LUND UNIVERSITY

En liten fikavagn med stora värden - Ekonomiska effekter av och förslag till utvärdering Ex-ante vid processförbättringsinitiativ

Hellström, Mikael; Knutsson, Hans; Ramberg, Ulf

2012

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

Link to publication

Citation for published version (APA):
Hellström, M., Knutsson, H., & Ramberg, U. (2012). *En liten fikavagn med stora värden - Ekonomiska effekter av och förslag till utvärdering Ex-ante vid processförbättringsinitiativ*. Utvecklingscentrum, Region Skåne. http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Utvecklingscentrum/Rapporter/KEFU_Slutrapport.pdf

Total number of authors:
3

Creative Commons License:
Ospecificerad

General rights
Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.
• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: https://creativecommons.org/licenses/

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

En liten fikavagn med stora värden

Ekonomiska effekter av och förslag till utvärdering Ex-ante vid processförbättringsinitiativ

Mikael Hellström

Hans Knutsson

Ulf Ramberg

KEFU Skåne

2012-01-17

Innehållsförteckning

Kapitel 1 2

Att driva processförbättringar 2

1.1 Uppdraget 2

1.2 Rapportens fortsatta disposition 3

Kapitel 2 5

Några generella framgångsfaktorer för förbättringsarbete 5

Kapitel 3 7

Principiella utgångspunkter för att värdera effekter 7

3.1 Perspektiv på värdeskapande processer 7

3.2 Att mäta värdeskapande inom sjukvård 8

3.3 Produktivitet och effektivitet i sjukvården 10

3.4 Kostnaders beteende och hur de kan påverkas 11

Kapitel 4 13

Åter till kaffevagnen och en ekonomisk värdering 13

Kapitel 5 15

Lämplighetstest för processförbättringsinitiativ 15

5.1 Processförbättringsinitiativets karakteristik 15

5.2 Att systematiskt förbättra ett systematiskt förbättringsarbete 17

Kapitel 6 20

Slutsatser och rekommendation 20

Källförteckning 21

Kapitel 1

Att driva processförbättringar

Några medarbetare från en medicinavdelning gick en längre kurs i processförbättringar. Syftet med denna kurs var att de skulle jobba med att förbättra sin egen verksamhet. Initialt ville de förbättra processerna från det att patienterna blev inlagda på avdelningen till dess att de blev utskrivna, det vill säga öka genomströmningshastigheten. Detta visade sig dock vara svårare än vad man trott. De lyckades göra vissa förbättringar och man arbetade vidare med andra, men mätningarna upplevdes som bristfälliga och man stötte också på motstånd från vissa personalkategorier.

Samtidigt som diskussionerna pågick kring till exempel hur man kunde tidigarelägga ronder och på så sätt få hem patienter tidigare, var det någon i gruppen som ifrågasatte sättet som kaffet serverades till patienterna på eftermiddagarna. Arbetsgruppen började göra mätningar och fann att det tog orimligt lång tid att servera kaffe till alla patienterna. Kaffet har alltid serverats med hjälp av fem undersköterskor som börjat i ena ändan av avdelningen och rum för rum arbetat sig fram till slutet av avdelningen. Varje patient har på detta sätt fått sitt kaffe serverat vid sängen med hjälp av en undersköterska.

Efter att ha diskuterat detta ett tag kom de fram till att de kunde göra annorlunda med kaffevagnen. Tanken var att de tre vårdlag som finns på avdelningen ska ansvara för kaffeserveringen för sin del av avdelningen, i praktiken att en undersköterska per vårdlag hjälper till vid serveringen. Dessutom ska de patienter som är i relativt sett bra kondition, och som bedöms vara kapabla till det, erbjudas att hämta sitt eget kaffe i kafferummet. På detta sätt frigörs två undersköterskor, samtidigt som det tar kortare tid i anspråk. En bieffekt av detta blir att patienterna uppmanas till promenad som stärker dem i deras rehabilitering.

1.1 Uppdraget

Att arbeta med att förbättra sina processer är inget nytt och har över tid förekommit under många olika namn. Activity-Based Management, Lean och Ständiga förbättringar är exempel på metoder som har funnits under åtskilliga år. I denna rapport fokuserar vi på insatser för att förbättra värdeskapande flöden för patienter. Rapporten baseras på ett uppdrag att följa och utvärdera ekonomiska effekter av ett processförbättringsprogram- Värdeskapande flöden för vårdtagaren- som Utvecklingscentrum, Region Skåne erbjuder organisationens olika enheter. Författarna har följt ett program under 2010-2011.

För att kunna kommunicera effekter av processförbättringar krävs ett språk för att kunna beskriva de processförbättringar som eftersträvas. Att skapa ett språk för att beskriva något så komplicerat som

processförbättringar innefattande såväl kvalitativa aspekter på verksamheten som ekonomiska är inte enkelt. Vi har därför valt att inrikta oss på att skapa ett språk som kan beskriva ekonomiska effekter av en förändring. Vår fokus är lagt på hur den förbättring som genomförts skall beskrivas i ekonomiska termer. Detta ägnar vi en stor del av rapportens sidor åt. Eventuella kvalitets-förbättringar diskuteras också men utgör inte rapportens tyngdpunkt. Som företagsekonomer överlåter vi bedömningen av eventuella kvalitetsförbättringar åt de professionella som varit verksamma i projekten.

För att kunna bedöma huruvida Utvecklingscentrums utbildningsambitioner varit framgångsrika eller inte krävs inte bara ett språk för att beskriva förbättringarna. Det krävs också en referensram för att beskriva hur dessa förbättringar kommer till användning. Det reser i sin tur ett antal andra frågor som vi kommer att adressera senare i rapporten. En sådan fråga är hur spridningen av förbättringarna inom Region Skåne sker. Om förändringen stannar inom den grupp som kommit på den har inte mycket varit vunnit med förbättringen. En annan fråga handlar om hur väl förbättringarna faller inom ramen för övrigt förbättringsarbete som pågår inom Region Skåne. En tredje fråga är hur frigjorda resurser används. Om en förändring genomförs som inte resulterar i lägre kostnader eller bättre kvalitet så har heller inte arbetet varit värt mödan.

När förbättringar kommer på tal associerar vi detta vanligen till betydande och påtagliga förbättringar avseende bättre kvalitet och/eller lägre kostnader. De små förbättringarna tenderar i många fall att hamna på undantag, trots att det ibland kan vara de små förbättringarna som sammantaget ger störst effekt. Uttrycket ”många bäckar små gör en stor å” kan användas här. Det är i detta sammanhang som vår inledande berättelse från ett av programmets utvecklingsprojekt fyller en central funktion i rapporten. Kaffevagnen handlar om en till synes liten förändring. Så liten att de inblandade först inte vågade prata om förbättringen eftersom de trodde att de skulle bli utskrattade. Vi tycker emellertid att det – i all sin enkelhet – är ett bra exempel på en värdeskapande förändring för patienten. Betänk hur många kaffevagnsrundor som dagligen serveras i den svenska hälso- och sjukvården.

1.2 Rapportens fortsatta disposition

I vår utvärdering av ekonomiska effekter erbjuder vi i denna rapport ett angreppssätt snarare än en kalkylmodell att stoppa in monetära värden i. Detta sker genom att vi löpande i rapporten diskuterar kaffevagnen, ett av de förbättringsprojekt som genomfördes inom ramen för programmet, och de effekter som kaffevagnens förbättringar resulterade i. Dessa lärdomar appliceras sedan med hjälp av teoretiska antaganden och modeller på andra liknande förbättringsinitiativ.

Rapporten inleds i kapitel 2 med att sätta förändringsarbetet i ett vidare sammanhang genom att peka på vissa grundläggande antaganden om vad som påverkar ett förbättringsarbetes framgång. Därefter redogörs för i kapitel 3 hur effekter av ett förbättringsinitiativ kan värderas. Vi diskuterar begreppen värdeskapande, produktivitet och effektivitet för att skapa en begreppsmässig inramning till föreliggande utvärderingsuppdrag. Kapitel 3 innehåller också några centrala ekonomiska begrepp, vilka definieras och exemplifieras i syfte att kunna beskriva och kommunicera de ekonomiska effekterna av förbättringsarbetet.

I kapitel 4 görs en beräkning och genomgång av kaffevagnens ekonomiska effekter. Avslutningsvis, utifrån kaffevagnen och övriga förbättringsprojekt i programmet, introduceras i kapitel 5 en idé om

ett ”lämplighetstest” i tre steg. Lämplighetstestet är tänkt att användas för att välja ut processer lämpliga att förbättra. Vi lyfter med andra ord fram behovet av att utvärdera förbättringsinitiativ Ex-ante istället för Ex-post. Idén med lämplighetstestet är att olika processförbättringars sannolikhet, att dels realiseras dels vara möjliga att värdera i ekonomiska konsekvenser, är beroende av de förutsättningar som de tänkta förbättringarna bedöms ha i utvärderingsmodellens tre steg. Rapportens avslutas med några slutsatser och rekommendationer rörande arbetet med processförbättringar.

Kapitel 2

Några generella framgångsfaktorer för förbättringsarbete

Att bedriva och genomföra processförbättringar kräver idéer om vad som behöver förbättras och hur förbättringen skall genomföras. I de flesta organisationer, för att inte säga alla, är dessa idéer omgivna av olika restriktioner. Det arbete som Medicinavdelningen på Ystad Lasarett gjorde illustrerar tydligt några sådana centrala, och utifrån traditionell ekonomistyrning generella restriktioner (se t.ex. Merchant och Van der Stede, 2007).

Ansvar och påverkansmöjlighet. I arbetet med att öka genomströmningshastigheten hade de som drev förändringen inte mandat att påverka läkarnas ronder något som försvårade arbetet. Hade mandatet att påverka legat hos de som drev förändringsarbetet hade också chanserna att genomföra förändringen ökat. Däremot i exemplet kaffevagnen hade Medicinavdelningen ansvaret och därmed möjligheten att påverka det sätt som rundan genomfördes på.

Organisatoriskt stöd. Kaffevagnen illustrerar också att förändringen kunde ske utan att formella regler upplevdes som besvärliga eller hindrande. Befintliga system för verksamhetens uppdrag stödde med andra ord verksamhetens förbättringsambition, vilket också får anse mycket grundläggande vid processförbättringar.

Målöverensstämmelse. En annan viktig dimension var att förbättringsidén föreföll få ett snabbt genomslag bland de berörda, de köpte idén om att förändringen var klok och låg i linje med verksamhetens mål. Något som underlättade genomslaget var att de anställdas professionellas värderingar sammanföll med frigörandet av tid för undersköterskorna. När alla berörda tycker likadant omnämns det som att det finns målöverensstämmelse, vilket är ytterligare något som påverkar genomslag och effekt av en förändring. Målöverensstämmelse kan skapas genom aktiv styrning av en organisations ledning. Exempelvis har forskaren Robert Simons (1995) presenterat en modell som visar hur mätetal, samtal mellan medarbetare, tydliga gränsdragningar för organisationens verksamhet och klart uttalade värderingar kan stärka målöverensstämmelsen i en organisation.

Drivkrafter. Styrning i organisationer leder inte alltid till önskade handlingar och resultat. En ansenlig del kan kopplas till mänskliga tillkortakommanden. Mycket sker på rutin utifrån för givet tagna handlingsmönster. Arbetsdagen är fylld med oreflekterade handlingar och tankar, som ibland kan göra det svårt att efteråt berätta om vad som egentligen hände på arbetet. Vi är olika motiverade i olika situationer. En del går till arbetet för att göra gott, realisera personliga mål och få människor att växa. En del går dit för att göra ett jobb och få lön, medan andra går dit för att realisera sina egna idéer för den enhet man jobbar i. Det som driver oss som individer är inte nödvändigtvis i linje med den färdriktning som organisationen färdas i. Det som händer i omvärlden utgör också drivkrafter i ett förbättringsarbete, både genom händelser i enskilda individers privata sfärer men också för organisationen i stort. Det kan vara ekonomiska kriser, teknologiutveckling mm. Händelser påverkar på olika sätt de ansträngningar som görs för att uppnå olika förbättringsmål.

Framgång i det förbättringsarbete som genomförs i processförbättringsprogrammet påverkas enligt vår syn av vad som kan påverkas och av vem som har inflytande över förändringars vara eller icke

vara, men också av vilka stödjande system som finns på plats i organisationen. Slutligen utgör de inblandades gemensamma syn på vilka mål som eftersträvas och vilka drivkrafter, personliga eller andra, avgörande faktorer för huruvida förbättringar kan genomföras och leda fram till positiva effekter för patienterna.

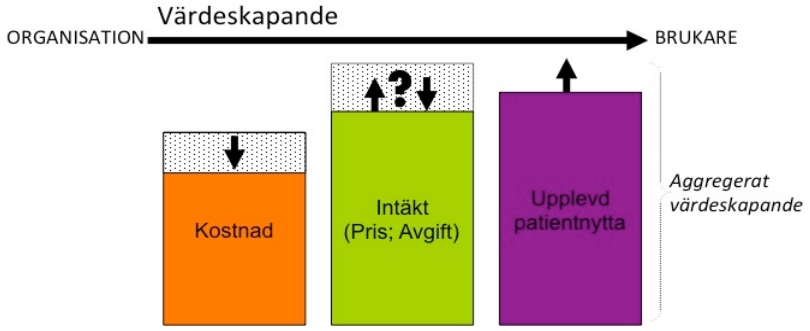
Kapitel 3

Principiella utgångspunkter för att värdera effekter

3.1 Perspektiv på värdeskapande processer

Att bedriva sjukvård är att skapa värde för patienten, och ytterst för samhället. När offentliga resursinsatsers värde/nytta i samhället diskuteras med engelsk terminologi används begreppen *outcome* (samhällsvärde/nytta) och *effectiveness*. *Effectiveness* beskriver i vilken grad verksamhetens mål realiserats i relation till uppskattad samhällsnytta, så kallad *outcome*. Engelskans *efficiency* är relationen mellan insatta resurser och levererad produkt- eller tjänsteprestation (*output*). På svenska brukar denna uppdelning mellan efficiency och effectiveness kallas för produktivitet och effektivitet, ibland också inre respektive yttre effektivitet.

Värdet för patienten skapas genom arbete. I detta arbete förbrukas dagligen en lång rad olika resurser inom sjukvården, allt ifrån människors tid, lokaler, utrustning med mera. När det värde som skapas för patienter och samhälle ställs mot de värden som förbrukas finns det en ekonomisk måttstock som säger att skapade värden ska vara högre än förbrukade diton (se figur 1).



Figur 1. Värdeskapande process.

Vilka skapade värden som skall vara i fokus inom hälso- och sjukvården kan emellertid variera beroende på vem som har tolkningsföreträde. Vissa yrkesgrupper och vissa tider kräver till exempel att kostnaderna för olika insatser hamnar i fokus. Det tar sig ibland uttryck som att ledande tjänstemän administrativt räknar fram och fastställer bestämda priser, dvs värden, på vårdinsatser. Andra grupper ser sig som uttolkare av det ”verkliga värdet” av en insats, och avgör på så vis vad som blir viktigt att göra och förbättra. Det handlar om den medicinska kårens professionella bedömningar av vad en insats gör för nytta och vad den därför betingar för värde eller prislapp. I förlängningen är det dock alltid en ”kund” som är den slutgiltiga värdemätaren för en viss insats. I de flesta sjukvårdssystem är dock sällan patientens upplevda värde av en insats avspeglat i ett ”verkligt” pris för insatsen i fråga. Värderingen av en framgångsrik förbättring kan variera avsevärt beroende på vilken ”logik” som har tolkningsföreträde. Det är inte enkelt, och kanske inte ens önskvärt att administrationen och den medicinska professionen skall landa i en gemensam värdering av

effekterna av en förbättring. Mer önskvärt är emellertid en förståelse för varför det görs olika bedömningar.

Det är känt att de värderingar som är starkast och därmed avgörande för hur en insats värderas kan variera från tid till annan. Under lång tid under hälso- och sjukvårdens framväxt i Sverige var professionens värderingar orubbade i sin maktposition. Den satt verkligen i väggarna. I början av 1990-talet var det tydligt att marknaden som ideal började växa sig starkare. Det förefaller vidare som att de nya idéer om styrning och organisation som förts från det privata näringslivet till den offentliga sektorn de senaste 15-20 åren har påverkat balansen mellan användningen av professionella bedömningar och regler för styrning. Många forskare menar att vågen har skapat en påfallande ökning av regelstyrning, det vill säga en ökad grad av byråkratisering.

3.2 Att mäta värdeskapande inom sjukvård

Skapade värden mäts i termer av upplevd nytta av t.ex. en tillfrisknande patient. Förbrukade värden mäts i termer av kostnader. I organisationer som säljer sina varor och tjänster till betalande kunder sätts ett pris på de varor och tjänster som erbjuds. De summor som betalas av kunderna är organisationens intäkter, vilket representerar värdet av utförda och levererade prestationer.

Det vinstdrivande företaget kan i teorin höja priset ända upp till den punkt då det tangerar den upplevda nyttan. Utifrån ett nationalekonomiskt grundantagande talar man i det här sammanhanget om olika ”överskott”: om nyttan upplevs vara högre än betalt pris uppstår ett konsumentöverskott. Ett grundläggande antagande inom ekonomisk teori är att företag på konkurrensutsatta marknader inte kan ta ut priser som överstiger upplevd nytta bland konsumenterna.

Såväl kostnader som intäkter mäts i monetära termer. Den upplevda nyttan är en subjektiv bedömning som antas vara speglad i det pris konsumenten av en viss vara eller tjänst är beredd att betala. Det fungerar på en konkurrensutsatt marknad med många köpare och säljare. Men hur fungerar det inom en skattefinansierad sjukvårdsorganisation som lyder under Kommunallagens självkostnadsprincip?

I Sverige är sjukvården nästan helt skattefinansierad, vilket innebär att all sjukvård erbjuds till självkostnad och betalas via skattsedeln. Det betyder i praktiken att produktionen av sjukvård inte utsätts för marknadsbetingad kostnadspress, att patienterna betalar för sjukvården solidariskt och över skattsedeln samt, slutligen, att den enskilde patienten inte kan jämföra den upplevda nyttan av vården mot ett betalt pris. Konsekvensen blir att där företagets resultat kan mätas i vinst eller förlust måste sjukvården mätas på kostnader, sjukvårdsvolym och en aggregerad upplevd nytta hos ett patientkollektiv.

Hur mäts då dessa delar? Resursförbrukningen kan mätas på olika organisatoriska nivåer, t ex per förvaltning, klinik eller diagnosrelaterade grupp. Den kan också mätas per kostnadsslag, t ex personal, hyra, elektricitet, transporter, förbrukningsmaterial etc. Sjukvårdsvolymen mäts i antal utförda vårdinsatser av olika typer, ofta också kopplade till diagnos. Upplevd patientnytta mäts t ex genom återfallsfrekvens, väntetider etc, vilket ger ett aggregerat mått på olika kvalitetsparametrar. Sjukvårdsvolymen är enklast att mäta, åtminstone då faktiska insatser mäts. Prognoser är svårare att

göra, men statistik från tidigare perioder kan ge ett riktmärke för kommande volymer. Mer problematiskt är det emellertid att bestämma kostnaden för en viss åtgärd och att bestämma vilken kvalitet som ska presteras.

För att bestämma kostnaden för olika vårdinsatser utgår beräkningen från redovisade kostnader. En väsentlig del av den totala kostnadsmassan utgörs av kostnader som är gemensamma för flera olika slags vårdinsatser och verksamheter. Gemensamma kostnader fördelas indirekt via fördelnings-nycklar till enskilda så kallade ”kostnadsbärare”. Det kan vara en diagnosrelaterad grupp, en klinik eller ett sjukhus. Principiellt behöver inte gemensamma kostnader fördelas ut längre än till den organisatoriska enhet som kan besluta om kostnaden ifråga. Kostnaders påverkbarhet står här i centrum – för en enskild klinik kan en stor andel av kostnaderna vara mycket svår att påverka, till exempel avseende kostnader för lokaler, IT och koncerngemensam administration.

Det är dock förhållandevis lätt att bestämma olika kostnader jämfört med de svårigheter som uppstår när den upplevda nyttan, också kallad kvalitet, ska bestämmas. Den faktiskt upplevda nyttan är en individuell upplevelse som kan mätas direkt via olika skalor eller indirekt via förekomst av komplikationer såsom återfall, vårdrelaterade infektioner eller andra olägenheter för patienterna. Uppfattningar om huruvida kvaliteten på tillhandahållen sjukvård är för hög eller för låg kan också skilja sig åt mellan patienter, mellan patienter och läkare samt möjligen även mellan olika läkare. Det som redovisas är genomsnittligt upplevd patientnytta. Kvalitetsmål är till stor del subjektiva till sin karaktär och sätts i förhållande till uppfattningar och ambitioner, men övergripande samhälls-ekonomiska lönsamhetsbedömningar av olika vårdinsatser för olika patientgrupper görs.

Det är också patientens direkta och indirekta upplevda nytta som står i fokus när sjukvårdens effektivitet skall värderas. Den inre effektiviteten fångas genom att sätta patientens upplevda nytta i relation till de resursinsatser som användes för patientens behandling. Ju mer patientens nytta glider från att värdera resursinsatsen och dess effekter till att börja prioritera återgången till ett i bästa fall ’normalt och friskt liv’, t.ex. en återgång till yrkeslivet, desto närmare kommer man en värdering av samhällsnyttan av hälso- och sjukvården, det vill säga den yttre effektiviteten. För att värdera den yttre effektiviteten sätter man vanligtvis den i relation till verksamhetens mål. Som Pollitt och Dan (2011) konstaterar så råder det en tämligen stor enighet om ovanstående antaganden rörande skillnaden mellan inre och yttre effektivitet relativt inom public managementforskningen. De betonar emellertid också att det finns en påtaglig variation i hur dessa två begrepp diskuteras och tillämpas, såväl i teori som i praktik.

När det kommer till intäkterna inom sjukvården finns det ingen direkt koppling till en patients betalningsvilja och förväntade nytta av en vårdinsats. Intäkterna erhålls inte från en kund, utan från en beställande enhet inom organisationen. Intäkten för en vårdinsats bestäms i förhållande till direkta och indirekta kostnader som vårdinsatsen ger upphov till. Det här sättet att prissätta olika insatser speglar således inte nyttan utan istället resursförbrukningen. Det kan ge upphov till skeva incitament för vårdgivaren, som agerar rationellt om denne utför vårdinsatser som ger god ersättning men förbrukar lite resurser – oberoende av upplevd patientnytta. Kopplingen mellan sjukvårdens resursförbrukning, dess intäkter och patientnytta är således inte självklar.

Även om vi ställs inför ett antal problematiska mätproblem då vi ska uppskatta enskilda förbättringars inverkan på värdeskapandet för patienter har vi nytta av följande begrepp:

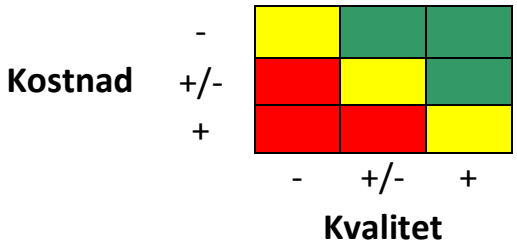
- upplevd patientnytta
- direkt påverkbara kostnader.

3.3 Produktivitet och effektivitet i sjukvården

Utifrån ovanstående beskrivning är den tydligaste referenspunkten för förbättringar inom sjukvården volymen av vårdinsatser. Därefter ter sig kostnadsberäkning vara lättare än kvalitetsbestämning att utföra. Det innebär att förbättringar i produktivitet är lättare att mäta än effektivitetsförbättringar. Produktivitet är förhållandet mellan kostnad för och volym av en viss mängd vårdinsatser medan effektivitetsbegreppet, som diskuteras i 3.2, har åtminstone två olika innebörder med det gemensamt att det också säger något om den upplevda patientnyttan/kvalitén. Effektivitet kan också bedömas i absoluta termer genom att ambitionsnivån värderas – låga ambitioner är sämre än höga.

Produktivitet är lättare att mäta än effektivitet. Effektivitet blir en fråga om prioritering mellan vårdinsatser och val av ambitionsnivå inom varje enskild typ av vårdinsats. Prioriteringar och ambitionsnivå påverkas över tiden genom t ex teknisk utveckling och ekonomiskt läge, men kan också påverkas av påtryckningar från patientgrupper, politiska utspel och personalens egen utveckling.

Det framkommer tydliga samband mellan produktivitet och effektivitet när produktivitets-förbättringar inom en given vårdinsats frigör resurser som kan användas för att producera fler av samma insats eller att höja ambitionsnivån för annan vårdinsats. Förändringar i vårdarbetet kan principiellt kategoriseras i termer av kvalitets- och/eller kostnadsförändringar. En förändring leder därför till någon av följande möjliga effekter i figur 2. Förbättringar återfinns i det gröna området. Höjd kvalitet till oförändrad kostnad, sänkt kostnad med bibehållen kvalitet eller sänkt kostnad och samtidigt höjd kvalitet är de tre typer av förbättringar som kan eftersträvas.



Figur 2. Kategorisering av förändringar i vårdarbetet.

Den centrala frågan i värderingen av processförbättringsprogrammet rör hur sänkta kostnader kan omsättas till ett ökat värde för patienterna. Det blir därför avgörande att förbättrade processer frigör resurser och att dessa kan användas på annat sätt. För att värdera processförbättringar behöver vi således luta oss mot begreppet

- frigjorda resurser via kostnadssänkningar.

I syfte att förstå hur resurser kan frigöras behöver vi titta närmare på hur kostnader beter sig i förhållande till hur, och med vilka resurser, en verksamhet bedrivs.

3.4 Kostnaders beteende och hur de kan påverkas

Frenckner och Samuelsson (1984) redogör för en rad centrala kostnadsbegrepp som hjälper oss att förstå kostnaders beteende. En kostnad representerar värdet av en förbrukad resurs. Kostnader kan delas upp i olika kostnadsslag, t ex löner, hyror, räntor, avskrivningar, förbrukningsmaterial m m. För att underlätta beslut i olika situationer används olika kostnadsbegrepp, ofta parvisa begrepp.

Fasta och rörliga kostnader. Kostnader kan beskrivas ur en lång rad olika perspektiv, kopplade till olika syften med beskrivningen av kostnaderna i fråga. Den vanligaste uppdelningen görs mellan fasta och rörliga kostnader. Det som avgör om en kostnad är fast eller rörlig är dess förändring i förhållande volymförändringar. En fast kostnad förblir oförändrad när producerad volym ökar eller minskar. Summan av produktionens rörliga kostnader förändras däremot direkt i förhållande till volymförändringar.

Begreppet ”kapacitetsutnyttjande” har en direkt koppling till fasta kostnader. En fast kostnad representerar en fast kapacitet, varför denna ibland kallas ”kapacitetskostnad”. Ett sjukhus kan sägas utgöra en stor fast kostnad med en viss kapacitet. Kostnaderna utgörs främst av avskrivningar på fastighet och utrustning och kapitalkostnader etc. Fasta kostnader ska belasta de verksamheter som förbrukar dem. Ju mer en given kapacitet utnyttjas, desto lägre blir den fasta kostnaden per producerad enhet. Om den fasta kostnaden för ett sjukhus uppgår till 100 miljoner per år och 200 000 patienter behandlas per år, då är den fasta kostnad per patient 500 kronor (100 mkr/200 000 patienter). Ett sjukhus eller en klinik har en viss kapacitet, men det är värt att poängtera att denna kapacitet på ett teoretiskt plan är högre än den praktiska kapaciteten när hänsyn tas till hur kapaciteten faktiskt kan utnyttjas i vardagen.

När investeringar görs i en fast produktionskapacitet med lång livslängd uppstår en problematisk ansvarsfråga. Beslut kring kapacitetskostnader fattas ofta av andra än de som utnyttjar kapaciteten. Det leder fram till ytterligare en kostnadsindelning – påverkbara och opåverkbara kostnader. Personal som har idéer om ändringar i verksamheten är ofta bakbundna av den fasta kapacitet som är uppbyggd. Påverkbarheten ökar normalt med formell hierarkisk nivå, men även på lägre nivåer kan informellt inflytande utövas på beslut som rör såväl påverkbara som opåverkbara kostnader.

Kostnader av olika typ	*påverkas*	*genom t.ex.*
Fasta kostnader	långt från patient	dimensionering av kapacitet
	nära patient	kapacitetsutnyttjande
Rörliga kostnader	långt från patient	regler, upphandling, etc.
	nära patient	arbetsmetoder, materialval etc

Figur 3. Fasta och rörliga kostnaders uppkomst och förändring.

Sär- och samkostnader. Ett annat centralt begreppspar när vi diskuterar förbättringar och val mellan olika alternativ är sär- och samkostnader. Samkostnader är kostnader som inte påverkas av ett visst

beslut, vilket däremot särkostnader gör. Begreppspar används för kalkylering av särskilda beslut. I ett sådant beslut beräknas även intäkter unika för beslutet. De kallas följdriktigt för ”särintäkter”. Skillnaden mellan beslutets särintäkt och särkostnad benämns täckningsbidrag. Utmärkande för kalkyler vid särskilda beslut är att det rör sig om icke rutinmässiga situationer, dvs. en speciell kalkyl görs för just den aktuella situationen. Kalkylsituationen avgör också kalkylens utformning och därmed vilka intäkter och kostnader som skall tas med, dvs. vilka kostnader och intäkter som är relevanta för den aktuella kalkylsituationen. De kostnader och intäkter som är relevanta är de som skiljer sig åt mellan de olika alternativen. (I vissa situationer uppstår en alternativkostnad som speglar den näst bästa användningen av resurserna ifråga.) För värdering av processförbättringsförslag behöver vi således beakta förslagets ekonomiska konsekvenser. Det gör vi med hjälp av begreppen

- fasta och rörliga kostnader

- kapacitetsutnyttjande och påverkbarhet

- särintäkt och särkostnad.

Dessa kalkylbegrepp lämpar sig väl när vi har att göra med kostnader och intäkter som är monetära, dvs. det går att mäta dem. Om vi däremot inkluderar nyttan av en viss förändring i kalkylen är det lätt att springa fel. Låt oss återkomma till denna problematik lite längre fram. Först ska vi återgå till kaffevagnen och tillämpa vår framtagna begreppsapparat.

Kapitel 4

Åter till kaffevagnen och en ekonomisk värdering

Vi har tidigare beskrivit värdeskapande som skillnaden mellan de resurser som sätts in för att genomföra en insats och det värde som insatsen genererar. I det aktuella fallet med kaffevagnen handlar det framförallt om att minska resursåtgången utan att minska värdet av det som produceras även om det i just det här fallet också innebär en ökning av värdet. Det problem som identifierades var att den dagliga kaffeserveringen upplevdes som personal- och tidskrävande. Det förslag som då fördes fram inom gruppen var att man skulle sköta serveringen inom respektive vårdlag och att patienterna i de fall de hade möjlighet själv skulle få hämta sitt kaffe. Genom att man serverade kaffet inom sina respektive vårdlag och några patienter själv hämtade sitt kaffe kunde man minska dels på antalet involverad personal, dels förkorta tiden.

Vi står här inför en klassisk beslutssituation där vi har att välja mellan att göra som vi alltid gjort eller förändra vårt arbetssätt. Som redovisats ovan behöver vi uppskatta beslutets särintäkter och särkostnader. Om särintäkten är större än särkostnaden är det strikt ekonomiskt en förbättring som bör genomföras.

Särkostnader. När det gäller tillkommande kostnader är dessa i det här fallet marginella. Vad som kan behöva köpas är två nya kaffevagnar då man i det nya sättet att servera kaffe använder tre kaffevagnar istället för två som var fallet tidigare. Låt oss för enkelhetens skull anta att dessa kostar 2 000 kronor vardera, dvs en fast särkostnad på 4 000 kronor uppkommer vid det nya arbetssättet. Eftersom det är en fast särkostnad som är att betrakta som en investeringsutgift och som kan tänkas vara användbar under flera år borde inte hela investeringsutgiften belasta det aktuella året. Istället borde en avskrivning ske under kaffevagnarnas livslängd. Eftersom det rör sig om ett ringa belopp väljer vi dock att bortse från detta i redovisningen nedan och hela beloppet belastar det första året.

Särintäkter. De särintäkter som uppkommer består av de kostnader som försvinner om det nya alternativet väljs, dvs särintäkten motsvaras av den besparing som görs om vi väljer det nya alternativet. I det aktuella fallet motsvaras besparingen av en minskad personalanvändning.

I utgångsläget är 5 undersköterskor inblandade för att sköta serveringen av kaffe. Dessa lägger i genomsnitt ned 45 minuter per dag på denna arbetsuppgift, vilket ger oss (5 undersköterskor * 45 minuter/dag * 365 dagar) 1 369 timmar per år. Det är så mycket resurser som åtgår för att sköta kaffeserveringen under årets alla dagar.

Med det nya arbetssättet att servera kaffe kommer 3 undersköterskor att arbeta 20 minuter vardera per dag. Detta ger oss en sammanlagd arbetstid motsvarande (3 undersköterskor * 20 minuter/dag * 365 dagar) 365 timmar. Den minskade personalanvändningen uppgår således till 1 000 timmar per år.

Om vi antar att en undersköterska tjänar 19 000 kronor per månad ger det ca 25 000 (19 000 * 1,3142 %) kronor inklusive sociala avgifter. För enkelhetens skull antar vi att en undersköterska arbetar 21 dagar per månad vilket ger en ungefärlig timlön på 149 kronor.

Förbättringsförslagets ekonomiska värde. Särintäkten utgörs således av 1 000 timmar multiplicerat med 149 kronor, dvs. 149 000 kronor per år. Skillnaden mellan särintäkt och särkostnad benämns som bekant Täckningsbidrag, dvs det bidrag som det nya alternativet i förhållande till det gamla alternativet tillför verksamheten. Täckningsbidraget har således ingenting att göra med totalkostnaden för att servera kaffe utan visar bara differensen mellan det nya och det gamla alternativet. Vi erhåller således ett positivt täckningsbidrag på 149 000 kronor minus 4 000 kronor = 145 000 kronor per avdelning och år som genomför detta.

Förutsättningarna för att förbättringsförslaget genomfördes och var framgångsrikt är först och främst förändringens positiva ekonomiska konsekvenser. Det är också av central betydelse att alla delar var direkt påverkbara av berörd personal. Investeringsbehovet var litet. Arbetsgruppen har kunnat ändra i personalens arbetsuppgifter. Vad exemplet visar är dock att kostnadsminskningen endast är kalkylmässig, personalen är i grunden en fast kostnad för organisationen. Kostnadsminskningen realiseras först då de frigjorda resurserna – en outnyttjad kapacitet – tas i bruk i någon annan process, alternativt friställs genom uppsägning och, därvidlag, en kapacitetsminskning.

Kapitel 5

Lämplighetstest för processförbättringsinitiativ

En ekonomisk värdering av ett processförbättringsförslag kan vara delikat. Avgörande är huruvida resurser frigörs och används på nytt sätt genom förbättrade arbetssätt. Det är enklast att observera när det gäller små avgränsade förbättringar. Det finns dock några inneboende problem med att arbeta med små förbättringar. Ett problem är att förbättringen kan upplevas som självklar, i meningen att det vore uppenbart dumt att inte genomföra den. Det självklara måste dock blottas – den har uppenbarligen inte genomförts tidigare, hur självklar den än må te sig. Ett annat uppenbart problem är att förändringen kan vara marginell i meningen att endast ett fåtal berörs av den, för det stora flertalet existerar den inte. Dessa problem utgör emellertid inga rationella invändningar mot att genomföra förbättringarna i fråga.

5.1 Karakteristik av kaffevagnens processförbättring

Kaffevagnsförbättringen har vissa karakteristiska drag. Dessa drag är centrala för dels möjligheten att genomföra den, dels för potentialen att göra en ekonomisk värdering. Förändringen berör en process som:

- innehåller ett tydligt upplevt problem för de inblandade
- är enkel att förstå och relatera till
- är tydligt identifierbar
- är tydligt avgränsad i rummet
- är regelbundet återkommande
- är tydlig avseende förbättringsmål
- är möjlig att mäta
- har låg grad av systemberoende känslighet

Kaffevagnsförbättringen började med att någon ifrågasatte det sätt man arbetade på. Man började göra mätningar och insåg hur orimligt lång tid man la ner på serveringen av kaffe. Problemet var tydligt för de inblandade, enkelt att förstå och identifiera. Att det var avdelningens kaffevagn och att serveringen återkom dagligen gjorde såväl den rumsliga som serveringens omfattning enkel att avgränsa och räkna på. Förbättringsmålet att minska serveringstiden var också uppenbar för de inblandade. Sannolikheten för att eventuella förändrade krav och önskemål från region-, sjukhus- eller klinikledning skulle påverka just serveringen av kaffe var också mycket låg.

Dessa processdrag, eller kriterier, har betydande likheter med de kriterier som t.ex. Hofstede (1981) och Ouchi (1979) använder för att beskriva och analysera olika organisatoriska aktiviteters grad av styrbarhet. De lyfter t.ex. fram graden av tydliga mål, möjligheten att mäta den prestation som aktiviteterna resulterar i samt om aktiviteten är repetitiv eller ej. Det finns med andra ord fog för att påstå att de processdrag som kaffevagnen uppvisar är generella och går att tillämpa även för andra processförbättringar.

För kaffevagnen, liksom för andra förbättringsinitiativ, finns det en implicit gräns att förhålla sig till. Förbättringsprocesser är alltid en del av ett större system. I kaffevagnens fall finns det t.ex. åtgärder som är vidtagna innan den studerade processen aktiveras och det finns efterföljande aktiviteter som den studerade processen skapar förutsättningar för. En inlagd patient som är i behov av en eftermiddagsfika har behandlats och hälsostatus är bedömd. Det är exempel på ingångsvärden för den person som serverar kaffet. Kaffet ska ge kraft åt individen för att tillfrisknandet ska löpa på väl. I slutändan är det med andra ord alltid patientens nytta av vården, hur denne mår, som är det viktigaste att beakta. Likväl måste en gräns dras för hur långt processförbättringsinitiativets ambitioner kan sträcka sig, både gällande organisatoriskt omfång och konsekvenser för patientens hälsa och välmående. Viktigt är att begränsa initiativet så att det går att påverka arbetet och överblicka samt realisera de ekonomiska konsekvenser som de planerade förbättringarna avser att medföra.

En annan faktor att beakta är hur känslig det föreslagna initiativet är för extern påverkan, som en del i ett större system. Framgång i ett processförbättringsinitiativ kan påverkas av huruvida angränsande enheter bestämmer sig för att ändra i sina respektive processer, eller att det finns överhängande risk att andra typer av beslut omkullkastar initiativets relevans eller möjligheter att lyckas.

I vårt fall med kaffevagnen så har det positiva täckningsbidraget på 145 000 kr per år beräknats, vilket har underlättats av att initiativet har en karakteristik enligt ovan. Dock återstår ett antal viktiga frågor.

Ska vi spara eller omfördela? En fråga är hur berörd enhet klokast använder det frigjorda ekonomiska värdet. Skall det ses som en besparingspotential eller som ett utrymme för att öka produktionen av befintlig vård eller satsa pengarna på att höja kvaliteten i den vård som redan produceras? Det viktiga är att ansvariga för enheten ställer dessa frågor explicit och gör valet till en uttalad beslutssituation.

Hur sprids effekterna? Det faller också på berörd enhets ledning att uppmärksamma överordnad nivå på det värde som har frigjorts och vilka beslut enheten har tagit för att arbeta vidare med det. Denna dialog blir mycket väsentlig för spridningen av genomförd förbättring. Görs bedömningen att det finns möjlighet att realisera ett än större positivt täckningsbidrag genom att genomföra förändringen på flera organisatoriska enheter skapas också en ny beslutssituation som kan få återverkningar på den beslutsriktning som den ursprungliga enheten har valt att gå. Går t.ex. kaffevagnsförändringen att införa på tio avdelningar till frigörs ett betydligt större värde.

Kaffevagnen och liknande små förbättringar där man snabbt kan se att det finns en potential såväl inom organisationen (sjukhuset) som i koncernen (Region Skåne) bör snabbt komma upp på högsta ledningens dagordning. Ledningens ansvar för helheten ger dem möjlighet att kombinera befintliga organisatoriska resurser på ett sådant sätt att det frigjorda värdet används på ett så klokt sätt som möjligt för att realisera de ambitioner som finns för helheten. I detta sammanhang byter också den lilla förändringen skepnad till att bli en stor, med allt vad det innebär relativt den karakteristik som gjort den lilla så framgångsrik.

Hur förstärks den lokala förbättringsviljan? Det handlar primärt om att stärka deras incitament för att fortsätta arbeta med förbättringar. Upplever enheten att deras initiativ slår tillbaka negativt skapar det motstånd mot nya förbättringsförslag. Att de t.ex. bjuds in i olika sammanhang för att berätta

om sin förändring och de effekter den medfört kan stärka dem i arbetet med att fortsätta utveckla värdeskapandet för sin enhet.

5.2 Att systematiskt förbättra ett systematiskt förbättringsarbete

Vårt arbete har presenterat ett enkelt och rättframt angreppssätt för att värdera de ekonomiska effekterna av ett förbättringsarbete. Under projektets gång har vi gjort observationer som indikerar ett stort potentiellt värde i själva utbildningen att kartlägga och ifrågasätta befintliga processer. Utbildningen präglades av mycket diskussion, trevande försök med att ringa in lämpliga processer att arbeta med pågick länge. En fråga vi löpande ställde oss under programmets träffar var om grupperna hade valt ”rätt” processer. Under utvärderingen och sammanställningen av föreliggande rapport blev vi också successivt alltmer nyfikna på frågan om behovet av en utvärdering *Ex-ante*. Denna utvärderingsansats har vi nedan valt att modellmässigt beskriva i termer av ett ”lämplighetstest”.

Ställer vi upp de redovisade förbättringsprocesserna från de deltagande enheterna mot olika ”lämpliga” processegenskaper, då kan förutsättningarna för framgång i varje enskilt processförbättringsinitiativ börja värderas. Detta är *första steget* i vårt modellförslag till ”lämplighetstest” i samband med processförbättring. Det är vår förhoppning att testet till exempel kan vara ett stöd vid prioritering av förbättringsinsatser, underlätta genomförande av en förbättring och underlätta för möjligheten att mäta ekonomiska konsekvenser.

	VC Östermalm	*Medicin avd 4 Ystad*	*Medicin avd 5 Ystad*	*Medicinmottagning CSK*
Lämpliga processegenskaper p.g.a. att processen;	*Höjd svars-frekvens tfn*	*Tillgänglighet & omhändertagande*	*Akutpatient på 4 timmar*	*Logistik, om/avbokningar Korta utskriftstider Remissfördröjningar*
innehåller ett tydligt upplevt problem för de inblandade				
är enkel att förstå och relatera till				
är tydligt identifierbar				
är tydligt avgränsad i rummet				
är regelbundet återkommande				
är tydlig avseende förbättringsmål				
är möjlig att mäta				
har låg grad av systemberoende känslighet				

Figur 4. Karakteriseringsprofil på processförbättringsinitiativ.

Det som identifierats ovan handlar om egenskaper hos det som skall förändras, det är en karakteristik på processförbättringsinitiativet. Dessa egenskaper är nödvändiga men inte tillräckliga för att en förändring skall komma till stånd. Det krävs också vissa förutsättningar i det sammanhang vari förbättringsarbetet ska genomföras. En bedömning av dessa förutsättningar är *andra steget* i vårt lämplighetstest. Sammanhangets förutsättningar och vikten av dem kan variera beroende på aktuellt förbättringsinitiativ. I kapitel 2 lyfts ett antal generella framgångsfaktorer vid

förbättringsarbete fram, hämtade från den traditionella ekonomistyrningsteorin. Det finns flera förutsättningar att hämta från den litteraturen, men också från de olika förbättringsprojekt vi följt under programmet.

Låt oss lyfta fram några återkommande förutsättningar som man bör förhålla sig till innan man initierar en förbättringsprocess. Utifrån principen påverkbarhet bör de som arbetar med projektet också har *ett inflytande över möjligheten att förändra*. De bör också kunna ha *ansvar för att använda de frigjorda resurserna* till att företrädelsevis höja kvalitén till samma kostnad eller sänka kostnaderna till samma kvalitet. Vanligtvis tar problemidentifikationen sin start i *professionella värderingar* om ett aktuellt läge rörande t.ex. patientkvalitet. Överensstämmer inte förbättringsförslaget med de professionella värderingar som är aktuella i sammanhanget kommer det inte att få genomslag. Bristande målöverensstämmelse sätter käppar i hjulet.

Förbättringsinitiativ underlättas vidare om det finns en *väl fungerande dialog med ledningen* och att *ledningen uttalar sitt stöd* för insatsen. Finns detta är det vanligtvis också så att det finns en *god test-miljö* för att bedriva förbättringsarbete. Det är vidare viktigt att få en uppfattning om berörd *personalstyrkas kontinuitet*, eller grad av intakthet. Hög personalomsättning bland chefer och medarbetare skapar sämre förutsättningar för att lyckas då mycket energi bl.a. måste läggas på att förankra och förklara förbättringsinitiativets syfte. Det blir också viktigt att det team som leder förbättringen har möjlighet *att avsätta tid* till det, liksom att ledningen ger det tid genom att kontinuerligt visa ett intresse. För det team eller arbetsgrupp som arbetar med projektet är det också viktigt att *alla i förbättringsgruppen är med på tåget*. Innebär förbättringsinitiativet en reell utmaning för berörda behövs också *hängivna förändringsagenter*. Finns inte dessa, då kommer förbättringsarbetet obönhörligen att stöta på motstånd.

Det finns också förutsättningar i sammanhanget som kan inverka negativt på möjligheten att genomföra en förbättring. En sådan är om enheten där projektet skall genomföras karakteriseras av en *stelbent hierarkisk struktur*. Det finns också en risk att förbättringsinitiativet blir för *beroende av några få eldsjälar*. Försvinner eldsjälen försvinner också förbättringen. Vidare har *påtvingade förbättringsinitiativ sämre förutsättningar* att lyckas än där problemidentifikationen och engagemanget väcks av berörd personal. Denna förutsättning berör idén om bristande målkongruens. En sådan faktor som också kan påverka målöverensstämmelsen är *förekomsten av informella ledare* i det sammanhang som förändringen skall genomföras. Är de med på förbättringen eller agerar de surkart? Tillfället som förbättringsinitiativet väcks vid och genomförs under är också *en fråga om tajming*. Sker det många andra förändringar på aktuell enhet kan det vara olyckligt att starta ytterligare en. Omorganisation är ett annat exempel som inverkar negativt på möjligheten att realisera och värdera en förbättring.

Testets tredje del berör det <u>formella mandatet och inflytandet</u> över de resurser som berörs av initiativet. För att kunna påverka kostnaderna för en viss process behöver någon besluta om hur besparingar eller omfördelningar av resurser ska göras. Det kräver ett formellt ansvar för resurserna i fråga. Tidigt bör också frågan ställas om problembakgrunden och sammanhanget där projektet skall genomföras ställer krav på närvaro av tvärfunktionella yrkesgrupper/specialiteter. Finns det då mandat att organisera och genomföra tvärfunktionella projekt?

Lämplighetstestet på ett processförbättringsinitiativ, både i akt att möjliggöra en ekonomisk värdering och realisera förbättringen, innehåller med andra ord följande tre olika delar:

1) processförbättringsinitiativets karakteristik,

2) sammanhanget för initiativet, d v s den miljö och de värderingar som omgärdar processen,

3) mandat och inflytande över de resurser som berörs av initiativet.

Kapitel 6

Slutsatser och rekommendation

Som framkom i förslaget till lämplighetstest och utvärdering Ex-ante finns det både många processegenskaper och många organisatoriska förutsättningar som påverkar i vilken mån man lyckas genomföra en förbättring. Det finns därför anledning att avsätta tid och genomföra en lämplighetstest av de förslag som väcks inom ramen för sådana förbättringsinitiativ som studerats i denna rapport.

Vi menar också att testet med fördel kan utföras på andra förbättringsinitiativ inom hälso- och sjukvården. Förhoppningsvis kan testet också successivt utvecklas i samband med att det tillämpas och kanske också bidra till att rensa lite i den djungel av förbättringsinitiativ som stundtals förefaller vara en realitet i både Sveriges landsting och kommuner. Tyvärr rinner många ut i sanden utan något påtagligt värdeskapande bidrag och kanske skymmer just dessa sikten för de initiativ som är de mest behjärtansvärda att genomföra.

Det tredje steget i lämplighetstestet är kopplat till att individerna som är satta att förbättra också har mandat att påverka den verksamhet som de vill förbättra. Det innebär att möjligheten att nå framgång i en förändring redan kan avgöras vid en okulärbesiktning genom att titta närmare på organisationsstruktur och ansvarsfördelning. Ett ytterligare sätt att angripa frågan om mandat är att klargöra vem som har budgetansvaret för verksamheten och vad personen har för kostnadsposter inom sitt ansvarsområde. Har inte de som är satta att utreda tillräckliga mandat eller formell makt kommer motståndsfickorna mot förbättringen att växa och bli för stora. Ett aktuellt exempel ges av Mintzberg (2011) som beskriver hur många förbättringar kräver medverkan av läkare eftersom de är de som har mandat att påverka, ofta i form av ett mandat att stoppa en förändring.

Om det ekonomiska ansvaret finns representerat i arbetsgruppen för förbättringsarbetet finns också möjligheter att realisera ekonomiska effekter som en direkt konsekvens av utbildningen. Det torde ge en ökad legitimitet åt själva utbildningen, men det kräver sannolikt en hårdare styrning av arbetsgruppens sammansättning, vilken måste ställas i direkt relation till det processval som görs till förbättringsarbetet. Här tror vi att lämplighetstestet kan vara ett centralt stöd. Likaså tror vi att det behövs en vägledning i ekonomiska samband, påverkan och i frågan om att frigöra och omprioritera resurser. En sådan förändring – i våra ögon en förbättring – ger deltagarna redskap för att samtidigt hantera processutvecklingsfrågor och dess ekonomiska konsekvenser.

Spridningsarbetet kan också organiseras inom ramen för programmet. Uttrycket ”not-invented-here” har inte tillkommit av en slump, men givet den allmänna utvecklingen av trycket på sjukvården i form av ökad behandlingskompetens, stigande vårdbehov och försämrade ekonomiska resultat är det fullt rimligt att ge ekonomiska frågor ökad vikt i jämförelse med professionens normstyrning kring behandling. Genom att införa ett spridningsmoment i slutet av programmet kan utbildningen gradvis diskutera bestående förbättringar i motsats till korta, mindre förpliktigande projekt på hemmaplan.

7. Källförteckning

Frenckner, P. och Samuelsson, L.A. (1984) Produktkalkyler i industrin. Stockholm: Sveriges Mekanförbund

Hofstede, G. (1981). Management control of public and not-for-profit activities. *Accounting, Organizations and Society*, *6*, 193-211.

Merchant, K.A. och Van der Stede, W.A. (2007) *Management Control Systems – Performance Measurement, Evaluation and Incentives* (Second Edition). Harlow: Prentice Hall.

Mintzberg, H. (2011). Managing the Myths of Health Care. Harvard Business Review, p.44, October.

Ouchi, W. (1979). A conceptual framework for design of organizational control mechanisms. *Management Science*, *25*, 833-848.

Pollitt, C och Sorin, D. (2011) *The impacts of the new public Management in Europe: A meta-analysis*. Paper at EGPA Annual Conference, Bukarest 7-9 september.

Simons, R. (1995) Levers of Control: How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal. Boston: Harvard Business School Press.