



# Benchmarking inom sjukvården

-  
*En studie med utgångspunkt från en akutvårdsdivision*

**Handledare:**  
Ola Mattisson  
Ulf Ramberg

**Författare**  
Jakob Darlin  
Konrad Ekenberg  
Andrej Nilsson

## **Sammanfattning**

<b>Uppsatsens titel:</b>	Benchmarking inom sjukvården – En studie med utgångspunkt från en akutvårdsavdelning
<b>Seminariedatum:</b>	16 januari 2008
<b>Kurs:</b>	Examensarbete magisternivå FEKP01 (15 hp), Strategisk ledning
<b>Författare:</b>	Jakob Darlin, Konrad Ekenberg, Andrej Nilsson
<b>Handledare:</b>	Universitetslektor, Ola Mattisson Universitetslektor, Ulf Ramberg
<b>Nyckelord:</b>	Balanserat styrkort, benchmarking, lärande, sjukvård, UMAS
<b>Syfte:</b>	Rapporten syftar till att analysera om nyckeltalsjämförelser kan leda till en effektivare sjukvård. Därutöver skall rapporten föra ett resonemang om hur detta system kan se ut.
<b>Metod:</b>	Rapporten har en abduktiv ansats med skarpa drag mot deduktion. Vidare används en kvalitativ metod för informationsinsamlandet. Rapporten börjar deskriptivt och avslutas normativt.
<b>Teori:</b>	Rapporten grundar sig på teorier rörande balanserat styrkort samt benchmarking, där benchmarking är den dominerande teorin.
<b>Empiri:</b>	Empiriinsamlingen har skett via intervjuer med medarbetare på Sveriges Kommuner och Landsting, Region Skånes Hälso- och sjukvårdsnämnd samt vid Akutdivisionen på Universitetssjukhuset Malmö Allmänna Sjukhus, UMAS.
<b>Resultat:</b>	Rapporten finner att det finns ett behov och ett intresse hos de berörda parterna för ett nyckeltalsjämförande system mellan sjukhusens aktiviteter och att ett sådant system troligtvis kommer att leda till en effektivare vård. I rapporten beskrivs hur denna uppbyggnad kan se ut för att få ett system som är jämförande, kontrollerande och lärande. För bästa resultat krävs att många sjukhus deltar, att det finns ett forum ( <i>SKL</i> ) att utbyta information på, att nyckeltalen sätts på rätt detaljnivå.

## **Abstract**

- Title:** Benchmarking within the health care – A study with the starting point in an acute care division
- Seminar date:** January 16<sup>th</sup> 2008
- Course:** Master thesis in Business Administration, (15 ECTS), Strategic management
- Authors:** Jakob Darlin, Konrad Ekenberg, Andrej Nilsson
- Advisor:** University lector, Ola Mattisson  
University lector, Ulf Ramberg
- Key words:** Balanced scorecard, benchmarking, health care, learning, UMAS
- Purpose:** The purpose of the thesis is to analyze whether comparisons of key performance indicators can lead towards a more efficient medical care. Furthermore, the thesis will conduct reasoning on how this system may be designed.
- Methodology:** The thesis has an adductive approach with strong tendencies to deduction. Further a qualitative method is used in gathering information. The thesis starts in a descriptive manner and is ended in a normative fashion.
- Theoretical perspectives:** This thesis is based on theories of balanced scorecard and benchmarking, of which the later is dominating.
- Empirical foundation:** The gathering of the empirical data was conducted through interviews with personnel at Sveriges Kommuner & Landsting, the Health and medical board of Region Skåne and the Acute Care division at Universitetssjukhuset Malmö Allmänna Sjukhus.
- Conclusion:** The conclusion of the thesis is that the parties concerned have a demand and an interest in a system of comparisons of key performance indicators and that such a system probably will result in a more effective health care. The thesis describes how the framing of this system can look in order to achieve a system that is comparing, controlling and teaching. For best result it is required that many hospitals participates, that there is a forum (*SKL*) for exchanging information, that the key performance indicators are correspond to the right level of detail.

## Förord

Denna rapport ligger till grund för kursen *Examensarbete magisternivå FEKPO1* och är skriven vid *Ekonomihögskolan* vid *Lunds Universitet*. Arbetet med rapporten har varit inspirerande och lärorikt i många avseende, framförallt rörande inblicken i svensk sjukvård. Tillika har det varit intressant att fördjupa sig inom området benchmarking samt de givande diskussioner vi haft på både sjukhus-, regional- och nationell nivå.

Vi vill rikta ett stort tack till *Karin Bäckström* för möjlighet att diskutera *Akutvårdsdivisionen* vid *UMAS* syn på problematiken som rapporten bygger på samt vårt förslag till lösning. Lika så vill vi tacka *Lena Bäckström* från *SKL* och *Fredrik Thott*, ledamot vid *Region Skånes Hälso- och sjukvårdsnämnd* för givande information och diskussioner. Slutligen vill vi tacka våra handledare *Ola Mattisson* och *Ulf Ramberg* för deras vägledning genom rapporten tillkomst.

---

*Jakob Darlin*

---

*Andrej Nilsson*

---

*Konrad Ekenberg*

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Problemdiskussion .....	1
1.2	Problemformulering .....	4
1.3	Syfte och målsättning .....	5
1.4	Fokus .....	5
1.5	Målgrupp .....	5
1.6	Disposition .....	6
<b>2</b>	<b>Metod.....</b>	<b>8</b>
2.1	Forskningsansats .....	8
2.2	Datainsamling – val och tillvägagångssätt .....	8
2.2.1	Övergripande .....	8
2.2.2	Val av referensobjekt .....	9
2.2.3	Primärdata .....	10
2.2.4	Sekundärdata .....	11
2.3	Teoridiskussion .....	11
2.4	Källkritik .....	12
2.4.1	Litteratur .....	12
2.4.2	Intervjuer .....	13
2.4.3	Övrigt insamlat material .....	13
2.5	Studiens trovärdighet.....	14
2.5.1	Validitet .....	14
2.5.2	Reliabilitet .....	14
2.5.3	Objektivitet.....	16
2.6	Sammankopplingen mellan teoretisk referensram och empiri .....	16
<b>3</b>	<b>Teoretisk referensram.....</b>	<b>18</b>
3.1	Balanserat styrkort.....	18
3.1.1	Det traditionella styrkortets uppbyggnad .....	18
3.1.2	Problematik kring balanserat styrkort .....	21
3.2	Benchmarking .....	22
3.2.1	Benchmarkingens innebörd.....	23
3.2.2	Varianter av benchmarking .....	26
3.2.3	Praktiskt tillvägagångssätt för benchmarking .....	28
3.2.4	Fördelarna med benchmarking.....	32
3.2.5	Problematik kring benchmarking–analys.....	32
3.3	Uppsummering av teorin.....	33
<b>4</b>	<b>The Hospital Report från Ontario, Kanada .....</b>	<b>35</b>
4.1	Syftet med The Hospital Report.....	35
4.2	Uppbyggnaden av Ontario Hospital Report .....	36
4.3	Perspektiv, nyckeltal samt uppföljning av resultat.....	38
4.4	Effekter av systemet i Ontario.....	40
4.5	Kritik av det kanadensiska systemet .....	41
<b>5</b>	<b>Empiri.....</b>	<b>42</b>
5.1	Kortfattad beskrivning av svensk sjukvård .....	42
5.2	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).....	44
5.2.1	Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården.....	44
5.3	Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne .....	45
5.3.1	Verksamhetsstyrning .....	46
5.3.2	Benchmarking .....	47

5.4	Universitetssjukhuset Malmö Allmänna Sjukhus (UMAS).....	48
5.4.1	Akutvårdsdivisionen.....	49
<b>6</b>	<b>Analys.....</b>	<b>54</b>
6.1	Det kanadensiska systemet.....	54
6.1.1	Analys utifrån balanserat styrkort.....	54
6.1.2	Analys utifrån benchmarking.....	55
6.2	Analys av hur ett nyckeltalsjämförande system kan se ut i en sjukvårdskontext ....	56
6.2.1	Verksamhetsstyrning.....	56
6.2.2	Benchmarking.....	57
6.3	Realisering av ett nyckeltalsjämförande system samt kritik.....	62
<b>7</b>	<b>Slutsatser och avslutande diskussion.....</b>	<b>65</b>
7.1	Slutsatser.....	65
7.2	Rapportens generaliserbarhet till andra områden.....	67
7.3	Förslag till vidare studier.....	67
<b>8</b>	<b>Källföreteckning.....</b>	<b>69</b>
8.1	Publicerade källor.....	69
8.1.1	Litteratur.....	69
8.1.2	Artiklar.....	70
8.1.3	Rapporter.....	70
8.2	Elektroniska källor.....	70
8.3	Muntliga källor.....	71
	<b>Bilaga A.....</b>	<b>I</b>
	<b>Bilaga B.....</b>	<b>IV</b>

## Figurförteckning

<i>Figur 1 Schematisk bild över sammankoppling mellan teoretisk referensram och empiri.....</i>	17
<i>Figur 1 Modell av det traditionella balanserade styrkortet.....</i>	19
<i>Figur 2 Förutsättningar för långsiktig framgång.....</i>	25
<i>Figur 3 Schematisk bild över Double loop learning.....</i>	26
<i>Figur 4 Schematisk bild över benchmarkingprocessen.....</i>	29
<i>Figur 5 Utdrag från resultatredovisningen ur Hospital Report 2007.....</i>	IV

## Tabellförteckning

<i>Tabell 1 Tabell över fördelning av kostnader för svenska landsting och regioner inom hälso- och sjukvården.....</i>	43
--	----

# 1 Inledning

---

*Inledningskapitlet börjar med en problemdiskussion som har för avsikt att väcka intresse för rapportens problemformulering. Tillika presenteras rapportens syfte, fokus samt beskrivning av rapportens tilltänkta målgrupp. Slutligen följer rapportens disposition.*

---

## 1.1 Problemdiskussion

Allmän sjukvård har varit ett självklart inslag i det svenska välfärdssamhället sedan decennier tillbaks. Det är en trygghet som merparten av det svenska folket är uppväxta med och som säkerligen de flesta skulle ha svårt att föreställa sig vara utan. Systemet garanterar i dagsläget att om vi blir allvarligt sjuka inom Sveriges gränser blir vi erbjudna vård vid närmaste sjukhus. Vi vet även om att vården i stort sett är gratis för den enskilda individen, oavsett individens förmögenhet får han/hon en likvärdig vård. Detta genom det svenska trygghetssystemet som framförallt bygger på att stat, landsting och kommuner genom skatteintäkter skall tillhandahålla denna vård.

Denna utopi, för många, har tyvärr vissa brister. Under senare tid har diskussioner förts angående vårdens ineffektivitet och ständiga underskott. I boken *Den sjuka vården* av *Stefan Fölster, chefekonom på Svenskt Näringsliv*, med flera, riktas massiv kritik mot den svenska vården. De hävdar att det inte är resurserna som är problemet utan det ineffektiva utnyttjandet av dessa. De visar på att andra länder har kortare vårdköer, högre service samt nöjdare patienter till samma kostnad som i *Sverige*. Vidare nämns att svenska läkare tar emot lägst antal patienter med endast 903 patienter/läkare och år, medans *OECD*-genomsnittet ligger på 2167 patienter/läkare och år. Detta kan även jämföras med i *Kanada* där snittet ligger på 3176 patienter/läkare och år.<sup>1</sup>

De frågor man ställer sig efter denna kritik är två, är det så att svensk vård är ineffektiv och i så fall vad finns det för medel att uppnå en effektiv sjukvård som dessutom tjänar sitt syfte om likvärdig vård till alla? Förslag till lösningar är många, man skulle kunna exempelvis införa effektivare produktion genom tillämpning av ett kvalitetssystem, exempelvis *ISO-certifiering* som kan ligga till grund för det dagliga arbetet men också som bas för

---

<sup>1</sup>Renstig, Fölster, Morin, Hallström, 2003

kvalitetsrevision av organisationen och dess arbetssätt.<sup>2</sup> Vidare kan processgenomgångar göras med utgångspunkt från *Lean-manufacturing-filosofin*<sup>3</sup>, det vill säga mager produktion. Den metod som hamnat i vårt blickfång är *benchmarking*, som setts användas framförallt inom företagsvärlden men även inom andra länders hälso- och sjukvård. *Benchmarking* innebär att man tar lärdom av andra aktörer genom att man metodiskt jämför sig med den aktör som presterar bäst inom en specifik aktivitet/process. Det vill säga en så kallad *best practice* inom en bransch, ett enskilt företag eller en intern avdelning.<sup>4</sup>

*Xerox* är ett av de första välkända exemplen på företag som använt sig av *benchmarking*, de hade stora problem med kraftigt minskade marknadsandelar för produktions- och kontorstillverkning. En av anledningarna var att *Xerox* konkurrenter lyckades ha en lägre produktionskostnad än vad de själva hade. Dessutom hade nya globala förutsättningarna ställt krav på att kunna möta konkurrenternas strategier, både gällande kvalitet och pris. I ett första steg gjorde *Xerox* interna analyser, genom att undersöka hur de egna enheterna interagerade med varandra. I nästa fas i analysen klargjorde *Xerox* hur konkurrenterna arbetade med bland annat lagerhållning och transporter. Informationen resulterade i att *Xerox* uppmärksammade stora brister i den egna logistiska verksamheten. Verksamheten modifierades och en ny logistikapparat applicerades. Detta ledde till stora besparingar, exempelvis reducering av felaktiga produkter och större kundtillfredsställelse.<sup>5</sup>

De främsta anledningarna till att vi valt just *benchmarking* som verktyg och inte något av de andra ovan nämnda verktygen för effektivisering är framförallt, enligt oss, två stycken. Först den frihet som *benchmarking* ger. *Benchmarkingen* låser sig inte till ett specifikt tillvägagångssätt utan kan utvärdera flera olika alternativ mot varandra. På så sätt har företaget möjlighet att välja det tillvägagångssätt som passar deras förutsättningar bäst, med bra underliggande fakta. För det andra ger *benchmarking* tydligt underlag för att anföra eller bemöta eventuell kritik då det enkelt går att jämföra hur vården står sig jämte andra, såvida förutsatt att likvärdiga nyckeltal används.

---

<sup>2</sup> Bergman & Klefsjö, 2001

<sup>3</sup> Womack, James P, Jones, Daniel T, Roos, Daniel, 1991

<sup>4</sup> Karlöf, Lundgren, Edenfeldt Forment, 2000

<sup>5</sup> Ax, Johansson, Kullvén, 2002



Så som nämnts tidigare i inledningen kan *benchmarking* ske på olika sätt och inom olika områden och nivåer. Exempelvis kan jämförelserna ske på en övergripande nivå eller på en detaljerad nivå. Vidare kan den vara av en *kvalitativ* eller *kvantitativ* karaktär samt ske både *internt* och *externt*. Fler alternativ är att den sker internt eller externt. När en fördjupning görs av *benchmarking-begreppet* uppstår frågetecken beträffande hur kontextberoende *benchmarking* är, det vill säga: Hur skall benchmarking vara karaktäriserad för att passa just vårt angreppsområde, sjukvården? Är det så att den skall byta skepnad under processens gång fram till slutmålet, lärandet? Vidare är frågan varifrån den underliggande informationen, som benchmarkingen grundar sig i, skall inhämtas för att möjliggöra en omfattande analys?

Vi har ihärdigt letat efter ett systematiskt jämförande, som beskrivits ovan, inom svensk sjukvård som både är årligt återkommande och övergripande. Vi har dock endast funnit ett exempel. Det är en serie rapporter som tog sin grund i ett samarbete mellan *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* och *Socialstyrelsen* då de bestämde sig för att översiktligt samla in redovisning av all landstingsfinansierad verksamhet, bland annat hälso- och sjukvård, utbildning, kultur och trafik och infrastruktur.<sup>6</sup> Denna insamling presenterades 2002 i rapporten *VerksamhetsIndelning (VI 2000)*. För första gången kunde man få en samlad beskrivning av vilka prestationer som genomförts samt kostnaderna av desamma och därmed skapades möjlighet till en integrerad analys av prestationer och kostnader. Denna indelning utgjordes av att under varje verksamhetsområde specificerades ett fåtal delområden och därmed fick man fram en tydligare kostnadsbild.<sup>7</sup>

Denna analys av landstingens aktiviteter skedde dock endast på en översiktlig nivå. Beträffande hälso- och sjukvården fann *SKL* och *Socialstyrelsen* ett stort intresse och fortsatte med ett fördjupat arbete.<sup>8</sup> 2006 presenterades den första årligt återkommande rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*. Denna rapport inriktade sig endast på hälso- och sjukvården med mer detaljerad insamling av nyckeltal. Således skapades större tyngd och analysdjup än i den tidigare *VI 2000*. Syftet med dessa rapporter är att genom sammanställning av nyckeltal, för de inblandade verksamheterna, fördjupa analyserna och starta diskussioner inom och mellan landstingen samt även inom den offentliga hälso- och sjukvårdsdebatten i stort. Med fokus på kvalitet och effektivitet ska

---

<sup>6</sup> <http://www.skl.se> 080107

<sup>7</sup> Ibid

<sup>8</sup> Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2007

rapporterna, genom nyckeltal, jämföra sjukvården inom svenska regioner och landsting. Samtidigt som målen och måluppföljningarna blir tydligare ska jämförelserna stimulera till förbättring och effektivisering av hälso- och sjukvården.<sup>9</sup>

I vår jakt på jämförande system inom sjukvården stötte vi även på en modell i *Ontario, Kanada*. De Där implementerades systematisk *benchmarking* för tio år sedan. Det nyckeltalsjämförande system som *SKL* använder påminner om det som används i *Ontario*. Den stora skillnaden är att i *Ontario* sker analysen av nyckeltalen ända ner på *sjukhusnivå*, det vill säga att resultaten presenteras för varje sjukhus.<sup>10</sup> Till skillnad från systemet i *Ontario* presenteras resultaten i *SKL:s öppna jämförelser* på *systemnivå*, vilket innebär att samtliga sjukhus inom ett landsting står för ett mått. Någon sjukhusspecifik information är inte presenterad. Det möjliggör jämförelser landstingen emellan men det tordes vara svårt för de enskilda sjukhusen att jämföra sig då det inte vet med vilket sjukhus de skall föra en dialog utan endast vilket landsting de skall fokusera på.

Vi undrar således hur man ytterligare kan underlätta effektiviseringen av sjukvården med utgångspunkt från systematiska nyckeltalsjämförelser. Vi vill därmed undersöka om det inte vore möjligt och rent av är eftertraktat att utvidga den påbörjade jämförelsen mellan landstingen till att göra en komplett jämförande analys med en större noggrannhet där informationen bryts ner på en nivå som underlättar för sjukhusen. Det innebär att först och främst undersöka om det finns förutsättningar och intresse av ett sådant system och i andra hand hur ett system för nyckeltalsjämförelser kan se ut.

## ***1.2 Problemformulering***

Problemdiskussionen ovan mynnar ut i att vi initialt vill undersöka om ett enhetligt system för nyckeltalsjämförelser kan leda till en effektivare sjukvård, där effektivare sjukvård avser resursoptimal förbrukning. Det vill säga att i begreppet avses inte resursminimering vilket snävt tolkat kan leda till suboptimering. Sjukvårdens direktiv är oftast breda och således måste flera faktorer vägas in och därmed är resursminimering felaktigt.

---

<sup>9</sup> Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2007

<sup>10</sup> Hospital Report '98

Vidare vill vi titta närmare på hur ett system för nyckeltalsjämförelser generellt kan se ut i en sjukvårdskontext. Det vill säga hur uppbyggnaden av ett system kan se ut på en övergripande nivå, där inte alltför mycket energi läggs på de specifika nyckeltalen utan helheten är i fokus. Därtill vill vi även lyfta fram kritiska faktorer som är av vikt för att ett sådant system skall bli verkningsfullt.

Nedan presenteras de två utkristalliserade frågorna

1. *Kan ett nyckeltalsjämförande system leda till en effektivare sjukvård?*
2. *Hur kan ett nyckeltalsjämförande system översiktligt se ut i en sjukvårdskontext och vilka kan de kritiska faktorerna vara?*

Mer information om tillvägagångssättet för att besvara problemet ovan kan läsas i metodkapitlet där en utförlig beskrivning av empiri- och teorival görs.

### ***1.3 Syfte och målsättning***

Syftet är att undersöka om ett nyckeltalsjämförande system kan vara ett lämpligt tillvägagångssätt för att nå en effektivare sjukvård. Om så är fallet skall rapporten även föra ett resonemang kring lämplig karaktär av benchmarking för att passa in i ett nyckeltalsjämförande system. Tillika skall rapporten beskriva och analysera kritiska faktorer för ett sådant system.

### ***1.4 Fokus***

På grund av tidsskäl kommer endast en sjukhusdivision att beskrivas och analyseras. Dessutom har avsikten varit att analysera förslaget i en större kontext men av ovan nämnda skäl har endast ett landsting representerats, samt även organisationen *Sveriges Kommuner och Landsting*.

### ***1.5 Målgrupp***

Rapportens primära målgrupp är sjukhusledningarna och politiker inom vård och omsorg. Där utöver lämpar sig rapporten utmärkt för läsare som har intresse av hur jämförelser kan bidra

till en effektivare verksamhet. I rapporten används en del facktermer utan någon djupare beskrivning vilket innebär att rapporten kan vara besvärlig för läsare som inte är insatta i ämnet. Dock tror vi inte det som något större hinder för oinvidga läsare att ta sig igenom rapporten.

## ***1.6 Disposition***

Rapportens disposition nedan beskriver kortfattat rapportens innehåll.

### **Inledning**

Inledningen har för avsikt att väcka intresse för rapporten. Kapitlet börjar med en problemdiskussion som mynnar ut i rapportens problemformulering. Tillika presenteras rapportens syfte, fokus och målgrupp.

### **Metod**

Metodkapitlets ändamål är att belysa förfaringssättet som rapporten har tillkommit på samt beskriva de val som gjorts på vägen. Rapporten börjar med att beskriva tillvägagångssätt och motivering av datainsamlingen. Därefter följer en diskussion angående referensobjektet som används i rapporten tätt följt av en diskussion som förklarar valen av teorier och dess sammanhang i rapporten. Slutligen kommer källkritik tätt följt av diskussion angående rapportens trovärdighet.

### **Teoretisk referensram**

I den teoretiska referensramen presenteras de huvudteorier som ligger till grund för analysen. Först beskrivs det *balanserade styrkortet* som syftar till att på ett strukturerat sätt mäta och styra ett företag på fler nivåer än endast det finansiella. Därefter presenteras *benchmarking* som har som mål att systematiskt jämföra och på så vis utveckla organisationer. Under benchmarkingteorin berörs bland annat olika typer av benchmarking tillika en metodik för genomförande samt en utveckling av lärande perspektivet vid jämförelser.

### **Ontario Hospital Report**

Kapitlet om *Ontario Hospital Report* syftar till att behandla den kanadensiska rapporten *Hospital Report*. Rapporten kommer i uppsatsen att fungera som ett referensobjekt och där

igenom vara analysen behjälplig. Intentionen är att beskriva dess syfte samt spegla dess uppbyggnad och effekterna.

### **Empiri**

Empirikapitlet redogör för rapportens insamlade empiri. Det handlar om arbetet samt synen på verksamhetsstyrning, jämförelser samt synpunkter på det kanadensiska systemet hos i tur och ordning *Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, Region Skånes hälso- och sjukvårdsnämnd* samt *akutvårdsdivisionen på Universitetssjukhuset Malmö Allmänna Sjukhus, UMAS*.

### **Analys**

Analysen tar sin utgångspunkt i det kanadensiska systemet. Därefter analyseras och diskuteras hur ett lämpligt jämförelsesystem bör se ut med utgångspunkt från det insamlade materialet. Slutligen diskuteras kritik rörande förslaget.

### **Slutsats**

I slutsatserna presenteras först de slutsatser gjort genom det aggregerade resultatet i analysen. Därefter sker en utvidgande diskussion om rapportens generaliserbarhet till andra områden. Avslutningsvis följer en diskussion angående förslag till vidare studier.

## 2 Metod

---

*Metodkapitlet belyser förfaringssättet som rapporten har tillkommit på samt beskriver de val som gjorts på vägen. Kapitlet börjar med att beskriva tillvägagångssättet och motivera datainsamlingen. Därefter följer en diskussion om referensobjektet som använts i rapporten tillika följer diskussion om teori valen, samt dess sammanhang i rapporten. Slutligen kommer källkritik, tätt följt av diskussion angående rapportens trovärdighet.*

---

### 2.1 Forskningsansats

Rapporten är skriven med en *abduktiv ansats* med drag åt det *deduktiva* hållet. Det har gett oss möjligheten att göra nivå-ändringar mellan empiri och teori.<sup>11</sup> Den *abduktiva ansatsen* har gjort att vi eliminerat risken att låsa in oss initialt, vilket har inneburit att vi kunnat vara öppna för nya intryck långt in i skrivprocessen.

Insamlingen av data har skett *kvalitativt*. Anledningen är att vi ville få en nyans i de svar vi fick utan att låsa studien vid en av oss i förväg komponerad enkät. Detta har medfört att semistrukturerade intervjuer använts, eftersom intervjuobjektet skulle ha en möjlighet att kunna belysa och utveckla nya faktorer som vi inte tänkt på. Visserligen hade detta i viss mån gått att göra med essäliknande frågor i en enkät men vi är av övertygelsen att svarsfrekvensen på eventuella essäfrågor hade varit begränsad samtidigt som de svar som eventuellt inkommit hade riskerat att överlag vara undermåliga och därmed behövts kompletteras.

Slutligen är rapporten initialt tämligen *deskriptiv* där nuläget beskrivs från sekundärmaterial, därefter blir rapporten mer *explorativ* i sin natur då vi försöker gräva djupare kring problematiken genom primära källor. Rapporten avslutas *normativt* då vi sammanställer och analyserar all information och därur drar slutsatser och rekommendationer för framtiden.

### 2.2 Datainsamling – val och tillvägagångssätt

#### 2.2.1 Övergripande

För att få struktur på de data som vi ansåg behövas för att kunna angripa analysen på ett adekvat sätt bröt vi ner problemformuleringen i nedanstående delproblem:

---

<sup>11</sup> Björklund & Paulsson, 2003

*Problemen nedan skall inte läsas som om de skall besvaras fullt ut utan snarare som att inom dessa delproblem måste vi ha mer information för att kunna besvara rapportens frågeställning.*

1. *Översiktligt, hur styrs svensk sjukvård?* – Denna fråga var vi tvungna att klargöra väldigt tidigt i rapporten då vi behövde få inblick i hur svensk sjukvård styrs. Är det stat, landsting eller kommun som ger riktlinjer och hur ter dessa sig?
2. *Hur sker jämförandet i svensk sjukvård?* – Denna information var initialt intressant för att klargöra startläget, som vi var ute efter att förbättra. Således var vi endast intresserade av att få en uppfattning om det fanns någon klarlagd praxis som alla sjukhus följde eller ej.
3. *Finns det något lämpligt redan befintligt system för jämförande som inspiration kan hämtas ifrån?* – Här var vi ute efter en generell beskrivning av ett redan existerande system tillika effekter och kritik av densamma.
4. *Hur ser de berördas verksamhetsstyrssystem ut, det vill säga från klinik- till regional nivå?* – Syftet med denna fråga var att finna ett lämpigt utgångsläge som vi kan fästa jämförelsesystemet mot. Då vårt förslag inkluderar jämförelser måste dessa ta sin grund någonstans. Om den då kan utgå från den styrning som redan sker blir merarbetet mindre än om så ej vore fallet. Genom att undersöka hur styrning och hur mål sätts kanske en integrering mellan redan befintliga styrssystem och jämförandesystem är möjligt, om än med modifieringar.
5. *Hur ser en sjukhusdivision på ett aktivt användande av ett systematiskt jämförande?* – För att inte göra misstaget att titta på teorier och blint tro att de går att applicera på verkligheten ville vi kunna föra denna diskussion med någon som agerade på verksamhetsområdet.
6. *Hur ser regioner/landsting på en implementering av ett enhetligt verksamhetsstyrssystem för att öka jämförbarheten mellan svenska sjukhus?* – Med denna information ville vi undersöka förutsättningarna för ett rikstäckande nyckeltalsjämförande system.

### **2.2.2 Val av referensobjekt**

*Referensobjektet* avser ett redan befintligt jämförelsesystem och dess syfte är att ligga till grund som diskussionsobjekt och inte kopieras rakt av. Anledningen att vi valt att nyttja oss

av ett *referensobjekt* är att inte behöva uppfinna hjulet på nytt. En del av utbudet sonderades framförallt med hjälp av *Internet*. Vi upptäckte en del system bland annat i *Holland*, *Storbritannien* och i några stater i *USA*. Efter viss efterforskning fann vi att *Kanada* och framförallt det implementerade systemet i *Ontario* var intressant, tillika gick det tämligen enkelt att få tag på fakta om deras system. Det visade sig även att sjukvårdsverksamheten i *Kanada* har liknande struktur som den svenska sjukvården, det vill säga den offentliga finansieringen, ca 85 procent, som sjukhusen i *Ontario* erhåller samt patienternas frihet att välja sjukhus<sup>12</sup> är väldigt lik den situation som råder i *Sverige*<sup>13</sup>. Dessutom har *Ontario* bedrivit detta projekt under en tio års period vilket torde tyda på att de i viss mån ha fått ett relativt stabilt system med inte alltför många barnsjukdomar kvar. Projektet the Hospital Report har delat in sjukvården i åtta verksamhetsområden. (*Systemet beskrivs utförligt kapitel 4*)

### 2.2.3 Primärdata

Primärdata har erhållits från tre instanser, *Universitetssjukhuset Malmö Allmänna Sjukhus (UMAS)*, *Region Skåne* och *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)*. Samtliga primärdata har inhämtats genom intervjuer. Valet av källor har baserat sig på besvarandet av ovanstående delproblem. Källor och tillvägagångssätt har skett enligt nedan:

UMAS – Önskemålen från vår sida gällande val av sjukhus var att det någorlunda överensstämde med någon av de verksamhetsindelningar som gjorts i referensobjektet från Kanada. Det visade sig att Företagsekonomiska institutionen, avdelningen där vi skrev uppsatsen, sedan tidigare hade kontakt med *UMAS* och då de bedriver akutvårdsverksamhet passade det ypperligt att nyttja dessa kontakter.

Inom projektet the Hospital Report har man delat in sjukvården i åtta områden. Efter diskussion med *Jan Erik Andersson, stf Sjukhuschef/Ekonomichef* visade det sig att det område som var mest likt den kanadensiska indelningen var akutvårdsdivisionen. Med grundval av det gjordes valet att titta närmare på akutvårdsdivisionen.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Parkinson, Tsisis, Porporato, 2007

<sup>13</sup> [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se) 071126

<sup>14</sup> Andersson, ställföreträdande Sjukhuschef samt Ekonomichef UMAS



Intervjun skedde på *UMAS* 2007-12-17 med *Karin Bäckström* som är divisionscontroller vid *Akutvårdsdivisionen vid UMAS*. (Besvarar primärt delfråga 4 & 5 men även delvis 1 & 2)

SKL- Valet av *SKL* som källa föll på två faktorer. Först fungerar *SKL* som *Svenska Kommuner och Landstings* intresseorganisation, således torde deras åsikt avspegla majoriteten av landsting och regioner i Sverige. Slutligen har *SKL* redan idag den enda, som vi kunnat finna, systematiska sammanställning med jämförelser för hälso- och sjukvården i Sverige.

Intervjun skedde per telefon 2007-12-19 med *Lena Eckerström* som är projektledare för *Öppna jämförelser inom svensk hälso- och sjukvård i Sverige*. (Besvarar primärt delfråga 4 & 6 men även delvis fråga 1, 2, 3 & 5)

Region Skåne – För att inte enbart se till det enskilda sjukhuset och deras syn ville vi utvidga bilden och höra regionens syn på problematiken samt på vårt förändringsförslag. Vi kände att det var av stor relevans, då det är regionfullmäktige som beslutar om anslagen och de stora förändringarna inom sjukvården för *Region Skåne*, och valet påverkades själfallet av att *UMAS* bedriver vård inom *Region Skåne*. (Besvarar primärt delfråga 4 & 5 men även delvis fråga 1 & 2)

Intervjun skedde 2007-12-28 med *Fredrik Thott* som är ledamot i *hälso- och sjukvårdsnämnden* samt ledamot i *regionfullmäktige* vid landstinget i Skåne.

#### **2.2.4 Sekundärdata**

Sekundärdata har använts som grundläggande information innan intervjuerna genomfördes samt även kompletterande information efteråt. *Sekundärdata* har främst kommit ifrån artiklar, Internet och befintliga databaser. Vidare har information införskaffats från tidningar samt har ett fåtal broschyrer använts. *Sekundärdata* har framförallt nyttjats för att besvara delfrågorna 1-3 ovan.

### **2.3 Teoridiskussion**

Teorierna som den teoretiska referensramen grundar sig på är, *balanserat styrkort* och *benchmarking*.

Syftet med teori kring det *balanserade styrkortet* är att ge oss möjlighet att värdera det *balanserade styrkort* som används i *Ontario, Kanada*, då vi har funnit begränsad *sekundärdata* kring dess effekter samt kritisk granskning av utformandet. Här avser vi dock att hålla diskussionen på en väldigt övergripande nivå. Vidare har vi även sett att flera sjukhus i Sverige samt regioner och landsting använder sig av ett balanserat styrkort och således skall teorin även fungera som uppbackning för analysen av dessa aktörer.

Den i rapporten dominerande teorin är kring *benchmarking*, vilken är starkt bunden till rapportens tes som framhäver jämförelser som verktyg för effektivitet. Inom *benchmarking-teroin* har vi valt att fokusera på två huvudområden, nämligen olika varianter och metodiskt tillvägagångssätt. Tillika utvecklas resonemanget kring lärandeaspekten inom *benchmarking*.

De olika varianterna av *benchmarking* syftar till att belysa spektra där teorin kan brukas. Det metodiska tillvägagångssättet har för avsikt att hjälpa oss att resonera kring problemfråga 2 *Hur kan ett nyckeltalsjämförande system översiktligt se ut i en sjukvårdskontext och vilka kan de kritiska faktorerna vara?* Med informationen från teorin kring tillvägagångssättet kan vi rangordna och vikta komponenter som är av vikt för ett välfungerande system. Vidare stod vi inför valet att inflika teorier kring lärande då det är en central faktor och målet för *benchmarking*.

## **2.4 Källkritik**

### **2.4.1 Litteratur**

Beträffande litteratur bör framhållas att författarna i viss mån måste ses som subjektiva. Vidare är det svårt, om inte omöjligt, att sondera all befintlig litteratur inom berört område och således kan det tänkas att lämpligare litteratur finns att tillgå. Trots det anser vi som nämnts ovan att litteraturen som använts är giltig och fullgod att användas för att uppnå rapportens syfte.

Beträffande litteraturen om det *balanserade styrkortet* har vi nått grundkällan genom *Kaplan & Norton* samt funnit kringlitteratur som stödjer, utvecklar och kritiserar deras resonemang. Däremot rörande *benchmarking* finns det många tolkningar där vi valt en, den skiljer sig dock

inte nämnvärt från övriga teoritolkningar som vi läst. Givetvis finns det en spegling från författaren men eftersom även annan litteratur studerats ses inga större dilemman här ur.

### 2.4.2 Intervjuer

Empirin baseras till största delen av intervjuer. Det resulterar i att informationen som samlats in inte är heltäckande och riskerar att spegla individernas personliga åsikter. Det känns som att intervjuerna som gjorts med *akutvårdsdivisionen på UMAS* och *SKL* varit ärliga och informativa, särskilt den förstnämnda. Det bör inflikas att dessa personer är politiskt oberoende till skillnad från *Fredrik Thott, ledamot i Region Skånes hälso- och sjukvårdsnämnd*. Vid denna intervju kan vi se vissa brister. Det kändes ibland som om svaren gavs för att framstå i god dager och en del svar saknade djup. Anledningarna kan vara många men de vi haft i åtanke är hans politiska ställning som gör att hans svar per automatik är politiskt speglade. Vidare är han politiker och inte en fackman vilket således tordes förklara det brisande djupet i svaren. (*fler troliga anledning berörs i Kontexteffekter i avsnitt 2.5.2*). Det resulterade i komplettering vid ett senare skede där resultatet blev något fylligare. Vi vill dock klargöra att ovan nämnda kritik rörande *Fredrik Thott* med största sannolikhet även hade framkommit om andra politiskt aktiva hade figurerat i empiriinsamlingen.

### 2.4.3 Övrigt insamlat material

Delar av materialet baseras också på källor tagna från *Internet*. Vi har därför försökt att kritiskt granska och ifrågasätta den information som använts för studien, då vi är väl medvetna om att författarnas egna åsikter återspeglas i texten och att viss fakta kan vara fabulerad. Frågor som vi ansett vara viktiga att uppmärksamma är: vem som har skrivit texten, vad personen vill informera eller påverka allmänheten om, när källplatsen skapades och om fakta överrensstämmer med andra webbplatser.<sup>15</sup>

Slutligen har information om det kanadensiska systemet inhämtats som referensobjekt, här ser vi vissa brister angående informationen rörande effekter och kritik. Vi har gjort ett digert försök att finna denna information men inte lyckats. Troligtvis hade det krävts flera intervjuer med berörda instanser i *Kanada* för att kunna nå denna information grundligt. Glädjande är dock att vi har nått grundkällan tillika några få kritiska artiklar.

---

<sup>15</sup> Bryman & Bell, 2005

## 2.5 Studiens trovärdighet

### 2.5.1 Validitet

*Validitet* är ett mått beträffande hur väl en studie lyckas mäta det som den avser att mäta, det vill säga i vilken utsträckning våra slutsatser är giltiga. Det är viktigt att ha en kritisk inställning till det data som samlats in. Man kan dela upp *validiteten* i *intern* och *extern validitet*. *Intern validitet* är ett begrepp som speglar resultatens korrekthet. *Extern validitet* däremot handlar om i vilken grad slutsatserna kan generaliseras i en större kontext.<sup>16</sup>

Genom hela rapportens förlopp har vi haft ett kritisk förhållningssätt till den information vi samlat in. Teorier har inte tagits för givna utan vi har noggrant bearbetat material från flera källor och försökt bilda oss en nyanserad bild. I vissa fall skiljer sig teorier om *benchmarking* sig åt och då har vi förlitat oss till vår subjektiva förmåga att bedöma vad som är relevant för rapporten. Inom den forskning som bedrivits kan man inte påstå att det finns en sanning utan där finns ett flertal mer eller mindre kompletterande teorier.

Empiriinsamlingen har skett bland annat genom intervjuer. Intervjuerna har både varit per telefon men även genom verklig träff med intervjuobjektet. Vi har i största mån försökt att undvika att inte ställa frågor som har varit ledande utan respondenten har fått ta helt och hållet egna ställningstaganden.

Uppsatsens *generaliserbarhet* till en större kontext är diskutabel. Med tanke på det begränsade antalet intervjuer som gjorts är denna generalisering vågad. Vi vill dock inte helt avfärda övergripande slutsatser med utgångspunkt från den insamlade empirin då vi har intervjuat personer för regionalt och rikstäckande organisationer. Men en kraftig reservation bör göras för generaliserbarheten av rapportens dragna slutsatser. Således, det som rapporten kan säga i ett större sammanhang måste ses utifrån de källor varifrån informationen är hämtad.

### 2.5.2 Reliabilitet

*Reliabilitet* innebär att de resultat man kommer fram till ska vara tillförlitliga. Det vill säga om en replikering av studien görs, skall den ge samma resultat som dess föregångare, förutsatt

---

<sup>16</sup> Ivar Jacobsen, 2002

att förutsättningarna är de samma. Det är svårt att garantera god *reliabilitet* i *kvalitativa undersökningar*.<sup>17</sup>

Det finns två olika sorters effekter som påverkar en undersökning, *undersökareffekter* och *kontexteffekter*. *Undersökareffekten* innebär att personen som intervjuats kan ha påverkats av oss, det vill säga hur vi agerat under intervjun.<sup>18</sup> Vi kan inte förkasta risken att svaren kunnat bli lite annorlunda om någon annan bedrivit intervjun. Men vi har följt en någorlunda öppen intervjuguide, som bifogas i *Bilaga A*, som bör underlätta en replikering av undersökningen.

*Kontexteffekten* under en intervju innebär att respondenten kan påverkas av de förhållanden som råder under intervjun, det vill säga var den ägt rum och hur pass förberedd respondenten varit.<sup>19</sup> Samtliga våra intervjuer har varit planerade och samtliga respondenter har informerats ytligt om vad intervjun kommer att handla om. Respondenten har alltså i viss mån kunnat förbereda sig på ämnet men inte på några specifika frågor. Vi har gjort vårt yttersta för att motverka denna effekt genom att tillämpa ett så pass styrt upplägg som vi ansett oss kunna utan att begränsa svaren. Vid alla intervjuer utom en (*Fredrik Thott ledamot i hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne*) har respondenten befunnit sig på sin arbetsplats, den gången befann sig respondenten i sitt hem. Detta kan ha medfört att han känt sig pressad eller helt enkelt velat påskynda intervjun.

För att säkerställa korrektheten i återgivningen av intervjuerna spelades samtliga intervjuer in och därefter verifierades intervjusammanställningarna av respondenterna för att minimera felkällor vid avskrivning och tolkning. Vi har även försökt *triangulera*, det vill säga att vi har försökt använda oss av två eller flera källor för att undersöka studieobjektet.<sup>20</sup> Vi ser dock viss brist i trianguleringen rörande intervjuerna då önskvärt hade varit att vi intervjuat flera personer från samma organisation. Beträffande intervjun på *akutvårdsdivisionen* på *UMAS* tror vi att ett liknande svar hade givits om andra divisioner hade tillfrågats, vilket endast hade gett en viss nyansering av empirin.

Vidare ser vi brister i att endast en ledamot i *hälso- och sjukvårdsnämnden* intervjuats. Denna kritik rör sig framförallt kring huruvida *hälso- och sjukvårdsnämndens* sammansättning

---

<sup>17</sup> Svenning, 1999

<sup>18</sup> Ivar Jacobsen, 2002

<sup>19</sup> Ibid

<sup>20</sup> Björklund et al., 2003

speglar många politiska viljor. Dock bör nämnas att *Thott* representerar den styrande majoriteten.

Beträffande ovan nämnda kritiska förhållning till vårt empiriinsamlade bör relationen mellan empiriinsamlingen, rapportens syfte och fokus ställas. Anledningen till en större empiriinsamling ej gjorts är undantagslöst tidsskäl. Vi har dock försökt att lösa problematiken genom att de tre intervjuade har fått liknande frågor och då de tangerar varandras områden har de på så sätt stärkt *trianguleringseffekten* och därmed *tillförlitligheten*.

### 2.5.3 Objektivitet

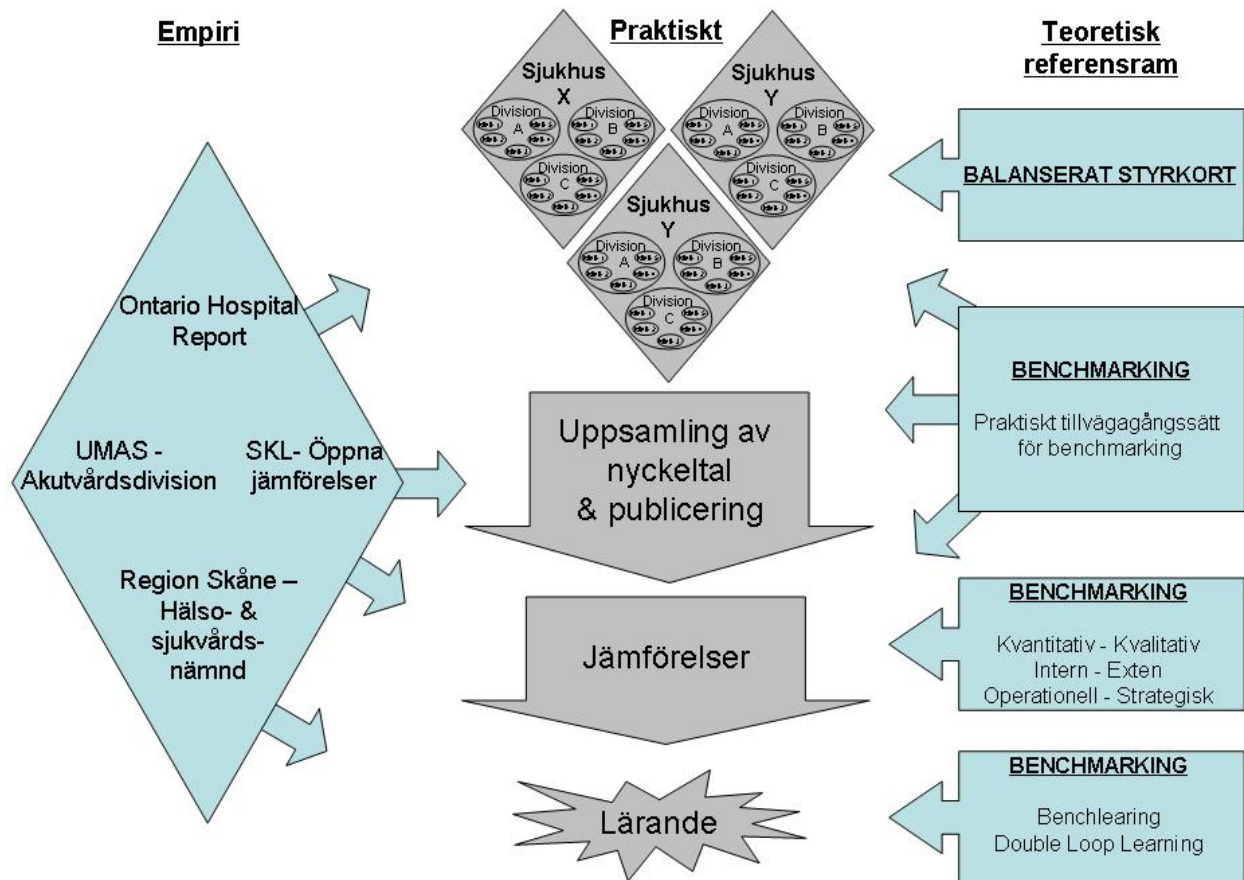
Problematiken kring rapportens *objektivitet* har minimerats främst genom tre faktorer. Först är vi tre personer som har skrivit rapporten vilket resulterar i att det inte är en persons åsikter som dominerar rapporten. Vidare har vi haft objektivitetsfrågan uppe för diskussion och genom att ha lyft upp frågan har vi förhoppningsvis minimerat den ytterligare. Slutligen har rapporten granskats av handledare och opponenter. Rapporten avspeglar säkerligen viss subjektivitet, vilket i viss mån är ofrånkomligt men att den skall ha påverkat slutsatserna drastiskt ser vi som minimal efter ovan nämnda försök att minimera påverkan.

## 2.6 Sammankopplingen mellan teoretisk referensram och empiri

Nedan i *Där det* förstnämnda har för avsikt att stödja merparten av analysen, medan varianter av *benchmarking* främst nyttjas när systemet publicerats så att jämförelserna möjliggjorts. Slutligen när processens mål skall uppnås, lärande, nyttjas framförallt teori om lärande.

*Figur 1*, på nästa sida, visas en schematisk bild över hur rapportens teoretiska referensram och empiri förhåller sig till rapportens syfte. Empirin stödjer analysen från början till slut. Den teoretiska referensramen stödjer rapporten under olika faser. Det balanserade styrkortet hjälper oss förutom som tidigare nämnt kritiskt granska referensobjektet i *Ontario* men även fungerar den som ett verksamhetsstyrssystem som kan tänkas nyttjas av sjukhusen. *Benchmarking-teorin* som används delas in i tre huvuddelar, praktiskt tillvägagångssätt, varianter av *benchmarking* samt lärande. Där det förstnämnda har för avsikt att stödja merparten av analysen, medan varianter av *benchmarking* främst nyttjas när systemet

publicerats så att jämförelserna möjliggjorts. Slutligen när processens mål skall uppnås, lärande, nyttjas framförallt teori om lärande.



Figur 1 Schematisk bild över sammankoppling mellan teoretisk referensram och empiri

### 3 Teoretisk referensram

---

*Nedan presenteras de huvudteorier som ligger till grund för analysen. Först beskrivs det balanserade styrkortet som syftar till att på ett strukturerat sätt mäta och styra ett företag på fler nivåer än endast det finansiella. Slutligen presenteras benchmarking som har som syfte att systematiskt jämföra och på så vis utveckla organisationer. Här beskrivs bland annat olika former av benchmarking samt en metodik för genomförande.*

---

#### 3.1 Balanserat styrkort

Det *balanserade styrkortet* har uppkommit som en reaktion på den traditionella ekonomistyrningen, vilken kan ses som enkelspårig, då den endast fokuserar på ekonomisk information. Dessutom är enbart ett finansiellt perspektiv kortsiktigt, abstrakt samt har en svag strategisk koppling. Med hjälp av *balanserat styrkort* går man från *ekonomistyrning* till *verksamhetsstyrning*, då hela företagets aktiviteter kan bedömas ur flera perspektiv. På detta vis är det möjligt att ge begripligare mål för de berörda parterna.<sup>21</sup> Det *balanserade styrkortet* kopplar ihop strategiska och ekonomiska mål på ett begripligt sätt, samtidigt som faktorer som till exempel *intellektuellt kapital*, miljöarbete och kunden kan få ökat fokus.<sup>22</sup>

Vidare har de rent finansiella måtten fått utstå mycket kritik bland annat genom att de:<sup>23</sup>

- Fokuserar starkt på redan inträffade händelser.
- Ofta leder till ett kortsiktigt agerande.
- Ofta är alltför grova för att signalera om bland annat orsaker till problem, avvikelser och förbättringsmöjligheter.
- Inte inkluderar företagets agerande i en större kontext, exempelvis med kunder och leverantörer.
- Ger bristfällig information om hur strategiska målsättningar skall kunna uppnås.
- Svårt för företagets medarbetare att förstå och kunna relatera till det i sitt eget arbete.

#### 3.1.1 Det traditionella styrkortets uppbyggnad

Det traditionella *balanserade styrkortet* som skapades av *Kaplan & Norton* i början av 1990-talet<sup>24</sup> har fyra perspektiv, *finansiellt-, kund-, intern- och lärandeperspektiv*. Under varje

---

<sup>21</sup> Kaplan & Norton, 2000

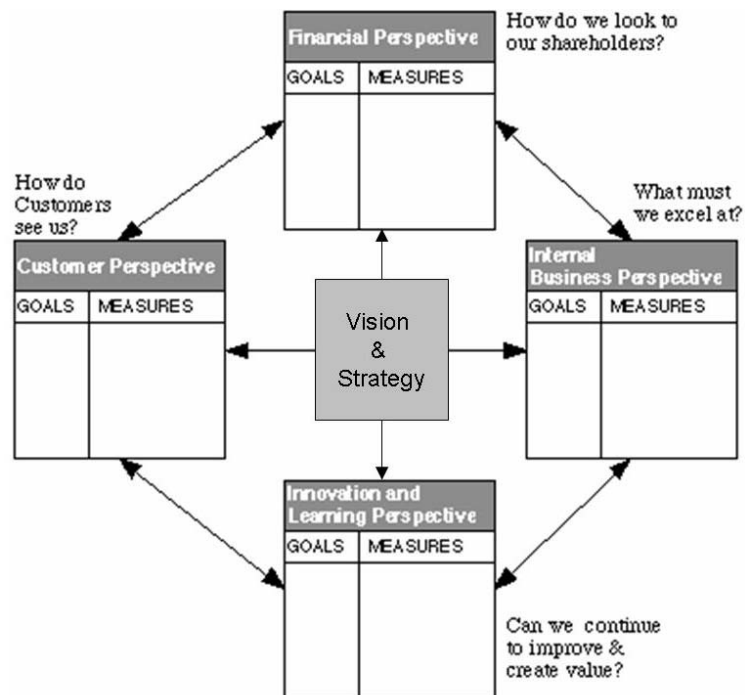
<sup>22</sup> Ax et al., 2002

<sup>23</sup> Ibid



perspektiv finns nyckeltal som oftast är lätta att kvantifiera. Under det interna perspektivet kan det exempelvis finnas andel kassationer och antal arbetade timmar per tjänsteutförande. Valet av perspektiv och nyckeltal därunder är individuellt för varje enskilt företag, huvudsaken är att det finns tanke bakom måtten och att de stöttar företagets vision och strategi.<sup>25</sup>

Det traditionella styrkortet består av fyra perspektiv, som kan ses i *Figur 2* nedan.



*Figur 2* Modell av det traditionella balanserade styrkortet<sup>26</sup>

De fyra perspektiven är:

### **Finansiellt perspektiv**

Detta är det traditionella ekonomiska perspektivet. Här visas oftast ägarnas krav på verksamheten.<sup>27</sup> Måtten kan exempelvis vara företagets vinst, ökning i form av omsättning och deras finansiella status i form av soliditet.<sup>28</sup>

<sup>24</sup> Ax et al., 2002

<sup>25</sup> Kaplan et al., 2000

<sup>26</sup> www.ifm.eng.cam.ac.uk 07-12-09

<sup>27</sup> Kaplan et al., 2000

<sup>28</sup> Ax et al., 2002

### **Kundperspektiv**

*Kundperspektivet* syftar till att lyfta fram kunden, hur skall företaget agera för att locka kunder samt behålla existerande? <sup>29</sup> Vanliga mått här är kundtillfredsställelseindex och upplevd kundnytta<sup>30</sup>

### **Interna perspektiv**

Detta perspektiv syftar till att belysa den interna verksamheten. Vilka interna processer måste företaget behärska väl för att stå sig konkurrenskraftigt.<sup>31</sup> Mått som kan användas är: andel kassaktioner, effektivitetsmått och utnyttjandegrad<sup>32</sup>

### **Lärande och tillväxtperspektiv**

*Lärande- och tillväxtperspektivet* syftar till att beskriva företagets förmåga till förändring och lärande. Exempel på mått är: medarbetartillfredsställelse, medarbetarkompetens (till exempel antal utbildningstimmar/år).<sup>33</sup>

Perspektiven både i antal och i karaktär kan och bör variera mellan olika företag/användare. Det kan tänkas att miljö är ett viktigt område och således bör miljö vara med som ett perspektiv. Perspektiven bör variera mellan 3-6 stycken.<sup>34</sup> Samma sak gäller för nyckeltalen/indikatorerna. Dessa kan variera kraftigt beroende på företagets kontext men för ett styrkort bör de inte överskrida 3-5 stycken/perspektiv och totalt mellan 10-15 stycken.<sup>35</sup> Anledningen är att det skall vara greppbart för de som skall använda styrkortet. Som synes kan det blir problematiskt, för i vårt fall sjukhus, att endast ha så få nyckeltal att nyttja. Men då går det till exempel att använda sig av så kallade personliga *balanserade styrkort* där de övergripande perspektiven och nyckeltalen bryts ner på individnivå vilket då har mer specifika indikatorer än vad det övergripande styrkortet har. Balanserat styrkort kan användas på samtliga nivåer i en verksamhet, från organisationsövergripande till individuellt anpassade styrkort.<sup>36</sup>

---

<sup>29</sup> Kaplan et al., 2000

<sup>30</sup> Ax et al., 2002

<sup>31</sup> Kaplan et al., 2000

<sup>32</sup> Ax et al., 2002

<sup>33</sup> Ibid

<sup>34</sup> Arvidson, 2006

<sup>35</sup> Ibid

<sup>36</sup> Ibid

### 3.1.2 Problematik kring balanserat styrkort

**Dålig förankring i organisationen.** Det är svårt för företagets anställda att ta till sig styrkortet. Här finns det risk att implementeringsprocessen stressas fram genom ett överdrivet *top-down* styre från ledningen. Det kan äventyra hela användningen av det *balanserade styrkortet*. Tillika om konsulter eller direkta kopior används för skarpt vid implementeringen. Styrkortet bör tas fram inifrån, av dem som skall använda det. Därmed inte sagt att konsulter och andra system skall vara avlägsna men det skall vara en klar majoritet från det egna företaget. Det är trots allt företaget som skall använda styrkortet i framtiden. Anammas inte styrkortet av de anställda är risken överhängande att det blir en hyllvärmare och inte, som avsett, ett effektivt *verksamhetsstyrssystem*.<sup>37</sup>

**Måtten är inte tillräckligt kopplade till företagets strategi.** En del företag tror att det *balanserade styrkortet* går att direkt överföra till deras verksamhet. Det de då missar är att styrkortet måste anpassas till deras kontext. Om inte måtten och perspektiven är synkroniserade med företagets vision och strategi ger det dubbla signaler till de anställda vilket ökar risken för att företaget blir *spretigt* och därmed inte lika konkurrenskraftigt, som om perspektiven och målen sätts utifrån företagets kritiska faktorer.<sup>38</sup>

**Dåligt orsakssamband mellan mått och prestation.** Måtten är inte alltid starkt positivt korrelerade med resultatet. Detta faktum har uppstått bland annat genom att måtten sätts genom icke testade hypoteser. Exempelvis gör personal med mycket erfarenhet mindre fel än de med lite erfarenhet? Och i så fall borde man göra allt som står i ens makt för att minska personalomsättningen av erfaren personal? Slutligen, vilken typ av arbetsuppgifter kräver erfaren personal (ett genomsnitt kan vara missvisande)? Det går inte att ge något exakt svar förrän hypotesen är testad och således går det inte genom enbart rutin säga något exakt.<sup>39</sup>

**Prestationsmålen sätts fel.** I vissa fall är det inte fördelaktigt att ha höga icke-finansiella mål. Exempelvis är det inte alltid fördelaktigt att ha ett *kundnöjdhetsindex* som är 100 procent. Det kan tänkas att en till 80 procent nöjd kund spenderar lika mycket pengar i affären som en annan kund, som är nöjd till 100 procent. Det kan resultera i att arbetet att få upp kundnöjdheten inte är proportionell mot effekterna. Vidare finns en risk att prestationsmåten

---

<sup>37</sup> Ittner & Larcker, 2003

<sup>38</sup> Ibid

<sup>39</sup> Ibid

sätts allt för kortsiktigt och de långsiktiga vinsterna tas inte med i beräkningarna då det inte ger ett direkt mätbart resultat.<sup>40</sup>

**Prestationerna mäts fel.** Slutligen konstaterades att prestationerna ibland mäts fel, måtten är inte *valida* och *reliabla*. Det vill säga att prestationsmåtten inte mäter rätt saker på rätt sätt. Fallgröparna är många, bland annat har det visats att företag har en tendens att samla in data innan de har bestämt sig för vad det är de vill mäta. Vidare finns tendenser att vid inhämtandet av framförallt icke-finansiella nyckeltal ha ett inkonsekvent tillvägagångssätt inom ett och samma företag. Detta kan i värsta fall resultera i vitt skilda resultat och därmed vara olämpliga att sammankopplas. Slutligen kan vissa mjuka nyckeltal vara svåra att kvantifiera så som ledarskap och leverantörsförhållande.<sup>41</sup>

### 3.2 *Benchmarking*

*Benchmarking* är ett förfaringssätt som används av bland annat företag som hjälpmedel för att öka konkurrenskraften och på så vis öka sina marknadsandelar. Tillvägagångssättet för hur *benchmarking* utförs skiljer sig från företag till företag, men ett allmängiltigt drag är att man jämför sig med en bransch, ett enskilt företag eller en intern avdelning med en *best practice* aktör. Det gäller således att jämföra en *best practice* företagsstrategi och beteende med ens egna, alternativt se hur ens egna aktiviteter inom exempelvis en division kan påverka andra aktiviteter i andra divisioner genom att identifiera de prestationer som är överlägsna de andra.<sup>42</sup>

Processen möjliggör bland annat kunskapsutveckling och effektivare produktion eftersom *benchmarking* har en värdehöjande funktion för företaget.<sup>43</sup> *Benchmarking* påverkar och skapar också nytta för företag och dess intressenter, genom att en *win-win-situation* uppstår. De anställda blir mer tillfreds med sin arbetsituation, arbetsgivarna får en effektivare organisation och ägare och kunder får ett högre värde.<sup>44</sup>

---

<sup>40</sup> Ittner et al., 2003

<sup>41</sup> Ibid

<sup>42</sup> Karlöf et al, 2000

<sup>43</sup> Ibid

<sup>44</sup> Karlöf & Helin Lövingsson 2003

Under 1990-talet blev begreppet *benchmarking* populärt och brukades som konkurrensstrategi i allt högre grad. Men fenomenet uppmärksammades redan på 1950-talet i *Japan*, då japanska företag hade stora problem med sina produktionsprocesser och produktstrategier. I ett försök att förbättra konkurrenskraften vände sig de japanska företagen mot *Västeuropa* och *USA* för att undersöka hur de kunde få fram mer konkurrenskraftig produktion till lägre priser, för att nå den globala marknaden. I väst blev begreppet allmänt vedertaget först på början av 1970-talet genom att *Xerox*, baserat i *USA*, nyttjade strategin.<sup>45</sup> (*Xerox-exemplet beskrivs utförligare i problemdiskussionen kapitel 1.1*)

På den europeiska marknaden och i vårt fall på den svenska marknaden är det generellt sett svårt att identifiera vilka företag som brukar *benchmarking*. En förklaring till detta är att det finns en ganska stor utbredning av diskretion bland dem som utför strategin, både gällande sin egen situation och eventuella partners. Ett företag som dock utbrett använder sig av *benchmarking* i Sverige är *IKEA*.<sup>46</sup>

### 3.2.1 Benchmarkingens innebörd

Det centrala huvudinnehållet i *benchmarking* handlar om hur en organisation skall förbättra affärsverksamheten, produktionen och processen. Utvecklingen skall mynna ut i nya arbetsmetoder som kan leda till tillväxt, exempelvis kortare utvecklingstider och tillverkningsstider. Dessa kan uppnås genom jämförelser av likartade processer som andra företag gör, men även att sätta mål i nivå med den bästa i branschen. *Benchmarking-processen* utmärks av en dynamisk utvecklingsstrategi för användaren. Den exemplifierar även kontinuerlig förbättring av brukarens position. En aspekt som är viktigt att tänka på är att processen inte bara ska innefatta en statisk jämförelse av nyckeltalen, då resultatet kan få standardiserande egenskaper och därmed inte får samma effekt.<sup>47</sup>

Det gäller alltså för företaget att kunna värdera sina egna prestationer för att kunna jämföra sig med en *best practice*, och använda denna process för att identifiera *gapet* i produktionen. Genom att klargöra sina brister och se på en *best practice* företag uppstår möjligheten för företaget att medelst aktiviteten minska *gapet* och använda de nya erfarenheterna till en hållbar ekonomisk utveckling för organisationen. Dock räcker det inte med att endast värdera

---

<sup>45</sup> Karlöf, 1997

<sup>46</sup> Ibid

<sup>47</sup> Ibid

de egna prestationerna och minska detta *gap*, om inte *benchmarking-analysen* implementeras genom hela organisationen eller avdelningen, och att *rätt best practice* har jämförts.<sup>48</sup> Ovanstående resonemang kan annars resultera i oförståelse inom organisationen om, exempelvis, ledningen ska kunna motivera en rationalisering. Alternativt kan en förändring slå helt fel om inte företaget har jämfört produktionen med en *best practice*. Företaget måste dock beakta att en hållbar ekonomisk utveckling också påverkar den interna produktionen, samtidigt som ett alltför stort internfokus kan leda till ett introvert synsätt för de egna medarbetarna. Detta dilemma är något som organisationer ständigt brottas med, vid utförandet av en *benchmarking-analys*.<sup>49</sup>

*Benchmarking* uppmuntrar till effektivitet och utveckling genom jämförelse med ett *best practice-alternativ*, vilket leder till att företaget får det lättare att svara på om verksamheten/avdelningen är effektiv. Drivkraften av att försöka applicera lyckade strategier på ens egen organisation kan ge upphov till kreativt tänkande och på så sätt finna nya lösningar på problem som man inte själv skulle ha kunnat komma på. Det viktiga är att nyttjandet av *benchmarking-analysen* inte resulterar i en imitation, utan processen skall mynna ut i egen inspiration och kreativitet.<sup>50</sup>

*Bengt Karlöf* har i sin bok visualiserat *benchmarking-processen* och vad som driver en hållbar utveckling för ett företag. Denna process kan ses i *Figur 3*.<sup>51</sup>

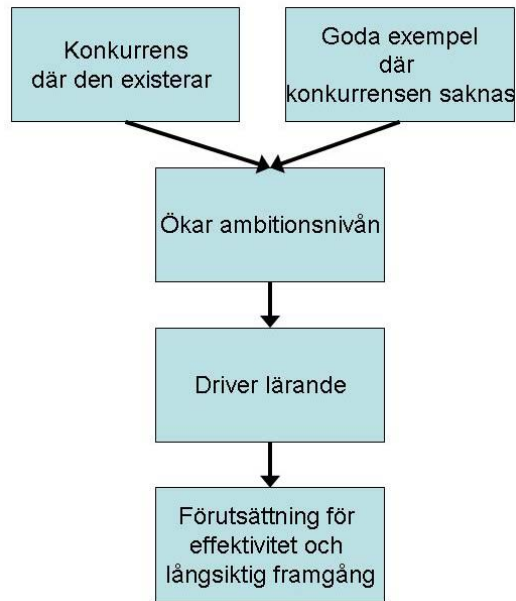
---

<sup>48</sup> Pervaiz, Mohammed, 1998

<sup>49</sup> Gustavsson, 1992

<sup>50</sup> Karlöf, 1997

<sup>51</sup> Ibid



Figur 3 Förutsättningar för långsiktig framgång.<sup>52</sup>

*Konkurrensbegreppet* är en faktor som ofta har haft en negativ innebörd för företag. Istället bör företagen se konkurrensen som något positivt, vilket genom jämförelser kan lyfta den egna ambitionsnivån i organisationen. Ambitionsnivån har en mycket viktig innebörd, då ambitionsnivån är ett uttryck för nya mål för verksamheten och att göra dessa mål effektiva. *Benchmarking* har en mångfaciterad struktur som inte bara begränsar sig till att förbättra resultaten och effektiviteten. Lärandebegreppet är således ett centralt inslag och en viktig komponent då lärandet av likartade processer hos en *best practice* kan leda till att förbättringar av den interna arbetsprocessen genom exempelvis utvecklandet av kortare produktions- och utvecklingstid.<sup>53</sup>

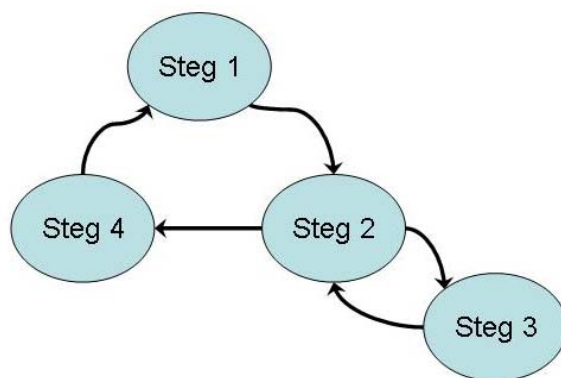
*En utveckling av benchmarking-teorin med avseende på lärande är benchlearning*, som fokuserar på orsakssamband. Det innebär att teorin har mer tonvikt på organisationens *lärande* medan *benchmarking* fokuserar mer på *effektivitetsbegreppet*. Båda teorierna exemplifierar vikten av att lära sig av andras erfarenheter, dock som inspiration, och inte imitering av den andres process.<sup>54</sup> *Benchlearning* kan delvis ses som ett *double loop learning*

<sup>52</sup> Karlöf et al., 2000 sida 30

<sup>53</sup> Gustavsson, 1992

<sup>54</sup> Karlöf et al., 2003

(flerkretslärande) som strävar efter att reflektera över *hur* och *varför* förändringar skall göras och inte bara ett anammande av att följa ett redan existerande mönster.<sup>55</sup>



**Steg 1** = Känna av, läsa av och hantera omgivningen  
**Steg 2** = En jämförelse mellan denna information och operationsreglerna  
**Steg 3** = Ett ifrågasättande av om operationsreglerna är lämpliga och relevanta  
**Steg 4** = Initiering av lämpliga åtgärder

Figur 4 Schematisk bild över Double loop learning<sup>56</sup>

Lärandet har en fundamental roll i beslutsprocessen, då erfarenheter ligger till grund för hur problem löses genom lagrad kunskap. Dessutom medför lärandeprocessen att det blir lättare för människan att finna en snabbare lösning bland annat genom att man metodiskt undersöker aktiviteter hos en *best practice-aktör*. Sambandet leder till att organisationer tar lärdomar av andra, vilket gör att kunskapsnivån höjs i den egna verksamheten.<sup>57</sup>

### 3.2.2 Varianter av benchmarking

*Benchmarking* kan delas in i olika kategorier beroende på hur den ter sig och vad den har för avsikt att undersöka. Vi har funnit tre indelningar som kan karaktärisera olika typer av *benchmarking*

#### **Strategisk- och operativ benchmarking**

Den första metoden behandlar strategiska och operativa frågor. Det *strategiska perspektivet* handlar om hur organisationen, genom planering, realiserar en strategi till en framtida produktion. Sålunda, vilka produkter som ska säljas, vilket kundsegment som ska nås,

<sup>55</sup> Gareth, 1999

<sup>56</sup> Gareth, 1999 sida 99, smärre modifierad

<sup>57</sup> Karlöf et al, 2003



produktnamn och nuvarande konkurrensställning. I en *benchmarking-analys* används det strategiska begreppet för att hitta nya affärsmöjligheter, möjliggöra för nya allianser och samarbeten och andra allmänna aktiviteter som dramatiskt kan förändra affärskonceptet. *Karlöf* kallar också det strategiska begreppet för företagets kärnkompetens. I händelse av att konkurrens saknas på en marknad är det dock svårt att tillämpa det strategiska begreppet på en *benchmarking-analys*.<sup>58</sup>

Det *operativa begreppet* syftar till att beskriva vilka verktyg som organisationen måste använda sig av för att nå till de strategiska målen. Ofta rör det sig om driftsfrågor (produktivitet, effektivitet), kostnader, kapital och andra aktiviteter som påverkar företagets produktion och försäljning. *Operativ benchmarking* delas vidare in i *funktionell- eller process-benchmarking*. *Operationell benchmarking* identifierar förbättringsområden inom företagets processer och system (*processbaserad benchmarking*), men även saker som pris, kvalitet och hur företaget ska nå markanden (*funktionell baserad benchmarking*).<sup>59</sup>

### **Intern och extern benchmarking**

Ett företag kan antingen använda sig av *intern* eller *extern benchmarking*. Intern analys syftar till att identifiera liknande produktionsprocesser inom olika affärsenheter i samma företag. Det gäller alltså att fokusera på referensobjekt inom den egna verksamheten för att genom lärandet nå effektivisering. Detta tillvägagångssätt bör vara det primära i *benchmarking-processen*, emedan utan intern effektivitet är det svårt att uppnå extern effektivitet. Nu utesluts inte *extern benchmarking* om företaget inte bedriver *intern* dito, men i vissa fall handlar processen om interna jämförelser mellan avdelningar och inte externa.<sup>60</sup>

Det externa perspektivet handlar om att organisationen ska ta lärdomar av externa aktörer utanför det egna företaget. Dock syftar detta inte enbart till processjämförelser gentemot företag inom samma bransch utan det handlar även om jämförelser med andra företag inom andra branscher, exempelvis produktframtagning och FoU.<sup>61</sup> Det är även viktigt att beakta att det finns en större möjlighet att finna en bättre och effektivare produktion hos en aktör som ligger utanför den egna verksamheten. Problemet med intern fokusering är att den tenderar att

---

<sup>58</sup> Karlöf, 1997

<sup>59</sup> Ibid

<sup>60</sup> Ax et al. 2002

<sup>61</sup> Ibid

stänga ute andra delar av den egna organisationen i avseendet att man vill värna om den egna prestationen.<sup>62</sup>

Sammanfattningsvis så finns det vissa fall där *intern benchmarking* passar som strategi för företaget och i en del andra fall *extern fokusering*. Dessutom är vissa organisationer i behov att göra en kombinerad analys för att få en större bredd av variation i processen för att kunna tillämpa *benchmarkingen* på ett effektivt sätt.<sup>63</sup>

### **Kvalitativ och kvantitativ benchmarking**

Med *kvalitativ benchmarking* avses en djupgående analys mot ett mindre antal objekt medan en *kvantitativ benchmarking* avser det motsatta, det vill säga att många objekt studeras men inte med samma djup. I den kvantitativa analysen handlar det främst om att klargöra vad som produceras, hur mycket det kostar per producerad enhet och så vidare. Om man däremot använder sig av en kvalitativ analys kan företaget få en beskrivning av liknande processer och aktiviteter som produceras i en annan organisation. Med det kvalitativa synsättet går dessutom att genom studier och attityder skraddarsy en analys för varje specifikt tillfälle.<sup>64</sup>

Dock uppstår det ett problem genom att ett värde betyder olika saker inom organisationen beroende vilken affärsenhet som åberopas. Ett värde för en säljfunktion innebär inte alltid samma sak som ett värde för en stabsfunktion. I vissa fall är det därmed ganska svårt att använda sig av *kvantitativ* och *kvalitativ benchmarking-analys*.<sup>65</sup>

### **3.2.3 Praktiskt tillvägagångssätt för benchmarking**

Det finns en många olika modeller som visualiserar hur en *benchmarking-analys* praktiskt bör gå till väga. Nedan beskrivs en modell, som baseras på tio steg (*se Figur 5*), . Modellen har gjorts i syftet att förhindra företag, som utför en analys, att göra samma misstag som andra tidigare har gjort samt att ta fram vilka faktorer och/eller element som är viktiga att fokusera på för att analysen ska mynna ut i framgångsfaktorer.<sup>66</sup>

---

<sup>62</sup> Karlöf, 1997

<sup>63</sup> Bergman et al, 2001

<sup>64</sup> Karlöf, 1997

<sup>65</sup> Ibid

<sup>66</sup> Ibid



Figur 5 Schematisk bild över benchmarkingprocessen<sup>67</sup>

1. Det första steget handlar om ledning och deltagande. Steget syftar främst till att vara en metodgenomgång innan själva *benchmarking-processen* genomförs. Något som är viktigt att beakta i detta tidiga stadium är att låta deltagarna i organisationen diskutera och röja undan eventuella problem, eftersom frågor ofta har olika innebörd för mottagare och sändare (betydelselära, kvalitet, effektivitet, process etc.). Dessutom måste ledningen presentera vad som ska förbättras och på vilket sätt. Det är således essentiellt att interaktionen inom organisationen sker öppet och effektivt för att processen skall bli dynamisk och produktiv.<sup>68</sup>

Karlöf menar att alla som berörs av förändringen också medverkar i förnyelseprocessen. Detta organisationella synsätt karaktäriseras av följande citat;<sup>69</sup>

*”Praktiskt taget varje individ besitter unik kunskap som kan nyttjas endast med hans/hennes aktiva samarbete. I den moderna kunskapsekonomin är så mycket av kapitalet hänförbart till den mänskliga hjärnan att det blir en nyckelfunktion i modernt ledarskap att skapa aktivt samarbete med människor.”*<sup>70</sup>

2. I en nästa fas skall objektet för *benchmarking-analysen* väljas. Det första ett företag måste göra är att klargöra vilken del av organisationen som skall effektiviseras. Dock finns det vissa problem med att identifiera enheter som måste förnyas, på grund av att en del organisationer karaktäriseras av filialsystem det vill säga organisationer med många likartade produktionsställen exempelvis butikskedjor och banker. Problemet resulterar i att personalen kan bli ovilliga att erkänna hur de definierar processen och aktiviteterna inom ens egen organisation och om de har effektivitetsproblem. Vidare är det viktigt att rätt aktiviteter väljs

<sup>67</sup> Karlöf, 1997 sida 86, smärre modifierad

<sup>68</sup> Karlöf, 1997

<sup>69</sup> Karlöf et al., 2000

<sup>70</sup> Karlöf et al., 2000, sida 93

att fokusera på. Det gäller att se om analysen kan bidra till kärnverksamheten och ge företaget en önskad konkurrensfördel.<sup>71</sup>

3. Det tredje steget beskriver vikten av att kunna beröra rätt affärsenhet och se dess bristfällighet, således måste en noggrann diagnostisering göras för att förstå den egna verksamheten och dess flöde. Det gäller alltså att beskriva aktiviteterna och processerna man brukar och hur effektivt de utförs, men även vilka relationer processen har till andra delar av organisationen och förhållanden med kunder. I följande fem sammanfattande begrepp beskrivs vad som är viktigt att tänka på vid en diagnostisering av analysen, processen, huvudaktiviteten, mål och syfte med huvudaktiviteten, kunder och måltagare (vilka som berörs) samt mätetal.<sup>72</sup>

4. Efter att ha klargjort de tre första stegen är det fjärde stegets val av partner och studieobjekt aktuellt. När ett *best practice-företag* ska väljas är det viktigt att ledningen har många potentiella företag i åtanke, i händelse av att de inte är tillräckligt medvetna om vilket företag som ska användas för fallstudieobjekt. Emellertid kan valet av företag påverka den egna organisationen på ett negativt sätt. Det gäller dessutom att identifiera en partner/*best practice-aktör* som har likheter med ens egen organisation. Om partnervalet också verkar i ett annat land eller inte är ett konkurrerande företag, är sannolikheten att *benchmarking–analysen* blir mer framgångsrik. Något som är viktigt att tänka på är att fallföretaget måste ha full acceptans för sin egen studie om en studie ska genomföras. Därigenom måste en ömsesidig relation etableras, exempelvis ska man vara beredd att dela med sig lika mycket information som man själv begär. Ett centralt begrepp är tydlighet och lyhördhet, vid val av partner, för att relationen skall vara produktiv och välfungerande.<sup>73</sup>

5. Det femte steget i modellen är ett av kärnområdena i *benchmarking–processen*, nämligen den *informationsinsamlade analysen*. Man måste planera arbetet så att rätt nivå berörs samt ställa de frågor som är relevanta för ens egen situation. En annan effekt av *benchmarking* är att den även kan leda till resultat av icke-reglerbara nyckeltal. Detta innebär att man måste eliminera delar av verksamheten som inte ingår i *benchmarking–studien*. Svårigheten blir ibland att ambitionen med analysen ofta driver fram fler mätpunkter än vad som efterfrågas,

---

<sup>71</sup> Karlöf, 1997

<sup>72</sup> Karlöf, 1997, sida 106

<sup>73</sup> Karlöf, 1997

vilket ställer höga krav på reducering. Vidare måste den *informationsinsamlade analysen* mynna ut i en studie, till exempel *frekvensstudier* (säljrapporter), *ABC-analys*, *produktionsanalyser* och *kompetensanalyser*. Kontentan av detta steg är att mätetalen ska vara kopplade till affärsmålen och leda till en kontinuerlig förbättring genom jämförelser mot goda förebilder. Detta på grund av att lärandet är en ständigt föränderlig process som kan påverka företagets resultat och effektivitet.<sup>74</sup>

6. *Orsakssambandet* för inspiration, sjätte steget, visar att företaget inte ska se *benchmarking* som en ren nyckeltalsanalys med normerande tal, utan en process som visar vilka omständigheter som påverkar prestationsskillnader. Ibland kan en rent normerande nyckeltalsanalys leda till ett alltför stort fokus på nyckeltal. Det är således viktigt att komplettera en *benchmarking-analys* med en helhetssyn och affärsförståelse för processen. En jämförelse kan exempelvis inte bara utgå ifrån ett visst antal producerade enheter per timme, utan det finns en rad andra faktorer som kan påverka en produktion. Det kan handla om vilken typ av organisationsstruktur företaget har eller vilken kompetens företagets anställda besitter, faktorer som påverkar hur väl ett företag presterar inom ett visst område.<sup>75</sup>

7. För att minska problemet med att fel saker analyseras och jämförs kan det vara lämpligt att göra ett *återbesök* hos fallföretaget för att få en bättre bild över analysen. Återbesöket stadfäster testningen av nyckeltalen, förklarar gapen mellan organisationerna och ger stöd för nya förklaringar till varför det ligger skillnader i presentationen.<sup>76</sup>

8. När analysen, val av partner och återuppföljning har gjorts måste processerna och aktiviteterna *omstruktureras* för att kunna appliceras på organisationen. Denna del av modellen syftar till att omstrukturera arbetet. Ett problem som kan uppstå vid applicering av ett nytt tankesätt på en organisation är att en förnyelse av en enhet kan påverka andra funktioner på företaget. En annan svårighet utgörs av hur pass paradigmbrytande omstruktureringen blir. Visserligen kan nya revolutionerande aspekter sätta höga mål, men i en del fall är det mindre funktioner som berörs inom företaget.<sup>77</sup>

---

<sup>74</sup> Karlöf, 1997

<sup>75</sup> Ibid

<sup>76</sup> Ibid

<sup>77</sup> Ibid

9. Det nionde steget handlar om *handlingsplanen*, vilken tar hänsyn till vilka strategier som sattes upp från början. Denna del av analysen kan även vara ett bra hjälpmedel för kommande *benchmarking-projekt* som företaget kanske genomför.<sup>78</sup>

10. Det sista steget fokuserar på *förändringen och om företaget verkligen har lärt sig något*. Steget analyserar hur målen uppnåddes och ser om åtgärderna verkligen ledde till effektivitetsförbättringar. Själva grundsyftet med *benchmarking* är att en analys ska leda till förbättringar som gör organisationen effektivare.<sup>79</sup>

### 3.2.4 Fördelarna med benchmarking

Det finns flera framträdande fördelar med *benchmarking*. De handlar om att företagen kan implementera framgångsrika arbetsprocesser från en *best practice-aktör* och därigenom stärka konkurrenskraften. På så sätt kan organisationen identifiera var de befinner sig i sin nuvarande situation på marknaden, jämföra konkurrenternas position, och se om produktionen är effektiv eller inte. Ett annat viktigt incitament att åberopa *benchmarking* är att analysen kan göras utanför den egna branschen, då teorin inte begränsar sig till *benchmarking-analyser* utifrån företagets primära konkurrenter. Det för att inte begränsa sig till branschparadigm. Dessutom leder *benchmarking-analysen* till att det blir lättare för företagen att bli mer kundanpassade, emedan det blir lättare att uppfylla kundens önskemål, samtidigt som företagen själva understödjer fastställandet av de egna strategierna och målen. Att sätta dessa mål och utvärdera desamma underlättas genom analysen.<sup>80</sup>

### 3.2.5 Problematik kring benchmarking–analys

Trots de många fördelarna som nämnts ovan finns det en del fallgropar som är viktiga att tänka på när ett företag ska genomföra en *benchmarking–analys*. *Benchmarkingen* ger motiv till en förändring av företaget, men om denna förändring ska kunna genomföras måste ledningen vara beredd att realisera nödvändig omställning. En del förändringar kan leda till stora nerdragningar och att företaget exempelvis *outsourcar* någon affärsfunktion. Oavsett vilken förändring det än blir måste alla de som berörs också medverka i förändringsprocessen.

---

<sup>78</sup> Karlöf, 1997

<sup>79</sup> Ibid

<sup>80</sup> Andersen & Pettersen, 1997

En insikt skapas således i förnyelseschemat, vilket gör det lättare för ledningen att försvara eventuella rationaliseringar eller stängningar av ineffektiva avdelningar.<sup>81</sup>

Ett annat dilemma är att företag tenderar behålla redan existerande förfaringssätt eller att de konsekvent håller sig till tidigare fattade beslut. Även om företaget skulle ha problem finns det en ovilja från ledningens håll att erkänna att det finns problem i organisationen, samt att de överskattar den egna koncernens prestationsförmåga. Bristen på just denna lyhördhet och variation kan leda till att företagen blir alltför rutinbaserade, vilket gör att lärandenivån minskas. Detta fenomen är dock inget nytt, att vissa människor istället för risktagande väljer säkrare inriktning med försiktighet och återhållsamhet. Oavsett vad det finns för problem i ett företag och hur organisationen väljer att inse detta eller inte, är det oftast ett lyckat koncept att låta en extern aktör kritiskt granska och ifrågasätta beslut som inte gagnar organisationens resultat.<sup>82</sup>

En annan viktig faktor är att företagets verksamhet analyseras. Utan en väl fullgjord analys är det svårt att få en helhetlig syn på verksamheten, och därmed försvåras arbetet avsevärt att hitta en god förebild. Denna situation kan dessutom leda till att man kopierar någon annans strategi utan att egentligen veta om förändringen får ett positivt resultat.<sup>83</sup> Vidare finns kritik att företag stävar efter ett *best practice* och inte ett *next practice*. De menar på att man låser sig vid traditionella gränser om man inte strävar mot ett *next practice*<sup>84</sup>

### ***3.3 Uppsummering av teorin***

Sammanfattningsvis har kapitlet Teoretisk referensram berört följande:

**Balanserat styrkort:** Anledningen som teorin anger till användning av *balanserat styrkort* är framförallt att ha ett enhetligt styrsystem som fokuserar på fler perspektiv än det rent ekonomiska. Vidare beskrivs problematiken kring att använda mjuka nyckeltal. Problemen består bland annat i dålig koppling mellan nyckeltal och strategi och att nyckeltal sätts och mäts felaktigt.

---

<sup>81</sup> Karlöf et al, 2003

<sup>82</sup> Ibid

<sup>83</sup> Karlöf, 1997

<sup>84</sup> Prahalad, 2004

**Benchmarking:** Syftet med *benchmarking* är att genom jämförelser och lärande öka konkurrenskraften och på så vis öka sina marknadsandelar. Tillvägagångssätten är många, bland annat kan *benchmarking* göras *operativt* eller *strategiskt*, *kvantitativt* eller *kvalitativt* samt *internt* eller *externt*. Vidare beskrivs en metodik för genomförandet av en *benchmarking*, som bland annat innefattar att förankra processen hos de berörda och därefter identifiera vad och mot vem/vilka aktiviteterna/processerna skall jämföras med. Slutligen handlar det om att förstå och implementera resultaten.



## 4 The Hospital Report från Ontario, Kanada

---

*Detta avsnitt behandlar den kanadensiska rapporten The Hospital Report. Som nämnts tidigare i metodkapitlet kommer The Hospital Report att fungera som ett referensobjekt och där igenom vara analysen behjälplig. Nedan beskrivs dess syfte samt dess uppbyggnad. Slutligen Framställs effekter och lite kritik som framkommit.*

---

*The Ontario Hospital Association (OHA) tillkännagav vid 1997 års kongress att man skulle producera en serie rapporter, Hospital Report, beträffande hur väl Ontarios sjukhus presterade.<sup>85</sup> Skapandet av dessa rapporter skulle ske i samarbete med Canadian Institute for Health Information (CIHI) och The University of Toronto, som skulle stå för forskningen respektive analysen.<sup>86</sup> Den första rapporten publicerades 1998 och var den första i sitt slag. Aldrig tidigare hade en grundligare forskning med samma metodik ägt rum i Kanada. Målet var en process av kontinuerlig förbättring av prestationsmätt för sjukhusen i Ontario. Detta innebar att skapa incitament för utvecklingen av utvärderbara kriterier för bedömningen av de olika sjukhusen samt även förbättra kvaliteten på rapporterandet och framförallt kvaliteten på vården.<sup>87</sup>*

### 4.1 Syftet med The Hospital Report

*OHA menar att det framförallt finns tre trender som gör så kallade utvärderande rapporter både möjliga och eftertraktade. Dessa tre trender är:<sup>88</sup>*

- *En ökande efterfråga på ansvarsskyldighet från allmänhet, delstat och andelsinnehavare*
- *Utvecklingen av information som möjliggör infångandet av detaljerad information*
- *Utvecklingen av giltiga och pålitliga mått av komplexa och flerdimensionella fenomen såsom vårdkvalitet och patienttillfredsställelse*

*Förutom dessa trender genomgick Ontarios sjukhussystem stora förändringar under denna period, som till stor del var föranledda av kostnadseffektiviseringskrav från Ontarios provinsregering.*

---

<sup>85</sup> Hospital Report '99

<sup>86</sup> Hospital Report '98

<sup>87</sup> Ibid

<sup>88</sup> Ibid

Därför ville *OHA* ta en ledande roll för utvecklandet av giltiga och pålitliga värderingsbara rapporter för sjukhus.<sup>89</sup> Det resulterade i en rapport framtagen för att övervaka vårdkvaliteten, patienttillfredsställelsen, den finansiella dugligheten och organisationernas lärande och förändring av sjukhusvården. Det skulle säkerställa att kvaliteten förblev hög under denna period.<sup>90</sup>

Dåvarande hälso- och sjukvårdsministern i *Ontario* (*Minister of Health and Long-Term Care*), *Elizabeth Witmer*, konstaterade på *OHA*:s årliga kongress 1999 att *Hospital Report '99* skulle utgöra ett utkast till provinsregeringens ansträngningar att öka den delstatliga ansvarsskyldigheten.<sup>91</sup>

## ***4.2 Uppbyggnaden av Ontario Hospital Report***

Rapporterna var initialt beslutat att vara två till antalet, men tanken var att det skulle handla om en fortgående process som skulle utvecklas allt eftersom forskningen fortgick. Genom att löpande redovisa resultat skulle trender skapas och därmed öka bedömningsförmågan.<sup>92</sup>

I den första rapporten, som publicerades 1998, valde *OHA* att inte namnge sjukhusen som deltog i rapporten utan analyserade istället de samlade måtten för sjukhusen, det vill säga på *systemnivå*. Den enda uppdelningen som gjordes var inom de fem regionerna inom *OHA* samt även efter sjukhustyper. Dessa sjukhustyper bestod av *universitetssjukhus*, *allmänna sjukhus* och mindre sjukhus eller *vårdcentraler*.<sup>93</sup>

*OHA* gjorde dock klart att rapporten som var planerad till 1999 skulle innehålla sjukhusspecifik data på nyckeltal och även uppdateringar beträffande densamma.<sup>94</sup> Det visade sig att rapporten 1999 innehöll individuella resultat från sjukhus för motsvarande 91 procent av alla som fick akutvård eller blev opererade under 1997-1998.<sup>95</sup>

---

<sup>89</sup> Hospital Report '98

<sup>90</sup> Ibid

<sup>91</sup> Hospital Report '99

<sup>92</sup> Hospital Report '98

<sup>93</sup> Ibid

<sup>94</sup> Ibid

<sup>95</sup> Hospital Report '99

De rapporter som publicerats till dags dato har innehållit forskning inom fyra så kallade nyckelperspektiv i *Ontarios* sjukhussystem. De fyra nyckelperspektiven är:<sup>96</sup>

- *Clinical utilization and outcomes (Klinisk användning och resultat)*
- *Patient perceptions of Ontario hospitals (Patienters uppfattning om Ontario sjukhus)*
- *Financial performance and condition (Finansiell prestation och kondition)*
- *System integration and change (Systemintegration och förändring)*

De utvecklade ett *balanserat styrkort* i samband med starten av *The Hospital Report*, som skulle mäta sjukvården ur flera perspektiv än tidigare, det vill säga endast utifrån ett *Cost Management-perspektiv*. Nu skulle de även mäta lika delar kliniska resultat som patienttillfredsställelse och därmed bredda plattformen för vilken sjukhusen kunde bedömas beträffande ansvar för rådande kvalitet och prestationer.<sup>97</sup>

Det låg stort fokus i den första rapporten på att utveckla passande nyckeltal inom dessa perspektiv. På *University of Torontos* initiativ togs det fram en stor mängd nyckeltal som använts i liknande rapporter tidigare i *Kanada* och *USA*<sup>98</sup> samt även från vetenskaplig litteratur<sup>99</sup>. Dessa potentiella nyckeltal granskades sedan av ett flertal organisationer, vari ingick *OHA*, *Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)* och *The Canadian Institute of Health Information (CIHI)*<sup>100</sup> samt även representanter från de berörda sjukhusen<sup>101</sup>.

Till den tredje rapporten, 2001, begränsades varje undersökning till specifika verksamhetsområden på sjukhusen. Denna rapport publicerades alltså i flera olika modeller där varje verksamhetsområde ackompanjerades av respektive undersökning.<sup>102</sup> Perspektiven förblev desamma men däremot anpassades nyckeltalen för varje verksamhetsområde. Den division som oftast varit föremål för denna nyckeltalsjämförelse är den för *Acute Care (Akutvårdsdivisionen)*.<sup>103</sup> Övriga verksamhetsområden som undersökts har varit *Complex*

---

<sup>96</sup> Hospital Report '98-07

<sup>97</sup> Hospital Report '99

<sup>98</sup> Hospital Report '98

<sup>99</sup> Hospital Report '99

<sup>100</sup> Hospital Report '98

<sup>101</sup> Hospital Report '99

<sup>102</sup> Hospital Report '01

<sup>103</sup> Hospital Report '01-07

*Continuing Care, Emergency Department Care, Mental Health, Nursing, Rehabilitation, Population Health och Women's Health.*<sup>104</sup>

Den struktur som användes i *The Hospital Report: Acute Care* från första början har till största delen bestått. Däremot har det skett små tillägg och förändringar. Dessa har främst handlat om den nyckeltalsutveckling som skett under åren.<sup>105</sup>

### **4.3 Perspektiv, nyckeltal samt uppföljning av resultat**

När de specifika nyckeltalen valdes som skulle ingå inom varje perspektiv i *The Hospital Report*, fanns det framförallt tre kriterier som var avgörande.<sup>106</sup>

- *Relevans* – är nyckeltalet viktigt? Återknyter det till ett prioriterat resursallokeringsområde?
- *Vetenskaplig giltighet* – är nyckeltalet pålitligt, det vill säga ger återupprepning samma resultat? Är det giltigt, mäter det vad det säger att det mäter? Kan det manipuleras med andra faktorer för att framkalla ett önskat resultat?
- *Genomförbarhet* – är aktiviteterna tillräckligt frekventa för att garantera meningsfulla jämförelser? Kan informationen samlas in till en rimlig kostnad? Hur stor arbetsbörda innebär insamlandet av information?

I valet av nyckeltal var man tvungen att vara väldigt selektiv. Detta av framförallt två anledningar.<sup>107</sup>

- *Omfattning/allsidighet* – detta innebar att nyckeltalen skulle täcka alla organisationens kärnaktiviteter, patienter och de perspektiv som inkluderade patienter, personal, föreståndare och chefer.
- *Sparsamhet* – antalet nyckeltal var tvunget att vara begränsat, dels ur ett kostnadsperspektiv men också därför att ett styrkort med alltför många mått är svårsläst och resulterar i att alla nyckeltal inte får den uppmärksamhet de kräver.

Modellen av det balanserade styrkortet som användes hjälpte sjukhusen att utveckla bättre fungerande strategier genom att finna en balans mellan viktiga indikatorer.<sup>108</sup>

---

<sup>104</sup> Hospital Report '01-'07

<sup>105</sup> Hospital Report '01, '03

<sup>106</sup> Hospital Report '98

<sup>107</sup> Ibid

Denna balans utgjordes av de fyra perspektiven:<sup>109</sup>

- *Clinical Utilization and Outcomes*

Nyckeltalen under denna rubrik är avsedda för att förbättra förståelsen för vården. Med ökad förståelse finns grund för förbättrad kvalitet och bättre kommunikation mellan sjukhus och samhälle. Man ville identifiera vilka behandlingsmetoder som skulle komma att efterfrågas och optimera de interna processerna.

- *Financial Performance and Condition*

Nyckeltalen här mäter sjukhusets finansiella prestation och tillstånd – *finansiell duglighet, effektivitet, likviditet, capital and human resources* samt identifiering av de primära kostnaderna som patienttillströmning och de indirekta kostnaderna som exempelvis arbetskraft.

- *Patient Satisfaction*

Nyckeltal baserade på patientunderökningar som täcker alla delar av en sjukhusvistelse.

- *System Integration and Change*

Nyckeltal framtagna för att mäta ett sjukhus förmåga att förändra och anpassa sig för att möta framtida vårdbehov – investeringar i relationer, teknologier och arbetsprocesser. De interna processerna skulle ge personalen bättre förutsättningar att möta de nya inriktningarna och effektivt transformera dessa i realiteten.

Jämförelsen gick till så att för varje nyckeltal inom varje perspektiv delades sjukhusen in i en av tre prestationskategorier, över medel, medel eller under medel.<sup>110</sup> I *Bilaga B* ses ett utdrag från resultatredovisningen ur *Hospital Report 2007*.

De sjukhus som valde att delta i rapporten var överens om att delta inom alla fyra perspektiv. Resultaten visades på såväl *systemnivå*, det vill säga för varje sjukhustyp eller för samtliga sjukhus inom ett område, som på *sjukhusnivå* och dessa sattes i relation till varandra.<sup>111</sup> På *Ontario Hospital Associations* hemsida läggs resultatet av styrkortet ut publikt så att alla som vill kan ta del av resultatet.<sup>112</sup> Den primära publiken är sjukhusledningarna men avsikten är även att resultaten ska spridas mellan personal, patienter, familjer och den stora allmänheten. Deras

---

<sup>108</sup> Hospital Report '99

<sup>109</sup> Ibid

<sup>110</sup> Ibid

<sup>111</sup> Ibid

<sup>112</sup> <http://www.oha.com/> 2007-11-20

syfte med detta är anledningar som tidigare nämnts samt även att allmänheten ska få möjlighet att bättre förstå de frågor och problem som sjukvården ställs inför. Man vill främja en transparent kultur och kvalitetsförbättring.<sup>113</sup>

Den nya implementeringen av det *balanserade styrkortet* betydde dock inte nya kraftiga materiella investeringar för att uppnå målen, däremot krävde programmet stora insatser av engagemang och tid.<sup>114</sup>

Det konstateras att prestationsmätt är ett relativt mått och att sjukhusen inte hade några specifika mål eller *best practices* att sträva efter tidigare. Förhoppningen var att sjukhusen som låg över medel kunde ha en positiv inverkan på hela systemet genom att dela med sig av sina framgångsrika aktiviteter och på motsvarande vis skulle sämre sjukhus kunna lära sig och dessutom tydligt identifiera vilka områden som behövde förbättras. Det var viktigt att alla inom samarbetet förstod utvecklingen och hur samarbeten kunde leda till framgångsrika strategiska förbättringar.<sup>115</sup>

#### **4.4 Effekter av systemet i Ontario**

Det är svårt att exakt bedöma vilken effekt systemet i Ontario haft på sjukvården. De flesta effekter man kunnat urskilja har varit mellan två på varandra följande år. Ett av målen som specificerades i rapporten 2002 var att trendanalysen skulle utökas, men den har dock i viss mån uteblivit genom att det under åren har skett förändringar av nyckeltalen som nyttjats samt även hur de faktiskt har redovisats.<sup>116</sup>

Vad man dock kan urskilja och konstatera i *Hospital Report 2007: Acute Care* är att *akutvårdssjukhusen i Ontario* har blivit bättre på att samarbeta med de andra *akutvårdssjukhusen*. Det framgår att 89,3 procent av dessa sjukhus arbetar tillsammans för att förbättra datainsamlandet och dela med sig av sina *best practices*.<sup>117</sup>

---

<sup>113</sup> Hospital report '07

<sup>114</sup> Hospital Report '99

<sup>115</sup> Ibid

<sup>116</sup> Hospital Report 98-07

<sup>117</sup> Hospital Report '07

#### ***4.5 Kritik av det kanadensiska systemet***

En nyligen publicerad artikel i *Journal of Health Care Finance* kritiserar det kanadensiska systemet på några punkter och kommer med råd om förbättringar. Till att börja med kritiserar artikeln det faktum att provinsregeringen i *Ontario* står för 85 procent av finansieringen till sjukvården och i och med att det beslutas om denna finansiering vid slutet av varje räkenskapsår hindrar det sjukhusen att satsa på långsiktig planering. Huvudperspektivet som författarna till artikeln inte är nöjda med är det finansiella. Det eftersom författarna finner det troligt att det framförallt är de måtten som kommer präglade beslut om sjukhusens finansiering. Författarna kritiserar bland annat nyckeltalet vinstmarginal under det finansiella perspektivet eftersom det huvudsakliga målet för sjukhusen i *Ontario* inte är att göra en vinst. De saknar de finansiella dimensionerna av utveckling samt tycker att styrkortet inte innehåller tillräckligt många perspektiv samt nyckeltal för att täcka hela den komplexa vårdindustrin.<sup>118</sup>

---

<sup>118</sup> Parkinson, Tsisis, Porporato, 2007

## 5 Empiri

---

*Empirikapitlet redogör för rapportens insamlade empiri. Det handlar om arbetet och synen på verksamhetsstyrning, jämförelser samt synpunkter på det kanadensiska systemet från medarbetare hos i tur och ordning: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Region Skånes hälso- och sjukvårdsnämnd, akutvårdsdivisionen på Universitetssjukhuset Malmö Allmänna Sjukhus (UMAS).*

---

### 5.1 Kortfattad beskrivning av svensk sjukvård

Ansvar för svensk sjukvård har stat, landsting och kommun, där landstingen/regionerna har delegerats det största ansvaret. Nedan följer ett lagutdrag från *Hälso- och sjukvårdslagen, HSL*. (Det bör noteras att lagen kommer att vara något modifierad efter 20080101)<sup>119</sup>

*3 § ”Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16§ folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt skall landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. ....”*

Vidare i lagtexten kan något generellt sägas att kommunerna initialt endast ansvarar för särskilda boendeformer, för service och omvårdnad av äldre människor som behöver särskilt stöd<sup>120</sup>, för människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring<sup>121</sup> samt hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst<sup>122</sup>. Staten i sin tur är framförallt ansvarig för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken.<sup>123</sup>

Sedan 2003 gäller *fritt vårdval* i hela landet, vilket innebär att en patient kan söka vård var som i landet med samma villkor som i det landsting de är bokförda. Detta har därefter följts upp med en *vårdgaranti* (2005) som är en överenskommelse mellan staten och *Sveriges Kommuner och Landsting, SKL*. *Vårdgarantin* innebär att efter att beslut tagits om behandling har landstinget 90 dagar på sig att verkställa behandlingen, antingen internt eller externt.<sup>124</sup>

---

<sup>119</sup> <http://www.notisum.se/> 2007-12-14

<sup>120</sup> Ibid

<sup>121</sup> Ibid

<sup>122</sup> Ibid

<sup>123</sup> <http://www.regeringen.se/> 2007-12-14

<sup>124</sup> Ibid



De totala kostnaderna för hälso- och sjukvården i Sverige uppgick till 223 miljarder kronor 2005. Det vill säga 8,4 procent av Sveriges BNP. I beloppet inkluderas kostnader för bland annat tandvård, läkemedel och hjälpmedel till funktionshindrade. Hushållen bidrar med cirka 15 procent av dessa kostnader framförallt genom tandvård och läkemedel. Patientavgifterna är ett tämligen litet tillskott, då bland annat genom högkostnadsskyddet (max 900 kr). De resterande utgifterna, 85 procent, täcks till 70 procentenheter av landstingsskatt samt försäljning av tjänster. Resterande 15 procentenheter täcks av generella statsbidrag. Bör nämnas att 90 procent av landstingens budget går åt till hälso- och sjukvård inkluderat tandvård. Nedan kan ses en tabell över hur kostnaderna är fördelade <sup>125</sup>

Tabell 1 Tabell över fördelning av kostnader för svenska landsting och regioner inom hälso- och sjukvården

Primärvård	16%
Specialiserad somatisk vård	52%
Specialiserad psykiatrisk vård	9%
Tandvård	3%
Läkemedel inom läkemedelsförmånen	11%
Övrig hälso- och sjukvård	8%
Politisk verksamhet.	1%

Privata vårdgivare har ökat under de senaste åren. Sammanlagt köpte landstingen verksamhet från privata företag, ideella föreningar och stiftelser för 14,7 miljarder kronor år 2005 (12 miljarder kr 2001). Det finns dock stor variation mellan landstingens inslag av privata vårdgivare. Ökningen av privata vårdgivare ses framförallt inom den öppna hälso- och sjukvården. Privat vård där patienten står för hela kostnaden är obetydlig i dagsläget. <sup>126</sup>

Den 1 maj 2007 öppnade riksdagen åter upp för privata vårdgivare av verksamhet vid sjukhus som bedrivs på entreprenad. Bland annat ska det bli lättare för landstingen att helt eller delvis överlämna driften av sjukhus till privata vinstdrivande företag. Vården ska även kunna bedrivas av icke offentlig finansiering och vårdavgifter. Anledningen till förändringen har bland annat varit att öppna upp för en ökad mångfald och på så vis bidra till en mer kreativ och effektiv hälso- och sjukvård. <sup>127</sup>

<sup>125</sup> <http://www.regeringen.se/2007-12-14>

<sup>126</sup> Ibid

<sup>127</sup> Ibid

## 5.2 Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

Sveriges Kommuner och Landsting är en arbetsgivar- och medlemsorganisation för Sveriges kommuner, landsting och regioner. Deras uppdrag är att driva landstingens och kommunernas intressen samt ge dem stöd och service. Deras vision är att utveckla välfärden.<sup>128</sup>

### 5.2.1 Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården

Rapporten *Öppna jämförelser* inom hälso- och sjukvården kom första gången ut 2006 och är ett samarbete mellan SKL och Socialstyrelsen.<sup>129</sup> Rapporten presenterar 75 indikatorer inom fyra områden: *medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader*. I rapporten rangordnas landstingen rörande respektive indikator.<sup>130</sup> Rapporten syftar till att på ett lättillgängligt och överskådligt sätt göra svensk sjukvård öppen för insyn, ge ett sakligt underlag för offentligt debatt samt slutligen stimulera sjukvården till ett ökat lärande och förbättrat resultat.<sup>131</sup> I rapporten dras inga slutsatser om vad som är rätt och fel utan det lämnas upp till läsaren.<sup>132</sup> Användningen av rapporten är framförallt ämnad för politiker, ledande tjänstemän och professionen vid sjukhusen. *Lena Eckerström* säger även att det finns ett stort intresse för jämförelser, och då inte enbart inom hälso- och sjukvården, vilket har resulterat i flera liknande projekt som det ovan nämnda.<sup>133</sup>

Angående styrningen av sjukhus använder flera sjukhus i *Sverige balanserat styrkort* som verksamhetsstyrssystem. Här anser *Eckerström* att *SKL:s Öppna jämförelser* har underlättat arbetet för både sjukhus och landsting att sätta och utvärdera mål, då de tidigare varit tvungna att leta i många olika källor. Rapporten har tagit sin information framförallt från nationella kvalitetsregister men även från andra källor. Således är det inte några nya data som nyttjats utan en sammanställning och presentation av redan befintlig data.<sup>134</sup>

Indikatorerna som ligger till grund för rapporten är valda genom:<sup>135</sup>

- Minst 80 procent av landstingen skall ha lämnat data annars är den inte hållbar.
- Stora folksjukdomar såsom höfter, knän och hjärta skall representeras.

---

<sup>128</sup> <http://www.sk1.se> 2007-12-02

<sup>129</sup> Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2007

<sup>130</sup> <http://www.sk1.se/> 2007-12-02

<sup>131</sup> Eckerström 2007-12-19

<sup>132</sup> Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2007

<sup>133</sup> Eckerström 2007-12-19

<sup>134</sup> Ibid

<sup>135</sup> Ibid

- Landstingsledningar och en referensgrupp med landstingsdirektörer har deltagit i diskussionerna om vad som är önskvärt. De har i sin tur haft kontakt med professionsfolk på respektive sjukhus för att verkligen få indikatorerna förankrade.

Angående gemensamma nationella mål finns det riktlinjer från *Socialstyrelsen* men *Eckerström* känner att det finns mycket mer att arbeta med där.<sup>136</sup>

Beträffande konkurrens ser hon inte det som något hinder utan snarare som en förbättring därför att det kan stimulera till ökad kvalitet. Hon tror inte att det blir något framtida problem om kunden fortsätter att stå i centrum. Men om det ekonomiska synsättet tar övertag så ser de att risken klart finns där.<sup>137</sup>

Slutligen står *Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården* inför en del framtida förbättringar. De har för avsikt att:<sup>138</sup>

- Öka antalet indikatorer.
- Mäta över tid, kunna se förändringar över t.ex. femårsperioder.
- Kommer att gå in mer på *sjukhusnivå* 2008.
- De vill ytterligare studera nyckeltalsjämförelsesystemet i *Ontario, Kanada*, då de har längre erfarenhet av sådana jämförelser. Vidare skall de studera system i *England* samt i vissa stater i *USA, Holland*.
- Funderar på att göra undersökningar av hur mål sätts på sjukhus- och landstingnivå, för att på så sätt kunna anpassa sig till gängse normer, om sådana finns.

### **5.3 Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne**

*Hälso- och sjukvårdsnämnden* tillsammans med *Regionstyrelsen* utövar ledningen av hälso- och sjukvården i *Region Skåne*. Nämnden ansvarar bland annat för beredningen av ärende rörande övergripande vårdpolitiska frågor samt att utveckla den skånska hälso- och sjukvården enligt regionfullmäktiges riktlinjer. Vi har intervjuat Fredrik Thott, ledamot i hälso- och sjukvårdsnämnden.

---

<sup>136</sup> Eckerström 2007-12-19

<sup>137</sup> Ibid

<sup>138</sup> Ibid

### 5.3.1 Verksamhetsstyrning

Under intervjun med *Fredrik Thott, ledamot i Hälso- och sjukvårdsnämnden Region Skåne*, framkom att de senaste åren har inneburit stora förändringar för den skånska hälso- och sjukvården. Skenande kostnader och införandet av nya system är aspekter som har ändrat vårdpolitiken i regionen. En central funktion har det *balanserade styrkortet*. Den balanserade styrningen för sjukvårdsförvaltningen i Skåne utgår från fyra gemensamma perspektiv (medborgare, verksamhet, medarbetare och ekonomi). Målen för respektive perspektiv berör alla akutverksamheterna i regionen. Dessa handlar främst om att stärka patientens ställning gällande tillgänglighet, service, valfrihet, säkerhet och en utveckling av närsjukvården. Sedan ska exempelvis gemensamma strategier för forskningsplattformar utarbetas mellan akutsjukhusen i *Skåne*, vilket leder till minskad byråkrati och effektivare arbete. Framgångsfaktorerna för sjukhusen är helhet och samordning, ändamålsenlighet, säkerhet, jämlikhet samt sjukvård inom rimlig tid. En annan faktor som har en allmängiltig målsättning för sjukhusen är att de ekonomiska resultaten för vården i regionen ska ha en hållbar utveckling. Med syfte att stimulera ökad produktivitet tillåts viss volymökning utöver fasta uppdragsvolymerna. Utöver detta ska strategiresultaten för sjukhusen uppgå till minst 2 procent av de samlade intäkterna.<sup>139</sup>

Vård- och sjukhusnämnden ansvarar för den övergripande uppföljningen och analysen av de utlagda uppdragen.

Den specialiserande sjukvården koncentreras till fyra större sjukhus i regionen, där de medicinska indikatorerna, med detta avses vilken behandling som erbjuds och läkarnas kvalifikationer, ska vara av samma slag oberoende till vilket sjukhus patienten får sin vård.<sup>140</sup>

Utöver de generella målen har varje akutsjukhus individuellt baserade mål, vilka sätts på basis av vilken situation det berörda sjukhuset befinner sig i, detta genom en samverkan mellan divisionscheferna, sjukhusledningen och vård- och omsorgsnämnden.<sup>141</sup>

När regionen sedan mäter om målen har uppnåtts finns uppdragsbeskrivningarna och avtalen under en gemensam mall för vårdgivarna, oavsett om de tillhör regionens egen verksamhet

---

<sup>139</sup> Thott 2007-12-28

<sup>140</sup> Ibid

<sup>141</sup> Ibid

eller är externa avtalade vårdgivare. Sedermera är det upp till producenten att uppfylla dessa mål, exempelvis på kliniknivå.<sup>142</sup>

### 5.3.2 Benchmarking

Målen och den dagliga verksamheten samt hur effektivt detta genomförs för regionen baseras primärt på andra vårdinrättningar i länet men inspiration hämtas även ifrån andra landsting och *SKL:s* sammanställning. *SKL-databaser* är det centrala hjälpmedlet vid sidan om för denna utveckling. Utan *SKL:s* expertis kan det vara svårt att få lika bra stöd och service i den dagliga verksamheten och styrningen. Emellertid finns det vissa problem med att jämföra sig med andra landstings vårdproduktion eller att ta efter deras strategier, eftersom verksamheterna fungerar på olika sätt. I en eventuell framtid utesluts ändå inte somliga gemensamma mål för liknande verksamheter i olika delar av landet. Beträffande korrelationer med andra branscher och verksamheter finns ännu så länge inget behov.<sup>143</sup>

Beträffande det *kanadensiska systemet* ser *Thott* många positiva effekter men också vissa implementeringsbrister. Generellt sett måste mer av sjukvården effektiviseras genom att liknande verksamheter kan jämföra sina nyckeltal och avdelningar med bättre presterande sjukhus, det handlar således om att lära sig av varandra. Därigenom kan detta leda till ett bättre utnyttjande av vårdresurserna. Emellertid kommer ett införande av ett liknande system som i *Kanada* vara svårt, då det krävs resurser och tar lång tid.<sup>144</sup>

Slutligen diskuteras konkurrens, som han anser alltid gör sig påmind i verksamheter, oavsett om de är offentliga eller privata. Det finns exempelvis vissa incitament att konkurrens är bra för patientomhändertagandet inom primärvården, bland annat *fritt vårdval* i *Halland*. Dock är det viktigt att konkurrensen inte till exempel leder till en ökad antibiotika utskrivning som det har lett till i *Halland*. Det kan leda till en ökad risk för resistenta bakterier. Politikerna i *Halland* beaktar dock inte denna negativa inverkan, det vill säga den ökade tillgängligheten, som argument till försämrad vårdkvalitet. Det finns dessutom vissa tecken på att patienterna i högre grad vänder sig till sjukhusen för infektionsbesvär. En tänkbar orsak till detta fenomen är att läkarna tenderar att skriva ut mer recept till sina patienter för att behålla

---

<sup>142</sup> Thott 2007-12-28

<sup>143</sup> Ibid

<sup>144</sup> Ibid

konkurrenskraften.<sup>145</sup> Denna situation leder till att läkemedelsföreskrivningarna bättre måste följas upp i framtiden.<sup>146</sup>

I *Region Skåne* har reformer införts för att göra vårdproduktionen mer konkurrenskraftig. En av reformerna kallas för *Skånsk livskraft – vård och hälsa* och syftar till att mer ska göras på färre antal platser. En viktig del i detta projekt är det förebyggande hälsoarbetet med patienten i fokus. Inriktningen baseras på fyra integrerade delar, *närsjukvård, specialiserande akutvård, specialiserande planerad vård och högspecialiserad vård*.<sup>147</sup>

#### **5.4 Universitetssjukhuset Malmö Allmänna Sjukhus (UMAS)**

*Universitetssjukhuset Malmö Allmänna Sjukhus, UMAS* har en mångårig tradition av vårdrelaterad verksamhet. Sedan drygt 60 år tillbaka har sjukhuset agerat som universitetssjukhus. Idag är *UMAS* ett stort regionsjukhus som har ca 1,6 miljoner patienter i upptagningsområdet (varav 370 000 i Malmö) och 7 318 anställda.<sup>148</sup>

Huvuduppdraget för verksamheten är uppdelat på tre olika funktioner, sjukvård, forskning och utbildning. Forskningsverksamheten bedrivs delvis genom samarbete med *Universitetssjukhuset i Lund, USiL*.<sup>149</sup>

Organisationen är uppdelad i fem verksamhetsområden/divisioner som alla verkar under sjukhusets ledning. Under varje verksamhetsområde/division finns det sedan operativa kliniker. Varje division har en divisionschef som är direkt underställd sjukhusledningen. Knuten till varje division finns en divisionsstab med bland annat ekonomer och HR-personal.<sup>150</sup>

*UMAS* styrs med fokus på fyra perspektiv (bestämda av *Region Skåne*), *patientfokus, forskning & utbildning, medarbetarnas ledarskap och hälsa samt ekonomi*. Patientfokus handlar främst om att *UMAS* vill tillhöra den bästa tredjedelen av kvalitetsregistren, vilka sjukhuset medverkar i (en förminskning av vårdrelaterade skador). Dessutom innefattar detta

---

<sup>145</sup> <http://www.lthalland.se/> 2007-12-30

<sup>146</sup> Thott 2007-12-28

<sup>147</sup> Ibid

<sup>148</sup> [www.umas.se](http://www.umas.se) 2007-12-10

<sup>149</sup> Ibid

<sup>150</sup> Bäckström 2007-12-17

mål också ökad tillgänglighet för patienterna och att de ska bli mer delaktiga i beslut om sin utredning och behandling. Det andra perspektivet vill stärka och bygga upp en välfungerande forskningsplattform, syftar till att stimulera forskningen på *UMAS* och en fortsatt utbyggnad av grund- och vidareutbildningen vid sjukhuset. Medarbetarperspektivet, tredje perspektivet, ger riktvärdena för ett gott ledarskap på sjukhuset, genom en bred delaktighet i beslutsprocessen baserat på kompetens och engagemang. Det sista perspektivet handlar om en hållbar ekonomisk utveckling för *UMAS*.<sup>151</sup>

### 5.4.1 Akutvårdsdivisionen

*Akutvårdsdivisionen* består av *akutkliniken*, *intensivvårdskliniken*, *anestesi* (servar de opererande klinikerna med narkos), *medicinkliniken MTA-Medicinteknik* (inga egna patienter, serviceenhet till maskiner och apparater) *infektionskliniken* samt den *ortopediska kliniken*.<sup>152</sup>

*Akutvårdsdivisionen* har cirka 1900 anställda och hade en bruttokostnad på ungefär 1,6 miljarder kronor 2006 vilka framförallt bestod av personalkostnader. *Akutvårdsdivisionen* hade cirka 100 000 besök 2006.<sup>153</sup>

För tillfället råder ett stort besparingsfokus för divisionen samt även för *UMAS* i stort. *Akutvårdsdivisionen* höll inte sin budget 2006 och kommer att gå ca 60 miljoner kronor i förlust 2007 vilket i sin tur resulterar i ett ytterligare besparingskrav på 60 miljoner kronor för 2008. Problematiken de står inför 2008 förutom det retroaktiva sparkravet, är att deras kostnader kommer att öka 3-4 procent 2008 medan deras uppräkningsfrån *Region Skåne* inte kommer att bli lika hög. Det har lett till att besparingar är divisionens huvudsakliga fokus för tillfället och följs upp månatligt istället för det normala fallet med tertial uppföljning.<sup>154</sup> Noteras bör göras att intervjun gjordes den 17 december 2007. Den 4 januari 2008 kunde läsas i *Svenska Dagbladet* att:<sup>155</sup>

*”Anställda inom akutsjukvården på Malmö allmänna sjukhus (MAS) uppmanas att dra ner på vårdkvaliteten för att klara sparkraven.*

---

<sup>151</sup> [www.umas.se](http://www.umas.se) 2007-12-10

<sup>152</sup> Bäckström 2007-12-17

<sup>153</sup> Ibid

<sup>154</sup> Ibid

<sup>155</sup> <http://www.svd.se/> 2008-01-04

*"Vi måste tillfälligt sänka våra kvalitetsambitioner", skriver Sylvia Resch, chef för akutdivisionen, i sitt julbrev till personalen. Bakgrunden är besparingskrav på mellan 80 miljoner och 90 miljoner kronor fram till 2010.*

*Följderna kan bli att patienter kommer att få vänta längre på vård och att nya, dyrare behandlingar väljs bort, säger Sylvia Resch till Svenska Dagbladet. ...."*

Verksamheten har förändrats de fyra senaste åren bland annat genom *Skånsk livskraft*, där de omstrukturerade så att den tyngre vården skulle ske på *UMAS, Helsingborg, USiL* och *Kristianstad*. Dessa sjukhus lämnade dock ifrån sig enklare uppgifter i form av exempelvis gallor, bräck samt enklare knä- och armbågsoperationer. I och med förändringarna har även uppdragen och kostnadsramarna ändrats för verksamheten. Områdesindelningen har funnits sedan *Skånsk livskraft* initierades och så som den ser ut nu har den endast gjorts under 2007. Innan ingick även kirurgiska kliniken, diagnostiskt centrum (röntgen) och radiofysik i akutvårdsdivisionen. Först nu 2007 känner Bäckström att divisionerna arbetar ordentligt med perspektiven som beskrivits ovan.

### **Verksamhetsstyrning**

*Region Skåne* sätter mål och *UMAS* mål anpassas efter regionens övergripande mål. *UMAS* ledning bestämmer mål för respektive fyra verksamhetsstyrningsperspektiv, som nämnts ovan (patientfokus, forskning & utbildning, medarbetarnas ledarskap och hälsa samt ekonomi).<sup>156</sup>

Alla divisioner på *UMAS* får ett *kostnadstak* av sjukhusledningen som bestämmer vilken ram de skall hålla sig inom nästkommande år. De får även beskrivet vad de skall prestera. *Uppdragsbeskrivningen* är av typen: antal operationer de skall genomföra och hur många vårdpoäng de skall producera. På divisionsnivå har man utifrån perspektiven tagit fram egna mål som man relaterar till de övergripande målen. Därefter bryter divisionerna ner sina riktlinjer och budget till klinikinivå, som då får en egen ram att hålla sig inom. Hur kostnaderna skall fördelas på klinikinivå bestäms individuellt på klinikerna, likaså hur deras

---

<sup>156</sup> Bäckström 2007-12-17



styrssystem ser ut, en del kliniker använder sig av *balanserat styrkort* medan andra inte gör det.<sup>157</sup>

De nyckeltal man tagit fram inom varje division följs normalt sett upp varje tertiäl men 2007 låg fokus på uppföljning varje månad inom *ekonomiperspektivet*. Detta perspektiv har avvikit skarpt från de satta målen. Månadsuppföljningen, som består av bland annat bruttokostnader, personalkostnader, vårdproduktion, antal anställda, använda resurser, bruttokostnad/vårdpoäng (produktion), vårdpoäng/använd resurs, lämnas till sjukhusledningen och är ett led i att *Region Skåne* tydligare vill följa hur det går för *UMAS* och *UMAS* ekonomi. *Ekonomiperspektivet* är det som prioriteras för tillfället.

Utvärderingen av målen följs upp i delårsboksluten. Eftersom divisionerna gett klinikerna relativt fria händer när man utformat nyckeltal får de också vara ansvariga för uppföljningen, som ska ske hela året med återkoppling var tredje månad. Kommunikation sker också med divisionscheferna och sjukhusledningen.

Om målen inte uppfylls kan det i extremfall resultera i att verksamheten för berörd klinik/avdelning tvingas stänga ner, som till exempel *USiL* gjorde med viss verksamhet över julen 2007. Den akuta verksamheten kan dock aldrig stängas eftersom det är ett akutsjukhus utan det är den planerade verksamheten, mottagningsbesök och planerade operationer som riskerar stängas.<sup>158</sup>

Detta leder dock till problematik beträffande *vårdgarantin* och *uppdrafsbeskrivningen* som ligger parallellt med det givna *kostnadstaket*. Det gör det svårt att fatta vissa beslut. De anser sig inte ha full frihet utan känner sig ganska låsta i kravsituationen. Om en eventuell stängning skulle verkställas resulterar det oftast i att det blir längre vårdköer.<sup>159</sup>

Avslutningsvis fördes en diskussion angående detaljnivå av styrning och uppföljning tillika jämförelser. Ur diskussionen med *Bäckström* framkom beträffande *personliga styrkort* att hon inte tror de kommer att komma dit, då det är väldigt tufft. Vidare tror hon inte att det hade varit så lyckat om det materialet hade offentliggjorts då konkurrenssituationen nog hade fått negativa konsekvenser.

---

<sup>157</sup> Bäckström 2007-12-17

<sup>158</sup> Ibid

<sup>159</sup> Ibid

## **Benchmarking**

*Benchmarking* är något *Akutvårdsdivisionen* anser sig kunna bli mycket bättre på men ibland är det svårt att hitta bra information om relevanta nyckeltal att följa upp. Det finns i viss mån samarbete där andra verksamheters uppföljning studeras. *UMAS* har bland annat jämfört sig med *USiL* och *Sahlgrenska* för att jämföra exempelvis starttider och beläggning på respektive anestesiklinik. Men till största delen försöker de skapa nya egna nyckeltal.<sup>160</sup>

Beträffande *SKL:s Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården* är det inget de har tittat på än så länge. *Bäckström* nämnde bland annat att de letade information att jämföra sig med när de tog fram nyckeltal för akutkliniken och intensivvårdsavdelningen. När de börjar titta på nyckeltal så vill de gärna ha bra exempel och det hade varit jättebra om det lättillgängligt funnits redovisat hur andra regioner/landsting gjort. Goda idéer är jättebra att få ta del utav.<sup>161</sup>

Vidare finns det intresse att använda sig av samma nyckeltal som andra sjukhus, exempelvis nämndes *Akutvårdsdivisionen i Helsingborg*. Ett stort intresse finns för att se hur lika eller olika sjukhusen är varandra. Bland annat genom att se om de är lika bemannade/vårdplats, det vore ett jättebra mått om man kunde få fram det och andra jämförbara nyckeltal. Dock framhäver *Karin Bäckström* att man måste tänka på att organisationen inte alltid ser likadan ut på de olika sjukhusen.<sup>162</sup> Som exempel gavs att en anestesiklinik även kan innehålla intensivvårdsverksamhet. Om man då slår ut anestesiklinikens bruttokostnader per antal utförda anestesier så kommer intensivvårdsavdelningens (*IVA*) kostnader med i nyckeltalet. Vid jämförelser med andra anestesikliniker måste man sålunda vara tydlig med att dessa kostnader ingår i nyckeltalen alternativt rensa bort *IVA*-kostnaden vid nyckeltalsberäkningen, för att kunna göra jämförelser.<sup>163</sup> De måste ha respekt för att det kan finnas organisatoriska skillnader som gör att nyckeltalen kan bli olika. De vill gärna kunna *benchmarka* sig men vill ha dialogen samtidigt för att kunna jämföra sig bättre och då behöver de, enligt *Bäckström*, gemensamma nyckeltal.<sup>164</sup>

Angående den *kanadensiska modellen* såg *Karin Bäckström* att som patient vore det väldigt bra att kunna se till exempel hur sjukhuset står i snitt rörande knäoperationer då det är svårt att som patient bedöma vården som man får i dagsläget. Vidare ansåg hon också att det är bra

---

<sup>160</sup> Bäckström 2007-12-17

<sup>161</sup> Ibid

<sup>162</sup> Ibid

<sup>163</sup> Ibid

<sup>164</sup> Ibid

för verksamheten i sig då det inte finns så mycket att jämföra sig med. Dock är det ett hårt sätt att bli granskad men det leder till något gott. Men hon såg en uppenbar risk att man stirrar sig blind på nyckeltal och inte ser de bakomliggande faktorerna.<sup>165</sup>

Beträffande gemensamma nationella mål på *sjukhusnivå* är *Bäckström* tveksamt frågande.

*”Vad ska man göra med en verksamhet som UMAS, går detta att genomföra med ett sjukhus som inte har liknande verksamhet?”*

Generellt om den *kanadensiska modellen* anser *Bäckström* att det är ett spännande område och intressant att man har tagit fram standardiserande resultat. Divisionscheferna har använt sig mycket av *benchmarking*, även verksamhetscheferna på klinisknivå, dock når de emellertid inte riktig fram. De har dock kommit lite närmare, exempelvis har de brutit ner de strategiska målen till divisionsnivå. Tidigare fanns inte detta steg. *Bäckström* välkomnar fler nyckeltal, databaser och möjligheten att jämföra sig med andra sjukhus. Men återigen poängterar hon vikten med en bra och nära dialog mellan sjukhusen, ett ständigt lärande.<sup>166</sup>

Slutligen diskuterades om ett *publikt jämförelsesystem* skulle öka konkurrensen, framförallt med tanke på fritt vårdval. I dagsläget märks ingen konkurrens, bland annat på grund av att patienterna är hemkära, tillika har projektet *Skånsk livskraft* delat upp vården så att svårare fall skickas till de fyra akutsjukhusen i *Skåne*, de lite lättare patienterna får vård vid sitt hemsjukhus. Vidare har varje sjukhus i *Skåne* fått specificerat vad de ska göra så det finns således inte en konkurrenssituation i regionen. Dock kan det bli så i framtiden, vi kommer att ha en ny generation som eventuellt kan tänka sig att åka till ett annat landsting för att till exempel operera ett knä fortare.<sup>167</sup>

---

<sup>165</sup> Bäckström 2007-12-17

<sup>166</sup> Ibid

<sup>167</sup> Ibid

## 6 Analys

---

*Analyskapitlet grundar sig i den teoretiska referensramen och den insamlade empirin. Analysen tar sin utgångspunkt i det kanadensiska systemet. Därefter analyseras och diskuteras hur ett lämpligt nyckeltalsjämförandesystem kan se ut tillika vilka kritiska faktorer som bör observeras. Slutligen diskuteras kritik rörande förslaget.*

---

### 6.1 Det kanadensiska systemet

#### 6.1.1 Analys utifrån balanserat styrkort

*Kaplan & Nortons* motivering till utvecklandet av det *balanserade styrkortet* stämmer väl överens med den som användes i *Ontario, Kanada*. Istället för den traditionella ekonomistyrningen som ansågs vara inriktad enbart på ett *Cost Management-perspektiv* med finansiell information och med en svag strategisk koppling använde de sig av en verksamhetsstyrning som inte enbart lade fokus på kortsiktiga finansiella nyckeltal. De finansiella måtten är enligt oss och teorin för grova för att visa orsakssamband mellan problem och avvikelser samt för att visa förbättringsmöjligheter och hur strategiska målsättningar ska uppnås. Därför anser även vi att *balanserat styrkort* är väl motiverat att utgöra ryggraden för en nyckeltalsjämförelse då det samlar upp nyckeltal från flera perspektiv av organisationen. Vidare bör nämnas att perspektiven och nyckeltalen enligt teorin skall vara strategiskt knutna till organisationen vilket i viss mån säkerställer kvaliteten av nyckeltalen.

De nyckeltal som nyttjades under varje perspektiv, togs fram genom en process där man grundligt undersökte en mängd nyckeltal för att hitta de mest passande. *Kaplan & Norton* menar att dessa nyckeltal måste anpassas individuellt för varje företag och detta var något som beaktades i *Kanada*. *OHA* var tvungen att finna de nyckeltal som var bäst lämpade att mäta varje perspektiv inom sjukhuskontexten. Dessutom var det nödvändigt att finna samförstånd mellan alla sjukhusen ifråga. Dock finns det i teorin vissa problem vid tillämpningen av nyckeltalen. Det är, precis som *OHA* förutsåg, av yttersta vikt att de perspektiv och nyckeltal som används är integrerade till den kontext det handlar om, alltså sjukhuskontexten. Vi är helt eniga i det sätt på vilket man i *Ontario* samlade den referensgrupp som skulle utforma styrkortet med tillhörande nyckeltal som enhetligt skulle verka i *Ontario*. Genom inkorporeringen av intressenter från hela spektret skapade man en god förankring för projektet och man undvek ett *top-down styre*. Arbetet med nyckeltalen slutar inte när bestämningen av desamma är färdig. Förutsättningarna kring vården förändras

och så måste också arbetet med innehållet i det *balanserade styrkortet*. Alltsedan arbetet med *The Hospital Report* satte igång har de i flera omgångar varit tvungna att omvärdera och revidera de nyckeltal som används.

Teorin betonar vikten av att inte använda sig av alltför många nyckeltal under varje perspektiv eftersom styrkortet ska vara överskådligt och lätt att hantera. I *Kanada* överstegs det antal som rekommenderats i teorin även om man var väldigt selektiva i gallringen av nyckeltalen. Arbetet utgick ifrån två deviser. Nyckeltalen var tvungna att täcka alla viktiga aktiviteter och processer inom varje perspektiv. För att lyckas med det beslöt de sig för att dela upp vården i olika verksamhetsområden. Åtta stycken verksamhetsområden ingick och alla dessa blev tillägnade en rapport. Erfarenheten blir att pricksäkerheten ökar. De var dessutom, som tidigare nämnts, tvungna att begränsa antalet nyckeltal så mycket som möjligt. Alla nyckeltal förtjänar uppmärksamhet och rent kostnadsmässigt var det naturligtvis bra att vara selektiv. Balansgången mellan att vara selektiv och att arbeta för att täcka in alla delar av vården är problematiskt. Dessutom är det för jämförelsens skull viktigt att det går att utforma nyckeltalen så att de kan jämföras emellan sjukhusen. Det leder till att processen tar lång tid, eftersom det är en process i ständig förändring. Fortfarande i *Ontario*, efter tio år, pågår förändringar inom samtliga perspektiv och nyckeltal för att dessa så bra som möjligt ska kunna passas in på den avsedda organisationens behov och önskemål.

### **6.1.2 Analys utifrån benchmarking**

I teorin nämns att det kan vara svårt för ett enskilt företag som befinner sig i en sluten värld att inse på vilka områden de underpresterar samt tillika se var de presterar som bäst. Avsikten med det jämförande systemet i *Ontario* var att låta de sämre presterande sjukhusen ta lärdom av de bättre. Genom jämförelse och sedermera lärande skulle de prestera bättre inom samtliga fyra perspektiv. Medelst jämförelserna kan sjukhusen nu se vad de borde lägga mer energi på och förbättra. Tillika vilka aktiviteter de kan vara riktigt stolta över. Det torde så som nämnts i teorin både stärka och motivera personalen i viljan att förändra och förbättra. Det är precis det teorin om *benchmarking* handlar om, att förbättra organisationens verksamhet. Det genom att finna en bättre presterande aktör inom ett specifikt område, jämföra sig med densamma och sedermera lära sig, utveckla sina aktiviteter och processer med *best practice* som inspiration. Det innebär att man måste värdera sina egna prestationer och definiera den *operativa* och *operationella benchmarkingen*.

Det var ytterst viktigt att få sjukhusen införstådda i att det handlade om ett samarbete sjukhusen emellan. Ett samarbete som skulle leda till avsevärt bättre prestationer och strategiska förbättringar. Det *balanserade styrkortet* levererade en *kvantitativ analys*. Därefter var det samarbetet mellan sjukhusen som stod för den *kvalitativa analysen* och *benchlearningen* som utvecklade förändringen i organisationen.

Innan detta projekt påbörjades hade sjukhusen inte några mål eller *best practices* att sträva efter. Teorin menar också att det finns en långsiktig vinst med *benchmarking*, att jämförelse skapar förmågan och engagemanget att inhämta ny kunskap och använda denna kunskap till förändring.

Tyvärr har vi svårt att med utgångspunkt från empirin se direkta effekter av systemet. Men en aspekt som visar på positiva effekter är att antalet medverkande i projektet är relativt stort. En tänkbar anledning till det är konkurrensen. Med det menar vi att sjukhus som inte gått med i jämförelseprocessen riskerar att mista patienter, då exempelvis dessa undrar vilka de bakomliggande orsakerna är till att inte sjukhuset deltagit i projektet.

Det kan fastslås med uppbackning från rapportens teori och empiri att denna typ av system är viktiga och kommer att bli allt viktigare när kraven på effektivare sjukvård ökas samtidigt som vårdkvalitén inte får åsidosättas.

## ***6.2 Analys av hur ett nyckeltalsjämförande system kan se ut i en sjukvårdskontext***

### **6.2.1 Verksamhetsstyrning**

Enligt *SKL* är balanserat styrkort ett vanligt förekommande verksamhetsstyrningssystem inom den svenska sjukvården. Det visade sig att så även är fallet vid *UMAS* och *Region Skåne*. Däremot visade det sig att valfriheten av styrsystem var stort. Således finns det inget enhetligt styrsystem som verkar på nationell-, regional-, sjukhus-, divisions- och kliniknivå. Vid *akutvårdsdivisionen* bestäms en del av nyckeltalen som nyttjas genom påtryckningar från *Region Skåne*, som de kräver för sin uppföljning. Resterande nyckeltal bestäms i viss mån

godtyckligt utifrån divisionens behov. Huruvida detta är bra eller dåligt är diskutabelt men en fördel är att varje sjukhus, division och klinik har möjlighet att anpassa sitt styrsystem och mål utifrån sina egna premisser.

Den frihet som finns kring de styrsystem som används skapar dock en uppenbar nackdel. Problemen när man inte använder sig av ett enhetligt styrsystem är att jämförandet mellan olika enheter försvåras avsevärt. Sålunda är det inte bara att jämföra två likartade nyckeltal med varandra och förvänta sig att de har samma definition och innebörd. Denna problematik nämns även i teorin kring mjuka nyckeltal under avsnittet om *balanserat styrkort*. Det riskerar alltså finnas stora skillnader bakom nyckeltalen, ett exempel är vad som anses vara fasta kostnader. Det finns givetvis en praxis men det finns gränsfall som kan sorteras in under olika former beroende på vem som gör fördelningen. Detta problem är något som *OHA i Kanada* har försökt komma ifrån. Istället för olikartade styrsystem valde *OHA* att tillämpa ett enhetligt styrsystem som samtliga sjukhustyper skulle arbeta efter, vare sig det handlade om *universitetssjukhus, allmänna sjukhus* eller *vårdcentraler*.

Vi ser, som tidigare nämnts, att flera av de svenska sjukhusen redan idag använder sig av *balanserat styrkort* som verksamhetsstyrningssystem. Dessa styrkort torde skilja sig åt, men en kvalificerad gissning är att flerparten av dessa åtminstone inkluderar några gemensamma perspektiv och nyckeltal så som patient- och ekonomiperspektiven. Däremot skiljer sig säkert flera av nyckeltalen åt. Det vore intressant att se hur stora likheterna är mellan brukarnas styrsystem och se om dessa kan ligga till grund för att utveckla *SKL:s Öppna Jämförelser för hälso- och sjukvården*. Därmed sagt att en implementering av rapportens förslag bör ta sin grund i dessa redan existerande system.

## **6.2.2 Benchmarking**

### **Förståelse och acceptans av ett nyckeltalsjämförande system**

Intervjuerna som gjordes på *akutvårdsdivisionen* på *UMAS, Region Skåne* och på *SKL* visar alla entydigt på att jämförelser ligger i tiden och att det finns ett stort intresse både regionalt och men även nationellt. Under intervjun med *Karin Bäckström, divisionscontroller* på *UMAS akutvårdsdivision*, fick vi stöd för motiven som låg bakom *OHA:s* framtagande av ett nytt jämförande system för sjukvården i *Ontario*: bättre tillgång till och en utveckling av informationen från respektive sjukhus, vilket skulle leda till bättre upptagande av detaljerad

information. Tillika att möta den ansvarsskyldighet som allmänheten och regionen efterfrågade.

Dock framkommer farhågor kring att olika vårdinstanser ser olika ut bland annat med avseende på organisation, resursåtgång, patientunderlag och verksamhetsstyrning. Att konsekvent använda samma nyckeltal inom ett landsting, eller till och med utanför detsamma, anses förenat med en risk för att det inte går att göra trovärdiga jämförelser.

Vi tror med utgångspunkt från teorin samt erfarenheterna från *Ontario* att det är väsentligt att beslutet om ett jämförande system kommer från hög instans. Det för att framhålla vikten av förändringen och därmed öka möjligheten att få full uppslutning kring genomförandet. Sedan är det essentiellt att arbetet överläts till samverkan mellan alla berörda organisationer för att uppnå en bred förankring och få resultat som alla förstår vikten av. Beträffande både *Ontariorapporten* och *SKL:s öppna jämförelser* använder man sig av referensgrupper som tillsammans bland annat arbetar fram nyckeltalen. Dessa grupper består av olika intressenter från högsta instans ner till de deltagande sjukhusen. Det främst av två anledningar, skapa förankring för projektet samt säkerställa dess kvalitet.

### **Deltagande och konkurrens**

Beträffande jämförelse inom filialsystem belyser teorin problematik rörande viljan att delta då de är ovilliga att visa sina prestationer. Anledningarna är två: dels riskerar de ge bort information till sina interna konkurrenter och om så ej är fallet riskerar de framstå i dålig dager då de underpresterar jämte andra deltagare i studien. Teorin framhåller även att jämförelser med ickekongkurrenter eller från ett annat land oftast ger ett bättre resultat. Det vill säga att teorin i vårt fall förespråkar en *extern benchmarking*, medan rapportens föreslagna nyckeltalsjämförande system både är *externt* och *internt* i och med att det inkluderar både landsting/regioner och lanstingens/regionernas specifika sjukhus.

Ett ökat publikt *benchmarkande* leder ofrånkomligt till ökad konkurrens. De tillfrågade såg inte ökad konkurrens som ett initialt problem, däremot framkom vissa farhågor. De handlade om att om patientfokus försvinner och endast ekonomiska faktorer blir drivande. Då kan konkurrensen leda till att sjukhusen blir mindre benägna att dela med sig av sin information. Dock ser *Bäckström* på *UMAS* att införandet av *Skånsk Livskraft – Vård och Hälsa i Region*



*Skåne*, där en tydlig verksamhetsuppdelning mellan sjukhusen gjorts, är en faktor som kan motverka detta dilemma.

Beroende på hur utvecklingen kommer att se ut är det svårt att säga något direkt om hur problematiken bör lösas. Men med stor sannolikhet kommer merparten av sjukhusen vara i offentlig regi den närmaste tiden och således har de indirekt samma ägare. Genom ett tydligt styre borde *landsting* och *regioner* kunna undvika att konkurrensen blir alltför negativ, utan istället konstruktiv.

Riskerna vi ser med ett publikt nyckeltalsjämförande system är att konkurrensen riskerar att öka dramatiskt, speciellt med tanke på att patienterna har valmöjligheter mellan sjukhusen. Vi menar inte att det är negativt med valmöjlighet utan det är ett konstaterande att patienterna med stor sannolikhet kommer att rata de allra sämsta klinikerna och att viss tillströmning till de bästa klinikerna kommer att uppstå. Detta motiverar förvisso de sämre klinikerna att förbättra sig samtidigt som det belönar de väl presterande klinikerna. Men som tidigare nämnts kan det få en oönskad konsekvens vilken är att klinikerna blir ovilliga att dela med sig av information då det blir ekonomiskt fördelaktigt att vara långt före andra kliniker. Här har vi ingen direkt lösning, mer ett konstaterande att i dagsläget är största delen av vården i offentlig regi och således kan det ses som ett företag med flera filialer. Inom företagsvärlden löses det till exempel genom att visa på delaktighet i organisationen att alla bidrar till värdeskapande och att ju bättre det går för den stora organisationen desto bättre kommer det att gå för de mindre enheterna.

### **Hur skall man finna benchmarking-partners?**

Valet av en *best practice-aktör* att jämföra sig med har underlättats genom *SKL:s* projekt *Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvård*. Det eftersom landsting, regioner och sjukhus tidigare var tvungna att själva leta i flera olika register för att hitta informationen. Men dessa jämförelser lämnar dock mycket mer att önska då *SKL* har tagit fasta på att redovisa indikatorer på ett enkelt och överskådligt sätt på landstings- och regionsnivå.

Dock konstateras efter intervjun på *akutvårdsdivisionen* att de inte använder någon direkt databas eller liknande standardiserat forum för informationsinsamling. *Karin Bäckström* berättade att de arbetar med *benchmarking* idag men att de kan bli mycket bättre på det. Vid diskussionen om *SKL:s* rapport *Öppna jämförelser* används när mål och uppföljningar görs var svaret negativt. Däremot ansåg hon att ett likartat system där det går att identifiera vilket

sjukhus som presterat resultaten vore välbehövligt. I *Skåne* finns tio sjukhus, varav fyra sjukhus för akutvård. Hur ska *akutvårdsdivisionen* på *UMAS* veta vart de ska vända sig för att få råd och synpunkter? Svaret är att de inte vet och att de antingen får gissa sig till det eller att fel anledningar nyttjas vid valet av *benchmarking-partner*. *UMAS* har tidigare haft samarbeten om *benchmarking* med bland annat *USiL* men valet har snarare skett på grund av närhet och kontakter än genom *best practice*. Om *SKL:s* uppföljning varit mer detaljrik hade sjukhusen själva kunnat ta kontakt med varandra och dessutom göra det av rätt anledningar.

Det är således en stor brist att informationen inte är nedbruten så pass att det går att utläsa vilket sjukhus som presterat resultaten i rapporten, utan endast det samlade resultatet från regionerna och landstingen. Därför är det av intresse att *SKL* i viss mån efterliknar det kanadensiska systemet och börjar redovisa resultaten på verksamhetsområden där de enskilda sjukhusens prestationer kan ses. Det skall *SKL:s* rapport för 2008 göra, enligt *Eckerström*, vilket vi välkomnar. Vi tror även att allmänheten är intresserade av att ta del av mer specifika uppgifter.

Vidare kan konstateras att ett sådant här system bör inkludera relativt många aktörer/sjukhus för att bli riktigt värdefullt. Anledningen är trivial, med ett större urval finns potential att finna en bättre *best practice* än i ett litet urval. Det finns måhända en övre gräns när systemet blir alltför omfattande och där med tungrott. Men vi ser inga direkta hinder med att ha ett nationellt system då den verkliga *best practice-aktiviteten* kan koras och således blir det inte introvert inom regionerna och därmed minskar risken för stagnation.

### **Detaljgrad och nivåval**

Teorin föreskriver vikten av att *benchmarking* sker på en nivå anpassad till syftet. Det vill säga att detaljgraden i nyckeltalsjämförelsesystemet är väldigt viktigt för att nå ett fullgott slutgiltigt resultat.

Vid intervjun med *Bäckström* på *UMAS* framkom problematiken med jämförelser då avdelningarna skiljer sig åt mellan sjukhus. Dessutom var det problematiskt i tider när omorganisationer skedde då det försvårar jämförelsemöjligheterna. *Karin Bäckström* menar att det torde vara svårt att hitta identiska enheter och således torde det vara svårt att ha exakt samma nyckeltal. Liknande argumentation förs av *Fredrik Thott* när han säger att

vårdproduktionen inom landstingen generellt sett har olika karaktär och att det därigenom finns vissa hinder för att upprätta gemensamma mål för landstingen.

Vi inser problematiken men anser inte att man skall låsa sig vid den. Möjligheten att jämföra resultat är beroende av vilken detaljnivå som jämförelserna har. En hög detaljnivå kan resultera i att det går att jämföra kliniker som har olika resurser och utseende. Således bör det till vis mån gå att jämföra organisationer som är under omorganisation, vilket var ett av *Karin Bäckströms* motargument. Exempelvis är en generell höftledsoperation alltid en generell höftledsoperation oavsett om den gjorts under *akutvårdsdivisionen* eller någon annan division. Följaktligen går det att jämföra men systemet kräver viss detaljnivå precis så som visas i det kanadensiska systemet tillika i *SKL:s Öppna jämförelser*.

Den lägsta detaljnivån som går att få via *balanserat styrkort* är *personliga styrkort*, det vill säga individuellt anpassade styrkort för varje anställd. Styrkortet ser således olika ut för exempelvis en sjuksköterska och en läkare på akutmottagningen, samma förhållande mellan en öron-, näsa-, halsläkare och en ortoped. *Bäckström* på *Akutvårdsdivisionen* såg inte några hinder att införa det. Däremot såg hon en viss problematik i att öppet redovisa för allmänheten vilka resultat en uppföljning av dessa styrkort skulle visa. Synpunkterna att det resulterar i uthängning av personalen och dessutom riskerar att få oönskade konsekvenser på grund av konkurrensen är korrekta. Hennes oro bör relateras till diskussionerna som nyligen förts angående *fritt vårdval Halland*, där man tror att konkurrensen har lett till ett ökat antibiotikaanvändande. Beträffande berörd problematik om Halland bör nämnas att *Thott, ledamot i Hälso- och sjukvårdsnämnden* är väl medveten om denna. Han menar att en skärpning av läkemedelsföreskrivningar där entreprenöravtal ingås både mellan privata och offentliga vårdinrättningar skall kunna vara lösningen.

Vi är positivt inställda till *personliga styrkort* då det primärt kan fungera som underlag för jämförelser och sekundärt för styrning av och mål för de anställda. Vi konstaterar att det finns brister som måste ses över innan ett sådant system tas i bruk. Det kan tänkas att denna del av systemet inte skall delges allmänheten utan istället användas internt av sjukhusen. Det är trots allt så att det finns en hel del att lära av varandra och kan man inte se vem som har rönt störst framgång är det svårt att ta efter en *best practice*. Ytterligare motiv till dessa individuella styrkort är att varje anställd precis vet vilka krav som ställs på honom eller henne samt att det kan underlätta utvecklingssamtal mellan personal och arbetsgivare.

Resonemanget som förts ovan, motsäger i viss mån teorins resonemang om att inte innehålla alltför många indikatorer för att det då blir svårbegripligt och ofokuserat. Således bör det beaktas att applicera styrkort nedbrutna på verksamhetsgren då det blir lättare för de berörda att ta till sig satta mål samt följa upp dessa. Det görs i *The Hospital Report*, som är indelad i åtta verksamhetsområden, men så är inte fallet i *SKL:s Öppna jämförelser*.

### **Vägen till lärande är att förstå orsakssambanden**

Intervjun med *Bäckström* på *UMAS* betonar att en nyckeltalsjämförelse endast är en *kvantitativ jämförelse* som bara är ett sätt att diagnostisera var man skiljer sig åt mellan olika enheter. Det är oerhört viktigt att inte lita blint på nyckeltal utan att ta hänsyn till de bakomliggande faktorerna. Hon tynger även på att det är genom dialogen mellan aktörerna som det verkliga värdet skapas. *Bäckströms* åsikter angående dialogens betydelse är vi tillika teorin fullständigt överrens om. Nyckeltal är endast en vägvisare och indikator för prestationernas styrka. För att kunna nå förändring krävs en noggrannare analys av aktiviteten/processen i fråga, det vill säga en *kvalitativ benchmarking*. Det är viktigt att gå in djupare för att se helheter och orsakssamband för att nå en verklig förändring. Förutom att djupgående observera skillnader krävs ett reflekterande, *double loop learning*, där aktörerna ifrågasätter varför aktiviteterna/processerna ser sig som de gör och därur drar de slutsatser som skall ligga till grund för förslag till förändring.

Slutligen bör nämnas att rapporterna bör vara minst årligt återkommande för att göra det möjligt för deltagarna att regelbundet återkoppla till sina och andras prestationer. Uppföljningen är en av de absolut viktigaste faktorerna inom lärandet då det ger möjlighet att ifrågasätta fattade beslut, var de lämpliga eller ej, hade det gått att göra bättre, i så fall hur? Sett från ledningsnivå i företaget får de lättare att svara på om verksamheten är effektiv eller ej. Tillika ger det en ypperlig möjlighet att sätta framtida mål för organisationen.

### ***6.3 Realisering av ett nyckeltalsjämförande system samt kritik***

Som nämnts tidigare är intervjupersonerna positivt inställda till motiven för ett nyckeltalsjämförande system. En invändning kommer dock från *Fredrik Thott* beträffande det kanadensiska systemet, vilken är att det skulle ta väldigt lång tid att genomföra. Det är således inte investeringskostnaden som är problematisk utan framförallt sett ur ett tidsperspektiv som

gör det svår genomförbart. Här bör inflikas att mycket arbete redan har gjorts då utvecklingen har inletts mot ett *balanserat styrkort* som bas och ram för verksamhetsstyrningen inom *Region Skåne*. Dock saknas än så länge ett nyckeltalsjämförande system som fångar upp kontrollen, jämförelsen och lärandet inom bland annat hälso- och sjukvården. Ser vi till vårt referensobjekt i *Ontario, Kanada* tog det från beslut till första prototypen av systemet två år. Därefter har en ständig utveckling av systemet behövt göras. I och med att kraven på vården ständigt förändras måste systemet vara en föränderlig process. *Kanada* hade samma tankegångar och vägen som valdes där var att de överlät största delen av utvecklandet av systemet och analysen av resultaten till *The University of Toronto*. Det kan vara en lämplig väg att gå även i *Skåne* men det är främst ett spørsmål för framtida analyser. *Thotts* invändningar angående tidsperspektivet ser vi som negligierbara, givetvis kommer det ta tid men effekterna blir därefter. Denna typ av förändring måste få ta tid, den måste förankras långt ner i berörda instanser för att verkligen ge effekt. Det är således centralt att systemet blir lättöverskådligt och begripligt för målgruppen. Med uppbackning från både teori och empiri menar vi att effekterna är värda att vänta på.

Vi ser vissa risker med ett publikt *benchmarkingsystem*. En aspekt är att konkurrensen blir tydligare än tidigare då patienter inte haft samma insikt om sjukhusens prestationer. Patienternas preferensram utvidgas och således är det tänkbart att de väljer ett annat sjukhus än tidigare, exempelvis på urval av att deras operationer håller högre kvalitet. De farhågor som teorin och även vi kan se rörande konkurrens är att den skulle verka som en bromsande eller förhindrande effekt av lärandet mellan sjukhusen, verkar inte stämma. Tvärtom tyder den information vi funnit från *Ontario* att det fungerat som en drivkraft och att man är nöjda över hur sjukhusen tillsammans förvaltar dessa jämförelser.

En annan risk med *benchmarking-konceptet*, som beskrivits i teorin, att det är en *best practice* som efterliknas och inte en *next practice*. Således är man i viss mån kvar i samma fotsår och utvecklas inte. Resonemanget låter sunt och i viss mån är det även det men det bör beaktas att om samtliga sjukhus skall sträva efter en *next practice* kommer de inte ha tid att tillfredsställa sitt uppdrag. Således bör istället endast de som innehar en *best practice* sträva mot *next practice* medan resterande strävar mot en *best practice*. Vidare kan det tänkas att de som har en *best practice* blir tvungna att lägga mycket tid och resurser på att lära ut och visa upp sitt tillvägagångssätt. Det kan lösas på flera sätt, bland annat genom att en ordentlig processbeskrivning görs så att inte varje enskilt sjukhus behöver ta kontakt med den enskilda

avdelningen. Tillika kan *best practice-aktiviteter* belönas, dels som kompensation för det merarbete som krävs för dokumentering men även som belöning för att motivera till ett bra arbete.

## 7 Slutsatser och avslutande diskussion

---

*Nedan presenteras rapportens slutsatser. Först presenteras de slutsatser som kunnat dras genom det aggregerade resultatet i analysen. Därefter sker en utvidgande diskussion om rapportens generaliserbarhet till andra områden. Avslutningsvis följer en diskussion angående förslag till vidare studier.*

---

### 7.1 Slutsatser

Rapportens insamlade empiri visar på behovet av ett system för att systematiskt kunna effektivisera sjukvårdsverksamheten. De ständiga underskotten på senare tid, som lett till återkommande diskussioner om vårdens ineffektivitet, är oacceptabla. Det krävs således ett kraftfullt system som möjliggör uppföljning och utveckling inom sjukvården. Ett sådant system kan vara ett nyckeltalsjämförande system mellan sjukhus där jämförelse sker mellan liknande divisioner, avdelningar eller aktiviteter. Det eftersom det kan förbättra kontrollen, jämförandet och lärandet inom sjukvården genom att låta de sämre presterande sjukhusen ta lärdom av de bättre. Medelst jämförelser kan även sjukhusen se vad de borde lägga mer energi på och förbättra. Tillika kan de se vilka aktiviteter de kan vara stolta över. Rapportens intervjuer stödjer detta resonemang, då det visar sig att jämförelser ligger i tiden och att det finns ett stort intresse både regionalt och nationellt.

Rapportens förslag grundar sig i ett enhetligt verksamhetsstyrssystem för samtliga deltagande sjukhus. Anledningen är att i dagsläget med många olika styrssystem, med vitt skilda nyckeltal och definitioner av dessa, är det omöjligt att genomföra ett systematiskt jämförande utan att grundligt granska samtliga nyckeltal och troligen räkna om dem för att få dem jämförbara. Utformandet av styrsystemet bör ta fasta på eventuella gemensamma faktorer i de *balanserade styrkort* som redan idag nyttjas på många håll. Anledningen till att *balanserat styrkort* är välmotiverat är att det samlar upp nyckeltal från flera perspektiv av organisationen. Dessutom är perspektiven och nyckeltalen strategiskt knutna till organisationen, vilket i viss mån säkerställer kvaliteten av nyckeltalen. Vid utformandet av det *balanserade styrkortet* är det viktigt att inte använda sig av allt för många perspektiv och nyckeltal då det framförallt blir svårt för användarna att veta vad de skall fokusera på. För att ha möjlighet att få med de viktigaste nyckeltalen inom hela vården krävs det troligtvis en uppdelning i verksamhetsområden, så som gjorts i *Ontario*.

För att ett nyckeltalsjämförande system ska generera värdefulla resultat inom en sjukvårdskontext måste flera faktorer beaktas. Det är av stor vikt att initiativet till ett sådant omfattande system kommer från de ytterst ansvariga, det vill säga landstingen och regionerna. Vi tror att det därefter är viktigt att det förankras ordentligt hos de användare som berörs. Det är viktigt att denna förankring och förståelse innefattar relativt många aktörer/sjukhus för att systemet ska bli kraftfullt. Ju större deltagande desto större är potentialen att finna en bättre *best practice*, än i vid lågt deltagande. Sker jämförelserna med aktörer från flera olika regioner och landsting blir *benchmarkingens* karaktär både *intern* och *extern* och därmed kan fördelarna dras från båda dessa varianter.

En bra utgångspunkt kan vara *SKL:s öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården*, men de behöver utveckla sina jämförelser. Det är en stor brist idag att informationen inte är nedbruten på *sjukhusnivå* då det är svårt för sjukhusen att se vem det är de skall ta kontakt med för att kunna förbättra sina aktiviteter efter en *best practice*. Farhågor som har framkommit under empiriinsamlingen är att vårdproduktionen skiljer sig åt i karaktär inom sjukvården, både mellan regioner och landsting och sjukhus. Det blir vanskligt att upprätta ett gemensamt nyckeltalsjämförande system på en regional och nationell basis då jämförelser blir svåra. Vi förstår den problematik som beskrivits. Men vi menar att möjligheten att jämföra kliniker från olika regioner och sjukhus beror på vilken detaljnivån är i jämförelserna. En ökad detaljnivå tordes underlätta jämförelser.

Efter att en nyckeltalsjämförande analys tagit plats är det önskvärt att *benchmarkingen* övergår ifrån en *kvantitativ* karaktär till en *kvalitativ* karaktär. Det är viktigt att hänsyn tas till de bakomliggande faktorerna. För att resultaten från jämförelsen ska leda till en effektivitetsförbättring krävs att inte bara *best practice* utkristalliseras, utan även att en dialog mellan denne och de övriga kommer till stånd. Det för att finna orsakssamband och därigenom frambringa ett lärande ur *benchmarking-processen*.

I och med att vården befinner sig i en ständigt föränderlig miljö bör rapporterna ständigt modifieras för att passa dess kontext. Vidare bör rapporten vara minst årligt återkommande för att göra det möjligt för deltagarna att regelbundet återkoppla till sina och andras prestationer.



Slutligen belyser rapporten farhågor kring att ett ökat publikt *benchmarkande* leder till ökad konkurrens men med ett tydligt styre på regional nivå tordes det kunna undvikas att konkurrensen blir negativ utan istället konstruktiv.

## **7.2 Rapportens generaliserbarhet till andra områden**

I metodkapitlet nämndes att trovärdigheten i rapportens generaliserbarhet kan ifrågasättas.

Denna rapport bör ses som en förstudie av intresset och möjligheterna att införa ett jämförande system samt hur det i så fall kan se ut. Tyvärr har inte rapporten haft möjlighet att vara så omfattande att den är reliabel i ett större perspektiv. Det vi kan säga med säkerhet är att akutdivisionen på *UMAS*, *Region Skåne* och *SKL* alla är positiva till ett jämförande system. Men där utöver kan vi göra ett kvalificerat antagande om att det nyckeltalsjämförande systemet som behandlats är applicerbart på en nationell nivå i Sverige.

Använder vi sedan rapporten för att diskutera *benchmarking* anser vi att rapporten visar att nyckeltalsanalyser, av i rapporten nämnda slag, framförallt är till för att diagnostisera. För att därefter verkligen nå en förändring krävs att en dialog sker mellan parterna där man finner orsakssambanden till skillnaderna. Under dessa dialoger analyserar och lär man sig hur man bör agera fördelaktigast.

Vidare beträffande teorin kring utformningen av *balanserat styrkort* ser vi att balansgången mellan att vara selektiv och att arbeta för att täcka in alla delar av en verksamhet förefaller vara ett stort problem.

## **7.3 Förslag till vidare studier**

Som nämnts i metodkapitlet är rapportens empiri underlag något tunt därför är det önskvärt att en djupgående undersökning görs för att verifiera rapportens slutsatser i en större undersökningsgrupp. Det hade således varit intressant att undersöka hur akutvårdsdivisioner på andra sjukhus ställer sig till rapportens nämnda problematik och lösningsförslag, eftersom de kan tänkas lyda under andra styrformer och arbetssätt än vid *UMAS*. Vidare hade det varit intressant att samla in empiri från politiskt håll inom regioner och landsting,

Vårt förslag tar sin grund i ett enhetligt *balanserat styrkort* för de inblandande aktörerna. Hur detta styrkort bör vara utformat på detaljnivå är svårt att säga med befintlig information i rapporten. Vidare vore det önskvärt att inte behöva göra alltför stora förändringar för deltagarna. Därför vore det av intresse att se hur stora likheterna är mellan brukarnas styrsystem och se om dessa kan ligga till grund för att utveckla ett gemensamt styrkort som i sin tur kan ligga till grund för exempelvis en utvidgning av SKL:s befintliga *Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården*.

Vi förordar även att en studie som fokuserar mer på konsekvenserna av att öppet publicera resultaten, det vill säga en studie där effekterna av en ökad konkurrens beaktas. Vi ser både positiva och negativa konsekvenser. De negativa exemplifieras av de i rapporten nämnda händelserna i *Halland* medan de positiva är ett ökat incitament att lära och utveckla sig. Vi anser inte att vår rapport har trängt in på djupet ordentligt beträffande denna problematik.

## 8 Källföreteckning

### 8.1 Publicerade källor

#### 8.1.1 Litteratur

Andersen, Björn & Pettersen, Per-Gaute - Benchmarking en praktisk handbok 1997, Studentlitteratur AB

Ax, Christian, Johansson, Christer, Kullvén, Håkan, Den nya ekonomistyrningen, Libers förlag, 2002

Bergman, Bo & Klefsjö, Bengt, Kvalitet från behov till användning, Studentlitteratur AB, 2001

Björklund, Maria & Paulsson, Ulf, Seminarieboken – att skriva, presentera och opponera, studentlitteratur, 2003

Bryman, Alan & Bell, Emma, Företagsekonomiska forskningsmetoder, Libers förlag, 2005

Gustavsson, Lennart, Best I klassen - benchmarking för högre effektivitet: idéer, erfarenheter från svenska och utländska företag, Sveriges verkstadsindustrier Stockholm, 1992

Ivar Jacobsen, Dag, Om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen, Studentlitteratur, 2000

Ivar Jacobsen, Dag, Vad, hur och varför?, Studentlitteratur AB, 2002

Karlöf, Bengt, Benchmarking i verkligheten – de goda förebildernas inspiration till lärande och affärsutveckling, Liv & Ledarskaps AB förlag, 1997

Karlöf, Bengt, Lundgren, Kurt, Edenfeldt Forment, Marie, Benchlearning – förebilder som hävstång för utveckling, Ekerlids förlag, 2000

Karlöf, Bengt & Helin Lövingsson, Fredrik, Management begrepp och modeller, Ekerlids förlag 2003

Morgan, Gareth, Organisationsmetaforer, Studentlitteratur Lund, 1999

Renstig, Fölster, Morin, Hallström, Den sjuka vården, Ekerlids förlag, 2003

Svenning, Conny, Metodboken, Lorentz förlag, 1999

Womack, James P, Jones, Daniel T, Roos, Daniel, Perennial/Harpercollins (USA), 1991

### **8.1.2 Artiklar**

Pervaiz K, Mohammed, Integrated benchmarking a holistic examination of select techniques for benchmarking, 1998; [www.emeraldinsight.com](http://www.emeraldinsight.com)

Ittner, C. & D. Larcker, "Coming up short on nonfinancial performance measurement", Harvard Business Review, Vol. 81, No 11, sida 88-95, 2003

Kaplan S. Robert, Norton P. David, Having Trouble with your Strategy? Then Map It, Harvard Business Review, 2000

Parkinson, Tasis, Porporato, A Critical Review of Financial Measures as Reported in the Ontario Hospital Balanced Scorecard, Journal of Health Care Finance, November 2007

Prahalad, C.K, The Blinders of Dominant Logic, Long Range Planning vol 37, s 171-179 2004

### **8.1.3 Rapporter**

The Hospital Report '98: A System-wide review of Ontario's hospitals (<http://www.hospitalreport.ca/>)

The Hospital Report '99: A balanced scorecard for Ontario acute care hospitals (<http://www.hospitalreport.ca/>)

Hospital Report 2001: Acute Care, ISBN 1-894766-50-4

Hospital Report 2002: Acute Care, ISBN 1-55392-098-8

Hospital Report 2003: Acute Care, ISBN 1-55392-328-6

Hospital Report 2005: Acute Care, ISBN 1-55392-671-4

Hospital Report 2006: Acute Care, ISBN 13: (PDF) 978-1-55392-874-4,

Hospital Report 2007: Acute Care, ISBN 978-1-55465-059-0

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2007 ISBN 978-91-7164-281-3

## **8.2 Elektroniska källor**

<http://www.hospitalreport.ca/>

<http://www.lthalland.se/>

<http://www.notisum.se/>

<http://www.oha.com/>

<http://www.regeringen.se/>

<http://www.skane.se>

<http://www.skl.se>

<http://www.svd.se/>

<http://www.umas.se>

### ***8.3 Muntliga källor***

Andersson, Jan Erik ställföreträdande Sjukhuschef samt Ekonomichef UMAS 2007-12-11

Arvidsson, Per, föreläsare på kursen Strategi och styrsystem, FEKA21, ht 2006.

Bäckström, Karin, Divisionskontroller vid UMAS Akutvårdsdivision 2007-12-17 samt 2008-01-17

Eckerström, Lena, Projektledare för SKL:s öppna jämförelser av hälso- och sjukvård. 2007-12-19

Thott, Fredrik ledamot i Region Skånes fullmäktige samt i hälso- och sjukvårdsnämnd 2007-12-28

# Bilaga A

Intervjuguiderna nedan har varit del i en semistrukturerad intervju och frågorna har inte slaviskt följts i den ordning som de presenteras i nedan. Intervjuguiden nedan har snarare varit som stöd vid intervjuerna för att säkerställa att all önskvärd information insamlats.

## **Divisionscontroller vid akutvårdsdivisionen på UMAS**

- Din roll, ansvar, arbetsuppgifter?
- Allmänt om verksamheten.
  - o antal medarebeter
  - o omsättning
  - o annat intressant
- Allmänt, hur ser er verksamhetsstyrning ut?
  - o Vilka verktyg använder ni?
  - o Hur sätter ni mål
  - o Hur utvärderar ni
  - o Använder ni SKLs databaser något?
  - o Vad händer om någon inte når målen?
- Känner ni till det kanadensiska systemet som innebär ....
- Ser ni några fördelar med systemet?
- Ser ni några problem med systemet?
- Vår tes är... hur ser ni på det?
- Hur ser ni på konkurrensen inom sjukvården?
  - o Hur ser ni generellt på konkurrens? Vårdgaranti, fritt vårdavtal, privata alt.
  - o Känner ni av någon konkurrens?
  - o Har ni något emot det? Vår tes resulterar i mer detaljerade öppna jämförelser och således kommer konkurrensen att tydliggöras.
- Vad har ni för planer för jämförelsen i framtiden?

## **Projektledare för Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvård vid SKL**

- Din roll, ansvar, arbetsuppgifter?
- Allmänt om verksamheten.
  - o Intressant fakta
- Vad är syftet med SKL:s öppna jämförelse inom hälso- och sjukvården?
- Vem vill ni skall använda jämförelsen och Hur?

- Kan sjukhusen få tillgång till mer specifik information än den som ges i rapporten?
- Hur har ni tagit fram indikatorerna?
- Allmänt, hur ser sjukhusens verksamhetsstyrning ut?
  - o Vilka verktyg använder de?
  - o Hur sätter de mål
  - o Hur utvärderar de
  - o Använder de SKLs databaser något?
  - o Vad händer om någon inte når målen?
- Känner ni till det kanadensiska systemet som innebär ....
- Vår tes är att det hade varit en lämplig modell att inför för samtliga sjukhus och på så sätt få ett gemensamt verksamhetssystem som hade varit jämförbart. Hur ser ni på det?
- Ser ni några fördelar med systemet?
- Ser ni några problem med systemet?
- Vidare har landstingen inga gemensamma mål, är det möjligt i framtiden varför/varför inte?
- Hur ser ni på konkurrensen inom sjukvården?
  - o Hur ser ni generellt på konkurrens? Vårdgaranti, fritt vårdavtal, privata alt.
  - o Känner ni av någon konkurrens?
  - o Har ni något emot det? Vår tes resulterar i mer detaljerade öppna jämförelser och således kommer konkurrensen att tydliggöras.
- Vad har ni för planer för jämförelsen i framtiden?

### **Ledamot vid Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Skåne**

- Allmänt om verksamheten.
- Hur styrs skånsk sjukvård?
  - o Hur ser *Region Skånes styrkort* ut och hur används det ner på sjukhusnivå?
  - o Hur sätts målen upp för sjukvården i Skåne
  - o På vilken nivå mäter regionen måluppfyllelse
  - o Vad baserar ni era mål på?
  - o Grundas era beslut på lärdom av andras misslyckande respektive framgångar?
- Hur gör ni för att den skånska sjukvården ska bli mer konkurrenskraftig?
  - o Hur ser ni på konkurrensen mellan sjukhusen?
  - o Är konkurrens ett bra incitament för patientomhändertagandet?

- Hur ser ni på problematiken som nyligen uppdagats i *Halland* angående den ökande antibiotikautskrivningen som tros bero på *Fritt vårdval Halland*.
- Har ni hört talas om det kanadensiska systemet?
  - Vad ser ni för fördelar och nackdelar med att implementera ett liknande system för samtliga skånska sjukhus?
- Vilka andra styrsystem arbetar ni med för att göra den skånska sjukvården effektivare?



# Bilaga B

PATIENT SATISFACTION

Hospital	Community Served	LHIN	Overall Impressions	Communication	Consideration	Responsiveness
<b>PROVINCIAL WEIGHTED AVERAGE</b>			82.7	76.2	79.1	80.0
PROVINCIAL PERFORMANCE TARGET*			85.5	78.9	82.3	83.6
<b>TEACHING HOSPITALS AVERAGE</b>			85.3	78.4	81.3	81.5
Hamilton Health Sciences Corporation	Hamilton	4	84.6	77.6	80.3	80.8
Hôpital régional de Sudbury Regional Hospital	Sudbury	13	84.8	79.1	81.7	81.3
Kingston General Hospital	Kingston	10	85.2	77.6	81.6	81.8
London Health Sciences Centre	London	2	87.8	80.0	83.2	83.5
Mount Sinai Hospital	Toronto	7	84.5	78.7	80.3	81.6
St. Joseph's Health Care London	London	2	88.6	84.6	84.6	86.5
St. Joseph's Healthcare Hamilton	Hamilton	4	85.1	77.1	81.7	81.3
St. Michael's Hospital	Toronto	7	84.9	76.4	80.3	80.5
Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre	Toronto	7	83.9	75.2	79.3	79.8
The Ottawa Hospital	Ottawa	11	85.7	79.6	82.2	82.1
Thunder Bay Regional Health Sciences Centre	Thunder Bay	14	84.0	77.3	81.2	81.2
University Health Network	Toronto	7	85.0	79.4	80.4	80.9
<b>SMALL HOSPITALS AVERAGE</b>			89.1	82.0	86.5	87.7
Alexandra Hospital	Ingersoll	2	89.2	80.3	86.6	85.9
Alexandra Marine and General Hospital	Goderich	2	86.3	80.5	85.4	85.9
Almonte General Hospital	Almonte	11	92.2	85.5	89.2	90.8
Arnprior and District Memorial Hospital	Arnprior	11	89.5	82.6	86.2	89.0
Carleton Place and District Memorial Hospital	Carleton Place	11	91.1	83.5	87.3	88.7
Deep River and District Hospital	Deep River	11	93.7	88.9	91.5	92.3
Dryden Regional Health Centre	Dryden	14	87.2	80.9	84.6	85.9
Glengarry Memorial Hospital	Alexandria	11	91.7	87.7	89.3	91.0
Haliburton Highlands Health Services	Haliburton	9	94.4	86.3	90.4	91.3
Hanover and District Hospital	Hanover	2	86.4	79.9	83.8	84.7
Lennox and Addington County General Hospital	Napanee	10	90.5	82.6	86.5	86.9
Listowel and Wingham Hospitals Alliance	Listowel	2	91.3	83.1	88.0	89.9
MIC's Group of Health Services	Cochrane	13	89.1	83.9	87.1	89.5
North Wellington Health Care	Mount Forest	3	87.9	81.0	86.3	87.9
South Huron Hospital	Exeter	2	NR	NR	NR	NR
Stevenson Memorial Hospital	Alliston	8	84.7	77.4	82.8	83.4

\* The average of hospital scores. Used for performance allocations.

■ Above-Average Performance   ■ Average Performance   ■ Below-Average Performance

Figur 6 Utdrag från resultatredovisningen ur Hospital Report 2007.<sup>168</sup>

<sup>168</sup> Hospital Report 2007 s.26