardlunginflammation kostar runt 7000-8000 kronor medan en mer avancerad kostar ca 38000 kronor, vilket leder till att respektive klinik får någon form av prestationspoäng när de vårdat en sådan patient. På en akutmottagning finns det inga DRG poäng p.g.a. att akutmottagningen, till skillnad från verksamheterna, utför många ”små” saker som är svåra att sätta poäng på. Medan det inom de andra verksamheterna handlar om större saker som komplicerade operationer etc. utförs det på akutmottagningen många mindre saker på en kort tid som kostar mycket. Röntgen görs t.ex. snabbt och personalen som är engagerad härvid är kanske fem gånger så många som normalt.¹⁹⁷

Akutmottagningen har räknat ut att det kostar ca 2100 kronor för varje patient på akutmottagningen. Det innebär att vissa patienter inte kostar någonting medan andra direkt går upp i 10000 kronors klassen. Det finns inget bra mätsystem för akutsjukvårdens vård, utan de måste granska kostnaderna från fjolåret och på så sätt få budgeten tilldelad sig. Visionen är dock att de i framtiden ska kunna mäta vad en normalpatient kostar under de första timmarna på akutmottagningen.¹⁹⁸

Ett mätsystem som däremot används är PIA (patienten i arbete), vilket motsvarar produkter i arbete. KPP är ytterligare ett uppföljningssystem som tar med alla kostnader en patient förorsakar under sin vårdtid. Detta innebär att kostnader dokumenteras såsom röntgen, laboratorium och övriga undersökningar. USiL har behållit detta system trots att fast ersättning har fått en mer dominerade ställning.¹⁹⁹

4.7 Konklusion

Grundidén bakom Skånsk livskraft – vård och hälsa är att kunna möta de krav och utmaningar som vården idag står inför. Projektet har nämligen som syfte att förändra den skånska hälso- och sjukvården så att patientens väg genom vården underlättas. Utgångspunkten för arbetet blir fyra så kallade vårdlogiker som ska utgöra den nya grundstrukturen för Region Skåne.

De förändringar som redan har genomförts på akutkliniken i Malmö har till syfte att maximera patientens säkerhet genom att skapa engagemang från omgivande kliniker. Därför anställs inga läkare längre av akutkliniken, utan varje ordinär

¹⁹⁶ Intervju med Matz Widerström, 2003-11-25

¹⁹⁷ ibid.

¹⁹⁸ Ibid.

¹⁹⁹ Intervju med Karin Fex och Pia Bagewitz, 2003-12-03

klirik måste garantera plats och personal för den akuta patienten. Beträffande läkarnas tillhörighet inom akutsjukvården på USiL har den, till skillnad från akutkliniken i Malmö, egna anställda läkare. Sjukhuset har också en utbyggd akutmottagning med egna vårdplatser och tanken är att ett så kallat akutläkarkoncept ska utvecklas.

Frågor som rör ledarskap och ledningsfilosofi handlar, mer eller mindre, på båda sjukhusen om att få medarbetarna att engagera sig i verksamhetens olika aktiviteter och sysslor. På akutkliniken i Malmö strävar man efter att motivera medarbetarna och tillvarata deras uppfinningsförmåga genom att låta dem vara med och konstruera instruktioner för det dagliga arbetet. Akutverksamheten i Lund har valt att använda sig av ett balanserat styrkort som också leder till engagemang hos personalen samt diskussion på olika nivåer i verksamheten. På akutmottagningen i Lund tillämpas det dessutom ett dubbelt ledarskap som innebär att en avdelningssjuksköterska tar hand om personal och administration, medan coaching av läkare sköts av den ansvarige avdelningschefen.

När det gäller den ekonomiska styrningen av akutsjukvården, styrs både akutkliniken i Malmö och akutsjukvården i Lund med hjälp av en ettårsbudget. Uppgifterna i budgeten omfattar alla kostnader och intäkter som akutkliniken/akutsjukvården är belastad med. Verksamhetscheferna ges möjlighet att bedriva sin verksamhet inom ramen för den fastställda budgeten. Det som blir nytt under 2004 är att UMAS kommer att verkställa ett patientkostnadssystem (PKS) för att bättre kunna koppla alla kostnader till respektive patient. Det finns även ett förslag till förändring vad gäller akutkliniken's allokering av kostnader och intäkter. Förslaget innebär att varje avdelning som brukar akutkliniken ska betala någon form av abonnemang för nyttjandet av personal, lokaler, service och material.

Ovan har vi gjort ett kort sammandrag av USiL och UMAS. Båda sjukhusen har omstrukturerat sina akutverksamheter i syfte att garantera ett maximalt omhändertagande av den akuta patienten. För UMAS akutverksamhet utgör detta en strategi som även ska finnas i åtanke vid styrningen mot Skånsk Livskraft. Även akutsjukvården i Lund har ett liknande förhållningssätt som enligt visionen innebär att USiL ska sträva efter att förse patienter med "Sveriges bästa akutsjukvård".

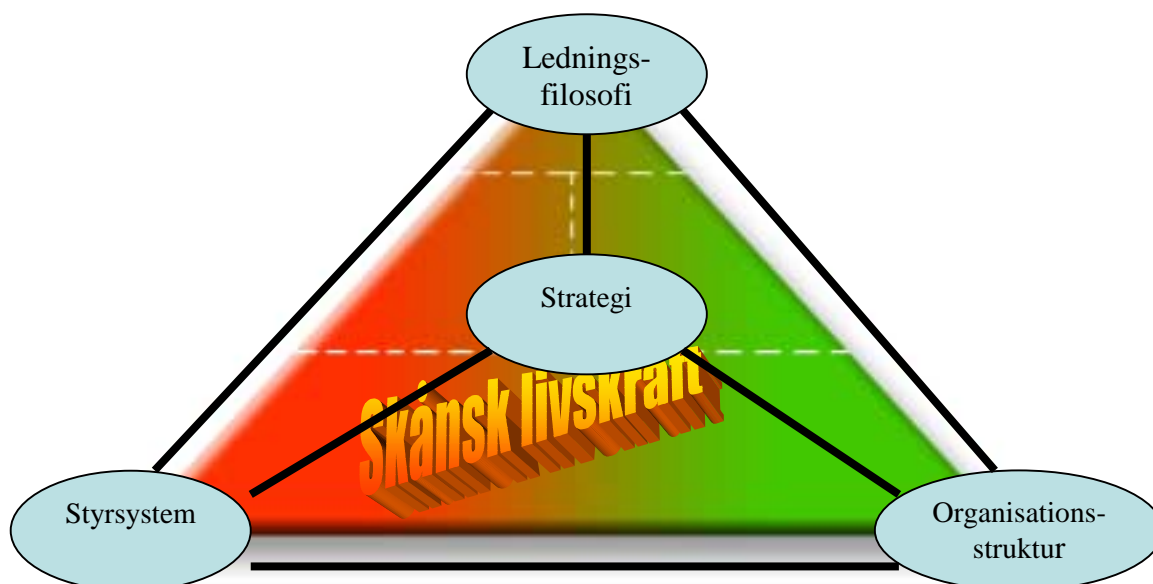
5 Analys

I detta avsnitt kommer teorin att knytas an till empirin, både vad gäller akutverksamheterna och Skånsk livskraft. Vi kommer att belysa positiva iakttagelser, svårigheter samt för- och nackdelar beträffande rådande situation på akutverksamheterna i Malmö och Lund, vilket sedan ställs i förhållande till Skånsk livskraft.

5.1 Ett sammanhängande system

När förutsättningarna för en organisation förändras på det sätt som de har gjort för vården, verkar det vara viktigt att alla delar i en organisation anpassas och hänger samman så att en förändring, i det här fallet Skånsk livskraft, ska vara möjlig att verkställa utifrån rådande förutsättningar.

Enligt Karlöfs tolkning är strategin ett medel för att nå målen medan den enligt Roos et. al. är ett verktyg som bl.a. ska underlätta vid förändringar. Därmed skulle ett införande av Skånsk livskraft kunna vara den strategi som vården, och framförallt akutsjukvården, behöver arbeta utifrån. I sådana fall är det viktigt att den rådande ledningsfilosofin på sjukhusen stödjer denna strategi och att strukturen är utformad så att strategin kan genomföras. Dessutom är det även väsentligt att styrsystemet passar in på gällande strategi, för att implementeringen av denna ska fungera på ett önskvärt sätt. Denna ideala situation i styrningen i förhållande till Skånsk livskraft skildrar vi i figuren nedan.



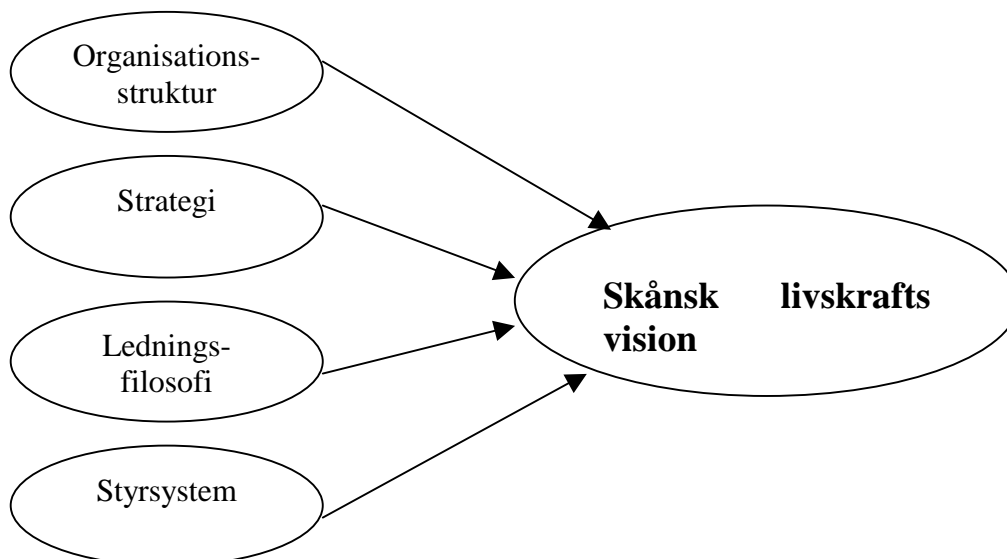
Figur 5:1 Vårdstruktur i Region Skåne vs det ideala sambandet i styrningen

Det finns samtidigt begränsningar för att de olika delarna i modellen ska kunna stödja strategin. För vården skulle dessa otillräckliga förutsättningar kunna utgöras av t.ex. knappa resurser samt för höga förväntningar på verksamheterna. Det finns dock möjligheter som skulle kunna utnyttjas med hjälp av att strategin

genomfördes. Ett exempel här är att Skånsk livskraft strävar efter att vara en attraktiv arbetsplats. Kan detta genomföras medför det att sjukvården får en mer motiverad personal, vilket ofta återspeglas i hur arbetsuppgifterna utförs. Härefter ligger därmed en möjlighet för sjukvården. Skånsk livskraft skulle därmed kunna ses som en strategi som präglas av både möjligheter och begränsningar. Det är dock viktigt att de möjligheter och begränsningar som finns vid ett genomförande verkligen klargörs, så att ett möjligt genomförande kan gå så enkelt som möjligt.

5.2 Modellens beståndsdelar och dess förhållande till Skånsk livskraft

Vi kommer att analysera de olika akutverksamheterna utifrån beståndsdelarna i modellen samt deras anpassningsmöjligheter till Skånsk livskraft. Analysarbetet kommer att genomföras utifrån modellen som presenteras nedan.



Figur 5:2 Akutverksamheternas styrning mot Skånsk livskraft

5.2.1 Analys av strategin

Som vi tidigare nämnt har Malmös akutkliniken en strategi avseendes läkarnas tillhörighet. Denna strategi innebär att läkarna tillhör sjukhusets övriga kliniker och ej är anställda av akutkliniken. Frågan är dock om denna strategi fungerar som en möjlighet eller begränsning vid ett genomförande av Skånsk livskraft? En möjlig begränsning är att projektet med Skånsk livskraft antagligen kommer att innebära ett ökat patientantal för akutkliniken, eftersom det inom Skånsk livskraft endast är tänkt att finnas fyra sjukhus som har hand om specialiserad akutsjukvård. På så vis måste omhändertagandet och genomflödet på akutkliniken fungera, för att inte omkostnaderna ska öka. Om detta ej är möjligt, måste antagligen både antal läkare och tjänstgöringstid på akutkliniken behöva

öka. Problemet är då att det kan bli svårt för övriga kliniker att tillhandahålla de resurser som behövs, utan att varje kliniks respektive verksamhet drabbas.

Vi förmodar även att det kommer bli dyrare att bemanna akutkliniken med specialister, vars specifika kompetens kanske inte behövs. Därmed skulle istället akutsjukvården i Lund kunna vara på rätt väg med införandet av ett s.k. akutläkarkoncept. Tanken är att de läkare som ska arbeta på akutmottagningen också ska anställas på den, samt tidigare ha genomgått en utbildning inom flera olika specialiteter. Detta skulle i så fall innebära att akutläkarna skulle kunna åtgärda och omhänderta de vanligaste akuta åkommorna.

Akutläkarnas bredare kompetens kan, enligt oss, vara en fördel för sjukhusets och därmed för Region Skånes ekonomi eftersom den skulle kunna innebära en ökad effektivisering och minskade genomloppstider. Denna inriktning skulle dessutom kunna garantera ett omhändertagande av det ökade patientunderlag som genomförandet av Skånsk livskraft ger upphov till. Att läkarna på akutjouren ska kunna rycka in på ett bredare fält medför även en avlastning för andra vårdavdelningar. Detta arbetssätt innebär dessutom en separation från övriga kliniker, vilket vi antar är tanken med Skånsk livskraft. Vidare innebär det att de problem, rörande resursfördelning mellan olika verksamhetsområden på sjukhusen, försvinner.

Samtidigt, tror vi, Skånsk livskraft kommer att innebära höga krav på resurser och kompetenser inom den specialiserade akutsjukvården, eftersom patientunderlaget och kravet på den specialiserade akutsjukvårdens tillgänglighet ökar. Detta skulle kunna tala för Malmös strategi, eftersom dessa genom att samarbeta med övriga kliniker på sjukhuset kan få en bra och mångsidig kompetens från läkarna, samt bättre förståelse för patienten. Emellertid krävs det inte bara kompetens av detta slag utan även en bredare kompetens hos läkarna för att patienterna fortare ska kunna få den vård som krävs. Även diagnostiserandet kan gå snabbare när patienten inte behöver skickas mellan olika läkare med olika specialiteter. På så vis skulle det tilltänkta akutläkarkonceptet som ska finnas i Lund vara att föredra. De problem som dock kan kvarstå med akutläkarkonceptet kan vara av sådant slag som täckning av jourer under populära årstider som sommaren samt under julen. Inte desto mindre betraktar vi detta som ett mindre problem i jämförelse med de problem som skulle kunna uppstå genom att inte använda sig av konceptet. Därmed verkar Lunds akutverksamhets strategi stämma bättre in på tanken med Skånsk livskraft.

Ytterligare en aspekt som talar för Lunds strategi, rör fördelningen av resurser, vilken blir enklare att genomföra på akutsjukvården i Lund med tanke på att denna akutverksamhet redan nu verkar identifiera sig mer med akutsjukvårdslogiken, än med hela sjukhuset. Arbetsuppgifterna som utförs på denna akutverksamhet görs nämligen separat och självständigt från övriga kliniker och avdelningar. I vissa avseenden kan detta förhållningssätt därför även jämföras med ett löpande band då arbetet kan ge rutin. Vi ser dock även nackdelar med att akutsjukvården är skild från de övriga verksamheterna eftersom viss djupare kompetens kan försvinna. Risken med detta separerade system är att varje klinik tänker på sig, vilket kan leda till att en flaskhals uppstår för patienter på akutkliniken. Detta kan ske genom att de övriga klinikerna inte får samma kontakt

med akutpatienterna och därför inte ordnar sängplats till dem tillräckligt fort. En flaskhals kan i sådana fall leda till ett ineffektivt system där antalet behandlade patienter inte ökar. I slutändan blir det dock troligen Lunds system som kommer att ge en högre lönsamhet, eftersom specialistläkare i sådana fall endast utnyttjas när de verkligen behövs. På så vis anser vi att ett större antal patienter kan komma igenom akutverksamheten i Lund på kortare tid.

Den stora skillnaden mellan de båda akutverksamheternas strategier anser vi verkar vara att de syftar till olika tillhörighet. Vid en strategi som Malmös får tillhörigheten till sjukhuset stor betydelse, medan Lunds strategi snarare pekar på en tillhörighet till akutsjukvårdslogiken. Möjligt är att båda strategierna skulle kunna passa in på Skånsk livskraft och att frågan om vilken strategi som ska användas snarare kommer att bestämmas av den grad av frihet varje verksamhet får vid ett införande av Skånsk livskraft. Troligt är dock att de olika sjukhusen själva får lösa detaljerna vid ett verkställande, bara de kan ta emot det patientunderlag som tilldelas dem. Det är dock viktigt att sjukhusens och regionens strategier och målsättningar inte motverkar varandra så att ledarna på alla nivåer i regionen d.v.s. politiska, administrativa och verksamhetsansvariga kan samarbeta i många avseenden.

5.2.2 Analys av ledningsfilosofin

Ledningsfilosofin för Malmös och Lunds akutverksamheter verkar kännetecknas av en form av programstyrning, dels från regionens sida, dels från sjukhusens sida. Både regionen och sjukhuset använder sig nämligen av indirekta metoder för uppföljning (genom t.ex. budget, avvikelseuppföljning o.s.v.) samtidigt som anvisningarna för verksamheterna verkar vara av mer generell karaktär, med tanke på att förändringar och idéer från verksamhetscheferna på akutverksamheterna har kunnat genomföras.

Vid ett införande av Skånsk livskraft skulle, enligt oss, programstyrning vara fortsatt tillämpbar eftersom de andra formerna för styrning, d.v.s. mål- och direktstyrning, inte räcker till. Genom att använda sig av målstyrning skulle t.ex. målet och visionen för projektet framgå, vilket är viktigt för motivationen av de anställda. Samtidigt skulle projektet vara svårt att implementera utan några som helst anvisningar och instruktioner. Hade det dessutom endast varit verksamhetscheferna som skulle få fortbildning och information om Skånsk livskraft skulle detta medföra bristande informationsluckor nere i organisationen. En form av direktstyrning skulle kunna garantera en lyckad implementering i inledningsskedet, eftersom medarbetarna då skulle få detaljerade anvisningar om hur deras arbete skulle gå till. Dock skulle inte målet och visionen för projektet fokuseras, vilket skulle medföra att det blev svårt att skaffa sig en uppfattning om vad det hela gick ut på, varmed även engagemanget kan bli lidande. En mellanvariant, i form av programstyrning, där målet och visionen påvisas samtidigt som vissa anvisningar ges, skulle därmed kunna tänkas vara önskvärd vid implementeringen av Skånsk livskraft.

Att Region Skåne informerar ledarna i vården om Skånsk livskraft verkar vara bra med avseende på att dessa i sin tur ska motivera sina medarbetare och sprida meningen med projektet till alla nivåer i organisationen. Detta kräver dock att alla

ledare får informationen och att dessa i sin tur tror på projektet, annars kan motivationen av övriga medarbetare bli svår att uppnå. Vidare krävs också ständig dialog mellan alla ledare i regionen så att oklarheter mellan mål och medel, reds ut. Dessa oklarheter uppstår till följd av att det råder oeniga uppfattningar mellan politiker, sjukhusledningen och läkare, vilket för övrigt kännetecknar den offentliga sektorn.

Motivation av ledare och medarbetare anser vi vara oerhört viktig, eftersom flera förändringar och projekt tidigare har genomförts. Detta kan ha medfört att personalen har blivit trött på att hela tiden behöva anpassa sig och ställas inför nya omständigheter. Det kan då även bli viktigt att visa på hur det hela skulle kunna genomföras och vilka fördelar det skulle kunna ge för verksamheten och därmed medarbetarna. Genom att skapa en förståelse för projektet och hur det ska uppnås skulle det därmed bli lättare att kunna motivera de anställda i organisationen. Därför anser vi det är att föredra att även utbilda och delegera ansvar för att finna lämpliga lösningar för Skånsk livskrafts verkställande. Risken kan annars vara att även detta projekt inte får framgång, vilket i sådana fall skulle bero på bristande kunskap och engagemang angående projektet runtom i organisationen. Den enda information medarbetarna har fått är nämligen ett specialuptryckt formulär och hänvisningar till Region Skånes hemsida.

På akutkliniken i Malmö verkar det vara viktigt med just motivation och förståelse för arbetsuppgifterna hos de anställda, vilket bl.a. kommer till uttryck genom att personalen själva skriver sina instruktioner för att kunna förstå dem. Ledarskapet verkar därmed vara inriktat mot ett förståelsebaserat ledarskap. Detta verkar till viss del även vara fallet vad gäller Lunds akutverksamhet, eftersom här har lagts mycket tid på ledarskaps- och utvecklingsarbete vilket bl.a. har resulterat i att ett balanserat styrkort tagits fram. Detta balanserade styrkort kan nämligen visa på de mål som ska uppnås och dess implementering och utformning har varit viktig på alla nivåer i organisationen. Det faktum att akutmottagningen använder sig av ett dubbelt ledarskap, förstärker dessutom ledningens engagemang vad avser personalfrågorna. Det är därmed ett positivt tecken att USiL har uppmärksammat behovet av det dubbla ledarskapet, där de anställda leds av den profession som representerar deras yrkeskategori. På så sätt kan de anställda och deras ledare utgöra en gemensam enhet och kommunicera med varandra på ett smidigt sätt. Detta förhållningssätt hänger samman med det förståelsebaserade ledarskapet som förutsätter att de anställda guidas, stöds samt tillåts att utvecklas kreativt i sitt arbete. Denna aspekt ses som betydelsefull i ledarskapet både vad gäller akutverksamheten i Lund och i Malmö.

Ett förståelsebaserat ledarskap skulle utifrån den förda diskussionen kunna vara bra för ett genomförande av Skånsk livskraft, eftersom förståelse för projektet då kan bildas och motivation på det sättet kan skapas. Samtidigt är det dock viktigt att Skånsk livskraft i sådana fall ej är för detaljstyrt utan ger möjlighet till egna initiativ hos personalen. Ger projektet ej utrymme för detta kan det förståelsebaserade ledarskapet annars undergrävas vid ett verkställande av Skånsk livskraft.

5.2.3 Analys av organisationsstrukturen

Med tanke på att Skånsk livskraft kommer att medföra att fördelningar mellan sjukhusen och vårdlogikerna tillkommer tror vi det är särskilt viktigt att även organisationsstrukturen på dessa sjukhus beaktas. Den organisatoriska strukturen ska nämligen visa den verkliga ansvars- och arbetsfördelningen som råder på respektive sjukhus samt i hela regionen. Som strukturerna på Malmös och Lunds sjukhus ser ut idag är båda formellt uppbyggda som divisionsorganisationer, trots att organisationsscheman ser olika ut för de båda sjukhusen. I Malmö ingår akutkliniken i ett område med berörda kliniker medan Lunds akutsjukvård är en utomstående enhet inom divisionen. Även i detta fall måste vi nämna att det troligen kommer att vara lättare att genomföra akutlogiken i Lund eftersom de redan har separerat sig från det övriga sjukhuset vilket delvis är tanken med akutlogiken.

Vidare bör det även noteras att Lunds organisationsuppbyggnad är något mer komplicerad än Malmös eftersom staben med ekonomer, personalhandläggare, kvalitetssamordnare, IT-samordnare etc. finns både på verksamhets- och ledningsnivå. I Malmö har man endast ekonomer på de båda nivåerna medan de resterande funktionerna finns på ledningsnivån. Frågan är om den utbyggda staben i Lund kompenserar de utökade kostnaderna med högre kvalitet. Vi antar att Lunds uppsättning är mer kostsam än Malmös, men vi kan inte säga att kvaliteten är bättre. Anledningen till detta är att vi tror att Malmös organisationsuppbyggnad, med de rätta systemen och verktygen för upplägget av arbetet, är fullt tillräcklig för ett verkställande av Skånsk livskraft. Å andra sidan kan den utbyggda organisationen på USiL kanske ha i åtanke att bättre kunna stödja den separerade akutverksamheten.

Vid ett införande av Skånsk livskraft tror vi att sjukvården i Skåne kommer att ses som en hel organisation där mindre fokus kommer att ligga på strukturer som enbart bygger på sjukhusområden. Att hålla kvar vid en divisionsstruktur vid ett genomförande av Skånsk livskraft skulle då ha den fördelen att varje division kunde ses som ett komplementföretag. Detta kan leda till att arbetet sker mer effektivt, eftersom varje division då försöker driva sitt "företag" så bra som möjligt. Nackdelen här är dock att organisationen kan bli så stor att det skulle bli svårt att hålla det hela samman, samt att suboptimeringsproblem skulle kunna uppkomma. Det kan nämligen vara svårt att arbeta för hela organisationens bästa om denna är svåröverskådlig.

Genom att istället använda sig av en matrisorganisation anser vi att dessa problem skulle bli lättare att hantera, eftersom olika områden då möts och skapar gemensamma problemlösningar istället för att endast arbeta för det enskildas bästa. Dessutom kommer det med stor sannolikhet att krävas gemensamma problemlösningar och koordination, eftersom det endast kommer att finnas fyra sjukhus som ska erbjuda specialiserad akutsjukvård. En matrisorganisation skulle dessutom underlätta för de olika dimensioner som antagligen kommer att existera vad gäller områdenas tillhörighet. Hur den tilltänkta matrisorganisationen för USiL och UMAS i förhållande till Region Skåne skulle kunna se ut presenteras i följande modell.

| | UMAS | USiL | X | Y |
|-------------------------|-------------|-------------|----------|----------|
| Akutsjukvårdslogik | | | | |
| Högspecialiserad logik | | | | |
| Närsjukvårdslogik | | | | |
| Specialiserad vårdlogik | | | | |

Tabell 5:1 Matrisorganisation för Region Skåne vid verkställandet av Skånsk livskraft

För akutsjukvården kommer detta att innebära att de dels har tillhörighet till respektive sjukhus, dels till akutsjukvårdslogiken. Detta skulle i så fall betyda att det både kommer att finnas en dimension som är uppbyggd efter en funktionsstruktur, d.v.s. akutlogiken där man utför likartad specialiserad akutsjukvård, och en dimension som är uppbyggd efter divisionsstrukturen, d.v.s. sjukhusen. Genom att kombinera olika dimensioner, som sjukhusen och vårdlogikerna, kan respektive sjukhus erfarenheter och kunskaper tillvaratas samtidigt som olikheter och specialiteter mellan dem bevaras och vidareutvecklas. För att denna ansvars- och arbetsfördelning ska fungera effektivt och smidigt krävs att det råder en rättvis fördelning av ansvar och resurser mellan de olika sjukhus och vårdlogikerna.

Medan Malmös akutverksamhet är uppbyggd på ett sådant sätt att samarbete med övriga kliniker på sjukhuset är nödvändigt, så verkar Lunds akutverksamhet vara mer självständig. Detta skulle i så fall kunna innebära att Malmös akutverksamhet antagligen skulle se sig som tillhörande sjukhuset, medan Lunds akutverksamhet kanske i högre grad skulle se sig som en del av akutsjukvårdslogiken. Detta skulle därmed även överensstämma med det faktum att de båda verksamheterna använder sig av olika ansvarsenheter. Att använda sig av kostnadsenheter som de gör i Lund är vanligt i funktionsorganisationer medan att använda sig av resultatenheter är vanligare i divisionsorganisationer. Frågan är dock om inte ett införande av resultatenheter i Lunds akutverksamhet vore bättre, eftersom det annars finns en risk att för mycket fokus läggs på att hålla nere kostnader, ej på att hitta nya optimala lösningar. Dessutom verkar det vara lättare att skapa meningsfullhet för de anställda om inte alltför mycket tyngd läggs på kostnader utan snarare på resultat. Detta kan även leda till ett bristande intresse från personalen som kan känna sig pressade av att hålla kostnaderna nere, istället för att komma på olika lösningar för att effektivisera sitt arbete. Kreativa lösningar kan i sin tur leda till ökat resultat och lägre kostnader.

5.2.4 Analys av styrsystemet

För att kunna genomföra Skånsk livskraft måste även styrsystemen anpassas, annars kan det bli svårt att implementera den tilltänkta strategin. Både Lunds och Malmös akutverksamheter använder sig av budget, vilket antagligen även kommer att användas vid ett införande av Skånsk livskraft. Budgeten har nämligen traditionellt använts inom vården och är även ett relevant sätt för fördelning av resurser. Själva fördelningsfrågan kommer dock troligen att behöva granskas i detalj, eftersom patientunderlaget kommer att ändras för verksamheterna. Dagens fördelning av resurser är inte rättvis när det gäller patientunderlaget och det är

antagligen till stor del här förändringarna måste ske. I de områden där den demografiska sammansättningen blir som störst kommer nämligen efterfrågan på sjukvård bli större och därmed även sjukhusens behov av resurser. Vidare är då frågan om det kommer att gå att göra som nu, d.v.s. lägga en fast budget, eller om det kanske vore bättre att revidera den efterhand med hjälp av de prognoser och avvikelserapporter som görs. Redan nu använder sig akutverksamheten i Malmö av godkända utökningar och därifrån borde inte steget vara så långt till att använda sig av en löpande budget med tanke på att skillnaderna vad gäller patientunderlaget, inom framförallt akutsjukvårdslogiken, kan komma att variera stort mellan de olika sjukhusen.

Troligen kommer det att behövas ytterligare justeringar av budgeten, med avseende på vad de olika sjukhusen kommer att inneha för specialitet. I framtiden kommer antagligen de sjukhus som bedriver specialiserad akutsjukvård vara i behov av en större summa pengar med tanke på att detta är en jourverksamhet med ett oberäkneligt patientunderlag. När det däremot går att planera och förutse antalet patienter, som i den primära vården, leder detta till att kostnaderna även går att styra i viss mån.

Vidare anser vi även att de patientkostnadssystem (PKS och KPP) som finns i Malmö och Lund skulle kunna användas vid ett genomförande av Skånsk livskraft eftersom det då kan bli lättare att se var kostnaderna inträffar, samt hur internprissättning och resursfördelning borde utföras. Genom att se var kostnaderna inträffar är det nämligen lättare att bygga upp en internprissättning för tjänster sjukhus emellan. Vi anser dock att det skulle vara att föredra om de olika sjukhusen i Skåne använde sig av liknande system med anledning av det vid ett verkställande av Skånsk livskraft troligen krävs samarbete mellan de olika sjukhusen och då även prisjämförelse. Det vore även lättare att fördela ut resurser om det syntes var någonstans kostnaderna genererades. En möjlighet här vore att använda sig av ABC-kalkylering för att få en ännu tydligare bild av var kostnaderna uppstår. Vid ett användande av ABC ges nämligen en tydligare bild av var de direkta och indirekta kostnaderna genereras samt vad det är som är kostnadsdrivande.

Trots att organisationsstrukturen i Lund består av kostnadsansvarsenheter är de intresserade av resultatet och hur pass lönsam verksamheten är, med tanke på att de genomför en balansräkning samt resultaträkning vid årets slut. Den stora skillnaden för deras resultaträkning är att störst fokus läggs på kostnaderna eftersom de ställer upp dem först och intäkterna därefter. Något som vi kan se som negativt är dock att om de går med vinst eller förlust får de inte ta med sig detta till nästkommande år. Det kan då tyckas onödigt att de lägger ner arbete på att genomföra dessa beräkningar som ändå inte har någon större betydelse. Hade istället resultatet för det gångna året fått tas med till året därpå skulle detta kunna medföra en ökad strävan efter att lyckas gå med vinst. Å andra sidan hade fixeringen kring resultatet kunnat slå ut kvaliteten på vården.

Vi anser det dock vara viktigt att inte heller alltför stort fokus läggs på kostnaderna, eftersom även detta kan innebära att kvalitén och förbättringar av vården hamnar i skymundan. Att detta kommer i skymundan skulle i så fall inte stämma överens med Skånsk livskraft som har som ett av sina mål att förbättra

vården. Vidare anser vi att om medarbetarna mer kreativt får vara delaktiga i utformningen av lösningar för att förbättra resultatet kan detta även leda till minskade kostnader och förbättrad vård. Därför är det viktigt att personalen på akutverksamheterna arbetar i en miljö som uppmuntrar till nya idéer och ger möjlighet till nya investeringar i dessa idéer. En sådan miljö skulle nämligen kunna motivera personalen och ta tillvara på deras kompetens. Frågan är då om inte investeringsmöjligheterna skulle vara något friare. Som det ser ut nu måste all investeringsplanering som överstiger ett basbelopp ske ca ett år innan den verkställs.

För att kunna implementera idén och tankarna bakom Skånsk livskraft skulle även ett styrmedel i form av ett balanserat styrkort vara användbart. Genom detta skulle målen med projektet kunna spridas i organisationen, samtidigt som delaktighetskänslan i projektet skulle öka hos de anställda eftersom de då ser hur projektet kan påverka dem. Detta kan vara särskilt bra då det är en så pass stor förändring som ska genomföras och många därmed kan känna sig osäkra på om projektet verkligen kommer att kunna implementeras. Genom att använda sig av ett balanserat styrkort kan medarbetarna själva vara med och planera vilka nyckeltal som är väsentliga och som bör uppfyllas för att få en optimal verksamhet. Risken med ett balanserat styrkort är dock att det lätt blir en obalans med de olika delarna, eftersom ledningen till stor del tittar på det ekonomiska perspektivet medan medarbetarna mer ser till de övriga perspektiven.

I Lund finns det redan ett utarbetat balanserat styrkort för akutsjukvården, vilket vi tycker är bra eftersom personalen då är van att jobba efter detta system. Dessutom skulle det i framtiden innebära mindre arbete att anpassa det nuvarande styrkortet till ett genomförande av Skånsk livskraft än att bygga upp ett helt nytt. I Malmö finns dock inget balanserat styrkort, även om viss användning av mjuka nyckeltal förekommer. Det skulle därmed ta längre tid och behövas mer engagemang för att bygga upp ett helt nytt balanserat styrkort för denna verksamhet. Dock skulle det nog underlätta för en implementering och även vara bra för verksamheten i framtiden. Ett balanserat styrkort kan dessutom medföra att det blir lättare att nå ner i verksamheten med vad organisationen vill åstadkomma och vad var och en kan göra för att detta ska gå i uppfyllelse. Dessutom kan det tidigare arbetet med mjuka nyckeltal underlätta, eftersom dessa kan visa på mål som bättre sjukvård för patienter och nöjda medarbetare. Något som trots allt inte får glömmas bort är att dessa nyckeltal inte påvisar någon lönsamhet i ekonomiska termer.

5.3 Konklusion

När en organisation ställs inför nya förutsättningar och kommande förändringar verkar det vara viktigt att satsa på att bygga upp motivation och en känsla av meningsfullhet hos personalen för att implementeringen av förändringen ska bli lyckad. Härvid krävs dock även att målen och vad som ska uppnås med förändringen kommuniceras ner i organisationen så att själva implementeringen inte bara utförs, utan även anpassas och förstås av dem som kommer att arbeta med den. För att kunna göra detta kan styrsystemet, genom att fungera som ett medel för implementeringen, spela en viktig roll. Likaså kan ett välutvecklat

ledarskap vara viktigt genom den motivation och den förståelse det kan skapa hos de anställda. För att allt ska fungera måste emellertid även gamla, inte längre anpassade strukturer brytas upp och kunna ersättas av nya tydliga strukturer. Sammantaget måste alltså hela styrningen kunna anpassas för att inte förändringen ska misslyckas på något område och motivationen hos de av förändringen berörda brista.

6 Resultat

I denna del av uppsatsen kommer att vi presentera uppsatsens resultat genom att beskriva hur ett verkställande av Skånsk livskraft skulle kunna bli möjligt samt genom att redogöra för de generella slutsatser som kan dras av undersökningen. Dessutom presenteras de erfarenheter som studien gett upphov till och förslag till vidare forskning.

6.1 Slutsatser

Ett verkställande av Skånsk livskraft och dess vårdlogiker skulle med all sannolikhet vara önskvärd. Frågan vi ställer oss är om det finns någon möjlighet att verkligen genomföra det. Vi anser att det till viss del finns en potential för ett genomförande, samtidigt som risken kan vara stor att även detta blir ett projekt utan framgång.

Ett införande av Skånsk livskraft kommer att innebära en annan syn på sjukvården, där fokus även kommer att ligga på vårdlogikerna. Vid en sådan situation skulle Lunds akutverksamhet utifrån nuvarande förutsättningar kunna ses som tillhörande akutsjukvårdslogiken, medan akutkliniken i Malmö skulle höra mer samman med UMAS. För att få en helhetsbild och kunna samarbeta i regionen, samt passa in i den verklighet som Skånsk livskraft kommer att skapa, anser vi en matrisorganisation vara att föredra. Genom att kombinera olika dimensioner, som sjukhus och vårdlogiker, kan respektive sjukhus erfarenheter och kunskaper tillvaratas, samtidigt som olikheter och specialiteter mellan dem bevaras och vidareutvecklas. Matrisorganisationen kan dessutom upptäcka och utveckla gemensamma problemlösningar, samt öka kommunikationen i regionen och mellan sjukhusen.

Den strategi som vi anser vore att föredra inom akutverksamheterna skulle kunna vara en kombination av akutläkarkonceptet och den strategi som råder på Malmös akutklinik, med avseende på kontakten med övriga kliniker. Att vi väljer denna kombination är dels för att hålla nere kostnaderna, dels för att undvika risken för flaskhalsar på akutkliniken samt för att flödet genom akutkliniken ska gå smidigare. Ser vi Skånsk livskrafts strategi som den löpandebandprincip de i något fall har jämfört projektet med, anar vi dock en oro. Detta med tanke på att det oftast är tid, patienterna är i behov av. Skulle det emellertid gå att utföra ett mer effektivt vårdkoncept med bra bibehållen kvalitet, kunde detta leda till minskade kostnader. Förutsättningen för att den ovan beskrivna utvecklingen ska få ett genomslag är att det också råder en effektiv och rättvis fördelning inom de övriga vårdlogikerna.

Den ledningsfilosofi som vi föreslår som lämplig vid implementeringen av Skånsk livskraft är programstyrning. Denna slags styrning inbegriper en viss kontroll över verksamheten, dock inte direktkontroll av dagliga rutiner och arbetsätt, utan en mer övergripande kontroll genom budgetuppföljning och redovisning. Dessutom anser vi att en sådan form av förståelsebaserat ledarskap som utövas i Malmö och även till viss del i Lund är bra för en implementering av projektet. Det är härvid

viktigt att ledarna vågar delegera ut ansvaret på medarbetarna för att optimala lösningar ska kunna uppnås. För att kunna verkställa projektet är det även betydelsefullt att informationen flödar genom hela organisationen. Det är inte enbart ledningsbefattningar som ska informeras, utan all personal, vilket i sin tur kan leda till att lösningar kan komma fram utifrån medarbetarnas erfarenheter. Dessutom bör personalen själv få vara med och agera, vilket även skulle kunna medföra att de blir mer engagerade i sitt arbete. Förutsättningen är dock att ledningen ger övergripande riktlinjer så att personalens handlingar styrs i rätt riktning. I vissa fall kan det vara att föredra att personalen själv får skriva sina instruktioner för att tydliggöra dem.

Ser vi sedan till styrsystemet anser vi att budget även i fortsättningen kan vara det mest lämpliga styrverktyget för de båda sjukhusen. Orsaken till detta är att den har använts så pass länge att alla känner sig trygga med den och att det trots allt är ett bra resursfördelningsverktyg. Vi skulle däremot vilja utveckla budgeten så att den revideras efterhand, baserat på prognoser och avvikelser. Detta med tanke på att framtiden kan vara relativt oviss eftersom intäkterna som respektive sjukhus får, tilldelas dem via patientunderlaget och hur pass avancerad vård sjukhuset erbjuder. Ytterligare en justering som vi skulle vilja genomföra är att komplettera budgeten med ett balanserat styrkort för att även få en koncentration på de mjuka nyckeltalen och då framförallt medarbetarperspektivet. Vid implementeringen av Skånsk livskraft skulle BSC vara det rätta styrverktyget eftersom målet med och strategin för projektet skulle kunna spridas i organisationen. Vidare skulle medarbetarna kunna vara med och planera vilka nyckeltal som är väsentliga för dem. I dagsläget använder sig akutverksamheten i Lund av BSC vilket därmed skulle innebära att mindre energi hade behövts läggas på att anpassa det nuvarande styrkortet än att införa ett helt nytt. För akutkliniken i Malmö skulle det däremot ta längre tid att bygga upp ett helt nytt.

Vad gäller internprissättningen anser vi att den borde vara utförd på liknande sätt för alla sjukhusen i Skåne, dels för att underlätta prisjämförelser mellan de olika sjukhusen, dels för att alla inom verksamheten ska kunna förstå den på ett övergripligt sätt. Därför anser vi att det vore lämpligt att använda ett ABC-system, för att tydligt kunna kartlägga alla kostnader och kostnadsdrivare. Fokuseringen på kostnaderna får dock inte bli alltför stor eftersom kvaliteten på vården då kan påverkas negativt. Detta gäller främst akutsjukvården i Lund då denna styr sina kostnader med ett kostnadstak och verkar vara mer kostnadsfokuserad.

Slutligen tror vi att Skånsk livskraft kan ha genomslagskraft. Viktigt är emellertid att beakta att det troligen blir kostsamt till en början med tanke på den nya teknik och utbildning som kommer att behövas. Därför bör anpassningarna ske successivt, istället för hastiga och kaotiska åtgärder under det tilltänkta budgetåret d.v.s. år 2005. Det är också viktigt att vara medveten om att resultatet av förändringen kommer att vara synligt först efter några år och därmed bör förväntningarna inte ställas för högt de första åren.

6.2 Generella slutsatser

När en organisation står inför sådana nya förutsättningar som akutverksamheter gör vid ett införande av Skånsk livskraft uppstår många frågor. Något som då kan vara extra viktigt att tänka på är att skapa motivation bland de anställda och en vilja att förändra gamla strukturer. Utan att ta med detta i beaktande är risken stor att ett införande av ett nytt projekt inte får den funktion som är tänkt. Av betydelse är även att det tas hänsyn till de möjligheter och begränsningar en organisation har. I akutsjukvårdens fall handlar det framförallt om resurser och hur dessa kan användas.

Vid själva verkställandet är det även viktigt att styrningens olika delar d.v.s. strategi, ledningsfilosofi, organisationsstruktur och styrsystem anpassas både till varandra och till rådande förutsättningar. Utformandet av de olika delarna måste på så vis samverka för att lämplig styrning ska kunna genomföras på bästa sätt. Viktigast är dock informationen till personalen så att denna får vetskap om projektet innan det är genomfört. Detta för att förståelsen för projektet ska öka samt för att vetskap om fördelarna respektive nackdelarna med projektet belyses.

6.3 Våra erfarenheter

Vårt första intryck av den offentliga sektorn var att den inte var så offentlig och tillgänglig när det gällde tillgång till information och uppgifter om verksamheten. Därför känns det som om vi har missat en del väsentlig information som hade varit relevant för uppsatsen, särskilt vad gäller analysavsnittet. Upplysningar om Skånsk livskraft, som Region Skåne hänvisade oss till, ansåg de nämligen fanns på internet. Detta ledde till att den information vi sökte i vissa fall blev bristfällig och då framförallt informationen beträffande den tilltänkta styrningen för Skånsk livskraft, vilken inte fanns på internet. Frågeställningar rörande sjukhusens styrning mot Skånsk livskraft har därmed bara besvarats och analyserats utifrån våra egna föreställningar eftersom uppgifter om detta inte tillhandahölls förrän uppsatsen var inlämnad. Därmed har det underlaget inte kunnat användas i uppsatsen.

Vår tanke med intervjuerna med verksamhetschefer och ekonomer var att få ytterligare information och ökad förståelse för akutlogiken samt för projektet Skånsk livskraft. Något som vi kan se som bristfälligt i vår uppsats är att vi inte har varit i kontakt med någon personal på de lägre nivåerna i organisationen vilket skulle ha kunnat ge oss ett annat perspektiv på uppsatsen.

Vidare har vi uppmärksammat att styrsystemet inom den offentliga sektorn är en aning traditionellt och i vissa fall inskränkt och föråldrat. Trots detta hyser vi ett visst hopp om förändring av styrsystemet. Detta grundar vi på att de flesta personer som vi kom i kontakt med var villiga att genomföra en förändring. Frågan är då varför de inte har gjort det tidigare. Kan det vara så att det finns för mycket toppstyrning inom vården? Detta skulle i sådana fall kanske vara anledningen till det sinande personalflödet till vårdrkena.

Hade vi påbörjat vårt arbete idag och haft med oss de erfarenheterna vi nu har erhållit, skulle en del saker ha gjorts annorlunda. Först och främst tror vi att själva genomförandet av uppsatsen skulle vara lättare då mycket av informationen om det tänkta genomförandet snart ska fastställas. Vidare skulle vi troligen ha koncentrerat oss på någon del av styrningen. Dock hade detta inte gett ett helhetsperspektiv till uppsatsen. Anledningen till att vi valde att behandla alla delarna d.v.s. strategi, ledningsfilosofi, organisation och styrsystem var att vi som grupp har olika inriktningar och därmed olikartade intressen. Risken med att göra på det sätt som vi valde, var att uppsatsen därmed blev något övergripande vilket kan ses som en bristfällighet. Utifrån de förutsättningar uppsatsen har haft är vi emellertid ändå nöjda med slutresultatet.

När det gäller vårt val av metod bedömer vi det som ett någorlunda korrekt val. Att vi använde oss av en kvalitativ metod gjorde att vi trots allt kunde nå fram till de resultat som vi gjorde. Det viktiga är inte att följa regelboken utan att finna egna vägar och gärna ta stöd ifrån det som tidigare gjorts. Verksamheten behöver inte stämma överens med teorin, det viktiga är att hitta något som stämmer med den typ av verksamhet som ska beskrivas.

6.4 Förslag till framtida studier

Arbetet med Skånsk livskraft har som sagt varit begränsat eftersom många uppgifter om projektet fortfarande var oklara när vi började skriva vår uppsats. De respondenter vi har kommit i kontakt med verkade inte vara helt informerade om projektets innebörd och de konsekvenser som genomförandet kommer att innebära. Därför har vår analys av arbetet i många avseenden inneburit en fri spekulering om den tilltänkta styrningen. Våra slutsatser kan därför skilja sig väsentligt från de som verkligheten, efter genomförandet, utvisar. Vi anser därför att en ytterligare analys av projektets betydelse för sjukhusens styrning, bör kunna göras mer ingående när fler uppgifter om Skånsk livskraft lämnas.

En annan aspekt som kan vara intressant att fördjupa sig i ytterligare är de nya grundstrukturer inom sjukvården, som Skånsk livskraft ger upphov till. Indelningen i vårdlogiker kan nämligen innebära att nya gränsdragningar inom regionen görs. Förr fanns det bara sjukhus som arbetade självständigt och oberoende från varandra, nu kommer det att finnas logiker som anger nya strukturer. Det vore därmed intressant att fördjupa sig i vilket betydelse en sådan indelning kan ha.

Vidare skulle även en undersökning om huruvida liknande projekt har genomförts på andra ställen i världen, vara givande. Om detta vore fallet skulle kanske Skånsk livskraft kunna jämföras med dessa projekt, varvid erfarenheter från projekten skulle kunna utnyttjas vid en implementering av Skånsk livskraft.

Att fördjupa sig i något av de båda sjukhusens styrsystem vore också intressant. Ett exempel skulle kunna vara att ett balanserat styrkort utarbetades för akutkliniken i Malmö, eftersom det fanns ett intresse för detta system på denna klinik. Ytterligare en möjlighet vore att ta fram ett lättare och mer överskådligt

internprissättningssystem för Lunds sjukhus, p.g.a. det nuvarande systemets komplicerade utformning.

7 Källförteckning

7.1 Publicerade källor

Alveus, Christer, (1984), *Att arbeta med budget*, Lund: Studentlitteratur.

Andersen, Ib (1998), *Den uppenbara verkligheten*, Lund: Studentlitteratur.

Andersson, Jan-Olof, Ekström, Cege, Enqvist, Göran, Jansson, rolf, (1998), *E2000 baskurs i företagsekonomi*, Malmö: Liber Ekonomi

Anthony, Robert & Govindarajan, Vijay, (2001), *Management Control System*, Boston: McGraw-Hill

Ax, Christian, Johansson, Kullvén, Christer, Häkan, (2002), *Den nya ekonomistyrningen*, Malmö: Liber Ekonomi

Axelsson, Lilian, (2000), *Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och ledning – en delikat balansakt*, Doktorsavhandling vid Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg

Bakka, Jörgen, F, Fivelsdal, Egil, Lindkvist, Lars, (2001), *Organisationsteori*, Malmö: Liber Ekonomi.

Bergstrand, Jan, (1997), *Ekonomistyrning*, Lund: Studentlitteratur.

Bergstrand, Jan, Olve, Nils-Göran, (1996), *Styr bättre med bättre budget*, Malmö: A&W ekonomiförlag

Brorström, Björn, (1999), *Förvaltningsekonomi*, Lund: Studentlitteratur.

Bruzelius, Lars, H & Skärvad, Per-Hugo, (1995), *Integrerad organisationslära*, Lund: Studentlitteratur

Denscombe, Martyn, (2000), *Forskningshandboken – ”för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna”*, Lund: Studentlitteratur.

Gerdin, Jonas, (1995), *Kalkyler som beslutsunderlag*, Lund: Studentlitteratur.

Grant, Robert, M, (2002), *Contemporary strategy analysis-concepts, techniques, applications*, Malden: Blackwell Publishers.

Hellström, Mikael, (2002), *Resultatenheter i kommunal teknisk verksamhetsstruktur, process och effekt*, Lund Business Press, Institute of economic research

Holme Idar, Magen & Solvang, Bernt, Krohn, (1991), *Forskningsmetodik om kvalitativa och kvantitativa metoder*, Lund: Studentlitteratur.

- Holme Idar, Magen & Solvang, Bernt, Krohn, (1997), *Forskningsmetodik om kvalitativa och kvantitativa metoder*, Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, C (1999), "Budgetering i omvandling – avveckling eller utveckling?" *Ekonomistyrning & Informatik*.
- Kaplan & Norton, (1996), "Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System", *Harvard Business Review*.
- Karlöf, Bengt, (1996), *Strategi i verkligheten - vägledning i praktiskt strategiarbete*, s12, Stockholm: Ekerlid i samarbete med veckans affärer.
- Karlöf, Bengt, *Strategins kärnfrågor - Affärsstrategier i praktiken*, (1987), Malmö: Liber Ekonomi.
- Lekvall, Per & Wahlibin, Clas, (1993), *Information för marknadsföringsbeslut*, Göteborg: IHM.
- Levin, Bert & Normann, Richard, (2001), *Vårdens chans*, Stockholm: Ekerlid.
- Lindvall, Jan, (2001), *Verksamhetsstyrning*, Lund: Studentlitteratur.
- May, Tim, (2001), *Samhällsvetenskaplig forskning*, Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, Ewa, Norén - Winsell, Eva & Djärrv Sigbritt, (1999), *Administration och arbetsledning i vård och omsorg*, Lund: Studentlitteratur.
- Olve, Nils-Göran, Roy, Jan & Wetter, Magnus, (1999) *Balanced Scorecard i svensk praktik*, Malmö: Liber Ekonomi.
- Patel, Runa & Davidson, Bo, (1994), *Forskningsmetodikens grunder*, Lund: Studentlitteratur.
- Roos, Göran, von Krogh, Georg & Roos, Johan, (1998), *Strategi*, Lund: Studentlitteratur.
- Sandberg, Jörgen, Targma, Axel, (1998), *Ledning och förståelse*, Lund: Studentlitteratur.
- Samuelsson, Lars, A, red, (2001), *Controllerhandboken*, Stockholm: Industrilitteratur.
- Sharan, Merriam, B, (1994), *Fallstudien som forskningsmetodik*, Lund: Studentlitteratur.
- Wiedersheim, Paul, Finn & Eridsson, Lars, Torsten, (1994), *Att utreda, forska och rapportera*, Malmö: Liber Ekonomi.

7.2 Verksamhetsinterna källor

”Balanserat styrkort för akutsjukvården i Lund”, (reviderad 2003-10-02), Folder från akutmottagningen i Lund.

7.3 Muntliga källor

Bäckström, Karin controller och ekonom för akutverksamheten och intensivvårdskliniken på UMAS. Personlig intervju den 5 december 2003.

Fex, Karin ekonom och controller & Bagewitz, Pia ekonom för akutområdet på UsiL. Personlig intervju den 3 december 2003.

Lindblad, Maria, Kommunikatör för projektet Skånsk livskraft på Region Skåne. Personlig intervju den 13 november 2003.

Mangell, Peter, Verksamhetschef och överläkare på akutkliniken vid UMAS. Personlig intervju den 21 november 2003.

Paulsson, Gert, *Föreläsning anteckningar FEK 551*, Ekonomihögskolan vid Lunds Universitet. vt-03

Wroblewski, Marek, Specialist inom internmedicin samt deltagit i projektet Skånsk livskraft. Personlig intervju den 27 november 2003.

Widerström, Matz chefsläkare på akutmottagningen i Lund. Personlig intervju den 25 november 2003.

7.4 Elektroniska källor

Landstingsförbundet avdelning för hälso- och sjukvårds hemsida www.lf.se/hs/download/Halso_sjukvafdney.pdf, (2002), ”Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet Utvecklingstendenser 1992-2000”, hämtad 9 november 2003.

Skånsklivskrafts hemsida, <http://www.skane.se/>, hämtad 6 november 2003.

Region Skånes hemsida, <http://www.skane.se/default.asp?id=23763>

- *Målbild, Skånsk livskraft-vård och hälsa*, fastställd av Regionfullmäktige den 18-19 juni 2003, hämtad den 25 november 2003
- *Handlingsplan*, fastställd den 10 september, hämtad den 22 september 2003
- *Uppdragsbeskrivningar*, hämtad den 22 september 2003
- *Slutrapport för högspecialiserad vård*, hämtad den 13 december 2003

- *Akutsjukvårdslogiken*, reviderad variation den 18 oktober 2003, hämtad den 25 november 2003

Region Skånes hemsida, www.skane.se/default.asp?id=5192, hämtad den 8 november 2003.

Region Skånes hemsida, www.skane.se/upload/Webbplatser/Skånesklivskraft.vårdochhälsa/Dokument/Pdf/SLK-light2.pdf, hämtad 11 oktober 2003.

Universitetssjukhuset i Lunds hemsida, www.lund.skane.se, hämtad den 9 november och 12 samt 13 december 2003

Universitetssjukhuset i Malmös hemsida, www.mas.se, hämtad den 11 och 13 december 2003

<http://www.suntliv.nu/templates/IdebankenReportPage.asp?id=6643&complete=1>, hämtad den 8 december 2003.

Bilagor

Här presenterar vi de frågeställningar som har utgjort underlag för intervjuerna. Anledningen till att vi visar frågorna är att läsaren ska kunna bilda sig en uppfattning om frågornas relevans för uppsatsens innehåll.

Maria Lindblad, 13/11 2003

Region Skånes kommunikatör

1. Vad är tanken med projektet Skånsk Livskraft, ekonomiska anledningar eller effektivare vård (patientperspektivet)?
2. Vad tror ni er kunna spara ekonomiskt på projektet?
3. Finns det någon kalkyl över hur stora kostnaderna kommer att bli för omstruktureringen och genomförandet? Kommer dessa att täckas av de fördelar man får med projektet?
4. Vad kostar själva projektet samt hur finansieras det (skattemedel, stadsbidrag etc.)?
5. Hur lång tid ska det ta innan hela regionen är omställd?
6. Har även andra områden som berörs av förändringen tagits med i beräkningarna, som t ex vilken strategi ni tänkt använda i implementeringsstadiet, ekonomistyrning och organisation? Finns det någon vision för projektet? Mål?
7. Är inte risken stor att förändringarna inom de ovan nämnda områdena blir kostsamma eftersom de måste anpassas till den nya vården?
8. Finns det någon risk att ledningen kommer längre ifrån vissa grupper inom projektet, t ex att akutmottagningarnas ledning kommer längre från respektive akutmottagning? Hur ska akutmottagningarna samarbeta med varandra?
9. Kan projektet genomföras utan alltför stora omstruktureringar?
10. Kommer man kunna förmå personalen att flytta? Hur reagerar personalen på det egentligen?
11. Vilka områden är det tänkt ska ha hand om vilka saker? T.ex. vad ska universitetssjukhuset göra?
12. Ska ett sjukhus bara göra en sak eller kan två eller flera områden ligga inom samma sjukhus?
13. Rent praktiskt, hur ska patienten veta var hon/han ska vända sig till? (Det är svårt för oss att förstå och strukturera upp de olika logikerna, hur ska då äldre människor ta till sig och förstå den logiken?)
14. Klarar personalen av att bedöma vem ska patienten skickas till? Hur tänker man hantera detta?
15. Hur långt har de olika vårdlogikerna kommit idag?
16. Hur förhåller ni er till den privata sjukvården? Ska denna betraktas som ett komplement, substitut eller bortses ifrån den?

Peter Mangell, 21/11 2003

Verksamhetschef för akutkliniken i Malmö

Matz Widerström, 25/11 2003

Ansvarig avdelningsläkare för akutmottagningen i Lund

Förändringsarbetet...

1. Vilka förändringar har ni gjort på akutmottagningen samt vad var syftet med förändringen?
2. Vilka är de drivande faktorerna bakom förändringen?
3. Finns det något övergripande mål för förändringarna?
4. Vad är bättre respektive sämre nu jämfört med hur det var innan förändringarna genomfördes?
5. Har ni möjligtvis redan fått feedback på det nya arbetssättet så att ni i dagsläget kan säga något ni vill förändra?
6. Har förändringen fått några konsekvenser vad gäller ekonomiska faktorer?
7. Har organisationen utseende påverkats av förändringarna?
8. Har ni upplevt svårigheter att överföra beslutet om förändringar till hela verksamheten (på lägre nivåer, t ex sjuksköterskor etc.)? Blev det konflikter vid dessa situationer?
9. Vilka påtryckningar har ni gjort i samband med förändringarna för att leda alla nivåerna i organisationen mot uppsatta mål? Har ni även haft påtryckningar utifrån, vad gäller förändringsarbetet?

Skånsk livskraft vs förändringsarbetet...

10. När ni genomförde era förändringar, hade ni då i tanken att det skulle stämma överens med Skånsk livskrafts vision?
11. Hur ser ni på Skånsk livskrafts konstruktion och vision?
12. Vad tycker ni om att det endast ska finnas fyra specialiserade akutmottagningar, samt räcker det för hela Skåne?
13. Tror du att ledningen kan komma långt ifrån respektive akutmottagning om vi ser till Skånsk livskraft?
14. Tror du ett genomförande av Skånsk Livskraft kan komma att underlätta arbetet på akutmottagningen?

Ledarrollen...

15. Vilken är din roll i organisationen?
16. Hur har förändringsarbetet påverkat dig, dina arbetsuppgifter och din ledarroll?
17. Vilken ledartyp är viktig i sjukvården?

Ekonomistyrning...

18. Beskriv er ekonomistyrning! Hur har den förändrats sedan förändringen?
19. Vilka verktyg används i ekonomistyrningen?
 - Vilka har tillkommit?
 - Vilka av dessa har anpassats?
 - Finns det verktyg som varit kvar sedan tidigare och hur motiveras i sådana fall dessa? Hur har de anpassats?
20. Om ni använder något av följande, hur arbetar ni i så fall med det?
 - Budget
 - KPP (kostnad per patient)
 - BSC

21. Sker det någon uppföljning och i så fall med vilka verktyg? Nyckeltal?
22. Hur mäter ni ert resultat, dvs. hur sätter ni priset och vad kan utgöra prissättningsbasen?
23. Hur arbetar ni på akutmottagningen för att identifiera/hitta värdeskapande arbete?

Karin Fex, 3/12 2003

Controller på ekonomiavdelningen vid USiL

Pia Begowitz, 3/12 2003

Verksamhetsekonom på akutsjukvården vid USiL

Skånsk livskraft

1. Hur ser ni på Skånsk livskrafts konstruktion och vision?
2. Vad tycker du om att det endast ska finnas fyra specialiserade akutmottagningar, samt räcker det för hela Skåne?
3. Vad tror ni er kunna spara ekonomiskt med hjälp av Skånsk Livskrafts projekt?
4. Finns det någon kalkyl över hur stora kostnaderna kommer att bli för omstruktureringen och genomförandet? Kommer dessa att täckas av de fördelar man får med projektet?
5. Hur lång tid tror du det kommer att ta innan hela regionen är omställd?
6. Kan projektet genomföras utan alltför stora omstruktureringar?

Ekonomistyrning

7. Beskriv er ekonomistyrning! Vilka verktyg används i ekonomistyrningen?
8. Hur har den förändrats av ert förändringsarbete?
 - Vilka verktyg har tillkommit?
 - Vilka har anpassats?
9. Hur arbetar ni med budget? Tar det lång tid att planera? Anser du att budgeten är nödvändig i sådana organisationer som sjukhus eller skulle budgeten kunna ersättas med andra styrkverktyg som ABC, BSC etc.?
10. Finns det några planer på förändring av ekonomistyrningen?
11. Hur mäter ni ert resultat, dvs. hur sätter ni priset och vad utgör prissättningsbasen?
12. Vad tycker du om KPP (kostnad per patient)?
13. Sker det någon uppföljning av resultatet och i så fall med vilka verktyg? Nyckeltal?
14. Hur arbetar ni på akutmottagningen för att identifiera/hitta värdeskapande arbete?

Marek Wroblewski, 27/11 2003

Specialist inom internmedicin på UMAS som deltagit i projektet Skånsk livskraft

Skånsk livskraft

1. Hur ser du på Skånsk livskrafts konstruktion och vision? Vad är viktigast med detta projekt, ekonomiska anledningar eller effektivare vård (patientperspektivet)?

2. Vad tycker du om att det endast ska finnas fyra specialiserade akutmottagningar, samt räcker det för hela Skåne?
3. Tror du ett genomförande av Skånsk Livskraft kan komma att underlätta arbetet på sjukhuset?
4. Vad tror ni er kunna spara ekonomiskt med hjälp av Skånsk Livskrafts projekt?
5. Finns det någon kalkyl över hur stora kostnaderna kommer att bli för omstruktureringen och genomförandet? Kommer dessa att täckas av de fördelar man får med projektet?
6. Hur lång tid tror du det kommer att ta innan hela regionen är omställd?
7. Kan projektet genomföras utan alltför stora omstruktureringar?
8. Hur utarbetades målbilden för projektet?
9. Kommer man kunna förmå personalen att flytta? Hur reagerar personalen på det?
10. Rent praktiskt, hur ska patienten veta var hon/han ska vända sig till? (Det är svårt för oss att förstå och strukturera upp de olika logikerna, hur ska då äldre människor ta till sig och förstå den logiken?)

Karin Bäckström, 5/11 2003

Controller och ekonom för akutverksamheten och intensivvårdskliniken på UMAS

Skånsk livskraft

1. Hur ser ni på Skånsk livskrafts konstruktion och vision?
2. Vad tycker du om att det endast ska finnas fyra specialiserade akutmottagningar, samt räcker det för hela Skåne?
3. Vad tror ni er kunna spara ekonomiskt med hjälp av Skånsk Livskrafts projekt?
4. Finns det någon kalkyl över hur stora kostnaderna kommer att bli för omstruktureringen och genomförandet? Kommer dessa att täckas av de fördelar man får med projektet?
5. Hur lång tid tror du det kommer att ta innan hela regionen är omställd?
6. Kan projektet genomföras utan alltför stora omstruktureringar?

Ekonomistyrning

1. Beskriv er ekonomistyrning! Vilka verktyg används i ekonomistyrningen?
 - Hur har den förändrats av förändringsarbetet?
2. Vilka verktyg har tillkommit?
3. Vilka har anpassats?
4. Hur arbetar ni med budget? Tar det lång tid att planera?
5. Anser du att budgeten är nödvändig i sådana organisationer som sjukhus eller skulle budgeten kunna ersättas med andra styrkverktyg som ABC, BSC etc.?
6. Finns det några planer på förändring av ekonomistyrningen?
7. Hur mäter ni ert resultat, dvs. hur sätter ni priset och vad utgör prissättningsbasen?
8. Vad tycker du om KPP (kostnad per patient)?

- 9 Sker det någon uppföljning av resultatet och i så fall med vilka verktyg?
Nyckeltal?
- 10 Hur arbetar ni på akutmottagningen för att identifiera/hitta värdeskapande arbete?