

Leif Anjou

Politisk styrning av kommunal tjänsteproduktion i egen regi

En flerfallsstudie av sjukvård och äldreomsorg

Akademisk avhandling

För avläggande av ekonomie doktorsexamen i företagsekonomi som med tillstånd av Handelshögskolans fakultetsnämnd vid Göteborgs universitet framlägges för offentlig granskning fredagen den 19 september kl. 10.15 i Volvosalen vid Företagsekonomiska institutionen, Vasagatan 1, Göteborg

ISBN 978-91-628-7550-3

© Leif Anjou 2008

Omslag: Jakob Meijling

Printed in Denmark by Narayana Press 2008

Innehåll

Förord 7

Figurförteckning 9

Tabellförteckning 9

Prolog 11

Kapitel 1

Bakgrund 13

Politisk styrning av kommunernas verksamhet 13

Tidigare forskning om styrning av kommuner 23

Syfte och forskningsfråga 32

Kapitel 2

Styrning i kommuner 35

Styrning 36

Faktorer som förklarar styrningens intensitet och genomslagskraft 48

Sammanfattning av referensramen och precisering av forskningsfrågan 66

Kapitel 3

Forskningsdesign och metod 71

Metodologiska utgångspunkter 72

Forskningsdesign 73

Tillvägagångssätt 78

Kapitel 4–9

Redovisning av det empiriska materialet 97

Kapitel 4

För frihet inom nationalstaten – och för färre sjukhus

Region Skånes första mandatperiod 1999–2002 99

Regionens bildande 99

Regionens agenda 101

Regionstyrelsens och distriktsnämndernas roller, ansvar och uppgifter 105

Åtgärder för att styra kostnadsnivån och kostnadsutvecklingen 106

Handlingsprogram och åtgärder för utveckling av sjukvårdsstrukturen 116

Åtgärder för att driva program för alternativadriftformer och konkurrensut-sättning 125

Utveckling av inre rationalisering inom vården samt utveckling av nya vård-processer och vårdkedjor 132

Förhållningssätt av betydelse för styrningen 133

Styrningen och dess påverkan på verksamheten – sammanfattning 134

Kapitel 5

Från visionernas entusiasm och endräkt till verklighetens oenighet och ställ-ningskrig. Västra Götalandsregionens förstamandatperiod 1999–2002 137

Regionens bildande 137

Regionens agenda 140

Regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsstyrelsens roller, ansvar och uppgifter 144

Åtgärder för att styra kostnadsnivån och kostnadsutvecklingen 144

Handlingsprogram och åtgärder för utveckling av ny sjukvårdsstruktur 158

Åtgärder för att driva program för alternativa driftformer och konkurrensut-sättning 171

Utveckling av inre rationalisering inom vården samt utveckling av nya vård-processer och vårdkedjor 174

Förhållningssätt av betydelse för styrningen 176

Styrningen och dess påverkan på verksamheten – sammanfattning 177

Kapitel 6

Kampen om kostnadsutvecklingen kanske vunnen, men sjukvårds-struk-turen består. Västra Götalandsregionen under den andra mandatperioden 2003–2006 181

Mandatperiodens agenda 181

Utformning och implementering av organisation och styrsystem 188

Kostnadsstyrning	211
Utveckling av sjukvårdsstrukturen	218
Tillgänglighet – eller att reducera väntetiderna	242
Förhållningssätt av betydelse för styrningen	252
Styrningen och dess påverkan på verksamheten – sammanfattning	253

Kapitel 7

Centraliserad decentralisering. Styrning i Borås Stad 2003–2006 259

Utgångsläge	259
Mandatperiodens agenda	261
Styrning från fullmäktige till verksamhet	265
Kostnadsstyrning	273
Styrning i agendans övriga frågor	277
Förhållningssätt av betydelse för styrningen	286
Styrningen och dess påverkan på verksamheten – sammanfattning	287

Kapitel 8

Bred förankring och koncentration på kostnader. Strömstad mandatperioden 2003–2006 291

Utgångsläge	291
Mandatperiodens agenda	292
Styrning från fullmäktige till verksamhet	294
Styrning av utvecklingen inom äldreomsorgsverksamheten	304
Förhållningssätt av betydelse för styrningen	308
Styrningen och dess påverkan på verksamheten – sammanfattning	310

Kapitel 9

Närhet och enighet i kommunhuset. Tidaholm mandatperioden 2003–2006 313

Utgångsläge	313
Mandatperiodens agenda	314
Styrning från fullmäktige till verksamhet	315
Kostnadsutvecklingen	324
Förhållningssätt av betydelse för styrningen	326
Styrningen och dess påverkan på verksamheten – sammanfattning	327

Kapitel 10

Om stark och svag politisk styrning och dess påverkan på verksamheten 329

Vilka frågor har styrts av fullmäktige och styrelserna? 329

Med vilken intensitet har agendans frågor styrts? 336

Vilken genomslagskraft har styrningen uppnått? 345

Kommunalpolitikens påverkansgrad 352

Kapitel 11

Förklaringar till att påverkansgraden av fullmäktiges och styrelsens styrning är låg 357

Aktörernas vilja och förståelse 358

Faktorer som påverkar aktörernas vilja och förståelse 364

De teoretiska förklaringarna sammanfattas 384

Kapitel 12

Den kommunalpolitiska handlingskraften gällande ledning av serviceproduktion i egen regi. Sammanfattning och följdfrågor 387

Sammanfattning av studiens resultat 387

Frågor för fortsatt forskning 390

Summary in English 391

Referenser 407

Bilagor

Bilaga 1 415

Bilaga 2 426

Bilaga 3 445

Bilaga 4 447

Förord

När jag nu skriver detta förord sedan allt annat skrivits kan jag blicka tillbaka på ett undersöknings- och analysarbete som pågått under närmare sju kalenderår. Många personer har haft betydelse för arbetet och jag använder denna plats för att framföra tack till dem som betytt mest. Först i raden kom och kommer professor Björn Brorström, som var min huvudhandledare under de första sex åren, då jag var knuten till Förvaltningshögskolan vid Göteborgs Universitet. Han introducerade mig både i den organisationsteoretiska vetenskapen och i forskarmiljön. Med sina omfattande kunskaper, sin breda erfarenhet och sitt inspirerande sätt har han haft stor betydelse för min forskarutbildning och för avhandlingsarbetets uppläggning, dess genomförande och resultat. När Björn lämnade Förvaltningshögskolan i Göteborg för att tillträda som prorektor vid Högskolan i Borås, hade jag förmånen att få fullfölja mitt avhandlingsarbete med docent Sven Siverbo som huvudhandledare och vid Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet. Svens stora engagemang, hans teoretiska kunnande och analytiska skärpa har bidragit i väsentlig mån till avhandlingen, särskilt struktur och innehåll i kapitel 2 och i kapitlen 10–12. Jag tackar både Björn och Sven för ert stora engagemang och aldrig sinande intresse för mitt projekt.

Flera forskarkolleger har läst och lämnat synpunkter under hand. I synnerhet vill jag tacka Gustaf Kastberg och Arne Söderbom för deras genomarbetade opposition och synpunkter vid slutseminariet i januari 2008. Under tiden på Förvaltningshögskolan hade den s.k. RoS-gruppen, en forskargrupp som ägnade sig åt redovisning och styrning, stor betydelse både för möjligheterna att få dryfta frågor och problem och för att berika tillvaron med många glada skratt. Tack till er alla i gruppen! Tack särskilt för att ni fått mig att tro att jag är lika ung som ni övriga!

Jag vill också särskilt tacka förre revisionsdirektören i Västra Götalandsregionen, Sven Arvidsson, för många goda råd och synpunkter inför studien och under dess första etapp.

Avhandlingen hade inte varit möjlig utan den beredvillighet och det intresse som alla närmare tvåhundra respondenter har visat. Praktiskt taget alla har dessutom ställt sitt intresse och sin tid till förfogande två gånger, flera upp till fyra gånger. Tack till er alla!

Avgörande betydelse för avhandlingen har varit att omkostnaderna för de empiriska studierna har ersatts av revisorerna i Västra Götalandsregionen och Region Skåne samt Öhrlings PricewaterhouseCoopers. Revisionskontoren i de två regionerna har dessutom medverkat administrativt med kontakter för att möjliggöra de empiriska studierna och Öhrlings PricewaterhouseCoopers är förlag för boken och har stått för tryckkostnaderna.

Slutligen är det viktigt för mig att få framhålla det stöd och intresse för mina idéer som jag fått från min hustru, Birgitta, och våra barn. Birgitta har därtill, liksom vår yngste son Mikael, gjort betydelsefulla insatser som manusgranskare – såväl i form som i sak och de har dessutom med stor envishet hävdat sina synpunkter. Våra två äldre barn, Katarina och Magnus, har å andra sidan berikat mitt liv med tillsammans sex barnbarn, vars insatser framför allt består av att bortse från mitt forskningsprojekt och undra över vad jag hellre kan ägna mig åt än det. Över huvud taget har såväl Birgitta som mina barn ständigt tvingat mig till att se verkligheten från andra utgångspunkter än mina egna – en icke oväsentlig förberedelse för och ingrediens i forskning.

Figurförteckning

- Figur 1.1 Det politiska systemet i kommunerna, s. 18
- Figur 2.1 Modell över styrprocessen såsom olika på varandra följande steg, s. 37
- Figur 3.1 Modell över styrkedjans viktigaste enheter och flödet av styrning i kommuner med traditionell nämndmodell, s. 81
- Figur 3.2 Modell över styrkedjans viktigaste enheter och flödet av styrning i regioner med beställar- utförarmodell, s. 81

Tabellförteckning

- Tabell 3.1 Likheter och skillnader mellan fallen med avseende på egenskaper som kan antas vara av betydelse för förutsättningar för styrning, s. 77
- Tabell 4.1 Budgetdifferenser i hälso- och sjukvården i Region Skåne för åren 1999–2002, s. 113
- Tabell 4.2 Utvecklingen av totala kostnader för hälso- och sjukvården inklusive tandvården i Region Skåne för åren 1999–2002, s. 113
- Tabell 4.3 Utvecklingen av totala kostnader för hälso- och sjukvården inklusive tandvården för åren 1999–2002 i Västra Götalandsregionen, s. 114
- Tabell 4.4 Regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndernas åtgärder för styrning på de fyra olika områden som studien gällt samt effekterna av denna styrning, s. 135
- Tabell 5.1 Budgetdifferenser i hälso- och sjukvården inklusive tandvården för åren 1999–2002, s. 154
- Tabell 5.2 Resultat enligt årsredovisningarna för de fyra enheter som visade högst underskott 1999, s. 154
- Tabell 5.3 Utvecklingen av totala kostnader för hälso- och sjukvården inklusive tandvården för åren 1999–2002, s. 155
- Tabell 5.4 Utvecklingen av totala kostnader för hälso- och sjukvården inklusive tandvården i Region Skåne för åren 1999–2002, s. 155
- Tabell 5.5 Regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsstyrelsens åtgärder för styrning på de fyra olika områden som studien gällt samt effekterna av denna styrning, s. 179
- Tabell 6.1 Totala kostnader, budgetdifferens och kostnadsutveckling för regionens hälso- och sjukvård under perioden 2002–2005, s. 214

- Tabell 6.2 Kostnadsökningen för åren 2003 – 2005 i landets fyra största landsting, två övriga landsting samt totalt för svenska landsting, s. 216
- Tabell 6.3 Regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndernas åtgärder för styrning på de fyra olika områden som studien gällt samt effekterna av denna styrning, s. 257
- Tabell 7.1 Ekonomisk utveckling i Borås för mandatperioden 2003–2006, s. 274
- Tabell 7.2 Ekonomisk utveckling i studerade kommundelar för mandatperioden 2003–2006, s. 275
- Tabell 7.3 Kostnad per invånare för äldre- och handikappomsorgen i kommundelarna Centrum och Norrby under den aktuella mandatperioden, s. 276
- Tabell 7.4 Kommunstyrelsens åtgärder för styrning på de olika områden som studien gällt samt effekterna av denna styrning, s. 289
- Tabell 8.1 Utveckling av kostnader och resultat i Strömstads kommun under åren 2002–2005, s. 302
- Tabell 8.2 Utveckling av kostnader och resultat i omsorgsverksamheten i Strömstads kommun under åren 2002–2005, s. 302
- Tabell 8.3 Kommunstyrelsens åtgärder för styrning på de olika områden som studien gällt samt effekterna av denna styrning, s. 312
- Tabell 9.1 Ett av effektmålen för vård och omsorg i Tidaholm, s. 320
- Tabell 9.2 Utveckling av kostnader och resultat i Tidaholm, s. 324
- Tabell 9.3 Utvecklingen av kommunbidragen i Tidaholm under den senaste tioårsperioden, s. 325
- Tabell 9.4 Kostnad per prestation i äldreården i Tidaholm, s. 325
- Tabell 10.1 Förteckning över de frågor och områden som upptagits på regionernas och kommunernas agendor samt den bedömda styrningsintensiteten inom respektive fall gällande respektive fråga eller område, s. 344
- Tabell 10.2 Förteckning över de frågor och områden som upptagits på regionernas och kommunernas agendor samt den bedömda styrningsintensiteten och den bedömda genomslagskraften av styrningen inom respektive fall gällande respektive fråga eller område, s. 350
- Tabell 10.3 Styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft i de frågor som upptagits på agendorna samt samvariation mellan styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft, s. 354

Prolog

Mitt intresse för den politiska nivåns ledning eller styrning av verksamheten i kommuner och landsting uppstod under nittioalet när jag såsom auktoriserad revisor och partner inom Öhrlings PricewaterhouseCoopers var verksam som sakkunnig revisor och utredare åt ett tiotal landsting och kommuner samt ansvarade för utvecklingsprojekt inom kommunal revision.

Flera omständigheter bidrog till intresset. För det första finns ett samspel, men i praktiken samtidigt ett ”motspel”, mellan en demokratisk styrning och en effektivitetsstyrning och för det andra är kommuners organisation för styrning högst komplicerad. Flera olika förtroendemannorgan skall säkerställa både demokrati och effektivitet och under en överordnad politisk nivå finns olika tjänstemannaorgan. Hierarkin mellan dessa olika organ är inte lika tydlig som inom andra organisationer i samhället, åtminstone inte i jämförelse med staten och aktiebolagen. Den funktion som i aktiebolagen är verkställande direktörens, den är i den kommunala världen hela styrelsens, och också nämnder som är sidoordnade eller underordnade styrelsen har ett slags ”VD-funktioner” för delar av verksamheten. Samtidigt leds tjänstemannaorganisationen av förvaltningschefer, i vissa kommuner underordnade kommunchefen och i andra kommuner mer sidoordnade kommunchefen. Chefernas roll framstod för mig som formellt oklar och i praktiken tämligen olika i olika kommuner.

För det tredje mötte jag en vanlig uppfattning som sade att politikernas styrning inte hade någon större betydelse, eller i vart fall inte den betydelse den borde ha. Samtidigt hade de flesta politikerna en stark tilltro till att det blir som man beslutar. *Hur* organisationen reagerar och tolkar besluten framstod för många, kanske de flesta, inte som något bekymmer. Den inställningen förvånade mig. För det fjärde, slutligen, är frågan om styrning i kommuner och landsting viktig. Det gäller styrningen av omfattande och viktiga välfärdstjänster, bland annat sjukvård, äldreomsorg,

barnomsorg, grundskole- och gymnasieutbildning. Denna produktion sker huvudsakligen i egen regi och omfattar drygt 1/5 av den svenska bruttonationalprodukten.

Mot ovanstående bakgrund ställde jag mig frågan vilket innehåll har de politiska organens styrning och vilka effekter har denna styrning? ”Det är väl ingen mening att studera om politikerna styr – det vet vi ju redan att de inte gör” var en spontan kommentar vid det seminarium där jag presenterade mitt forskningsprojekt första gången. Men, mina iakttagelser och mina reflektioner i tidigare erfarenhet pekade åt olika håll och jag bestämde mig för att med vetenskapliga metoder undersöka hur det egentligen förhåller med politikernas styrning av verksamheten och att teoretiskt förklara det faktiska läget. Så jag genomförde min studie och jag har efter vägen funnit att den samlade kunskapen om fullmäktiges och styrelsens styrning av tjänsteproduktion i egen regi inte är så omfattande och framför allt inte så systematiserad, som jag hade förväntat mig.

Det blev en intressant undersökning att göra. Min erfarenhet innebar framförallt en god kännedom om kommunernas organisation och förutsättningar och underlättade därmed för mig att söka, finna och tillgodogöra mig relevant information. Även om jag haft nytta av min förförståelse, så blev avhandlingens resultat en överraskning för mig själv och jag kan nu inbjuda forskningen och praktiken att beskåda och analysera mina svar.

Kapitel 1

Bakgrund

Kommunerna har en väsentlig roll i den svenska välfärdsstaten såsom ansvariga för huvuddelen av välfärdstjänsterna. Ledningen av kommunerna utövas av politiska organ enligt en kommunaldemokratisk modell. Kommunernas roll, de kommunaldemokratiska utgångspunkterna och modellen för styrning av kommunerna behandlas översiktligt i kapitlets första avsnitt och tidigare forskning om styrning av kommuner redovisas i det följande avsnittet. Mot denna bakgrund presenteras avhandlingens syfte och den övergripande forskningsfrågan i det tredje och avslutande avsnittet.

Politisk styrning av kommunernas verksamhet

Kommunernas roll i välfärdsstaten

Kommunerna är en del av samhällsförvaltningen som är självstyrande men ändå underställd statens suveränitet¹. De har en flera hundra år gammal tradition och utgår från en kyrklig sockenindelning, men blev en tydlig del av det världsliga samhället i och med 1862 års kommunalförordning. Samma år tillkom landstingen, vilka småningom fick hälso- och sjukvården som sin huvuduppgift. Efter hand gavs landstingen samma rättsliga struktur som primärkommunerna. Sedan 1977 års kommunallag gäller samma lagstiftning för primärkommuner och landsting, som alltså båda är kommuner². Den senaste revisionen av kommunallagen genomfördes 1991, efter vilket år endast mindre ändringar har gjorts. Det grundlägg-

1 Lundquist (1991), s. 32 och 158 o.f.f.

2 I avhandlingen tillämpas kommunalrättens terminologi, enligt vilken både primärkommuner och landsting är kommuner och Västra Götalandsregionen och Region Skåne är landsting. Följaktligen avses både primärkommuner och landsting (och därmed också regioner) när begreppet "kommun" används och både kommunstyrelse och landstingsstyrelse (och därmed också regionstyrelse) när begreppet "styrelse" används. I de fall endast primärkommuner, landstingskommuner eller regioner avses, används dessa särskiljande begrepp.

gande synsättet på kommunerna, deras uppgifter och deras organisation är dock oförändrat sedan i vart fall 1977 års kommunallag och i viktiga hänseenden sedan 1953 års kommunallag och än äldre lagstiftning³.

Kommunerna har i allt högre grad utvecklats till lokala förvaltningsorgan för statlig reformpolitik och de spelar en väsentlig roll i den svenska välfärdsstaten genom att ansvaret för välfärden i väsentlig omfattning är decentraliserat till dem. Redan i samband med 1862 års lagstiftning diskuterades frågan om kommunerna som självständiga, från staten avskilda samfundigheter eller som en del av nationalstaten, en fråga som sedan varit aktuell i den politiska debatten under hela nittonhundratalet.⁴ Bäck m.fl. ser de två olika ståndpunkterna beträffande kommunens karaktär som ett nedifrånperspektiv, där gemenskapen och kommunens karaktär av lokal politisk samfundighet betonas, och ett uppifrånperspektiv som ser kommunen som en praktisk administrativ ordning dit den centrala statsmakten decentraliserat sådana frågor som bäst kan skötas på denna nivå.⁵

Strandberg använder begreppet servicedemokrati för att uttrycka den ideologi som ligger bakom och som innebär att kommunerna utgör en väsentlig del av välfärdsstaten och har som uppgift att tillgodose servicevärden. Ideologin innefattar att den kommunala självstyrelsen bör utformas som en enhetlig och kraftfull förvaltande organisation för att genomföra en nationell reformpolitik enhetligt i hela landet. Om samhället behöver förändras, så är det inte kommunens uppgift. Efter att socialdemokraterna förverkligade denna kommunideologi i en parlamentarisk konflikt under 1960-talet har ideologin ytterligare befästs inom partiet och under 1990-talet har också moderata samlingspartiet och folkpartiet anslutit sig till samma grundstruktur. Debatten kom under perioden 1983–1994 i stället att präglas ”av olika sätt att uppfatta vad som är ’goda’ servicevärden liksom olika sätt att se på serviceproduktionens omfattning, organisation och effektivitet.” För en högre grad av kommunalt självbestämmande stod vänsterpartiet, kristdemokraterna och centerpartiet.⁶

Den roll kommunerna fått, att implementera statligt beslutad politik, har följdenligt lett till att riksdagen beslutat om vilken service kommunerna skall säkerställa och finansiera samt formulerat vilka krav den kommunala servicen skall tillgodose. Den grundläggande principen är

3 Paulsson m.fl. (1993)

4 Strandberg (1998)

5 Bäck m.fl. (1998), s. 7

6 Strandberg (1998). Citatet är hämtat från s. 373.

att kommunernas verksamhet skall finansieras med egna skatter om vilka varje kommun beslutar själv. Utvecklingen har emellertid efter hand lett till påtagliga skillnader mellan de olika kommunernas förutsättningar att själva finansiera en allt mer kostsam välfärd för sina invånare, varför riksdagen funnit det nödvändigt att genom ett ekonomiskt utjämningsystem i väsentlig grad utjämna kommunernas finansiella förutsättningar⁷.

De välfärdstjänster som kommunerna är ålagda att sörja och ansvara för är bland andra hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola. I socialtjänsten ingår bland annat omsorg om äldre (vilket tillsammans med hälso- och sjukvården utgör de empiriska fälten för denna avhandling). Den kommunala sektorn sysselsätter ungefär en fjärdedel av alla yrkesverksamma och står för ungefär en femtedel av bruttonationalprodukten⁸. Utvecklingen har inneburit att kommunerna valt att själva i egen regi producera huvuddelen av välfärdstjänsterna och därigenom under senare delen av nittonhundratalet inom sina förvaltningar byggt upp betydande serviceproducerande organisationer. I praktiskt taget alla primärkommuner är denna själv därför den enskilt största arbetsgivaren i kommunen.⁹

I viss omfattning har visserligen ett antal kommuner under nittonhundratalets sista decennium i högre grad börjat anlita privata entreprenörer för att tillhandahålla verksamhet och i motsvarande mån alltså reducerat sin egen driftorganisation, men omfattningen därav var år 2004 beträffande s.k. driftentreprenader begränsad till ungefär en tiondel såsom andel av kommunernas kostnader. Andelen var något lägre inom landstingen. Variationen mellan olika kommuner är dock betydande, vilket alltså innebär att enstaka kommuner i väsentligt högre grad än genomsnittet har anammat vad som ofta betecknas New Public Management. Verksamhetslag inom vilka det i högre grad förekommer driftentreprenader är primärvård, ambulansverksamhet, laboratorieverksamhet samt barnomsorg och hemtjänst.¹⁰

Den kommunala organisationen och uppgiftsfördelningen har senast aktualiserats inom ramen för Ansvarskommittén som i mars 2007 redovisade sitt slutbetänkande efter ett omfattande utredningsarbete, där kommittén undersökt och prövat ansvars- och uppgiftsfördelningen mellan bland annat staten och kommunerna. Kommitténs förslag befäster

7 Siverbo (2005)

8 Wetterberg (2000), s. 11 och s. 154.

9 SOU 2007:11, s. 112

10 Erixon (2006). I stort sett samma nivå enligt Sveriges Kommuner och Landsting (2003), som dock redovisar alla kommunernas externa köp sammantagna och inte är helt jämförbar med Erixon (2006)

den etablerade servicedemokratin och innebär en i huvudsak oförändrad ansvars- och uppgiftsfördelning. Två viktigare förslag till förändring är att landstingen (som för övrigt föreslås bli avsevärt färre och större samt få beteckningen regionkommuner) skall överta regionala utvecklingsuppgifter från staten och att primärkommunerna skall ges möjligheter att koncentrera sig på sina ”två kärnuppgifter”, dels ”ansvaret för de medborgarnära välfärdstjänsterna”, dels ”allt det som hänger samman med tillväxt och samhällsbyggnad”¹¹.

Kommunal självstyrelse och statlig styrning

Kommunerna är självständiga och självstyrande i enlighet med regeringsformen och kommunallagen. De beslutar alltså själva om sina angelägenheter. Å andra sidan har de skyldigheter att ombesörja en rad viktiga välfärdsuppgifter i enlighet med speciallagstiftning för olika områden, som sålunda är obligatoriska för kommunerna. Exempel på sådana områden är skola, äldreomsorg, socialtjänst och hälso- och sjukvård enligt skollagen, socialtjänstlagen respektive hälso- och sjukvårdslagen. I enstaka fall förstärks kommunens skyldigheter genom att medborgarna givits specifika lagstadgade rättigheter.¹² Inom ramen för speciallagstiftningen regleras all kommunal myndighetsutövning, varmed avses utövande av samhällets maktbefogenheter i förhållande till den enskilde – såväl åtgärder som innebär belastning eller inskränkning av medborgarnas friheter som beslut om förmåner eller andra slags gynnande beslut.¹³ Exempel på kommunal myndighetsutövning är beslut i byggnadslovsärenden och biståndsärenden. Kommunen fullgör uppgifter också på andra områden inom ramen för sin allmänna kompetens, men de specialreglerade områdena dominerar den kommunala verksamheten.

På de specialreglerade områdena föreligger alltså en skyldighet för kommunen att säkerställa service och för fullmäktige att ställa medel till förfogande. Uppgifterna fullgörs av den nämnd som fullmäktige utsett att ansvara för verksamheten på respektive område och verksamheten är ofta underkastad någon form av statlig tillsyn. Den exakta gränsdragningen

11 SOU 2007:10, s. 262

12 Denna s.k. rättighetslagstiftning har tillämpats beträffande biståndbeslut, t.ex. om rätt till hjälp och stöd i hemmet och plats i särskilt boende, i lag om stöd och service till vissa funktionshindrade samt i lagen om färdtjänst (SOU 2007:11, s. 176)

13 Den här givna beskrivningen av termens innehåll skall uppfattas som ungefärlig. Se vidare Strömberg (2006) och för fördjupning Strömberg (1972)

mellan den kommunala självstyrelsen och den statliga styrningen är svår att precisera. Skollagen är nämligen detaljerad medan huvuddelen av den övriga speciallagstiftningen är av ramlagskaraktär. Beträffande hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen, de två områden som avhandlingens empiriska undersökning gäller, fastställer lagstiftningen att verksamheten skall bedrivas av landstingen respektive primärkommunerna, att det skall finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård respektive omsorg skall kunna ges. Vidare fastställs i övergripande termer målet för verksamheten samt ställs krav på respekt för patienterna och omsorgstagarna, krav på god vård och omsorg och kvalitetssäkring. Ledningen av verksamheten åvilar de nämnder fullmäktige har utsett¹⁴ medan avgöranden och beslut gällande enskilda fall av myndighetsutövning faller under speciallagstiftningen. Sålunda fattas beslut i enskilda biståndsärenden och läkares och sjuksköterskors åtgärder i enskilda patientärenden i enlighet med speciallagstiftningen och under statlig tillsyn. Resurstilldelning, prioritering, ledning och organisation av och för verksamheten faller inom kommunens befogenheter. Omfattningen och utförandet av verksamheten kan därmed variera.¹⁵

Ansvarskommittén konstaterar att ”självstyrelsen förutsätter ett väsentligt mått av frihet i själva utförandet” av den specialreglerade verksamheten. Kommittén gör vidare ”[i] skenet av de påfrestningar som [förutses] när det gäller hela det offentliga åtagandet” bedömningen att ”ett väsentligt utrymme för lokala avvägningar och prioriteringar skapar goda förutsättningar för ett effektivt användande av offentliga resurser.” Samtidigt understryker kommittén enhetsstatens krav på likvärdig standard mellan kommunerna.¹⁶

Den kommunala självstyrelsen som en legitimerings- och styrningskedja

Kommunerna är alltså självstyrande och denna självstyrelse sker enligt en lokaldemokratisk modell, som av Montin beskrivs som en legitimerings- och styrningskedja bestående av länkarna partier/folkkrörelser – fullmäktige – nämnder – förvaltning.¹⁷ I styrningskedjan förutsätts att de politiska organen fastställer mål och riktlinjer, att tjänstemännen implementerar

14 Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen

15 Bohlin (2003), Paulsson m.fl. (1992), Petersén m.fl. (2006)

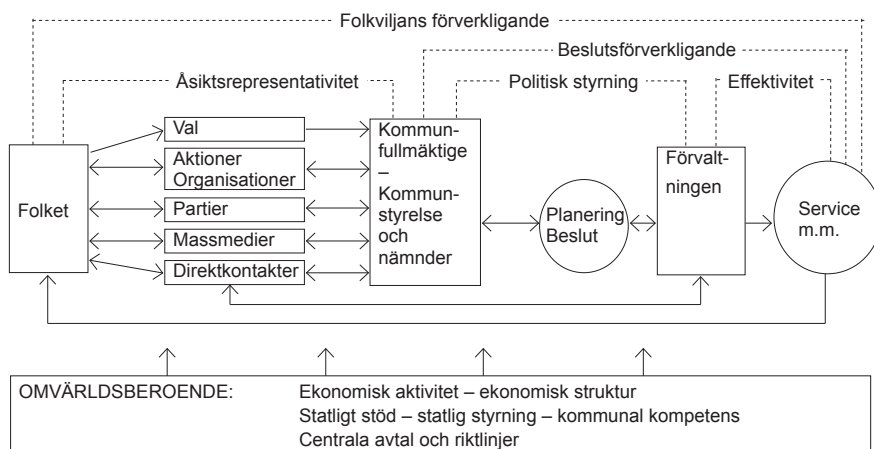
16 SOU 2007:10; citaten är från s. 90

17 Montin (1996), s. 10

dessa mål och riktlinjer samt att politikerna har rapport- och redovisningsinstrument att följa och kontrollera utvecklingen.

I praktiken är emellertid gråzonen mellan den politiska nivån och tjänstemannanivån betydande, och diskussionen har varit omfattande om tjänstemännen skall eller bör ha ett eget professionellt område fredat för politiker eller inte. Någon sådan fredad zon finns inte inom kommunallagens ram, men däremot i vissa professionella avgöranden enligt speciallagstiftning, t.ex.gällande medicinsk och psykiatrisk verksamhet. Att fixera gränsen mellan politik och tjänstemannaförvaltning låter sig alltså inte göras. Demokratin motiveras med att folkets vilja skall slå igenom och det är de förtroendevaldas uppgift att representera folkets vilja. Det anses att demokratin äventyras om tjänstemännens inflytande ökar på bekostnad av de förtroendevaldas inflytande.¹⁸

Styrningskedjan ansluter till den demokratimodell som den kommunaldemokratiska forskningsgruppen¹⁹ använde som utgångspunkt för sitt forskningsprogram. Se figur 1.1 nedan.



Figur 1.1 Det politiska systemet i kommunerna.²⁰

18 Lundquist (1991) och Montin (1996)

19 Kommunaldemokratiska forskningsgruppen genomförde sitt forskningsprogram på uppdrag av en parlamentarisk kommitté, Kommunaldemokratiska kommittén, under ledning av professor Jörgen Westerståhl. Forskningsprogrammet var omfattande och avsåg i första hand utvärdering av kommunindelningsreformen men breddades till att omfatta alla förändringar av betydelse för den kommunala verksamheten under åren 1966 - 1974. Arbetet inleddes i slutet av 1977 och avrapporterades i Strömberg och Westerståhl (1983).

20 Strömberg och Westerståhl (1983), s. 28

De antaganden och idéer som folkstyrelsemodellen och 1991 års kommunallag bygger på sammanfattas av Montin med följande led:

- den representativa demokratin, där partierna och de förtroendevalda spelar den avgörande rollen,
- en grundläggande idémässig skiljelinje mellan politik och icke-politik (förvaltning, produktion, professionellt arbete, brukarinflytande etc.)
- den politiska och den administrativa styrfilosofin att kommunernas organisationer i huvudsak handlar målrationalt.²¹

Denna folkstyrelsemodell kompliceras i verkligheten ytterligare av olika politiska strävanden och viljor, som innebär att vare sig fullmäktige, styrelse eller nämnder är organ med *en* uppfattning och *gemensam* vilja. En särskild komplikation uppstår genom att de politiska konflikter som är naturliga i fullmäktige i många kommuner fortsätter i styrelse och nämnder, vilka enligt kommunallagens modell har att genomföra fullmäktiges beslut. Ordförande och ofta förste vice ordförande i nämnder tillsätts med representanter för majoriteten och i många kommuner deltar inte minoritetens företrädare i styrelsen och nämnder i en aktiv ledning av verksamheten utan driver i stället en oppositionspolitik. Bäck m.fl. inför begreppet *kvasiparlamentarism* för detta fenomen.²²

Utvecklingen har i praktiken lett till att kommunstyrelserna i realiteten har en väsentligt starkare ställning än kommunallagen ger uttryck för. Makten att besluta finns i verkligheten hos kommunstyrelsens majoritet, med andra ord hos majoritetspartiernas ledande politiker. Dessa ledande politiker finns i kommunstyrelsen och kommunstyrelsen utformar de förslag som fullmäktige tar ställning till och i praktiken fastställer.²³ I avhandlingen har det därför inte bedömts varken riktigt eller möjligt att skilja mellan de två organens styrning utan fullmäktige och styrelsen ses sammantagna som kommunens ledning.

21 Montin (1996), s. 10

22 Se beträffande begreppet kvasiparlamentarism bl.a. Bäck m.fl. (1998). Ett alternativt begrepp är begränsat majoritetsstyre. Att kvasiparlamentarism kommit att tillämpas i allt högre grad framgår redan av undersökningar som genomförts av Strömberg och Westerståhl (1983). Utvecklingen har enligt Bäckes undersökningar fortsatt i samma riktning sedan dess; se Bäck (2000).

23 Se bl.a. Montin m.fl. (1996) och Bäck (2000)

Politikernas roll i styrningen av den kommunala tjänsteproduktionen

Kommunallagen, som reglerar den kommunala organisationen, fastställer att nämnderna svarar – var och en inom sitt område – för förvaltningen av kommunens angelägenheter och dess verksamhet samt för verkställighet av fullmäktiges beslut. De skall se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnderna skall också se till att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Kommunstyrelsen har, förutom direkt ansvar för sin egen verksamhet, också ett ansvar för ledning och samordning av hela den kommunala förvaltningen samt för uppsikt över övriga nämnders verksamhet.²⁴

Styrelsens och övriga nämnders chefer och övriga tjänstemän har ett ansvar enligt speciallagstiftningen i den mån sådan reglerar den verksamhet som tjänstemannen arbetar med, t.ex. skollagen och socialtjänstlagen. Inom styrelsens respektive nämndens område är deras uppgifter begränsade till utredning, ren verkställighet och faktiskt handlande. Som vägledning för att uppställa distinktionen mellan verkställighet och beslut kan sägas att tjänstemännen får ägna sig endast åt rena rutinärenden, vilka i princip inte kräver egen bedömning utan endast tillämpning av gällande regler.²⁵ Till följd av att kommunerna expanderat och antalet tjänstemän ökat och för att öka förutsättningarna för målstyrning infördes i 1991 års kommunallag en utvidgad möjlighet för styrelse och nämnder att delegera ärenden av angivna slag till tjänstemän, vilket vidgat det formella området för deras beslutanderätt.²⁶ Likväl intar förvaltningschefer och övriga tjänstemän i förhållande till styrelsen respektive nämnderna en osjälvständig ställning i jämförelse med bl.a. verkställande direktören i ett aktiebolag, vilken är eget organ enligt aktiebolagslagen med självständigt ansvar och med uppgifter att ansvara för den löpande förvaltningen.²⁷

Det nämndansvar, som beskrivits ovan, ”innebär att all kommunal verksamhet är politikerstyrd.”²⁸ Inom ramen för statlig lagstiftning och enligt av fullmäktige fastställda beslut, riktlinjer och budget ansvarar sålunda kommunstyrelsen och övriga nämnder för verksamheten, vilket medför att kommunalrätten tilldelar förtroendevalda de operativa besluts-

24 Kommunallagen 6 kap, i första hand 1 och 7§§

25 Paulsson och Riberdahl (1992)

26 Ibid. och SOU 1990:24

27 Aktiebolagslagen 8:6; Skog (2006)

28 Paulsson och Riberdahl (1992) och Paulsson m.fl. (1993). Citatet är hämtat från Paulsson m.fl., s. 229

och ledningsuppgifterna inom tjänsteproduktionen. De förtroendevalda i styrelse och nämnder skall samtidigt bedriva politik och utgöra ledning eller ledningar för stora, i vissa fall mycket stora, tjänsteproducerande organisationer som är att likställa med stora företag i flera avseenden, framför allt när det gäller produktions-, lednings- och organisationsfrågor. I kommunallagen görs alltså ingen skillnad mellan politik och företagsledning²⁹, politikerna har både en konstitutionell roll och en roll som är att likställa med företagsledarens.³⁰

Kommunallagens syn på relationen mellan de politiska organen och tjänstemännen har varit oförändrad under hela perioden från mitten av nittonhundratalet, under vilken den kommunala verksamheten expanderat, och i praktiken gått från förtroendemannaförvaltning till tjänstemannaförvaltning samtidigt som förtroendemannarollen har professionaliserats³¹. Denna kommunalrättsliga syn, som kan betecknas *politisk*, har ifrågasatts i diskussionen.³² Många hävdar av lämplighetsskäl en *fackligt-juridisk* syn enligt vilken politikerna anger mål och inriktning medan tjänstemännen skall säkerställa rättssäkerhet och professionalism samt självständigt genomföra besluten. Dessa två olika synsätt kan betecknas som ”föreställningar om politisk suveränitet respektive professionell självständighet”³³. Däremellan finns de som hävdar en *pragmatisk* syn innebärande att det inte går att fastställa skarpa gränser mellan politikernas och förvaltningens ansvar. Denna rolldiskussion har pågått under decennier och varit aktuell vid flera lagstiftningstillfällen.³⁴ Som redan framgått föreligger dock ingen tvekan beträffande lagstiftningens ståndpunkt. Den är att målstyrning och nya styrformer, som rimligen med nödvän-

29 Begreppet ”företag” får ses i en vidare mening innefattande också de kommunala förvaltningarna och deras enheter för tjänsteproduktion

30 Även om de svenska kommunernas organisation när det gäller politikernas ansvar och relationerna med tjänstemän på ett övergripande plan har likheter med många andra länders kommunsystem, framstår det svenska systemet som speciellt. Se närmare Loughlin (2001), Lidström (1996), Bäck (2006) och även Ansvarskommitténs slutbetänkande SOU 2007:10. Enligt typologier som redovisas av Bäck har Sverige och Danmark placerats som enda kommuner i en kategori som betecknas kommittéledarform men mellan dessa två länder sinsemellan förefaller det ändå finnas betydande skillnad, särskilt mellan den danska borgmästarens och den svenska kommunstyrelseordförandens roller. Dock synes den likheten föreligga mellan ett flertal länder att man har misslyckats med att uppnå en eftersträvd tydlig skiljelinje mellan politik och administration. (Bäck 2006, s. 62).

31 Strömberg och Westerståhl (1983)

32 Montin (2006)

33 Montin (2006)

34 Montin (1996), som när det gäller kategoriseringen av och beteckningarna för de tre olika sätten att se på relationen mellan politiker och förvaltning refererar vidare till Norell, P. O., (1989). De kommunala administratörerna. Lund: Studentlitteratur; Montin (2004) och (2006)

dighet ställer förväntningar på beslut av tjänstemän, får inrymmas inom den delegering som nämnder har rätt att göra³⁵ – ett instrument som dock är kringgärdat av begränsningar. Samtidigt ville lagstiftaren med den nya kommunallagen 1991 möjliggöra nya styrformer, bl.a. målstyrning.³⁶ Många kommunpolitiker uppfattar gränsdragningen mellan politikerrollen och tjänstemannarollen som ett betydande problem.³⁷

Den demokratiska styrformens effektivitet

Den kommunaldemokratiska forskningsgruppen identifierade tre väsentliga teknikvärden som så långt möjligt skall tillgodoses för att folkviljan skall förverkligas, nämligen medborgerligt deltagande, åsiktsrepresentativitet och beslutsförverkligande. Med beslutsförverkligande avsågs just ”att de politiska besluten skall ’styra’ förvaltningens tillämpningsbeslut, att politikerna skall ’styra’ tjänstemännen”³⁸.

SNS’ Demokratiråd tillämpar ett femtontal kriterier i sina årliga utvärderingar av den svenska demokratin. Dessa kriterier sammanförs i tre huvudgrupper: medborgarstyre, rättvisa och handlingskraft. Handlingskraft innefattar i sin tur tre kriterier: kontroll över resurserna, beslutsförmåga och kontroll över genomförandet.³⁹ Begreppet ”handlingskraft” i demokratirådets modell är alltså mer vidsträckt definierat än begreppet ”beslutsförverkligande” i kommunaldemokratiska forskningsgruppen. De två huvudkriterierna medborgarstyre och handlingskraft torde kunna hänföras till motiven för den lokaldemokratiska modellen och i stort sett motsvara de av den kommunaldemokratiska forskningsgruppen använda begreppen ”medborgerligt deltagande” och ”beslutsförverkligande”.

Den i avhandlingen ställda frågan i vilken mån de förtroendevalda styr verksamheten gäller alltså aspekter på frågan om vilken effektivitet som den lokaldemokratiska styrformen uppnår, nämligen den uppnådda handlingskraften eller beslutsförverkligandet av fullmäktiges politiska styrning.

Det är frågan om resultatet av förmågan att fatta beslut och med en

35 Prop. 1990/91:117 och KU 1990/91:38; se också Paulsson m.fl. (1993)

36 SOU 1990:24

37 Detta förhållande illustreras och styrks bland annat av att uppgiften av ledande kommunpolitiker uppfattas som en av åtta betydande utmaningar som kommunpolitiken står inför. Se Sveriges Kommuner och Landsting (2006).

38 Strömberg och Westerståhl (1983), s. 30

39 Se SNS’ Demokratiråds årliga utvärderingar, t.ex. Peterson m.fl. (1996), eller Peterson (2002)

term från Lundquist om *styrningens reliabilitet*⁴⁰, nämligen i vilken grad tillämparen handlar i enlighet med beslutsfattarens styrning. En effektiv demokrati kräver att de i inputprocessen⁴¹ fattade besluten verkställs i outputprocessen enligt deras innebörd. Om reliabiliteten av de förtroendevaldas styrning är låg, så måste det betyda att demokratins effektivitet är låg i meningen det demokratiska beslutsfattandets effektivitet.

En annan fråga är om de genomförda politiska besluten sedan åstadkommer det resultat som avsetts, med Lundquists terminologi frågan om *styrningens rationalitet*.⁴² Lundquist formulerar detta sålunda: Politiska beslut legitimeras genom folkviljan medan styrningen legitimeras genom att det politiska systemet faktiskt åstadkommer det som folkviljan förväntar.⁴³

Tidigare forskning om styrning av kommuner

Förvaltningen utgör det politiska systemets redskap eller instrument för att utföra de uppgifter som bestämts. Att de politiska besluten skulle förverkligas utan förändringar helt i enlighet med beslutens lydelse är emellertid en idealbild.

Den kommunala verksamheten bedrivs i praktiken av tusentals människor, i de större kommunerna tiotusentals människor, och engagerar ännu fler (t.ex. leverantörer, kommunmedlemmar och individer verksamma i andra offentliga myndigheter). Alla dessa individer är dagligen involverade i mängder av avgöranden såsom vad som skall köpas, hur mycket pengar som får användas, vilka som skall arbeta med vad under vilka tider och var, hur anläggningar skall skötas, hur omsorgstagare i äldrevården skall hjälpas, vilka maträtter som skall serveras i sjukhus och skolor, var vårdcentraler skall vara belägna och hur många inkommande telefonlinjer de skall ha. I sina avgöranden påverkas individerna av vad de ser och hör från varandra (i första hand de kommunmedborgare som använder tjänsterna, överordnade, underordnade och kolleger), vad de själva ser hända i omvärlden, vad media rapporterar och vad de själva finner önskvärt och möjligt.

Det är uppenbart att verksamheten kan fungera i enlighet med full-

40 Lundquist (1987)

41 Begreppen demokratins inputsida respektive outputsida används bl.a. i Scharpf (1999). Denne beskriver inputorienterad politik som styrelse genom folket, vilket innebär att politiska beslut legitimeras om och därför att de representerar folkviljan. Outputperspektivet avser styrningen för folket, vilket innebär att politiska val legitimeras om och därför att de effektivt medför ökad välfärd. Jämför också Lundquist (1991) och Montin (1996).

42 Lundquist (1987)

43 Lundquist (1991)

mäktiges förväntningar endast om alla involverade människor samordnas. De behöver veta vad de förväntas uträtta, vara motiverade att uträtta just detta, ha befogenheter att agera efter och riktlinjer för hur dessa befogenheter bör utnyttjas samt slutligen också resurser att agera enligt riktlinjerna. De politiska besluten måste konkretiseras i tillämpningen och de som skall förverkliga besluten har egna bedömningar av vad som är klokt och rätt. Besluten får påverkan, men i regel inte helt i enlighet med besluten.

Begränsad rationalitet i beslutsfattandet och i styrmodellen

En omfattande forskning har visat att varken individer eller organisationer agerar rationellt i den strikta meningen att man uppställer mål enligt en preferensordning, kalkylerar strategier för att nå dessa mål och därefter väljer den optimala strategin. Även om beslutsfattandet skulle kunna gå till som beskrivet, så är det ändå inte praktiskt möjligt att styra en organisation konsekvent mot sådana mål. I stället gäller en begränsad rationalitet (*bounded rationality*). Preferensordningar kan i praktiken inte fastställas och det är i praktiken också omöjligt, om inte annat av tidsskäl, att få fullständig information.⁴⁴ Beslutsfattande sker dock över huvud taget inte enligt strikt rationella normer utan innehåller ofta mer tentativa överväganden och är också ofta grundade på känslor samt inte alltid fullt explicita överväganden. Individerna i organisationerna är människor med kynne, vilja och värderingar.⁴⁵

En av de grundläggande utgångspunkterna för att förstå kommunal verksamhet är att alla anställda i verksamheten i regel ser verksamheten i sig och dess nyttoeffekter som det viktiga. Utgifter är därmed ett positivt laddat begrepp i den kommunala verksamheten.⁴⁶ Drivkraften är inte som i företag att begränsa kostnaderna och att åstadkomma vinst. Det blir i regel kommunstyrelsen, dess tjänstemän och kommunens ekonomikontor som får ta ansvaret för den ekonomiska utvecklingen och vakta ekonomin i ständig konkurrens med de önskemål och värden som verksamheternas ansvariga och deras medarbetare kämpar för. Det råder ett rollspel mellan *väktare* och *förkämpar*, där förkämparna dessutom har ett väsentligt kunskapsövertag och därtill ofta kan vinna lokala opinioner för sin verksamhet. Man kan alltid hitta stora grupper som stödjer expansion

44 Bl.a. Simon (1961)

45 Bl.a. Weick (1995)

46 Brunsson (1986)

och i synnerhet motsätter sig minskade anslag och reducerad verksamhet.⁴⁷

Den instrumentella synen bakom den kommunaldemokratiska modellen förutsätter också på systemnivå en rationalitet, som måste ifrågasättas. Denna rationalitet innebär att politik och beslut sköts av det politiska systemet och att genomförandet sköts av förvaltningen, att därvid det politiska systemet *styr* förvaltningen (konsistens) genom beslut som *föregår* förvaltningens åtgärder (sekvens) och att det politiska systemets beslut *leder* till förvaltningens åtgärder (kausalitet). Inget av dessa antaganden stämmer emellertid nödvändigtvis med hur de verkliga relationerna mellan politik och förvaltning ser ut – ”tvärt om verkar de motsatta antagandena väl så realistiska; empiriska studier visar i vart fall att varken konsistens, antagen sekvens eller kausalitet alltid råder.” I den rationalistiska modellen är alltså beslutet viktigt, men ”[s]ambandet mellan politik och ekonomi [i förvaltningen] är betydligt mer komplicerat än vad den rationella styrningsmodellen antar”.⁴⁸

Brunsson förklarar styrsvårigheterna med att det finns en motsättning mellan tanken att politikerna skall vara styrande och uppdelningen mellan politiska organ och förvaltning. Det uppstår kamp på flera fronter om problemformuleringen och makten, både mellan olika politiska grupperingar och mellan politisk nivå och tjänstemän. Politiska organisationer och handlingsinriktade organisationer har vidare olika förutsättningar och de får därför också olika egenskaper. De politiska organisationernas idé är att upprätthålla konflikt och resultatet blir att det saknas enighet om mål, verklighetsbeskrivningar och handlingsplaner. Sådan enighet är däremot utmärkande för handlingsorganisationer och ofta avgörande för deras kraft.⁴⁹ En ytterligare organisationsbetingad irrationalitet i den kommunala organisationen är att de noggranna beslutsprocesserna uppmanar organisationen att söka en allt fullständigare belysning, vilket leder till att argument identifieras inte endast *för* varje lösning utan också *mot* dem. Detta leder till att organisationens individer splittras i sitt stöd för olika alternativ, vilket i sin tur leder till lägre motivation för och mer tveksamhet till om det valda alternativet är värt tillräckligt stöd.⁵⁰

47 Termerna väktare och förkämpar lanserades i Wildavsky (1975), begrepp som Brunsson och Rombach (1982) använde i en tidig studie. De identifierar i sin studie också en tredje roll, hamstrarnas. Se också Rombach (1986) och Brorström (1995)

48 Brunsson (1986), citaten är från s. 12 och 14; jfr också Jacobsson (1986; i samma bok)

49 Brunsson och Jönsson (1979), Brunsson (1981); Brunsson (1986), jfr också Rombach (1991)

50 Brunsson och Jönsson (1979), Brunsson (1982), (1985) och (1986)

Den beslutade politiken anpassas och förändras i implementeringen

Implementationsforskning är en av statsvetenskapens forskningsinriktningar, vilken visar att politiska beslut inte genomförs så som beslutsfattarna har avsett.⁵¹ De politiska besluten måste tillämpas och därmed tolkas, konkretiseras och kompletteras av förvaltningarnas medarbetare. En huvudförklaring till implementeringsproblemet är att det ofta, och särskilt när det gäller styrning av professionella verksamheter, fordras handlingsutrymme i den praktiska tillämpningen för att beslutet skall kunna förverkligas. Handlingsutrymmet blir så betydande att det i själva verket blir tillämparna som bestämmer politikens innehåll. Dessa utgår dessutom från sina professionella normer i sitt arbete och de måste prioritera mellan olika uppgifter och servicetagare.⁵² Men de politiska målen är också ofta vaga och motsägelsefulla. ”Implementeringsproblemet är en normal politisk företeelse”.⁵³

Den av fullmäktige fastställda budgeten betraktas i allmänhet som kommunledningens viktigaste instrument för styrning av kommunen när det gäller såväl investeringar och kostnader som verksamhetens uppgifter och bedrivande. Men inte heller budgeten säkerställer avsedda resultat.⁵⁴

Målstyrning anses av förespråkarna som ett sätt för det politiska systemet att styra och i många kommuner anser man sig tillämpa målstyrning (i enlighet med den modell som presenterats ovan).⁵⁵ Kommunförbundet har drivit ett flertal projekt för att stimulera målstyrning⁵⁶ och, som redan påpekats, observerades denna ”styrform” också av kommunallagsberedningen (inför 1991 års kommunallag). Det är emellertid ytterst tveksamt om det verkligen är möjligt att fastställa så entydiga och övergripande mål för kommunal verksamhet att styrning kan renodlas eller begränsas till att politiska organ fastställer mål och uppdrar till förvaltningar att förverkliga dessa mål. I en omfattande litteraturstudie kompletterad med en fallstudie

51 Sannerstedt (1991), som citerar en banbrytande undersökning från USA utförd av Pressman och Wildavsky (1973), Implementation. Berkely: Univerity of California Press), där det bl.a. sägs att ”det egentligen är ’hjäpnadsväckande att federala program överhuvudtaget fungerar.’ ” Citatet från Sannerstedt (1991), s. 13. Se också Hall och Löfgren (2006).

52 Lipsky (1980), som använder termen *street level bureaucrats* för de professionella tjänstemän som tillämpar de politiska besluten

53 Sannerstedt (1991). Citatet är hämtat från en rubrik på s. 39

54 Brunsson (1981), Rombach (1986), Siverbo (2001)

55 Bäck (2000)

56 Pettersson (1996)

av Stockholms Läns Landsting har Rombach kommit till slutsatsen att det inte går att styra med mål. Huvudförklaringen är att det inte är möjligt att formulera entydigt mätbara mål för den kommunala serviceverksamheten. Målen är i stället ofta oklara och oförenliga. Dessutom strider målstyrningen mot det politiska systemet som baseras på partiernas olika politik och olika mål och därför vill politiker i allmänhet inte styra med mål.⁵⁷ I en studie av Malmö och Örebro blev slutsatsen visserligen inte att det inte går att styra med mål men däremot att det inte är politikerna som formulerar målen utan deras roll är att fastställa de mål tjänstemännen har utarbetat.⁵⁸ En annan studie av två anonymiserade kommuner visar visserligen att målstyrning förekom, men knappast att denna givit en tydligare rollfördelning – något som är en avsedd effekt av målstyrning. ”Rollfördelningen var inte – och kan kanske inte vara den som målstyrningsteorin presenterar.”⁵⁹

Över huvud taget framstår det av genomförd forskning oklart hur styrrelationerna mellan de politiska organen och förvaltningen fungerar i verkligheten. Särskilt gäller detta förvaltningscheferna, som har en nyckelroll. Redan kommunrättsjuristerna talar om en gråzon.⁶⁰ I den ovan refererade studien av Malmö och Örebro har flera intervjuade ansett att förvaltningschefer har en kraftfull roll. Ofta är deras uppgift att tolka och precisera nämndernas beslut. De får därmed inflytande över politiken. Flera av de intervjuade (både politiker och tjänstemän) ansåg dessutom att förvaltningscheferna hade som uppgift att utgöra stöd för politikerna. Politikerna befinner sig enligt studien i klart underläge, framförallt betingat av mindre kunskap om både de faktiska förhållandena och om verksamhetens villkor.⁶¹ Särskilt i nya organisatoriska lösningar med karaktär av New Public Management uppstår frågor om att tjänstemännens roll stärks.⁶² Ett tydligt exempel på denna effekt visas i studien av bolagisering av Helsingborgs och Ängelholms lasarett som gav stor handlingsfrihet och handlingskraft åt sjukhusdirektörerna.⁶³

57 Rombach (1991)

58 Blom (1994)

59 Pettersson (1996); citatet från s. 224

60 Jämför ovan, där den s.k. gråzonen mellan nämnder och förvaltningar behandlats från kommunalrättslig utgångspunkt. Se också Montin (1996), Brunsson (1981) och Tollgerdt-Andersson (1995), vilka alla vittnar om oklarheter mellan politiker och chefstjänstemän när det gäller de olika gruppernas uppgifter och ansvar.

61 Blom (1994)

62 Bäck (2000)

63 Aidermark (2004)

Andra forskningsrapporter ger i stället intryck av starka politiker, även om det i regel är frågan om ledande politiker, ofta kommunstyrelsernas ordförande.⁶⁴

När det specifikt gäller landstingen finns studier som visar att administrativa chefer har en stark roll.⁶⁵ Andra författare talar om en ständigt fortgående kamp mellan politiker, administratörer och de medicinska professionerna om makten över hur vården skall ledas.⁶⁶ Hälso- och sjukvården, som utgör landstingens dominerande uppgift, anses allmänt i forskningen som särskilt svår för politikerna att styra beroende framför allt på att verksamheten utförs av företrädare för en stark profession, läkarkåren, och att verksamheten är svår att förstå för icke professionella.⁶⁷ Läkarna är ett särskilt talande exempel på s.k. street level bureaucrats⁶⁸. Det pågår en ständig kamp om makt och kontroll över vården mellan tre domäner, den politiska, den administrativa och den medicinskt professionella.⁶⁹ Dessa specifika förutsättningar för att styra hälso- och sjukvårdsverksamhet här rörande från att professionen har en stark ställning och att verksamheten är svår att förstå torde rimligen gälla också för sådan primärkommunal verksamhet som bedrivs av starka professioner och med verksamhet som är svår att förstå för andra än professionella.

Beslut om reformer möter löskoppling

En ytterligare förklaring, som framkommit i forskningen, till att politiska beslut inte förverkligas är att beslut och verkställande (eller handling) kopplas loss från varandra. Genom att fatta beslut förklarar de politiska organen att man sett problemet och gjort något åt det. Sedan händer något annat eller ingenting i verkligheten, vilket gör det möjligt för förvaltningen att lösa andra och för förvaltningen mer angelägna problem genom sitt handlande.⁷⁰ Czarniawska-Joerges noterar att politiker ofta lever i en värld av idéer och beskrivningar av den praktiska världen, som i sin tur består av handlingar. Idéer och handling möts inte och de två världarna kan heller inte mötas.⁷¹

64 Se t.ex. Brorström och Siverbo (2001)

65 Brorström (2004), Blomquist och Packendorff (1998)

66 Hallin och Siverbo (2002), Sahlin-Andersson (red) (2001)

67 Scott m fl (2000), Östergren och Sahlin-Andersson (1998), Sahlin-Andersson (red) (2001), Brorström (2001) och Brorström (2004)

68 Jfr not 52

69 Hallin och Siverbo (2002)

70 Brunsson (1981), Rombach (1986), Siverbo (2001).

71 Czarniawska-Joerges (1993)

Myter och ceremoniella värden har ofta stor betydelse för besluten, särskilt när det gäller beslut om reformer och omorganisationer. Det går moden i organisationsformer och organisationens ledning vill visa att organisationen är modern för att man skall vinna respekt hos omgivningen. Det är alltså viktigt att reformer beslutas så att de kan omtalas som genomförda. Men det är egentligen inte så viktigt att reformerna genomförs. Organisationen under ledningen är klok och arbetar enligt sin egen uppfattning om vad som är klokt och effektivt och det gör inget att reformen egentligen inte slår igenom. Reformens viktigaste funktion är att bli omtalad och därigenom skapa legitimitet för organisationen.⁷²

En stor del av forskningen om landstingsledningarnas styrning av hälso- och sjukvård har avsett effekterna av införda reformer och i flera fall är de empiriska resultaten att reforminitiativen misslyckas. I vissa fall genomförs reformerna inte alls. I flera fall förverkligas nya formella organisatoriska arrangemang, men reformerna har ändå knappast några effekter. Reformerna beslutas och genomförs eller åtminstone beskrivs på ytan, men de genomförs inte i verkligheten, de kopplas loss.⁷³ Brorström konstaterar beträffande sjukvården att "[Det förefaller] finnas starka mekanismer för bortsortering av nyheter inom det organisatoriska området. Det finns ett grundläggande förhållningssätt till förändring av struktur som innebär att man tar avstånd från strukturförändringar och ser problemen och inte möjligheterna..."⁷⁴

Liknande resultat har framkommit i en utvärdering av reformer i den danska sjukvården, som också präglas av en ständig kamp mellan de tre domänerna. Reformer införs, men de redigeras, omtolkas och översätts till lokala förhållanden och i kamp mellan domänerna. Reformerna förverkligas inte alls, eller de kopplas loss från verksamheten. Organisationsförändringen leder till en domänernas eller logikernas konflikt om idéer och modeller och om nyckelposter och karriärvägar. "[S]jukvårdens traditioner är starka, varför förändringar är svåra att åstadkomma. Så långt har exemplen visat att den förändrade styrningen, ledningen och kontrollen av sjukvården fått påtagliga effekter, även om det tycks vara så att i lika hög grad som reformerna resulterat i att sjukvårdens tidigare traditioner brutits, har reformerna resulterat i att redan starka intressen, gränser och traditioner stärkts."⁷⁵

72 Meyer and Rowan (1977), DiMaggio and Powell (1983), Brunsson och Olsen (1993), Borgert (1992)

73 Borgert (1992), Blomquist och Packendorff (1998), Hallin och Siverbo (2002)

74 Brorström (2001), s. 30

75 Sahlin-Andersson (2003); citatet är från s. 309

Det finns å andra sidan också empiriska resultat som visar att förändringar kan genomföras. Denna slutsats dras bl.a. i en studie där ett tiotal organisationsförändringar inom kommuner och landsting har studerats⁷⁶ och i en studie av en kommun som infört marknadsreformer. I studien konstaterades effekter av reformerna, även om de förefaller begränsade till dels rent organisatoriska förändringar av införandet av marknadslika reformer, dels en ökad förmåga att spara, som tillskrivs de nya identiteter och gränser som reformen skapat.⁷⁷ Samma slutsats dras i tre studier av förändringar av sjukhus. En studie drog slutsatsen att Sörmlandsmodellens effekter på en sjukhusklinik innebar dels ökad kostnadsmedvetenhet, dels nya mekanismer för rationaliseringar, effekter som antogs komma att bli bestående⁷⁸. Liknande resultat uppnåddes vid S:t Görans Sjukhus i Stockholm⁷⁹ och vid två bolagiserade sjukhus i Skåne⁸⁰.

Institutioner påverkar styrningens genomslagskraft

Regler, uppfattningar och föreställningar om vad som är rätt och ändamålsenligt handlande betecknas som *institutioner*, vilka vägleder, påbjuder och begränsar aktörernas handlande i en organisation⁸¹. I den mån styrningen står i överensstämmelse med rådande institutioner vinner styrningen stöd. Individerna förstår och delar uppfattningen om vad som skall göras, hur det skall göras och varför. Men, om det finns värderingar, uppfattningar och informella regler som strider mot styrningens innehåll, så får styrningen konkurrens och möter motstånd. Institutionaliserade uppfattningar om hur en verksamhet skall och bör drivas bidrar alltså till att förklara varför reformer inte får genomslag i verksamheten utan löskopplas och varför beslut över huvud taget inte får effekt. Det är särskilt svårt att förena strävan att hålla budgeten (formellt beslut eller formell regel) med strävan efter god omvårdnad eller god verksamhet av annat slag (institutionaliserade uppfattningar om vad medborgare eller servicetagare har rätt att fordra och vad kommunen har skyldighet att arrangera).⁸² Men alla kommuner och alla förvaltningar överskrider inte sina budgetar.⁸³

76 Jacobsson (1994)

77 Rombach (1997)

78 Öhrming (1997);

79 Öhrming och Sverke (2001)

80 Aidermark (2004)

81 Bl.a. Scott (2003); institutionsbegreppet diskuteras vidare i kapitel 2

82 Siverbo (2001), Brorström och Siverbo (2001)

83 Bl.a. ovan refererade Siverbo (2001) och Brorström och Siverbo (2001) samt Scapens (1994) och Rombach (1997)

Förutsättningarna att politiska beslut och styrning genomförs ökar i den mån besluten och styrningen har stöd av institutioner som etablerats i organisationen.⁸⁴ Stöd för styrning kan också uppnås genom att påverka institutionerna, vilket kan ske genom både förändrade formella regler och genom att påverka individernas värderingar. Ett flertal studier vittnar om att ekonomitänkandet i sjukvården institutionaliserats under nittioalet, dels som en följd av en generell utveckling av ekonomistyrning och debatt i landstingen, dels som en följd av nya formella regler. Sålunda fann Östergren och Sahlin-Andersson i en bred enkätstudie till i stort sett samtliga läkare med chefsansvar i Sverige att verksamhetscheferna accepterade och använde ekonomiska styrmått men samtidigt att de i regel misstrodde måtten.⁸⁵ Nya formella regler som stödjer ekonomistyrning har, även om reformerna i övrigt inte haft så stor inverkan, likväl i flera fall lett till institutionalisering av omsorgen om ekonomi och kostnader⁸⁶, troligen i samspel med den allmänna utveckling som Östergren och Sahlin-Andersson har konstaterat. Också de exempel som redovisats i föregående punkt förklaras huvudsakligen med att betydelsefulla institutioner förändrats.

Institutioner ger vägledning för handlande, men de försvårar samtidigt förändring. Efter hand måste man utgå från att vissa institutionella arrangemang inte längre främjar effektiviteten. De vidmakthålls likväl för traditionens skull och är då att se som ceremoniella institutioner vilka inte längre fyller ett instrumentellt syfte. Brorström ser införandet av nya reformer som en strategi för att utmana sådana rådande föreställningar och initiera eller framtvunga nya förhållningssätt, varigenom stelnade och inte längre ändamålsenliga ceremoniella institutioner utmönstras till förmån för institutioner som är instrumentellt mer anpassade till rådande externa och interna förutsättningar. Han har i sin forskning visat flera exempel på en sådan utveckling, vilket sålunda är ett annat sätt att betrakta reformer än det nyinstitutionella synsättet.⁸⁷

84 Brorström och Siverbo (2001), Bergström (2002)

85 Östergren och Sahlin-Andersson (1998). Se också Blomgren (1999), som genom en studie av diskussionen i sjuksköterskeförbundets tidning *Värdfacket* också drog slutsatsen att värn om ekonomi och kostnader har institutionaliserats i omvårdnadsprofessionen

86 Se Brorström (1995), Brorström (2004), Blomgren (1999), Nilsson (1999), Lundin och Söderholm (1997)

87 Brorström (2004)

Syfte och forskningsfråga

De svenska kommunerna ansvarar på statens uppdrag för huvuddelen av den svenska välfärdsproduktionen och utför den till helt övervägande del i egen regi. Den kommunala serviceproduktionen utgör därmed mellan 20 och 25 procent av bruttonationalprodukten. Ledning av produktionen och av all annan kommunens verksamhet utövas ytterst av fullmäktige och under fullmäktige utövas den dagliga ledningen och management av styrelsen och övriga nämnder. *Ledning* uppfattas i avhandlingen synonymt med *styrning* (som skall definieras i kapitel 2), och innefattar både *vilka frågor och eller områden* som styrs, och därmed också *vilka frågor eller områden* som inte styrs, samt *åtgärderna för styrning*.

Men, styr fullmäktige, styrelsen och övriga nämnder verksamheten? I tidigare forskning har å ena sidan visats fall där beslut genomförts och effekter av beslutade reformer uppnåtts. Men det finns också resultat som visar att de politiska organen ofta har svårt att nå fram till beslut på grund av intressemotsättningar och konfliktorientering. När beslut fattats, så leder de inte alltid till avsedda åtgärder eller förväntade resultat. Besluten och styrningen konkurrerar med andra krafter i organisationen, vilket gör att implementeringsproblem är en normal företeelse. Besluten anpassas och modifieras i genomförandet, konkurrerande institutioner påverkar aktörerna. Bland annat sätter företrädare för verksamheten vikten av god service framför ekonomiska hänsyn medan andra vaktar den kommunala ekonomin. I vissa fall bjuder starka institutioner motstånd mot förändringar, i synnerhet om de stöds av starka professioner såsom i sjukvården. Det förekommer att beslut och reformer kopplas bort. Verksamheten lever sitt eget liv samtidigt som organisationens ledning utåt talar om reformer som etablerade. Målstyrning har inte visat sig vara en lösning på det politiska systemets styrproblem.

Det råder vidare oklarhet om var gränsen i praktiken går mellan de politiska organens och tjänstemännens ansvar och uppgifter i styrningen av verksamheten. Uppfattningarna om vad som i detta hänseende är rätt och lämpligt varierar. I många fall uppfattas förvaltningscheferna ha större ansvar och större inflytande än kommunallagen förutsätter och för stort inflytande på bekostnad av styrelsen och nämnderna.

Den tidigare forskningen har emellertid i första hand avsett och också hämtat sin empiri från fyra tillämpningsområden. För det första har den inledningsvis relaterade forskningen under 1980-talet av främst Nils

Brunsson gällt det politiska beslutsfattandet i kommunala planerings- och utvecklingsfrågor och myndighetsutövning där förhållandena mellan politiker och tjänstemän i deras egenskap av experter har studerats. Också ytterligare forskning med denna inriktning har refererats ovan. För det andra har forskningen gällt införande av reformer och enstaka avgränsade organisationsförändringar. Implementationsforskningen kan sägas ha denna inriktning liksom den nyinstitutionella forskning, som specifikt har intresserat sig för löskoppling som förklaring till att reformer genomförs utan att de får några effekter i verksamheten. Den svenska forskning som avsett reformer har vidare varit inriktad på landsting och sjukvård. En tredje kategori av studier har gällt fördelningen av inflytande mellan politiker och tjänstemän. Till denna kategori kan också hänföras studier av målstyrning som teknik för att fördela inflytande. För det fjärde har institutionernas inflytande över styrningens resultat undersökts i flera studier.

I den kommunalrättsliga organisation tilldelas de förtroendevalda en ledningsroll, uppgiften och ansvaret att leda eller styra hela den kommunala verksamheten. Med lagstiftningens språkbruk är det frågan om ansvaret för förvaltningen, även den löpande förvaltningen. Med ett företagsekonomiskt språkbruk är det frågan om (företags)ledning, processen att säkerställa att resurser anskaffas, utvecklas och används effektivt för att lösa organisationens uppgift⁸⁸. Studier saknas som är inriktade på styrelsens och nämndernas uppgift i löpande och kontinuerlig ledning av de stora organisationer för serviceproduktion som de kommunala förvaltningarna utgör. Vilka frågor styr styrelsen och nämnderna och vilket utrymme lämnas till förvaltningschefens eller andra tjänstemäns styrning? Den styrning som sker, kan enligt ovan inte förväntas få fullt genomslag men å andra sidan inte heller förväntas vara helt utan effekt, vilket aktualiserar frågorna vilka och hur stora hinder som möter i styrning av serviceproduktion och i vilken mån den löpande styrningen kan förväntas få effekter i verksamheten? Under vilka förutsättningar förverkligas styrningen och under vilka förutsättningar förverkligas den inte?

Avhandlingens syfte är alltså dels att undersöka vilken styrning som de förtroendevalda utövar och vilka effekter denna styrning har i den bedrivna verksamheten eller annorlunda uttryckt att besvara frågan hur politikerna

88 Hofstede (1981), som för definition av management control citerar Anthony (1965) enligt vilken management control är den process genom vilken ledningen säkerställa att resurser anskaffas och används produktivt och effektivt för att uppnå organisationens mål

utövar sin managementuppgift. Dels är syftet att förklara det empiriska resultatet med hjälp av valda teorier. Avhandlingen syftar därmed vidare till att öka kunskapen om det led som i kommunforskningsgruppens modell utgörs av beslutsförverkligandets komponent *politisk styrning* och dess verkan i den kommunala serviceproduktionen i egen regi. Intresset är inriktat på löpande ledning och styrning under en längre period till skillnad från en stor del av tidigare implementeringsforskning som behandlar enstaka utvalda beslut av reformkaraktär. Den tidigare forskning om styrning och dess effekter som sammanfattats ovan ger emellertid anledning att ifrågasätta i vilken mån den kommunaldemokratiska modellen beskriver hur styrningen sker. Frågan är därför *i vilken grad* modellens beskrivning har tillämpning.

Den uppställda forskningsfrågan är

I vilken utsträckning påverkar fullmäktiges och styrelsens styrning den kommunala serviceproduktionen i egen regi och hur kan denna grad av påverkan förklaras?

Forskningsfrågan tar sålunda sikte på *den kommunala demokratins handlingskraft*: om, eller snarare i vad mån, det är som det *bör vara*, nämligen att de politiska organen fastställer en politik och styr enligt den och att förvaltningen (både nämnderna och tjänstemännen) effektuerar beslutet samt *varför* det är eller inte är som det bör vara. Därmed undersöks en viktig aspekt på den kommunala demokratins effektivitet. Frågan är i sig betydelsefull, men den har fått särskild relevans mot bakgrund av Ansvarskommitténs under våren 2007 framlagda förslag, som baseras på en fortsatt stark och i vissa avseenden stärkt roll för kommuner och landsting i välfärdsproduktionen.

Därutöver kan antas att fördjupad kunskap om och förståelse av hur politiker styr svenska kommuners serviceproduktion kan bidra till ökad kunskap och förståelse generellt för förutsättningar för politikers styrning av stora, särskilt tjänsteproducerande, organisationer. Som ovan har nämnts⁸⁹ ser ledande kommunpolitiker inom Sveriges kommuner och landsting (SKL) denna fråga som ett av sina viktigaste problemområden.

89 Se s. 22

Kapitel 2

Styrning i kommuner

Den yttersta beslutsrätten inom kommunen utövas av fullmäktige inom ramen för gällande lagstiftning. Fullmäktige sätter mål, fastställer planer och fattar beslut, i verkligheten efter styrelsens utredning och i enlighet med dess förslag. Besluten verkställs av styrelsen och nämnderna, som också ansvarar för kommunens förvaltning. Själva den kommunala verksamheten bedrivs och utvecklas av och inom kommunens olika förvaltningar med sina respektive enheter. Men kommunen och dess förvaltningar handlar genom individer och ”acting... cannot be expected to derive automatically from decisions, or choice, or problem solving activities”⁹⁰. För att planerna skall förverkligas och målen uppnås måste alla de individer som är involverade i den kommunala verksamheten veta vad som skall uppnås och förmås att göra vad som fordras. Verksamheten måste ledas, eller – med det begrepp som skall användas i denna avhandling – *verksamheten måste styras*. Att styra verksamheten innebär att påverka individerna så att de *vet* vad som skall uppnås, *vill* uppnå detta och *ges förutsättningar* att uppnå vad som eftersträvas⁹¹.

Allt som planerats och beslutats blir inte förverkligat i full utsträckning, ibland inte alls och ibland sker något som inte beslutats. Individerna i förvaltningen skall tillämpa besluten och därmed anpassa dem, individerna kan tvivla på beslutens lämplighet, göra andra prioriteringar, glömma, missuppfatta eller inte förstå hur de skall göra. Påverkan sker inte bara från fullmäktige och styrelse och från chefer utan samtidigt från många andra håll och det är ingalunda självklart i vilken mån ledningens styrning får störst genomslag. Styrning uppifrån i hierarkin är alltså en av flera krafter som påverkar aktörerna och resultatet av styrningen är beroende av konkurrens och samverkan mellan styrningen och annan påverkan av aktörerna.

90 Brunsson (1985), s. 7

91 Lundquist (1987)

I detta kapitel presenteras den begreppsram och de teorier som valts för att empiriskt beskriva styrning och dess resultat samt för att förklara detta resultat. Utgångspunkten här är normativ i så måtto att det hävdas att styrning fordras för att fullmäktiges och styrelsens beslut skall leda till avsedda resultat: styrning krävs för att uppställda mål skall uppnås.⁹² I kapitlets första avsnitt *beskrivs* styrning och styrprocessen och två för avhandlingen konstruerade begrepp, styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft, introduceras. I ett andra avsnitt presenteras den teoretiska ramen för att *förklara* styrningens genomslagskraft. Ett tredje avsnitt slutligen sammanfattar den teoretiska referensramen och preciserar forskningsfrågan.

Styrning

I allmänt språkbruk har begreppet ”styrning” betydelsenysanser som att ta ut en riktning, att ha makt över och att påverka⁹³. Mer specifikt menas med styrning olika slags åtgärder som syftar till att nå bestämda mål (eller motsvarande) för en verksamhet, att leda, mäta och värdera verksamheten mot dessa mål. Det finns ofta ett starkt normativt inslag i teorier om styrning.⁹⁴

Här definieras ”styrning” som *en aktörs (den styrande) åtgärder för att påverka en annan aktör (den styrde) att göra det den styrande eftersträvar*. Även om oavsiktlig påverkan också kan förekomma, så är styrning i den mening som skall studeras i avhandlingen alltid avsiktlig. Styrning sker alltså i en relation mellan två aktörer, den styrande och den styrde, och innebär kommunikation mellan aktörerna.⁹⁵ Sådan styrning kan ske i olika riktningar och mellan olika aktörer, men i avhandlingen studeras endast styrning uppifrån och ned och i hierarkin endast mellan de politiska nivåerna och mellan de politiska nivåerna och förvaltningschefsnivån.

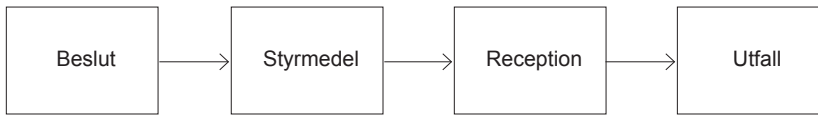
Processen för styrning kan och kommer i avhandlingen att beskrivas som en process i fyra steg, nämligen 1) beslut, 2) styrmedel, 3) reception

92 Se bl.a. Scott (2003), s. 309

93 Nationalencyklopedins ordbok

94 Ouchi (1979), Anthony & Govindarajan (2001), s. 3, Samuelsson (2001), s. 25, Rombach (1991), Hallin och Siverbo (2002)

95 Lundquist (1987)



Figur 2:1 Modell över styrprocessen såsom olika på varandra följande steg.

och 4) utfall.⁹⁶ De två första stegen hänför sig till den styrande och dennes åtgärder, det tredje steget innebär den styrdes mottagande av styrning och det fjärde slutligen genomslagskraften av styrningen på den styrdes handlande.

Begreppet ”styrning” kan uppfattas vara tvetydigt. Dels kan det avse vad den styrande gör när han styr, alltså participiformen av verbet ”styra”. Dels kan det förstås som substantivet för det fenomen som formas av att någon styr, totalen av den styrandes ambitioner, styråtgärder och effekterna på den som styrs, med andra ord allt som inryms av styrprocessen. Där inte den rätta meningen omedelbart framgår av sammanhanget blir texten i fortsättningen på vissa ställen något omständlig för att risken för missförstånd på grund av denna tvetydighet skall undvikas.

Aktörer i styrprocessen

Det är inte givet vilka som utgör eller skall betraktas som aktörer i styrningen av en kommun. Fullmäktige består av flera tiotals individer. De samverkar i olika partier, som förbereder alla fullmäktigemöten i sina partigrupper. I partigrupperna enas man i regel också om hur respektive partigrupps ledamöter skall rösta i fullmäktige. I många fall sker samverkan mellan partierna, oftast under en hel mandatperiod. I dessa fall förekommer att partigrupperna har gemensamma möten. Fullmäktige är plattformen för de politiska debatterna och efter dessa debatter fattas ett beslut som dikteras av majoriteten och som alltså har förberetts först av kommunstyrelsens politiska ledning, därefter inom ramen för partigruppens eller partigruppernas föregående möte(n). I praktiken är det ofta kommunstyrelsens ledning som formulerar fullmäktiges beslut, vilket formellt utgör kommunens överordnade vilja, och som skall förverkligas i verksamheten⁹⁷.

96 Modellen är hämtad från Lundquist (1987), s. 35. Lundquist använder begreppen steering formation, steering measures, steering reactions och steering outcomes

97 Montin (1966) och Sanne (2001)

Styrelsen är i första hand ansvarig för den kommunala verksamheten och för att antingen själv förverkliga fullmäktiges beslut eller kontrollera att annan nämnd verkställer beslutet. Styrelsen består i regel av omkring tioalet ledamöter representerande olika partier. Styrelsens möten och beslut förbereds i många fall av ett arbetsutskott eller presidium. Majoriteten i styrelsen består av ledamöter från de(t) parti(er) som har majoritet i fullmäktige. I praktiken är partiernas ledande företrädare ledamöter av styrelsen och de främsta representanterna för i vart fall majoritetspartierna och ledare för ett eller ett par oppositionspartier är ledamöter av arbetsutskottet eller presidiet.

Övriga nämnder har ansvar för var sitt enligt reglemente avgränsat område av kommunens förvaltning. De består liksom styrelsen av ett antal ledamöter från de olika partierna och majoritetsförhållandet i nämnderna motsvarar majoritetsförhållandet i fullmäktige. Nämndernas ordförande hämtas från majoritetspartiet eller majoritetspartierna. Dessa nämnder ansvarar direkt inför fullmäktige. Styrelsen har dock formellt ett överordnat ansvar för tillsyn och riktlinjer inom kommunen och partiernas ledande företrädare är i praktiken ledamöter av styrelsen med majoritetsledaren som ordförande. Dessa förhållanden gör att nämnderna ofta ser sig som underordnade både fullmäktige och styrelsen. Styrelsen blir därmed i realiteten det ledande organet i kommunen.⁹⁸

Under styrelsen och varje annan nämnd finns förvaltningar⁹⁹. Chef för styrelsens kansli är i de flesta fall kommunchef eller kommundirektör. Chefer för övriga nämnders verksamhet är förvaltningschefer med olika titlar. I många kommuner är kommunchefen chef över förvaltningscheferna. Under förvaltningscheferna sorterar alla andra chefer i ofta omfattande hierarkier. Det är frågan om många styrande och styrda i olika nivåer. Den som styrs på en övre hierarkisk nivå blir själv styrande i förhållande till nästa hierarkiska nivå och så vidare genom hierarkin.

98 Bäck (2000) och Montin (1996)

99 Som redan framhållits i kapitel 1 används begreppet "verksamhet" i obestämd form singularis som ett kollektivt begrepp för all kommunens verksamhet. Denna bedrivs av förvaltningar, varmed avses enskilda formellt avgränsade organisationer under varje nämnd. Ofta används begreppet "förvaltningen" både i nu nämnd betydelse och som beteckning för vad som här benämns verksamheten. Även om också "verksamheten" blir tveydigt, så uppfattas detta som lättare att hantera i texten än att låta "förvaltningen" vara dubbeltydigt. Alltså: "verksamheten" används i avhandlingen som ett samlingsbegrepp för all kommunalt bedrivna verksamhet och "förvaltningen" används för att beteckna en viss nämnds tjänstemannaorganisation.

Exempel¹⁰⁰:

Vill man betrakta styrrelationen mellan fullmäktige i en liten kommun och t.ex. ett av kommunens demensteam, så kan antalet hierarkiska nivåer mellan dessa organ vara åtminstone fem och inkluderar man den överläkare som eventuellt är knuten till teamet kan antalet hierarkiska nivåer mellan landstingsfullmäktige och primärvårdsläkaren vara lika många. Skulle kommunen eller landstinget ha en beställar- utförarorganisation blir antalet hierarkiska nivåer än fler och dessutom i ett mer komplext förhållande till varandra.

Med ovanstående bild för ögonen blir det uppenbart att det är en betydande förenkling att tala om styrning som *en* styrrelation mellan *två* aktörer.

Därutöver tillkommer den komplikation det innebär att fullmäktige, styrelsen och övriga nämnder är kollektiva organ, som styr på grundval av majoritetsbeslut tillkomna i samarbete och/eller konflikt mellan ett antal individuella aktörer med förväntningar från sina respektive partigrupper att driva en viss lösning och rösta på ett visst sätt.

En tredje komplikation utgår från det förhållandet att många beslut som fattas på en högre hierarkisk nivå har sin utgångspunkt i ett förslag från en lägre nivå.

Exempel:

Vi återgår till exemplet ovan och tänker oss att demensteamet och specialistläkaren önskar etablera en ny organisation för sitt samarbete och att deras förslag ligger utanför deras befogenheter att besluta om. I ett ytterlighetsfall kan man kanske tänka sig att till och med fullmäktige i både kommunen och landstinget måste fatta beslut. Ärendet vandrar då som förslag till respektive förvaltningschef, vilka antas besluta sig för att stödja förslaget. Detta innebär att de – var för sig i var sin organisation – lämnar förslaget vidare till respektive nämnder, som antas besluta att föreslå respektive styrelse föreslå fullmäktige att besluta i enlighet med det ursprungliga förslaget. Om nu så sker, så kommer därefter frågan åter som direktiv från fullmäktige och hela vägen tillbaka. Ytterligare kompliceras styrningen av att ovanstående redogörelse inte beaktat att frågan – om den har politisk betydelse – också kan ha behandlats i partigrupperna.

Politikerna i kommunen verkar alltså i fullmäktige, styrelsen och övriga nämnder. I dessa organ uppträder politikerna i partier, några inom majoriteten och andra inom oppositionen. Partigrupperna samlas ibland

100 Detta och följande exempel i detta kapitel tas in för att konkretisera och förtydliga texten. Exemplet utgör inte redovisning av avhandlingens empiri, även om några av exemplen skapats med utgångspunkt i de erfarenheter som avhandlingens studie har givit. Andra exempel är inspirerade från tidigare erfarenheter.

separat. Tjänstemännen verkar i förvaltningar. I styrelsen och i nämnderna förekommer undergrupper som benämns arbetsutskott eller presidier.

Fullmäktige, styrelsen och nämnderna utgör kollektiv av aktörer som fastställer gemensamma beslut. Fullmäktige styr styrelsen och nämnderna och styrelsen och nämnderna styr förvaltningarna. Styrningen i kommunen sker alltså från kollektiv till kollektiv till individ. På en högre beskrivningsnivå kan man se det politiska systemet och verksamheten som kollektiv (av kollektiv) av aktörer. På den övergripande nivån kan man tala om styrning från det politiska systemet till hela verksamheten som system.

Det är emellertid människor som agerar i kollektiven och i avhandlingen ses de enskilda individerna som aktörer, även om de agerar huvudsakligen inom ramen för de kollektiva organen. Förståelse för hur och varför vissa beslut fattas i de kollektiva organen fordrar därför att de individuella aktörerna inom respektive kollektiv studeras.

För kommunens arbete uppställs noggranna formella regler, men samverkan mellan individer sker i stor utsträckning informellt. Individer skapar mer eller mindre oreglerade nätverk både inom den egna organisationen och över organisationsgränser. Såväl problemlösning som mer allmänna tillämpningsfrågor gynnas av den flexibilitet som sådan informell samverkan möjliggör.¹⁰¹

Föremålet för styrning

Styrning kan enligt Ouchi inriktas på det ena eller båda av två fenomen, handlande och resultat.¹⁰² Med handlande avses de sätt på vilka organisationen och dess medarbetare uppträder, vad de gör och hur de gör det de gör. Med resultat avses vad organisationen och dess medarbetare åstadkommer eller uppnår.

Styrningen förutsätter att den styrande kan beskriva vad som förväntas ske och/eller uppnås. Styrning av handlande fordrar alltså att den styrande både förstår och för organisationen kan beskriva vilket handlande som är ändamålsenligt. Handlande styrs i allmänhet genom olika slags reg-

101 Både sociologisk och organisationsteoretisk forskning om formell respektive informell organisation är omfattande, för översikter hänvisas till Giddens (2006), s. 636 f. f. och Scott (2003)

102 Ouchi (1977), som använder begreppen behavior och output. "Behavior" översätts här alltså med "handlande". En vanligt förekommande översättning är "beteende". Med den här valda översättningen avses i första hand att understryka att det gäller vad aktören gör och inte gör samt hur aktören gör det som görs, med andra ord i vad mån och hur aktören handlar.

ler¹⁰³. Aktörerna i det politiska systemet är dock rekryterade på grundval av politisk och generell kompetens, men inte därför att de skulle behärska det sakområde den aktuella nämnden arbetar inom. Även om de förtroendevalda politikerna kan väntas besitta goda kunskaper på en allmän nivå om hur man sörjer för ordning och kvalitet när olika slags tjänster produceras, varken bör eller kan de förutsättas ha helt täckande kunskap om hur arbetet skall bedrivas.

Styrning av resultat sker genom mål eller andra resultatmätt och förutsätter sålunda att den styrande har tillgång till adekvata mått på resultatet.¹⁰⁴ Det är dock allmänt vedertaget att det saknas adekvata mått på värdet av det som åstadkoms i kommunal serviceverksamhet och att det ofta saknas också goda indikatorer. Målen är ofta svåra att precisera och kvantifiera, i regel oförenliga med varandra och ofta tvetydiga. Även om preciserade och kvantifierade mål kan fastställas och/eller indikatorer på resultat kan identifieras är en ytterligare praktisk svårighet den att effekterna av åtgärderna ofta kan avläsas först efter längre tid och inte heller entydigt kan hänföras till specifika åtgärder utan i regel är resultat av flera olika orsaker. Det är därför ofta svårt eller i praktiken omöjligt att mäta effekterna på målen av vidtagna åtgärder.¹⁰⁵

Exempel:

Kommunens ledning noterar en ökning av klotter och vandalisering i parker och på kommunens och det kommunala bussbolagets byggnader och fordon. Utökad och kvalitetsförstärkt fritidsverksamhet i kommunen antas komma att leda till ett omedelbart minskat klotter och minskad vandalisering. Vidare väntas ungdomar bättre sköta sin skolgång och på sikt få anställningar efter skolan och sålunda minska kommunens kostnader för individuellt bistånd. Samtidigt finns krav inom skolan på utökade insatser av särskilt stöd, vilka bedöms ha samma effekter. Av ekonomiska skäl kan inte kommunen öka både fritidsverksamheten och omfattningen av särskilt stöd – att värdera de olika strategierna mot varandra låter sig svårigen göras. När kommunen så bestämt sig för sin strategi, uppstår svårigheterna att knyta precisa och kvantifierade resultatmätt till var och en av åtgärderna och därefter svårigheter att mäta effekterna av åtgärderna. Antag att tvärt emot förhoppningarna så ökar omfattningen av klotter och vandalisering liksom ungdomsarbetslösheten i kommunen och kostnaderna för individuellt bistånd till ungdomar. Hur skall de uppnådda resultaten av åtgärderna mätas? Berodde ökningen på att åtgärder sattes in för sent, på att åtgärderna var oskickligt genomförda, på att konjunkturen försämrades, på att kommunen kom att

103 Ouchi (1979); se också Öhrming (1997)

104 Ouchi (1977)

105 Hofstede (1981), Rombach (1991), Pettersson (1996), Johnsen (2007)

influeras av kriminella gäng från grannstaden eller på att hela åtgärds paketet var verkningslöst? Utan de vidtagna åtgärderna: hade det varit ännu värre? Berodde försämringen på att färre ungdomar misskötte sig grövre eller på att fler ungdomar misskötte sig? Eller kommer större effekter av vidtagna åtgärder men senare?

Förtroendevaldas styrning av verksamheten kan alltså ofta baseras varken på regler för handlande eller mått på resultat. I de fall den styrande varken har förutsättningar att styra genom regler eller genom mått på resultat, vilket sålunda i regel är fallet i det politiska systemets styrning av verksamheten¹⁰⁶, är den styrande hänvisad till vad som i Ouchis terminologi benämns *klanstyrning*. Begreppet ”klan” ses av Ouchi i detta sammanhang inte som ett släktförhållande utan som en grupp som sammanbinds genom samma värderingar och synsätt, ofta en viss profession¹⁰⁷. Sådan styrning utgår från att organisationens medarbetare agerar i enlighet med gemensamma bedömningar som utvecklats i en nära relation, t.ex. en profession eller liknande värdegemenskap som kommer släktskap nära, och från att klanens medlemmar påverkar och bevakar varandra. Den styrstrategi ledningen i ett sådant läge kan tillämpa är att befordra en önskad värdegemenskap, som kan betecknas *kultur*. En viktig strategi för sådan styrning genom värderingar eller kultur är att rekrytera personer som har eller kan antas ha önskade värderingar.¹⁰⁸ Alternativa benämningar kan vara rituell styrning eller ideologisk styrning.¹⁰⁹

I verkligheten får man räkna med att organisationer i olika blandning både söker styra handlande och utfall samt utnyttja möjligheterna att styra genom att befordra för organisationen ändamålsenliga värderingar, bl.a. genom rekrytering av chefer och medarbetare med dessa värderingar.

Styrprocessen

Ett *beslut* i fullmäktige, styrelsen eller en nämnd är i mer omfattande fall slutresultatet av en längre process från det att en fråga väcks i styrelsen, annan nämnd, partigrupp eller av enskilda fullmäktigeledamöter. Frågan utreds under styrelsens eller annan nämnds ledning, behandlas eventuellt i partigrupperna och därefter i fullmäktige. Processen att formulera och

106 Samma förhållande gäller enligt Ouchi i de flesta organisationer. De har därför kontrollförluster från toppen till botten (Ouchi 1979, som hänvisar vidare till ett flertal organisationsforskare)

107 Ouchi (1977)

108 Ouchi (1980)

109 Rituell styrning används av Öhrming (1997). Ideologisk styrning används av Czarniawska-Joerges (1992) i en något annorlunda mening, nämligen att styrningen syftar till att påverka de styrdas uppfattningar, således inte att rekrytera personer med ändamålsenliga värderingar.

fatta beslutet är avslutad i och med utslaget i fullmäktige.¹¹⁰ Själva beslutet innebär i regel ett uppdrag åt någon att handla på visst sätt eller att uppnå visst resultat.

Med *styrmedel* avses åtgärder eller aktiviteter för styrning.¹¹¹ Beslutet och protokollet över detta beskriver den styrandes vilja och därmed förväntningar på det styrda organets (styrelsens, nämndens eller förvaltningens) verkställighet, vilket innebär att dokumentet över beslutet i sig utgör ett styrmedel. I regel används ytterligare styrmedel, vilket kommer att behandlas i ett separat avsnitt nedan.

Den styrdes *reception* av styrningen eller egentligen styrmedlen innebär att observera, ta emot, tolka och bearbeta den information som styrmedlen utgör. Receptionen av ett fullmäktigebeslut innebär först förberedelse inom styrelsen (ofta enkel eftersom beslutet ursprungligen kommit som ett förslag från styrelsen) eller nämnden med utredning och bedömning av lämpliga verkställighetsåtgärder, därefter beslut om uppdrag till någon annan nämnd, till kommunchefen eller annan förvaltningschef att vidta erforderliga åtgärder för att förverkliga efterfrågat handlande eller utfall.

Utfallet av styrning är de åtgärder den styrde vidtar med anledning av styrningen. I styrkedjans första hierarkiska led kan styrelsens respektive nämndens beslut med anledning av ett fullmäktigebeslut ses som utfallet. Detta beslut är ett uppdrag till någon, i regel till en eller flera förvaltningschefer, att handla på visst sätt eller att uppnå visst resultat.

I och med beslutet i styrelsen och/eller övriga nämnder inleds en ny styrprocess: styrelsens och nämndens beslut förmedlas via styrmedel till förvaltningschefen, som recipierar styrningen och vidtar erforderliga åtgärder, vilket är utfallet av styrkedjan på den andra hierarkiska nivån. Men också förvaltningschefen styr i regel genom att förmedla uppdrag vidare. Först utfallet av den slutliga styrkedjan innebär – i bästa fall – att förväntat utfall av styrningen uppnås.

Exempel:

Till exempel kan det vara frågan om nya riktlinjer för rådgivning till landstingets läkare om val av medicin, vilka föreslagits fullmäktige av styrelsen efter ett utredningsarbete. Fullmäktiges beslut formuleras som ett uppdrag till landstingets sjukvårdsstyrelse att verka för att riktlinjerna tillämpas, sjukvårdsstyrelsen behandlar ärendet och lämnar i sin tur uppdrag åt sjukvårdsdirektören att

110 Jämför Lundquists engelska uttryck, *steering formation*

111 Begreppet styrmedel används bl.a. av Samuelsson (2001)

verka för att riktlinjerna tillämpas och denna lämnar direktiv vidare till sjukhusen och vårdcentralerna. Styrningen i detta exempel gäller alltså att uppnå ett visst handlande, men styrningen kan också tänkas avse resultat i termer av ett mål om kostnadsänkning eller ett mål om att de nya riktlinjernas val av medicin skall tillämpas i en viss andel av all läkemedelsförskrivning.

För att fullmäktiges styrning skall leda till effekter i verksamheten måste den nå praktiskt verksamma tjänstemän i förvaltningarna. Detta sker normalt genom att, som nämnts ovan, nämnden ger sin förvaltningschef uppdraget att förverkliga intentionerna och därefter att förvaltningschefen som styrande aktör recipierar styrningen och i sin tur styr medarbetare genom styrmedel – i regel efter styrprocesser mellan ett eller två ytterligare led av aktörer i hierarkin. Styrprocessen upprepas nedåt genom hierarkin.

Kontakterna mellan nämnd och förvaltningschef eller styrning från nämnden till förvaltningschefen sker i flera former. Förvaltningschefen deltar i nämndens sammanträden och får därvid lyssna på nämndens överläggningar och de enskilda ledamöternas frågor och bedömningar. Förvaltningschefen får också själv lämna sina synpunkter i diskussionen. Detta innebär att förvaltningschefen både är förberedd på beslutet och känner till dess bakgrund. Dessutom överlägger nämndens presidium i regel med förvaltningschefen både före nämndsammanträdena och efter dem. Förvaltningschefen har i många fall ett betydande inflytande över nämndens dagordning och över vilka ärenden som tas upp, hur de presenteras och vilka förslag som läggs fram. Det är dessutom vanligt att nämndens ordförande både informellt och formellt har nära kontakter med förvaltningschefen under hand. Om nämndens ordförande därvid ser sig som representant för nämnden eller som individuell politiker och direkt styrande aktör varierar antagligen mellan olika ordförande och olika tillfällen.

En fullständig beskrivning av styrning innehåller ett varierande antal ytterligare möten, i första hand möten mellan presidierna för styrelse och övriga nämnder och mellan kommunens förvaltningschefer. Ytterligare exempel är möten mellan ett presidium och dess förvaltningschef och en nämndordförande och nämndens förvaltningschef samt många andra direkta kontakter mellan politiker, mellan politiker och tjänstemän samt mellan tjänstemän, en del enligt fastställda strukturer och schema, andra mer spontant. Alla dessa möten innebär naturligtvis också omfattande informell styrning genom att individerna påverkar varandra med sina dis-

kussioner och sina värderingar, med sina utfästelser men också genom att skapa mänskliga relationer vilka kan stärka eller söndra en personlig gemenskap.¹¹²

Styrningens intensitet och styrningens genomslagskraft

Forskningsfrågan gäller den grad av påverkan, som fullmäktiges och styrelsens styrning får på verksamhetens handlande eller resultat (beroende på styrningens föremål). För att beteckna denna påverkansgrad används begreppet *styrningens genomslagskraft*. Denna kan variera från total till ingen alls.

Ett nära till hands liggande antagande är att en av de faktorer som förklarar genomslagskraften är den styrka, varmed styråtgärder genomförs. Den styrande aktören kan sålunda styra med olika styrka eller intensitet. Intensiteten påverkas genom valet av styrmedel, hur ofta styrningen upprepas, genom att använda flera styrmedel samtidigt samt genom det engagemang den styrande visar. Det antas att om den styrande styr starkare eller intensivare, så uppnås – allt annat lika – en större genomslagskraft. För att beteckna styrkan i den styrandes åtgärder för styrning används begreppet *styrningsintensitet*, som kan variera från stark till svag.¹¹³

Ett beslut i fullmäktige, ofta inom ramen för budget, kan visserligen formellt anses utgöra tillräcklig styrning, eftersom fullmäktiges ambition är klagjord. Av åtminstone två skäl fordras emellertid oftast en mer intensiv styrning. Dels utsätts aktörerna i en verksamhet för så mycket information att det i praktiken inte är möjligt att ta del av och förstå all information, dels möter aktören många krav och förväntningar av vilka en del är motstridiga och en del är högre än förutsättningarna att tillgodose dem. För att styrningen skall ha verkan antas därför att det fordras en högre styrningsintensitet.

Exempel:

I praktiken kan låg styrningsintensitet kännas igen som ett beslut vilket fullmäktige fattar och styrelsen expedierar utan att lägga kraft eller intresse bakom. Antag

112 Beskrivningen av stegen i styrprocessen baseras på modell i Lundquist (1979). Anpassningen till den kommunala världen har gjorts med användande av förståelse beträffande hur den kommunala organisationen arbetar.

113 Begreppen styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft har konstruerats under avhandlingsarbetet för att möjliggöra distinktion mellan just intensiteten eller kraften hos den styrandes ansträngningar å ena sidan och effekterna av styrningen å andra sidan.

t.ex. att fullmäktige beslutar om en ny miljöpolicy och att styrelsen har ett blott begränsat intresse för frågan. Den enda åtgärd styrelsen vidtar för verkställighet är att vidareända denna policy till kommunens övriga nämnder, som i sin tur vidarebefordrade beslutet till sina respektive förvaltningar. En högre styrningsintensitet hade uppnåtts om styrelsen vidtagit regelbundna åtgärder för övervakning av att och hur policyn förverkligades. T.ex. kunde en särskild tjänstemannaenhet för övervakning och rådgivning ha etablerats, planer och rapporter om vidtagna åtgärder kunde ha infordrats från förvaltningarna, sammanställts och rapporterats i fullmäktige. Styrelsens presidium kunde ha begärt rapporter och kommentarer vid överläggningar med nämndernas olika presidier och styrelsen kunde ha inrättat särskilda utmärkelser till förvaltningar som i särskild grad efterlevde policyn. Extra anslag kunde ha tilldelats o.s.v.

Med styrningsintensitet avses alltså styrkan i den styrandes ansträngningar i sin styrning och med genomslagskraft avses det resultat dessa ansträngningar har på den styrdes handlande och på resultat.

Analytiskt betraktas styrningsintensitet och genomslagskraft som kontinuerliga variabler, men de kan empiriskt inte mätas med exakthet. I stället är man hänvisad till att approximera styrningsintensitet och genomslagskraft enligt en grov och ungefärlig skala.

Styrmedel

Styrmedel är de sätt varpå eller varmed den styrande styr. Det har konstaterats att redan beslutsdokumentet utgör ett styrmedel genom att det uttrycker förväntningar på vad som skall ske. Olika slag av styrmedel inom kategorin beslutsdokument är policies, budgetar, planer, reglementen och instruktioner. Andra viktiga styrmedel är beslut om utformning av organisationen och belöningsystemen samt beslut om vilka ledande medarbetare som skall rekryteras.¹¹⁴

Ytterligare andra styrmedel är formulering av mål, uppföljning av utfall och rapporter om avvikelser mellan utfall och budget eller mål¹¹⁵. Uppföljning av ett beslut genomförts, att avsett handlande kommit till stånd och att avsett resultat av styrningen uppnåtts är viktiga styrmedel.¹¹⁶

Exempel:

En komplettering av exemplet ovan gällande nya riktlinjer för läkemedelsförskrivning kan lämpligen innehålla att landstingsstyrelsen uppdrar åt sjukvårdsstyrelsen

114 Ouchi (1978), Lundquist (1997), Samuelsson (2001)

115 Samuelsson (2001), Antony & Govindarajan (2001),

116 Se särskilt Samuelsson (2001) och Antony & Govindarajan (2001) men även Ouchi (1978) och Lundquist (1997)

att undersöka och rapportera om effekterna av riktlinjerna till landstingsstyrelsen. Sjukvårdsstyrelsen ger motsvarande uppdrag till sin förvaltningschef, som i sin tur uppdrar åt en medarbetare att utföra undersökningen och utforma rapporten. Denna rapport lämnas till sjukvårdsstyrelsen, som tar emot rapporten och beslutar rapportera vidare till landstingsstyrelsen, som i sin tur tar emot den och kanske beslutar rapportera vidare till fullmäktige. Det är uppenbart att verkningarna av en sådan styrning genom uppföljning är högre om styrningen gäller ett kvantifierat mål till vilket uppföljningen kan relatera.

De ovan förtecknade styrmedlen är skriftliga och formella. De kompletteras av personliga möten mellan politiker och tjänstemän. Överläggningar mellan presidier, mellan presidier och tjänstemän, mellan olika tjänstemän och direkta dagliga kontakter inom ramen för en verksamhet är alla exempel på styrmedel innebärande att aktörerna informerar om eller låter sig informeras om, diskuterar, planerar och bedömer verksamheten.

En implicit eller explicit *agenda* utgör styrmedel genom att uttrycka vad som är särskilt viktigt och prioritera mellan de viktiga frågorna. ”To be able to govern, the governor needs ideas on where the system to be governed is, where it needs to be and how the actual situation may be turned into the desired situation.”¹¹⁷ En sådan agenda kan uppta endast ett fåtal punkter, ty prioriterar man allt så prioriterar man ingenting. En fastställd eller åtminstone uttalad agenda från fullmäktige eller den politiska ledningen i kommunen utgör både vägledning för ledningen själv och ett styrmedel genom att utgöra information för övriga nämnder, förvaltningsledningar och andra om vilka frågor som skall ägnas störst uppmärksamhet. Även i de fall agendan inte är uttalad, känner ledande politiker till vilka frågor han eller hon bedömer viktiga, och de ledande tjänstemännen känner till de ledande politikernas bedömningar. Men om agendan inte är uttalad uppstår olika uppfattningar om vilka punkter den omfattar och om den mer precisa inriktningen inom agendans områden. Det är ett rimligt antagande att vetskapen i stora drag, eller antaganden om hur den politiska ledningens implicita agenda ser ut, påverkar kommunens aktörer, såväl fullmäktigeledamöter och nämndledamöter som kommunens ledande chefer. Detta yttrar sig bland annat i att förvaltningen kan avstå från att genomföra beslut som visserligen fattats, men som ledande politiker ändå inte är intresserade av. Aktörernas uppfattningar om agendans utseende antas alltså ha betydelse för styrningens genomslagskraft.

117 Kooiman (1999), s. 76

Exempel:

Exempelvis har kommunens ledning uppfattat att kommunen förväntas ha en miljöpolicy och tar fram en sådan med halvhjärtad inlevelse. Fullmäktige fastställer den, men den förblir okänd i förvaltningarna därför att det saknades en allvarlig ambition från de ledande politikerna. Och även om policyn är känd i förvaltningarna vet man att de ledande politikerna ändå inte är särskilt intresserade och inte kommer att intressera sig för implementeringen.

Också etablering och vidmakthållande av värderingar, sammantaget en för uppgifterna lämpad kultur, är viktiga styrmedel. Dessa styrmedel kräver mer övertygande styråtgärder än att rent tekniskt fatta ett beslut om vilka värderingar medarbetarna skall omfatta. Värderingarna påverkas inte minst av vilka medarbetare som rekryteras och av åtgärder för socialisering av nya medarbetare¹¹⁸. Värderingarna befästs och utvecklas vid personliga möten när individer samverkar i organisationen. I stora delar av den kommunala verksamheten är det, som framhållits ovan, svårt att styra handlande och resultat, vilket gör det särskilt viktigt att värderingarna gynnar det resultat som den styrande önskar.

Det är rimligt att anta att den upplevda styrningsintensiteten beror bland annat av vilka styrmedel som används och på vilket sätt, t.ex. hur ofta rapportering begärs över avsedda effekter, hur tydliga kriterier som används i denna rapportering samt vad som sker om förväntade resultat uteblir. Olika styrmedel antas alltså i sig innebära olika styrningsintensitet.

Faktorer som förklarar styrningens intensitet och genomslagskraft

I ovanstående avsnitt har presenterats en modell för hur styrning sker och två nyckelbegrepp för att förklara styrningens resultat introducerats, nämligen styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft. Med hjälp av denna modell kan styrning undersökas och beskrivas. Uppgiften för nu följande avsnitt är att presentera en teoretisk referensram för att förklara olika grader av styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft. I kapitel 1 framträder förklaringar dels i neoinstitutionell organisations-teori (Original Institutional Economics, OIE), som visar institutionernas betydelse för aktörernas beslut och handlande, dels i nyinstitutionell

118 Ouchi (1978) och Lundquist (1997); se också Scott (2003)

organisationsteori (New Institutional Organizational Theory, NIO),¹¹⁹ som ger förklaringar främst på en strukturell nivå ovanför den enskilde aktören. För att uppnå en djupare förståelse av vad som faktiskt händer i kommunerna inleds referensramen med att betydelsen av aktörernas vilja och förståelse framhålls. Därefter undersöks faktorer som påverkar denna vilja och förståelse med hjälp av public choice teori och neoinstitutionell organisationsteori. I en tredje punkt behandlas bidrag från nyinstitutionell organisationsteori, som intresserar sig för externa inflytanden på organisationen, och avslutningsvis utnyttjas en sociologisk systemteori för att närmare studera styrning som kommunikation mellan aktörer inom organisationen.

Aktörernas vilja och förståelse

En grundläggande utgångspunkt är att beslut i fullmäktige och reception och beslut i styrelsen och nämnder är beroende av vad de individuella aktörerna *vill* uppnå eller åstadkomma och av hur de *förstår* situationen, främst de aktörer som bildar majoriteten och därmed tillsammans råder över besluten. Också förvaltningschefers och tjänstemäns reception och beslut beror av deras vilja och förståelse.¹²⁰

119 Institutionell teori är knappast ett enhetligt begrepp. Institutioner utgör samhälleliga konventioner, mer eller mindre formaliserade, som har stor betydelse för individers agerande. Teorier om institutioner utvecklas och används inom ett flertal vetenskaper, bl.a. nationalekonomi, organisationsteori och statsvetenskap. Flera författare talar om att det finns flera olika institutionalismer och inom varje sådan institutionalism olika teorier, varför man kanske snarare skall tala om olika institutionella perspektiv. Se Premfors (1998), Scapens (1994) och Johansson (2001). Inte heller beteckningarna för dessa olika forskningsinriktningar är enhetligt benämnda i litteraturen. De huvudkategorier som behandlas nedan är neoinstitutionell organisationsteori, som kommer att benämnas OIE (Original, eller Old, Institutional Economics) och nyinstitutionalismen, som kommer att benämnas NIO (New Institutional Organizational Theory). Alternativa beteckningar hade varit OIO, som understryker att det gäller en organisationsteoretisk tillämpning, respektive NIS, som understryker att det är frågan om en sociologisk organisationsteori. Ursprungligen är det egentligen nationalekonomiska skolbildningar, vilka har inspirerat också organisationsteorin. Skiljelinjerna är flera och en rättvisande framställning kräver många nyanser. Den huvudsakliga skillnaden som ofta framhävs mellan OIE och NIE (New Institutional Economics) är inställningen till antaganden om att individen är nyttomaximerande och att marknader alltid strävar efter jämvikt, antaganden som NIE baseras på medan OIE är kritisk till dessa antaganden och därför inrymmer en mer dynamisk samverkan mellan aktörer och institutioner. Den nyinstitutionella organisationsteorin däremot delar med OIE ett kritisk förhållningssätt till antagandet om att individen är alltigenom rationell. Se bl.a. Hodgson (1993), Scapens (1994), Dequech (2002) och Siverbo och Johansson (kommande).

120 Lundquist (1987); Lundquist identifierar tre faktorer, utöver vilja och förståelse också förmåga (vill, förstår och kan). När det gäller styrning av ledningar för stora organisationer förutsätts här att ledningen för organisationen alltid har förmåga att genomföra vad som krävs, eftersom den råder över resurser som åtminstone kan omdisponeras. Om en sådan omdisponering anses klok och lämplig är beroende av hur situationen och av hur förutsättningarna bedöms eller förstås. På motsvarande sätt är kunskap om verksamheten och dess villkor och förutsättningar i huvudsak det samma som att relevant förstå verksamheten, dess villkor och förutsättningar. Att kunna eller förmå och att förstå ses här därför som i praktiken sammanfallande begrepp.

Aktörerna är självständiga individer och att en aktör därför *vill* besluta någonting eller låta sig styras är en första självklar förutsättning för ett beslut respektive reception och handlande. Denna vilja härrör från bland annat personliga övertygelser och graden av inflytande från omgivningen. Viljan bestäms alltså av aktörens mer eller mindre medvetna och explicita preferenser.¹²¹

En ytterligare faktor av betydelse för beslut och reception är vad och hur aktören *förstår* situationen eller problemet, den aktuella uppgiften eller verksamheten och förutsättningar i omgivningen. Den som fattar beslutet har en viss information och gör vissa bedömningar, med andra ord förstår situationen på ett visst sätt. Vidare har beslutsfattaren föreställningar om vad han vill och lämpliga åtgärder för att nå dit. Den styrde har i sin tur information och gör bedömningar både om situationen och lämpliga åtgärder. Det är alltså inte i första hand en fråga om huruvida aktörerna har eller saknar fattningsförmåga eller om de har bättre eller sämre förstånd, utan snarare en fråga om *hur* aktören förstår, uppfattar och bedömer en fråga, ett förhållande eller en situation.¹²²

Den styrande och den som styrs kan förstå situationen olika och fästa avseende vid olika förhållanden. Både valet av frågor för styrning och styrningsintensiteten varierar beroende på den styrandes vilja och förståelse, hans övertygelser och bedömningar av vad som är angeläget och mindre angeläget och av hur övertygad den styrande är om att styrningen är ändamålsenlig. Den styrdes följsamhet varierar beroende på hur väl styrningens innehåll stämmer överens med den styrdes vilja och förståelse.¹²³ Styrningen kan sålunda förlora kraft i receptionen och dessa förluster av genomslagskraft kan vara betydande. Förlorar styrningen kraft, så nås inte det avsedda utfallet. Det är alltså inte självklart att styrningen får full effekt eller avsedda effekter eller ens några effekter alls.¹²⁴

Som framhållits redan ovan menar Ouchi att den styrandes kunskap – eller, med terminologin här, *förståelse* – om rådande förutsättningar påverkar vilket föremål den styrande väljer att styra, om styrningen skall avse beteendet, resultatet eller ske genom vad Ouchi kallar klanstyrning. Aktörernas förutsättningar att förstå de rådande förutsättningarna redu-

121 Lundquist (1987)

122 Lundquist (1987)

123 Mellan vilja och förståelse råder ömsesidig påverkan: förståelsen påverkar viljan samtidigt som viljan påverkar förståelsen. Denna mentala process sker dock inom aktören själv, medan analysen här tar sikte på krafter utanför aktören, krafter som påverkar aktören.

124 Lundquist (1987) och Ouchi (1978); Ouchi använder begreppet control losses för förlust av genomslagskraft

ceras mellan hierarkiska nivåer, varför styrning tenderar att förlora kraft eller tunnas ut i hierarkier.¹²⁵

Exempel:

Till exempel fattar socialnämnden ett beslut att hemtjänstens biträden i genomsnitt skall vara hos en vårdtagare minst 85 procent av sin arbetade tid medan biträdena själva i ett distrikt konstaterar att detta inte är möjligt att uppnå på grund av att vårdtagarna bor så spridda att redan resorna fordrar mer än 15 procent av arbetstiden.

Den styrandes beslut kan grundas på felaktiga förutsättningar eller på andra bedömningar än den som den styrde själv gör eller besluten kan missförstås av den styrde. Den som styrs anpassar, omtolkar, förbiser eller negligerar i sådana fall styrningen.

Exempel:

Det kan i ovanstående exempel med hemtjänsten förhålla sig så att socialnämnden fattat sitt beslut för att fullmäktige har begärt ett besparingsprogram och socialnämnden vill visa handlingskraft utan att nämndens ledamöter egentligen tror så mycket på att just denna åtgärd är möjlig, lämplig eller viktig i praktiken. Hemtjänsten kommer i praktiken inte att bry sig om beslutet.

Ju mindre viktig en åtgärd eller ett visst resultat är för den styrande, ju lägre blir kraften eller intensiteten bakom styrningen och omvänt. Det antas också att ju svårare den styrande aktören har att bestämma sig för en viss lösning eller ju mer komplicerad en viss styrsituation uppfattas av den styrande aktören, ju mindre bestämd och därmed ju mindre intensiv blir styrningen och omvänt. Redan en låg styrningsintensitet kan alltså reducera styrningens genomslagskraft. På motsvarande sätt gäller att den styrde lägger mindre vikt vid åtgärder som den styrde inte vill genomföra och omvänt. Vidare gäller att ju mindre den styrde förstår av styrmedlen och ju mer oenig den styrde är med den styrande om begärda åtgärder eller begärda resultat, desto lägre blir styrningens genomslagskraft och omvänt. Frågor eller områden som den styrande inte vill påverka eller som de inte förstår styrs inte alls.

Sammanfattningsvis har alltså framhållits att styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft påverkas av aktörernas vilja och förståelse.

125 Ouchi (1978)

Vad som i sin tur påverkar aktörernas vilja och förståelse kan förklaras med flera olika teoribildningar. I första hand har aktörernas egenintressen betydelse, vilket skall behandlas i nästa punkt.

Aktörernas egenintressen

Aktörerna har var och en sina individuella önsknings, drivkrafter, ambitioner och mål efter vilka de agerar. Teorier om public choice (eller med ett annat begrepp rational choice) har tagit sitt ursprung i den klassiska nationalekonomins utgångspunkt att individen är rationell och nytto-maximerande.¹²⁶ Dennes mål kan därmed antas stämma endast delvis men inte helt med organisationens mål, vilket innebär att man måste räkna med att individerna inte alltid vill det kommunen vill.

För politikerna är det viktigt att behålla och helst förstärka det egna partiets position och i regel vill de också för egen del bli omvalda vid nästa val. De yttersta skälen till detta är troligen flera. Dels eftersträvar politiker rimligen att det egna partiets program skall förverkligas, vilket ofta betecknas som ideell strävan eller ideologisk strävan¹²⁷, dels eftersträvar de att för kommunens och kommunmedborgarnas del uppnå ”det allmänna bästa”¹²⁸. Men enligt teorierna om public choice antas politiker i första hand intresserade av att för sig själva och/eller övriga partiföreträdare maximera nyttan i form av den inkomst, den prestige och det inflytande som uppdragen medför.¹²⁹ Dessa olika mål föranleder i och för sig flera intressanta frågor. En är i vad mån den individuella politikern finner motsättningar mellan partiprogrammet och det allmänna bästa, med andra ord huruvida partiprogrammet prioriterar särintressen eller utgör det goda samhället för alla kommuninvånare. En annan fråga som reses är hur det ideologiska intresset, det allmänna bästa eller intressena av partiets och de egna fördelarna prioriteras i relation till varandra. Dessa frågor

126 Se bl.a. Downs (1957), Tullock (1976/1994) och Niskanen (1994),

127 Denna ideella eller ideologiska strävan kan emellertid lika väl innebära att sträva efter grupp- eller klassintressen. Välfärdspolitik, som den kommunala serviceverksamheten har att effektuera, handlar i hög grad om att fördela offentliga resurser. I den fördelningen finns alltid ”vinnare” och ”förlorare” beroende på vems perspektiv som anläggs. I det demokratiska systemet är det dock naturligtvis frågan om legitima intressen

128 Lewin (1988); Sanne (2001) har ingående studerat de kommunala fritidspolitikernas strävanden och funnit bl.a. att de enligt sina egna uppfattningar eftersträvar och främjar just vad Sanne betecknar ”det allmänna bästa”

129 Downs (1957), Sjöblom (1970), Williamson (2000); Williamson (2000) menar att ”[t]o ascribe social welfare maximization to politicians and bureaucrats [as the only goals of theirs] is convenient but naïve” (s. 101); se också Olson and Kähkönen (2002).

besvaras emellertid inte här utan vad som här framhålls är att aktörerna drivs av sina individuellt uttolkade mål och ambitioner.

Oavsett om de yttersta målen är partiprogrammets förverkligande eller personliga favörer blir strategierna desamma: röstmaximering, maximering av parlamentariskt inflytande och sammanhållning inom partiet. Partiet söker maximera antalet röster och att med antalet röster och med samarbetsbefrämjande åtgärder i fullmäktige åstadkomma ett så stort parlamentariskt inflytande som möjligt. Internt i partiet gäller den tredje strategin att verka för en god sammanhållning så att partimedlemmarna gynnar partiet med arbetsinsatser, ekonomiska insatser, opinionsbildning och till slut med sina röster också i nästa val.¹³⁰ Strategierna förstärker varandra i syftet att förverkliga partiprogrammet.

För att maximera antalet röster gäller det att muta in ett tillräckligt stort utrymme på ”åsiktsområdet”¹³¹, så att så många väljare som möjligt attraheras av partiets program och ställningstaganden. Det finns därför en tendens för ett regeringsparti att öka utgifterna till nytta för nya väljar-grupper så länge det därigenom vinner fler väljare än det förlorar. Downs talar om ”the concept of marginal operations”¹³². En viktig strategisk fråga för partierna är därför att göra avvägning mellan preferensanpassning och preferensskapande strategier. I verkligheten är det en fråga om både och.¹³³ Med preferensanpassning avses anpassning till väljarnas rådande preferenser för att vinna maximalt antal röster och med preferenspåverkan avses att försöka påverka väljarnas åsikter så att partiet vinner röster för den politik partiet fastställt.

På motsvarande sätt strävar ledande tjänstemän i regel efter att behålla och helst stärka positionen för den verksamhet de ansvarar för samt efter att bli kvar som chefer och helst befordras. Det är ett rimligt antagande att tjänstemännen i allmänhet också eftersträvar personliga fördelar utöver att behålla och stärka sina maktpositioner. För en förvaltning och dess tjänstemän finns därför skäl att eftersträva så höga anslag som möjligt, att budgetmaximera. Ju större budget, desto större handlingsutrymme för ledarna och desto större möjligheter att förverkliga förvaltningens egna ambitioner. En stor organisation är svårare att förändra, vilket innebär att tjänstemännen har större förutsättningar att fortsätta och fullfölja den

130 Sjöholm (1970)

131 *Ibid*

132 Downs (1957), Hadenius (1979)

133 Dunleavy (1991)

verksamhet de själva vill bedriva – av övertygelse om allmännyttan och/eller av egoistiska skäl. En större organisation och en större budget ger också ledarna högre prestige, större bekvämlighet och ofta högre ersättning.¹³⁴

Förvaltningschefen och dennes medarbetare har ett informationsöverslag i förhållande till sin nämnd, styrelsen och övriga nämnder samt fullmäktige. Chefstjänstemännen har därför möjlighet att tillrättalägga informationen genom att understryka för verksamheten positiva sidor medan negativa förhållanden tonas ned.¹³⁵ De genomför också snabbare och mer lojalt sådana beslut och väljer sådana handlingsvägar som stämmer med organisationens och egna intressen, medan ledarna fäster mindre vikt vid eller ignorerar beslut som strider mot dessa intressen. Också deras engagemang för att finna nya lösningar påverkas av förvaltningens och individernas egna intressen.¹³⁶

Förvaltningar och framför allt deras chefer lämnar typiskt sett information anpassad för att öka stödet för sina anslagskrav hos styrelse och fullmäktige. Medlet är att visa den egna verksamhetens värde i samhället på ett trovärdigt och slagkraftigt sätt. En sådan bild har också betydelse för de egna medarbetarna och för att stärka bilden i den allmänna opinionen – allt för att stödja verksamhetens fortsatta existens och helst växande uppgifter.¹³⁷ Downs använder beteckningen ideologi för dessa bilder och framhåller att förvaltningars ideologier bär vissa gemensamma kännetecken. De positiva fördelarna av verksamheten understryks medan kostnaderna tonas ned, det framhålls att ytterligare utökning av verksamheten är önskvärd medan varje nedskärning medför nackdelar för samhället, den höga effektivitetsnivån framhålls, framgångar och framtida möjligheter lyfts fram medan misstag och tillkortakommanden undanhålls. Slutligen brukar framhållas att verksamheten innebär framför allt fördelar för hela samhället snarare än för någon viss grupp.¹³⁸

Individens, såväl politikernas som tjänstemännens, egna intressen kon-

134 Downs (1967); Niskanen(1994); Lane (2000); Tullock (1994). Niskanen framhåller i sin tidigare skrift att de flesta av de mål förvaltningscheferna eftersträvar tillgodoses just genom en större förvaltning, men han betraktar ändå i det nyskrivna avsnittet (Niskanen, 1994, s. 274) budgetmaximering som ett specialfall och antar att förvaltningscheferna i första hand eftersträvar ett så stort överskott som möjligt, vilket kan användas för att stärka förvaltningens intressen av olika slag. Dessa frågor är dock i första hand empiriska och något entydigt empiriskt stöd föreligger inte enligt Niskanen själv. I stället framhåller han som en av de viktigaste uppgifterna för fortsatt forskning att undersöka detta antagande.

135 Niskanen (1994). Jfr också Williamson (1991)

136 Downs (1967)

137 Downs (1967)

138 Downs (1967)

kurrerar alltså med organisationens intressen och påverkar därmed både de styrandes energi och vilja att verka för de beslut som fattats i de kollektiva organen och de styrda individernas energi och vilja att förverkliga styrningen. Å andra sidan värdesätter individen i regel sin anställning och sina karriärmöjligheter, vilket leder till att egenintressen också stödjer de anställdas vilja att efterkomma styrning och därmed öka dess genomslagskraft. Idén bakom incitament är just att uppnå att organisationen och individen har sammanfallande intressen.

Ett första svar på frågan om vad som påverkar aktörernas vilja är sammanfattningsvis aktörens egenintressen. Renodlade teorier inom public choice hävdar att individerna maximerar sitt egenintresse. Detta antagande betraktas dock inom ett flertal teorier som en förenklad syn på individen. En av dessa teorier är OIE enligt vilken människor visserligen agerar intentionellt, men de är inte ohämmat egoistiska. De handlar inom de ramar som samhällets och organisationernas institutioner utgör. En mer modifierad ståndpunkt är alltså att aktörernas vilja när de deltar i beslut och när de recipierar styrning påverkas av deras egenintressen, men inte uteslutande därav. Institutioners inflytande på aktörernas vilja och förståelse behandlas i närmast följande punkt.

Institutioner begränsar och vägleder aktörernas handlande

Aktörerna agerar inom de ramar som samhället och organisationerna uppställer för vad som är lämpligt och godtagbart, ramar som också innefattar värderingar som påverkar aktörernas bedömningar av vad som kan och bör göras respektive inte bör göras.¹³⁹

Med *institutioner* avses här

i samhället eller i en organisation vedertagna och vidmakthållna sammanhängande system av normer samt de värdesystem som dessa normer är förankrade i.¹⁴⁰

Institutioner utgör alltså normer för vad som är gott och vad som är dåligt, vad som är lämpligt och vad som är olämpligt, vad som är eftersträvsvärt och vad som skall undvikas, vad som är tillåtet och vad som är

139 Se bl.a. Bush (1987), Boland (1992), Hodgson (1993), Scapens (1994), Screpanti (1995) och Sjöstrand (1995). De fyra först nämnda författarna refererar vidare tillbaka till institutionalisterna Veblen (1889/1994) och Commons (1934/1990), vilket gör att skolan betecknas neoinstitutionalismen eller old eller original institutionalism.

140 Definitionen baseras på Bush (1987), s. 1076 – 1078, och Sjöstrand (1995), s. 25 och 28

förbjudet samt hur uppgifterna skall eller bör utföras. Institutioner ger de handlande individerna i organisationen vägledning för deras agerande genom att definiera och begränsa möjliga handlingsalternativ.¹⁴¹ Vissa institutioner är konkretiserade i lagar eller andra slags anvisningar, andra i rutiner och handlingsmönster och åter andra i rådande seder eller moraluppfattningar. Institutioner kan alltså vara både formella och informella. Normerna är vanligen sammanlänkade genom en längre historisk utveckling eller till kulturer som etablerats sedan länge.¹⁴² Institutionerna påverkar också aktörernas tolkningar av skeenden. Institutionerna fullgör alltså reglerande, begränsande, normerande och kognitiva funktioner.¹⁴³

Samtidigt som institutioner påverkar individer, så utvecklas institutionerna av individer. Institutioner etableras och verkar på olika nivåer i samhället från global nivå till lokala informella gemenskaper av individer. Professioner utvecklar egna institutioner, både institutioner som får formella uttryck i lag eller andra sanktionerade regler och starka värderingar som traderas genom utbildning och kollegial samverkan.¹⁴⁴ Inom kommunerna verkar alltså samhällsgemensamma institutioner, institutioner på det offentliga och kommunala fältet och kommunspecifika institutioner som utsäger hur verksamheten bedrivs och vilka värderingar som gäller just inom den aktuella kommunen, men också specifika institutioner inom organisatoriska enheter.¹⁴⁵

Det ligger i institutionernas natur att de utgör motstånd mot förändringar. De är dessutom självförstärkande, eftersom de stärks när de efterlevs. Institutioner kan efter hand stelna till värderingar och regler som förlorar instrumentellt värde och snarare blir instrumentellt onyttiga. Sådana institutioner betecknas ceremoniella och upprätthålls endast därför att traditionen bjuder det, men de har inget instrumentellt värde utan i många fall hindrar de en mer ändamålsenlig utveckling.¹⁴⁶ En utvecklingslinje som en gång valts tenderar att bli bestämmande för framtiden och utvecklingen blir därmed ofta spårbunden.¹⁴⁷ Men ofta är institutionerna samtidigt som de stabiliseras också föremål för kontinuerlig utveckling

141 Sjöstrand (1995)

142 Sjöstrand (1993)

143 Scott (2003), Dequech (2002), Sjöstrand (1995).

144 Scott (2003); Se också Nelson (1994) och Burns och Scapens (2000) för teori om hur organisations- och professionsspecifika institutioner utvecklas

145 Se Brorström och Siverbo (2008).

146 Brorström (2002)

147 Se David (1985) för en fullständig och intressant redogörelse för hur spårbundenhet uppkommer

och förändring.¹⁴⁸ Till att börja med utvecklas institutioner inkrementellt. En idé uppstår, den prövas och befinns ändamålsenlig, varefter den efterhand blir allmänt tillämpad och tagen för given. En handlingsregel har institutionaliserats. I vissa fall uppstår kriser eller omvälvande förändringar i organisationer, vilket leder till behov av förändringar och nya institutioner utvecklas. Också förändrade värderingar i omvärlden leder till att institutioner förändras eller utvecklas.¹⁴⁹ Det har sålunda exemplifierats i kapitel 1 att respekten för kostnader och ekonomi institutionaliserats inom sjukvården i Sverige. Förklaringar var både en kontinuerlig förändring som effekt av diskussion och värderingar i samhället och resultat av förändrade formella institutioner i landstingen.¹⁵⁰ Som redan framhållits ovan kan också reformer av organisation och styrsystem utmana de gamla och i en ny situation hindrande institutionerna.¹⁵¹

Ett antal genomförda fallstudier i kommunsektorn visar att viktiga institutioner inom det kommunala fältet är regler som syftar till rättvisa, strävan efter öppenhet, respekt för kostnader och ekonomi och strävan efter en god verksamhet. Det ligger i institutionernas natur att god verksamhet kan ha olika innehåll för olika grupper, inom olika organisationer och inom olika professioner. Brorström och Siverbo identifierar en meta-institution som de betecknar god verksamhet och som tillgodoser en eller flera av de övriga tre nämnda institutionerna.¹⁵²

Styrningen sker alltså i en samhällelig och organisatorisk miljö av institutioner, varav vissa kan stödja och/eller komplettera varandra och andra kan konkurrera med varandra. Institutioner kan vidare stödja eller komplettera styrning eller de kan innebära motstånd mot styrning. Styrningen kan alltså utmanas av och möta konkurrens av institutioner som baseras på andra värderingar och/eller påbjuder annat handlande.¹⁵³

Exempel:

Många organisationer tillämpar vad som kallas morgonbön, vilket innebär att alla medarbetare samlas på morgonen för att få information från chefen och från varandra samt samplanera dagens aktiviteter. Morgonbönen är ofta tidskrävande (om tio personer sitter en halvtimme och därefter fordrar ytterligare en kvart för

148 Sjöstrand (1993), Scott (2003)

149 Brorström och Siverbo (2008)

150 Se s. 31; jfr också Aidermark (2004)

151 Brorström (2004)

152 Siverbo (2001), Brorström och Siverbo (2008)

153 Siverbo (2001)

att komma dit de kunnat gå från början, så motsvarar morgonbönen en heltidsanställd). Det är lätt att föreställa sig att denna institution överlever även när den inte längre erfordras och alltså stelnar till en ceremoni – den behövs inte och den hindrar effektivt arbete. Samtidigt anpassar chefen sin ledning till denna institution varigenom utvecklingen också blivit spårbunden: information och planering har alltid skett under morgonbönen och så fortsätter det.

Läkarna vid ett sjukhus upphör inte att vårda patienter i december, även om årets anslag har förbrukats redan i november. En underliggande institution definierar god vård och patienternas befogade krav på sjukvården. Samtidigt råder andra institutioner som talar i annan riktning, i första hand att en organisation skall ta sitt ekonomiska ansvar och att man skall hushålla med offentliga medel. Institutionerna konkurrerar alltså med varandra och institutionen om god hushållning bjuder motstånd mot kostnadsstyrning.

Skolstyrelsen bedömer att några skolor i glesbygden är för små för att möjliggöra ekonomisk drift och beslutar att samordning skall ske mellan skolorna. Studierektor vid en av skolorna menar att kvaliteten gynnas av en oförändrad organisation och med sin uppfattning om god verksamhet eller god undervisning motarbetar studierektorn aktivt skolstyrelsens beslut.

Institutioner föreskriver, vägleder och hindrar, de begränsar därigenom handlingsalternativen och de vägleder hur alternativen skall bedömas. Institutionerna påverkar därmed aktörens förståelse av vad och hur något bör göras eller inte göras. Eftersom institutionerna uttrycker och baseras på värderingar präglar de också aktörens vilja. Viljan att göra gott och att göra rätt, att anpassa sig till samhällets värderingar och att bidra till organisationens nytta balanserar aktörens intresse att maximera sin egen nytta. Institutioner påverkar alltså aktörens uppfattning av situationen och lämpliga handlingsalternativ och de leder till en implicit eller explicit avvägning mellan allmänintressen, organisationens intressen och egenintresset.

Krav på agerande och idéer om hur organisationen bör agera kommer emellertid inte enbart inifrån organisationen utan också utifrån, bl.a. i form av institutionaliserade föreställningar om vad som bör göras i organisationen. Organisationens ledning utsätts därmed för press och anpassar sig, men sådana externt inspirerade föreställningar möter ofta motstånd i organisationen, som har utvecklat sina egna institutionaliserade föreställningar om hur verksamheten bör bedrivas. Dessa processer har studerats i den organisationsforskning, som skall behandlas i nästa punkt, NIO.

Organisationer anpassar sig till nya idéer och ledningens beslut genom löskoppling eller översättning

En organisation är beroende av legitimitet från omgivningen och sådan vinnas i allmänhet genom att organisationen av omgivningen uppfattas lösa sina problem och uppfattas som modern. I omgivningen uppstår efter hand institutionaliserade uppfattningar om hur organisationer bör vara organiserade. Man kan tala om myter i omvärlden snarare än anpassning till organisationens interna processer. Ledningarna anpassar sina organisationer till dessa myter för att vinna legitimitet. Organisationer tenderar därför att bli allt mer lika varandra, i varje fall utåt sett.¹⁵⁴ Man kan tala om organisatoriska moden eller – som intresserat flera skandinaviska nyinstitutionalister – reformer som ”reser”.¹⁵⁵ Utvecklingen leder till att organisationsformer och organisationslösningar, t.ex. decentralisering, målstyrning och liknande, i sig institutionaliseras.¹⁵⁶ Det uppstår legitimerade organisationslösningar eller institutionaliserade lösningar (”recept”) på hur delar av en organisation bör utformas. Dessa har olika lång livstid och de har olika geografisk och branschbetingad omfattning, även om dagens globalisering och omfattande kontakter mellan olika organisationer tenderar att vidga lösningarnas tillämpningsområden. Många av dessa institutionaliserade lösningar bildar tillsammans familjer av lösningar¹⁵⁷, t.ex. New Public Management som byggs upp av recept såsom decentralisering och resultatmätning.

Att reformera är sålunda en vanlig strategi som organisationers ledningar tillämpar för att organisationen skall bli modern, även om det motiv som uppges baseras på effektivitetsargument. Men det har visat sig svårt att förändra organisationer genom reformer. Organisationen bjuder motstånd, dels som följd av de redan etablerade institutionernas motståndskraft, dels också därför att den operativa nivån bedömer att de beslutade reformerna inte är ändamålsenliga för verksamheten. Motivet för reformerna emanerar ju heller inte från verksamhetens behov utan motivet är att anpassa organisationen till omgivningens förväntningar och att ledningen vill visa att organisationen är modern. Organisationerna löser denna konflikt genom att den operativa nivån helt enkelt löskopplar eller

154 Meyer and Rowan (1977), DiMaggio and Powell (1983)

155 Czarniawska och Joerges (1996), Røvik (1996)

156 Johansson (2002), Modell (2006)

157 Røvik (2004)

frikopplar från ledningens beslut¹⁵⁸. Ledningen beslutar om en reform och talar därefter om den som genomförd, men den operativa nivån fortsätter arbeta som tidigare. Sådan löskoppling kan ofta vara ändamålsenlig: ledningen visar omgivningen att organisationen är modern och därmed vinner den legitimitet, medan organisationen sedan fortsätter att arbeta som tidigare och därmed bibehåller intern effektivitet. Med en paradox hämtad från Brunsson: det är alltså rationellt att vara irrationell.¹⁵⁹

I andra fall frikopplas eller löskopplas inte recepten, men däremot omtolkas beslutens innehåll och anpassas till de lokala förhållandena. De nya idéerna konkretiseras, imiteras endast delvis, kombineras med andra recept eller stöps om mer radikalt så att de bättre låter sig förenas med den organisation i vilka de skall omsättas. Forskare talar om detta fenomen som att när reformer skall införas, så översätts idéerna i den lokala miljön eller omtolkas.¹⁶⁰ I större organisationer förekommer det också att olika delar av organisationen tar emot olika recept, vilka frikopplas från varandra. Sålunda kan idéer om demokratiskt ledarskap utvecklas inom en avdelning medan konventionell rationalisering kan tillämpas inom en annan. I själva verket är ett kriterium på en framgångsrik modern organisation att den samtidigt förmår hantera flera olika standarder.¹⁶¹

Men ledningens syfte med en reform är inte alltid endast att uppnå modernitet utan kan ibland också vara att visa att den identifierat ett problem och genom reformen också gjort något åt problemet. I och med att man talar om problemet ("pratar") skapas en föreställning hos omvärlden att problemet, t.ex. kostnadsutvecklingen eller rationaliseringsbehovet, är löst genom att det är uppmärksammat.¹⁶² Detta underlättas särskilt för politiker genom att de verkar på en egen nivå med sitt prat medan tjänstemännen ägnar sig åt verksamheten.¹⁶³ Czarniawska-Joerges beskriver det så att politiker och förvaltning arbetar i två olika världar mellan vilka det finns ett tvådimensionellt gap. Den ena dimensionen gäller konkretion: politikernas värld består av idéer och beskrivningar av den praktiska världen medan förvaltningens värld består av praktisk verksamhet där verkliga problem uppstår och verkliga pengar används. Den andra dimensionen gäller tid: idéerna och beskrivningarna gäller framtiden, den praktiska

158 Meyer and Rowan (1997), Brunsson (1989), Brunsson och Olsen (1993), Røvik (2004)

159 Brunsson (1985)

160 Czarniawska-Joerges (1992) och (1993), Sahlin-Andersson (2001), Røvik (2004)

161 Røvik (2004). Røvik talar om multistandardorganisationer

162 Brunsson (1986), Rombach (1986), Siverbo (2001)

163 Brunsson (1986), Czarniawska-Joerges (1992), Røvik (2004)

världen gäller nu. ”To a politician, tomorrow is today”. De två världarna möts aldrig.¹⁶⁴

Den nyinstitutionella organisationsteorin har i första hand intresserat sig för organisatoriska sektorer eller fält och ”även om den svenska nyinstitutionella forskningen har skett inom ramen för en svensk tradition av fallstudier”¹⁶⁵, så ligger förklaringarna ovanför aktörsnivån. Visserligen pekar t.ex. Røvik (2004) på att olika enheter inom organisationen fungerar självständigt med egna kontakter internt och externt och väljer sina egna lösningar på reformbesluten, men analysen gäller ändå systemet ovanför aktörsnivån. Aktörernas beteende är dock effekterna av hur aktörerna i organisationen förstår situationen, hur de förstår reformerna och ”pratet”. Aktörernas vilja och förståelse formas i de organ de verkar i, styrelsen, nämnderna och förvaltningarna. De mekanismer som har effekter i organisationens handlande skall i den avslutande punkten förklaras med inspiration från en av Niklas Luhmann utvecklad sociologisk systemteori, där organisationen och varje dess enhet ses som slutna system vilka skapar sin egen förståelse.

Kommunen består av autonoma och självrefererande subsystem

Varje organ (fullmäktige, styrelsen och nämnderna) och varje förvaltning fungerar som subsystem i kommunen. I organet beslutar majoriteten och det kan ses som en kollektiv aktör, vars uppfattning är aggregatet av de individuella deltagarnas uppfattningar – åtminstone majoritetens. Styrning från en styrelse till en nämnd och från en nämnd till en förvaltning utvecklas självständigt inom det styrande organet och recipieras självständigt i det styrda organet. De olika systemen tolkar, förstår, handlar och beslutar självständigt och var för sig.

Två huvudkategorier av system kan urskiljas, dels de politiska organen som är system för diskussion, debatt och beslutsfattande, dels förvaltningarna och deras olika enheter, som är system för utredning, verkställighet av de politiska besluten samt för att bedriva verksamheten.

De politiska systemen kan ses på olika nivåer och deras gränser kan dras på många olika sätt. Sålunda kan alla kommunens förtroendemannaorgan sammantagna ses som ett system, men på en lägre beskrivningsnivå kan också vart och ett av förtroendemannaorganen ses som system. Presidierna kan ses som särskilda system liksom samverkansorgan mellan

164 Czarniawska-Joerges (1993); citatet är från s. 165

165 Johansson (2002); citatet är från s. 25

olika nämnder. Andra viktiga system är ordförandegrupper och partigrupper, vilka dessutom ingår i olika samverkanskonstellationer (och därmed system) mellan majoritetskoalitioner och mellan oppositionspartier. På motsvarande sätt utgör en förvaltning ett system, men också enheterna i en förvaltning, liksom ledningsgrupper, arbetsgrupper och samarbetsgrupperingar mellan olika förvaltningar och/eller olika enheter. Också system som innefattar både politiker och tjänstemän förekommer, t.ex. de grupperingar som driver förhandlingar inom ramen för beställar- utförarmodeller.

System inom systemen (subsystem) utgör alltså i sig egna system som bildar omgivningar för varandra. De politiska subsystemen kan sammantagna sägas bilda ett politiskt system som uppträder över och/eller vid sidan av de system som bildas av förvaltningarnas ledningar och förvaltningarna själva. I det följande används termen *det politiska systemet* som ett samlingsbegrepp för både det totala politiska systemet i en kommun och samtliga dess politiska subsystem. På motsvarande sätt används termen *förvaltningen* som samlingsbegrepp för det system av alla subsystem som kommunens samtliga förvaltningar utgör.

Kommunen utgör med detta betraktelsesätt ett antal subsystem, där varje politiker och varje ledande tjänsteman i regel ingår i flera olika subsystem. Vad som är subsystem och vad som är system är emellertid en fråga om beskrivningsnivå. Fortsättningsvis används därför beteckningen system utan ständigt upprepande av i vilken relation ett system utgör subsystem till något annat eller några andra system och huruvida systemet självt innehåller subsystem.

Med inspiration från Niklas Luhmann hävdas att grundläggande egenskaper för systemen¹⁶⁶ är att de är självrefererande och autonoma. Att de

166 Luhmann (1995). I Luhmanns ontologi används begreppet "sociala system", som åtskiljs från individer vilka är psykiska system. Dessa sociala system är autonoma och autopoietiska. Med autopoiesi avses en grundläggande egenskap som starkt sammanfattat innebär att systemen ständigt förnyar sig själva genom och av sina egna operationer, alltså kommunikationshändelser. Detta ger anledning till fortsatt kommunikation och kommunikation skapar kommunikation. Den autopoietiska förmågan sammanhänger med systemets självobserverande och självreferentiella förmåga. Lättast är denna egenskap att förstå när det gäller levande organismer. Men också sociala system är enligt Luhmann autopoietiska. Deras element utgörs av kommunikation och varje kommunikativt element skapas av ett tidigare: t.ex. baseras en observation på systemets tidigare observationer och knyts omedelbart till nästa observation. Observationen tolkas mot bakgrund av en struktur av förväntningar och systemet avgör om observationen skall befordras vidare (Luhmann 1995). I organisationer utgörs systemets operationer av beslut, som hela tiden skapar varandra. T.ex. baseras beslut om lönesättning på en plan eller budget och på en tidigare beslutad personalpolicy, prissättning av en vara på prislistor, som föregåtts av budget, som föregåtts av beslut om finansiella mål o.s.v. (Luhmann 1997, s. 826 o.f.f. och Luhmann 2002). Se också Mingers (2002). Luhmanns teori i denna del är – minst sagt – svårtillgänglig och inte heller oemotsagd. Se bl.a.

är *självrefererande* innebär att de ser sig själva som skilda från omgivningen enligt gränser som de själva definierar, och att systemen själva och autonomt utformar sina processer och sina idéstrukturer för sina egna observationer och sin egen informationsbearbetning, hela tiden med referens till sina egna tidigare utvecklade processer och idéstrukturer. Varje system utvecklar alltså självt sin förståelse (som utgörs av aggregatet av de i majoriteten ingående enskilda individerna). Med detta synsätt blir huvudfrågorna om systemens egenskaper och arbetssätt helt andra än i teorier om öppna system, som beskrivs som beroende av omvärlden, kanske styrda av omvärlden, och som anpassar sig till omvärlden.¹⁶⁷

På ett mer konkret plan innebär det som nu sagts att ett system utvecklar sina egna synsätt och sina egna värderingar dels på grundval av sina observationer av omgivningen, dels på grundval av de preferenser och de tolkningar som systemet kommit att utveckla. Det observerar både sig självt och omvärlden. Det registrerar dock inte allt som sker. Tillgänglig tid, bedömning av relevans och grad av uppmärksamhet är faktorer som avgör vad som observeras. Observationerna är information, som bearbetas och tolkas samt leder till beslut om huruvida och i så fall hur systemet skall reagera. I bearbetningen relaterar systemet sina observationer om sig självt och om omgivningen till sig självt och sina egna tolkningar. Sambanden mellan det egna systemet och omgivningen(s system) är alltså interna inom det egna systemet och förändringar kommer inte från omgivningen utan genereras inom systemet baserat på de observationer det gör om sig självt och omgivningen¹⁶⁸.

Mingers (2002), som för en noggrann diskussion om huruvida de sociala systemen så som Luhmann presenterar dem faktiskt är autopoietiska eller snarare metaforiskt autopoietiska. Det exakta svaret ges inte av Mingers, men den till den strikt autopoietiska karaktären kritiske läsaren får gott stöd av Mingers. Särskilt frågande är han till att de sociala systemen kan återproducera sig själva utan att de interpenetrerande tänkande individernas tankar utgör en del av processen Se också Viskovatoff (1999), som föreslår att autopoiesin i Luhmanns teori ersätts med aktören som kraften i det sociala systemet. Viskovatoffs argument är att autopoiesin endast beskriver men inte förklarar hur det sociala systemet utvecklas. Hans förslag sammanhänger med och innebär också att begreppet meaning ges ett annat ursprung än i Luhmanns teori. För att besvara forskningsfrågan fordras i och för sig inte något ställningstagande här till frågan om hur det i verkligheten förhåller sig med de sociala systemens autopoiesi. Om systemen har eller inte har denna egenskap påverkar inte den teori för att förklara verkansgraden av styrning, som utvecklas här. Dock kommer här att tillämpas samma förslag som Viskavatoff ger. Framför allt görs ingen distinktion mellan psykiska och sociala system utan systemen betraktas som system där en grupp av aktörer (fullmäktige, styrelsen, nämnden, presidiet, förvaltningsledningen) agerar genom kommunikation: aktörerna informerar sig, beslutar och kommunicerar besluten i form av information från systemet till ett annat system.

167 Luhmann (1995)

168 Luhmann (1995) och Hernes and Bakken (2002), s. 11, som i sin tur refererar Morgan, Gareth (1986), *Images of Organization*. London: Sage

Systemet är *autonomt* när det skapar, vidmakthåller och förändrar sin uppfattning och sin förståelse av sig självt och omvärlden. När och om observationer görs, relateras dessa till och förstås enligt dess egen referensram, byggd av egna tolkningar och egna föreställningar, vilka i sin tur till väsentlig del byggs upp av gällande institutioner. De väsentliga frågorna är därmed inte hur öppna system samverkar med eller påverkas av omgivningen utan hur slutna system kan skapa öppenhet, t.ex. hur omsorgsnämnden kan skapa öppenhet mot vårdtagarna eller mot kommunstyrelsen, hur en byråkrati kan förstå medborgarna eller hur en klinik kan förstå landstingsledningens påbud.

Styrning innebär med denna systemteori inte att ingripa i det styrda systemet¹⁶⁹, utan att kommunicera med det. Kommunikationen består av styrmedel och för att styrning skall få effekt fordras att det styrda men autonoma systemet observerar informationen, förstår den och accepterar den – de processer som utgör reception av styrmedlet. Effekterna av styrningen, dess genomslag, är det styrda systemets beslut som resultat av receptionen. Med andra ord gäller för att styrning skall bli framgångsrik att den observeras, förstås och accepteras av det styrda systemet.

Systemet har en uppfattning om sig självt och ett eget synsätt på relationen mellan sig självt och omvärlden, en *själveskrivning*. Varje observation tolkas i förhållande till denna självbeskrivning, till varje tidigare iakttagelse och enskilt beslut samt till beskrivning av systemets mål och policys. Självbeskrivningen förändras kontinuerligt av observationer om omvärlden i enlighet med den egna självförståelsen.

Omgivningen är alltid mer komplex än systemet självt, som därför aldrig kan förstå omvärlden fullständigt. En viktig bidragande orsak till detta är begränsad tid för att registrera och analysera all information om sig självt och om omgivningen. *Komplexitet* måste hanteras genom regler för vilka frågor och områden som skall följas, analyseras och diskuteras, i vilken ordning detta skall ske, vilka samband som skall beaktas, vilka andra system som skall beaktas, hur observationer skall bedömas och förstås o.s.v.

Systemen måste alltså selektera både relationer och information. Sådan *selektering* innebär reduktion av den information som hanteras och därmed en risk för att fel information väljs och väljs bort innefattande risken att ”rätt” information inte observeras och att information feltolkas.

169 Se Luhmann (1995), som använder beteckningen paradigmskifte för att beteckna skillnaden mellan den instrumentella synen på styrning och detta synsätt om styrning som att öppna autonoma systems slutenhet s. 9–10

Selektionen måste ändå göras. Det finns ett samband mellan graden av selektion och graden av operativ kraft: ju mer som selekteras bort, desto starkare blir den operativa kraften. Men å andra sidan begränsas förmågan till nyansering. Förenklat kan man säga att ju mer informationen reduceras, desto större förmåga har systemet att hantera den och besluta om åtgärder och desto kraftfullare blir åtgärderna. Å andra sidan ökar risken att fel beslut fattas – om än med stor handlingskraft.¹⁷⁰ Regler för selektering av relationer och information är resultat av tidigare beslut och består av regler för nya beslut. Den ordning som sålunda etableras är ständigt under förändring, systemet beaktar ny information och nya förväntningar.

Vilken information som är viktig och vilket beslut som är lämpligt är avhängigt vad som sker i ett annat eller i andra system i omvärlden. Systemet är alltså beroende av andra system och agerar utifrån *förväntningar* om hur de andra kommer att agera. Men dessa andra system är i sin tur beroende av det första. Båda systemen vet i regel om det andras förväntningar på sig självt.¹⁷¹

Systemen är involverade i många beroenden och dessa beroenden är i regel ömsesidiga. I beroendeförhållanden spelar förväntningar om andra systems handlingar stor roll. Förväntningarna kan vara normativa, med andra ord grundade på vad systemet skäligen anser sig kunna vänta sig (t.ex. att personalen ställer upp lojalt och inte sjukskriver sig i protest mot överbeläggningar) och kognitiva, med andra ord grundade på systemets egna erfarenheter (t.ex. att man funnit att personalen gör just tvärt om, nämligen sjukskriver sig i protest mot överbeläggningar).¹⁷²

Systemets förståelse av sig självt och omvärlden består av självförståelse, regler för selektering av relationer, information för att hantera komplexitet, tolkningsregler och förväntningar på andra system. Efter hand utvecklas och etableras generaliseringar som tillämpas utan övervägande i varje särskilt fall. Som ett sammanfattande begrepp för denna struktur av självförståelse, institutioner, förväntningar, generaliseringar och handlingsregler används begreppet *referensram*.¹⁷³ Referensramen används för att välja bland observationer, tilldela observationer betydelse och möjliggöra tolkning och reaktioner och beslut. Referensramen utgör både en

170 Moe (1996)

171 Luhmann (1995)

172 Luhmann (1995)

173 Luhmann (1995). Luhmann presenterar inte något sammanfattande begrepp, som motsvarar begreppet "referensram". Moe (1996), s. 39, inför begreppet systemförståelse. "Referensram" bedöms dock här som ett lämpligare begrepp.

förutsättning för att systemet skall kunna operera och en risk för att inte kunna operera adekvat, eftersom referensramen medför en blindhet.¹⁷⁴

I systemet verkar de ingående individuella aktörerna, som bidrar med sin förståelse och sina intressen i de processer som utvecklar självförståelse och referensram. Referensramen kommer därmed både att påverka och påverkas av aktörerna och samtidigt som referensramen grundas på i samhället, i organisationen och i professionen förhärskande institutioner, så fungerar referensramen själv som institutionaliserad när den påverkar systemets och dessa aktörers synsätt. Aktörens vilja och förståelse är alltså utvecklade, grundade och förankrade i systemets referensram.

Sammanfattning av referensramen och precisering av forskningsfrågan

Den nu presenterade referensramen har hämtat inspiration från flera olika forskningstraditioner, vilket är resultat av en strävan att uppnå förklaringar på en nivå ”varför varför”.¹⁷⁵ En första utgångspunkt är att individer agerar intentionellt och att de är rationella – om än begränsat rationella.

Styrning definieras som *en aktörs (den styrande) åtgärder för att påverka en annan aktör (den styrde) att göra det den styrande eftersträvar*. Det den styrande eftersträvar kan beskrivas i termer av visst *handlande* eller beteende från den styrde eller i termer av *resultat* av den styrdes åtgärder. Handlande eller resultat betecknas som *föremål för styrningen* och vilket föremål som styrs beror bl.a. på den styrandes tillgång till kunskap om vilket handlande som är lämpligt för att nå eftersträvat utfall och på möjligheterna att mäta utfallet i adekvata mått.

Styrning ses som en kommunikation mellan styrande och styrd och kan beskrivas och studeras i fyra steg: beslut, styrmedel, reception och utfall. Med *beslut* avses både de överväganden som sker för att fatta beslutet och beslutet i sig. Beslut i det kommunala politiska systemet dokumenteras i regel noggrant och ofta utförligt. Beslutet utsäger alltså vad den styrande eftersträvar och med *styrmedel* avses de åtgärder den styrande vidtar inom

174 Moe (1996), s. 61

175 Argument för att söka förena teorier och för bredare och holistiska teoretiska perspektiv framförs av flera samhällsvetenskapliga forskare. Se Bunge (1998), Whittington (1994) Barney and Ouchi (1986), Lundquist (1993), Reed (2002) samt Hernes och Bakken (2002)

ramen för styrningen, i praktiken olika former av muntlig och skriftlig kommunikation. Den styrdes mottagande av styrningen betecknas *reception* och innebär registrering av styrmedlet eller styrmedlen, ofta tolkning av dem och överväganden om hur styrningen skall omsättas, vilket ofta innebär ett beslut till nästa nivå i hierarkin. *Utfallet* av styrningen slutligen utgörs av de åtgärder den styrde vidtar. Utfallet kan bedömas antingen som de åtgärder (det handlande eller beteende) den styrde uppvisar eller det resultat som den styrdes åtgärder lett till.

I avhandlingens perspektiv genomförs denna styrprocess uppifrån och ned, från en hierarkisk nivå till nästa och vidare ned genom hierarkin, åtminstone i fyra led: från fullmäktige till styrelsen, från styrelsen till en nämnd, från nämnden till förvaltningschefen och från förvaltningschefen till en operativ enhet inom förvaltningen. Den politiska ledningen i kommunerna fungerar emellertid i praktiken så att kommunstyrelsen leder verksamheten men underställer fullmäktige viktigare beslut, varför det är rättvisande att se fullmäktige och styrelse som en hierarkisk nivå och övriga nämnder som en andra hierarkisk nivå. Eftersom det under varje nämnd finns en förvaltningschef blir med detta synsätt antalet hierarkiska led innan ett beslut i fullmäktige eller styrelsen leder till praktisk åtgärd i verksamheten minst tre, men i regel fler.

Den styrande styr med olika intensitet, *styrningsintensitet*, och effekterna av styrning på den styrdes handlande, *styrningens genomslagskraft*, varierar. Det måste antas att högre styrningsintensitet allt annat lika leder till högre genomslagskraft av styrningen.

Styrningsintensiteten och styrningens genomslagskraft påverkas av aktörernas *vilja* och *förståelse*. Med förståelse menas aktörens uppfattningar om och bedömningar av hur verkligheten är beskaffad, vad som bör ske och vilka åtgärder som kan bedömas verksamma för att uppnå det aktören vill uppnå. Aktörens kunskap och insikt har därvid betydelse, men begreppet hänvisar inte i första hand till aktörens fattningsförmåga.

Allt annat lika antas följande samband föreligga. Lägre vilja och lägre grad av förståelse hos den styrande leder till svagare styrningsintensitet och omvänt. Frågor eller områden som den styrande inte vill förändra eller inte förstår styrs inte alls. Lägre vilja och lägre grad av förståelse hos den styrde respektive högre grad av missförstånd eller oenighet mellan den styrande och den styrde leder till lägre genomslagskraft av styrningen och tvärt om. Dessutom leder svagare styrningsintensitet till lägre genomslagskraft och omvänt.

Faktorer som i sin tur förklarar vilja och förståelse är aktörernas *egenintressen*. Egenintresset gäller både personlig vinning såsom ersättning, status och trygghet, och i politikernas fall strävanden efter framgång för det egna partiet och i tjänstemännens fall framgång för den egna organisationen. Politiker eftersträvar *röstmaximering* och *maximering av parlamentriskt inflytande* och ledande tjänstemän eftersträvar *budgetmaximering* och åtgärder för att befrämja den egna organisationens överlevnad och helst expansion, i regel i oförändrad form.

Aktörernas strävan att tillgodose sina egna fördelar är emellertid inte obegränsad, utan deras handlande begränsas och vägleds av *institutioner*, som definieras som *i samhället eller i en organisation vedertagna och vidmakthållna sammanhängande system av normer samt de värdesystem som dessa normer är förankrade i*. Institutionerna etableras på samhällelig nivå, inom professioner och inom organisationer samt inom enheter av organisationer. De påverkar dels aktörens vilja i det att institutionerna utsäger vad som är gott och rätt respektive dåligt och fel, dels också aktörens förståelse i det att institutionerna tillhandahåller bedömningar och synsätt. Institutioner kan stödja och/eller komplettera varandra eller konkurrera med varandra. De kan stödja styrning eller de kan motverka styrning. I institutionernas natur ligger att de ger motstånd mot förändring, eftersom de baseras på väl etablerade värderingar och handlingsmönster.

Krav och förväntningar på den kommunala verksamheten ställs också i kommunens omvärld. Bland annat gör sig uppfattningar gällande om god styrning och strukturer för god styrning (ibland kan man tala om organisatoriska moden) samt på att vad som uppfattas som problem i den kommunala verksamheten skall lösas. Ledningarna är benägna att visa handlingskraft och anpassar sig ofta till sådana externa inflytelser, men utan att lösningarna av verksamheten bedöms vara goda lösningar på problemen eller på "rätt" problem. Sådana lösningar möter därmed motstånd och verksamheten *frikopplas* från beslutet eller beslutet *översätts* eller modifieras till den verksamhet som bedrivs.

Aktörer i kommunen agerar i hög grad inom ramen för kollektiva organ, styrelsen, nämnder och förvaltningar. Aktörerna bildar därför ofta *kollektiv av aktörer*, vilka handlar (fattar beslut och recipierar beslut) som om det vore en enda aktör. Dessa kollektiv av aktörer kan ses som system och den kommunikation som styrningen utgör sker mellan ett stort antal olika *autonoma och självrefererande system*. Dessa system observerar, tolkar och förstår omvärlden i autonoma processer och i förhållande till sina

egna referensramar, som i sin tur består av *självförståelse*. Det styrande systemets verklighetsuppfattning (förståelse) påverkar vilka områden och vilka frågor som styrs, vad som eftersträvas och beslutets innehåll, valda styrmedel och styrningsintensiteten. Men också det styrda systemet är autonomt och självrefererande. För att styrningen skall få hög genomslagskraft fordras att det styrda systemet observerar styrningen, förstår den så som den styrande gör och slutligen gör samma bedömning av frågans eller områdets angelägenhetsgrad, eftersträvar resultat och styrningens relevans.

Varje system ser vad det ser men inget mer och det förstår det de ser på sitt sätt och inte på något annat sätt. Varje system har sin egen *referensram* med sina egna institutioner, sina egna regler för relevansbedömning och tolkning av omvärlden och sin egen *självförståelse*. Självförståelsen innebär i regel att systemet bedömer att det sätt varpå det arbetar är bättre än eller minst lika bra som varje annat sätt – annars skulle systemet arbeta på ett annat sätt. Denna självförståelse blir en stark konserverande kraft om inte systemet genom sin egen förståelse kommer till nya insikter. Sådana insikter kan emellertid inte beslutas utifrån utan måste uppstå inom systemet. Systemen är med detta synsätt snarare *slutna* än *öppna*.

Precisering av forskningsfrågan

Den forskningsfråga som skall besvaras formulerades i kapitel 1 enligt följande:

I vilken utsträckning påverkar fullmäktiges och styrelsens styrning den kommunala serviceproduktionen i egen regi och hur kan denna grad av påverkan förklaras?

En första grundläggande fråga är i vilka frågor och på vilka områden styrning sker. På områden och i frågor som inte styrs alls, uppstår naturligtvis ingen effekt av styrning. Även på områden som styrs, är styrningens intensitet inte alltid stark och dess genomslagskraft inte alltid total. Styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft varierar och styrningsintensiteten är en av flera förklaringar till genomslagskraften.

Forskningsfrågan preciseras sålunda i följande fyra delfrågor:

1. Vad, vilka frågor och vilka områden (styrningens omfattning) styrs av fullmäktige och styrelsen?
2. Med vilken styrningsintensitet styrs dessa frågor och områden?

3. Vilken genomslagskraft uppnår denna styrning?
4. Hur kan påverkansgraden (omfattningen och genomslagskraften) av fullmäktiges och styrelsens styrning förklaras?

Förklaringarna enligt den fjärde delfrågan ges med vägledning av de teoretiska perspektiv som presenterats ovan.

Forskningsdesign och metod

Avhandlingsarbetet har föregåtts av fyrtio års erfarenhet från ledningsuppgifter, revision och utredningsarbete i förvaltning och näringsliv. Under arbetet med avhandlingen har teoretiska studier varvats med datainsamling och sammanställningar av data. Den teoretiska inspirationen har hämtats både från den forskargrupp jag tillhör, som studerar institutioners och individers betydelse i organisationer, och från kurser i public choice och systemteori. Erfarenheten från tidigare verksamhet har drivit ett intresse att söka underliggande förklaringar och ökat benägenheten till en mer pluralistisk teoriuppfattning för att uppnå trovärdiga förklaringar genom teoretisk bredd¹⁷⁶. Den tidigare erfarenheten från omfattande utredningsarbete har också underlättat både orienteringen i stora organisationer och i omfattande empiriskt material samt därefter insamling av mer detaljerade empiriska data. Slutligen uppfattas erfarenheten ha bidragit till legitimitet hos intervjuade politiker och tjänstemän, vilket framkallat deras intresse för de frågor som diskuterats i intervjuerna.

Den empiriska undersökningen har genomförts i två delstudier, varav den första både givit värdefull empiri och tjänat som ett slags förstudie för att testa metoder och teorier. För den första studien var den valda teorin i huvudsak OIE¹⁷⁷, men de empiriska resultaten pekade på vikten av att inkludera också aktörernas egenintressen och visade även att NIO kunde bidra med förklaringar. Fortsatta teoretiska studier under den andra empiriska fasen gav kännedom om Niklas Luhmanns systemteori och insikt om att delar av denna systemteori kan ge värdefulla bidrag till förståelsen av det empiriska materialet utöver de förklaringar som ges av public choice och de institutionella organisationsteorierna. Induktivt abstraherades dessa delar som ytterligare förklaringsgrunder under analysarbetet.

¹⁷⁶ Argument för att söka förena teorier och för bredare och holistiska perspektiv framförs av flera samhällsvetenskapliga forskare. Se Bunge (1996), Whittington (1994), Barney och Ouchi (1986), Lundquist (1993), Reed (2002) samt Hernes och Bakken (2002)

¹⁷⁷ Se s. 49

Även om analysarbetet i huvudsak koncentrerats till de två sista åren av avhandlingsarbetet, har det alltså pågått under hela perioden och arbetet har också hela tiden pendlat mellan det empiriska materialet och olika teoretiska förklaringar i ett abduktivt förlopp.¹⁷⁸

I detta kapitel följer närmast en kortfattad redovisning av de viktigaste metodologiska utgångspunkterna och därefter presenteras forskningsdesignen. I kapitlets tredje och mest omfattande avsnitt beskrivs tillvägagångssättet för den empiriska studien.

Metodologiska utgångspunkter

Den grundläggande utgångspunkten för avhandlingen är att det finns en verklighet som är oberoende av forskaren och en objektiv sanning om denna verklighet, även om det är svårt och måhända i praktiken omöjligt att fånga denna sanning, i vart fall ”hela” sanningen¹⁷⁹ och att ambitionen måste begränsas till att uppnå en version av sanningen, ”while admitting the impossibility of identifying absolute truth, on the one hand, but asserting the feasibility of different versions of truth, on the other”¹⁸⁰.

Samhällsvetenskapliga teorier gäller resultat av aktörers handlande och dessa aktörer har intentioner. Individens beteende analyseras och betraktas normalt som ändamålsenligt. För att aktörens handlande skall kunna förstås, fordras att de studerade aktörernas mening eller avsikt tolkas. Tolkningen och förståelsen formuleras i ord eller med begrepp och dessa begrepp blir betraktarens uppfattning om verkligheten.¹⁸¹ Tolkningarna kräver förståelse också av det sammanhang, vari något sker. Beträktelsesättet blir holistiskt samtidigt som individens roller ses som avgörande.¹⁸² Samhället är alltså organiskt, vilket gör att samhällsvetenskapliga teorier inte kan användas till förutsägelse, men väl till förklaring¹⁸³ – inte endast

178 Detta abduktiva förhållningssätt beskrivs och motiveras närmare bland annat i Alvesson och Sköldberg (2002/2003)

179 Bunge (1998) men också Alvesson och Sköldberg (2000/2003)

180 Dow (1997), s. 86.

181 Sådana uppfattningar eller konstruktioner är, påpekar Collin (2001), uppenbarligen i sig själva en del av verkligheten.

182 Jämför Atkinson and Oleson (1996)

183 Se bl.a. Beed and Beed (1996), Alvesson och Sköldberg (2000/2003) och Guba and Lincoln (1998); Bunge avviker på denna punkt och synes mena att samhällsvetenskapen i första hand skall ägna sig åt att söka och formulera de regelbundenheter i samhället som står ovanför förståelsen av individer. Denna tolkning av aktörernas intentioner och denna förståelse kan forskaren ändå aldrig med visshet uppnå och skall därför användas endast som komplement (Bunge 1998, s. 18).

av de(t) studerade fallet(n) utan också av andra liknande fall. Erfarenheten visar att "there are patterns (laws, trends, and norms) of social behaviour [and] by getting to know them we can forecast some social facts, at least in outline and in the short term".¹⁸⁴ Yin använder begreppet *analytisk generalisering* från studerade fall till teorier.¹⁸⁵ Teorierna styrks eller ifrågasätts i en kumulerande forskning och kan uppnå en *tro under osäkerhet* snarare än *bevisad kunskap*.¹⁸⁶ Som angivits i kapitel 1 är syftet med avhandlingen i teoretiskt avseende att bidra till sådan analytisk generalisering till de valda teorierna genom att använda dem för att förklara de empiriska resultaten.

Även om avhandlingen sålunda inte kan göra anspråk på att ge den enda sanna bilden, eftersträvas en nära representation av och en korrespondens med verkligheten. Forskningsdesignen baseras därför på flera fall och på en omfattande empiri, där möjligheter till inbördes kontroller eftersträvas utan att det därför hävdas att resultaten är verifierade i objektiv mening.

Aktörerna agerar som framhållits intentionellt, men de agerar i samverkan inom organisationer och inom institutionella ramar, vilket gör en actor-structure approach naturlig¹⁸⁷.

Forskningsdesign

Flerfallstudie bestående av två delstudier i vardera två etapper

Studien utgörs av fem fallstudier. Genom fallstudier erhålls goda förutsättningar att undersöka och förstå ett komplicerat och ständigt pågående skeende med höga krav på förståelse både av bakgrund och av pågående processer med många variationer.¹⁸⁸ För att öka förutsättningarna både för analys och för analytisk generalisering har flera fall valts, både lika och olika fall.¹⁸⁹

184 Bunge (1998), s. 3. Bunge använder begreppet quasilagar, som han beskriver som "well-confirmed empirical generalizations" (s. 117). (Det är inte frågan om en exakt definition, ty begreppet beskrivs marginellt annorlunda på ett par andra ställen)

185 Yin (1994), s. 30–31

186 Beed and Beed (1996)

187 Reed (1997) och (2002) och Lundqvist (1987)

188 Yin (1994) och Andersen (1998)

189 Yin (1994) och Atkinson och Olesen (1996), de Vaus (2006)

Undersökningen av styrning kan inte omfatta all styrning av allting i en hel kommun. Strategin har varit att välja viktiga och övergripande frågor eller områden för undersökning. Styrning i sådana frågor fordrar tid och det tar ytterligare tid innan effekterna av styrning har uppnåtts och sålunda kan bedömas. Undersökningen har därför omfattat en hel mandatperiod för varje fall.¹⁹⁰ Med det utgångsläge som en kommun har vid mandatperiodens början antas det att nyvalda fullmäktige har bestämda ambitioner för kommunens utveckling under perioden fram till nästa val. En mandatperiod har också bedömts vara tillräckligt lång tid för att styrning skall hinna förverkligas, åtminstone vad gäller de planer och beslut som fastslagits vid mandatperiodens början. Mandatperioden är vidare en naturlig tidsenhet för en politiskt styrd verksamhet.

Studiens fem fall består av två regioner och tre primärkommuner. Studien har genomförts i två delstudier, den första avseende mandatperioden 1999–2002 i de två regionerna, den andra avseende mandatperioden 2003–2006 i den ena av de två regionerna och i de tre primärkommunerna. Den ena av regionerna har därigenom studerats under två sammanhängande mandatperioder, 1999–2006. Den första delstudien har i första hand givit värdefullt empiriskt material för studien men därutöver tjänat också som förstudie med avseende på problem, frågor, metod och ändamålsenliga teorier. Denna avhandling omfattar båda delstudierna, men den första delstudien har också rapporterats separat inom ramen för en licentiatuppsats¹⁹¹.

Vardera delstudien har omfattat två etapper. Data har samlats genom studium av skriftliga dokument och genom intervjuer med ledande politiker och ledande tjänstemän. Totalt har över 200 personer intervjuats i 185 intervjuer.

Urval av fall

Vid urvalet av fall har eftersträvat fall som skiljer sig från varandra i avseenden som kan antas ha betydelse för förutsättningarna att styra och för styrningens genomslagskraft. Samtidigt eftersträvades lika fall genom att inom varje dimension av olikhet minst två fall skulle likna varandra.¹⁹² De

190 När det gäller ett av fallen, Västra Götalandsregionen, har av skäl som redovisas nedan två sammanhängande mandatperioder studerats

191 Anjou (2003)

192 Atkinson and Olesen (1996)

faktorer som antogs vara av betydelse är om kommunen är nyetablerad eller inte, stor eller liten, verksamhetens professionaliseringsgrad, eventuellt andra egenskaper som beror av om kommunen är region/landsting eller primärkommun samt om kommunens ekonomi är i balans. Urvalet omfattar de två nybildade regionerna Region Skåne och Västra Götalandsregionen samt primärkommunerna Borås, Strömstad och Tidaholm.

De två regionerna bildades den 1 januari 1999 genom sammanslagningar av två (Skåne) respektive tre (Västra Götaland) landsting och till regionerna överfördes också den landstingsverksamhet som tidigare ombesörjts av de landstingsfria städerna Malmö respektive Göteborg samt vissa mindre enheter i de tidigare två respektive tre länsstyrelserna. Regionerna valdes under antagandet att just dessa omfattande etableringar av en region skulle initiera både genomtänkt agenda, ett stort intresse för styrning och en hög koncentration på styrning. Det förväntades alltså att regionerna skulle ge goda exempel på vilka frågor landstingspolitiker vill styra och vilken verkan denna styrning sedan får. De två regionerna undersöktes i den första delstudien och undersökningen gällde regionernas första mandatperiod 1999–2002. Avgränsning gjordes till sjukvården och i första hand den vård som bedrivs på sjukhus. Emellertid visade det sig att styrningens genomslagskraft i regionerna inom undersökta områden var låg utom i något fall då den bedömdes som måttlig. En tänkbar förklaring till den låga genomslagskraften skulle kunna vara att regionerna var nyetablerade och att etableringsperioden innebar särskilda svårigheter för styrning. Sålunda ställdes frågan om det är precis tvärt om vad som inledningsvis förmodades, att styrning är lättare att uppnå om kommunen *inte* är nyetablerad. För att kunna pröva denna fråga innefattar den andra delstudien Västra Götalandsregionen under dess andra mandatperiod. Studieområdet utvidgades då till hela hälso- och sjukvården.

När det gäller faktorn ekonomi i balans är antagandet att det är lättare att styra en kommun om ekonomin är i balans. Valet av regionerna innebar med nödvändighet ett urval med två fall under ekonomisk press. Andra nybildade regioner fanns inte. Samtliga primärkommuner i urvalet har ekonomi i balans.

Primärkommuner skiljer sig från regionerna i åtminstone tre avseenden: de är mindre, med ett fåtal undantag för mindre avsöndrade tidigare kommundelar har de lång tradition (senaste kommunsammanslagningen ligger ungefär 35 år tillbaka i tiden) och de är just primärkommuner till skillnad från landstingskommuner. Inom primärkommunerna har äldre-

omsorgen valts, varigenom olikhet med regionerna har uppnåtts också med avseende på graden av professionellt inflytande i verksamheten. Det bakomliggande antagandet är att professionen i äldreomsorgen är lättare att styra än läkarprofessionen inom sjukvården genom att transformationsprocessen är mindre komplicerad och lättare att förstå och därigenom styra genom att påverka handlande¹⁹³. Dessutom innebär valet av äldreomsorgen fördelen att den verksamhetsmässigt har ett samband och en samverkan med regionernas sjukvård. Sammantaget innebär valet av äldreomsorg och kommuner med ekonomi i balans en strategi att söka fall där styrning kan antas vara enklare medan i fallen med sjukvård och nyetablerade regioner med ekonomiska svårigheter stark styrning kan antas vara svårare att uppnå. Bland kommunerna valdes en relativt stor (Borås) och två mindre.

Samtliga tre primärkommuner ligger i Västra Götalandsregionen varigenom tillvaratogs möjligheten att studera samverkan mellan region och kommuner i fråga om sjukvården om detta skulle komma att framstå som relevant. Kommunerna ligger vidare inom vart och ett av tre i studien av regionen ingående sjukhusgruppers upptagningsområden.

De ovan redovisade likheterna och olikheterna var eftersträfvade när urvalet gjordes. Dessutom visade det sig under studien att likheter och olikheter mellan fallen föreligger i ytterligare hänseenden. Majoritetsstyre tillämpades i de två regionerna och i Borås, där i alla tre fall den politiska kulturen också kan betecknas som konfliktorienterad, medan de två små kommunerna hade en utpräglad samarbetskultur. I fallen av majoritetsstyre var två fall borgerligt styrda och det tredje styrdes av en koalition av s, fp och c. I en av de två små kommunerna hade de borgerliga partierna majoritet och i den andra hade socialdemokraterna och vänsterpartiet majoritet. I organisatoriskt hänseende tillämpade regionerna beställar- utförarmodell, Borås kommunalnämnder och de två små kommunerna en traditionell nämndmodell. Även om graden av centralisering inte har studerats, så är ändå intrycket att makten är starkare centraliserad i Borås än i de övriga fallen, varvid dock reservation måste uttalas när det gäller Tidaholm där undersökningen inte ger bestämt underlag för att avgöra i vilken grad makten i realiteten är samlad i kommunalrådets och kommunstyrelsens händer.

Kommunernas olika egenskaper sammanfattas i följande tabell.

193 Jämför Ouchi (1977) och s. 40 f.f. ovan

Tabell 3.1 Likheter och skillnader mellan fallen med avseende på egenskaper som kan antas vara av betydelse för förutsättningar för styrning.

Utmärkande egenskap	Region Skåne	Västra Götalandsregionen 1999–2002	2003–2006	Borås	Strömstad	Tidaholm
Region/primärkommun	R	R	R	P	P	P
Nyetableerad	Ja	Ja	Nej, men ung	Nej	Nej	Nej
Storlek	Mycket Stor	Mycket Stor	Mycket Stor	Stor	Liten	Liten
Verksamhetens professionaliseringsgrad	Hög	Hög	Hög	Låg	Låg	Låg
Politisk kultur	Majoritetsstyre och konflikt	Majoritetsstyre och konflikt	Majoritetsstyre och konflikt	Majoritetsstyre och konflikt	Samarbete	Samarbete
Ledande politisk konstellation	M, fp, kd, c	S, fp, c	S, fp, c	M, fp, kd, c, mp och ett lokalt parti	Samlingsregering. De borgerliga partierna hade majoritet. Kommunrådet från c	Samlingsregering. S och v hade majoritet. Kommunrådet från s
Organisationsmodell (B/U avser beställarutförarmodell, KDN står för organisation med kommundelsnämnder och TRAD avser traditionell nämndmodell)	B/U	B/U	B/U	KDN	TRAD	TRAD
Centralisering Uppskattning baserad på de intryck intervjuerna har givit	Lägre	Lägre	Lägre	Hög	Lägre	?
Ekonomi i balans vid studiens början	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja

Tillvägagångssätt

Agendan – de viktigaste frågorna för fullmäktiges och styrelsens styrning

Begreppet *agenda* används i avhandlingen som begrepp för en prioriterad förteckning över de viktigaste konkreta frågorna eller områdena för kommunen att driva för att vidmakthålla eller uppnå ett önskat framtida tillstånd. En agenda måste vara prioriterad och därmed begränsad till de viktigaste frågorna.¹⁹⁴ Genom att i avhandlingen välja frågor och områden från agendan säkerställs att undersökningen inriktas på kommunens viktigaste frågor och områden enligt den angelägenhetsgradering som kommunens politiska ledning själv gör. En viktig del av studien har därför varit att fastställa kommunernas agendor. Eftersom några explicita agendor inte fastställts, har dessa rekonstruerats i den första etappen av varje fallstudie. Underlaget för denna rekonstruktion har utgjorts av kunskap om kontexten, texter i budgetar och intervjuer av kommunernas ledande politiker och tjänstemän. Vilket underlag som i detalj använts och hur rekonstruktionerna har gjorts redovisas utförligt i de empiriska kapitlen 4–9.

De rekonstruerade agendorna fyller tre funktioner i avhandlingen: 1) att tillhandahålla data för att besvara den första delfrågan, som gäller i vilka frågor eller på vilka områden fullmäktige och styrelsen styr, 2) att ge kriterium för val av de områden som avhandlingen koncentreras på och 3) att ses som ett av de styrmedel vars verkan undersöks.

Att studera styrning i verkligheten

Styrningen i en kommun sker i ett ständigt pågående flöde av beslut, direktiv, rapporter, sammanträden, handböcker, information på intranät, mediautspel, spontana personliga möten, telefonsamtal, mail och sms. Även den som står mitt i kommunen eller i kommunhuset saknar förutsättningar att se mer än en försvinnande liten del av styrningen när den pågår. Förutom att styrning är svår att se rent konkret och fysiskt är den utspridd i rummet, i tiden och i flera successiva styrprocesser genom hierarkin. Styrningen studeras därför i efterhand genom de spår som styrningen har lämnat. För studium i efterhand finns de skriftliga dokument som skapats i styrprocesserna tillgängliga, i första hand de skriftliga styrmedlen, alla beslut, särskilt om budgetar och planer samt rapporter om

¹⁹⁴ Frågan om agenda, explicit och implicit, som styrmedel har behandlats i kapitel 2 ovan, se s. 47.

utfall. Vilken styrning som skett i övrigt, hur intensiv styrningen varit och hur den recipierats kan fångas endast genom intervjuutsagor från individer som agerat i styrprocessen genom att styra och recipiera styrning. Intervjuutsagor används både för att få information om vad som faktiskt har skett och för att få del av åsikter och uppfattningar om vad som skett.

Den första delfrågan besvaras på grundval av kunskap om de rekonstruerade agendorna. Data för att rekonstruera agendan har hämtats från budgetar, årsredovisningar, protokoll från fullmäktige och styrelser. Därtill fordras kunskap om vad kommunens ledande politiker och tjänstemän prioriterat, vilken har erhållits genom intervjuer av dessa personer samt av dem som varit föremål för styrning. Data till grund för rekonstruktionen av regionernas agendor för första mandatperioden har dessutom inhämtats genom studium av dokument inför bildandet samt av intervjuer med politiker och tjänstemän som var ledande i förarbetet till regionerna. Flera av dessa (men inte alla) var samma personer som också ingick i ledningen under den första mandatperioden. Den skriftliga dokumentationen har givit ett slags bruttolistor över alla viktiga frågor och områden och motiv och kontext till varför dessa frågor bedömts viktiga. Intervjuerna har därefter givit underlaget för att fastställa vilka av frågorna som den politiska ledningen i verkligheten intresserat sig för över huvud taget och hur prioriteringar har gjorts mellan frågorna. I den första delstudien kontrollerades genom en skriftlig enkät till ledamöterna i vardera regionstyrelsen att de rekonstruerade agendorna överensstämde med dem som respektive region faktiskt arbetat efter.

Den andra delfrågan gäller styrningsintensiteten i de frågor som har styrts. Styrningsintensiteten har bedömts på grundval av vilka styrmedel som använts och den intensitet varmed styrmedlen brukats. Skriftlig dokumentation har använts som information om de formella styrmedlen och intervjuutsagor för information om informella åtgärder och styrmedel.

Styrningens genomslagskraft, som efterfrågas i den tredje delfrågan, har bedömts genom jämförelse mellan beslutens innehåll och utfallet i verkligheten. Data för dessa jämförelser har inhämtats från skriftliga styrmedel och skriftliga rapporter om utfall samt genom intervjuer av dem som deltagit i besluten och dem som avsetts förverkliga besluten. Eftersom styrningen i kommunal verksamhet i första hand kan avse handlande, är tillgången till rapporter om kvantifierat utfall begränsad. En första förutsättning för att styrningen skall få genomslag är dock att de som

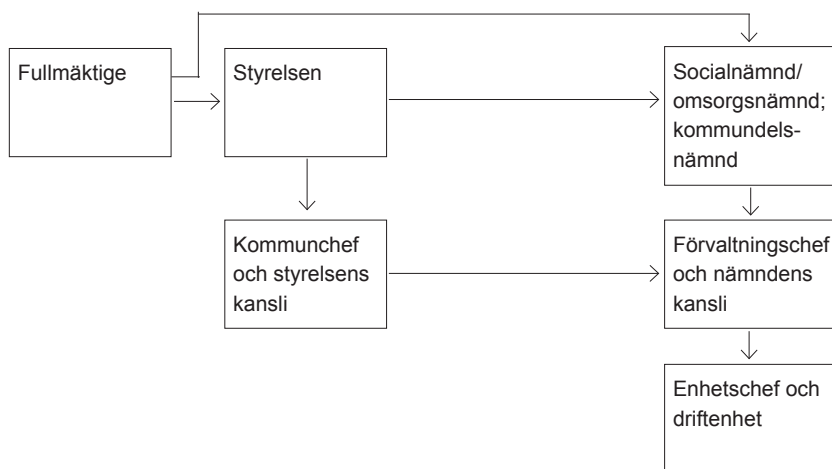
väntas effektuera styrningen över huvud taget känner till beslutet och dess innebörd, vilket har undersökts genom att vid intervjuer och i dokument följa styrprocessen genom hierarkin. Intervjufrågor har ställts både om handlandet har påverkats och om det avsedda utfallet har uppnåtts.

Den fjärde delfrågan slutligen gäller att förklara svaren på de tre föregående empiriska frågorna. En första utgångspunkt är att undersöka om variationer i genomslagskraften kan förklaras med variationer i styrningsintensiteten. För att förklara genomslagskraften och styrningsintensiteten har i intervjuer efterfrågats vad som sker inom styrelsen, nämnderna och förvaltningarna och hur aktörerna har resonerat. Vad förstår, vad vill och vad intresserar sig aktörerna för? Vilken roll spelar olika intressen och bedömningar och vilken roll spelar institutioner för aktörerna i deras beslut och reception? Data för dessa analyser finns knappast tillgängliga i skriftlig dokumentation, utom i någon mån beträffande styrningsintensiteten som åtminstone delvis kan bedömas med utgångspunkt i åtgärderna för styrning och styrmedlens utformning och utnyttjande. För att förstå både styrningsintensitet och genomslagskraft respektive förlust av genomslagskraft eller bristande acceptans för styrning har huvudsakligen använts data från intervjuutsagor från styrelseledamöter och nämndledamöter samt ledande tjänstemän i förvaltningarna – från både styrande och styrda. De ledande politikerna och förvaltningscheferna har bedömts som de viktigaste källorna.

De viktigaste enheterna i styrkedjan

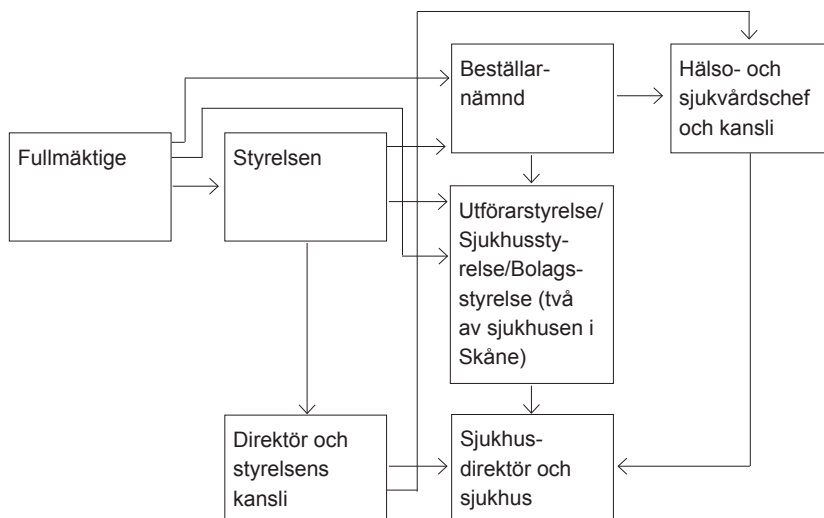
Besluten, styrmedlen, receptionen och utfallen måste fångas någonstans i den kommunala organisationen. Utgångspunkten för att identifiera på vilka ”organisatoriska platser” data kan fångas utgörs av följande modell av styrkedjans viktigaste organ (organisationens enheter) och flödet av styrning i de studerade kommunerna.

Figur 3.2 är i huvudsak generell för alla kommuner, men har specifikt anpassats till förhållanden och begrepp inom de tre kommuner som ingår i studien. I Borås ansvarar tio kommunalnämnder för omsorgsverksamheten, i Strömstad en omsorgsnämnd och i Tidaholm en socialnämnd. I samtliga tre kommuner är kommunchefen överordnad alla andra chefer i kommunen, men förvaltningscheferna får direktiv också från respektive nämnd. Att kommunens nämnder formellt är underställda fullmäktige medan styrelsen samtidigt har ett övergripande ansvar har kommenterats i kapitel 1.



Figur 3.1 Modell över styrkedjans viktigaste enheter och flödet av styrning i kommuner med traditionell nämndmodell.

Region Skåne och Västra Götalandsregionen tillämpade beställar-utförarmodell. Flödet av styrning inom regionerna hade därför en delvis annan utformning. Vissa skillnader fanns mellan sättet att organisera beställarfunktionerna mellan regionerna och, när det gällde Västra Göta-



Figur 3.2 Modell över styrkedjans viktigaste enheter och flödet av styrning i regioner med beställar-utförarmodell.

landsregionen, mellan de två mandatperioderna. I ovanstående figur 3.2 visas en modell av styrkedjans viktigaste organ (organisationens enheter) och flödet av styrning i regionerna.

Datakällor

Som framgått ovan har både intervjuutsagor och olika slags skriftlig dokumentation använts. Intervjuerna har använts både för att vinna sådan kunskap om förhållanden som kan komplettera den skriftliga dokumentationen och för att få del av aktörernas egna uppfattningar och bedömningar av dessa förhållanden. För att öka förutsättningarna för att alla relevanta synpunkter och all betydelsefull information beaktas har urvalet av intervjupersoner i den mån det varit möjligt omfattat flera personer i samma position eller i motsvarande positioner, t.ex. flera styrelseledamöter, flera nämnders presidier och flera förvaltningars företrädare. Den skriftliga dokumentationen har bestått av främst budgetar, protokoll, årsredovisningar och rapporter. Flera datakällor har alltså använts. De har också kontrollerats mot varandra. Data enligt dokumenten har använts för att kontrollera data vid intervjuerna. Data från intervjuerna har använts för att kontrollera respondenternas utsagor mot varandra. Denna kontroll har stärkts av att intervjuer har skett med politiker och tjänstemän, med majoritetsföreträdare och minoritetsföreträdare samt med företrädare för styrande och styrda. Urvalet av intervjuer har ökat förutsättningarna för att alla relevanta uppfattningar kommit undersökningen till del och ökat värdet av den interna kontrollen mellan datakällorna.

I den skriftliga dokumentationen, såväl i budgetar som i rapporter, har i flera fall noterats en tendens att hålla beskrivningar och utvärderingar på en allmän nivå och ta fram exempel endast på vad som uppnåtts medan exempel på vad som inte uppnåtts saknas – även i de fall då det uppnådda är marginellt men det inte uppnådda är väsentligt. I de fall denna bedömning gjorts, har bedömningarna kontrollerats i intervjuer.

Materialets omfattning skiljer avsevärt mellan regionerna och Borås samt mellan Borås och de två små kommunerna. I regionerna är dokumentationen i form av budgetar, årsredovisningar, utredningar, protokoll och protokollsbilagor mycket omfattande medan den i Borås är av väsentligt mindre omfattning än i regionerna men bedöms vara fullt tillräcklig. I Strömstad och Tidaholm föreligger däremot en begränsad dokumentation bestående av kortfattade budgetar och årsredovisningar, kortfattade protokoll, uppföljningsrapporter avseende ekonomi och produktionsvolymer

samt enstaka utredningar. Huvuddelen av de intervjuade politikerna i regionerna är heltidsarvoderade medan i Borås endast två av de intervjuade är heltidsarvoderade. I Strömstad och Tidaholm slutligen är endast kommunstyrelsens ordförande heltidsarvoderad. Kommunkanslierna är små i de små kommunerna i jämförelse med regionerna och ungefär så stora som vid kundkontoren i Borås. Antalet aktuella politiker och ledande tjänstemän för intervjuer blir därmed mer begränsat i kommunerna. Sammantaget innebär ovanstående att materialet från Region Skåne och Västra Götalandsregionen är omfattande, materialet från Borås också tämligen omfattande men betydligt mindre och materialet från Strömstad och Tidaholm slutligen jämförelsevis begränsat. Detta gäller både den skriftliga dokumentationen och antalet intervjuer. Effekten av dessa skillnader i omfång är att möjligheterna begränsas att uppnå att flera utsagor stödjer varandra och att utsagorna stöds av dokumentation, sammanfattningsvis att möjligheterna att kontrollera data i de små kommunerna begränsas. Det är också rimligt att anta att variationen i åsikter minskar med färre respondenter. Å andra sidan innebär urvalet om sammanlagt fem fall och ett undersökningsresultat som i huvudsak visar sig samstämmigt mellan fallen att resultaten från de två små kommunerna vinner stöd av de övriga fallen. Sammantaget bedöms data också gällande de små kommunerna som trovärdiga trots att den skriftliga dokumentationen varit mer begränsad och antalet intervjuer mindre än i Borås och regionerna.

I den mån utnyttjade data är sinsemellan motstridiga anges detta förhållande i texten, och skälen för den valda uppfattningen anges. I princip används inga intervjudata som saknar stöd från (annan) intervju eller från dokumentation och endast sådana brister i styrningen som uppfattas som rimligt bestyrkta redovisas i undersökningen. Detta innebär sammantaget att de problem som visas i avhandlingen när det gäller att få effekt av styrningen kan antas vara (ännu) större än vad som framkommer i avhandlingen.

Datainsamling i den första delstudien, syften, genomförande, datakällor och urval inom fallen

Den första delstudien omfattade de två regionerna under deras första mandatperiod, 1999–2002. Delstudiens första etapp syftade till att 1) ge kunskap om kontexten, särskilt historien bakom regionbildningarna, 2) identifiera och beskriva viktiga institutioner, 3) rekonstruera agendorna

och 4) beskriva organisationen för styrning och identifiera styrmedlen för att kunna utforma undersökningen i etapp 2.

Etappen genomfördes under perioden december 2001–april 2002 i följande steg:

- Intervjuer med ledande politiker och tjänstemän som deltagit i regionbildningen och i ledningen av regionen. I urvalet ingick politiker från alla större partier och från alla de landsting som bildade respektive region.
- Genomgång av protokoll och dokument från sammanläggningsdelegerade och från regionfullmäktige och regionstyrelser för åren 1999–2001.
- Rekonstruktion av agendorna.
- Urval av sakområden för undersökning av styrprocesser.

Att de rekonstruerade agendorna var rättvisande och fullständiga testades genom enkät i augusti 2002 till vardera regionstyrelsens samtliga ledamöter.

Den andra etappen inriktades på att beskriva och bedöma styrmedel, styrningsintensitet och reception, att bedöma och förklara styrningens genomslagskraft samt att fastställa likheter och olikheter mellan regionerna. Datainsamling genomfördes under augusti 2002 till maj 2003 i följande steg:

- Intervjuer med centralt placerade ledande tjänstemän
- Intervjuer med sjukhuschefer i båda regionerna och presidierna i utförarstyrelserna i Västra Götalandsregionen
- Intervjuer med två av distriktsnämndernas presidier och förvaltningschefen i en av de två distriktsnämnderna¹⁹⁵ i Region Skåne
- Genomgång av mandatperiodens samtliga protokoll från fullmäktige och styrelserna samt i Västra Götalandsregionen också från hälso- och sjukvårdsstyrelsen
- Genomgång av dokument som framstått som relevanta under intervjuerna och vid genomgång av protokollen; särskilt ingår samtliga budgetar och årsredovisningar för mandatperioden

¹⁹⁵ Organisationen i Västra Götalandsregionen var den att sjukhusen leddes av utförarstyrelser och beställning av sjukhusvård skedde under en central hälso- och sjukvårdsnämnd och dess kansli medan i Region Skåne sjukhuscheferna var direkt underställda regiondirektören och beställningarna ombesörjdes av distriktsnämnder.

De flesta intervjuer genomfördes innan dokumentation lästes och granskades. Överensstämelsen mellan skriftlig dokumentation och intervjuutsagor kontrollerades och i den mån oklarheter förelåg kompletterades intervjuerna med frågor över telefon eller mail. Detta förekom i ett fåtal fall och inga kvarstående oklarheter förelåg efter kompletteringarna.

För studium av hur styrning recipierats och av vilka åtgärder styrningen föranlett i verksamheten valdes tre sjukhus i var och en av regionerna. Principer för urvalet var att i var och en av regionerna skulle innefattas 1) olika förekommande organisationsformer (förvaltningsform, aktiebolagsform och entreprenad, sjukhus inom sjukhusgrupp och självständigt sjukhus), 2) både ett länssjukhus och ett mindre sjukhus, 3) sjukhus som erfarit organisationsförändringar gällande sjukhusgrupper i Västra Götalandsregionen och parsjukhusmodellen i Skåne samt 4) ett sjukhus i var och ett av de tidigare landstingen. Enligt dessa kriterier valdes Uddevalla Sjukhus, Sjukhuset i Lidköping och Alingsås Lasarett i Västra Götalandsregionen samt Helsingborgs Lasarett, Hässleholms Sjukhus och Sjukhuset i Simrishamn i Region Skåne. I Skåne valdes de distriktsnämnder som svarade för beställningar från de utvalda sjukhusen.

Förteckning över respondenterna i de två etapperna har intagits i bilaga 1.

Datainsamling i den andra delstudien, syften, genomförande, datakällor och urval inom fallen

Den andra delstudien omfattade Västra Götalandsregionen under dess andra mandatperiod, 2003–2006, och de tre primärkommunerna under samma mandatperiod. För primärkommunerna syftade den första etappen till att 1) ge kunskap om kontexten, 2) identifiera och beskriva viktiga institutioner, 3) rekonstruera agendorna och 4) beskriva organisationen för styrning och identifiera styrmedlen för att kunna utforma undersökningen i etapp 2. För Västra Götalandsregionen fanns redan sedan den första delstudien kunskap om kontexten. Däremot var ett syfte att undersöka bakgrunden till och argumenten för en omorganisation som man i den politiska retoriken fäste stort avseende vid, nämligen att överföra ansvaret för beställning av sjukhusvård från den regionövergripande hälso- och sjukvårdsnämnden till tolv hälso- och sjukvårdsnämnder med ansvar för var sin geografiska del av regionen. I övrigt var syftena för etappen de samma som för kommunerna.

Etappen genomfördes i början av mandatperioden, närmare bestämt i Västra Götalandsregionen under maj–oktober 2003 och i primärkommunerna under november–december 2003.

Följande arbetsmoment ingick

- I regionen genomfördes intervjuer med samtliga gruppledare, ledande centrala tjänstemän, presidier och ledande tjänstemän i hälso- och sjukvårdsnämnder och i utförarstyrelser; i presidierna är både majoritet och opposition representerade
- I primärkommunerna genomfördes intervjuer med kommunstyrelsernas och berörda nämnders presidier och ledande tjänstemän; i presidierna är både majoritet och opposition representerade; i Borås intervjuades inte kommunstyrelsens presidium utan det kommunalråd och det oppositionsråd som inom kommunstyrelsens arbetsutskott ansvarade för all kommunal verksamhet, vilket innefattar äldreomsorgen
- För åren 2002–2003: Genomgång av protokoll, budgetar (också 2004 års budget), årsredovisningar från fullmäktige, styrelsen och valda nämnder och styrelser samt övriga dokument som aktualiserats i protokollen och i intervjuer från fullmäktige och styrelserna samt från samtliga nämnder som ingick i urvalet
- Rekonstruktion av agendorna

Telefonintervjuer genomfördes i augusti 2004 med ordförandena i Borås, Strömstad och Tidaholm. Dessa intervjuer gällde hur ordförandena bedömde ekonomistyrningsystemet i kommunen vid den aktuella tidpunkten. Intervjuerna gjordes egentligen inom ramen för en annan undersökning som genomfördes av en av forskargrupperna vid Förvaltningshögskolan. Visst material från dessa intervjuer har utnyttjats i avhandlingen i enlighet med vad som framgår av texten.

Den andra etappen, som genomfördes under april–maj 2005 i primärkommunerna och oktober–december 2005 i regionen, syftade till att 1) kontrollera vilka agendor som i praktiken gällt (beslut), 2) fastställa vilken styrning som skett i de frågor agendan upptog, (beslut, styrmedel och styrningsintensitet) 3) undersöka vilka effekter denna styrning haft i verksamheten (reception och utfall) samt 4) förklara styrningens genom-

slagskraft med avseende på styrningsintensitet, viktiga institutioner och individers drivkrafter.

Data insamlades genom intervjuer med i princip samma urval som under första etappen och från samtliga protokoll, budgetar, årsredovisningar och dokument från den senare delen av mandatperioden. För att undersöka effekterna av en ny organisation för beställning i Västra Götalandsregionen under den andra mandatperioden genomgicks dessutom alla skriftliga överenskommelser för åren 2003 och 2006 som ingått mellan de hälso- och sjukvårdsnämnder som ingick i urvalet och deras avtalspartners i regionen. I denna etapp genomgicks all dokumentation före varje intervju förutom den dokumentation som vid tidpunkten för intervjun inte hade framställts, i första hand protokoll och rapporter från senare delen av 2005. Förteckning över respondenterna är intagen i bilaga 1.

All information fram till 31 december 2005 har beaktats. Under våren 2006 har komplettering skett med studium av bokslut och årsredovisningar för 2005 och med vissa kompletterande intervjuer, vilket inneburit att det i enstaka fall redovisas uppgifter som gäller situationen under våren 2006. Vilka fall det rör sig om anges i texten. Den empiriska studien avslutades alltså i huvudsak i början av 2006. Det hävdas likväl att empirin täcker hela mandatperioden 2003–2006. Argumenten för den ståndpunkten utgår från att det vid studiens avslutande i praktiken återstod endast en vårtermin tills nästa val skulle äga rum i september 2006. Det är inte rimligt att tro att effekter av styrning som inte återfunnits fram till 2005 års utgång skulle uppstå under våren 2006. Det är vidare ett rimligt antagande att politikernas intresse inför det sista året av en mandatperiod koncentreras allt mer på det stundande valet och formulering av ambitioner för nästkommande mandatperiod, varför politikernas styråtgärder kan förväntas bli allt mindre intensiva. Dessa antaganden styrks av den första delstudien.

Västra Götalandsregionen

Inom regionen har urvalet omfattat somatisk sjukvård, sålunda inte psykiatrisk sjukvård och inte förebyggande hälsovård. Urvalet omfattade vidare i första hand de tre tidigare landstingsområden som står utanför Göteborg. Skälet till att Göteborgsområdet inte innefattas är i första hand att både utförarorganisationen och beställarorganisationerna i Göteborg allmänt uppfattas ha särskild komplexitet och att styrningen möter sär-

skilda svårigheter där. I den mån förutsättningarna för styrning skiljer sig mellan Göteborgsområdet och övriga delar av regionen, så anses det allmänt bland politiker och tjänstemän i regionen att förutsättningarna är bättre i de övriga delarna. Avgränsning har alltså skett enligt principen att undvika svårast tänkbara fall. När regionens sjukvård studeras på totalnivå inkluderas emellertid också SU¹⁹⁶, som är den sjukhusgrupp som är verksam i Göteborgsområdet.

Avhandlingen inriktas på utförarstyrelserna för var och en av de tre sjukhusgrupper som återstår. De studerade sjukhusgrupperna är NU-sjukvården med länssjukhus i Trollhättan och Uddevalla och tre små länsdelssjukhus, SÄS med länssjukhus i Borås och länsdelssjukhus i Skene samt SkaS med länssjukhus i Skövde och länsdelssjukhus i Falköping, Lidköping och Mariestad. Urvalet överensstämmer till stor del med urvalet i den första delstudien, vilket bedöms som en fördel för att erhålla ett längre perspektiv. Därutöver har primärvården, som utgör en särskild utförarorganisation, studerats i den andra delstudien. Förutom förvaltningsledningen omfattas tre vårdcentraler, vilka valts efter kriteriet en vårdcentral inom vart och ett av de valda hälso- och sjukvårdsnämndernas (se följande stycke) områden.

Inom vart och ett av sjukhusgruppernas upptagningsområden har två eller tre hälso- och sjukvårdsnämnder ansvaret för bland annat beställning av sjukvård, under mandatperiodens tre sista år både för sjukhusvård och för primärvård. En hälso- och sjukvårdsnämnd inom varje upptagningsområde har valts. Valet av dessa sammanlagt tre nämnder bestämdes av valet av primärkommuner, varigenom automatiskt samma spridningskriterier blev tillämpliga som i kommunurvalet och möjligheterna att studera samma förhållanden både i kommuner och i regionen behölls. De valda nämnderna betecknas i regionen HSN 1, som ansvarar för norra Bohuslän med bland annat Strömstad och beställer sjukhusvård vid i första hand NÄL, HSN 5, som ansvarar för Sjuhäradsbygden innefattande Borås och beställer sjukhusvård vid i första hand SÄS, och HSN 10, som ansvarar för östra Skaraborg innefattande bland annat Skövde och beställer sjukhusvård vid i första hand SkaS.

Utöver regionfullmäktige, regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdssty-

196 De fyra sjukhusgrupperna har i regionen tilldelats följande förkortningar. SU avser Sahlgrenska Universitets-sjukhuset, NU avser den sjukhusgrupp som består av NÄL, Uddevalla Sjukhus, Dalslands Sjukhus, Strömstads Sjukhus och Lysekils Sjukhus. NÄL står i sin tur för Norra Älvsborgs Lasarett. SÄS avser Södra Älvsborgs Lasarett och SkaS slutligen avser Skaraborgs Sjukhus

relsen, senare hälso- och sjukvårdsutskottet, som samtliga är regionövergripande organ som anses tillhöra regionledningen, har alltså tre utförarstyrelser för sjukhus, utförarstyrelsen för primärvården samt tre hälso- och sjukvårdsnämnder valts. I samtliga fall ingår också respektive styrelses och nämnds förvaltning.

Borås

I Borås omfattar urvalet kommunstyrelsen och två av de totalt tio kommundelsnämnder som ansvarar för bland annat omsorgsverksamheten och skol- och ungdomsverksamheten. De två kommundelsnämnderna är Centrum och Norrby, vilka i jämförelse med varandra har olika karaktär. Centrum består som namnet antyder av centrala staden medan Norrby innehåller invandrartäta områden och en landsbygd. Inom respektive kommundelsnämnd har tjänstemannaledningen och ett särskilt boende ingått i urvalet.

Strömstad och Tidaholm

I de två övriga kommunerna ingår i urvalet kommunstyrelserna och kommunledningarna, omsorgsnämnden (Strömstad) respektive socialnämnden (Tidaholm) och deras förvaltningar samt inom vardera kommunen två särskilda boenden.

Genomförandet av intervjuerna

Gruppintervjuer genomfördes i den första delstudiens andra etapp med nämndpresidier och presidiet för styrelsen för Helsingborgs Lasarett AB i Region Skåne och den andra delstudiens första etapp med presidier för nämnder och med revisionsdirektören i Västra Götalandsregionen och två av dennes medarbetare. Alla övriga intervjuer i båda delstudierna har genomförts individuellt, sålunda även intervjuerna med nämnders presidieledamöter i den andra delstudiens andra etapp. Två intervjuer har genomförts per telefon liksom enstaka kompletterande intervjuer efter de muntliga intervjuerna, varav i två fall med medarbetare som intervjuats om särskilda förhållanden vilka aktualiserats vid övriga intervjuer och i dokumentation. Vilka intervjuer som utgjorde gruppintervjuer och telefonintervjuer framgår av bilaga 1.

Ingen respondent fick före intervjun annat än allmän information om vilket område intervjuens frågor skulle gälla. Intervjuerna genomfördes

efter en strukturerad intervjumall med öppna frågor. Mallen lämnades inte ut, varken före eller under intervjun. Särskilt de frågor som siktade till att fastställa agendan var öppna och dessa frågor inledde i de flesta fallen varje intervju. Skälet till den valda strategin för intervjuerna är att agendan definitionsmässigt skall vara väl känd för varje individ i ledningen, och att det inte bör krävas någon förberedelse för att ange dessa frågor. I stället måste man rimligen anta att frågor som respondenten inte påminner sig under ett långt och ostört samtal inte heller finns på agendan i respondentens medvetande. I de fall då protokoll, annan dokumentation eller utsagor vid tidigare intervjuer hade givit anledning, ställdes särskilda frågor individuellt i ett antal intervjuer. När respondenten visade sig ha mer att berätta om vissa frågor, så prioriterades detta och andra frågor kunde bli mindre noggrant behandlade. Denna möjlighet utnyttjades mer i slutet av varje intervjuiserie, när allt färre nya synpunkter och allt mindre ny information framkom.

Redan innan de planerade intervjuerierna hade slutförts framstod frågeområdena som väl belysta och efterfrågad information som gedigen utom när det gällde primärvårdens frågor i andra delstudiens andra etapp. Urvalet av intervjuer kompletterades därför i mars 2006 med ytterligare två områdesdirektörer och en områdeschef inom primärvården.

Två respondenter, en ordförande i en kommunal nämnd och en cheftjänsteman från hälso- och sjukvårdsnämnd i Västra Götalandsregionen, uttryckte i intervjuerna i andra delstudiens andra fas irritation över att de inte hade givits möjlighet att förbereda sig. De menade båda att svaren därigenom inte kunde bli lika upplysande som om tillfälle givits till förberedelser. För studiens syfte görs ändå bedömningen att den metod som valts ger större säkerhet för att respondenternas egna uppfattningar blir rättvisande framlagda. Det är inte troligt att presidieledamöter och ledande tjänstemän under en och en halv timmes intervju inte skulle påminna sig de viktigaste frågorna och förhållandena inom sina respektive områden. Skulle likväl någon fråga av vikt ändå försummas vid någon intervju, så säkerställer genomläsning av alla protokoll och det omfattande urvalet av respondenter att frågan ändå uppmärksammas i undersökningen.

Formen med öppna intervjuer har givit möjlighet att bedöma inte endast vad respondenterna anser vara viktigt utan också vad de *inte* funnit vara viktigt genom att svaren läses med avseende på förhållanden och frågor som inte kommenteras. Vid en sådan läsning finns naturligtvis felkällan att respondenten visserligen hade funnit ett visst förhållande vik-

tigt, men glömt eller inte ansett sig hinna med att behandla frågan. Men, om flera eller alla respondenter underlåter att nämna ett förhållande ökar möjligheterna att dra slutsatser. Ett särskilt intressant exempel är den omständigheten att i Västra Götalandsregionen inte någon ledande politiker eller tjänsteman (totalt ett tiotal respondenter) under den andra mandatperiodens andra etapp kommenterade hälso- och sjukvårdsnämndernas roll och insatser i styrningen av hälso- och sjukvården när regionens styrning diskuterades.¹⁹⁷

Agendan är ett styrmedel. Genom att efterfråga agendan på varje nivå och därefter kontrollera svaren mot varandra har indikationer erhållits på hur väl överordnade nivåer lyckats vinna genomslag för angelägna frågor.

Intervjuguiderna i den första delstudien var likalydande för samtliga respondenter (se bilaga 2) medan i den andra delstudien olika intervjuguides har använts för olika kategorier. Exempel har intagits i bilaga 2. Som exempel har valts de guider, som använts vid intervjuerna i andra etappen i regionen med gruppledarna och därmed också regionstyrelsens presidium, med utförarstyrelsernas och med hälso- och sjukvårdsnämndernas och i kommunerna med kommunstyrelsernas presidier och socialnämndens respektive omsorgsnämndens presidier. De guider som använts vid intervjuerna med förvaltningscheferna har i huvudsak haft samma utformning med de skillnader som betingats av de olika funktionerna.

Intervjuerna i den andra delstudiens andra etapp förbereddes med genomläsning av protokoll för regionens respektive kommunens fullmäktige och styrelse samt för den aktuella nämnden.

Intervjuerna har med enstaka undantag ägt rum i respondentens egen miljö, ofta dennes tjänsterum men ibland i konferensrum på respondentens kontor. Alla respondenter har visat intresse och koncentration på frågor och resonemang under intervjuerna, det helt övervägande flertalet har visat stort engagemang för intervjun och dess frågor, medan någon enstaka respondent har varit mindre intresserad. Några respondenter har sökt sig till allmänna fraser och undanlidande svar på enstaka frågor som den intervjuade uppfattat som besvärande. Det övervägande flertalet respondenter har dock besvarat frågorna förbehållslöst och inte väjt för synpunkter och information som kan uppfattas som kritik mot den egna organisationen, det egna partiet och dess företrädare. Intervjuerna

¹⁹⁷ Den slutsats som i empirin kommer att dras av detta förhållande är att regionens ledning inte bedömde deras insats betydelsefull

har varat mellan en och en halv timme och två timmar, ett fåtal intervjuer drygt en timme.

Under intervjuerna har förts noggranna anteckningar, som i samtliga fall utom tre renskrivits i omedelbar anslutning till intervjun eller senast samma dag. I två av de tre andra fallen renskrevs anteckningarna dagen efter respektive intervju och i det tredje fallet ytterligare någon dag senare.

Anonymitet

Inför intervjuerna har utlovats att respondenterna inte genom sina utsagor skall kunna identifieras entydigt. Detta har bestämt hur källorna benämns i materialet och när citering sker. För två fall, där respondenterna är identifierade i texten, har särskilt tillstånd till citat erhållits.

Redovisning av intervjuutsagor och intervjuutsagornas tillförlitlighet

Om annat inte framhålls i redovisningen av de empiriska data, baseras uppgifterna alltid på flera respondenters utsagor och motsägs av ingen samt styrks av förekommande dokument och den övergripande bild som undersökningen har givit. I de fall utnyttjade utsagor motsägs av andra data eller av andra skäl inte uppfattats som helt överensstämmande med andra källor, anges detta i texten.

I redovisningen av de empiriska resultaten används ett antal citat som illustrationer. De markeras antingen med citationstecken när de förekommer i ett stycke eller med indrag och kursiv text när de förekommer som särskilda stycken. För att säkerställa anonymiteten benämns inte de respondenter som citeras, utom i två fall för vilka särskilt tillstånd efterfrågats och erhållits. När det ansetts vara av särskild betydelse uppges om det är citat från politiker eller tjänsteman respektive majoritetsföreträdare eller oppositionsföreträdare. Endast i något enstaka fall har samma respondent citerats två gånger och i intet fall fler än två.

Vid sammanställning och tolkning av de empiriska data har risken observerats att majoritetens politiker tenderar (avsiktligt eller oavsiktligt) att värdera egna och det egna partiets insatser väl medan oppositionens politiker hellre ser svagheter i ledningen än de starka sidorna. Såväl politiker som tjänstemän kan också tendera att övervärdera den verksamhet de själva ansvarar för och den verksamhet de själva intresserar sig för. Som redan har framgått är intrycket att det övervägande flertalet respon-

denter svarat öppet och förbehållslöst. Det omfattande och breda urvalet har också givit möjlighet att se åtminstone uppenbar bias. Utsagor och dokument har jämförts med varandra för att se att materialet är samstämmigt och trovärdigt. De frågor som därvid uppstått har följts upp genom kompletterande genomgångar i materialet och i de fall det erfordrats genom kompletterande telefonsamtal. Både politiker och tjänstemän, både styrelseledamöter och ledamöter från övriga nämnder samt både majoritetsföreträdare och oppositionsföreträdare har intervjuats. I regionerna har både beställare och utförare och läkare och sjuksköterskor intervjuats. Jämförelser mellan de olika fallen har givit kompletterande möjligheter att bedöma trovärdigheten i intervjuutsagorna. För Västra Götalandsregionen gäller slutligen dessutom att representanter från både primärvård och sjukhusvård intervjuats i den andra delstudiens andra etapp.

Uppebar bias har inte kunnat konstateras i något fall, men däremot har i enstaka fall mer eller mindre överslätande berättelser givits. Å andra sidan har flera majoritetsföreträdare förhållit sig kritiska till vad som åstadkommit. Redan principen att alla redovisade iakttagelser skall stödjas av andra iakttagelser och av helheten har minskat risken för missvisande tolkningar.

Intervjuutsagor om politikernas och tjänstemäns drivkrafter och försök att få kunskap om inflytande av egenintressen har dock kunnat utnyttjas i endast begränsad omfattning på grund av att svaren bedömts som allt för anpassade till vad som kan uppfattas som lämpligt och därmed inte framstått som tillräckligt trovärdiga. Detta har medfört att underlagets trovärdighet för bedömning av effekterna av egenintressen endast i mindre utsträckning har framstått som säkerställd och att därför endast ett begränsat material och begränsade slutsatser har redovisats enligt ovanstående principer för trovärdighet.

Uppskattning av styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft

Styrningsintensitet

De indikatorer på styrningsintensiteten som använts är arten av styrmedel, om ett eller flera styrmedel använts samt i vilken utsträckning styrningen upprepas. Styrmedel som innehåller incitament bedöms starkare än andra, styrmedel som innebär kvantifierad mätning bedöms starkare än andra och fler styrmedel samtidigt bedöms som starkare än endast ett eller två. Ju oftare styrning upprepas, ju högre intensitet bedöms ha före-

legat. Svårigheterna att kvantifiera de tillämpade kriterierna och svårigheterna att relatera dem till varandra i en sammanvägd bedömning har gjort att endast tre värden på en tänkt skala har använts, nämligen

- stark styrningsintensitet
- svag styrningsintensitet
- mycket svag eller ingen styrningsintensitet

För bedömning har tillämpats riktlinjer för två tydliga ytterlighetsfall. Om inga styrmedel utöver budget eller fullmäktigebeslut använts i den löpande styrningen under året eller mandatperioden bedöms styrningsintensiteten som *mycket svag*. Flera styrmedel, särskilt med någon form av incitament, samt regelbunden upprepning eller rapportering, särskilt med kvantitativa mätningar, har bedömts som *stark* styrningsintensitet under förutsättning att styrelsen demonstrerat allvarligt intresse av frågan. Styrning med intensitet som bedömts ligga nära ytterlighetsfallen har hänförs till respektive skalsteg medan styrningsintensiteten i övriga fall har bedömts som *svag*. Underlag och slutsatser för bedömningarna lyfts fram explicit i redovisningen av empirin.

Styrningens genomslagskraft

Styrningens genomslagskraft har bedömts med utgångspunkt i om avsett handlande och/eller avsett resultat uppnåtts i verksamheten. En första förutsättning för att styrningen skall ha påverkan är att styrningen (eller den styrandes förväntningar) över huvud taget är kända av den styrde och att den styrde eftersträvat att efterkomma styrningen. Är den styrandes förväntningar okända bedöms styrningens genomslagskraft som ingen eller låg.

Indikatorer på styrningens genomslagskraft i de fall handlande har styrts är i intervjuer och/eller i skriftlig dokumentation omvittnat agerande eller, i förekommande fall, resultatet av sådant agerande. Bedömningarna har gjorts genom en sammanvägning av de resultat som konstaterats. I den mån resultat har styrts har uppmätt måluppfyllelse bedömts. Om uppställda mål eller definierade lägen inte har nåtts, har styrningen objektivt sett misslyckats – även om förklaringarna inte kan fastställas och kanske inte ens med rimlig trovärdighet kan uppskattas. Om, å andra sidan, de uppställda målen eller definierade lägena har uppnåtts, så råder just de svårigheter som framhållits ovan att avgöra i vilken grad effek-

terna beror på styrningen. Utgångspunkten är dock att utfallet förklaras av styrningen, men objektivt mätbara effekter kontrolleras med rimlighetsresonemang utifrån vad undersökningen i övrigt har funnit och vad respondenterna har uttalat vid intervjuer.

Bedömningen av styrningens genomslagskraft har skett i tre skalsteg

- betydande genomslagskraft
- måttlig genomslagskraft
- låg genomslagskraft

I likhet med vad som gäller beträffande styrningsintensiteten redovisas underlag och slutsatser för bedömningarna explicit i de empiriska kapitlen.

Sammanställning och rapportering

Allt material, såväl intervjuutsagor som anteckningar och sammanställningar från utnyttjad skriftlig dokumentation har noggrant dokumenterats och journalförts inom undersökningen i syfte att skapa goda förutsättningar för tillförlitlighet och fullständighet. Materialet har samlats komplett utskrivet i systematiskt organiserat arkiv.

De data som framkommit vid intervjuer och av dokumentation har bearbetats i flera omgångar. I en första omgång har alla intervjuutsagor kodats efter olika tema med utgångspunkt från de ställda frågorna. I en andra omgång har intervjuer och texter setts som helheter, och material därifrån har tillförts sammanställningen under aktuella tema. Såväl intervjuer som texter har därefter kontrollerats i ytterligare en total genomläsning och i flera punktvisa kontroller i anslutning till att avhandlingens text har utarbetats.

Det registrerade och sammanställda empiriska material som sålunda föreligger redovisas i kapitel 4 vad gäller Region Skåne, i kapitel 5 och 6 vad gäller Västra Götalandsregionen och i kapitel 7–9 vad gäller kommunerna. Även om dataförståelse och bedömningen av relevans och därmed urvalet och sättet att sammanställa data bestäms av författarens bedömningar av relevans och dennes förståelse, är ambitionen att så långt möjligt upprätthålla en åtskillnad mellan å ena sidan faktiskt registrerade data i intervjuanteckningar och i kommunernas dokument och å andra sidan de tolkningar som gjorts av detta material. Registrerade data redovisas i

kapitlen 4–9. Slutsatser och analyser redovisas dels i kapitlens sammanfattningar, dels i kapitlen 10 och 11. Alla data som en läsare kan antas vara beroende av för sina egna bedömningar redovisas. Ambitionen är att varje annan forskare som hade genomfört undersökningen med samma forskningsfrågor och samma metod skulle ha givit i stort sett samma redovisning som sker här. Strävan har varit att rapportera alla för läsarens välgrundade uppfattning tillgängliga och relevanta data.¹⁹⁸ De resonemang som ligger till grund för slutsatserna redovisas tydligt.

Materialet från Västra Götalandsregionen för den andra mandatperioden är mer omfattande än för den första, materialet från de två regionerna är mer omfattande än materialet från kommunerna och materialet från Borås är mer omfattande än materialet från Strömstad och Tidaholm. Texterna i kapitlen 4–9 har utformats dels enligt ovan redovisade principer om fullständighet, dels med tanke på bland annat att läsare i regionerna och berörda kommuner själva skall kunna bedöma om allt relevant material har beaktats och att de därmed skall kunna bedöma undersökningens trovärdighet. Denna princip har medfört särskilt omfattande text från regionerna och ytterligare bidragit till att redogörelsen krävt stort utrymme. En konsekvens härav kan vara att andra läsare kan uppfatta texterna som väl omfattande.

198 Föllesdal m.fl. (1993); delvis inspirerat också av Guba och Lincoln (1998)

Redovisning av det empiriska materialet

I följande kapitel 4–9 redovisas det empiriska materialet i ett kapitel för vardera fallet, varvid Västra Götalandsregionen återges i två kapitel – ett för vardera studerad mandatperiod. Den mandatperiod som benämns 2003–2006 började egentligen under hösten 2002 sedan valresultaten fastställts och det nyvalda fullmäktige samlats.

Kapitlen har likartad disposition. De inleds med en redogörelse för kontexten. För de två regionernas första mandatperiod är det frågan om en kortfattad redogörelse för bakgrunden till att de bildades¹⁹⁹ medan avsnitten för den andra mandatperioden för Västra Götalandsregionen och för primärkommunerna har betecknats Utgångsläge. Dessa redogörelser för kontexten utgör bakgrund till det andra avsnittet under varje fall, Mandatperiodens agenda. I dessa avsnitt redogörs för de rekonstruerade agendorna och underlaget för rekonstruktionerna. Avsnitten ger underlag för att besvara den första delfrågan om vilka frågor och vilka områden fullmäktige och styrelsen styr.

Det tredje avsnittet under varje fall redovisar organisationen och det övergripande styrsystemet i respektive kommun.

Härefter följer ett avsnitt för var och en av de agendans frågor eller områden som studerats. I dessa avsnitt följs styrprocesser och beskrivs beslut, styrmedel, reception och utfall. Varje avsnitt sammanfattas med tillämpning av modellen för styrning – så långt empirin låter sig struktureras exakt – och inom ramen därför bedömning av styrningens intensitet och genomslagskraft samt med diskussion om orsaker till variationer i styrningsintensitet och genomslagskraft.

Det näst sista avsnittet i varje fall redogör för utmärkande förhållningsätt av betydelse för kommunledningens styrning, i första hand förhållningsätt till kostnader och till samverkan mellan majoritet och minoritet. Det är alltså frågan om institutioner av betydelse för styrningen.

199 Utförligare redogörelser för bakgrunden till regionerna och bildandet av dem finns i Anjou (2003)

Slutligen sammanfattas kapitlen kortfattat med avseende på agendans punkter, beslut, styrmedel, reception, utfall, bedömd styrningsintensitet och uppnådd genomslagskraft av styrningen samt diskussion om orsakerna till variationer i styrningsintensitet och genomslagskraft.

För frihet inom nationalstaten – och för färre sjukhus

Region Skånes första mandatperiod 1999–2002

Regionens bildande

Regionens bildande och regionens *raison d'être*

Frågan om att bilda en Region Skåne hade aktualiserats flera gånger under de tre sista decennierna av 1900-talet, men först i början av 1990-talet ville alla de stora partiernas ledningar förverkliga idén och därmed fanns förutsättningarna att bilda regionen. Processen drevs med kraft och entusiasm och i stor enighet både inom partierna och mellan partierna. Fusionsarbetet kittlade också politikerna samtidigt som Öresundsbron växte fram. ”Sammantaget uppstod en perspektivförskjutning i politiken.” Beslut fattades den 1 juli 1997 om att slå samman Kristianstads Läns Landsting och Malmöhus Läns Landsting till ett landsting och att Malmö Stad skulle upphöra att stå utanför landstinget, att slå samman Kristiansstad Län och Malmöhus Län samt att överföra vissa regionalpolitiska frågor från länsstyrelsen till det nya landstinget. Landstinget fick rätten att kalla sig region.

Det förelåg en stor samstämmighet mellan de tolv intervjuade om motiven till att bilda regionen. Alla utom en av respondenterna angav möjligheterna att rationalisera sjukvården som ett av skälen att bilda regionen och flera av respondenterna angav detta som det viktigaste och det drivande skälet. Några respondenter angav dessutom att rationaliseringsmöjligheterna i en ny region hade bedömts kunna ge en kostnadsminskning om 10 %. Av samma karaktär var ett andra argument, att skapa en samordnad kollektivtrafik i en region som inte längre hade det kontakt- och kommunikationsmönster som stämde överens med de gamla länsgränserna som drogs upp 1720.

I intervjuerna angavs ytterligare tre skäl för bildande av en region, vilka samtliga sammanhänger med utvecklingen av en regional roll. Vardera

skälet angavs av fem respondenter. Dessa skäl var 1) att öka möjligheterna att få statliga investeringar till regionen genom att samla hela Skåne till en röst i samtalen med staten för att därmed både öka den egna kraften och undanröja kampen mellan de två tidigare länen och Malmö stad, 2) att utveckla regionens roll i ett nytt regionernas Europa, särskilt i den omedelbara närheten i Östersjöregionen samt 3) att överföra vissa tidigare statliga beslut till en demokratiskt vald församling. Jordmån för en region fanns också i den historiska traditionen att se Skåne som en enhet och att vinna så stor frihet som möjligt från Stockholm.

Även om bildandet av regionen och dess roll för regionalpolitik och kollektivtrafik inte var partipolitiskt kontroversiella frågor, fanns skillnader i sjukvårdspolitik. Dessa frågor gällde sjukvårdsstrukturen, frågan om beställar- utförarmodell samt frågan om konkurrensutsättning och alternativa verksamhetsformer.

Parsjukhusmodellen

Parsjukhus infördes i de två landstingen under mandatperioden närmast före regionbildningen och innebar att två närliggande sjukhus, av vilka det ena var större och mer välutrustat, förenades i samma organisation under gemensam ledning med direktiv att samarbeta. De två sjukhusen fick också olika huvuduppgifter: det större sjukhuset skulle vara komplett akutsjukhus medan det mindre huvudsakligen skulle ägna sig åt elektiv²⁰⁰ vård. Modellen gällde fem parsjukhus, sjukhusen i Ystad och Simrishamn, Kristianstad och Hässleholm, Helsingborg och Ängelholm, Malmö och Trelleborg samt Lund och Landskrona. I tre av fallen bestod parsjukhusen av ett sjukhus i vart och ett av de tidigare landstingen.

Uppgörelse om sjukvårdsstrukturen

Två av respondenterna hävdade att alla partier eller åtminstone s och m vid årsskiftet 1997/1998 de facto hade ingått eller var mycket nära en uppgörelse om sjukvårdsstrukturen, som skulle rationalisera vården och sänka kostnaderna. Avsikten var att fatta beslutet före valrörelsen för att undvika att göra frågan till en valfråga med risken att partierna skulle ”köpa röster” med kostnadsdrivande utfästelser. Uppgörelsen ingicks eller slutfördes emellertid aldrig och frågan om stora och små sjukhus samt

200 Med elektiv vård avses sådan vård som planeras och till vilken patienten kallas till skillnad från akut vård

frågan om parsjukhusen blev viktiga valfrågor sedan lokala opinioner till stöd för mindre sjukhus uppstått under valrörelsen. Ännu vid studiens avslutande fanns spänningar mellan tidigare Kristianstads läns landsting och tidigare Malmöhus läns landsting kvar i frågan om rationalisering av sjukvården. Bakgrunden sades vara att sjukhusen i f.d. Kristianstads läns landsting var av mindre storlek och med mindre komplett vårdutbud, vilket i sin tur berodde på att befolkningen var koncentrerad till f.d. Malmöhus läns landsting.

Regionens agenda

Ett löpande underskott i verksamheten vid regionens start

Underskotten i den sjukvårdsverksamhet som regionen övertog från de två landstingen och Malmö Stad uppskattades när regionen inledde sin första mandatperiod sammantagna till cirka en miljard kronor per år – samma belopp som enligt flera respondenter skulle kunna sparas in genom regionbildningen.

Intervjusvar om de viktigaste frågorna för regionen

Respondenterna var vid intervjuerna i betydande grad eniga om vilka som var de två viktigaste frågorna vid regionens start, även om de formulerades på olika sätt och på en hög abstraktionsnivå. a) Styrning och utveckling av sjukvården uppgavs av flertalet men inte av alla och b) satsning på infrastruktur och kollektivtrafik angavs av nästan lika många. Ytterligare frågor som angavs av de borgerliga respondenterna var c) att åstadkomma alternativa vårdgivare och d) att ändra politikerrollen. Utöver dessa fyra frågor angav enstaka respondenter något av följande skäl e) olika frågor gällande utvecklingen av den regionala rollen och två respondenter angav slutligen uppgifterna att f) hantera fusionen, slå ihop kulturen och styrsystemen samt g) ”ekonomin”.

Budgeten för 1999

I inledningen till budgeten framhölls bland annat att den nya regionen måste bygga på en styrning som inger förtroende, vilket förutsätter konsekvens i styrningen och att utvecklingen står och faller med förmågan att snabbt uppnå ekonomisk balans och att därför budget, god ekonomistyr-

ning och kostnadskontroll är viktiga. En ”fortsatt stram hushållning inom alla områden” måste iakttas och fortsatta kostnadsreduceringar fordrades. ”Den egna verksamheten inom hälso- och sjukvård måste struktureras på ett sådant sätt att verksamheten kan bedrivas rationellt och kostnads-effektivt.”²⁰¹

Budgeten för 1999 gav en sammanhängande beskrivning av planerat förändringsarbete och avslutades med en förteckning över fem prioriterade uppdrag till regionstyrelsen, i sammanfattning enligt följande²⁰²

1. Patienternas krav på utveckling och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården och tandvården tillgodoses genom a) tillämpningsanvisningar för och löpande uppföljning av måluppfyllelsen av ”de fyra garantierna” (vårdgarantin, hjälpmedelsgarantin, värdighetsgarantin och tandvårdgarantin), b) informationssystem som skall utvecklas så att allmänheten kan se vilket utbud och vilken service som finns hos de olika vårdproducenterna samt vilka väntetider som råder, c) stöd från regionstyrelsen för utveckling av vårdkedjor och vårdprocesser samt aktivt arbete för en ökad integrering med den kommunala hälso- och sjukvården samt d) utveckling av vård och behandling av äldre och kroniskt sjuka patienter utanför sjukhusen.
2. En översyn av sjukvårdsstrukturen
 - a. Mot bland annat 1) specialisering och arbetsfördelning efter kompetensprofil och lokala behov, uppdelning mellan akut och elektiv vård, utökad öppen vård, möjligheter till kvalificerad vård i hemmet och kvalificerad omvårdnad utanför sjukhus, 2) anpassning till patienters och anhörigas behov och önskemål, 3) samverkan med bland annat primärkommunernas vård och omsorg, 4) effektivisering genom förändringar i organisation och arbetssätt samt 5) konkurrensutsättning och alternativa driftformer.
 - b. Sammanläggning av verksamheterna hos de tre tidigare sjukvårdshuvudmännen måste kunna ge resultat i form av samordningsvinster utan att stora och därmed ostyrbara enheter skapas; dock med god kostnadskontroll och decentralisering och varierande driftformer.

201 Budget för 1999, (regionstyrelsen 1998-11-25. Reviderad version). Citaten från s. 12.

202 Budget för 1999, s. 17–23

- c. Specifikt uppdrag till regionstyrelsen att utarbeta och fastställa förnyade direktiv för förändringsarbete gällande samverkan mellan universitetssjukhusen i Malmö och Lund.
 - d. Sjukhuset i Simrishamn skulle överföras till extern entreprenad och sjukhusen i Helsingborg och Ängelholm överföras till helägda aktiebolag.
 - e. Utvärdering av parsjukhusmodellen.
3. En modernisering av sjukvårdens inre struktur med stärkt patientroll och sammanhållna vårdkedjor och ny arbetsorganisation där de traditionella arbetshierarkierna bryts och ersätts av småskalighet.
 4. Konkurrensutsättning och alternativa driftformer.
 5. Ekonomisk styrning och uppföljning

Det är uppenbart att den nu återgivna förteckningen över uppgifter är för omfattande för att motsvara de krav på koncentration till ett fåtal viktiga punkter som i avhandlingen definierar en agenda.

Rekonstruerad agenda

På grundval av vad som framkommit beträffande regionens bakgrund, i budget och i intervjuer rekonstrueras följande agenda.

1. Omedelbart vidta åtgärder för att styra kostnadsnivån och kostnadsutvecklingen.
2. Se över och förändra sjukvårdsstrukturen för att effektivisera sjukvården på längre sikt.
3. Etablera och följa upp styrsystemen.
4. Driva program för alternativa driftformer och konkurrensutsättning.
5. Driva sjukvårdens förändringsarbete i övrigt, vilket också torde vara en oundgänglig del i ett program för att reducera sjukvårdens kostnader.

Ovan rekonstruerade agenda underställdes genom en enkät i augusti 2002 samtliga regionstyrelsens tretton ledamöter för bedömning av om agendan överensstämde med deras egen uppfattning. Enkäten besvarades av

sju ledamöter, såväl från majoritet som från minoritet. Ingenting i respondenternas svar motsade att agendan var ett adekvat uttryck för de frågor regionens ledande politiker ville driva. Några lämnade ofullständiga svar. Fem av de sju ledamöter som svarat ansåg att regionstyrelsen under perioden hade arbetat med att styra och följa upp konkurrensutsättning, tre av sju att den arbetat med ekonomiska problem, tre av sju angav styr- och ersättningssystem och en angav Skånsk Livskraft, varmed avsågs sjukvårdsstrukturen. Sex av de sju som svarade på enkäten ansåg att de frågor som upptagits på den rekonstruerade agendan borde stå där.

Frågor och områden för undersökning av styrningen och resultatet därav

Av de fem punkterna på den sålunda rekonstruerade agendan valdes alla utom den tredje punkten (etablera och följa upp styrsystemen) för undersökning av styrningen och dess effekter. Skälet till att den tredje punkten valts bort var att det bedömdes som omfattande och svårt att skilja ut och frilägga just åtgärder för detta ändamål. I den första delstudien fästes dessutom vikt vid möjligheterna till jämförelse mellan regionerna, och eftersom styrsystemen var olika i regionerna bedömdes det vara svårt att uppnå jämförbarhet. Den femte punkten preciserades med ledning av budget som ”utveckling av inre rationalisering i vården samt utveckling av nya vårdprocesser och nya vårdkedjor.”

Undersökningen av styrning inriktades sålunda på följande fyra områden:

1. Åtgärder för att styra kostnadsnivån och kostnadsutvecklingen.
2. Handlingsprogram för åtgärder för att driva utveckling av sjukvårdsstrukturen för att effektivisera sjukvården på längre sikt.
3. Åtgärder för att driva program för alternativa driftformer och konkurrensutsättning.
4. Utveckling av inre rationalisering i vården samt utveckling av nya vårdprocesser och vårdkedjor.

Regionstyrelsens och distriktsnämndernas roller, ansvar och uppgifter

Regionen var organiserad enligt en beställar- utförarmodell i vilken fem distriktsnämnder beställde sjukhusvård och primärvård från tio sjukhus och primärvården Skåne. Enligt budget för 1999 ansvarade distriktsnämnderna för att tilldelat regionbidrag täckte medborgarnas behov av sjukvård²⁰³, men i följande års budget sades i stället att ”[d]e vårdöverenskommelser som tecknas mellan distriktsnämnderna och de egna verksamheterna måste bygga på ett gemensamt ansvarstagande för att klara ekonomin och de nödvändiga rationaliseringar som erfordras... En viktig gemensam uppgift är att klara totalkostnadskontrollen.”²⁰⁴

Sju av sjukhusen drevs i förvaltningsform med sjukhusdirektör som ansvarig chef direkt underställd regiondirektören. ”Varje sjukhus ges eget resultatansvar och utgör avtalspart gentemot distriktsnämnderna.”²⁰⁵ Två av sjukhusen, Helsingborgs Lasarett och Ängelholms Sjukhus, drevs fr.o.m. 1 januari 2000 av aktiebolag som var helägda av regionen och ett sjukhus, Sjukhuset i Simrishamn, drevs fr.o.m. 1 september 2000 på entreprenad av ett bolag inom Praktikertjänstkoncernen.

Regionstyrelsen utövade ägarfunktionen och hade dessutom inom sig hälso- och sjukvårdsberedningen och produktionsberedningen.²⁰⁶ Beredningarna hade under åren 1999–2001 som uppgift att skapa nätverk och samverkan, hälso- och sjukvårdsberedningen mellan distriktsnämnderna och produktionsberedningen mellan de sjukhus som drevs i förvaltningsform. I december 2001 beslöt fullmäktige om en kraftfullare samordnande roll för beredningarna och om inrättande av ett ägarutskott inom regionstyrelsen, allt fr.o.m. 2002.

I den följande beskrivningen bortses från organisationsändringen 2002. Skälen till detta är bedömningen att det inte kan förväntas att de nya rollerna fick några avgörande effekter i styrningen under de månader som återstod av mandatperioden. Det krävs längre tid innan en ny organisation i verkligheten kan påverka så långfristiga frågor som det gäller här, och den politiska organisationens intresse och tid för att styra verksamheten minskar troligen inför sommaren ett valår (som 2002

203 Budget för 1999, s. 9

204 Budget för 2000, s. 27

205 Regionstyrelsens protokoll 1999-02-16, § 47

206 Produktionsberedningen inrättades först år 2000

var). Dessutom hade socialdemokraterna klargjort att man avsåg att byta organisationsprinciper och styrmodell om man vann valet, vilket får antas ytterligare ha försvagat verkan av den nya organisationen i avvaktan på valet. Dessa bedömningar styrktes i efterhand av att man misslyckades att öka kontrollen över totalkostnaden, vilket var det främsta syftet med organisationsändringen. I stället blev 2002 året med det största underskottet under mandatperioden.

Åtgärder för att styra kostnadsnivån och kostnadsutvecklingen

Styrsystemet

Den grundläggande styrningen av sjukvården skedde genom budgetar till distriktsnämnderna, vilka ingick överenskommelser med sjukhusen. Sjukhusen förutsattes täcka sina kostnader med de intäkter som avtalen med distriktsnämnderna gav. Vårdöverenskommelserna ingicks i de flesta fall på en totalkostnadsnivå och principer och system för prestationsersättning varierade.

Distriktsnämnderna ingick överenskommelser endast med de sjukhus som låg inom nämndernas upptagningsområden. Patienterna valde emellertid sjukhus fritt och i vissa distrikt och för vissa sjukhus var omfattningen av patienter som valde sjukhus i annat distrikt betydande.

För vård som gavs patienter från annat distrikt erhöll sjukhusen ersättning från patientens "hemdistrikt" till en särskild och för alla regionens sjukhus gemensam prislista²⁰⁷ och utan så kallad takkonstruktion. Detta innebar att ett sjukhus genom att behandla patienter från annat distrikt kunde öka sina intäkter även om man kommit överens om ett ersättnings-tak med det "egna" distriktet. I systemet erhöll sjukhusen en betydelsefull del av sin ersättning för antal prestationer och kunde – om det fanns tillräcklig efterfrågan och vårdkapacitet, vilket det gjorde – täcka ökade kostnader genom ökad produktion med åtföljande intäkter.

207 T.o.m. 2001 den s.k. länsprislistan och därefter en s.k. Skåneprislista för "utomdistriktsvård"

”Resultatet är ledstjärnan”

Regionens styrsystem och styrsignaler till producenterna utgick från resultatet. I budget för 2000, som antogs av fullmäktige i november 1999, sades bland annat följande

Ersättningssystemet ger intäkter för alla producenter, även de som ägs av Region Skåne, som ska finansiera verksamheten. Samtliga enheter, såväl sjukhus/motsvarande som basenheter, ska utgöra resultatenheter. Det är viktigt att resultatet bedöms och värderas utifrån de förutsättningar varje enhet har att uppnå och förbättra sitt resultat... Resultatanalys ska i sin tur ge underlag för att utveckla en incitamentsstruktur inom verksamheterna, där positiva resultat ska belönas.²⁰⁸

I därpå följande budget för 2001, som antogs i oktober 2000, sades under avsnittet Utvecklingsområden 2001 följande

Resultatet är ledstjärnan. Enheter ska kunna mäta sitt resultat och få detta värderat av ledningen. Samtliga enheter inom Region Skåne skall vara resultatenheter fr.o.m. 1 januari 2001. Detta förutsätter att ersättning för vad som presterats i form av åtgärder och resultat redovisas på verksamhetsnivå. Varje producerande enhet ska ha en intern resultat- och ekonomistyrningsmodell som möjliggör detta.²⁰⁹

Efter ett utredningsarbete inom sitt kansli preciserade regionstyrelsen i mars 2001 en ekonomimodell för regionen.²¹⁰ Av principerna framgick att alla regionens enheter skulle styras på resultatet, att intäkter och kostnader skulle kunna mätas och att processer för värdering av resultatet var viktiga hörnpelare i styrsystemet. Även om underskott respektive överskott skulle föras till enheternas eget kapital, så fanns ingen automatik i att eventuella underskott skulle tas av följande års verksamhet i enheten och ej heller att enheten själv skulle få disponera eventuella överskott under kommande år.²¹¹

... samtidigt är kostnadskontroll viktig

I budgetarna för 1999 och 2000 underströks å andra sidan allvaret när det gäller kostnadsläget.

208 Budget för 2000, s. 18

209 Budget för 2001, s. 55

210 Regionstyrelsens protokoll 2001-03-08 § 46

211 PM 2001-02-28. Principer för ekonomisk styrning och resultatthantering – ekonomimodell för Region Skåne

Region Skånes framtid och utveckling står och faller med förmågan att snabbt nå ekonomisk balans. Allvaret i den rådande situationen kan inte nog understrykas och gör behovet av en ekonomisk kraftsamling både tydligt och nödvändigt. Verksamhetens kostnader ska gott och väl täckas av intäkterna. .. Olika modeller för ökad kostnads kontroll kommer att tas fram²¹²

Under de senaste 3–4 åren har sjukvården i Skåne uppvisat årliga miljardunderskott. Åderlåtningen av det egna kapitalet har varit dramatiskt. Allvaret i situationen kan inte nog understrykas och gör behovet av ekonomisk kraftsamling både tydligt och nödvändig. Verksamhetens kostnader ska täckas av intäkterna... Kostnadsnivån måste sänkas för att åstadkomma långsiktigt hållbar ekonomi.²¹³

Uppföljning av kostnader

Inom regionen upprättades månadsbokslut för varje resultat enhet och för varje tertiäl upprättades ett tertiälbokslut och en prognos för helårsutfall.

Inom regionstyrelsens kansli fanns en controllerorganisation dels på regionnivå, dels inom produktionsberedningen. Controllerfunktioner fanns också inom sjukhusledningarna och distriktsnämndernas kanslier.

Kommentar till modellen för resultatstyrning

Om man ser på effekterna för regionen totalt och undantar vård som såldes till patienter utanför regionen, vilket motsvarade en försumbar del av verksamheten, så är i realiteten resultatstyrning detsamma som kostnadsstyrning. När regionen internt styrde mot resultat på sjukhusnivå skapades däremot en möjlighet för de enskilda sjukhusen att öka sina intäkter genom att öka produktionen, men dessa intäkter svarade mot ökade kostnader för någon av distriktsnämnderna. Någon intäktsökning för regionen totalt uppstod inte, men väl en kostnadsökning för regionen totalt för den ökade produktionen.

Beslut i fullmäktige om budgetar, budgetanvisningar och absolutioner

Den ekonomiska utvecklingen kom varje år att fordra tillskott utöver budgetar och sjukhusen kom i vissa fall att visa underskott trots dessa tillskott. Fullmäktige beslutade ett antal gånger om budgetförstärkningar, om åtgärder och om att respektive sjukhus' eget kapital inte behövde åter-

212 Budget för 1999, s. 8

213 Budget för 2000, s. 9

ställas kommande år samt att de enheter som skapat överskott inte skulle få utnyttja dessa överskott under det kommande året:

- 1999 i augusti godkände fullmäktige en redovisning beträffande vidtagna åtgärder för att åstadkomma ekonomisk balans och vid ett sammanträde i september på förslag från regionstyrelsen i augusti beslöt man om investeringsstopp för 1999 och stopp för andra underhållsåtgärder än akuta för 1999²¹⁴
- 2000 i juni beslöt regionfullmäktige på grundval av förslag från regionstyrelsen om reviderad budget med 781 Mkr att utgöra underskottstäckning till distriktsnämnderna (149 Mkr), underskottstäckning och aktieägartillskott till aktiebolagen i Helsingborg och Ängelholm (tillsammans 672 Mkr), uppdrag åt regionstyrelsen bland annat att minska administrationskostnaderna med minst 30 Mkr, att utreda effekterna på kostnader och handläggningsordning av konkurrensprogrammet, samt att tydliggöra organisationen och investeringsinriktning för telemedicinens stora möjligheter.²¹⁵
- 2001 i april beslöt fullmäktige att inga särskilda krav skall ställas på att underskott som på nämndnivå uppstått under 2000 skall avhjälpas genom återställande av eget kapital samt att överskott på nämndnivå ej heller får disponeras genom minskning av eget kapital²¹⁶ samt i juni att justera budgeten genom att öka anslagen för hälso- och sjukvården med 400 Mkr.²¹⁷
- 2002 i april beslöt fullmäktige att inga särskilda krav skulle ställas på att underskott som på nämndnivå uppstått under 2001 skulle avhjälpas genom återställande av eget kapital och omvänt att överskott på nämndnivå ej heller fick disponeras genom minskning av eget kapital.²¹⁸ Vidare beslöts att revidera budgeten för 2002 och öka regionbidraget till hälso- och sjukvården med 872 Mkr.²¹⁹ I skrivelse till fullmäktige förklarade regionstyrelsen behovet av en förstärkning av budgeten med att den nivåhöjning som inträffade år 2000 inte hade

214 Regionfullmäktiges protokoll den 16 augusti 199 § 104 och den 14 september 199 § 144

215 Regionfullmäktiges protokoll den 21 juni 2000, § 61

216 Regionfullmäktiges protokoll den 5 april 2001, § 37

217 Regionfullmäktiges protokoll den 21 juni 2001, § 64

218 Regionfullmäktiges protokoll den 22-23 april 2002, § 29

219 Regionfullmäktiges protokoll den 22-23 april 2002, § 32

kunnat beaktas i budgeten, att beslut om fritt val av familjeläkare och sänkta avgifter för barn och ungdomar ökat nettokostnaderna ytterligare under 2002 samt att man hade en kraftigt ökad produktion och utbud av hälso- och sjukvård samt ”generellt ökade ambitioner”. I skrivelsen utfäste sig regionstyrelsen att öka styrning och kontroll för att undvika att den nya högre budgetramen skulle överskridas.

Regionstyrelsens styrning

Respondenter gav samstämmigt följande bild av regionstyrelsens styrning. Under 1999–2001 inriktades styrningen på resultatkontroll och producenterna levde på sina intäkter – även om de var interna. Signalen var att öka produktionen och reducera köerna. ”Regionens ledning ville helt enkelt få mycket gjort.” Vårdöverenskommelserna uppfattades inte som begränsande. Styrsystemet möjliggjorde för det enskilda sjukhuset att finansiera en ökad produktion med ökade intäkter, dels då beställningarna från de egna distrikten i flera fall var utan kostnadstak, dels genom att behandla patienter enligt länsprislistan från distrikt man inte hade avtal med.

Några citat från intervjuerna:

Det hade aldrig varit någon kostnadsstyrning, endast resultatstyrning samt tydliga impulser att reducera köerna.

De politiska signalerna bortsåg från – eller snarare upphävde – budskapet att regionen var i ekonomisk kris.

Denna styrning förstärktes av att politikerna gav kraftfulla budskap till medborgarna om att ställa krav på sjukvården.²²⁰

Som framgått ovan ledde denna styrning naturligen till totala kostnadsökningar för regionen. Först under våren 2002 ställdes krav på att begränsa totalkostnaderna och sjukhuscheferna avkrävdes åtgärdsprogram för att undvika att överskrida kostnadstaket. Före dess hade regionstyrelsen eller dess beredningar inte etablerat någon aktiv roll i frågan om kostnadsstyrning.

220 Med uttryck som ”de politiska signalerna” och ”politikerna” avser respondenterna majoritetens regionråd

Utveckling av ekonomisk styrmodell och nytt ekonomisystem

Fullmäktige gav redan i december 1998 regionstyrelsen i uppdrag att utveckla en ekonomisk styrmodell och ett ekonomisystem med målet att egna produktionsenheter skulle styras på ett tydligt och mätbart sätt. I första hand avsågs ersättningsystem och prissättning men en viktig förutsättning var att kostnaderna per prestation skulle kunna fastställas och att organisationen hade en kostnadskontroll.²²¹ Fullmäktige väntade sig att principerna och delvis tekniken i den nya ekonomiska styrmodellen skulle kunna tillämpas redan i budgeten för 2000. Uppdraget ledde till förslag om vissa principer, men ännu våren 2002 hade inget konkret förslag framkommit.²²²

Distriktsnämndernas roll i kostnadsstyrningen

Nämnderna arbetade självständigt utan att någon regionövergripande samordning etablerades. Huvudintrycket var dock att nämnderna såg som sin främsta uppgift att sörja för att medborgarna skulle få sitt sjukvårdsbehov tillgodosett med god kvalitet. Nämndernas roll i kostnadsstyrningen begränsades till att ingå vårdöverenskommelser inom ramen för sin budget och att sedan kontrollera fakturorna. Vårdavtalen hade inte uppfattats som begränsande av sjukhusen och styrde inte med tillräcklig kraft. Dessutom ingicks vårdavtalen i flera fall först sent under det år de avsågs gälla, vilket starkt reducerade avtalens påverkan på verksamheten. För vård vid sjukhus utanför distriktet hade distriktsnämnderna, som redan noterats, att betala enligt löpande räkning.

En respondent beskrev nämndens arbete på följande sätt

Den viktigaste uppgiften var att vara befolkningsföreträdare. Vi har lärt oss mycket och vi har lärt oss att hitta intressanta perspektiv. Nämnden har bedömt behoven både när det gäller förebyggande vård och vårdinsatser: hur man kan tillföra livskvalitet, trygghet och fler människor i livet. Vi har gjort samhällsanalyser, kartlagt medellivslängd och kostnadsutveckling samt skillnader mellan de olika regiondelarna i dessa hänseenden. En viktig del i nämndens arbete har varit kunskapsinhämtningen.

221 Regionfullmäktiges protokoll 1998-12-07-08, § 30

222 Regionstyrelsens protokoll 2000-09-21, §§ 208 och 209, Verkställande ledning PM 2000-09-12: Grundprinciper för styrning, ersättning och uppföljning av hälso- och sjukvården i Region Skåne och Verkställande ledning PM 2000-09-18: Ersättningsystem i Region Skåne – Förslag till inriktning av ersättningsystem för 2001

Styrningen av entreprenaden och bolagen

När det gällde entreprenaden var regionens möjlighet att styra kostnaderna stark. Distriktsnämnden följde entreprenörens vårdproduktion avseende volymer och efter ett antal olika kvalitetsparametrar och ersättning utgick enligt det ingångna avtalet.²²³ Om kostnaderna för vården översteg den avtalade, så erhöll entreprenören inte högre ersättning och eventuella underskott i verksamheten drabbade inte regionen.

Bolagen var helägda av regionen och alltså en del av regionledningens förvaltning, men till skillnad från styrning av de förvaltningsdrivna sjukhusen, vilken förmedlades i kontakter mellan regiondirektör och sjukhusledning, leds ett bolag av en styrelse och en verkställande direktör, vilka är självständiga bolagsorgan. Styrningen av ett bolag måste därför ske indirekt av regionstyrelsen via ägardirektiv som fastställs på bolagsstämma. Sådan styrning hade dock knappast ägt rum.

Principerna för styrning av bolagen skiljde sig däremot inte från styrningen av de egna förvaltningarna. Grunden för styrningen utgjordes av vårdöverenskommelse med distriktsnämnden och ersättning enligt länsprislistan (sedermera Skåneprislistan) för patienter från andra distrikt. Sjukhusen i Helsingborg och Ängelholm utförde en stor sjukvårdsproduktion, som de också fick ersättning för eftersom de vårdöverenskommelser som distriktsnämnden ingått med bolagen inte innehöll några kostnadsbegränsningar, så kallat tak.

När det specifikt gällde Helsingborgs Lasarett AB, som ingått i urvalet, var förhållandena i detalj följande. Avtalet mellan distriktsnämnden och bolaget för bolagets första verksamhetsår, 2000, innehöll inte tak. Avtalet för 2001 ingicks först i november samma år och innehöll då visserligen ett tak, men detta tak var inte effektivt eftersom avtalet ingicks så sent att utvecklingen för året inte längre kunde påverkas i någon högre grad. Något avtal för 2002, slutligen, ingicks aldrig eftersom parterna inte kunde komma överens. Detta innebar att Skåneprislistan och därmed löpande räkning gällde hela perioden utom en dryg månad under 2001.

Kostnadsutvecklingen

Det ursprungliga målet var att reducera kostnadsnivån med cirka en miljard kronor. Utgångspunkten för kostnadsstyrningen var naturligtvis att

223 Avtal om tillhandahållande av vårdtjänster mellan Skåne läns landsting och Närsjukvården Österlen AB

budgeterade kostnader skulle hållas. Nedan visas i tabell 4.1 utvecklingen av budgetdifferenser för hälso- och sjukvården i regionen. Till de redovisade budgetdifferenserna har lagts tilläggsanslag som under olika beteckningar lämnades alla år utom 1999.

Tabell 4.1 Budgetdifferenser i hälso- och sjukvården i Region Skåne för åren 1999–2002. Källa: särskild rapport framtagen inom regionens ekonomiavdelning. Beloppen angivna i Mkr.

	1999	2000	2001	2002
Redovisade underskott	-759	-219	-1 041	-455
Tilläggsanslag under året	0	-781	-70	-872
Skillnad mellan ursprunglig budget och verklig kostnad för hälso- och sjukvården	-759	-1 000	-1 111	-1 327

Av tabellen framgår att hälso- och sjukvården för varje år hade förbrukat högre kostnader än vad som budgeterats.

I tabell 4.2 nedan visas utvecklingen av totalkostnaderna över åren och för mandatperioden totalt. I tabell 4.3 visas motsvarande uppgifter för Västra Götalandsregionen för att ge möjlighet till jämförelse. I beloppen ingår kostnaderna för tandvården för att öka jämförbarheten med kostnadsutvecklingen i Västra Götalandsregionen, där kostnaderna för tandvården inte kunnat urskiljas från övriga kostnader för hälso- och sjukvård.

Tabell 4.2 Utvecklingen av totala kostnader för hälso- och sjukvården inklusive tandvården i Region Skåne för åren 1999–2002²²⁴. Källa: särskild rapport framtagen inom regionens ekonomiavdelning. Beloppen angivna i Mkr.

	1999	2000	2001	2002
Verklig kostnad enligt bokslut	13 876	14 294	15 684	17 262
Årlig kostnadsökning		3,0 %	9,7 %	10,1 %
Kostnadsutveckling med 1999 som basår		3,0 %	13,0 %	24,4 %

²²⁴ Tandvårdens andel av totalkostnaderna var för 2001 785 Mkr och för 2002 828 Mkr

Tabell 4.3 Utvecklingen av totala kostnader för hälso- och sjukvården inklusive tandvården för åren 1999–2002 i Västra Götalandsregionen. Källa: särskild rapport framtagen inom regionens ekonomiavdelning. Beloppen angivna i Mkr.

	1999	2000	2001	2002
Verklig kostnad enligt bokslut	16 849	17 559	18 992	20 285
Årlig kostnadsökning		4,2 %	8,2 %	6,8 %
Kostnadsutveckling med 1999		4,2 %	12,7%	20,4%

Kostnadsökningarna var i stort sett lika stora i de två regionerna under åren 2000 och 2001 medan den var väsentligt högre i Region Skåne för 2002.

Det hade varit värdefullt att jämföra kostnadsutvecklingen med motsvarande uppgifter för 1998, som utgjorde utgångspunkten för regionerna. Jämförbara belopp var dock inte tillgängliga i någon av regionerna på grund av att sjukvården under 1998 bedrevs av tre respektive fyra olika huvudmän med olika principer för kostnadsfördelning och klassificering.

Det förhållandet att totalkostnaden (trots, som det skall visas i kapitel 5, väsentligt starkare styrningsintensitet i Västra Götalandsregionen) utvecklats i stort sett lika i de två regionerna ger anledning att ställa frågan om kostnadsutvecklingen kanske sammanfaller med kostnadsutvecklingen för hälso- och sjukvården i hela riket. För åren 1997–2000 var kostnadsökningen för hälso- och sjukvård i hela landet 6 % årligen och kostnaden för landstingen totalt ökade 7 % under 2002.²²⁵

I årsredovisningarna för Region Skåne och Västra Götalandsregionen visas också nettokostnadsökningen per medborgare för hälso- och sjukvård för de tre storlandstingen. Uppgifterna bygger på andra definitioner än de som använts ovan och är därför inte helt jämförbara med ovan redovisade belopp, men de är dock jämförbara sinsemellan. Den ackumulerade kostnadsökningen från 2000 till 2002 uppgick till 15,1 % för Västra Götalandsregionen, 15,3 % för Stockholms Läns Landsting och 19,6 % för Region Skåne.

Sammanfattningsvis kan alltså konstateras att hälso- och sjukvården varje år överskridit sina budgetar men att kostnadsökningen i och för sig

225 Beräkning i Anjou (2003), s. 202–203, grundad på statistik från Landstingsförbundet

inte varit märkbart högre än i de två andra storlandstingen och landet i övrigt för åren 2000 och 2001, men däremot påtagligt högre för 2002.

Sammanfattning och bedömning av styrningen av kostnadsnivån och kostnadsutvecklingen

De formella styrmedlen var i huvudsak tre: 1) fullmäktiges budget med anslag till distriktsnämnderna och krav på sjukhusen att klara sina kostnader inom ramen för ersättningar från distriktsnämnderna, 2) överenskommelser mellan distriktsnämnderna och sjukhusen samt 3) månadsbokslut med prognoser. Styrningen avsåg alltså resultat, budgeten i kronor skulle hållas. Fullmäktige underströk i budgetar för 1999 och 2000 kraftigt betydelsen av att regionens totala ekonomi förbättrades och att de totala kostnaderna begränsades. Men under alla tre åren 2000, 2001 och 2002 tvingades fullmäktige revidera budgeten och tillskjuta ytterligare anslag till hälso- och sjukvården samt ge absolution för tidigare budgetöverskridanden. Distriktsnämnderna ingick i de flesta men inte alla fall överenskommelser med tak för beställningarna från sjukhusen inom sina egna upptagningsområden, men patienterna hade möjlighet att söka och erhålla vård vid andra sjukhus och sådan vård hade patientens distriktsnämnd att betala på löpande räkning. I vissa fall ingicks överenskommelserna så sent att de inte kunde ha tillräcklig effekt på vårdens omfattning. Månadsboksluten och prognoserna upprättades, men de fick i huvudsak endast rent teknisk betydelse. Regionstyrelsens ledning engagerade sig inte i uppföljningarna förrän med verkan från och med 2002, då åtgärder vidtogs för att stärka styrningen av totalkostnaden. Beslutade insatser för att utveckla ekonomistyrssystem utreddes under hela mandatperioden och vissa principer fastställdes, men i övrigt uppnåddes inget konkret resultat av utredningarna under mandatperioden.

Systemet med ersättning till sjukhusen för prestationer stimulerade sjukhusen till hög produktion och de såg också en hög produktion både som värdefull för det egna sjukhusets ekonomi och som ett sätt att tillfredsställa de ledande politikernas offentligen uttalade krav.

Intensiteten i kostnadsstyrningen måste betecknas som svag och den fick dessutom konkurrens av prestationsersättningsystemet. Inom sjukhusen uppfattades inte vårdavtalens begränsningar som styrande – i de fall sådana begränsningar hade överenskommit. Det är möjligt och framstår som troligt att regionstyrelsens politiska ledning inte förutsåg och inte

förstod effekterna av denna konkurrens. Att styrningsintensiteten var svag skulle i så fall förklaras av att den styrande inte förstod de styrdas förutsättningar. Under alla förhållanden framstår den svaga styrningsintensiteten som effekten av otillräckligt intresse eller engagemang från regionstyrelsens ledning.

Läkarna och övriga medarbetare vid sjukhusen prioriterade verksamheten och vårdade de patienter som kom. En tydlig illustration till detta förhållande är att verksamheten fullföljdes också i de fall överenskommelser ännu inte ingåtts. Överenskommelserna sågs som formalia, verksamheten som det väsentliga. Sjukhusledningarna och i synnerhet ledningen för Helsingborgs Sjukhus förstod och utnyttjade prestationsersättningssystemet och engagerade sig för en högt produktiv verksamhet. Det kan konstateras att sjukhusen framstår som tydligt självständiga enheter. Vid sjukhusen ville man bedriva god verksamhet och vårda så många patienter som möjligt. De förstod och ville efterkomma prestationsstyrningen.

Kostnaderna översteg budget, i särskilt stor omfattning det sista året. Styrningens genomslagskraft var låg.

Det förhållandet att kostnadsutvecklingen trots låg styrningsintensitet och konkurrerande prestationsersättning ändå – med bortseende från det sista året – inte blev högre än i de andra jämförbara landstingen och inte heller högre än genomsnittet för svenska landsting kan tolkas som att man vid sjukhusen ändå inte var oaktsam med utgifter. Detta antagande överensstämmer med antagandet att det finns en grundläggande institution som kan betecknas som god hushållning.

Handlingsprogram och åtgärder för utveckling av sjukvårdsstrukturen

Utgångsläget och budget för 1999

I den organisation med parsjukhus som hade införts före regionbildningen förutsattes att sjukhusen skulle reducera kostnaderna genom uppgiftsfördelning och samverkan. Det större sjukhuset skulle vara komplett akutsjukhus med specialistresurser medan det mindre huvudsakligen skulle ägna sig åt elektiv vård. Samtliga parsjukhus hade planerat och delvis genomfört sparbeting under mandatperioden innan regionen bildades.

des. Omfattning och framgång varierade och distrikten beaktade endast i mindre grad regionperspektivet i sin verksamhet.²²⁶

I budgeten för 1999 konstaterades bland annat att strukturen inom vården måste förändras och utvecklas på flera sätt mot bakgrund av kravet på besparingar och rationaliseringar. Från en längre förteckning hämtas följande punkter, vilka gällde sjukhusvården direkt och indirekt:

- specialisering och arbetsfördelning efter kompetensprofil och lokala behov, uppdelning av akut och elektiv vård, utökad öppen vård m.m.,
- effektivisering genom förändringar i organisation och arbetssätt,
- konkurrensutsättning och alternativ drift,
- etablering av omvårdnadshus och
- utveckling av och ökad satsning på hospiceverksamhet.

Regionstyrelsen fick i uppdrag att utveckla hälso- och sjukvårdens struktur och utbud i enlighet med nu återgiven förteckning.²²⁷

Utgångspunkten för budgeten var att hälso- och sjukvårdens kostnadsnivå skulle reduceras med totalt 470 Mkr i två steg, det första steget under 1999 och det andra steget under 2000. För 1999 innebar detta ett budgeterat underskott på 483 Mkr och ett 0-resultat för 2000. Dessa besparingar skulle framför allt utvinnas genom strukturförändringar. En ytterligare utgångspunkt var att både fyrklövers partier²²⁸ och Skånes Väl i valet hade givit budskapet att alla sjukhus skulle få vara kvar. Detta gjorde det inte möjligt att lägga ned något sjukhus under mandatperioden. ”Efterfrågan från politikerna på strukturella reformer har varit marginell”.

I budgeten sades vidare att sammanläggningen av verksamheterna hos de tidigare tre sjukvårdshuvudmännen måste kunna ge resultat i form av samordningsvinster. ”Vinsterna måste hämtas hem utan att vi åstadkommer stora och därmed ostyrbara enheter. Det är samtidigt en förutsättning att regionen hålls samman, att det finns en totalkostnadskontroll och att hela vår organisation strävar mot gemensamma mål. Styrningen

226 Bohlin & Strömberg och Grufman Reje 1998-06-22: Analys av besparingsarbetet inom sjukvården i Region Skåne. Konsultrapport, s. 17 o. f. f.

227 Budget för 1999, s. 17

228 Fyrklövern var beteckningen på m, kd, fp och c sammantagna och därmed på den politiska koalitionen som utgjorde regionens politiska ledning. Fyrklövern fick stöd av Skånes Väl och uppnådde därmed majoritet i fullmäktige. Skånes Väl utgjorde i sin tur en samlingsbeteckning för samverkande lokala partier.

ska inriktas på detta även om decentraliseringsgraden måste vara stor och driftformerna varierande.”²²⁹

Utöver det ovan refererade allmänna uppdraget fick regionstyrelsen följande konkreta uppdrag, nämligen att utarbeta och fastställa förnyade direktiv för en samverkan mellan universitetssjukhusen i Malmö och Lund²³⁰, att redovisa förslag till genomförande av entreprenad i Simrishamn och etablering av aktiebolag för driften av Ängelholms Sjukhus respektive Helsingborgs Lasarett samt att utvärdera organisationen med porsjukhus och sjukvårdsdistriktens mer eller mindre väl preciserade strukturplaner.²³¹

Organisation för att driva strukturförändringar

Ansvaret för strukturfrågor vilade på regionstyrelsen²³², som också svarade för så kallade ägarfrågor gällande den egna produktionen. Någon särskild organisation under regionstyrelsen hade inte etablerats. Produktionsberedningen (som för övrigt etablerades först i början av 2000) saknade, som ovan redovisats, beslutsbefogenheter och hade inte – åtminstone inte före 2002 – uppdraget att driva förändringar i sjukvårdsstrukturen.

Besluten våren 1999

I februari 1999 beslöt regionstyrelsen föreslå fullmäktige dels att varje sjukhus skulle få en separat ledningsorganisation men betona att även om varje sjukhus nu blev självständigt, så måste fortsatt samarbete ske mellan sjukhusen, dels att bilda två helägda aktiebolag för att ta över och driva verksamheterna vid Ängelholms Sjukhus och vid Helsingborgs Lasarett samt dels att överlåta verksamheten vid Sjukhuset i Simrishamn till entreprenör efter upphandling.²³³ Fullmäktige fastställde därefter förslaget i april.²³⁴ Formellt återstod ytterligare några beslut innan bolagen var bildade och tog över verksamheten och innan entreprenadupphandlingen kunde genomföras och avtal ingås.

229 Budget för 1999, s. 17

230 Med denna formulering avses samverkan på kliniknivå mellan de två universitetssjukhusen

231 Budget för 1999, s. 18. I avhandlingen hänförs den förändrade driftformen för Sjukhuset i Simrishamn och bolagiseringarna av sjukhusen i Helsingborg och Ängelholm till området alternativa driftformer och konkurrensutsättning

232 Budget för 1999, s. 9

233 Regionstyrelsens protokoll 1999-02-16, § 47

234 Regionfullmäktiges protokoll 1999-04-27, § 60

Från och med den 1 juli 1999 hade regionen därmed tio självständiga sjukhus. Av dessa drevs Helsingborgs Lasarett och Ängelholms Sjukhus av helägda aktiebolag från och med den 1 januari 2000 och verksamheten vid Sjukhuset i Simrishamn övertogs av privat entreprenör den 1 september 2000.

Övergripande strukturutredningar

Våren 1999

Under våren 1999 togs en konsultrapport fram med förslag till ny yttre sjukvårdsstruktur i Skåne med beräkningar av förväntade besparingar, vilka sammantagna uppgick till cirka 300 Mkr. Förslaget innebar koncentration av akutverksamheten till Kristianstad, Malmö, Lund och Helsingborg. Därtill skulle Ystad vara akutsjukhus men det skulle prövas om förlossningsverksamhet och viss akut kirurgi/ortopedi borde utföras på något av de andra sjukhusen. Vissa begränsningar av vårdutbudet föreslogs också på de andra sjukhusen. Sjukhuset i Ängelholm skulle få rollen som förstärkt närsjukhus och sjukhusen i Simrishamn, Hässleholm och Landskrona skulle bli närsjukhus.²³⁵ Förslagen innebar förändring av vårdutbudet vid sjukhusen i flera avseenden, men politisk majoritet uppnåddes inte för förslagen som därmed inte ledde till någon strukturförändring.

Regionfullmäktige fastställde i stället ett inriktningsbeslut för en ny hälso- och sjukvårdsstruktur i Skåne i april 1999.²³⁶ Strukturbeslutet återgavs också i budgeten för 2000 och innebar följande,

- att akutsjukhusen i Lund, Malmö, Helsingborg och Kristianstad skulle svara för den fullständiga akutverksamheten inom Skåne,
- att sjukhusen i Ängelholm, Ystad och Trelleborg skulle svara för akutverksamhet där den kirurgiska verksamheten på ”icke kontorstid” var begränsad,
- att samtliga sjukhus skulle ha internmedicinsk verksamhet av akutkaraktär,

235 Bohlin & Strömberg mars 1999, Utvärdering av samverkan mellan sjukhus i Skåne. Underlag för beslut om sjukvårdens yttre struktur. Slutrapport.

236 Regionfullmäktiges protokoll 1999-04-17–28, § 60

- att elektiv sjukvård skulle bedrivas i varierande omfattning på alla sjukhus,
- att elektiv kirurgisk verksamhet i Skåne skulle belysas ytterligare samt
- att sjukvårdsutbudet i Landskrona skulle penetreras särskilt.

Förändringarna avsågs leda till effektivare vård, bland annat en förbättrad kösituation och lägre kostnader. Samverkan mellan universitetssjukhusen beräknades reducera regionens kostnader med 130 Mkr och samordning-
en av den elektiva sjukvården med 100 Mkr.²³⁷

I verkligheten innebar beslutet i april 1999 endast en rapport om på-
gående utredningar och beslut om ytterligare utredningar. Den enda för-
ändringen för omedelbar verkställighet var att den blivande entreprenören
för Sjukhuset i Simrishamn inte automatiskt skulle påräkna någon beställ-
ning av operationer från regionen. ”I första hand måste en eventuell opera-
tionsverksamhet bygga på avtal med andra intressenter. Verksamhetsinrikt-
ningen inom operationsverksamheten får därmed bygga på de möjligheter
entreprenören kan finna att teckna avtal för verksamheten.”²³⁸

Hösten 2000 och vintern 2001

I stort sett samma utredningsuppdrag, möjligen utvidgade, återkom i
budgeten för 2001.²³⁹ De ekonomiska effekterna beräknades i denna bud-
get till 75 Mkr till följd i första hand av konkurrensutsättning av all yttre
service och delar av inre service. Det konstaterades också att utvecklings-
insatserna var av sådan omfattning och grepp in i varandra i sådan utsträck-
ning att det krävdes så kallad paraplyorganisation för att hålla ihop arbetet
på en ny sjukvårdsstruktur. Beteckningen både för denna övergripande
projektorganisation och den vision av slutresultatet som man såg framför
sig blev *Skånsk Livskraft – Vård och hälsa*. Inom ramen för detta projekt
skulle en skånsk vårdidé utvecklas och denna förutsattes ge minskade år-
liga kostnader på 150 Mkr år 2002 och ytterligare 275 Mkr år 2003.²⁴⁰
Utredningsdirektiv för Skånsk Livskraft – Vård och hälsa fastställdes i re-

237 Budget för 2000, s. 38–39

238 Budget för 2000, s. 38

239 Budget för 2001, s. 37 o. f. f.

240 Budget för 2001, s. 42

gionstyrelsen i december 2000 och februari 2001²⁴¹. Till denna utredning hänfördes därefter alla frågor som gällde sjukvårdsstruktur och rationalisering. Utredningen åstadkom ingenting konkret under mandatperioden och fortsatte in i den följande.

Samverkan mellan universitetssjukhusen i Malmö och Lund

Budget för 1999

Att uppnå samverkan mellan universitetssjukhusen i Malmö och Lund var en väsentlig del av alla de strukturbeslut som redovisats ovan. Redan i konsultrapporten 1998 från Bohlin & Strömberg och Grufman Reje noterades att beslutsprocesserna gällande förändringsarbetet präglades av osäkerhet om förutsättningarna för samgåendet mellan de två sjukhusen och det var också ett av regionstyrelsens första konkreta uppdrag enligt budgeten för 1999 att utarbeta och fastställa förnyade direktiv för en samverkan mellan Malmö och Lund.

Våren 1999

Projektdirektiv fastställdes av regionstyrelsen i februari 1999²⁴² och i april preciserade regionfullmäktige att ”en fullt motiverad och mera långtgående samordning mellan sjukhusen i Malmö och Lund skall sänka kostnaderna med minst 100 Mkr i de segment som är föremål för samverkan”.²⁴³

I juni redovisades en plan och organisation för genomförandet. Planen innebar främst att en konkretisering av tidplanen för det fortsatta genomförandet av gemensam barnsjukvård skulle presenteras senast i september, att gemensam kärnverksamhet skulle vara införd senast den 1 januari 2000, att genomförandeplaner för övriga verksamhetsområden inom universitetssjukvården skulle utarbetas enligt samma förutsättningar och avrapporteras till regionstyrelsen senast den 30 september samt att projektledning för Malmö-Lund-samordningen var de båda sjukhuscheferna gemensamt.²⁴⁴

241 Regionstyrelsens protokoll 2000-12-14, § 276 och 2001-02-01 § 14

242 Regionstyrelsens protokoll 1999-02-16, § 55

243 Regionfullmäktiges protokoll 1999-04-08, § 106

244 Regionstyrelsens protokoll 1999-06-28, § 180

Hösten 1999

I november beslöt regionstyrelsen att godkänna förslag från sjukhusledningarna att sex nya gemensamma kliniker skapas med verksamhet i Lund och Malmö, att sjukhuscheferna senast under första kvartalet 2000 skall ha utsett nya verksamhetschefer för de gemensamma områdena och i samband med detta redovisa förslag för regionstyrelsen på preciserade krav på verksamhetsmässig samordning och ekonomiska förväntningar på samordningen samt förslag till långsiktig strategi för utveckling av organisationsformer för samordning av sjukvården i Malmö och Lund.²⁴⁵

De sex klinikerna skulle ha verksamhet både i Malmö och Lund och tre av klinikerna (handkirurgi, urologi och endokrinologi) skulle vara underställda sjukhuschefen i Malmö och tre (onkologi, kirurgi och öron-näsa-hals) skulle vara underställda sjukhuschefen i Lund.²⁴⁶

I budgeten för 2000 stod dock endast att en översyn av den nuvarande sjukvårdsstrukturen Malmö-Lund har påbörjats och att strategin är att samla verksamheten på klinisknivå under en gemensam ledning samt att därefter med rimliga beting samordna och rationalisera verksamheterna med målet att uppnå rationaliseringsbeting på 130 Mkr på tre år. ”Rationalisering genom samverkan mellan universitetssjukhusen är nödvändiga att åstadkomma.”²⁴⁷

Hösten 2000

Emellertid förlorade regionstyrelsen inflytande över utvecklingen mot en integration av de två universitetssjukhusen beroende på motsättningar mellan regionstyrelsens ledning och sjukhusens verksamhetschefer, enligt revisorerna på grund av ”oskickligt beteende” från en av regionledningens företrädare.²⁴⁸ Härefter upphörde redovisningarna i protokollen från samordningen och projektet nämndes endast i budgeten för 2001, där det sägs bl.a. att ”[a]rbetet med samordning av verksamheterna vid universitetssjukhusen i Malmö och Lund gavs nya förutsättningar under 2000”.²⁴⁹ Regionstyrelsen föreslog i budgeten att den pågående samverkanspro-

245 Regionstyrelsens protokoll 1999-11-02, § 278

246 Skrivelse från Administrativa Ledningen 1999-10-14, *Samordning av hälso- och sjukvården vid universitetssjukhusen i Malmö-Lund*

247 Budget för 2000, s. 39

248 Region Skånes revisorer, *Revisionsberättelse för år 2000*, s. 6

249 Budget för 2001, s. 38

cessen Malmö-Lund skulle inriktas på att åstadkomma samordning av den högspecialiserade vården för samtliga verksamheter, att detta arbete skulle påbörjas genom att identifiera och avgränsa den verksamhet som skulle samordnas, att en separat alternativ ledningsform för Skånes universitetssjukhusfunktion skulle prövas och att den verksamhetsmässiga och ekonomiska utvecklingspotentialen i en sådan konstruktion skulle utvärderas.²⁵⁰

I själva verket hade läkarna vid båda universitetssjukhusen opponerat sig så starkt mot samordning och konfrontationen mellan dem och regionstyrelsens representant blivit så kraftig att den politiska ledningen inte såg några möjligheter att driva frågan vidare. Utredningen om samverkan mellan Malmö och Lund hade i själva verket havererat och den föranledde inga förslag och inga åtgärder.

Hösten 2001

I budgeten för 2002 slutligen sades blott att "[e]tt arbete med att definiera och avgränsa den högspecialiserade vården så att verksamheten och uppdraget blir tydligt kommer att initieras efter diskussioner med berörda fakulteter. Den framtida inriktningen skall vara att skapa en framtida funktionell och kvalitativ högspecialiserad vård. Utgångspunkten är att denna vård skall ske på en internationellt framstående nivå som grundas i en aktiv vetenskaplig miljö."²⁵¹ Utredningsarbetet bedrivs inom ramen för Skånsk Livskraft. En respondent konstaterade i mars 2002 att "på politisk nivå har alla frågor om sjukvårdsstruktur och rationaliseringar gömmts undan inom projektet Skånsk Livskraft, som ännu inte har åstadkommit något konkret."

Utvecklingen på sjukhusen

I stället för en avsedd samordning av regionens gemensamma resurser och kostnadsbesparing innebar utvecklingen i verkligheten ett utökat utbud och bredare behandlingsprogram till följd av upplösning av parsjukhusen. Bland annat skapades akutavdelning med jourlinje på flera sjukhus än tidigare. "Alla försöker hitta på var sin sak! Hur utvecklas egentligen kostnaderna i vården?"

²⁵⁰ Budget för 2001, s. 39

²⁵¹ Budget för 2002, s. 17

Distriktsnämnderna verkade för att behålla den service som redan fanns på sjukhusen genom att hävda medborgarnas anspråk på bibehållen service, anspråk som understöddes av de ledande politikernas kraftfulla budskap till medborgarna att ställa krav på sjukvården. Inga konkreta initiativ från distriktsnämnderna att påverka vårdens struktur och innehåll har omvittnats i undersökningen. I stället gav nämnderna stöd åt de mindre sjukhusens utveckling mot lägre grad av samverkan.

Samtidigt har konstaterats att åtminstone sjukhusledningarna i Kristianstad och Hässleholm själva fullföljde samarbetet från parsjukhusens epok och tog initiativ till fortsatt samordning och rationalisering mellan de två sjukhusen. Det har också uppgivits av en respondent att mot slutet av mandatperioden erfor regionens sjukhus mer allmänt ett allt större behov av samordning.

Sammanfattning och bedömning av styrning mot handlingsprogram och åtgärder för utveckling av sjukvårdsstrukturen

Inom ramen för budget 1999 beslöts omfattande uppdrag till regionstyrelsen både att utreda frågan om en ny och mer ändamålsenlig sjukvårdsstruktur och att åstadkomma förändringar i strukturen. Utöver en övergripande omstrukturering uttalades tydligt specifika krav på större samverkan mellan sjukhusen, särskilt mellan universitetssjukhusen i Malmö och Lund men också mellan övriga sjukhus. Styrningen avsåg alltså närmast handlande, förslag skulle utarbetas och föreläggas fullmäktige och dessutom skulle förändringar genomföras när det gällde samverkan mellan sjukhusen.

Utredningar och förslag utarbetades under regionstyrelsens ledning och flera beslut fattades av fullmäktige och styrelsen. Ledande regionstyrelseledamöter medverkade vid presentationer i flera omgångar och vid försök att förankra besluten. Styrmedel var alltså utredningar, beslut, diskussioner och informella och formella möten. Styrningsintensiteten bedöms som stark.

Den enda åtgärd som verkställdes var upplösning av parsjukhusen, medan däremot samordningen mellan de tidigare deltagarna i parsjukhusen endast i begränsad utsträckning blev förverkligad och några strukturförändringar i övrigt genomfördes inte. I stället minskade samverkan i vissa fall genom att de mindre sjukhusen skaffade kapacitet att utföra sådan vård som det större sjukhuset egentligen skulle utföra. De mindre sjukhusen agerade självständigt.

Snarare än att recipiera styrningen avisades den av starka grupper av läkare på och under chefsnivå, vilka omfattades av förslagen. Regionstyrelsen var i flera fall tvungen att ta tillbaka och ändra sina förslag och beslut. Läkarnas uppfattning var att verksamheten bedrevs bäst i den organisation som den bedrivits tidigare. Teorin ger åtminstone två antaganden om förklaringen till att läkarna inte accepterade regionstyrelsens förslag och beslut, dels att läkarna inte förstod styrningen, dels att de till följd av egna intressen inte ville följa den. Man kan tänka sig att läkarna hade en tro på att nuvarande sjukvårdsorganisation bäst tillgodosåg kraven på en god sjukvård. Man kan också tänka sig att läkarna hade egna intressen av att förändringar inte kom till stånd. I flera fall hade läkarna stöd av den administrativa ledningen. Det empiriska underlaget ger inte tydliga besked om vilka förklaringarna var till att sjukhusen och läkarna avisade regionstyrelsens förslag och beslut gällande omstrukturering och samverkan.

De viktiga strukturfrågorna i hälso- och sjukvården kom inte närmare en lösning under den första mandatperioden. I stället sköts utredningsarbetet framåt under beteckningen Skånsk Livskraft och överlämnades till den nya mandatperioden. Styrningen hade ringa om ens någon genomslagskraft.

Åtgärder för att driva program för alternativa driftformer och konkurrensutsättning

Av fullmäktige antaget program för införande av konkurrens och alternativa driftformer

Regionfullmäktige antog i april 1999 ett program för införande av konkurrens och alternativa driftformer. Trots sin rubrik gällde programmet i allt väsentligt införande av konkurrens. Programmet redogjorde främst för motiven för konkurrensutsättning och alternativa driftformer och för organisation och former för genomförande av programmet. Enligt beslutet uppdrogs åt distriktsnämnder och övriga nämnder att förbereda och genomföra konkurrens enligt programmet och åt regionstyrelsen att genomföra programmets åtgärder, att omgående inleda förberedelse av konkurrensutsättning av inre och yttre service samt att lämna en upphandlingsplan som redovisade hur dessa verksamheter kan konkurrensutsettas med största ekonomiska nytta för regionen. Regionstyrelsen fick slutligen också i uppdrag att kontinuerligt följa programmets genomförande och senast i anslutning till budget för 2000 redovisa vilka ekonomiska effekter

som väntas uppstå innevarande år och att återkommande till fullmäktige redovisa hur programmet effektueras.²⁵²

För mandatperioden angavs 1999 följande mål för konkurrens med externa leverantörer och i huvudsak samma mål i budget för år 2000:²⁵³

För kärnverksamhet skall Helsingborgs och Ängelholms sjukhus bolagiseras och Simrishamns Sjukhus läggas ut på entreprenad och boende i samtliga sjukvårdsdistrikt skall erbjudas mångfald manifesterad såsom minst en alternativ utförare inom primärvård, tandvård, psykiatri och motsvarande verksamheter som riktar sig direkt till medborgare/patient.

För inre service är målet att minst hälften av omsättningen skall bli föremål för extern konkurrens.

För yttre service skall all verksamhet där externa aktörer kan erbjuda prisvärda alternativ konkurransutsättas och kan avvecklas inom regionen.

Enligt programmet skulle vidare utarbetas handlingsplaner inom varje produktionsenhet, varje distriktsnämnd och alla andra berörda verksamheter för uppnående av de angivna målen och handlingsplanerna skulle inges till regionstyrelsen för kontroll och samordning. I denna del kompletterades programmet med anvisningar för handlingsplaner för införande av konkurrens och alternativa driftformer från Administrativ Ledning till samtliga chefer.²⁵⁴

Organisation för konkurrensutsättning

Enligt programmet var, som framgått ovan, distriktsnämnderna genom sitt beställnings- och upphandlingsarbete ansvariga för konkurrensutsättning och de producerande enheterna hade ansvaret när det gällde inre och yttre service. Regionstyrelsen var överordnat och samordnande organ. Regionstyrelsens organisationen var följande: 1) den verkställande ledningen ansvarade för bevakning av att handlingsplaner kom fram och för analyser av dessa, 2) MA Skåne²⁵⁵, regionens upphandlingsenhet, utgjorde upphandlingsexperter och hade att biträda beställarna vid konkurrensut-

252 Regionfullmäktiges protokoll den 27–28 april 1999, § 55

253 PM 1999-03-30, Region Skåne. Program för införande av konkurrens och alternativa driftformer, s. 3–4, och Budget för 2000, s. 7

254 PM 1999-06-03 Anvisningar för handlingsplan för införande av konkurrens inom yttre service och PM 1999-11-29 Anvisningar för handlingsplan för införande av konkurrens och alternativa driftsformer inom kärnverksamheten

255 "MA" står för materialadministration och MA Skåne var en enhet för regionens logistikfunktion

sättning samt 3) ett särskilt konkurrenskansli hade till uppgift att stödja genomförandet av konkurrensprogrammets mål, bland annat genom att ge stöd och biträde till personal och externa företag som önskade etablera konkurrens med regionen.

Bolagiseringen av sjukhusen i Helsingborg och Ängelholm samt upphandlingen av entreprenör för Sjukhuset i Simrishamn drevs av regionstyrelsen.

Processer för styrningen av konkurrensutsättning

Utarbetande av handlingsplaner och en kontinuerlig avrapportering var centrala processer för att påminna om konkurrensutsättningen som strategi. Handlingsprogrammen redovisades kontinuerligt i regionstyrelsen.

En särskild grupp förtroendevalda inom fyrklövern med bland andra regionstyrelsens ordförande etablerades för att följa konkurrensfrågorna. Gruppen hade ingen beslutsfunktion utan fungerade som ett forum för diskussion och debatt. Gruppen hade ett nära samarbete med konkurrenskansliet.

Konkurrenskansliets åtgärder

Konkurrenskansliet genomförde ett betydande antal aktiviteter för att stimulera till konkurrens. Sålunda genomfördes tolv informationsträffar med över 700 deltagare i regionen om möjligheterna att överta verksamhet från regionen. Vidare genomfördes 24 starta-eget-kurser med över 400 deltagare och ett mentorprogram för drygt tio entreprenörer. Kansliet upprättade skriftliga rapporter över utvecklingen.²⁵⁶

Åtgärder för konkurrensutsättning

Planer för konkurrensutsättning utformades av distriktsnämnderna. Regionfullmäktiges program och intentioner var väl kända. I regionen framgick det tydligt att konkurrensutsättning var angeläget och skulle eftersträvas samt att initiativ till anbud på verksamheter från anställda inom regionen var välkomna. Ett antal upphandlingar av primärvårdsverksamhet och i några fall också specialistvård konkurrensutsattes och upphandlades i alla sjukvårdsdistrikt, även om ambitionerna varierade inom distrikten.²⁵⁷

²⁵⁶ PM Konkurrenskansliet 2002-02-04 Förnyelsearbetet i Region Skåne 1999–2002

²⁵⁷ *Ibid.* s. 10

Också på sjukhusen vidtogs åtgärder för arbete med konkurrensut-sättning av inre och yttre service, även om frågan vid vissa sjukhus gavs låg prioritet. När det gäller yttre service genomfördes konkurrensut-sättning av bland annat kost, städ, patienthotell och telefoni vid sjukhusen Landskrona-Lund-Orup, Malmö Allmänna Sjukhus och Trelleborg samt Centralsjukhuset i Kristianstad. Mindre projekt pågick i april 2002 vid sjukhusen i Ystad och Hässleholm.²⁵⁸

Upphandling av inre service

Inom området inre service genomfördes upphandlingar av administrativ service, företagshälsovård, ambulans- och akutbilsverksamhet, ortoped-teknik, spermadiagnostik och mammografiscanning.²⁵⁹

Det bordlagda projektet om upphandling av radiologi och laboratoriemedicin

I september 1999 slutfördes ett omfattande utredningsarbete avseende konkurrensut-sättning av radiologi samt en utvärdering av frågan om upphandling av laboratoriemedicin och framtagande av konkurrensplan för laboratoriemedicin. Arbetet genomfördes med hjälp av konsulter och förslagen blev i båda fallen ett tydligt program med tre steg: 1) i den första omgången skulle del av regionens verksamhet konkurrensut-sättas och endast externa leverantörer inbjudas att lämna anbud för att öka eller skapa förutsättningar för konkurrens, 2) i nästa omgång skulle nästa del av regionens verksamhet konkurrensut-sättas och då skulle också interna enheter kunna lämna anbud (så kallat egenregianbud), varvid det förut-sattes att man hunnit etablera resultatenheter samt 3) ett slutsteg då regio-nen bedömdes ha uppnått en god konkurrens och då den tredje och sista delen av regionens verksamhet skulle konkurrensut-sättas.²⁶⁰ I förslagen underströks vikten av förankring och samverkan med den professionella organisationen.

Utredningen ledde till förslag från den Administrativa Ledningen och regionstyrelsens ordförande, som i gemensam missivskrivelse hänvisade till konkurrensprogrammet och redovisade att ”det på sina håll finns en

²⁵⁸ *Ibid.*, s. 12

²⁵⁹ KPMG 2001-05-18: Region Skåne, Granskning av konkurrensprogram, s. 8

²⁶⁰ Grufman & Reje Partners AB, 1999-09-01, *Konkurrensut-sättning av radiologi i Skåne.*, s. 16 o. f.f. och Grufman & Reje Partners AB, 1999-09-01, *Utvärdering av laboratoriemedicin i Region Skåne samt framtagande av konkur-rensplan för laboratoriemedicin*, s. 37–38

osäkerhet/oro/tvekan som måste bearbetas ytterligare. Klarlägganden och förtydliganden kan bidra till en bredare uppslutning såväl politiskt som verksamhetsmässigt. Det finns ingen anledning att nu avvika från de mål och principer som i respektive projektrapport fastlagts som vägledning för konkurrensutsättningen”.²⁶¹

Med hänvisningar till behovet av ytterligare bearbetning av förslaget beslöt regionstyrelsen i januari 2000 enligt förslag i nu citerad missivskrivelse att konkurrensutsätta mammografiscanning och att fortsätta förberedelserna för konkurrensutsättning av radiologi och laboratoriemedicin. En slutlig plan för konkurrensutsättning skulle godkännas av regionstyrelsen.²⁶²

I budgeten för 2001, som fastställdes i oktober 2000, togs utvecklingen inom laboratoriemedicin och radiologi upp under egen huvudrubrik i avsnittet ”Konkretisering av skånsk vårdidé”. I texten konstaterades följande.

Ett särskilt översynsprojekt arbetar f.n. med att utveckla en samlad plan för laboratoriemedicinsk och radiologisk service i Skåne, varvid förutsättningarna för konkurrensutsättning undersöks. Mammografiscanningen kommer att upphandlas under året. Den ursprungliga modellen för konkurrensutsättning kommer att prövas ... utifrån den översyn som pågår för att belysa vad som genomförs utifrån besluten kring laboratoriemedicin – Skåneutredningen. Under tiden har också andra utvecklingsförslag framkommit från Lund och Malmö som ger andra infallsvinklar på verksamheten.²⁶³

Bland de utgångspunkter som enligt budgeten för 2001 skulle gälla för den fortsatta planeringen framhölls att verksamheterna skulle kunna drivas så ekonomiskt rationellt som möjligt och att en prövning skulle genomföras för hur konkurrensutsättning och alternativa driftformer kan bidra till att utveckla och rationalisera verksamheten. Regionstyrelsen föreslog att den under första halvåret 2001 skulle få i uppdrag att presentera en samlad plan som tog sin utgångspunkt i den skånska vårdidén.²⁶⁴

Projektledningen bjöd hösten 2000 in till dialog och diskussioner om radiologin. Förslaget kom emellertid att väcka starka protester från sjukhusen och läkarna, varvid ”politikerna stoppade programmet i byrålådan”

261 Administrativ Ledning, 2000-01-10, *Konkurrensutsättning av radiologi och laboratoriemedicin i region Skåne – fortsatt handläggning*, s. 2

262 Regionstyrelsens protokoll 2001-01-20 § 17

263 Budget för 2001, s. 41

264 Budget för 2001, s. 41–42

förutom ett beslut att upphandla bildtolkningen till mammografiscanning. Formellt blev förslaget att övriga delar av planen för den skånska laboratoriemedicinska och radiologiska servicen skall inarbetas i den samlade skånska vårddiden och beslutas i det sammanhanget.²⁶⁵

Den 8 mars 2001 (§ 39) konstaterade regionstyrelsen att förutsättningarna för konkurrensutsättning av radiologi och laboratoriemedicin hade förändrats sedan regionstyrelsen fattade sitt beslut den 20 januari 2000. Nu beslöts därför att verksamheten för mammografiscreening skulle konkurrensutsättas så att bildtolkningen upphandlas. Förslag om upphandling av teknikplattformar för i första hand MR- och CT-verksamheten och i ett senare skede eventuellt också nukleärmedicin vid Lunds Universitetssjukhus skulle utarbetas och strukturen skulle anpassas till Skånsk Livskraft. Formellt beslöts alltså om en ny utredning, men någon sådan hade inte bedrivits och inget förslag hade framkommit vid mandatperiodens utgång.

Trots omfattande utredningar, fullmäktiges beslut och regionstyrelsens omfattande ansträngningar ledde projektet alltså till att endast mamмоgräfröntgen upphandlades gemensamt för regionen. Frågan återkom inte ytterligare i protokollen men omnämndes i budgeten för 2002 som ett utredningsuppdrag utan att termen ”konkurrensutsättning” nämndes.²⁶⁶

Regionens egen uppföljning av omfattningen av konkurrensutsättning

Någon formell rapportering som visar i vad mån regionen uppnådde de kvantifierade målen för konkurrensutsättning har inte redovisats, men intervjuerna gav vid handen att den målsatta omfattningen inte uppnåddes. Denna bild styrks också av en utvärdering som regionstyrelsen lät göra under våren 2001²⁶⁷, i vilken det bland annat konstaterades att de verksamheter som hade konkurrensutsatts vid tidpunkten för granskningen omsatte 360 Mkr²⁶⁸ – ett belopp som är marginellt i förhållande till regionens omsättning. Vidare sades i rapporten att det i och för sig var för tidigt att bedöma möjligheterna att nå uppsatta mål men att det var långt ifrån säkert att det skulle ske.

265 Budget för 2002, s. 18

266 Budget för 2002, s. 18

267 KPMG 2001-05-18: Region Skåne, Granskning av konkurrensprogram

268 *Ibid.*, s. 9

Sammanfattning och bedömning av styrningen mot program för nya driftformer och konkurrensutsättning

Beslut om konkurrensutsättning och alternativa driftformer fanns både inom ramen för budgetar och i form av ett särskilt program. Styrningen avsåg i första hand handlandet att överföra verksamhet till alternativa driftformer och konkurrensutsätta verksamhet. För vissa delar av verksamheten fastställdes också måltal för den andel av regionens verksamhet som skulle konkurrensutsättas.

De styrmedel regionstyrelsen etablerade var krav på att distriktsnämnder och utförare skulle fastställa och rapportera planer för konkurrensutsättning för regionstyrelsen, kontroll av att dessa planer redovisades, ett särskilt kansli för stöd och inspiration samt att en grupp av ledande politiker från regionstyrelsen följde utvecklingen. Ärendena gällande bolagisering av Helsingborgs Lasarett och Ängelholms Sjukhus samt övergång till entreprenad för Sjukhuset i Simrishamn drevs av regionstyrelsens eget kansli och under uppsikt av de ledande politikerna. Styrningsintensiteten bedöms sålunda som stark.

Inom kärnverksamheten hade Sjukhuset i Simrishamn efter upphandling lagts ut på entreprenad från och med den 1 november 2000. Dessutom drevs sjukhusen i Helsingborg och Ängelholm sedan den 1 januari 2000 av helägda dotterbolag till regionen.

Distriktsnämnderna och utförarna fastställde i de flesta fall planer. Konkurrensutsättningar genomfördes av distriktsnämnderna i huvudsak enligt planerna, men i lägre grad av sjukhusen, som inte betraktade konkurrensutsättning som någon av de viktigare frågorna. Sjukhusledningarna gjorde en annan bedömning av angelägenhetsgraden än regionstyrelsen och drev verksamheten enligt sin egen uppfattning om vad som var viktigast och lämpligast.

Ett regiongemensamt projekt med stöd från regionstyrelsens ledande politiker etablerades för konkurrensutsättning av hela regionens mammografiscanning, radiologi och laboratoriemedicin. Två stora upphandlingar hade diskuterats och förberetts, men de mötte motstånd hos de aktuella enheterna, vid sjukhusen och hos läkarna, vilket gjorde att regionstyrelsen inte slutförde sina förslag och åtgärder med ett marginellt undantag för mammografitjänster som konkurrensutsattes i begränsad omfattning. Motståndet mot konkurrensutsättning av inre service kan förklaras på samma sätt som motståndet mot omstrukturering med antingen att

sjukhusen och professionen gjorde en annan bedömning av lämpligheten eller inte förstod argumenten eller att egenintressen stödde en oförändrad verksamhetsorganisation. Frågan om konkurrensutsättning av radiologi och laboratoriemedicin hänsköts till utredningen Skånsk Livskraft.

En påtaglig utveckling mot nya driftformer och konkurrensutsättning ägde rum, men målen hade inte nåtts, framför allt inte när det gällde konkurrensutsättning i sjukhusen och av inre service. Styrningens genomslagskraft bedöms därför som måttlig.

Utveckling av inre rationalisering inom vården samt utveckling av nya vårdprocesser och vårdkedjor

I budget för 1999 underströks vikten av besparingar och rationaliseringar under rubriken Region Skånes ekonomiska läge.²⁶⁹ I ett uppdrag till regionstyrelsen att modernisera vårdens inre struktur framhölls vikten av att vårdkedjor och vårdprocesser läggs som bas för sjukvårdsorganisationen, att ledtider minskas och att kostnadseffektiviteten höjs, även om detta uppdrag i första hand gällde att åstadkomma mindre arbetsplatser och därmed ett större utrymme för patientens och personalens initiativ.²⁷⁰ Också i budget för 2000 underströks vikten av utveckling av vårdprocesser, medicinskt programarbete samt produktivitetsökning och effektivisering.²⁷¹

Någon regionövergripande organisation för att driva inre rationalisering och utveckling av vårdprocesser och vårdkedjor etablerades inte. Utöver ansträngningarna att konkurrensutsätta verksamheten bedrevs ingen rationalisering på regionstyrelsens initiativ utan det förutsattes att denna skulle komma till stånd på sjukhusen. Det underströks vid intervjuer att det var sjukhuschefernas ansvar att vården bedrevs rationellt. Frågan om organisation av vårdkedjor och vårdprocesser hade visserligen föranlett ett allmänt uttalande från hälso- och sjukvårdsberedningen att man ville se vårdöverenskommelser med utgångspunkt i vårdkedjor, men i övrigt hade ingen styrning skett från regionledningen.

Också beställningsarbetet kan ses som ett led i utvecklingen av sjukvårdens effektivitet, särskilt när det gäller processerna inom sjukhusen och

269 Budget för 1999, s. 12

270 Budget för 1999, s. 20

271 Budget för 2000, s. 31, 34 och 35

när det gäller samverkan mellan olika vårdgivare. Några riktlinjer för hur beställningar skulle grundas eller utformas hade dock inte utarbetats och någon vittnesbörd om att beställningsarbetet drivit rationaliseringar eller vårdkedjor framkom inte vid intervjuerna.

Det kan naturligtvis hävdas att kravet på att sjukhusens resultat skall bli 0 ger incitament till rationalisering på en övergripande nivå. Lyckas inte sjukhuset utföra vård enligt den gemensamma Skåneprislistan och lyckas man inte utföra vård till de villkor som överenskommelsen med distriktsnämnden ger, så måste man rationalisera. I intervjuerna framkom dock att resultatstyrningen inte fungerat så. ”Hitills har man mest varit inriktad på att *förklara varför* sjukhuset har underskott.”

Tanken att producenterna skulle konkurrera med varandra och att de fick intäkter efter prestation var i och för sig avsedda som drivkrafter för att öka produktiviteten. Eftersom emellertid totalkostnaderna inte begränsades, var dessa drivkrafter inte tillräckliga i det sammanhang som sjukhusen verkade.

Bedömning av styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft

Regionfullmäktige hade inom ramen för budget givit regionstyrelsen i uppdrag att säkerställa inre rationalisering inom vården och utveckling av nya vårdprocesser och vårdkedjor. Det är alltså frågan om styrning av ett handlande. Inga åtgärder för styrning från regionstyrelsen hade dock vidtagits. Detta behöver naturligtvis inte innebära att rationaliseringsprojekt saknades i regionen – tvärtom fanns exempel på sådana projekt. Dessa projekt var emellertid inte resultatet av fullmäktiges beslut och regionstyrelsens åtgärder. Styrningsintensiteten var alltså mycket svag och genomslagskraften av fullmäktiges och regionstyrelsens styrning låg.

Förhållningssätt av betydelse för styrningen

Regionstyrelsen implementerade ett institutionellt arrangemang för styrning som baserades på decentralisering och resultatstyrning: varje enhet skulle täcka sina kostnader med intäkter. Beställarna skulle beställa sjukvård inom ramen för de anslag (eller regionbidrag) som de erhöll genom budget från regionfullmäktige och sjukhusen och vårdproducenterna skulle finansiera sin verksamhet med intäkter för prestationer enligt avtalen med beställarna. Genom att beställarna anpassade sina beställningar

till sina anslag skulle regionens ekonomi balanseras totalt. Emellertid begränsades, som redovisats ovan, inte beställningarna till anslagsramarna och inte heller begränsades alla sjukhusens kostnader till deras intäkter. Till detta kom att patienter kunde söka vård vid vilket som helst av regionens sjukhus och i sådana fall debiterade sjukhusen distriktsnämnderna på löpande räkning. Regionstyrelsens företrädare underströk vikten av att produktionen skulle vara hög för att köerna till sjukhusen skulle reduceras. Denna önskan tillgodosåg sjukhusen och ökade sin produktion. Systemet för ersättningar till sjukhusen, regionens institutionella arrangemang, blev kostnadsdrivande.

Sjukhusens ledningar agerade självständigt, verksamheten fullföljdes även i de fall avtal inte förelåg, vård och produktion prioriterades allt enligt institutionen om god verksamhet och enligt de nya incitamentsbaserade reglerna för ersättning. Bland uppgifterna nedprioriterades konkurrensutsättning som bedömdes mindre viktigt än andra uppgifter.

Det har dock också konstaterats att kostnadsutvecklingen inte var ohejdad. Snarare överensstämde den i huvudsak med kostnadsutvecklingen i riket. Detta förhållande ger stöd åt antagandet att en godushållning eftersträvas och sålunda fungerar som stöd för begränsning av kostnadsutvecklingen.

I regionstyrelsen och nämnderna tillämpades majoritetsstyre. Mötningarna mellan majoriteten och oppositionen var tydliga och oenighet förelåg i de flesta frågor. Den politiska majoriteten ledde ensam regionen och oppositionen ägnade sig åt opposition.

Styrningen och dess påverkan på verksamheten – sammanfattning

De två viktigaste frågorna för regionen var enligt fullmäktige och styrelse att omedelbart bringa kostnaderna i nivå med intäkterna och att uppnå en mer ändamålsenlig sjukvårdsstruktur, vilket skulle bidra till balans mellan kostnader och intäkter också på längre sikt samtidigt som vården därigenom skulle effektiviseras. Två ytterligare områden på regionens agenda var konkurrensutsättning och alternativa driftformer samt rationalisering av vården innebärande bland annat utveckling av vårdprocesser och vårdkedjor.

Utveckling av en ny sjukvårdsstruktur och mot konkurrensutsätt-

ning och alternativa driftformer styrdes med stark intensitet, medan kostnadsutvecklingen styrdes med svag intensitet och rationalisering och utveckling av vården styrdes inte alls utöver texter i regionens budget. Sammantaget framstår den övergripande förklaringen till denna bild som resultatet av de ledande regionrådets uppfattningar om vilka frågor som var angelägnast att förändra. En förklaring till att kostnaderna inte styrdes intensivt kan också vara att regionledningen inte rätt förstod effekterna av att konkurrerande regler etablerades i form av prestationsersättning som gynnade hög produktion och därmed högre kostnad utan att styrsystemet säkerställde kontroll över totalkostnaden.

Den genomslagskraft av styrningen som uppnåddes var låg på alla undersökta områden utom för konkurrensutsättning och alternativa driftformer, där styrningens genomslagskraft var måttlig. Genomslagskraften

Tabell 4.4 Regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndernas åtgärder för styrning på de fyra olika områden som studien gällt samt effekterna av denna styrning

Punkt på agendan	Styrningsintensitet	Påverkan på verksamheten	Styrningens genomslagskraft
Styrning av kostnadsnivån och kostnadsutvecklingen	Svag	Kostnadskontrollen svag Kostnaderna överskreds	Låg
Handlingsprogram för åtgärder för att driva utveckling av sjukvårdsstrukturen för att effektivisera sjukvården på längre sikt	Stark	Förslag och beslut avvisades Endast marginell förändring	Låg
Program för alternativa driftformer och konkurrensutsättning	Stark	Bolagisering av två sjukhus; entreprenadisering av ett; konkurrensutsättning i viss, men i begränsad utsträckning	Måttlig
Utveckling av inre rationalisering i vården, utveckling av nya vårdprocesser och vårdprogram	Mycket svag	Ingen påverkan	Låg

var alltså låg också när det gällde omstrukturering av sjukvården trots att styrningsintensiteten på det området var stark. Förklaringar till att genomslagskraften var låg respektive måttlig även på områden med stark styrningsintensitet är för det första att sjukhusen, deras ledningar och läkarna agerar med stor självständighet. De agerar därmed enligt sina egna bedömningar av vad som är viktigt och mindre viktigt och all styrning fick inte genomslag, t.ex. konkurrensutsättning på sjukhusen, medan t.ex. styrning med incitament för hög produktion fick betydande genomslag. Styrning av handlande som innebär förändrade uppgifter eller förändrad organisation för enheter mötte stort motstånd från enheternas ledningar, läkare i chefsbefattning och övriga läkare. Beslut och förslag om nya sjukvårdsstrukturer avvisades, krav på samordning mellan regionens två universitetssjukhus avvisades, krav på samordning mellan sjukhus som tidigare varit parsjukhus uppnåddes inte utan sjukhusen utvecklades i stället i viss mån mot ökad självständighet och konkurrensutsättning av laboratoriemedicin och radiologi avvisades.

Styrningsintensitet och styrningens genomslag sammanfattas i tabell 4.4.

Kapitel 5

Från visionernas entusiasm och endräkt till verklighetens oenighet och ställningskrig

Västra Götalandsregionens första mandatperiod 1999–2002

Regionens bildande

Regionens bildande och regionens *raison d'être*

Det förelåg en stor samstämmighet bland de intervjuade om motiven för att bilda region Västra Götaland. Dessa motiv kan grupperas under fyra huvudargument, som vart och ett uppgavs av mer än hälften av antalet respondenter som svar på den öppna frågan: Varför bildades regionen?

1. För att öka det demokratiska inflytandet över sådana regionutvecklingsfrågor som tillhör staten och som i andra län (utom övriga försöksregioner) ombesörjs av staten.
2. För att skapa en kraftfull region i ett regionernas Europa och i konkurrens med Stockholms Län och Skåne.
3. För att anpassa de administrativa gränserna till mönstren i dagens kommunikationer och sjukvårdskonsumtion. De läns- och landstingsgränser som gällde före regionens tillkomst skar på omotiverade sätt genom naturliga levnadsmönster. För att komma till sitt eget sjukhus hänvisades medborgare i ett landsting i vissa fall till att åka genom ett annat landsting och förbi ett annat sjukhus. Vägarna gick genom flera länsstumpar och kollektivtrafiken finansierades landstingsvis men utnyttjades enligt andra kommunikationsmönster med komplicerade finansieringssystem och opraktiska biljettsystem för invånarna.
4. För att rationalisera och effektivisera särskilt sjukhusvården. Några respondenter anförde den bedömningen att de tidigare landstingen var

för små för att på sikt kunna klara en effektiv sjukvård, vilket talade för en sammanslagning. Vidare framförde många att en större region bättre skulle kunna rationalisera sjukvården bland annat genom att omstrukturera den till dagens efterfrågan.

Intervjuerna sammantagna ger inte stöd för att rangordna de fyra huvudargumenten. En av de intervjuade (som deltog i ledande position under hela förberedelsearbetet) hävdade att det var en önskan att överta regionfrågorna och strävan att undanröja de tidigare ineffektiva administrativa gränserna som var de ursprungliga argumenten, medan argumenten att skapa en kraftfull region och att förbättra förutsättningarna för sjukvårdens ekonomi tillkom under processens gång.

Idén att bilda en västsvensk region hade väckts redan i mitten av 1900-talet och ett tiotal utredningar hade genomförts, men de ledde aldrig till någon förändring. Inom ramen för den s.k. Birgerssonska utredningen 1992 skedde dock ett genombrott för regiontanken, enligt respondenter delvis därför att utredningen involverade alla politiska partier i alla delar av den tänkta regionen. En omvittnat fortsatt skickligt genomförd process och viktiga personers engagemang och insatser (bl.a. Göran Johansson, kommunalråd i Göteborg) skapade fortsatt ”en anda där politiska, geografiska och personliga motsättningar lades åt sidan och en gemensam vilja” uppstod.

Samverkan mellan de tidigare landstingen och Göteborgs Stad hade etablerats inom ramen för ett kommunalförbund som hade föregått regionen. Detta innebar bland annat att de ingående landstingens medborgare redan tidigare fritt kunnat välja sjukhus inom den blivande regionen. Samarbetet kom att utsträckas till att sjukhusgrupperna SU och NU²⁷² etablerades och drevs som kommunalförbund över landstingsgränserna.

Regionen bildades i en anda av stor entusiasm och nästan total enighet mellan de tidigare landstingens politiker från alla partier med undantag för centerpartiet i delar av Skaraborgs län. Också där fick regionen dock uppslutning sedan beslut fattats. Den 1 januari 1999 bildades Västra Götalands län och Västra Götalands läns landsting, landstinget med rätten att kalla sig region. Landstinget bildades genom sammanslagning av Bohuslandstinget, Landstinget Älvsborg och Landstinget Skaraborg och till

²⁷² SU står för Sahlgrenska Sjukhuset och Östra Sjukhuset i Göteborgs Stad och Mölndals lasarett i Bohuslandstinget och NU står för Norra Älvsborgs Lasarett (NÄL) i Trollhättan och Dalslands Sjukhus i Landstinget Älvsborg samt Uddevalla sjukhus, Lyseskils sjukhus och Strömstad sjukhus i Bohuslandstinget

landstinget överfördes också sjukvården från Göteborgs Stad. Vissa regionalpolitiska frågor överfördes från länsstyrelsen till det nya landstinget.

”Det ärvda underskottet”

I förberedelsearbetet hade i enighet överenskommit att ingen medborgare i den nya regionen skulle få höjd skatt till följd av regionbildningen. Detta innebar att regionens skattesats bestämdes till den lägsta skattesats som tillämpats inom de tidigare landstingen och den del av skatten i Göteborg som avsett sjukvården. Regionen startade därmed med en intäktsmassa som understeg kostnaderna för verksamheten. Skillnaden kallades av några politiker för ”det ärvda underskottet” och uppgick till ungefär en miljard kronor per år.

I den första budgeten, som upprättades av de fyra borgerliga partierna och stöddes i fullmäktige också av sjukvårdspartiet, beräknades underskottet till 800 miljoner kronor och dessutom förutsattes att kostnadsnivån skulle kunna reduceras med 500 Mkr redan det första året. Strategin var att konkurrensutsättning under de följande åren ytterligare skulle sänka kostnaderna. De politiska motståndarna bedömde emellertid den budgeterade nivån på underskottet som för optimistisk och krävde högre anslag till sjukvården.

Från visionernas entusiasm och endråkt till verklighetens handlingsförlamning och ställningskrig

Enligt några av tjänstemännen hade alla väntat sig en stabil majoritet i regionen för socialdemokraterna och vänsterpartiet. Valet gav i stället ett jämviktsläge, som innebar att en borgerlig majoritet förutsatte stöd av det nybildade sjukvårdspartiet, och en majoritet baserad på socialdemokrater och vänsterpartiet förutsatte stöd av miljöpartiet och sjukvårdspartiet. Socialdemokraterna var inställda på att leda regionen och presenterade ett budgetförslag i december 1998 som emellertid fick stöd endast av vänsterpartiet och miljöpartiet. I stället samlades de fyra borgerliga partierna till en koalition, som fick stöd av sjukvårdspartiet.

Samarbetsklimatet mellan majoritet och opposition blev destruktivt. ”Allt samarbete som hade präglat arbetet i Väststyrelsen var bortblåst och valet gav ett labilt politiskt läge.” ”Man kunde stundtals inte enas om någonting.” ”Obstruktion genomsyra[de] både regionstyrelsens och nämns-

dernas arbete.” ”Alla frågor blir politik, t.o.m. formfrågor...Det politiska läget präglas av att ge igen – det finns en spänning som inte är bra.”

Men också samarbetet inom majoriteten var bräckligt och det dominerande intrycket från intervjuerna är att majoriteten inte förmådde hantera några andra frågor än det inre samarbetet inom den politiska ledningen. ”De viktigaste frågorna fick inte plats på regionstyrelsens faktiska agenda. Man hade inte tid och ork med annat än sig själv – med politiken.”

Förutom att majoritetens representanter inte hade gemensamma uppfattningar i viktiga frågor, så blev också kostnadsutvecklingen besvärande och underskotten växte. Försommaren 2000 bröt folkpartiet och centerpartiet samarbetet med moderaterna och kristdemokraterna och bildade i stället under ledning av socialdemokraterna en minoritetsledning i en teknisk valsamverkan med miljöpartiet. Denna nya majoritet höjde skatten med ett belopp som motsvarade underskottet för sjukvården. Syftet var att skapa tilltro hos sjukvården, som inte hade respekterat den tidigare budgetnivån, och att vinna respekt för den nya och högre budgetnivån.

Regionstyrelsen och det politiska arbetet i de övriga nämnderna hade präglats av handlingsförlamning och personliga motsättningar inom majoriteten och mellan majoritet och opposition under hela 1999 och första halvåret 2000. De personliga motsättningarna blev bestående under hela den första mandatperioden, nu mellan den nya politiska ledningen och företrädarna för oppositionspartierna m, kd och sjukvårdspartiet (och in också i andra mandatperioden).

Regionens agenda

Intervjusvar om de viktigaste frågorna för regionen

I intervjuer i den första etappen med ledande politiker och tjänstemän som deltagit i förberedelserna och i regionledningen gavs följande svar på frågan om vilka frågor som varit viktigast för regionledningen. Antalet respondenter som lämnat respektive svar anges inom parentes.

- Ekonomin med svarsnyanser som ”att rätta upp ekonomin” (9)
- Konkurrensutsättning (5)
- Hantera sjukvårdsstrukturen (5)
- Regional utveckling (5)
- Etablera styrsystem (4)
- Hälso- och sjukvårdsfrågorna (3) – ett svar som delvis sammanfaller med svaret att hantera sjukvårdsstrukturen

- Decentralisera ("denna stora organisation och ge vårdcentralerna större självständighet och bryta upp storsjukhusen") (1)
- Att skapa legitimitet för regionen (bland befolkning och personal) (1)
- Personalfrågor (1)

1999 års och 2000 års budgetar

Budgeten för 1999 baserades på förutsättningarna om a) oförändrad skattesats, b) ett generellt krav på rationalisering på i storleksordningen 5 % samt c) effektiviseringar i hälso- och sjukvården på icke patientnära verksamhet och till följd av nyinvesteringar²⁷³.

I budgeten för 2000 behölls utgångspunkten oförändrad skattesats. Inledningsvis framhölls förekomsten av en diskrepans mellan den vård som beställs av sjukhusen och de medel som följer med denna beställning, ett "strukturellt kostnadsproblem" på i storleksordningen 600 Mkr. "Sjukhusen bedöms ha möjligheten att komma till rätta med detta strukturella kostnadsproblem under en treårsperiod."²⁷⁴ Vidare sades att konkurrensutsättning av service- och supportverksamhet kunde ge en kostnadsreduktion om 200 Mkr redan år 2000 och 500 Mkr för hela planperioden (2000–2002) samt att konkurrensutsättning av kärnverksamhet bedömdes kunna ge ytterligare 20 Mkr för 2001 och 40 Mkr för 2002, framför allt genom att möjlighet till benchmarking därmed skapas.²⁷⁵

Under rubriken Politiska prioriteringar inom Hälso- och sjukvård angavs i budgetarna en rad olika strategier för att förbättra hälso- och sjukvården, något mer utförligt i budget för 2000. Dessa strategier var en ny vårdgaranti, ökad mångfald av vårdgivare och valfrihet för patienten, mer lättillgänglig sjukvård, utvecklad ambulanssjukvård, en kraftfull satsning på primärvård, åtgärder för ett bra folkhälsoarbete, bibehållande av de små sjukhusen, utvärdering av strukturförändringar som lett till SU och NU, sammanhållna vårdkedjor, bättre sätt att samverka med den kommunala vården, förbättrad vård av äldre, förbättrad vård i livets slutskede samt förbättrad personalpolitik både genom stimulans till alternativa driftformer och ökad decentralisering.²⁷⁶

273 Moderat Samlingspartiet, Kristdemokraterna, Folkpartiet liberalerna och Centerpartiet: 1998-11-26: Förslag till budget för Västra Götalandsregionen, bilaga till fullmäktiges handlingar ärende 140/98, s. 1–2

274 Budget för 2000, s. 23

275 Budget för 2000, s. 33–34

276 Moderata Samlingspartiet, Kristdemokraterna, Folkpartiet liberalerna och Centerpartiet: 1998-11-26: Förslag till budget för Västra Götalandsregionen, bilaga till fullmäktiges handlingar ärende 140/98, s. 3–6 och Västra Götalandsregionen: Budget för 2000, s. 14–15

I ett särskilt avsnitt i budget för 2000 anges ett antal ekonomiska styrmedel som skall vidats, bl.a. med målet att bli ledande i Sverige vad gäller offentlig ekonomistyrning. Här återkommer också strukturförändringar samt alternativa driftformer och konkurrensutsättning. Förteckningen över dessa styrmedel avslutas med att det är ”ytterst angeläget att komma tillrätta med de organisatoriska felgrepp som tagits vad gäller främst sjukhusen i regionen. En utredning pågår för att se över den nuvarande strukturen vid våra fyra sjukhusgrupper och under hösten läggs konkreta förslag till åtgärder för att förändra strukturerna så att hälso- och sjukvården kan utvecklas.”²⁷⁷

Rekonstruerad agenda

På grundval av vad som framkommit beträffande regionens bakgrund, i budget och i intervjuer rekonstruerades följande agenda.

1. Omedelbart vidta åtgärder för att styra kostnadsnivån och kostnadsutvecklingen
2. Etablera och följa upp styrsystemen
3. Driva konkurrensutsettningsprogrammet
4. Skapa tilltro till och auktoritet för regionen både hos medborgarna och hos medarbetarna
5. Se över och förändra sjukvårdsstrukturen för att effektivisera sjukvården på längre sikt

Ovan rekonstruerade agenda underställdes i augusti 2002 genom en enkät samtliga regionstyrelsens sjutton ledamöter för bedömning av om agendan överensstämde med deras egna uppfattningar. Enkäten besvarades av åtta ledamöter, varav några lämnade ofullständiga svar. Ingenting i de åtta respondenternas svar motsade att agendan var ett adekvat uttryck för vad regionens ledande politiker ville uppnå. Fem av de åtta ledamöter som svarat ansåg att regionstyrelsen under perioden hade arbetat med att styra och följa upp kostnadsutvecklingen, två att den arbetat med att etablera styrsystem och två att den arbetat med att se över och förändra sjukvårdsstrukturen. Fyra av de fem som svarat på frågan om vilka frågor reformagendan hade bort uppta instämde med den rekonstruerade agendan.

²⁷⁷ Västra Götalandsregionen. Budget för 2000, s. 26–27

Frågor och områden för undersökning av styrningen och resultatet därav

Av de fem punkterna på den sålunda rekonstruerade agendan valdes punkterna 1, 3 och 5. Den andra punkten valdes bort av samma skäl som gällde beträffande Region Skåne, nämligen att den bedömdes som omfattande och att det var svårt att skilja ut och frilägga just åtgärder för detta ändamål. I den första delstudien fästes dessutom vikt vid möjligheterna till jämförelse mellan regionerna, och då styrsystemen var olika i regionerna bedömdes det svårt att uppnå jämförbarhet. Den fjärde punkten valdes bort av två skäl, dels svårigheten att föreställa sig hur regionstyrelsen skulle kunna styra en fråga om legitimitet i omvärlden, dels också strategin att uppnå jämförelse mellan regionerna och att denna punkt om legitimitet inte upptogs på agendan för Region Skåne.

När urvalet av områden för fördjupad studie av styrningen och resultatet därav genomfördes, framstod det som uppenbart att också det fjärde område som valdes för Region Skåne var viktigt även för Västra Götalandsregionen. Strategin för förändrade vårdprocesser och rationalisering av vården hade med kraft framhållits i budgetar för att reducera kostnaderna, men strategin var också väsentlig för att uppnå visioner om stärkt ställning för patienten och småskalighet. Som en av agendans punkter togs därför upp frågan om att utveckla inre rationalisering i vården, nya vårdprocesser och vårdkedjor.

Sålunda inriktades undersökningen av styrning på följande fyra områden:

1. Åtgärder för att styra kostnadsnivån och kostnadsutvecklingen
2. Handlingsprogram för åtgärder för att driva utveckling av sjukvårdsstrukturen för att effektivisera sjukvården på längre sikt
3. Åtgärder för att driva program för alternativa driftformer och konkurrensutsättning
4. Utveckling av inre rationalisering i vården samt utveckling av nya vårdprocesser och vårdkedjor.

Regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsstyrelsens roller, ansvar och uppgifter

Regionen arbetade enligt en beställar- utförarmodell, i vilken hälso- och sjukvårdsstyrelsen hade ett övergripande ansvar för regionens hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beställde all sjukhusvård av fyra sjukhusgrupper och tre självständiga sjukhus (Kungälvs lasarett, Frölunda specialistsjukhus och fr.o.m. 2001 också Alingsås lasarett). Sjukhusgrupperna leddes av utförarstyrelser och sjukhusdirektörer, vilka dock var underställda regiondirektören.²⁷⁸ Hälso- och sjukvårdsstyrelsen hade ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården.²⁷⁹

Utöver styrelsefunktionen enligt kommunallagen hade regionstyrelsen ansvar för arbetet med och utformningen av regionens övergripande mål, för att fastställa mål och för uppföljningen av den ekonomiska utvecklingen. Inom regionstyrelsen fanns ett ägarutskott som bland annat samordnade uppföljningen av produktionsresurserna och genomförandet av regiongemensamma projekt.²⁸⁰

Åtgärder för att styra kostnadsnivån och kostnadsutvecklingen

Fullmäktige antog varje år budget med anslag bland annat till hälso- och sjukvårdsstyrelsen, som i sin tur ingick överenskommelser med sjukhusgrupperna om åtaganden att tillhandahålla vård och om ersättning för fullgörande av dessa åtaganden. Ersättningen var i huvudsak baserad på volymer i termer av olika slags prestationstal, främst DRG-poäng²⁸¹. Utgångspunkten i styrningen var att sjukhusgrupperna skulle visa ett resultat om 0 kronor.

278 Det fanns varianter i organisationen. I vissa sjukhusgrupper fanns sålunda flera sjukhusdirektörer och för sjukhusen utanför sjukhusgrupperna fungerade regionstyrelsen som utförarstyrelse. Dessa skillnader har ingen betydelse för resonemangen i denna undersökning, varför texten inte tyngs med en fullständig redogörelse. I stället talas om sjukhusgrupper, om utförarstyrelser och sjukhusdirektörer.

279 Reglemente för hälso- och sjukvårdsstyrelsen och för hälso- och sjukvårdsnämnderna

280 Reglemente för regionstyrelsen

281 DRG står för diagnosrelaterade grupper och används som beteckning på ett system av vikter som används för att göra olika medicinska insatser jämförbara med varandra sålunda att olika slags insatser tilldelas visst antal poäng, varefter man kan jämföra t.ex. kostnaderna för en galloperation med kostnaderna en ögonoperation.

Överenskommelserna baserades på diskussioner och förhandlingar mellan sjukhusdirektör och hälso- och sjukvårdsstyrelsens stab samt beslutades för sjukhusgruppernas del av respektive utförarstyrelse. I praktiken uppfattades situationen dock vara den att hälso- och sjukvårdsstyrelsen talade om vilket totalanslag som skulle komma respektive sjukhusgrupp till del och att förhandlingarna mer avsåg hur stora volymer som skulle produceras för ersättningen. Ersättning per DRG-poäng varierade nämligen mellan sjukhusen.

På såväl en mer övergripande nivå som på en praktisk nivå innehöll budget för 2000 och framför allt budgetar för 2001 och 2002 också principförklaringar, viljeförklaringar och uppdrag till regionens förvaltningar. I 2001 års budget gavs 113 olika uppdrag, som återgavs också i budget för 2002 med tillägg av ytterligare ett femtiotal uppdrag i den nya budgeten²⁸².

För alla regionens enheter upprättades bokslut månadsvis, resultatprognoser för helår varannan månad och delårsbokslut per 30 april och 31 augusti. Samtliga delårsbokslut med prognoser och vissa av de rapporter som upprättades varannan månad föredrogs enligt protokollen i fullmäktige. Samtliga bokslut föredrogs enligt protokollen i regionstyrelsen, i regel med kommentarer. Utförda prestationer rapporterades från sjukhusgrupperna månadsvis till hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

Regionstyrelsens och fullmäktiges beslut för att begränsa kostnaderna

Utvecklingen under 1999 och början av 2000

De i budgeten förväntade rationaliseringseffekterna uteblev och under 1999 lämnades tilläggsanslag till hälso- och sjukvården med 670 Mkr. Likväl blev det sammanlagda underskottet för året drygt 700 Mkr, sålunda en total avvikelse mot budget på närmare 1,4 miljarder kronor.

Redan när månadsrapport per februari och helårsprognos för 2000 lämnades i regionstyrelsen den 11 april 2000 konstaterades i protokollet att ”kostnadsutvecklingen vid framförallt regionens sjukhus är ohållbar och att arbetet med att få kostnaderna under kontroll skall vara överordnat andra mål så att det negativa resultatet för 2000 minimeras. Detta måste också åtföljas av ett tydligt ansvarsutkrävande.”²⁸³ När även del-

282 Budget för 2002, s. 79 f.f.

283 Regionstyrelsens protokoll den 11 april 2000, § 74

årsbokslutet per 30 april åtföljdes av en prognos om ett underskott vid sjukhusen på 800 Mkr framlades förslag till kostnadsbegränsningar för år 2000 om 75 Mkr och på tre år med 465 Mkr. Förslaget fastställdes av fullmäktige i juni. En särskild grupp, sjukvårdsgruppen, som innehöll bland annat en särskild controllergrupp inom regiondirektörens stab, tillsattes med uppgift att arbeta med kostnaderna inom sjukvården.²⁸⁴

Ny majoritet sommaren 2000 och tilläggsbudget oktober 2000

I juni upphörde samarbetet mellan m, kd, fp och c och i stället etablerades en ledning av s, fp och c. Den nya majoritetens strategi var att hälso- och sjukvården nu skulle få anslag som täckte den etablerade kostnadsnivån och att det skulle vara möjligt att fortsättningsvis klara kostnaderna på denna nivå.

Fullmäktige beslöt om en budget för 2001, som innebar ett anslag till hälso- och sjukvården som översteg anslaget för år 2000 med 1,7 miljarder kronor. Ökningen bestod av en höjd ram med närmare 1 miljard kronor samt kompensation för kostnadsökningar och anslag för särskilda satsningar.²⁸⁵ Ökningen av ramen utgjorde en långsiktig nivåhöjning av anslagen och finansierades med en skattehöjning om 0,75 skattekröner. I oktober beslöts också om en tilläggsbudget för 2000 som gav hälso- och sjukvården ökade anslag med drygt 700 Mkr.²⁸⁶

Program för kostnadsbegränsningar inom sjukvården

Den 13 mars 2001 fastställde regionstyrelsen på förslag från regiondirektören ett program för 2001 för kostnadsbegränsningar inom sjukvården, vilket program syftade till att regionen inte skulle förlora greppet över kostnadsutvecklingen när anslagsnivån för hälso- och sjukvården ökats genom fullmäktiges beslut hösten 2000. Sjukvårdsgruppen skulle enligt programmet fortsätta sitt arbete och fokusera på genomförande- och uppföljningsfrågor kopplade till verksamheten, personal och ekonomi.

I anslutning till åtgärdsprogrammen både 2000 och 2001 gjordes förklaringar om (”förtydliganden”) att kostnadsnivån utgjorde en övergripande restriktion, dock att den medicinska säkerheten inte fick äventyras.

284 PM 2000-05-24 och PM 2000-06-15 till ärende RSK 12-2000

285 Budget för 2001, s. 42 och 48

286 PM 2000-10-13 till ärende RSK 12-2000, s. 4 och regionfullmäktiges protokoll den 24 oktober 2000, § 241

Periodbokslutet per 30 april 2001 föranledde regionstyrelsen att föreslå fullmäktige att göra förnyat uttalande om vikten av att åtgärder snarast vidtages för att uppnå budgeterat resultat.²⁸⁷

Den 9 oktober 2001 fann regionstyrelsen anledning att i protokollet konstatera följande

I pågående överläggningar mellan beställare och utförare angående verksamhetsvolymer och ekonomiska förutsättningar för år 2002 ska utgångspunkten vara att inga prognostiserade ingående balanser från 2001 ska påverka de nya avtalens innehåll, dvs. avtalen ska utgå ifrån att ekonomin 2001 är anpassad till budgetens förutsättningar. Såväl utförare som beställarorganisationen har därför det fulla ansvaret för att i sina egna organisationer vidtaga erforderliga åtgärder för att ha en ekonomi i balans vid ingången av år 2002.²⁸⁸

I regionstyrelsens protokoll den 18 december samma år kan läsas bland annat följande

Den översyn avseende SU:s ekonomiska förutsättningar och styrning som initierats av sjukhusdirektören och genomförts av regiondirektörens controllerorganisation redovisades för sjukhusstyrelsen den 6 dec. Det är nödvändigt att de åtgärder som redovisas i granskningsrapporten snarast får sin tillämpning. Med hänsyn till SU:s betydelse för regionens ekonomi och verksamhet är det viktigt att berörda aktörer – ägare, beställare och sjukhuset – finner ett gemensamt upplägg för att säkra den erforderliga kostnadskontrollen.

För NU-sjukvårdens nya organisation blir åtgärden att snabbt åstadkomma budgetbalans en förstahandsuppgift.

Några ytterligare nämnder, styrelser och verksamheter prognostiserar negativa årsresultat. Med anledning av detta erinras ånyo om regionstyrelsens beslut att kostnadskontroll utgör den övergripande restriktionen under år 2001. Berörda ansvarsheter måste snarast, enligt gällande ekonomistyrningsprinciper, besluta om åtgärder med syfte att uppnå budgeterat resultat.²⁸⁹

Kravet på kostnadsbegränsningar upprepades ytterligare vid flera tillfällen också under 2002.²⁹⁰

I PM daterad den 7 maj 2002 redovisade regiondirektören inkomna beskrivningar från de verksamheter som hade ett negativt kapital per 31 december 2001 över hur dessa inom en tvåårsperiod avsåg att komma till rätta med det negativa egna kapitalet. För ingen av de förvaltningar som hade större underskott (SU-sjukvården, NU-sjukvården, Hälso- och

287 Regionstyrelsens protokoll den 13 mars 2001, § 74

288 Regionstyrelsens protokoll den 9 oktober 2001, § 243

289 Regionstyrelsens protokoll den 18 december 2001, § 297

290 Se bl.a. regionstyrelsens protokoll den 14 maj 2002, § 129 och den 27 augusti samma år, § 197

sjukvårdsstyrelsen, Kungälv's sjukhus och Tvätteriet i Alingsås) redovisades mål att avveckla underskotten förrän under 2003.²⁹¹

Beslut om budgetförstärkningar

Per april månad 1999 förelåg en prognos som visade ett underskott för regionen totalt om 1.300 Mkr, varav för sjukhusens del 600 Mkr. På förslag från regionstyrelsen beslöt fullmäktige i juni 1999 om ett tilläggsanslag på 400 Mkr att användas för sjukhusen. Dessutom aviserades ytterligare anslagsökningar för 2000 på 400 Mkr och för 2001 på 200 Mkr.²⁹²

Sommaren 2000 beslöts som ovan angivits extraanslag till sjukhusen med de belopp som fordrades för att de skulle nå ett prognostiserat resultat om 0 kronor och denna nya nivå blev vägledande för kommande års budget. Samtidigt uttalades att sjukhusen nu förutsattes klara sin verksamhet på därigenom etablerade högre budgetnivåer.

Som framgått ovan visade ett antal enheter underskott också för 2000 trots den utökade anslagsramen. I den redovisning som refererats redan ovan är utgångspunkten att överskridandena behandlas som negativt eget kapital och skall kompenseras av överskott under kommande år. I redovisningen angavs emellertid från både SU och NU, som var två av de enheter som hade de stora underskotten, att någon "amortering" inte var möjlig att åstadkomma under 2001 utan i stället hänvisades frågan till bokslutsberedningen för 2002. Rapporten godkändes av regionstyrelsen. Under intervjuomgången vintern 2002, som genomfördes innan boksluten hade presenterats, förväntade respondenterna att SU och NU inte skulle komma att nå 0-resultat heller för 2002 men att de skulle komma att erhålla särskild ersättning i någon form.

Regionfullmäktige accepterade alltså för de två första åren att öka anslagen till de sjukhus som inte klarat sina budgetar och under det tredje året accepterades att överskridanden fick ske, även om man ställde krav på att dessa överskridanden skulle behandlas som negativt eget kapital med krav på utjämning någon gång i framtiden. Också för det fjärde året förväntades i organisationen någon form av accept för överskridanden.

291 PM 2002-05-20, diarienummer 11/2002

292 Regionfullmäktiges protokoll 23–24 juni, § 154

Styrning från regionstyrelsen och från regionens tjänstemannaledning

Alla intervju svar är entydiga beträffande vilka styrmedel som är starkast. Det är krav från regionstyrelsen att hålla kostnadsramarna och från hälso- och sjukvårdsstyrelsen att uppnå antal prestationer enligt överenskommelserna. En sjukhusdirektör sade ”Vänder vi oss till hälso- och sjukvårdsstyrelsen, så blir beskedet: ’Klara produktionen, annars blir det ekonomiskt avbräck!’ Och så får vi lite extrapengar om vi gör mer. Vänder vi oss till regionstyrelsen, så blir beskedet ’Håll kostnadskontrollen!’ ”. Utöver kostnadsstyrning har ingen styrning från regionstyrelsen förekommit. Två ytterligare uttalanden illustrerar det intryck intervjuerna givit:

Huvudinnehållet i beställningsprocessen är: Så här mycket får ni, så här mycket skall ni göra. Underlaget är anslag, precis som tidigare + prestationer och så lite för kökörtning och lite annat också

Jag styrs av budgetramar, prestationer enligt överenskommelsen och en inre bild av sjukhusets uppgift och på vilket sätt denna uppgift bör bedrivas

De viktigaste processerna för kostnadsstyrning var 1) förhandlingar inför och om överenskommelserna, 2) diskussioner under och i anslutning till besök av controllergruppen inom regiondirektörens stab samt 3) diskussioner i regiondirektörens ledningsgrupp. Det är rimligt att anta att andra frågor än volym och ersättning diskuterades i dessa processer, men volym och ersättning var huvudteman enligt samstämmiga respondenter. Alla angivna processer ägde rum på tjänstemannanivå. Utförarstyrelserna blev involverade endast för att godkänna och underteckna färdigförhandlade överenskommelser.

Budgeten styrde indirekt genom att den utgjorde ramen för hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Som framgått ovan gavs genom budgeten också olika uppdrag eller riktlinjer, vissa mer konkreta och andra mindre. Ingen av dem som intervjuats framhöll något av dessa uppdrag som viktigt styrmedel. En förklaring därtill är troligen att uppdragen var formulerade på ett abstrakt sätt och saknade en tydligt angiven mottagare av uppdraget. En annan förklaring gavs av en av respondenterna: ”Dessa uppdrag är för många, de är inte samordnade och de går i vissa fall mot varandra. Detta ger möjlighet att prioritera vad man vill.” En tredje förklaring är att ingen efterfrågade vad som gjorts och inte gjorts. Kostnadskontroll var det dominerande budskapet från regionens politiska ledning och tjänstemannaledning.

Förhandlingar om överenskommelserna – ingen allsidig prövning

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen drev sitt arbete för att pröva kostnaderna och kostnadsutvecklingen inom ramen för beställningsprocessen. Denna process baserades emellertid i hög grad på tidigare budgetar och var inte någon reell förhandling. En av de intervjuade ekonomicheferna beskrev beställningsprocessen med följande ord: ”Vi får ett anslag precis som tidigare och skall utföra det vi gjort tidigare plus lite till och så tillkommer lite för kökortning.”²⁹³

I intervjuerna gavs flera exempel som belysning av att prövningen inte var tillräckligt ingående. Det framhölls att utförarna hade de överlägset bästa kunskaperna och den bästa detaljinformation, vilket gjorde det omöjligt för hälso- och sjukvårdsstyrelsens tjänstemän att ”komma under ytan”. Vidare framhölls att sjukhusen i verkligheten ändå utförde vård som inte ökade deras ersättning dels därför att vissa insatser inte ersattes, dels därför att sjukhuset förutsattes fortsätta behandlingar även om man passerat den takvolym ovan vilken ersättning inte utgick. Detta sista exempel kan göras tydligare med citat från en av intervjuerna: ”Mitt sjukhus har nu [i mitten av november] fullgjort sin avtalade leverans av canceroperationer [för året], vilket betyder att det inte utgår ytterligare ersättning om vi utför fler. Däremot utgår det ersättning om vi i stället opererar gallor. Detta leder till en prioriteringssituation som ter sig främmande: skall läkaren ge företräde för galloperationer och avvisa cancerpatienter? I verkligheten opereras både gallor och cancer, men detta märks inte i bedömningen av utfallet.”

Överenskommelserna ingicks i regel sent under hösten om prestationer och ersättningsnivåer för det närmast följande året. Vid besök i november 2002 i Alingsås och på NU-sjukvården hade överenskommelser sålunda ännu inte ingåtts för 2003. Att genomföra mer än marginella förändringar i kapaciteten uppåt eller nedåt tar dock i regel mellan ½ och 1 ½ år, vilket innebär att ett avtal som ingås i november kan få mer betydande men likväl inte full effekt först under andra halvåret påföljande år i den mån kapacitetsförändringar förutsätts. De sent ingångna överenskommelsernas inverkan på det år de främst avsåg kan således endast ha haft begränsad effekt.

²⁹³ Begreppet ”kökortning” hänför sig till särskilda insatser för att reducera köerna inom vissa angivna diagnoser med långa kötider. För sådana särskilda insatser utgick särskild ersättning som ett incitament att reducera köerna.

Regiondirektörens controllerorganisation

Som ett led i ansträngningarna att styra utvecklingen av regionens totalkostnad etablerades våren 2000 en *controllergrupp* (omnämnd ovan), som småningom organiserades inom regiondirektörens stab. Uppgifterna avsåg uppföljning av verksamhet, personal och ekonomi/kostnader. Organisationen och processen var uppbyggd på ett antal strukturerade möten månadsvis. Controllergruppen träffade ekonomicheferna på varje sjukhus och inom primärvården för att förbereda sjukvårdsgruppens möten och hantera alla frågor som kunde hanteras på ekonomichefsnivå. Controllergruppen träffade varje sjukhusledning, ibland i närvaro också av tjänstemän från beställarkansliet. Vid dessa träffar diskuterade och analyserade man enheter inom sjukhuset.

Sjukvårdsgruppen, mot slutet av mandatperioden ett tjugotal deltagare bestående av controllergruppen och sjukhusdirektörerna, träffades under ledning av regiondirektören en halv dag varje månad. *Utförargruppen* som bestod av sjukhusdirektörerna träffades eftermiddagen efter varje möte med sjukvårdsgruppen för att under ledning av sjukvårdscontrollern fördjupa sig i frågor som behandlats i sjukvårdsgruppen.

System för ledningsstöd

Balanced Scorecard (BSC)

Redan i budget för 2000 underströks att regionen skulle införa ett ledningsstödssystem som gav relevant, tillförlitlig och lättillgänglig information. ”Under 1999 införs nu Balanced Scorecard på försök i ett antal verksamheter... Regionens mål är att alla verksamheter i hela regionen i slutet av innevarande mandatperiod ska vara involverat i arbetet med ledningsstödssystem.”²⁹⁴ Texten kvarstod i huvudsak i budgetar för 2001 och 2002.²⁹⁵

Från en revisionsrapport oktober 2001 noteras emellertid att det i regionledningen fanns olika syn på vilken roll BSC skulle ha i regionen och om det var det lämpligaste systemet för ledningsstöd samt att regionledningen inte prioriterat detta arbete. KPMG, som genomförde studien, bedömde att det skulle bli mycket svårt att nå det uppsatta målet att alla

²⁹⁴ Budget för 2000, s. 23

²⁹⁵ Budget för 2001, s. 37–38 och Budget för 2002, s. 57

verksamheter i hela regionen skulle vara involverade i arbetet med BSC före mandatperiodens slut.²⁹⁶

I delstudiens intervjuer har balanserat styrkort (som är det begrepp som regionen småningom kom att använda) omnämnts endast vid ett sjukhus och där hade metoden ännu inte implementerats annat än som en struktur för sjukhusledningen vid deras diskussioner om verksamhetens inriktning.

Läget våren 2003 (när närmare ett halvt år gått sedan mandatperioden löpt ut) var att i stort sett alla enheter i regionen hade ”stiftat bekantskap med” metoden på ledningsnivå och i närmare hälften av enheterna hade förvaltningsledningarna enligt egna enkätsvar ”börjat diskutera” visioner och mål i olika perspektiv. Tio förvaltningar hade redovisat mätetal. Integrering mellan balanserat styrkort och styrsystemet i övrigt förkom inte och rapportering på regionnivå hade inte utvecklats.²⁹⁷ Även om de flesta förvaltningarna sålunda hade bekantat sig med systemet i någon omfattning, så hade systemet inte implementerats i sådan utsträckning att det hade någon betydelse eller funktion i styrningen av regionen.

Produktivitetsstudie

Som redovisats ovan lades stor vikt vid utveckling av styrinstrument vid besluten om budgetar. Den 3 november 1999 uppdrog hälso- och sjukvårdsstyrelsen åt sin direktör att i samverkan med ägarutskottet presentera underlag så att hälso- och sjukvårdsstyrelsen löpande kunde följa sjukhusens prestationer och kostnader.²⁹⁸ Produktionsstatistik hade enligt intervjuvaren lämnats till hälso- och sjukvårdskansliet varje månad, men någon återkoppling hade inte redovisats och framför allt hade någon jämförande analys mellan sjukhusen inte skett förrän under senare delen av 2002. Sålunda presenterades den 17 september 2002 en rapport avseende produktivitetens utvecklingen vid regionens sjukhus i hälso- och sjukvårdsstyrelsen och därefter i regionstyrelsen. Någon påverkan på styrningen av verksamheten för 1999–2002 kan denna rapport inte ha haft. Förutsättningarna att tidigare i styrningen samtidigt kunna bedöma både produktivitet och kostnader hade saknats.

296 KPMG, 2001-10-12, *Västra Götalandsregionen. Granskningsrapport Balanced Scorecard*, s. 1

297 Särskild intervju våren 2003 med projektledaren, som stödde sig på sammanställningar av enkätsvar

298 Hälso- och sjukvårdsstyrelsens protokoll den 3 november 1999, § 195

Organisation och processer inom sjukhusen

Inom de studerade sjukhusen fanns etablerade organisationer och processer för kostnadsstyrning. Både organisation och processer var i huvudsak lika utformade i de studerade sjukhusen. Ansvarig för uppföljning av kostnadsutvecklingen under sjukhusdirektör eller sjukhuschef var en sjukhusekonom eller ekonomichef som i sin tur hade en eller flera klinikekonomer som biträde. Processerna baserades på föredragning och diskussion om ekonomiskt utfall och prestationer vid ledningsgruppsmöten med verksamhetschefer och formella genomgångar klinikvis med verksamhetschefen under ledning av sjukhuschef med biträde av sjukhusekonom. Underlag för dessa genomgångar var bokslut och prestationsredovisning för klinikerna. Ekonomicheferna vid sjukhusgrupperna deltog också i träffar med den regionala controllergruppen.

Effekterna av kostnadsstyrningen

Trots den koncentration på kostnadsstyrning som redovisats ovan är dess effekter oklara. En respondent, som är djupt involverad i dessa processer, konstaterade lakoniskt så sent som i september 2002: ”Det finns en organisation för uppföljning, men kostnaderna har likväl ännu inte begränsats. Man väntar ännu på knäcken.”²⁹⁹

Nedan visas i tabell 5.1 utvecklingen av budgetdifferenser för hälso- och sjukvården i regionen. Till de redovisade budgetdifferenserna har lagts tilläggsanslag som under olika beteckningar har lämnats varje år utom 2002.

Av tabellen framgår att hälso- och sjukvården för varje år har förbrukat högre kostnader än vad som budgeterats. Vid bedömning av differenserna skall beaktas beträffande 1999 att underskottet av regionstyrelsen och regionfullmäktiges majoritet förutsågs komma att uppgå till 800 Mkr samt beträffande 2000 att tilläggsanslagen motsvarade den ökning av anslagsnivån som den nya majoriteten beslutade sommaren 2000 samtidigt som den enade sig om en skattehöjning från 2001.

Om kriteriet på framgångsrik kostnadsstyrning är att de verkliga kostnaderna skall ligga inom av fullmäktige beslutad nivå, så kan det alltså konstateras att kostnadsstyrningen inte har lyckats. Trots den av skattehöjningen finansierade nivåökningen under 2000 (genom tilläggsbudget)

299 Med ”knäcken” avsåg respondenten den punkt där den ständiga kostnadsstegringen bröts

Tabell 5.1 Budgetdifferenser i hälso- och sjukvården inklusive tandvården^a för åren 1999–2002. Källa: särskild rapport framtagen inom regionens ekonomiafdelning. Beloppen är angivna i Mkr.

	1999	2000	2001	2002
Redovisat underskott enligt årsredovisningar	-710	+108	-375	-877
Tilläggsanslag under året	-669	-734	-26	0
Skillnad mellan verklig kostnad och budget för årets verksamhet	-1 379	-626	-401	-877

a Beloppen innefattar kostnader också för tandvården på grund av att denna för de två första åren inte kunde urskiljas från hälso- och sjukvården i övrigt. Detta förhållande bedöms inte ha någon avgörande betydelse då tandvården representerar en liten del (3,6 % år 2001 och 3,9 % år 2002, de år kostnaderna för tandvården kunnat separeras).

och 2001 (genom ordinarie budget) har kostnaderna överstigit budgetar, även om beloppet om 400 Mkr för 2001 kan anses lågt i relation till budgetens totala omslutning om närmare 20 miljarder kronor. Underskotten har under åren hänfört sig främst till fyra enheter, nämligen hälso- och sjukvårdsstyrelsen, SU, NU och Södra Älvsborgs Sjukhus. Ingen av de övriga enheterna har visat annat än marginella underskott under perioden. Se tabell 5.2 nedan.

Av tabell 5.2 kan konstateras att underskotten från två enheter, de med de högsta underskotten, inte minskade under mandatperioden utan tvärt om ökade. De två övriga enheterna förbättrade däremot kontinuerligt sina resultat, Södra Älvsborgs Sjukhus nådde till och med överskott de två sista åren.

Tabell 5.2 Resultat enligt årsredovisningarna för de fyra enheter som visade högst underskott 1999 (tilläggsbudgeten för 2000 har inte beaktats i denna tabell). Källa: Årsredovisningarna för 1999–2002. Beloppen är angivna i Mkr.

	1999	2000	2001	2002
Hälso- och sjukvårdsstyrelsen	-169	Framgår ej	-87	-365
SU	-243	-238	-256	-380
NU	-107	-73	-70	-36
Södra Älvsborgs Sjukhus	-94	-45	+21	+6

De sammantagna kostnadsökningarna i hälso- och sjukvården per år framgår av nedanstående tabell 5.3.

Tabell 5.3 Utvecklingen av totala kostnader för hälso- och sjukvården inklusive tandvården för åren 1999–2002. Källa: särskild rapport framtagen inom regionens ekonomiavdelning. Beloppen angivna i Mkr.

	1999	2000	2001	2002
Verklig kostnad enligt bokslut	16 849	17 559	18 992	20 285
Årlig kostnadsökning		4,2 %	8,2 %	6,8 %
Kostnadsutveckling med 1999 som basår		4,2 %	12,7 %	20,4 %

Det är den ovan visade kostnadsutvecklingen som utgör bakgrunden till den tidigare citerade respondentens konstaterande att man ännu ”inte sett knäcken”.

I tabell 5.4 nedan visas motsvarande uppgifter för Region Skåne för att ge möjlighet till jämförelse. I beloppen ingår kostnaderna för tandvården för att öka jämförbarheten med kostnadsutvecklingen i Västra Götalandsregionen.

Tabell 5.4 Utvecklingen av totala kostnader för hälso- och sjukvården inklusive tandvården i Region Skåne för åren 1999–2002³⁰⁰. Källa: särskild rapport framtagen inom regionens ekonomiavdelning. Beloppen angivna i Mkr.

	1999	2000	2001	2002
Verklig kostnad enligt bokslut	13 876	14 294	15 684	17 262
Årlig kostnadsökning		3,0 %	9,7 %	10,1 %
Kostnadsutveckling med 1999 som basår		3,0 %	13,0 %	24,4 %

Som redan redovisats i kapitel 4 var kostnadsökningarna i stort sett lika höga i de två övriga storlandstingen och i landet i övrigt under åren 2000–2002 med undantag för 2002, då kostnadsökningen var väsentligt högre i Region Skåne.³⁰¹

Det hade varit värdefullt att jämföra kostnadsutvecklingen med motsvarande uppgifter för 1998, som utgjorde utgångspunkten för regioner-

³⁰⁰ Tandvårdens andel av totalkostnaderna var för 2001 785 Mkr och för 2002 828 Mkr

³⁰¹ Se s. 65

na. Jämförbara belopp var dock inte tillgängliga i någon av regionerna mot bakgrund av att sjukvården under 1998 bedrevs av tre respektive fyra olika huvudmän med olika principer för kostnadsfördelning och klassificering.

Kritiska röster om resultatet av kostnadsstyrningen

En förklaring till att kostnadsutvecklingen envist ligger över budgetar sägs av en av respondenterna vara att utförarna är de som har starkast inflytande på förklaringarna till kostnadsutfallen genom att kunna beskriva problemen. ”Regionens ledning och regionstyrelsens majoritet tvingas stödja sjukhusledningarnas – ibland av utförrarstyrelserna understödda – argument och oppositionen uttalar kritik. Hälso- och sjukvårdsstyrelsens styrning sätts ur spel.”

Flera respondenter belyser problemen med att vissa enheter tillåts överskrida budget medan andra ”sköter sig”. Några citat:

De som sköter sig får ingen premie utan snarare antas att dessa kan skära ännu mer. De som inte sköter sig får extra tillskott.

Är man kostnadsmedveten chef, så är man ingen hjälte – [man får ständigt frågor som] Varför skall vi ha så låga löner och varför kan inte vi utöka? Vår produktion motiverar X antal tjänster ytterligare jämfört med andra sjukhus

[Som sjukhusdirektör får jag höra] ”Här säger Du att jag skall spara – men SU då?”

Sammanfattning och bedömning av styrning av kostnadsnivån och kostnadsutvecklingen

För kostnadsstyrning tillämpades i första hand fyra styrmedel: budget, periodbokslut och prognoser som ständigt följdes av kommentarer och påminnelser i fullmäktige, den etablerade regeln att kostnadsnivån utgjorde restriktion för verksamheten samt kontinuerlig uppföljning av resultaten i månadsvisa formella möten mellan controllers och mellan regiondirektör och sjukhuschefer. Styrningen avsåg resultat: budgeterade kostnadsnivåer skulle hållas. Samtidigt var fullmäktige och styrelse tvungna att under hela mandatperioden konstatera att flera stora enheter ständigt hade högre kostnader än budget medgav, och de negativa avvikelserna godkändes i efterhand av fullmäktige. I fråga om kostnadskontrollen förlitade sig regionen inte på beställar- utförrarmodellen. Utveckling av ledningsstöds-system, såväl BSC som produktivitetsuppföljning hade inte slutförts.

I en sidoordnad styrning genom överenskommelser styrde hälso- och sjukvårdsstyrelsen sjukhusens produktion mätt i antal prestationer, men denna styrning hade för sjukhusen mindre betydelse än kostnadsstyrningen. Beställaren bedömdes också ha otillräckligt underlag för att argumentera för sina krav. Sjukhusen fick också behålla sina prestationsersättningar även om man misslyckades att leverera. Å andra sidan förekom att sjukhusen för vissa diagnoser levererade mer än beställning och över de ersättningstak som överenskommelserna innehöll. Förklaringen härtill är rimligen dels att kapaciteten ändå fanns på plats, dels att institutionen om god vård leder sjukvården till att ta hand om patienter som behöver vård.

Styrningsintensiteten gällande kostnadsnivå och kostnadsutveckling bedöms som stark, även om överskridanden kunde passera i efterhand. Skälet till detta ansågs av flera intervjuade vara att regionledningen i brist på tillräckligt djup kunskap om verksamheten var tvungen att acceptera sjukhusens beskrivningar och ställa sig bakom dem som försvarare. Otillräcklig förståelse förhindrade alltså en ännu starkare styrningsintensitet.

Kostnadsstyrningen recipierades i sjukvården. Kännedomen om budget och om att kostnadsnivån utgjorde en övergripande restriktion var god, troligen total. Respekten för och uppslutningen bakom kostnadsbegränsningen var hög från den tidpunkt när den nya majoriteten enades om den högre anslagsnivån, sålunda fr.o.m. budget för 2001. De flesta enheter höll också sina budgetar, men kostnadsstyrningen hade inte full effekt. Den största sjukhusgruppen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen visade varierande underskott hela perioden, högre det sista året än det första. De två andra sjukhusgrupperna förbättrade kontinuerligt sina resultat och en av dem nådde till och med mindre överskott de två sista åren medan den andra visserligen varje år visade underskott, men allt lägre. Till bakgrunden hör att anslagsnivån till sjukvården hade höjts under perioden och att den kostnadsökning regionen hade inte var lägre än i övriga storlandsting eller genomsnittet av sjukvården i Sverige. Detta leder rimligen till slutsatsen att det förelegat goda förutsättningar att anpassa kostnaderna till budgeterade nivåer. Styrningens genomslagskraft bedöms som måttlig. Flera av regionstyrelsens ledamöter har bedömt kostnadsstyrningen som en av de frågor regionstyrelsen misslyckats med.

Faktorer som torde bidra till att förklara varför styrningens genomslagskraft blev endast måttlig trots att dess intensitet var stark är för det första att regionledningen årligen tvangs notera och de facto godta över-

skridanden och att detta förhållande i sig kan ha bidragit till fortsatta överskridanden hos de aktuella enheterna. Ytterligare två antaganden kan uppställas som förklarande faktorer. Det första antagandet är att kunskapen och förståelsen av de kostnadsdrivande faktorerna inte var tillräcklig hos regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsstyrelsen och deras kanslier, vilket fick till följd att kraven inte kunde konkretiseras och därmed visa hur kostnadsbegränsningarna skulle förverkligas. Det andra antagandet är att de verksamhetsansvariga cheferna i de enheter som överskred sina budgetar ansåg sig möta krav från patienter och omvärld som de ville leva upp till och ansåg sig böra leva upp till i enlighet med institutionen om god vård.

För den första delen av mandatperioden gällde specifikt att styrningen var begränsad till budget och att denna budget inte respekterades av sjukhusens ledningar och läkarna. Budgeten bedömdes helt enkelt orealistisk mot bakgrund av de krav som god verksamhet ställde enligt sjukhusens företrädare. De förutsatte därmed att verksamheten ändå skulle finansieras i efterhand på den nivå som god vård bedömes fordra. För 1999 och i viss mån för 2000 gällde alltså – på i vart fall vissa enheter – att ambitionen att hålla budget var begränsad då den bedömdes vara orealistisk.

Handlingsprogram och åtgärder för utveckling av ny sjukvårdsstruktur

Bakgrund

Som framgått ovan var ett av de bärande skälen för att bilda regionen att skapa förutsättningar för en mer ändamålsenlig sjukvårdsstruktur, men vid regionens bildande förelåg inte politisk enighet om hur en ändamålsenlig sjukvårdsstruktur skulle se ut. Frågan om sjukvårdsstruktur uppfattades i första hand som frågorna om sjukhusgruppernas existens och deras organisation och de små sjukhusens existens och uppgifter. Såväl sjukhusgrupperna, som hade införts före regionens bildande av huvudsakligen socialdemokratiska majoriteter, som de mindre sjukhusens ställning var kontroversiella. Socialdemokraterna gick till val på att sjukvårdsstrukturen i grunden skulle vara oförändrad och sjukvårdspartiets valfråga var att lösa upp NU-sjukvården. M och kd ifrågasatte sjukhusgrupperna och stora sjukhus.

Fullmäktiges beslut

Regionfullmäktige gav redan i budgetbeslutet den 7–8 december 1998 hälso- och sjukvårdsstyrelsen i uppdrag att med berörda parter inom de stora sjukhusgrupperna omgående genomföra en utredning med inriktning att ”varsamt återskapa de tidigare självständiga sjukhusen.”³⁰² I det då antagna förslaget till budget för 1999 stod bland annat att ”[r]egionens mindre sjukhus ska vara kvar. Deras roll som närsjukhus bör utvecklas... Flera av de mindre sjukhusen har i många fall tekniska, lokalmässiga och personella resurser stora nog för att inte enbart fungera som närsjukhus.” I följande punkt sades vidare att ”[d]et är angeläget att vi ser över de strukturförändringar som genomförts och rättar till de brister som finns vid de stora sjukhusgrupperna” och något senare i samma stycke att ”[d]et finns starka motiv att utvärdera de strukturförändringar, som genomförts framförallt vid SU och NU-sjukvården och vidta erforderliga åtgärder.”³⁰³

I budgeten för 2000, som fastställdes den 23–24 juni 1999, skrev den dåvarande majoriteten i fullmäktige om de ”organisationsmässiga felgrepp som tagits vad gäller främst sjukhusen i regionen” och framhöll vikten av ett konkret förslag till åtgärder för att förändra strukturen så att hälso- och sjukvården kan utvecklas.”³⁰⁴

Den nya majoriteten skrev i sin budget för 2001 att den ”förutsättningslös[a] genomlysning av sjukhusstrukturen som nu genomförs i Västra Götalandsregionen syftar till att skapa en vårdstruktur och arbetsfördelning mellan sjukhusen som ger invånarna bästa möjliga vård inom givna ekonomiska ramar” och att dagens akutverksamhet måste förändras på några av regionens sjukhus för att den planerade vården skall klaras. Samtidigt underströks att ”de mindre sjukhusen behövs i regionens sjukvårdsorganisation och de skall ges möjlighet att utvecklas. Inga sjukhus ska läggas ner men verksamheten måste utvecklas och förnyas.”³⁰⁵ Strukturarbetet kommenterades också i budgeten för 2002, där det sades att en stor del av strukturarbetet kommer att avslutas under året men att ”[s]jukhusstrukturer är dock inte för alltid givna.”³⁰⁶ I en särskild bilaga till budgeten finns ett uppdrag nr 76, som upprepar uppfattningen att de

302 Fullmäktiges protokoll den 7–8 december 1998, §55

303 Moderata Samlingspartiet, Kristdemokraterna, Folkpartiet liberalerna och Centerpartiet: 1998-11-26: Förslag till budget för Västra Götalandsregionen, bilaga till fullmäktiges handlingar ärende 140/98, s. 4

304 Budget för 2000, citaten från s. 26

305 Budget för 2001, citaten från s. 60–61

306 Budget för 2002, s. 41

mindre sjukhusen behövs och att inga sjukhus skall läggas ner men att verksamheten måste utvecklas och förnyas.³⁰⁷

Organisation för att driva strukturfrågorna och regionstyrelsens roll

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen ansvarade som framgått ovan för de övergripande sjukvårdspolitiska frågorna medan utförarstyrelserna svarade för drift och förvaltning och ägarutskottet samordnade strategiska förändringar mellan utförarna. Som hälso- och sjukvårdsstyrelsens uppgifter angavs bland andra beställning av läns- och regionsjukvård, strukturfrågor och ekonomistyrning och uppföljning samt att svara för uppdrag till utförarverksamheten och uppföljning och utvärdering av dessa uppdrag.³⁰⁸

Det fanns en oklarhet i organisationen beträffande var gränsen gick mellan strukturfrågor och driftfrågor. Är till exempel frågor om att tillhandahålla dialys vid sjukhuset i Falköping en fråga om sjukvårdsstruktur eller en fråga om att tillhandahålla en kostnadseffektiv vård? Regionstyrelsen skulle bland annat ha ansvaret för hela regionens utveckling och genom samordning uppnå en effektivare användning av regionens resurser och dess ägarutskott skulle särskilt samordna uppföljning av produktionsresurserna.³⁰⁹ Regionstyrelsens roll i strukturfrågorna hade dock i den praktiska tillämpningen begränsats till att besluta i enlighet med hälso- och sjukvårdsstyrelsens förslag i vissa fall samt att yttra sig över förslagen i de fall de gått vidare till fullmäktige. Någon styrning av dessa frågor utövade regionstyrelsen inte.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens utredningar och beslut om sjukvårdsstrukturen

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutade först i april 1999 att uppdra åt sin direktör att med konsultmedverkan genomföra den utredning, som fullmäktige beslutade om den 7–8 december 1998 (se ovan), därefter i maj 1999 att avbryta upphandlingen av konsultmedverkan och i stället uppdra åt sitt kansli att utreda uppgiftsfördelningen mellan regionens sjukhus. Ett förslag framlades till hälso- och sjukvårdsstyrelsen i augusti 1999, men om detta förslag rådde stor politisk oenighet. Hälso- och sjukvårds-

307 Budget för 2002, s. 89

308 Reglemente för Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, §§ 4 och 6

309 Reglemente för Regionstyrelsen, §§ 4 och 18

styrelsen fattade inget beslut utan en ny utredning genomfördes, vilken utgjorde underlag för beslut i hälso- och sjukvårdsstyrelsen i juni 2000. Detta beslut fattades i politisk enighet, men innebar å andra sidan inte några genomgripande förändringar.

De viktigaste komponenterna i beslutet var³¹⁰

- att NU-sjukvården delades i de fem sjukhus, som under tidigare mandatperiod administrativt slagits samman till ett och genomfört viss samordning i sin produktion; särskild vikt lades vid att de två stora sjukhusen, NÄL och Uddevalla, blev två självständiga sjukhus,
- att ett av de två sjukhusen NÄL och Uddevalla långsiktigt skulle fungera som komplett akutsjukhus och det andra skulle utvecklas till akutsjukhus (framförallt internmedicin) med större andel även högt specialiserad planerad vård och att hälso- och sjukvårdsdirektören med de lokalt ansvariga skulle starta en utredning som skulle ge underlag för styrelsens beslut angående inriktningen vid de större sjukhusen,
- att Alingsås Lasarett skulle bli ett självständigt sjukhus (i stället för att så som varit fallet under några år ingå i sjukhusgruppen Södra Älvsborgs Sjukhus)
- samt vissa förändringar inom sjukhusgruppen Skaraborgs Sjukhus innebärande bland annat att opererande verksamhet vid Mariestads sjukhus successivt inriktas mot ingrepp som inte kräver anestesiologisk assistans, den akuta invärtesmedicinska vården överförs från Falköpings sjukhus till Kärnsjukhuset i Skövde och att elektiv resurskrävande kirurgi, framför allt ortopediska ingrepp, överförs till Lidköpings sjukhus.³¹¹

Ett antal strukturfrågor återstod enligt förslaget för fortsatt utredning. Dessa frågor gällde NÄLs och Uddevalla sjukhus' framtida inriktning, förändringar inom Skaraborgs sjukhus samt förändringar inom SU.

Beslut om inriktningar för NÄL och Uddevalla sjukhus fattades av hälso- och sjukvårdsstyrelsen i mars 2001. Beslutet innebar att Uddevalla sjukhus långsiktigt skulle vara ett akutsjukhus med inriktning på ökande andel planerad vård inom de opererande specialiteterna och NÄL långsik-

310 Hälso- och sjukvårdsstyrelsens protokoll den 8 juni 2000, § 103

311 Förändringarna inom Skaraborgs Sjukhus redovisas ytterligare nedan

tigt skulle fungera som akutsjukhus och kompletteras med de kompetenser som krävs för att tillgodose en mycket bred service av akut vård.³¹²

I övrigt fattades endast ett beslut av någon, ehuru liten, betydelse för sjukvårdsstrukturen av hälso- och sjukvårdsstyrelsen, nämligen beslut om att så kallade ballongsprängningar³¹³ skulle utföras ej endast som tidigare vid SU utan också i Skövde, Borås och på NÄL. Därtill upphävde hälso- och sjukvårdsstyrelsen några relativt sett mindre förändringar, som vidtagits inom Skaraborg sjukhus.

De åtgärder som vidtogs av hälso- och sjukvårdsstyrelsen under mandatperioden var alltså i huvudsak begränsade till organisatoriska ändringar, nämligen självständighet för tre sjukhus, delning av NU-sjukvården och framförallt upplösning av det gemensamma sjukhuset NÄL-Uddevalla sjukhus till två sjukhus och tillskapande av en självständig ställning för Alingsås lasarett utanför den tidigare sjukhusgruppen SÄS. Därtill hade styrelsen (som behandlas mer i detalj nedan) först accepterat stängning och därefter beställt ett återöppnande av operationsavdelningen vid Mariestads sjukhus och ändrat några beslut om relativt sett mindre verksamhetsändringar inom Skaraborgs sjukhus samt utökat kapaciteten för ballongsprängningar.

Arbete på direktiv för ytterligare en ny utredning om den framtida sjukvårdsstrukturen startade i början av nästa mandatperiod.

Omstruktureringar inom Skaraborgs Sjukhus och operationsavdelningens i Mariestad död och successiva återuppståndelse

Skaraborgs sjukhus bildades 1997 av verksamheterna vid tidigare fyra sjukhus, Kärsjukhuset i Skövde, Sjukhuset i Mariestad, Sjukhuset i Lidköping och Sjukhuset i Falköping. Sjukhusgruppen etablerades för att förverkliga en effektiv sjukvård i hela det tidigare Landstinget Skaraborg och beskrevs också som ett sjukhus med ett antal divisioner som hade verksamhet på flera orter –olika många orter för de olika divisionerna. Sjukhusgruppen hade en sjukhusdirektör och en administration. Det största sjukhuset i sjukhusgruppen var Kärsjukhuset i Skövde, där samtliga divisionschefer hade sin dagliga gärning som ledare för de specialiteter som grep över hela det tidigare landstinget.

312 Hälso- och sjukvårdsstyrelsens protokoll den 7 mars 2001, § 31

313 Med ballongsprängning avses en metod att reducera risken för hjärtinfarkt

*Beslut 1999 och 2000 om ändrad verksamhetsinriktning vid sjukhusen inom Skaraborgs sjukhus, bland annat nedläggning av operationsverksamheten vid Sjukhuset i Mariestad*³¹⁴

Sedan hösten 1998 hade sjukhusledningen vid Skaraborgs sjukhus i olika omgångar redovisat förslag till alternativa åtgärder för att förbättra det negativa resultatet. Ett så kallat strukturellt underskott ansågs föreligga och sjukhusledningen beräknade att kostnadsnivån måste sänkas med minst 70 Mkr under perioden till och med 2002. Sjukhusledningen bedömde att detta lämpligen borde ske genom förändringar i sjukhusens verksamhetsinriktningar, alltså strukturförändringar i sjukhusens utbud. Ett förslag som hade godkänts också av hälso- och sjukvårdsstyrelsens tjänstemannaledning framlades av sjukhusledningen för utförarstyrelsen i augusti 1999. Förändringarna i Mariestad var en del av omstruktureringen och i denna del innebar den nya strukturen att sjukhuset i Mariestad skulle inriktas på internmedicinska patienter och specialistmottagningar. Sjukhusledningens beräkning var att årskostnaden till följd av hela programmet skulle ha reducerats med ungefär 50 Mkr när alla förändringar hade genomförts 2002.

Utförarstyrelsen godkände förslaget, uppdrog åt sjukhusdirektören att snarast möjligt genomföra de föreslagna förändringarna i samverkan med personalen samt att hemställa att hälso- och sjukvårdsstyrelsen ”godkänner verksamhetsinriktningen i de delar som är nödvändiga enligt gällande reglementen”. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslöt i huvudsak i enlighet med förslaget i sitt (ovan refererade) beslut i juni 2000, varefter utförarstyrelsen uppdrog åt sjukhusdirektören att verkställa beslutet.

I september 2000 konstaterade sjukhusdirektören dels att någon tidpunkt för nedläggningen av operationsverksamheten i Mariestad inte hade beslutats, dels att bemanningsläget vid kliniken nu hade blivit sådant att förändringen måste genomföras omedelbart och beslöt att den operationsverksamhet som kräver anestesilogisk assistans skulle upphöra den 2 oktober 2000.³¹⁵

314 Hela denna punkt är referat och delvis citat från utförarstyrelsens för Skaraborgs sjukhus protokoll 1999-08-17

315 Protokoll från Skaraborgs Sjukhus: Sjukhusdirektörens beslut 2000-09-12, § 54

Operationskliniken i Mariestad återuppstod för två år

Emellertid uppstod en stark opinion i Mariestad mot nedläggningen av operationskliniken, vilket fick politiker i hälso- och sjukvårdsstyrelsen att ändra uppfattning trots att utförarstyrelsens politiker från början vidhållit den ursprungliga planen. Resultatet blev att utförarstyrelsen i februari 2001 beslöt att operationsverksamheten skulle återupptas och inriktas på ortopedi, kirurgi och stöd till tandvårdsrädda samt att nödvändig upprustning av operationslokaler skulle genomföras före ianspråktagandet. Styrelsen beslöt också att uppdra åt sjukhusdirektören att utreda förutsättningarna för ett återupptagande.³¹⁶

I mars samma år redovisade sjukhusdirektören förutsättningarna för att åter börja operera vid sjukhuset i Mariestad. Av en till protokollet fogad promemoria framgår att kösituationen inte påverkats av att operationskliniken varit stängd under det år operationsverksamhet inte förekommit i Mariestad. Patienterna hade alltså fått sina operationer utförda vid övriga enheter inom Skaraborgs sjukhus, vars produktivitet sålunda hade ökat.³¹⁷ Styrelsen konstaterade att produktiviteten vid Skaraborgs sjukhus ökat i beräknad omfattning under den tid operationsavdelningen inte opererat samt att operationsverksamheten i Mariestad under alla förhållanden skulle upphöra 2004 enligt hälso- och sjukvårdsstyrelsens nuvarande strukturplan. Med denna förutsättning bedömde utförarstyrelsen det nödvändigt att anlita bemanningsföretag för att klara bemanningen och redovisade två alternativ för återupptagen verksamhet. Styrelsen underställde hälso- och sjukvårdsstyrelsen ärendet.³¹⁸ Hälso- och sjukvårdsstyrelsen anvisade medel för att återuppta operationsverksamheten och avtal ingicks i augusti med ett bemanningsföretag.³¹⁹

Operationsklinikens livstid förlängdes ytterligare

I december 2001 beslöt hälso- och sjukvårdsstyrelsen att operationsverksamhet skulle bedrivas vid sjukhuset i Mariestad även efter 2004. Utförarstyrelsen konstaterade i mars 2002 att detta i och för sig gav möjlighet att planera verksamheten ur ett mer långsiktigt perspektiv, men detta förut-

316 Utförarstyrelsens för Skaraborgs sjukhus protokoll den 7 februari 2001, § 8

317 PM 2001-03-14, s. 2

318 Utförarstyrelsens för Skaraborgs sjukhus protokoll den 21 mars 2001, § 30

319 Utförarstyrelsens för Skaraborgs sjukhus protokoll den 22 augusti 2001, § 59

satte dock en långsiktig finansiering från beställarsidan. Tills vidare beslöt man att upphandla bemanningsföretag för resten av 2002 samt uppdra åt sjukhusledningen att planera för operativ verksamhet vid sjukhuset från och med 2002.

Sjukhuset i Lidköping

Ända sedan bildandet av Skaraborgs sjukhus 1997 hade uppslutningen bakom sjukhusgruppen varit lägre vid Sjukhuset i Lidköping än vid sjukhusgruppens övriga sjukhus. Sjukhuset i Lidköping bar på en lång tradition och hade varit det främsta sjukhuset i landstinget innan Kärnssjukhuset i Skövde skapades. De uppfattningar som många, om än inte alla, vid sjukhuset i Lidköping bar med sig in i regionen var att divisionscheferna i Skövde inte syntes i Lidköping och att medarbetarna där sålunda aldrig fick träffa sin chef, att det fattades beslut i Skövde som medarbetarna i Lidköping inte kände till, och när de fick vetskap om besluten så tyckte de inte om dem. Värderingarna i Lidköping var inte desamma som i Skövde. Den allmänna opinionen på orten kan också beskrivas som att lidköpingsborna ville ha sitt eget sjukhus.³²⁰

Ovanstående ger en kortfattad bild av bakgrunden till att man i Lidköping ville få självständighet och egen chef. Frågorna blev aktuella under vintern 2000/2001 och när sjukhusdirektören för Skaraborgs sjukhus bedömde att det var svårt att hålla ihop den samlade sjukhusgruppen tog han initiativ till ett uppdrag från utförarstyrelsen att utreda frågan om självständighet för sjukhuset i Lidköping. Ärendet behandlades snabbt och utförarstyrelsen beslöt i mars 2001 att sjukhuset i Lidköping skulle bli ett självständigt sjukhus inom Skaraborgs sjukhus med egen sjukhuschef. Organisationsförändringen infördes under våren 2001, då ny chef tillträdde. Det yttersta syftet för i varje fall många läkare i Lidköping antogs vara att sjukhuset skall bli helt självständigt.

Sjukhusets i Lidköping förändrade ställning medförde en administrativ självständighet. Sjukhuset fick som ovan noterats egen chef och klinikerna ingick inte längre i Skaraborgs sjukhus' divisionsorganisation utan fick sina egna verksamhetschefer. Sjukhusets vårdutbud och resurser påverkades inte och det förutsattes delta i samverkan med övriga enheter inom Skaraborgs sjukhus som tidigare, även om samverkan inte var

320 Ernst & Young 2002-09-16, *Självständighet till vad? En granskning av Sjukhusets i Lidköping förändrade roll inom SkaS*. Revisionsrapport, s. 4–5

ledningsmässigt integrerad. Förändringens följder för effektiviteten inom Skaraborgs sjukhus var svårbedömd och den ovan refererade rapporten från Ernst & Young tog inte ställning i frågan.

Delning av NU-sjukvårdens sjukhus

Före regionens bildande hade frågan om samverkan mellan de två läns-sjukhusen Uddevalla sjukhus och NÄL diskuterats mellan Bohuslänstinget och Landstinget Älvsborg. Först eftersträvades samverkan mellan självständiga sjukhus, men efterhand ledde diskussionerna till en sammanslagning av sjukhusen inom ramen för ett kommunalförbund, NU-sjukvården, och under en sjukhusdirektör. Sammanslagningen stöddes av de två sjukhusens dåvarande sjukhusdirektörer som en strategi att förverkliga samverkan, bland annat mot bakgrund av att samarbetsinitiativ tidigare aktivt motarbetats vid de självständiga sjukhusen.

NU-sjukvården bildades 1996 och därmed skapades en enhet med verksamhet vid två större och tre mindre sjukhusenheter, NÄL, Uddevalla sjukhus, Dalslands (Bäckefors) sjukhus, Strömstads sjukhus och Lysekils sjukhus. ”Ett direktiv... för skapandet av NU-sjukvården var att skapa likvärdighet mellan Uddevalla sjukhus och NÄL [vilket skulle uppnås]... genom en fördelning av medicinska specialiteter mellan enheterna. Sjukhusen skulle även fortsättningsvis vara lika stora i förhållande till varandra.”³²¹ Införandet av NU-sjukvården innebar att verksamheter och medarbetare bytte arbetsplatser och arbetskamrater mellan sjukhusen, vilket av många medarbetare uppfattades som stora förändringar.

När regionen bildades bekräftades sjukhusgruppen. Integrationen mellan NÄL och Uddevalla sjukhus hade då lett till ett antal sammanslagna kliniker med huvudsaklig verksamhet vid ett av sjukhusen, nämligen barn- och kvinnoklinikerna på NÄL samt ögon-, öron och ortopediklinikerna vid Uddevalla sjukhus. Kirurgikliniken hade också integrerats, men bedrev verksamhet på båda sjukhusen med olika subspecialiteter fördelade mellan dem. Internmedicinklinikerna hade däremot aldrig slagits samman.

Emellertid uppfattade vissa personalgrupper, särskilt läkarna, att NU-sjukvården inte var en bra organisation, en uppfattning som man sökte och fick stöd för av enskilda patienter. Påtryckningar utövades på politi-

³²¹ Hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli 2001-02-19, *Strukturförslag avseende NU-sjukvården*, s. 1

kerna, debatt initierades i pressen och en allmän opinion skapades mot det sammanslagna sjukhuset. Dessutom genomförde Socialstyrelsen en inspektion vid sjukhusen, vilken pekade på brister i akutsjukvården vid båda sjukhusen.

I de två utredningarna hösten 1999 och vintern 2000, vilka omnämns ovan, föreslogs att NÄL skulle bli det enda akutsjukhuset medan Uddevalla sjukhus skulle profilera sig på elektiv vård. Detta förslag framkallade stora protester vid Uddevalla sjukhus, en aktionsgrupp skapades av ett antal ledande läkare och medlemmar också från andra yrkeskategorier och ”så tog media över debatten och brytningen mellan krafterna på de båda sjukhusen blev total”. ”Det uppstod krig mellan sjukhusen”.

Framför allt två frågor blev kontroversiella: frågan om status för Uddevalla sjukhus som akutsjukhus och frågan om självständig ställning med egen chef för Uddevalla sjukhus. I strukturförslaget från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen sades bland annat att ”[s]killnader i arbetssätt, problemlösningsmetoder och ledningstradition [skilde] sig mellan sjukhusen... [och] i stor utsträckning permanentades känslan av skilda enheter och försvårdades lojalitet mot den gemensamma organisationen”.³²²

För att lösa problemen beslöt hälso- och sjukvårdsstyrelsen i bred politisk enighet att ge sjukhusen större självständighet och skapa lokala ledningar. Beslutet innebar att Uddevalla sjukhus och NÄL skulle bestå som var sitt självständigt sjukhus men i samverkan. Som i tidigare plan gällde att den framtida inriktningen att Uddevalla sjukhus skulle vara ett akutsjukhus med fortsatt akut vård inom kirurgi, medicin och ortopedi men med högre andel elektiv vård och med inriktning på internmedicinska specialiteter samt att NÄL skulle utvecklas till ett bredare akutsjukhus.

Stämmningsläget efter det nya beslutet rapporterades i intervjuerna vara gott på sjukhusen, men frågan om hur samverkan och vårdutbudet vid de två sjukhusen skulle utformas lämnades till den nya ledningen för NU-sjukvården att efter hand komma fram till. En av respondenterna menade vintern 2002/2003 att samordningsprocessen håller på att lösas upp, en annan att ”mycket hänger nu på sjukhusledningarna”.

Ledningen inom NU-sjukvården bestod efter omorganisationen av en sjukhusdirektör för vardera av NÄL och Uddevalla sjukhus samt en gemensam sjukhuschef för de tre mindre sjukhusen i Bäckeфорs, Lysekil och Strömstad. Dessutom fanns en direktör för NU-sjukvården. De fyra

322 Hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli 2001-02-19, *Strukturförslag avseende NU-sjukvården*, s. 2

cheferna var jämställda med varandra och svarade var och en självständigt inför regiondirektören och utförrarstyrelsen.

SU-sjukvården

Det urval som skett för denna undersökning innefattade visserligen inte SU-sjukvården, som består av Sahlgrenska Universitetssjukhuset, i vilket ingick också Mölndals lasarett och Östra sjukhuset i Göteborg. Inom ramen för studien av styrning och förändring av sjukvårdsstrukturen har SU ändå kommit att omfattas av intervjuerna av de centrala tjänstemännen. Det har därvid konstaterats att – med något marginellt undantag – ingen förändring av sjukvårdsutbudet hade skett vid eller mellan de tre sjukhus som ingår i SU-gruppen. Däremot hade ledningsorganisationen med sjukhusövergripande divisionsorganisation ersatts av en organisation med en områdeschef på vart och ett av sjukhusen. Områdeschefen svarade för främst kirurgi, ortopedi och medicin vid det egna sjukhuset. Därtill fanns i vissa specialiteter, till exempel kvinnokliniken, vissa områdeschefer som svarade för sjukhusvården vid alla tre sjukhusen. Några förändringar i sjukvårdsinnehållet vid de tre enheterna hade emellertid inte genomförts.

Beställningsarbetet som strategi för att utveckla sjukvården

När regionen bildades var förhoppningen hos många att hälso- och sjukvårdsstyrelsen skulle åstadkomma en mer ändamålsenlig struktur bland annat genom sitt beställningsarbete. Vid intervjuerna har emellertid endast ett exempel på detta återgivits, nämligen det redan nämnda beslutet att ballongutvidgningar av kranskärl. Dessa operationer utförs numera vid fyra sjukhus i stället för som tidigare endast vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Flera respondenter har i stället bedömt att beställningarna påverkat sjukvårdsstrukturen endast marginellt.³²³

323 I och för sig var också beställningen den formella tekniken för hälso- och sjukvårdsstyrelsen att uppnå att operationsverksamheten i Mariestad återupptogs, men detta fall utgjorde närmast en eftergift från politikerna till opinionen snarare än ett aktivt omstruktureringsarbete som drevs av hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Sammanfattning och bedömning av styrning mot nytt handlingsprogram och åtgärder för ny sjukvårdsstruktur

En bättre anpassad sjukvårdsstruktur var ett av de väsentliga skälen att bilda regionen och vikten av att uppnå en sådan struktur underströks i budgetar för alla år. Fullmäktige begärde utredning om en ny och lämpligare sjukvårdsstruktur, alltså ett handlande. Emellertid hade de olika politiska grupperingarna olika uppfattningar om hur en mer ändamålsenlig struktur skulle utformas. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och dess kansli lade ned ett omfattande utredningsarbete och fattade flera principbeslut. Frågorna om sjukvårdsstrukturen upptog en stor del av hälso- och sjukvårdsstyrelsens och kansliets resurser. Formella och informella kontakter med sjukhusen ägde rum kontinuerligt. Dessa faktorer talar för att styrningsintensiteten bör bedömas som stark, även om de beslut som fattades framstår som av tämligen blygsam betydelse i relation till den övergripande uppgiften och viktiga frågor återstod att lösa vid mandatperiodens slut. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen påverkades i sina beslut av starka viljor vid sjukhusen, särskilt i besluten om självständighet för NÄL, Uddevalla Sjukhus och Sjukhuset i Lidköping. Regionstyrelsen engagerade sig inte i strukturfrågorna i annan mån än att den formellt beslöt i enlighet med hälso- och sjukvårdsstyrelsens förslag.

De organisatoriska förändringar som innebar ökad självständighet för sjukhusen omsattes i praktiken. Dessa förändringar hade dock ingen påverkan på uppgiftsfördelning mellan sjukhusen och alltså inte på sjukvårdsstrukturen. Av övriga beslut genomfördes endast beslutet att utföra ballongsprängningar på alla fyra större akutsjukhusen. Båda dessa kategorier av beslut var önskade av sjukhusen själva och genomförandet fick alltså stöd av sjukhusens aktörer.

Beslutade förändringar i övrigt gällande sjukhusens uppgiftsfördelning genomfördes inte. Ökad samordning mellan NÄL och Uddevalla Sjukhus uppnåddes inte och någon förändring av vårdutbudet mellan sjukhusen inom SU uppnåddes inte. Beslutet gällande operationsverksamheten i Mariestad mötte motstånd bland opinionen och återtogs av hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Effekten blev dock endast att nedläggningen senarelades och att verksamheten under övergångstiden bedrevs med bemanningsföretag och till högre kostnad än den först beslutade ordningen att operationerna skulle genomföras på andra enheter inom Skaraborgs sjukhus.

Den enda förändring som genomfördes i sjukvårdsstrukturen under mandatperioden var alltså den att s.k. ballongsprängningar genomfördes vid fyra sjukhus i stället för tidigare två. Styrningens genomslagskraft bedöms som låg. Förklaringar till denna begränsade påverkan är framför allt motstånd hos sjukhusläkarna i allmänhet och i Uddevalla och Mariestad också motståndet i den allmänna opinionen. Motståndet hos läkarna och hos den allmänna opinionen gjorde de politiska företrädarna i nämnderna tveksamma till förändringarna, vilket förstärkte läkarnas och övriga personalgruppers motstånd. I likhet med vad som sagts när det gäller motsvarande motstånd i Region Skåne kan läkarnas invändningar komma från en eller båda av de två förklaringarna dels att läkarna har andra uppfattningar om vad som är lämpliga förutsättningar för att bedriva god vård, dels att man hävdar egenintressen.

I jämförelse med den inledningsvis av alla omfattade uppfattningen att det fordrades kraftfulla åtgärder för att uppnå en mer ändamålsenlig sjukvårdsstruktur är genomslaget av den första mandatperiodens styrning ringa, en uppfattning som överensstämmer med alla intervjuades. Förutom att de beslut som fattades och att den styrning som skedde hade låg genomslagskraft beror också de begränsade förändringarna på den politiska ledningens svårigheter att fatta mer genomgripande beslut. Dessa svårigheter var resultatet av olika uppfattningar men också av en konfliktorienterad politisk kultur. Dessa svårigheter förstärktes av samma faktorer som angivits ovan, motståndet hos läkare och i den allmänna opinionen. När det specifikt gäller utvecklingen mot en ökad självständighet har de drivkrafter som framträtt i undersökningen för det första varit en misstro mot sjukhusgrupper och de stora sjukhusen hos en betydande del av fullmäktige, för det andra uppfattningen vid de mindre sjukhusens kliniker att klinikledningarna inte fanns till hands och inte förstod problemen eller ville ta tillräcklig hänsyn till omständigheter och uppfattningar vid det egna sjukhuset samt för det tredje, slutligen, att viktiga personalgrupper vid sjukhusen agerade för att behålla verksamhet och beslutsbefogenheter vid det egna sjukhuset och sökte och fick stöd hos patienter och medborgare och därmed hos pressen, vilket lett till att man utövat tryck på politikerna.

Åtgärder för att driva program för alternativa driftformer och konkurrensutsättning

Fullmäktiges beslut

I maj 1999 uppdrog fullmäktige åt regionstyrelsen att ta fram ett program för alternativa driftformer och konkurrensutsättning, att uppdra åt berörd hälso- och sjukvårdsnämnd att inleda arbetet med att ta fram underlag för entreprenadverksamhet samt att uppdra åt regionstyrelsen att inleda arbetet med konkurrensutsättning av området yttre service och återkomma med konkreta förslag. Sådant förslag framlades och antogs av fullmäktige i november 1999.³²⁴ Om programmet förelåg tydliga åsiktskillnader mellan majoriteten och oppositionen.

I budget för 2000 framhölls inledningsvis bland annat att "[o]lika alternativ och konkurrens är stimulerande för utvecklingen av hälso- och sjukvården. De ger mångfald och medborgarna får en större frihet att välja vem man söker vård hos. Regionens mål är ökad valfrihet och ökad mångfald för patienter och personal."³²⁵ Särskilt framhölls att "all service och supportverksamhet i regionen... bör konkurrensutsättas samt den interna dataverksamheten ProRegio avyttras... Vad gäller vårdverksamhet är det lokala initiativet vägledande och alla ansökningar om att få driva verksamhet i alternativa driftformer ska behandlas seriöst och bemötas positivt."³²⁶ I budgeten antogs att en kostnadsreducering i service- och supportverksamhet skulle ske år 2000 med 200 Mkr och under hela planperioden 2000–2002 med 500 Mkr samt inom kärnverksamheten – där syftet inte i första hand var att uppnå kostnadsbesparingar utan att skapa alternativ och mångfald – beräknades kostnadsminskningar till 20 Mkr 2001 och 40 Mkr 2002.³²⁷

Den nya majoritet som bildades i juni 2000 utarbetade en tillämpningsanvisning till konkurrensutsettningsprogrammet. I denna infördes också formen intraprenad, som definierades som en självständig resultatenheter inom regionen. Sådant skulle etableras i det fall en enhet inom regionen vann med ett egenregianbud.³²⁸ Under 2002 antogs sedermera riktlinjer för intraprenader.

324 Regionfullmäktiges protokoll den 30 november 1999, § 277

325 Budget för 2000, s. 14

326 Budget för 2000, s. 23–24

327 Budget för 2000, s. 33–34

328 Regionstyrelsens protokoll den 10 oktober 2000, § 206

Budgeten för 2001 innehöll uttalanden om konkurrensutsättning och nya driftformer, i första hand om alternativa driftformer som komplement till den offentliga hälso- och sjukvården som ett led i arbetet med att stärka patienternas och medborgarnas ställning. ”I första hand kan delar av regionens serviceverksamhet, som ett led i effektivisering och utveckling, bedrivas i alternativa driftformer... Vi säger däremot nej till en privatisering av våra sjukhus...”³²⁹ Senare i 2001 års budget sägs att ”[d]et behövs en större mångfald inom de verksamheter som Västra Götalandsregionen driver idag. Framförallt kan stora delar av regionens serviceverksamhet bedrivas i alternativa driftformer som ett led i en större effektivisering.”³³⁰ Budgeten för 2002 innehöll motsvarande text och att det inte är centrala besked som skall avgöra om konkurrensutsättning och alternativa driftformer upphandling är aktuella utan detta måste bedömas av de enskilda nämnderna.³³¹

Organisation och processer

Vid regionens start etablerades ett konkurrenskansli med uppgift att ge stöd till de anställda som ville etablera sig i alternativa driftformer. Kansliet placerades under ägarutskottets direktör men fick aldrig någon större betydelse och under hand under mandatperioden allt mindre att göra.

För initiativ till konkurrensutsättning inom sjukhusvården var, som ovan framgått, hälso- och sjukvårdsstyrelsen och utförarstyrelserna ansvariga. Den första majoriteten begärde planer för konkurrensutsättning, men några sådana redovisades enligt protokollen aldrig.³³² Den nya majoritetens politiker var inte intresserade av att aktivt driva konkurrensutsättning utan överlät i praktiken frågan till de lokala förvaltningarna. Med den nya majoriteten uppfattades frågan som oviktig.

Några enhetliga processer för konkurrensutsättning och alternativa driftformer inom sjukhusen etablerades aldrig.

329 Budget för 2001, s. 17

330 Budget för 2001, s. 47

331 Budget för 2002, s. 48

332 Regionfullmäktiges protokoll den 12 mars 2002, § 72

Genomförd konkurrensutsättning av köksverksamhet vid Skaraborgs sjukhus och inom NU-sjukvården

Ett begränsat antal fall av konkurrensutsättningar genomfördes under mandatperioden, utöver i primärvården endast köksverksamheten inom NU-sjukvården och några konkurrensutsättningar vid Kärnjukhuset i Skövde.³³³

Konkurrensutsättningen av köksverksamheten vid NU-sjukvården initierades av utförrarstyrelsen av ”ideologiska skäl”. I november 1999 fick sjukhusförvaltningen uppdraget att utreda förutsättningarna för konkurrensutsättning av hela eller delar av NU-sjukvårdens serviceverksamhet, men redan i december samma år innan förvaltningens utredning var klar beslöt utförrarstyrelsen att genomföra upphandling av kostverksamheten. Upphandlingen slutfördes under hösten 2001.³³⁴

I övrigt har under regionens första mandatperiod kostverksamheten, städverksamheten, viss dialysverksamhet, mammografi och viss hörselvård lagts ut på entreprenad vid Skaraborgs sjukhus. Dessa beslut var dock ett fullföljande av en redan före regionens tillkomst etablerad strategi med entreprenadlösningar, som hade tillämpats för laboratorietjänster och ortopediska hjälpmedel. Regionens program för alternativa driftformer och konkurrensutsättning saknade betydelse för dessa initiativ vid sjukhuset annat än möjligen som stöd för den redan etablerade strategin.

Sammanfattning och bedömning av styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft

Fullmäktige fastställde ett konkurrensprogram år 1999, vilket kompletterades av den nya majoriteten år 2000. Programmet innebar att konkurrensutsättning och alternativa driftformer skulle eftersträvas och möjliggöras. Men regionstyrelsen vidtog inga andra åtgärder, varken under den första eller den andra majoriteten. Fullmäktigebeslutet förblev det enda styrmedlet. Styrningsintensiteten var mycket svag. Sedan den nya majoriteten tillträtt antogs dessutom allmänt i regionen att regionstyrelsen egentligen inte var intresserad av frågan. Detta är samtidigt den rimliga

333 Leif Anjou, januari 2002, *Reversionens granskningar av påbörjade och genomförda NPM-lösningar i Västra Götalandsregionen, Sammanfattning och kommentar*. Revisionsrapport

334 Ulf Eriksson m.fl. 2001-06-12. *Granskning av processerna kring konkurrensutsättning av kostverksamheten vid de två sjukhusgrupperna Skövde, Lidköping, Falköping, Mariestad (SkaS) och NÄL, Uddevalla, Bäckefors och Strömstad (NU)*. Revisionsrapport

förklaringen till att styrningsintensiteten var låg. Den första ledningen var däremot starkt engagerad idémässigt, men var så upptagen av inre problem och konflikter att man inte måktade åstadkomma någon tydlig och praktisk ledning.

Konkurrensutsättning ägde visserligen rum inom sjukhusvården vid två av sjukhusen, kostverksamheten vid NU-sjukvården och av ett antal serviceverksamheter vid Skaraborgs sjukhus. Av dessa motiverades den vid NU-sjukvården med ideologiska skäl, vilket får tolkas som att man ville fullfölja fullmäktiges beslut. De konkurrensutsättningar som genomfördes vid Skaraborgs sjukhus var fullföljande av rationaliseringssträvanden och enligt strategier som lagts fast redan före regionbildningen. I övrigt har inga konkurrensutsättningar genomförts på initiativ av personalen eller hälso- och sjukvårdsstyrelsen eller till följd av någon regionövergripande åtgärd eller process. Någon intraprenad hade inte etablerats. Utöver den enskilda upphandlingen av kostverksamhet vid NU-sjukvården har alltså inga effekter av fullmäktiges beslut omtalats eller rapporterats. Styrningens genomslagskraft var låg.

Utveckling av inre rationalisering inom vården samt utveckling av nya vårdprocesser och vårdkedjor

Fullmäktiges beslut

Den första budgeten för 1999 byggde på förutsättningar om effektivisering och innehöll krav på god kontinuitet i vården och sammanhållna vårdkedjor och speciella vårdprogram.³³⁵ I budgeten för 2000 sägs att regionen står inför en rad utmaningar för att på bästa sätt möta medborgarnas och patienternas behov. Förutom förändrade strukturer och alternativa driftformer är fungerande vårdkedjor, bättre behandling, bemötande och tillgänglighet viktiga strategier. Vidare skall bland annat patienten ställas i centrum, vårdgaranti och hjälpmedelsgaranti införas liksom sammanhållna vårdkedjor för äldre.³³⁶

Den nya majoriteten skrev i budget för 2001 om ett effektiviseringskrav på 1 % årligen och om behovet av att arbeta med effektivitet och kvalitet. Också i denna budget underströks att patienten skulle ställas i

335 Moderata Samlingspartiet, Kristdemokraterna, Folkpartiet liberalerna och Centerpartiet: 1998-11-26: Förslag till budget för Västra Götalandsregionen, bilaga till fullmäktiges handlingar ärende 140/98

336 Budget för 2000

centrum. Frågor om vårdgaranti och tillgänglighet till sjukvården utvecklades och vikten av att vårdprogram utvecklas underströks.³³⁷

Organisation och processer för styrning

Någon övergripande organisation eller några regionövergripande processer eller projekt för inre rationalisering inom sjukhusen eller för utveckling av vårdprogram, nya vårdprocesser eller vårdkedjor etablerades dock inte. I den mån rationalisering bedrevs, så skedde det på initiativ av klinikledningar eller sjukhusledningar. Visst arbete på vårdprogram bedrevs av hälso- och sjukvårdsstyrelsen, men betydelsen av dessa åtgärder betraktades som marginell. ”Snarare än en central utveckling drivs det en lokal utveckling som baseras på tidigare lokala traditioner.”

Vid intervjuerna visades också oklarheter om vem som skulle ansvara för att driva rationaliseringar. Många förutsatte inledningsvis att hälso- och sjukvårdsstyrelsen skulle driva rationaliseringar genom sitt beställningsarbete men å andra sidan hade regionstyrelsen i sitt reglemente ansvar för att samordna produktionen, en uppgift som tillika var en av ägarutskottets uppgifter. Regionstyrelsen hade dock under alla förhållanden ansvaret för att följa upp regionfullmäktiges intentioner.

Drivkrafter för rationalisering

Det konsekventa kravet på att hålla kostnadsramarna och den kontinuerliga diskussionen i utförargruppen (se ovan) kan antas ha givit impulser till rationaliseringar generellt om än inte några konkreta strategier eller idéer. Vidare hade regionfullmäktige begärt rapportering om hur produktiviteten utvecklades vid sjukhusen. Denna rapportering kom emellertid först under hösten 2002, alltså praktiskt taget efter mandatperiodens slut och kan sålunda inte ha varit drivkraft för några förändringar under den första mandatperioden.

Sammanfattning och bedömning av styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft

Det enda styrmedel som tillämpades när det gällde rationalisering och utveckling av nya vårdkedjor var texter i budgeten. Inga åtgärder för styrning vidtogs av regionstyrelsen och endast enstaka initiativ av marginell

337 Budget för 2001

betydelse togs av hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Styrningsintensiteten var mycket svag. Någon påverkan på verksamheten kan heller inte härledas till budgettextens krav. Styrningens genomslagskraft var låg.

Produktivitetsstudiens data visar dessutom att produktiviteten hade reducerats under mandatperioden, vilket framför allt yttrade sig i en ökning av personalstyrkan utan motsvarande ökning av produktionen. I studien påpekades visserligen att några förklaringar till produktivetsminskningen inte analyserats. ”De bakomliggande faktorerna kan vara många såsom organisatorisk effektivitet, teknikutveckling, kvalitetsförändringar, lagstiftning, nya kostnadsdrivande vårdprogram, patienters beteende etc.”³³⁸ Några effekter av regionstyrelsens eller hälso- och sjukvårdsstyrelsens styrning framhölls inte.

Förhållningssätt av betydelse för styrningen

Redan i regionens inledning framträdde vad som nästan kan betecknas som fientlighet mellan den ledande koalitionen, framför allt företrädarna för moderaterna och kristdemokraterna, och oppositionen, framför allt socialdemokraterna. Konflikterna nästan förlamade regionstyrelsens arbete fram till dess att den nya koalitionen bildades. Därefter etablerades ett bra samarbetsklimat inom den nya koalitionen, men konflikterna mellan oppositionspartierna m och kd å ena sidan och koalitionen å andra sidan bestod. Förutsättningar för allt samarbete var små mellan dessa sidor, knappast ens om almanacksfrågor kunde man enas. Ordet mobbing har använts i ett par intervjuer för att beskriva klimatet. Konflikt var viktigare än omsorgen om regionen.

Förvaltningen drev dock verksamheten och eftersträvade en god verksamhet, vilket har framträtt tydligt, bland annat genom det förhållandet att verksamheten fullföljdes trots att regionens ledning till följd av de interna konflikterna inom det politiska systemet i stort sett inte förmådde mer än att fastställa en budget. Budgetarna för 1999 och 2000 betraktades dock som orealistiska och alla de regler som sammantagna skapar en institution innebärande en god verksamhet drev sjukvården att om inte bortse från budgeten så dock sätta sig över dess begränsningar. Å andra sidan behölls respekt för kostnaderna i enlighet med en institution av god hus-

338 Västra Götalandsregionen 2002-09-17, *Sjukbusens produktivitetutveckling under perioden 1998–2001*, citatet från s. 3

hållning. Kostnadsökningen i regionen var ungefär på samma nivå som i övriga storlandsting och landet i övrigt.

Under mandatperioden kom dock kostnadskontrollen att institutionaliseras. I stort sett samtliga respondenter var medvetna om vikten av kostnadskontroll och var övertygade om dess betydelse. Samtidigt klagade en del företrädare för sjukhusen och utförrarstyrelserna över att sparsamhet inte premierades utan vissa enheter tilläts fortsätta att förbruka mer resurser än anslagen gav förutsättningar för. Institutionerna god verksamhet och kostnadskontroll konkurrerade med varandra.

Styrningen och dess påverkan på verksamheten – sammanfattning

De två viktigaste frågorna på regionens agenda var enligt fullmäktige och styrelse liksom för Region Skåne att omedelbart bringa kostnaderna i nivå med intäkterna och att uppnå en mer ändamålsenlig sjukvårdsstruktur, vilket skulle bidra till balans mellan kostnader och intäkter också på längre sikt samtidigt som vården därigenom skulle effektiviseras. Båda regionernas agendor upptog också konkurrensutsättning och alternativa driftformer samt rationalisering av vården innebärande bland annat utveckling av vårdprocesser och vårdkedjor.

Det politiska arbetsklimatet i regionen var konfliktladdat och destruktivt under hela mandatperioden. Under den första delen av perioden styrdes verksamheten i stort sett endast genom fullmäktiges budget medan regionstyrelsen inte hade kraft till någon styrning. Det politiska systemet var upptaget med sig självt. Under sensvåren 2000 och när den nya majoriteten bildades utvecklades en stark styrning av kostnaderna från regionstyrelsen och dess kansli. Regionstyrelsens styrning koncentrerades på kostnadsstyrningen under resten av mandatperioden och intensiteten var stark under dessa två och ett halvt år. Kostnadskontrollen etablerades vid sidan av beställarstyrningen av sjukvården, som principiellt borde ha säkerställt att kostnaderna inte översteg ramarna. Beställningsprocessen som styrmedel fick betydelse endast – och i begränsad utsträckning – för att styra produktionsvolymen, som var till viss mindre del bestämd också av anslagsnivåerna. Men som styrmedel för kostnadsutvecklingen fungerade beställningsprocessen inte.

Styrningen av sjukvårdsstrukturen utövades av hälso- och sjukvårds-

nämnden med betydande resurser, även om hälso- och sjukvårdsstyrelsen delvis saknade handlingskraft under den första perioden. Till detta kom att uppfattningarna om hur strukturen borde förändras var delade mellan partierna. Utredningar tillsattes och drogs tillbaka, förslag diskuterades och skrinlades. I juni 2000 enades dock hälso- och sjukvårdsstyrelsen om ett beslut till ändringar i sjukvårdsstrukturen av begränsad omfattning. Styrningsintensiteten har bedömts som stark.

I de två andra frågorna på agendan förekom inte någon styrning utöver fullmäktiges beslut. Styrningsintensiteten i dessa frågor var sålunda mycket svag. För den inledande perioden 1999 och första hälften av 2000 är huvudförklaringen att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen saknade kraft att driva frågorna. Samma förklaring skulle förefalla rimlig också för ytterligare något halvt år medan den nya majoriteten formade sig och enades om budget för 2001 och politiken för de kommande åren. Men empirin ger inte några uppenbara förklaringar heller för återstoden av mandatperioden till varför dessa två områden inte styrdes från regionstyrelsen eller hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Politikerna var helt enkelt inte intresserade, uppfattade inte att de behövde styra frågorna eller visste inte hur styrningen skulle inriktas.

Budgetarna för 1999 och 2000 mötte inte tilltro hos sjukhusen, där läkarna bedömde det vara omöjligt att bedriva verksamheten med givna anslag. Men också för den resterande delen av mandatperioden bedöms genomslagskraften av kostnadsstyrningen som måttlig medan genomslagskraften i övriga frågor bedömts som låg. Att genomslagskraften av kostnadsstyrning bedömts som endast måttlig beror på framför allt att tre enheter, varav de två största, inte begränsat sina kostnader till budget och dessutom att de två största inte heller har minskat utan tvärt om ökat sina årliga underskott under mandatperioden. En förklaring till detta kan vara att enheterna efter hand erfor att underskotten godtogs trots invändningar från styrelsen och fullmäktige, vilket i sin tur förklaras av att styrelsen inte hade tillräckligt djup kunskap för att ta ställning till underskotten utan var hänvisad till att godta enheternas egna förklaringar.

Beslutet om strukturförändringar innebar dels att fyra sjukhus fick större administrativ självständighet utan åtminstone direkt inverkan på uppgiftsfördelningen, dels vissa förändringar av uppgiftsfördelningen mellan sjukhusen. Besluten om högre självständighet genomfördes men besluten om förändringar i uppgiftsfördelningen genomfördes endast i ett marginellt hänseende. Besluten recipierades inte av sjukhusen. Pla-

Tabell 5.5 Regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsstyrelsens åtgärder för styrning på de fyra olika områden som studien gällt samt effekterna av denna styrning.

Punkt på agendan	Styrningsintensitet	Påverkan på verksamheten	Styrningens genomslagskraft
Styrning av kostnadsnivån och kostnadsutvecklingen	Stark	Kostnadskontrollen god Flertalet enheter höll budget, men några överskred den och de två största ökade sina underskott under hela perioden	Måttlig
Handlingsprogram för åtgärder för att driva utveckling av sjukvårdsstrukturen för att effektivisera sjukvården på längre sikt	Stark	Endast marginell förändring	Låg
Program för alternativa driftformer och konkurrensutsättning	Mycket svag	Endast en konkurrensutsättning till följd av regionfullmäktiges beslut	Låg
Utveckling av inre rationalisering i vården, utveckling av nya vårdprocesser och vårdprogram	Mycket svag	Ingen påverkan	Låg

nerad samverkan genomfördes inte och nedläggning av en operationsverksamhet avvisades och personal och befolkning agerade för att beslutet upphävdes. Styrningens genomslagskraft bedöms som låg. De beslut som genomfördes bedömdes av sjukhusen vara icke ändamålsenliga och de var dessutom oönskade. Av sjukhusens läkare och ledningar oönskade beslut mötte motstånd.

Under båda delperioderna etablerades och befästes en institution som kan betecknas som konfliktorientering och ett mönster som innebar att regionstyrelsens beslut i praktiken fattades endast av majoritetspartierna och övriga fick ägna sig åt oppositionspolitik. Ledningen isolerade och isolerade sig från oppositionen. Men en effekt av denna konfliktorientering

ring var att handlingskraften reducerades. Mycket tid gick åt till att lösa och odla konflikter i det politiska systemet.

Efter hand etablerades vidare en accept hos sjukhusen för att kostnadskontroll utgjorde en övergripande restriktion. Kostnadsstyrningen institutionaliserades.

Agendan, styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft sammanfattas i tabell 5.5.

Kapitel 6

Kampen om kostnadsutvecklingen kanske vunnen, men sjukvårds- strukturen består.

Västra Götalandsregionen under den andra mandatperioden 2003–2006³³⁹

Mandatperiodens agenda

Arvet från den första mandatperioden

Regionens utveckling från en inför regionens bildande närmast idyllisk partipolitisk samförståndsanda till en förlamande politisk verklighet med djupa samarbetsvärigheter mellan personer, partier och majoritet och opposition har beskrivits i kapitel 5. Betydande oenighet mellan olika politiska konstellationer blottades om erforderlig kostnads- och därmed skattenivå och om hur sjukhusen skulle organiseras.

Ett av huvudskälen för den nya regionen var att en större region bättre än de tidigare mindre landstingen skulle kunna etablera en rationell och effektiv sjukvård, ett argument som var starkare för socialdemokraterna än för moderaterna. Men de politiska partierna hade olika uppfattningar om hur sjukhusstrukturen borde utformas. Även om meningarna var delade om hur en god struktur borde se ut, så var dock frågan om sjukhusstruktur och sjukvårdsstruktur³⁴⁰ en av regionens allra viktigaste frågor. Två stora och ett par mindre utredningar genomfördes, förslag till förändringar framlades, debatten gick hög och lokala opinioner bland anställda och bland befolkningen agerade. Något uthålligt beslut om förändringar (med undantag av marginell betydelse) uppnåddes dock inte under perioden. Några förändringar genomfördes, men reverserades.

339 Som noterats på s. 54 inleds mandatperioden egentligen redan under hösten 2002, även om den här benämns 2003–2006.

340 Med sjukhusstruktur avses här uppgiftsfördelning och samverkan mellan olika sjukhus medan begreppet ”sjukvårdsstruktur” innefattar också uppgiftsfördelning och samverkan mellan sjukhus och primärvård samt mellan landstingets sjukvård och kommunal omvårdnad och omsorg

Regionen hade vid bildandet ett löpande underskott på ungefär en miljard kronor, och trots ökade budgetramar misslyckades hälso- och sjukvården under hela mandatperioden att klara kostnaderna inom budgetens ramar. Frågan om kostnadskontroll var därför ytterligare en viktig fråga under hela mandatperioden. Tydliga regelsystem och centraliserade rutiner för att följa och begränsa kostnadsutvecklingen etablerades, men flera stora enheter klarade inte sina budgetar.

Två andra frågor på regionens agenda var konkurrensutsättning och rationalisering av sjukvården. I dessa frågor var dock styrningsintensiteten mycket svag och styrningens genomslagskraft låg.

Det kan alltså konstateras att under den första mandatperioden endast en av de fyra viktiga frågorna hade bragts närmare en lösning, nämligen att följa och behärska kostnadsutvecklingen. Genomslagskraften av kostnadsstyrningen var dock måttlig och dessutom hade anslagen till hälso- och sjukvården ökat. Den ackumulerade kostnadsökningen för perioden 2000–2002 blev 20 % och underskottet för året 2002 blev 900 miljoner kronor.³⁴¹

De politiska diskussionerna under den första mandatperioden upptogs i hög grad av hur man skulle kunna finna en lösning på sjukvårdsstrukturen och hur organisationen, som var utformad enligt en beställar- utförarmodell med hälso- och sjukvårdsnämnder och hälso- och sjukvårdsstyrelsen, borde fungera. Många av politikerna i hälso- och sjukvårdsnämnderna var ännu efter mandatperiodens utgång oklara beträffande hur nämndernas arbete borde bedrivas.

Agendan vid periodens inledning

Av regionledningen uttalade uppfattningar

Inför den andra mandatperioden hade fullmäktige i politisk enighet beslutat att hälso- och sjukvårdsnämnderna skulle ansvara för beställning av all sjukvård utom den högspecialiserade vården, sålunda att nämnderna tog över ansvaret för att beställa länssjukvård³⁴². Detta innebar en väsentligt utökad uppgift för hälso- och sjukvårdsnämnderna. De anförda skälen för denna förändring efterfrågades i intervjuundersökningen maj 2003 och därvid angavs i huvudsak två: dels att demokratin ansågs öka

341 Årsredovisningar för Västra Götalandsregionen 2000, 2001 och 2002; se också kapitel 5

342 Med verkan fr.o.m. 2005 överfördes också beställningar av den högspecialiserade vården till hälso- och sjukvårdsnämnderna

genom att man flyttar besluten närmare befolkningen och att fler politiker blir involverade, dels att beställningarna av primärvård och länssjukvård skulle kunna samordnas bättre om ansvaret sammanfördes till en beställare. Några respondenter anförde också att ändringen bättre möjliggjorde anpassning av vården efter olika lokala behov.

Vid intervjuerna i maj 2003 med representanter för regionledningen ställdes bl a den öppna frågan om vilka uppgifter som var de viktigaste för regionen under den andra mandatperioden. Endast två frågor angavs av fler än en respondent, nämligen

- att uppnå att regionen håller sig inom de ekonomiska resurserna,
- att förändra sjukvårdsstrukturen och därigenom öka utbytet av sjukvården inom ramen för tillgängliga resurser.

Kostnadsbegränsning angavs av 6 av 12 respondenter. Dessutom angav en respondent ökad produktivitet. Förändring av sjukvårdsstrukturen angavs av 7 av 12. Till dessa sju kommer en respondent som specifikt angav att det är viktigt att förbättra dialogen med medborgarna för att skapa förståelse för att det är bättre att koncentrera resurserna och att medborgarna i stället någon enstaka gång får resa lite längre sträcka. Detta svar kan ses som en förutsättning för att förändra sjukvårdsstrukturen, vilket alltså får bedömas vara också denne respondents prioritet. Detta summerar till 8 av 12. Fyra av dessa åtta tillhörde dem som också angivit kostnadsbegränsning.

Intervjuresultaten överensstämde med resultaten av intervjuerna i december 2001. De två frågorna hänger nära samman i åtminstone de flesta respondenters föreställningsvärld. En mer optimal sjukvårdsstruktur förväntas resultera i en mer kostnadseffektiv sjukvård, och hade regionen större resurser, skulle man inte behöva utmana väljare och organisation med strukturförändringar.

Budget för 2003 och årsredovisning för 2002

Budgeten för 2003 utgör en omfattande förteckning över vad som skall utföras och vad som skall uppnås. Både åtgärder och förväntade resultat är dock generellt formulerade och rangordning saknas. Texten kan därför ge stöd för många olika uppfattningar om vad som är *viktigt*, men endast på en punkt ge stöd för en uppfattning om vad som är *viktigast*. Den övergripande restriktionen är nämligen att anpassa verksamheten till de

ekonomiska ramarna. Att regionens verksamhet skall bedrivas i ekonomisk balans är angivet som ett mål redan i förordet till budgeten för 2003 tillsammans med övriga tre mål som är mer övergripande och generella, nämligen att regionen skall bidra till förutsättningarna för ett gott liv för invånarna, att sjukvården skall ges efter behov, vara demokratiskt styrd och solidariskt finansierad samt att fullmäktige skall vara en samlande kraft med stor påverkan på regionens utveckling³⁴³.

Av budgetens fem huvudavsnitt är två av intresse här, nämligen dels ett avsnitt om att styra och leda regionen, dels ett avsnitt om hälso- och sjukvård.

I avsnittet om att styra och leda regionen fastläggs förtroendeman-
naorganisationens ansvar för att styra och utvärdera såväl kostnader som fastställda mål och riktlinjer. I övrigt dominerar aspekterna om ekonomisk stabilitet och kostnads kontroll. ”Den kostnadsutveckling som skett utöver budget inom sjukvården de senaste åren riskerar att urholka regionens möjligheter att uppnå såväl verksamhetsmålen som de ekonomiska målen. En avgörande faktor för att regionens ekonomi fortsatt ska vara i balans är att kostnadsutvecklingen bromsas. Att komma tillrätta med kostnadsutvecklingen är ett gemensamt ansvar och den mest prioriterade uppgiften. Anpassning till angivna ekonomiska ramar utgör den övergripande restriktionen vid en eventuell målkonflikt med verksamhetens omfattning. Den medicinska säkerheten får dock inte äventyras.” Restriktionen fastställdes, som framgått av kapitel 5, redan våren 2001. Något senare sägs att ”[p]roduktivitetens utvecklingen i regionens verksamheter måste kunna beskrivas på ett tydligt och enhetligt sätt.”³⁴⁴

Också i årsredovisningen för 2002 uttrycks en oro för kostnadsutvecklingen och en hittills visad oförmåga att hålla budgeten.³⁴⁵

Under rubriken hälso- och sjukvård tar budgeten upp patientens rättigheter, ett aktivt folkhälsoarbete, vård på rätt nivå och samverkan mellan vårdgivare. För en av dessa rättigheter konstateras att regionen har uppställt tillgänglighetsmål i form av garanti till patienterna att få en tid för besök respektive vårdinsats inom vissa angivna tidsramar. Texterna gällande vård på rätt nivå kan ses som redogörelse för den sjukvårdsstruktur som fullmäktige vill uppnå. Frågan om den lämpligaste sjukvårdsstrukturen gäller just förutsättningarna att ge vård på rätt nivå i termer

343 Budget 2003, s. 1

344 Budget 2003, s. 34–39. Citaten är hämtade från s. 39

345 Årsredovisning 2002, s. 4 och 23

av primärvård, länsjukvård och regionvård. Viktigt för detta syfte är att uppnå en lämplig balans mellan akut vård och primärvård men också att uppnå lämplig balans mellan akut vård och planerad vård.³⁴⁶ ”Länge har det funnits en bred uppslutning runt målsättningen att primärvården ska utgöra basen i sjukvården. Trots detta kvarstår mycket att göra.” Utbyggnad och förstärkning av primärvården skall göra det möjligt för patienterna att få sin vård där och därmed minska efterfrågan på sjukhusen, vilka därmed kan använda sina resurser till sina uppgifter, ”nämligen att ge specialistvård samt ge kompetensstöd till primärvården.”³⁴⁷ Det är viktigt att utveckla sjukvårdsupplysningen, att specialisläkare i ökad utsträckning är tillgängliga för mottagningsbesök vid vårdcentralerna och att utveckla behandlingsmetoder och vårdprogram³⁴⁸.

Under rubriken samverkan mellan vårdgivare behandlas samverkan med kommunerna gällande läkarmedverkan i den kommunala sjukvården i särskilda boenden, hemsjukvården och äldreomsorgen. ”Detta samarbete måste fortsätta vidareutvecklas för att ge våra invånare bästa möjliga vård och omsorg.” Vårdkedjor behöver utvecklas och närsjukvården ska ske i samverkan mellan kommunerna, primärvården och länsjukvården. För att pröva möjligheten till fördjupat samarbete mellan vårdnivåerna vill regionen utveckla en försöksverksamhet på några håll i regionen med en gemensam nämndorganisation mellan kommuner och regionens primär- och länsjukvård.³⁴⁹

Genomgången av budgeten kan sammanfattas i en agenda om följande fem punkter:

- fortsatt förstärkning av kostnadskontrollen genom utveckling av styrsystemen,
- förändra sjukvårdsstrukturen, bland annat ändrad uppgiftsfördelning mellan sjukhusnivåerna, mellan sjukhus och primärvård, mellan akut och planerad vård samt en ökning av den öppna vården,
- utöka och satsa på primärvården och stärkt sjukvårdsupplysning,
- förkorta väntetiderna till de garanterade väntetiderna samt
- utveckla närsjukvården, vårdprogram och vårdkedjor samt stärka samarbetet med den kommunala sjukvården

³⁴⁶ Budget 2003, s. 20–28

³⁴⁷ Budget 2003, s. 23

³⁴⁸ Västra Götalandsregionen, Budget 2003, s. 24–25

³⁴⁹ Västra Götalandsregionen, Budget 2003, s. 26–27

Sammanfattning

Både enligt intervjuer och budgettexter är kostnadskontroll agendans viktigaste punkt. Den andra punkten på agendan enligt intervjuerna utgörs av förändrad sjukvårdsstruktur. Även om den konkreta innebörden av dessa förändringar inte klart framgår av intervjuerna, är intrycket att frågan skall ses mot bakgrund av den agenda som inte blev förverkligad under den första mandatperioden. Detta innebär att förändrad sjukvårdsstruktur i intervjuerna i första hand står för förändringar av uppgiftsfördelningen mellan sjukhusen innebärande koncentration av den akuta vården och arbetsfördelning och specialisering mellan sjukhusen när det gäller den planerade vården. Denna tolkning av intervjuerna stöds av att nästan alla respondenter i båda intervjuundersökningarna associerar sjukvårdsstruktur till förändringar i uppgiftsfördelningen mellan sjukhusen.

Förändrad sjukvårdsstruktur kan också sättas som huvudrubrik för de tre ytterligare punkterna på agendan enligt budgeten. Men innehållet i begreppet sjukvårdsstruktur är för dessa tre punkter i huvudsak annorlunda och står för 1) ökning och utveckling av primärvården, 2) utveckling av närsjukvården, av vårdkedjor och vårdprogram 3) förbättrad samverkan med den kommunala sjukvården samt 4) överföring från akut vård till planerad vård. Dessa åtgärder sammantagna väntas leda till lägre efterfrågan på länssjukvård samtidigt som servicen till medborgarna förbättras genom att en större del av sjukvården kan utföras närmare patientens hem. Resultaten blir också förkortade väntetider till all sjukvård.

Vilken agenda har regionstyrelsen faktiskt haft?

En öppen fråga om vilka de viktigaste frågorna varit för regionstyrelsen under mandatperioden ställdes vid den andra etappens intervjuer oktober–november 2005³⁵⁰ med fullmäktiges ordförande, gruppledarna, hälso- och sjukvårdsutskottets presidium, regiondirektören, en av regionens controllers, hälso- och sjukvårdschefen och en ytterligare ledande medarbetare vid hälso- och sjukvårdsutskottet samt i en gruppdiskussion med revisionsdirektören och två av dennes medarbetare. Totalt genomfördes 16 intervjuer med enskilda respondenter och en gruppintervju med 3 respondenter.

Tre frågor dominerade i svaren, nämligen kostnadskontroll, som angavs vid 13 intervjuer, frågor om sjukvårdsstrukturen, som angavs vid 11

350 Två av intervjuerna genomfördes under mars 2006

intervjuer, och tillgänglighet till vården, som också angavs vid 11 intervjuer. Det ligger i den öppna intervjuens natur att resultaten inte entydigt kan rangordnas eller viktas eftersom alla respondenter inte anger sin rangordning och eftersom samma fenomen ges olika beteckningar. Vid sex av de sexton intervjuerna framhölls med olika formuleringar och med olika aspekter implementering och utveckling av regionens organisation och styrsystem som en viktig fråga. Inget ytterligare område uppgavs av fler än två respondenter.

Den samlade bilden av vilken agenda man faktiskt arbetat med under den andra mandatperioden upptar sålunda följande fyra frågor framför alla andra, varav de tre första har givits särskild tyngd:

- kostnadskontroll,
- förändrad sjukvårdsstruktur,
- tillgänglighet till vården och
- utformning och implementering av regionens organisation och styrsystem

Denna agenda överensstämmer med agendan enligt budgeten för 2003 med den skillnaden att sjukvårdsstruktur i budgeten mer preciserat gällde också utveckling av primärvården medan det vid intervjuerna för de flesta var frågan om koncentration av sjukhusvården i första hand, men för vissa frågan om både sjukhusstruktur och utveckling av primärvården.

Agendans två första punkter är de samma som inför regionens bildande och utgör till och med två av skälen för regionens bildande. Det kan konstateras att de två övriga frågorna också var frågor för den första mandatperioden. Att uppgiften att implementera och utveckla regionens organisation och styrsystem var en viktig fråga var självklart mot bakgrund av att regionbildningen sammanförde flera mycket stora organisationer med olika styrsystem. Denna punkt valdes dock inte för studium i den första delstudien. Frågan om att öka tillgängligheten till sjukvården – eller med andra ord minska köerna till vården – aktualiserades också under den föregående mandatperioden men intervjuerna gav då inte underlag för att ge frågan sådan prioritet att den hänfördes till agendan. Den slutsatsen kan alltså dras att samtliga de fyra viktiga frågorna varit aktuella redan under den första mandatperioden, tre till och med inför regionens bildande.

Eftersom omorganisationen och det nya styrsystemet avser system för styrning på de övriga tre områdena behandlas denna agendans fjärde punkt först i den följande redogörelsen.

Utformning och implementering av organisation och styrsystem

Beställar- utförarorganisation

Beställar- utförarorganisationen från regionens start och under den första mandatperioden

Regionens hälso- och sjukvård, som här beskrivs något utförligare än i kapitel 5, organiserades i en s.k. beställar- utförarorganisation. Beställare var *hälso- och sjukvårdsstyrelsen* och tio *hälso- och sjukvårdsnämnder*. Hälso- och sjukvårdsnämnderna biträdades av hälso- och sjukvårdskanslier inom hälso- och sjukvårdsstyrelsens förvaltning. Dessa beställarkanslier var fyra till antalet och varje kansli biträdde två eller tre nämnder. Utförare var *sjukhusen* och *primärvården*. Sjukhusen var organiserade i fyra sjukhusgrupper under var sin *utförarstyrelse* och var sin sjukhusdirektör samt i tre mindre, fristående sjukhus i Kungälv, Frölunda och sedan ett par år in på mandatperioden också Alingsås. Sjukhusen i sjukhusgrupperna hade olika grad av självständighet. Primärvården utgjordes av fem primärvårdsområden innefattande ett antal vårdcentraler, minst en i varje kommun men i de större kommunerna två eller flera. Fr.o.m. 2001 integrerades primärvårdsområdena i en gemensam primär- och tandvårdsförvaltning under en styrelse och en chef.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen hade ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården i regionen och var i vissa avseenden överordnad hälso- och sjukvårdsnämnderna med uppgifter att samordna regionens planering och utveckling och att beställa all länssjukvård och regionsjukvård³⁵¹.

Hälso- och sjukvårdsnämndernas uppgifter var under den första mandatperioden dels att följa och beskriva vårdbehovets utveckling i respektive områden och att på grundval av denna information ge hälso- och sjukvårdsstyrelsen underlag för dess beställningar till sjukhusen. Dels var hälso- och sjukvårdsnämndernas uppgift att ingå överenskommelser med primärvården och privatägda vårdcentraler om s.k. första linjens sjukvård.³⁵²

351 Länssjukvård är den vård som bedrivs vid länssjukhusen och regionsjukvård den högspecialiserade vård som bedrivs vid regionsjukhus

352 Från tandvården bortses här

Förändringar i organisationen inför den andra mandatperioden

Under den andra mandatperioden (med verkan fr.o.m. beställningarna för 2004) fick hälso- och sjukvårdsnämnderna ansvaret för beställning av både primärvård och länssjukvård. I samband därmed inrättades ytterligare två hälso- och sjukvårdsnämnder i Göteborgsområdet, varför det sammanlagda antalet hälso- och sjukvårdsnämnder blev tolv i stället för tidigare tio. Vidare infördes fyra *samordningsorgan* mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna för att samordna nämndernas beställningar till den sjukhusgrupp och de sjukhus som nämnderna i första hand beställde från. I huvudsak kom de nya samrådsorganen sålunda att agera inom samma geografiska områden och med samma sjukhus som de gamla landstingen och Göteborgs Stad.³⁵³

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens uppgift i den nya organisationen var att ha ansvar för övergripande och gemensamma hälso- och sjukvårdsfrågor innefattande regionala strategier och policies, ett samlat ansvar för den högspecialiserade vårdens utveckling och att på regionstyrelsens uppdrag tillse att överenskommelser träffades mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarstyrelserna samt att följa upp tillämpningen av fullmäktiges beslut. Med verkan fr.o.m. den 1 april 2004 upphörde hälso- och sjukvårdsstyrelsen och dess uppgifter övergick till regionstyrelsen, som inom sig utsåg ett hälso- och sjukvårdsutskott. Samtidigt överfördes också uppgiften att beställa högspecialiserad vård till hälso- och sjukvårdsnämnderna fr.o.m. överenskommelserna för 2005.

Skälen till förändringar i organisationen

Utgångspunkterna och skälen för förändringarna av organisationen var enligt ett skriftligt yrkande från s, c och fp sammanfattningsvis att uppnå – eller bibehålla – ett starkt genomslag för folkviljan. Detta syfte gagnades av att bibehålla eller något öka antalet förtroendevalda, att föra ut hela ansvaret för att beställa sjukvård till nämnderna och den ökade tydligheten däri att hälso- och sjukvårdsnämnderna fick det fulla ansvaret för beställning av all sjukvård.³⁵⁴

I den första etappens intervjuer ställdes ett antal öppna frågor om bakgrunden och skälen till den nya organisationen. Den första frågan var

353 Protokoll från regionfullmäktige den 5 mars 2002, § 47 med bilagor.

354 Yrkande från s, c, fp 2002-01-31, Förslag till förändring av den politiska organisationen för Västra Götalandsregionen; bilaga B till protokoll från regionfullmäktige den 5 mars 2002, § 47

varför organisationen ändrades. Svaren var inte samstämmiga. Endast tre eller möjligen (beroende på tolkning) fyra av tretton svarade att det gällde att öka antalet förtroendevalda och att stärka kontakterna med medborgarna eller med en annan formulering ”att flytta besluten närmare medborgarna”. Tre angav förbättrade förutsättningar att åstadkomma mer ändamålsenliga beställningar genom att samla beställningsansvaret.

Respondenterna ombads också att beskriva vad som inte fungerade bra i den tidigare organisationen. På denna fråga gav alla respondenter olika svar. Exempelvis svarade en respondent att hälso- och sjukvårdsnämndernas synpunkter och information till hälso- och sjukvårdsstyrelsen inte utnyttjades, en annan att hälso- och sjukvårdsstyrelsen inte kände till helheten eftersom de inte handlade upp primärvården och en tredje att utförarna var för starka och att det gick för mycket politik i beställningsarbetet.

En centralt placerad tjänsteman konstaterade för sin del att de praktiska förändringarna var begränsade. Beställar- utförarsystemet förblev det samma, styrsystemet i övrigt det samma och egentligen en gammaldags ramstyrning och i de fyra beställarkanslierna verkade i huvudsak samma personer som tidigare.

Något entydigt underlag för att sammanfatta svaret på frågan om vilka skälen var för den nya organisationen gavs sålunda inte. Det förefaller i första hand ha varit en strävan att behålla ett antal uppdrag för förtroendemannaorganisationen och att stärka sambanden med medborgarna lokalt. Omvänt kan noteras att skälet knappast var att förbättra styrmöjligheterna.

Styrsystemets grundkomponenter

Fullmäktiges styrning sker genom beslut, varav budgeten är ”det främsta samlade dokumentet för alla verksamheter”³⁵⁵. Andra viktiga beslut som uppmärksammas i denna studie är besluten om sjukvårdens struktur och/ eller utveckling (utvecklingsstrategin), att anta regional handlingsplan för hälso- och sjukvården 2002–2004 (beslutet fattat redan under 2001) samt om vårdgarantier. Det viktiga styrmedlet på nästa organisatoriska nivå är överenskommelserna mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarna. Överenskommelserna är i regel treåriga och beskriver utförarnas uppdrag och ersättningsgrunder. När det gäller ersättningsnivåer och

355 Budget för 2005, s. 6. Detta konstaterande förekommer i alla budgetar med något varierade formuleringar.

volymen gäller överenskommelserna i regel endast ett år i sänder. Överenskommelserna blir utförarnas underlag för sina budgetar.

Budgetens roll

I praktiken skrivs budgetens texter av politiska sekreterare, som verkar utanför den egentliga förvaltningen som utredare till regionråden och partigrupperna. Underlag för texterna består av tidigare texter, de politiska diskussionerna och material från förvaltningen. Sedan de politiska sekreterarna skrivit utkast diskuteras de av regionråden och av partigrupperna i en process där det gäller att uppnå samstämmighet både inom och mellan koalitionen partier. I den mån det i slutet av processen finns olösta frågor, så löses de av koalitionen gruppleddare. Ingen av de intervjuade pekade dock på någon tydligare konflikt i arbetet på budgetarna. Tvärt om framhöll i stort sett alla intervjuade att det rått ett mycket bra samarbetsklimat under alla åren i koalitionen.

Slutresultatet av denna process är formellt ett budgetförslag till fullmäktige, vilket i regel antas utan större förändringar. Därmed övergår förslaget till att utgöra fullmäktiges uppdrag till styrelsen och nämnderna.

Volymen av text i budgeten var de första åren mycket omfattande. För ett år under den första mandatperioden innehöll budgeten sålunda inte mindre än 119, sinsemellan ej prioriterade, uppdrag till förvaltningarna. Under hand har dock budgettexterna konkretiserats och koncentrerats, vilket också understryks i intervjuerna. Men också budgeten för 2005, som alltså kan betraktas som den mest koncentrerade och konkreta och som är den sista budgeten som omfattades av intervjuerna, kritiserades för att vara otillräckligt precis. Nedan ges exempel från två av budgetens textavsnitt av särskild betydelse för agendans områden.

Under rubriken Struktur- och verksamhetsutveckling sägs bland annat följande: "Under 2005 ska fokus i strukturarbetet flyttas till primärvården... Under 2005 ska arbetet med att förbättra tillgängligheten till sjukvården ...fortsätta. ... För att fler patienter ska vårdas inom regionen behöver regelverk och rutiner förändras så att utförarorganisationerna får ett uttalat ansvar, både verksamhetsmässigt och ekonomiskt, för beslutade behandlingsgarantier." Detta kapitel avslutas med ett uppdrag åt regionstyrelsens kansli att utarbeta förslag till regler och rutiner för att ge utförarorganisationerna ansvar för beslutade behandlingsgarantier.³⁵⁶

356 Budget för 2005, s. 19 - 20

Under rubriken Närsjukvård och primärvård sägs bland annat följande: ”Kommunikation och gemensamma vårdprogram är förutsättningar för god samverkan över organisationsgränserna. Syftet är att stärka patienternas möjlighet till lika vård, oavsett var de bor i Västra Götaland. ... Regionen ska tillsammans med kommunerna fortsätta bedriva ett aktivt arbete för att minska antalet kvarliggande utskrivningsklara patienter. ... Mer av dagens slutenvård bör överföras till öppnare vårdformer. Sjukhusens roll som konsult- och kompetenscentrum för primärvården bör stärkas. ... För att [patientgrupper som kontinuerligt är beroende av habilitering och rehabilitering skall få erforderlig vård] krävs väl fungerande vårdkedjor... Inriktningen är att förstärka primärvården så att fler patienter söker och får sin vård och behandling där. ... Primärvården... ska finnas nära med hög tillgänglighet i både tid och rum, skapa trygghet och erbjuda kontinuitet och fast läkarkontakt.” Detta kapitel avslutas med två prioriterade mål för 2005 och med fyra uppdrag. Målen är att tillgängligheten till primärvården skall öka och att andelen invånare som har fast läkarkontakt skall öka. Det första uppdraget är till hälso- och sjukvårdsnämnderna att inom respektive samrådsorgan utveckla geriatrisk vårdkedja. De två följande uppdragen är till hälso- och sjukvårdsutskottet dels att under hösten 2004 arbeta fram nyckeltal/mätetal för att under 2005 kunna genomföra systematiska jämförelser mellan vårdcentraler, dels att öppettider inom primärvården skall vara anpassade till befolkningens behov. Det fjärde uppdraget slutligen är till handikappkommittén att i samarbete med hälso- och sjukvårdens olika verksamheter under 2005 genomföra utbildningar i bemötande av personer med funktionshinder.³⁵⁷

Det är uppenbart att texterna i budgeten i första hand tar sikte på förändringar, varför prioriteringen mellan förändringar och det som inte skall förändras förblir oklar. Men det är inte heller klart att texterna tar upp ens de viktigaste eller alla de viktiga förändringar som efterlyses. Till exempel kan konstateras att relationen är oklar mellan budgeten och ett av fullmäktige hösten 2004 särskilt antaget dokument gällande utvecklingsstrategin för hälso- och sjukvården. Samtidigt uttrycker texterna egentligen endast den samlade uppfattningen om hur vård bör bedrivas och hur utvecklingen bör ske under de närmaste åren. Teserna är tämligen okontroversiella och allmänt hållna.

Det övergripande intrycket är att entydiga prioriteringar saknas. Detta intryck stöds av intervjuutsagor. Flera tjänstemän i hälso- och sjukvårds-

³⁵⁷ Budget för 2005, s. 20–21

nämnderna, som skall implementera fullmäktiges vilja i sina överenskommelser med utförarna, framhåller både att det saknas prioriteringar och att det finns målkonflikter. Några röster från den andra etappens intervjuer belyser detta förhållande:

I budgeten skrivs vad vi skall fokusera, våra direktiv och prioriteringar. Det finns väldigt många olika mål, det blir målkonflikter och dessa målkonflikter möts hos HSN. Kostnadskontroll är överordnad, men vad skall då genomföras och vad får vänta? (Tjänsteman vid hälso- och sjukvårdskansli)

Fullmäktigebesluten är inte så strukturerade – t.ex. gäller de alla förvaltningar eller en del? vad gäller för oss?...Fullmäktiges budgetdokument är så omfattande att inget är prioritet. Uppdragen till förvaltningarna är för många –är inte tydligt strukturerade. Det finns ingen stringent styrning från regionen. (Tjänsteman vid sjukhus)

Vi är starkt styrda av fullmäktiges budget. Den skall ge avtryck i budget för nämnderna, i överenskommelsen och i styrelsernas detaljbudgetar. Men, det är mycket som sägs i budgetar och det finns målkonflikter. Vi kan t.ex. inte samtidigt satsa stort på PSI, psykiatrisk vård och första linjens sjukvård. Och så finns de lokala politiska medskicken som skall synkroniseras med fullmäktiges krav (Referat av utsaga från tjänsteman vid hälso- och sjukvårdskansli)

”... politiken har ... endast talat om vad man vill ha, inte vad man vill minska. Vi har inte kommit långt när det gäller att prioritera bort” (Oppositionspolitiker)

Två av de ledande företrädarna för koalitionen konstaterade att det är ett problem att avgöra vad som är mål och vad som är uppdrag och det är ett problem att konkretisera och prioritera:

Budgeten skrivs för förvaltningar och nämnder och det är självklart att det finns mycket som förväntas av dem trots att det inte står i budgeten. Det är meningen att vad som framhålls i budgeten skall ge en uppfattning om vad som skall få särskild uppmärksamhet. Målen är angelägna frågor men det finns fler angelägna frågor

Man får komma ihåg att budgetarna är politiska dokument, varje politiker vill ha in någon mening som uttrycker vad han eller hon tycker är viktigt

På frågor om vilken betydelse budgeten mot ovanstående bakgrund de facto har, är respondenterna tveksamma. Vissa tror att betydelsen är mycket begränsad, andra menar att chefstjänstemännen ändå läser budgeten, tar del av mål och uppdrag och drar ut vad som kan vara viktigt. ”Om fullmäktige tagit ett beslut, så syns det i andra nämnder[s dokumentation]. Det ser förtroendemännen och tjänstemännen till. Men det syns inte i verksamheten.”

Uppfattningar om styrning vid början av mandatperioden

I denna punkt redovisas utsagor från intervjuer vintern 2004 med presidierna och chefstjänstemännen vid hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarstyrelserna.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna

Respondenterna ger en entydig bild av att de styrs i första hand av anslagen i fullmäktiges budget och i andra hand av budgeten i övrigt och andra fullmäktigebeslut. ”Att hålla budget” är den övergripande prioriteringen och att verkställa budgetens och fullmäktiges uppdrag är nämndernas uppgifter.

Hälso- och sjukvårdscheferna är underordnade regiondirektören, men information och styrning kommer från flera håll: hälso- och sjukvårdsdirektören, sjukvårdsgruppen (en av regiondirektören ledd tjänstemannagrupp som träffas regelbundet) och från träffar med presidierna och nämnderna. Dessutom ”får man förse sig med information från regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen”. Och, ”när regiondirektören träffar sjukvårdsgruppen så är det bara kostnadskontroll som gäller”. Hälso- och sjukvårdscheferna styrs också av nämnderna, i första hand av deras presidier, vid informella överläggningar i möten och under hand. ”Jag är ingen del av hälso- och sjukvårdsstyrelsen” svarade en hälso- och sjukvårdschef, ”nämndens uppdrag blir också mitt” svarade en annan. ”Den formella styrningen av nämnden och därmed av mig är fullmäktigebeslut, som transformeras av nämnden till mål- och inriktningsdokument, som sedan leder till vårdöverenskommelse.”

Uppföljning från regionens ledning sker formellt genom rapportpaket och informellt vid möten mellan regionstyrelsens presidium och nämndernas presidier (en nämnd i taget). Beställarkansliernas chefer ingår i sjukvårdsgruppen och har också möten med regionens controllers. Denna uppföljning uppges vara helt koncentrerad på kostnadskontroll, både när det gäller den politiska ledningens uppföljning och tjänstemannaledningens uppföljning. ”I dialog med regionledningen är det mest kostnadskontroll som är på tapeten”. Ett presidium konstaterade att från hälso- och sjukvårdsstyrelsen förekommer ingen styrning.

Utförelsestyrelserna

Utförelsestyrelserna styrs i första hand av överenskommelsen. Denna styrning innebär emellertid i huvudsak endast ett ramanslag villkorat av att sjukhusen uppnår en viss produktionsvolym, som bestäms delvis med DRG-viktad ersättning, delvis efter antal sjukbesök och antal vårddygn. Alla sjukhus uppnår överenskomna volymer och många överträffar dem. Konstruktionen innebär att anslaget reduceras om överenskommen nivå inte uppnås, men anslaget ökas inte om överenskommen volym överskrids. Dock varierar ersättningarnas storlek per prestation mellan sjukhusen. Utöver volym och ersättningsgrunder har överenskommelserna knappast någon styrande verkan. Inte heller har texterna i regionfullmäktiges budget någon märkbar betydelse. ”Jag läser dem knappt”, sade en sjukhusdirektör. Texterna i budgetar riktar sig alltså i första hand till hälso- och sjukvårdsnämnderna och förutsätts få effekter indirekt genom att påverka överenskommelserna, men överenskommelsernas betydelse är begränsade till anslag och volym.

I viktiga och opinionsmässigt känsliga strukturfrågor, som enligt utförelsestyrelsernas uppfattning egentligen ligger inom deras område, kan regionpolitiken ofta få genomslag. Exempel från föregående mandatperiod är hälso- och sjukvårdsstyrelsens intervention i förändringen vid Mariestads sjukhus och ett starkt engagemang från regionledningen i NU-sjukvårdens strukturomvandling³⁵⁸. Under den andra mandatperioden ingrep, som kommer att framgå nedan, regionstyrelsens majoritet i frågan om ställningen för Sjukhuset i Lidköping. I övrigt märks inte hälso- och sjukvårdsstyrelsens och sedermera hälso- och sjukvårdsutskottets insatser (utöver att hälso- och sjukvårdsstyrelsen var beställare av länsjukvård t.o.m. 2003).

Sjukhusdirektörerna uppfattar att de styrs både av utförelsestyrelserna och av regiondirektören och dennes stab, framförallt uppföljning från controllerenheten. Men, ”i uppföljningen är det produktion och kostnadskontroll som gäller.” En annan sjukhusdirektör formulerade sig kortfattat: ”När regiondirektören träffar sjukvårdsgruppen är det bara kostnadskontroll som gäller.”

För sjukhusdirektörerna gäller det alltså att sjukhuset får maximal ersättning genom att producera enligt överenskommelserna och att hålla

358 Se s. 96–98

kostnaderna inom denna ram. ”Håller Du Dig inom de ekonomiska ramarna, så gör Du som Du vill” menade en sjukhusdirektör.

Betydelsen av utförarstyrelsernas styrning framstår vid intervjuerna som marginell. En styrelseledamot ansåg att styrelsen inte ”får fram den information vi vill ha för att styra. Till exempel: varför finns det köer? Det har vi inte fått reda på!”. En annan ledamot svarade att ”när det gäller måluppfyllelse är alla rutor tomma – det finns inget att mäta.” Styrelsernas presidier saknar relevanta uppgifter för att borra sig ned i verksamheten. ”Styrelsen är väldigt beroende av den information den får sig förelagd.”

Förhandlingar om överenskommelser

Vid intervjuerna i denna intervjuomgång hade respondenterna erfarenheter av en förhandling i den nya organisationen. Med undantag för ett fall (förhandlingen mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna 1–3 och NU-sjukvården) drevs förhandlingarna helt av tjänstemännen, ett förhållande som några av politikerna var missnöjda med. Politikerna, främst hälso- och sjukvårdsnämndernas politiker, ”gör dock inspel” till tjänstemännen inför förhandlingarna och när utförarsidan avvisar något som är angeläget för nämnden, så sker en avstämning med nämndens presidium. Det var dock svårt att under intervjuerna få besked om vilka konkreta frågor det hade gällt.

Vid förhandlingarna med NU-sjukvården deltog däremot politikerna, även om de sinsemellan hade olika uppfattningar om graden av aktivt deltagande. En säger att det blev ”väldigt mycket tjänstemannavälde”, en annan att politikerna varit mycket aktiva.

Företrädare för hälso- och sjukvårdsnämnderna uppfattade att de hade för lite insyn i sjukhusens förhållanden för att kunna ställa befogade krav i förhandlingarna och försök hade gjorts från åtminstone två nämnder att få direkt information från sjukhusets tjänstemän, vilket avvisats av utförarstyrelserna. Vid en av intervjuerna ställdes därför en följdfråga: ”Tror ni inte på utförarna?” och svaret blev ”Jo, vi tror på utförarna, men vi måste veta. Därför vill vi ha eget underlag. Vi har väldigt mycket kvar innan vi står på fast grund. Själva beställningsarbetet måste förbättras.”

Om beställar- utförarmodellens och beställarpolitikernas status

Under intervjuerna omvittnades att regionledningen ifrågasatte beställarutförarmodellen. En av politikerna uppfattade att ”beställarpolitikerna är

förminskade” och en av hälso- och sjukvårdcheferna uppfattade att regionstyrelsens budgetsystem och –kontroll dominerade över överenskommelserna, som anger vad pengarna skall användas till. Vid ett av sjukhusen var kontakterna med beställaren delegerade från sjukhusdirektören till en biträdande sjukhuschef.

Vissa respondenter uttryckte också en tveksamhet till beställarnas kompetens och framhöll att sjukhusen alltid har den överlägsna informationen och den starkare positionen. ”Det är fortfarande långt innan hälso- och sjukvårdsnämndernas inflytande blir väsentligt”. ”Beställarna har inte kompetens. Det har gjort att beställningarna spelar mindre roll.”

Uppfattningar om styrning vid mandatperiodens slut enligt intervjuer hösten 2005

Grundläggande styrmedel

Budgeten styr hälso- och sjukvårdsnämnderna och överenskommelserna styr utförarna. I budgeten finns uppdrag och direktiv – men kostnadskontroll är den överordnade restriktionen och den viktigaste styrparametern. Utöver budgeterad kostnadsnivå är budgeten inte konkret formulerad och utfallen mäts inte. ”Men inget [i budgetexterna] har väl [egentligen] påverkat... Fullmäktiges budgetdokument är så omfattande att inget är prioritet. Uppdragen till förvaltningarna är för många – är inte tydligt strukturerade. Det finns ingen stringent styrning från regionen.”

Likväl omvandlas budgetexterna till mål- och inriktningsdokument av hälso- och sjukvårdskanslierna, dokument som fastställs av nämnderna och därefter gäller som förhandlingsdirektiv till kanslierna i deras förhandlingar med utförarna. Texten i mål- och inriktningsdokumenten påverkas i varierande grad av presidierna och anpassas och konkretiseras alltså i viss mån till den enskilda nämndens förhållanden. Förhandlingsprocessen mellan beställare och utförare handlar i huvudsak om denna text, som efter vissa korrigeringar blir den väsentliga textmassan i överenskommelsen mellan nämnden och sjukhuset respektive primärvården. Överenskommelserna med sjukhusen ingås i regel mellan sjukhusgruppen och båda eller alla tre nämnder som omfattar sjukhusgruppens område.

Men, texterna har ringa betydelse i styrningen av verksamheten. De styrmedel som av utförarna betraktas som konkreta och tydligt styrande är endast de som gäller grunderna för ersättningarna och därmed i första hand de volymer som fordras för att erhålla ersättningarna. Överenskomm-

melsen innebär för sjukhusen i princip en anslagsbudget eller en rambudget villkorad av viss volym prestationer. Sjukhusen får sedan själva avgöra hur vårdinnehåll och vårdåtagande skall fullföljas.

En representant för primärvården gjorde följande konstateranden.

Vi får en beställning på antal tjänster – och det utför vi... Men vi skulle kunna leverera mer. Det är bara antal besök som räknas, och det leder till fel resursanvändning! De ekonomiska incitamenten är oerhört starka. Vi måste producera läkarbesök – och de är alla lika mycket värda!

Regionstyrelse, majoritetskoalition och regionledning

Såväl den styrande koalitionen som oppositionens ledamöter i regionstyrelsen omvittnade att regionstyrelsen används endast som ett organ för formella beslut. I realiteten är frågorna redan avgjorda inom majoritetens konstellation före regionstyrelsens sammanträden. Ett av koalitionen regionråd talade om ”vi i ledningen” och uttryckte som sin uppfattning att oppositionen inte ingår i ledningen. Oppositionens företrädare uppfattade att de ofta fick beslutsunderlag för sent och att deras möjligheter att verka inom ramen för ledningen var begränsade och många ifrågasatte också moderaternas och kristdemokraternas vilja till samarbete med majoriteten, liksom moderaterna och kristdemokraterna ifrågasatte majoritetens vilja till samarbete. Oppositionsföreträdarnas uppfattningar var också att deras uppgift var att lägga fram alternativa förslag till majoritetens linje, ”att bedriva opposition” och de visade vid intervjuerna ingen ambition att dela ledningsuppgiften. Det är alltså koalitionen som leder och den gör det i praktiken utanför regionstyrelsen, som endast utgör den formella ramen för beslut vilka de facto redan fattats i förberedande möten.

Regionledningen utgörs sålunda av majoritetens regionråd och av regiondirektören och dennes kansli. Regionledningen styr dels genom att följa rapporteringen av i första hand kostnadsutvecklingen och utvecklingen av väntetiderna, dels genom diskussioner och samråd i olika konstellationer av framför allt majoritetens nämndordförande och presidieledamöter. På tjänstemannanivån träffas främst sjukvårdsgruppen under ledning av regiondirektören, ”HSA-gruppen”,³⁵⁹ som omfattar hälso- och sjukvårdscheferna, och ekonomichefsgruppen under ledning av hälso-

³⁵⁹ HSA avser hälso- och sjukvårdsavdelningen, som är en avdelning inom regionstyrelsens kansli och leds av hälso- och sjukvårdsdirektören. HSA är i praktiken det tidigare hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli

och sjukvårdsdirektören. I övrigt förekommer knappast någon styrning. I uppföljningen av såväl hälso- och sjukvårdsnämnder som av sjukhusen är det i första hand kostnadskontroll som gäller. ”Det finns ingen dialog om rapporterna” fastslog en av de intervjuade.

Förhandlingsprocessen

Förhandlingarna om överenskommelser mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarstyrelserna bedrivs, med undantag för Fyrbodals³⁶⁰, i verkligheten av tjänstemän och när det gäller primärvården träffas presidier i inledande möten inför förhandlingarna. ”Det är tjänstemännen som förhandlar. Riktlinjer för förhandlingarna ges efter en inledande allmän diskussion med nämndernas presidier. Politikerna kräver mycket information, men tjänstemännen har ett kraftigt informationsövertag och de har ett stort inflytande”. En ordförande i utförarstyrelse uttalade att ”tjänstemännen förhandlar för länge och vill inte lyfta frågorna till politiken. Det politiska inflytandet blir därigenom mindre.”

I Fyrbodals deltar politikerna från hälso- och sjukvårdsnämndernas och NU-styrelsens presidier i förhandlingarna i viss utsträckning och presidier träffas till diskussioner under processens gång. Trots detta uppfattade åtminstone en av dessa presidiedamöter inte att han hade tillräckligt underlag för att kunna bedöma förhandlingsförloppet, vilket här tolkas som att huvuddelen av förhandlingarna också i Fyrbodals sker på tjänstemannanivå. En illustration till tjänstemännens tyngd i processen och samtidigt en illustration till de små skillnader som föreligger mellan de olika nämndernas beställningar av sjukhusvård är yttrande från en av sjukhusens chefer: ”Vi upplever – trots att det är två hälso- och sjukvårdsnämnder – att vi har *en* motpart” (underförstått hälso- och sjukvårdskansliet, som förhandlar fram en överenskommelse).

Förhandlingarna behandlar stora textmassor, men till slut blir det i stort sett frågan om ”lite mer produktion än föregående år men till samma ersättning” – en bild som är något förenklad men just därför pekar ut vad som är väsentligt. Övrigt är krusningar på ytan. Efterhand som viktigare ”knäckfrågor och principfrågor” uppstår under förhandlingarnas gång utan att kunna lösas mellan tjänstemännen, så ”lyfts dessa” under hand till

360 Fyrbodals skall uttydas Fyrstad (som i sin tur består av Trollhättan, Vänersborg, Uddevalla och Lysekil), Bohuslän och Dalsland. Detta område är organiserat i tre hälso- och sjukvårdsnämnder som alla ingår avtal med NU-sjukvården.

presidierna som korrigerar eller kompletterar direktiven till tjänstemännen. När förhandlingarna mellan tjänstemannaförvaltningarna är klara, presenteras ett förslag för presidierna som vidarebefordrar dem till respektive nämnd för beslut.

Två av de undersökta nämnderna slutförde överenskommelser med sjukhusen innan de övergick till förhandlingar med primärvården medan den tredje nämnden drev förhandlingarna med sjukhuset och primärvården parallellt. Det blev alltså ingen samordnad beställning eller förhandling gällande all sjukvård, vilket avsågs med den nya organisationen. Däremot förekommer det att små avsnitt bryts ut för diskussion mellan hälso- och sjukvårdsnämnd och sjukhus och primärvård. I intervjuerna nämndes dock endast ett konkret exempel, nämligen gällande dialysverksamhet i Borås.

Det finns bland flera respondenter, dock inte från hälso- och sjukvårdsnämnderna, en uppfattning att hälso- och sjukvårdsnämnderna inte är starka nog i förhållande till utförarna. Ett citat från en politiker: ”Utförarna är starkare. Hälso- och sjukvårdskanslierna behöver förstärkas.” Och citat från en centralt placerad cheftjänsteman: ”HSNs arbete lider av ett kraftigt underläge gentemot sjukhusen, kompetensmässigt och informationsmässigt”. De respondenter som representerat hälso- och sjukvårdsnämnderna har genomgående tillmätt förhandlingarna stor betydelse, medan respondenterna från sjukhusen uppfattat att det i realiteten endast handlat om ersättningsnivå och antal prestationer.

Vad skiljer överenskommelserna för 2006 från överenskommelserna för 2003?

Överenskommelserna för 2003 var de sista som ingicks i den tidigare organisationen och överenskommelserna för 2006 är de sista som ingåtts när studien avslutats. Om organisationen av beställningsarbetet har någon effekt på överenskommelserna, så bör denna effekt kunna avläsas av aktörerna efter att den nya organisationen varit i kraft under tre år. Frågan har därför ställts vid intervjuerna i den andra omgången om vad som skiljer överenskommelserna för 2006 från dem som ingicks för 2003.

Den allmänna uppfattningen bland respondenterna är att ingen väsentlig förändring av överenskommelserna har skett. Flera av utförarna säger sig inte ha iakttagit någon förändring alls i beställningarna. En verksamhetschef vid vårdcentral säger att ”[d]et har varit samma överenskommelse hela tiden.” Även om några av företrädarna för hälso- och sjukvårdsnämnderna menar att överenskommelserna har utvecklats, så har inga exempel

på konkreta förändringar givits som styrker uppfattningen att beställningarna har utvecklats. Från sjukhusen och primärvården framförs tvärt om att hälso- och sjukvårdsnämnderna har fortsatt på ”två separata spår, primärvårdsspåret och sjukhusspåret”, utan tillräcklig helhetssyn på vården.

Samordning

Samordning mellan de nämnder som ingår överenskommelser med samma sjukhus var tänkt att ske genom samrådsorganen, SRO. Deras funktion uppfattas emellertid som onödig av de flesta respondenter. SRO har helt enkelt inte behövts, men å andra sidan inte varit till någon nackdel.

Någon effektiv funktion för samordning över hela regionen för att optimera regionens resurser finns inte. Många respondenter menar att hälso- och sjukvårdsnämnderna prioriterar ”sina egna” sjukhus på bekostnad av regionen som helhet. Detta leder bland annat till risken att de mindre sjukhusen får brist på uppdrag och att en regional överkapacitet kommer att framträda. Några citat:

Det finns exempel på att hälso- och sjukvårdsnämnderna lägger beställningar till Uddevalla Sjukhus och till Mölndal. I det ena fallet får Falköping brist på arbete och i det andra fallet drabbas Alingsås.

Våra nämnder tänker i första hand på sitt eget sjukhus och lägger så mycket som möjligt där.

Den nya organisationen innehåller en stor risk i att lokala politiker [i hälso- och sjukvårdsnämnderna] gör upp med lokala politiker [i utförarstyrelserna] och värnar sina sjukhus. Man missar enhetlighet och riskerar att fortsätta som fyra landsting

Motsvarande erfarenheter uttrycktes också av företrädare för sjukhusen, men från den motsatta utgångspunkten att man såg värdet av den starkare lojalitet som den ”egna” nämnden kände mot ”sitt” sjukhus. ”Tidigare var det en tjänsteman som kom ut och gav besked om slutsumman, nu är det politiska beställare som finns i samma verklighet och som har samma känsla och som måste ta ett politiskt ansvar.” Med andra ord, de lokala hälso- och sjukvårdsnämnderna är mer känsliga för lokala opinioner än den tidigare tjänstemannen vid hälso- och sjukvårdsstyrelsen var.

Effekterna av att hälso- och sjukvårdsnämnderna nu ansvarar för beställning av all sjukvård

Under intervjuerna ställdes den öppna frågan om vilka effekter den nya organisationen medfört. Redan ovan har återgivits att samordning inom regionen brister.

Som framgått ovan ansåg representanterna för hälso- och sjukvårdsnämnderna att beställningsarbetet samordnats och förbättrats, dock utan att några exempel kunnat visas. Motsatt uppfattning hade respondenterna i regionledningen, utförarpolitikerna och sjukhuscheferna, som utöver en ökad preferens för beställningar från det egna sjukhuset inte hade iakttagit någon förändring av att hälso- och sjukvårdsnämnderna sköter beställningen av sjukhusvård. Liksom vid intervjuer i mandatperiodens början anser flera att nämnderna upphandlar helt oprofessionellt och inte kan definiera vilka tjänster de upphandlar. Denna synpunkt sammanhänger med uppfattningen att nämnderna inte har tillräcklig kompetens, som har refererats ovan. En tjänsteman hade följande erfarenhet:

Våra nämnder vill styra olika. Sjukhuset får ett effektivitetskrav och vill ta bort de dyra verksamheterna, men då petar man i en nämnd. Nämnden säger då: nej, då köper vi själva av någon annan. Resultatet blir dyrare vård för alla.

En tjänsteman förklarade att de praktiska förändringarna var begränsade med att beställar- utförarsystemet förblivit detsamma, styrsystemet i övrigt detsamma, egentligen en ”gammaldags ramstyrning” och i de fyra beställarkanslierna verkar i huvudsak samma personer som tidigare.

Det kan konstateras att ingen av respondenterna hänvisade över huvudet taget till att man uppfyller de demokratiska mål som hade motiverat att hälso- och sjukvårdsnämnderna fick ansvar också för beställning av sjukhusvården. Detta konstaterande kan tolkas som att någon ökad demokrati inte har förmärkts eller har ansetts viktig. Den alternativa tolkningen att denna fördel är så självklar att den inte behöver nämnas framstår inte som rimlig med hänsyn till vad som i övrigt framkommit i intervjuerna.

Hur styr utförarstyrelserna?

Sjukhusen styrs i första hand av ersättningsprinciper och volymkrav enligt överenskommelsen och av regionledningens krav på kostnadskontroll. Styrningen från utförarstyrelserna framstår däremot som otydlig. Med enstaka undantag uppfattar företrädare för styrelserna inte att styrelserna

påverkar sjukhusets verksamhet. En politiker i en utförarstyrelse konstaterade att ”Vi påverkar inte verksamheten. Vi blir informerade, men besluten ligger på andra.” En tjänsteman uppfattar att styrelsens arbete kanske inte är mer än att ställa frågor och få svar och menar att verksamheten skulle vara likadan också utan styrelse. Belysande exempel kan tas från svaren på frågor till styrelserna och sjukhusledningarna om hur det kunde komma sig att sjukhusen lyckades reducera sina köer kraftigt. En ledamot av presidiet i en utförarstyrelse svarade retoriskt:

Ja, det har jag själv funderat på. Är det [verkligen] så att vi fattar ett beslut och så blir det så? Hur styr styrelsen?

Något säkert svar hade han inte på frågan, men trodde att utvecklingen förklarades av att ”styrelsen lyckades komma i en dialogrelation med ledande chefer och lyckades formulera ett gemensamt mandat. Mycket arbete lades ned på att sammanträda. Att lära känna varandra bättre.” En annan politiker i en utförarstyrelse svarade på frågan hur sjukhuset kunde åstadkomma en så stor produktionsökning med att ”[d]et är inte förklarat. Det är svårt att förstå.” En politiker i ytterligare en annan sjukhusstyrelse sade att ”produktionen har verkligen gått upp efter att många tidigare år ha sjunkit. Men, det är inte styrelsens förtjänst.” På frågan om hur det kom sig att produktionen kunnat öka så kraftigt vid sjukhuset utan motsvarande ökning av resurserna svarade chefläkaren

Det vet vi inte riktigt. Det är troligen en fråga om attityder.

Chefläkaren uppfattade att sjukvårdspersonalen ser att service till patienterna är uppdraget. Han framhöll vidare att attitydförändringen kan komma av en ökad tydlighet hos politiker, regionledning och sjukhusledning som har fört en diskussion om köernas innehåll.

En ordförande i utförarstyrelse hade dock en bestämd uppfattning om att styrelsen styrde kostnadsutvecklingen. ”Det var en riktig hårdhänt styrning från styrelsen.” Efter konflikter med ledningen fick styrelsen också ledningens stöd och ett sparpaket sattes i kraft.

Praktiskt taget alla intervjuer visar på ett betydande avstånd mellan styrelsens perspektiv och den professionella verksamhetens perspektiv.

Slutsatsen blir att det för nästan alla ledamöter i utförarstyrelserna – och även i sjukhusledningarna – är oklart om, och i så fall hur, styrelsen och sjukhusledningen styr.

Överenskommelser mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarna

Samtliga överenskommelser för 2003 och för 2006 som ingåtts av de valda hälso- och sjukvårdsnämnderna har ingått i studien. Det kan konstateras att överenskommelserna beskriver sjukvårdsinsatsernas mål, inriktning och grundläggande värderingar för verksamheten, dock i stor utsträckning på en allmän nivå och genom att upprepa lagtext och regionfullmäktiges beslut. Överenskommelserna är så omfattande att de talar om nästan allt och därigenom inte uttrycker prioriteringar. Mätbara mål definieras endast undantagsvis och gäller då i första hand telefonframkomlighet och i något fall grad av patientnöjdhet i primärvården samt uppfyllande av vårdgarantins tider och grunder för målrelaterade ersättningar i den mån sådana har överenskommit. Inriktningen fastställs huvudsakligen genom en uppräkningslista och i vissa överenskommelser genom mer eller mindre utförliga beskrivningar av vilka slags verksamhet som skall bedrivas vid vilken vårdcentral respektive vid vilket sjukhus inom sjukhusgruppen. Också utförarnas åtaganden beskrivs på en allmän nivå. Konkreta eller specifika krav på vad som skall uppnås är begränsade dels till mått på tillgänglighet, dels till volymer av besök, behandlingar, vård dagar och så långt möjligt antal producerade DRG-poäng. Tillgängligheten anges genom att öppethållande regleras vid vårdcentralerna och genom att ange att regionens vid respektive tidpunkt gällande vårdgaranti skall uppnås.

Ersättning till utförarna utgår från en totalram, som inte kan överskridas annat än i vissa fall efter särskilda överenskommelser och i mycket begränsad omfattning. Totalramen uppnås på fyra olika grunder, 1) en fast ersättning som utgör ungefär halva ramen, 2) ersättningar för bestämt antal prestationer mätt i volymtal enligt föregående stycke, 3) vissa förhållandevis små belopp för särskilt angivna typer av verksamhet, i regel kallade ”särskilda uppdrag”, samt 4) i vissa fall i överenskommelserna för 2006 särskilda målrelaterade ersättningar som begränsas till mycket marginella belopp.

Genomgången av dokumenten bekräftar den allmänna uppfattningen från intervjuerna att de innehållsmässiga skillnaderna mellan överenskommelserna för 2003 och 2006 är små. I huvudsak är det frågan om tre skillnader. I vissa överenskommelser för 2006 ställs i större omfattning krav på att utförarna följer den medicinska kvaliteten genom deltagande i medicinska kvalitetsregister och genom angivna indikatorer för vanliga

folksjukdomar. Vidare förekommer målrelaterade ersättningar och för det tredje är hälso- och sjukvårdsnämndernas krav på information för uppföljning mer omfattande.

Med undantag för överenskommelsen mellan de tre hälso- och sjukvårdsnämnderna 1–3 och NU-sjukvården syns inga tydliga spår av den år 2004 beslutade utvecklingsstrategin utöver allmänna krav på samverkan mellan vårdnivåer, men det skall samtidigt noteras att krav på och begrepp som samverkan, närsjukvård och vårdkedjor förekommer redan i överenskommelserna för 2003. Inte heller kan det utläsas några tydliga spår av att hälso- och sjukvårdsnämnderna nu upphandlar all hälso- och sjukvård och att de därigenom i högre grad förmår att styra hela sjukvården.

I överenskommelsen gällande NU-sjukvården för 2006 har en paragraf ”Genomförande av hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi” inlagts. I denna paragraf anges först med den antagna strategin överensstämmande övergripande mål för en utvecklad hälso- och sjukvård i Fyrbodalen. Därefter anges följande inriktning för NU-sjukvårdens interna strukturarbete, snarare genom att reglera vad som skall ses över än genom att reglera vad som skall uppnås. Sålunda skall en översyn genomföras av akut/jourverksamhet i Trestadsområdet³⁶¹ (i samverkan med Primärvården Fyrbodalen), åtgärder till följd av Närsjukvårdsutredningen vidtas (i samverkan med primärvård, kommuner och HSK³⁶²), interna strukturförändringar utan närmare förtydligande ske och en flödesorienterad verksamhet utvecklas, något som hänför sig till etablering av ett nytt synsätt i stället för nuvarande ”klinikbundna synsätt”. Slutligen sägs att ”NU-sjukvården ska medverka i närsjukvårdsarbetet”. Åtgärder för att utveckla närsjukvården och mål för denna utökning anges. I denna del överensstämmer överenskommelsen med de övriga överenskommelserna för 2006.

I samtliga fall finns målrelaterade ersättningarna i överenskommelserna för 2006 och de är likartade till konstruktion och innehåll. De är begränsade till högst 5,5 Mkr eller lägre, vilket understiger två promille av sjukhusens budget. Ersättningarna består av flera komponenter. Som exempel tas här det fall som förefaller mest illustrativt, nämligen överenskommelsen mellan hälso- och sjukvårdsnämnden 10 och SkaS enligt

361 Trestad skall uttydas Uddevalla, Vänersborg och Trollhättan

362 Med ”HSK” avses hälso- och sjukvårdskansliet, som är benämningen på de tre hälso- och sjukvårdsnämndernas gemensamma kansli

vilken den målrelaterade ersättningen kan utgå med maximalt 5 Mkr om följande tre mål uppnås:

- Inom garantivård: för vart och ett av 15 områden och för vart och ett av 3 mättillfällen utgår ersättning med 67 000 om ingen patient behövt vänta mer än 3 månader till mottagning och behandling; totalt maximalt 3 mkr
- För kvalitet: dels att utarbeta en rapport över sjukhusets uppnådda resultat enligt mätningar i de nationella kvalitetsregistren, för vilket 500 tkr utgår, dels ersättning om 500 tkr om bortfallet av diagnoskoder reduceras till hälften av antalet fall
- För psykiatri: ersättning för uppfyllelse av ännu ej fastlagda mål att reducera antalet akuta inläggningar i psykiatri utgår med högst 1 mkr.

Överensstämmelse mellan regionens agenda och de olika nämndernas agendor

En metod att bedöma verkan av regionfullmäktiges och regionstyrelsens styrning är att studera samstämmigheten mellan agendorna. Med andra ord: har de olika hälso- och sjukvårdsnämnderna och de olika utförarstyrelserna samma uppfattning som regionens ledning om vilka frågor som är viktigast? En överensstämmelse måste antas utgöra en grundförutsättning för att regionfullmäktiges och regionstyrelsens ledning skall ha effekt. En sammanställning av svaren har intagits i bilaga 3, där jämförelser kan ske i olika dimensioner.

Det intressanta resultatet är att hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarstyrelserna inte är samstämmiga varken *med* varandra eller *inom* varandra. Vid en jämförelse inom var och en av hälso- och sjukvårdsnämnderna respektive var och en av utförarstyrelserna visar det sig att det föreligger huvudsaklig överensstämmelse mellan presidietts uppfattning och tjänstemännens uppfattning i en av utförarstyrelserna både vid periodens början och vid dess slut och i en av utförarstyrelserna endast vid periodens slut. Också inom primär- och tandvårdsstyrelsens ledning skiljer uppfattningarna tydligt mellan vilka frågor som varit viktiga under mandatperioden. I övrigt har presidieledamöterna uppfattningar som delvis skiljer sig från varandra och tjänstemännen har ytterligare andra uppfattningar.³⁶³

363 Se bilaga 3. Svaren från ledningen inom primär- och tandvårdsstyrelsen redovisas inte då det visar sig svårt att säkerställa anonymitet för respondenterna.

Jämförelser mellan regionledningens agenda å ena sidan och nämndernas och utförarstyrelsernas å andra sidan är dock svåra att tolka beroende på att perspektiven naturligen är olika. Att det dessutom inte är möjligt att fixera entydiga bilder för var och en av nämnderna och styrelserna ökar osäkerheten vid jämförelser. Generellt kan dock noteras att nämnderna definierar mer konkreta frågor som gäller utveckling av primärvård och närsjukvård samt att det i slutet av mandatperioden visade sig att en av de viktiga frågorna hade gällt de egna arbetsätten. Frågor om kostnadskontroll och sjukvårdsstruktur uppgavs vid mandatperiodens början, medan kostnadskontrollen vid slutet av mandatperioden sågs så naturlig eller etablerad att den inte nämndes. Styrproblemen när det gäller kostnadskontroll ligger ju heller inte på nämnderna. Vidare kan noteras att tillgänglighetsfrågor och köproblem framhölls i slutet av mandatperioden i överensstämmelse också med regionregionledningens uppfattningar. En av hälso- och sjukvårdsnämnderna avviker dock.

En motsvarande jämförelse mellan regionledningen och utförarstyrelserna visar att sjukhuscheferna redan vid mandatperiodens början och även presidier vid mandatperiodens slut noterade tillgänglighetsfrågor som viktiga, vilka vid den tidpunkten inte angavs av regionledningen. Vid mandatperiodens slut kan kanske sägas att agendorna överensstämde i viss mån med regionledningens agenda.

Sammanfattning

Beställarfunktionen, beställningsprocessen och överenskommelserna

Regionens budget består dels av omfattande textdelar som beskriver eftersträvad utveckling och ambitioner, dels av kostnadsramar för verksamheten. Budgeten tillkommer genom att koalitionen regionråd i samråd och med biträde av de politiska sekreterarna utarbetar ett förslag som därefter diskuteras med övriga politiker i majoritetens partigrupper. Budgetarna och andra fullmäktiges beslut är styrmedel gällande eftersträvalda förändringar och mål, men budgetens texter ger inte tillräckligt klart underlag för att prioritera. Budgetens mål är angelägna, men det finns också mer än det som står i budgeten som är lika angeläget.

Styrmedel för sjukvården består av de ovan nämnda texterna i regionbudgeten och överenskommelser om produktionsvolym och ersättningar mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarna, varvid nämnderna har att säkerställa att överenskommelserna ingås inom ramen för deras

anslag. Regionstyrelsen och regionledningens kansli övervakar att utförarna driver sin verksamhet inom den kostnadsram som överenskommelsernas ersättningar ger. Hälso- och sjukvårdsnämnderna samlar in mycket uppföljningsinformation, men det är tveksamt om den används av nämnderna i någon högre grad.

I hälso- och sjukvårdsnämndernas förhandlingar med utförarna är budgetens verbala texter vägledande. Förhandlingarna drivs i första hand av nämndernas och utförarnas tjänstemän. Hälso- och sjukvårdsnämndernas och utförarstyrelsernas presidier agerar endast i bakgrunden genom att ge och korrigera förhandlingsdirektiv samt fastställa överenskommelserna när de är klara. I ett fall av de tre som valts för undersökningen deltar presidierna för nämnderna och för utförarstyrelsen i själva förhandlingsarbetet, i övriga fall inte.

Hälso- och sjukvårdsnämndernas möjligheter att påverka verksamhetens innehåll och resultat inom länssjukvården ifrågasätts av praktiskt taget samtliga utanför nämnderna, men också av en del respondenter inom nämnderna. Förhandlingarna om överenskommelserna påverkar endast marginellt och resultatet blir i huvudsak ”lite mer verksamhet än förra året mot samma ersättning som räknas upp lite grand men inte med full kostnadsökning – och så lite extrauppdrag på det”. Vid förhandlingarnas avslutning är det i första hand den totala ersättningen som blir avgörande.

Överenskommelserna beskriver vad utförarna skall utföra och var detta skall ske. För primärvården ställs också krav på öppettider. Styrmedlen som recipieras och har genomslag är totalkostnad och prestationsersättningar men knappast när det gäller verksamhetens bedrivande, kvalitet eller innehåll³⁶⁴. Vad som skall utföras anges genom uppräkningsav verksamhetsinnehåll och genom kvantifierade prestationer i termer av DRG-poäng, antal besök eller andra sjukvårdande behandlingar och vård dagar. Ersättningarna är delvis fasta, delvis rörliga, i de flesta fall ungefär hälften vardera. De rörliga ersättningarna är dock försedda med tak och i vissa fall också med golv. I praktiken levererar sjukhusen de planerade volymerna eller mer och får sin maximala ersättning, vilket innebär att sjukhusgrupperna kan sägas arbeta med en rambudget. I primärvården når man i vissa fall inte de planerade ersättningarna på grund av läkarbrist.

Kraven på antal prestationer är tydliga, medan övriga krav på utförarnas verksamhet anges på en allmän nivå. Detta möjliggör två olika sätt att

364 Jfr Berlin (2006), som i en nära undersökning av beställningsprocesserna gällande två av regionens sjukhus dragit slutsatsen att beställningarna styr endast på marginalen.

läsa överenskommelserna, antingen som att prioriteringar saknas – eller som att nästan allt är prioriterat. I ett citat tidigare sammanfattas förhållandet att regionfullmäktiges budget innehåller ett antal olösta målkonflikter som skickas vidare till hälso- och sjukvårdsnämnderna. Det kan alltså konstateras att målkonflikterna inte löses av nämnderna heller utan skickas vidare i beställningarna till utförarna. I vissa fall har målrelaterade ersättningar tagits in i överenskommelserna för 2006, men denna del är begränsad till mindre än två promille av den totala ersättningen.

En förklaring till att beställarfunktionen inte har större inflytande är att den saknar kompetens. Politikernas inflytande är än mer begränsat, de deltar med något undantag inte i förhandlingarna och bygger därmed inte upp kompetens. I de frågor de engagerar sig är de dessutom i flera fall mer intresserade av att den egna bygdens sjukhus får goda resurser än av att optimera sjukvårdens effektivitet från regionens perspektiv.

Det har inte skett några betydelsefulla förändringar av beställarstyrningen under den andra mandatperioden trots den nya organisationen med sammanhållande hälso- och sjukvårdsnämnder

Det har inte skett några påtagliga förändringar i beställningarna sedan hälso- och sjukvårdsnämnderna övertog ansvaret för upphandling av all sjukvård. Beställarnas kompetens ifrågasätts vid mandatperiodens slut såväl som vid dess början. Förhandlingsprocesserna drivs i allt väsentligt av tjänstemännen nu liksom tidigare. Beställningsarbetet gällande primärvård har inte integrerats med beställningsarbetet gällande sjukhusvård.

Möjligheterna till samordning av beställningar och resursutnyttjande över hela regionen har försämrats i den nya organisationen. Tidigare skötte hälso- och sjukvårdsstyrelsen upphandling av all sjukhusvård, nu sköts detta av tolv olika nämnder i fyra olika konstellationer. Intervjuutsagor ger vid handen att hälso- och sjukvårdsnämnderna i flera fall vill lägga beställningar hos ”det egna sjukhuset” och i ett fall har hävdats att nämnderna inom en konstellation köpslår med varandra enligt principen att ”försämringarna” inte får vara större i en av nämnderna än i den andra eller de andra. Intervjuerna visar att den samordning som SRO skulle ha givit inte har utnyttjats eller uppnåtts. Samrådsorganen har en blygsam roll och förefaller mest ha fungerat som informationskanal mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och hälso- och sjukvårdsutskottet, i något fall kanske också som ett forum för att diskutera en gemensam uppfattning gällande beställningen till sjukhuset.

Ingenting talar alltså för att den nya organisationen har uppnått mer ändamålsenliga beställningar eller en mer samlad syn än vad som förekom i den tidigare organisationen, vilket av några respondenter angavs som skäl för omorganisationen. Ingen av respondenterna reflekterade över i vad mån de ursprungliga målen för omorganisationen – en stärkt demokrati – hade uppfyllts. Frågan förefaller inte uppfattas som viktig.

Övriga slutsatser om nämnders och styrelser styrning

De agendor som styr hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarstyrelserna överensstämmer inte helt med den agenda som regionstyrelsen ser. Skillnaderna kan dock förklaras och framstår inte som betydande. Men framför allt är det förvånande att tjänstemännen har andra agendor än deras presidier har. Ledande aktörer i samma enhet har alltså inte samma uppfattning om vilka frågor som är viktigast. Tjänstemännens reception av agendan stämmer inte med presidiernas uppfattningar om vad den innehåller. Orsaken till skillnaderna beror troligen på att agendan inte fastställts utan växer fram mer informellt och mindre strukturerat.

Utförarstyrelsernas förutsättningar och möjligheter att styra sjukhusen är begränsade. Representanter för styrelserna vet inte om och vad de styr. Avståndet mellan de perspektiv som den professionella verksamheten anlägger och de som utförarstyrelsernas ledamöter diskuterar i är stort, och de flesta utförarstyrelsernas ledamöter vet egentligen inte vad som påverkat utvecklingen. Som nyss konstaterats har heller inte styrelsens presidier sinsemellan och inte styrelsens presidier och utförarnas ledande tjänstemän samma uppfattningar om vilka frågor som är de viktigaste.

Den viktigaste styrparametern för sjukhusledningarna är kostnadsutvecklingen. Denna följs upp av regionledningen och en av sjukhusdirektörerna uttrycker det som att så länge man håller kostnadsramen, så lämnas man ifred.

Budgetprocessen och beställningsprocesserna är separerade från verksamheten

Det samlade intrycket var att mycken kraft användes för att producera och komma överens om texter i budgetar och i överenskommelserna, men textproduktionen skedde separerat från verksamheten och involverade inte företrädare för verksamheten med undantag för att sjukhusens administrativa ledningar var involverade i arbetet på överenskommelserna. Det ansågs att beställarna inte förstår sjukhusens verksamhet och att de saknar

tillräcklig kunskap och information. Politikerna var involverade endast i begränsad utsträckning både i beställningsprocesserna och i styrningen av sjukhusen. Endast kostnadsstyrningen fick betydande genomslagskraft.

Bedömning av styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft när det gäller styrningen av omorganisationen

I denna punkt bedöms styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft när det gäller den fjärde punkten på agendan, att införa den nya organisationen och det nya styrsystemet. De effekter denna nya organisation haft på agendans övriga områden behandlas i följande avsnitt.

Beslutet att överföra beställningsarbetet på hälso- och sjukvårdsnämnderna genomfördes, men inga åtgärder utöver den formella verkställigheten av omorganisationen har vidtagits från regionstyrelsen för att stödja och följa att omorganisationen skapade mer samordnade och styrande beställningar. Styrningsintensiteten får bedömas som svag. Hälso- och sjukvårdsnämnderna var starkt positiva till förändringen och arbetade med hög ambition. Den nya organisationen har haft blott små effekter på överenskommelsernas innehåll och beställningsarbetets påverkan på vården. Den viktiga samordningen mellan beställningar av primärvård och beställningar av sjukhusvård har inte förverkligats. Ingen har nämnt om den nya organisationens effekter för demokratin, vilket tolkas som att sådana effekter av betydelse inte föreligger och inte ens i verkligheten kom att uppfattas som viktiga. Inget av de syften som angavs för den nya organisationen har uppnåtts vid mandatperiodens slut. Genomslaget för styrning av organisationsförändringen har varit lågt.

Kostnadsstyrning

Styrning och kostnadsutveckling under första mandatperioden

Regionfullmäktige och regionstyrelsen framhöll oupphörligen att kostnaderna skulle kontrolleras och begränsas till budgeterade nivåer. Tydliga processer utgjorde stöd till denna kostnadsstyrning, processer som drevs direkt av regiondirektören och dennes stab vid sidan av beställar- utförarorganisationen. Det var omvittnat att regionstyrelsens ledning koncentrerade sig på kostnadskontrollen i sina kontakter med övriga nämnder. Alla intervjuade hade nåtts av och mottagit budskapet. Kostnadstaket utgjorde en övergripande restriktion. Denna regel hade börjat institutionaliseras.

Däremot utgjorde inte beställningsprocesserna någon allsidig prövning av de ekonomiska förutsättningarna.

Efter att regionen och många enheter inom hälso- och sjukvården inledningsvis överskred sina budgetar ökades anslagen till hälso- och sjukvården och de flesta enheter begränsade sin förbrukning till dessa i och för sig högre budgetnivåer. Fyra enheter hade underskott under mandatperiodens första år. Två av dessa minskade sina överskridanden kontinuerligt och den ena nådde ett mindre överskott de två sista åren. Men de två största enheterna, som också hade de största underskotten, nedbringade inte sina kostnadsöverskridanden. Kostnadsstyrningen blev inte fullt framgångsrik, och genomslagskraften av styrningen var måttlig.

Åtgärder för kostnadsstyrning under den andra mandatperioden

Redan under den andra mandatperiodens inledning kom en varningssignal om fortsatta budgetöverskridanden. Inom hälso- och sjukvårdstyrelsens kansli hade utarbetats en riskanalys redan i januari 2003, som visade betydande risker för att hälso- och sjukvårdsbudgeten skulle komma att överskridas också 2003. Ett åtgärds paket påbörjades och arbetet med detta fortsatte sedan periodbokslutet för februari 2003, delårsbokslutet för mars 2003 med helårsprognos samtliga indikerade ett årsresultat på för hela regionen minus 300 mkr och för hälso- och sjukvården ett överdrag på 530 mkr.³⁶⁵ Arbetet resulterade i det s.k. snabbspåret, ett åtgärds paket som fastställdes i hälso- och sjukvårdstyrelsen 2003-06-02 i samråd med regionstyrelsen.³⁶⁶

Redan med anledning av februarirapporten hade emellertid regionstyrelsen tagit fram ett förslag till inriktning i fråga om anlitande av hyrläkare och bemanningsföretag. Bakgrunden var enligt regionstyrelsens protokoll att regionen redan tidigare uttalat ambitionen att minska beroendet av sådana resurser, men utvecklingen hade visat en kontinuerlig ökning av kostnader för hyrläkare och bemanningsföretag. Regionstyrelsen beslöt därför nu att som anvisningar till cheferna för beställarkanslier och utförare uttala bland annat att ”Upprätthållandet av vårdproduktion enligt beställning är inte skäl nog för inhyring”.³⁶⁷

³⁶⁵ Delårsrapport mars 2003 och Årsprognos 2003, sid 2

³⁶⁶ Hälso- och sjukvårdstyrelsens kansli 2003-05-19, Redovisning till Regionstyrelsen om beslutade och planerade åtgärder för att nå budgeterad kostnadsnivå 2003

³⁶⁷ Regionstyrelsens protokoll den 15 april 2003, § 108

Dessa två exempel på styrning från regionledningen, snabbspåret och den skärpta attityden till hyrläkare och bemanningsföretag, omnämndes vid några av intervjuerna i den första etappen. Vissa av snabbspårets åtgärder genomfördes och andra genomfördes inte eller fördröjdes, men intervjuerna gav stöd för att regionledningens förhållningssätt under alla förhållanden bidrog till att ytterligare inskräpa regionledningens fasta ambition att bringa hälso- och sjukvårdens kostnader i nivå med budget.

De krav på kostnadskontroll som etablerades redan under första mandatperioden upprätthölls under den andra mandatperioden. Det sägs tydligt i budgetar och andra dokument att kostnadskontroll utgör övergripande restriktion och kostnadsuppföljningen var regionledningens prioriterade fråga och detta var uppenbart för alla respondenter. Kostnadsutvecklingen och kostnadskontrollen var föremål för genomgångar månatligen av och med regiondirektörens controllers med alla enheter. Dessa frågor var också de viktigaste i diskussioner mellan regionstyrelsens presidium och övriga presidier. I samtliga studerade överenskommelser mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarna understryks också att det överenskomna ersättningsutrymmet är begränsat oavsett hur många prestationer utförarna producerar. Ytterligare ersättning fordrade särskild överenskommelse.

I intervjuerna ställdes också den öppna frågan vilka direktiv som hälso- och sjukvårdsnämnder och utförarstyrelser samt deras förvaltningschefer får och hur deras resultat värderas. Redan i undersökningen av regionens styrssystem som redovisats ovan har framgått att kostnadsstyrningen hade ett dominerande genomslag. Ingenting var viktigare för hälso- och sjukvårdsnämnder och sjukhusdirektörer än att hålla kostnadsnivån, och höll man kostnadsnivån så uppfattades detta resultat av de flesta dessutom som i stort sett tillräckligt. Praktiskt taget samtliga chefer och de flesta av hälso- och sjukvårdsnämndernas och utförarstyrelsernas presideledamöter angav i båda intervjuomgångarna budgetramar och kostnadsstyrning som de viktigaste styrmedlen och den viktigaste informationen i uppföljning och utvärdering. De flesta respondenterna menade till och med att regionstyrelsens styrning var helt begränsad till kostnadsstyrningen. Några chefer uppfattade förmågan att hålla budget som den enda viktiga faktorn vid utvärderingen av deras arbete.

Det allt överordnade har varit att få en ekonomi i balans. Det är resultatet längst ned som alla tittar på, det har varit det vi mätts på.

Alla sätter kostnadskontrollen i första rummet

Inställningen till budgetrestriktionen och kostnadskontrollens primat

Intervjuerna vid mandatperiodens slut visade entydigt att respekten för fullmäktiges redan år 2000 fastställda princip att kostnadsnivån är den övergripande restriktionen hade ökat och var dominerande i regionen. Några respondenter underströk att också attityden hos läkarkåren förändrats till en större respekt för att hålla kostnadsnivåerna

Nu är det skämmigt att komma med underskott

Vi har kommit ifrån den inställning som var förhärskande hos läkarna när regionen bildades att budgeten var bara ett förslag

Kostnadsutvecklingen under andra mandatperioden

Förmågan att hålla budget och den totala kostnadsutvecklingen för hälso- och sjukvården under andra mandatperioden framgår av följande tabell.

Tabell 6.1 Totala kostnader, budgetdifferens och kostnadsutveckling för regionens hälso- och sjukvård under perioden 2002–2005. Källor: Årsredovisningarna för 2003, 2004 och 2005

År	Total kostnad mkr	Budgetdifferens mkr	Kostnadsökning %	Index med 2002 som basår
2002	26 900	-0,9		100
2003	28 400	-0,4	5,6 %	105,6
2004	29 000	-0,1	2,1 %	107,9
2005	30 000	+0,2	3,6 %	111,8

För 2003 tillfördes hälso- och sjukvården ökade resurser i budget med 700 Mkr, dels närmare 500 Mkr i budgeten utöver normal uppräknings, dels drygt 200 Mkr genom ökade patientavgifter. Den budgeterade ökningen blev därmed närmare 4 %. Utfallet blev ökade kostnader med 1 500 Mkr eller 5,6 % jämfört med 2002 och 1,9 % mer än budget. Hälso- och sjukvårdens totala underskott jämfört med budget blev därmed närmare 400 Mkr och de enheter som visade underskott var SU med 120 Mkr, NU-sjukvården med 56 Mkr, hälso- och sjukvårdsstyrelsen med 158 Mkr och de tre hälso- och sjukvårdsnämnderna i Göteborg 146 Mkr. Ytterligare några enheter fick mer blygsamma underskott medan andra gav överskott,

framför allt primär- och tandvårdsförvaltningen som redovisade 75 Mkr i överskott.³⁶⁸

År 2004 ökade kostnaderna för hälso- och sjukvård med knappt 700 Mkr och 2,1 %. På totalnivå överskreds budgeten med 116 Mkr och de enheter som redovisade underskott var SU med 175 Mkr och två av hälso- och sjukvårdsnämnderna i Göteborg med tillsammans drygt 50 Mkr. NU-sjukvården, som alla tidigare år givit underskott – ehuru lägre för vart år – nådde detta år ett överskott på 4 Mkr.³⁶⁹

För året 2005 var hälso- och sjukvårdens kostnadsökning ungefär 1 000 Mkr och 3,6 %. Totalkostnaderna understeg budgeten med 215 Mkr och underskottet för SU hade reducerats till 78 Mkr. NU-sjukvården redovisade också för 2005 ett överskott på 3 Mkr medan SkaS redovisade ett underskott på 6 Mkr.³⁷⁰ Övriga enheter visade överskott.

Ett av oppositionsråden uttryckte den allmänna uppfattningen om resultatet av regionledningens kostnadsstyrning kort och koncist

Det måste erkännas, majoriteten har klarat av att begränsa kostnaderna.

Kostnadsutvecklingen i övriga landsting

Intervjuerna gör det troligt att kostnadsbegränsningen är en effekt av kostnadsstyrningen, även om ett entydigt orsakssamband inte kan fastställas och det är möjligt att också fler orsaker har påverkat utvecklingen. En relevant fråga för att belysa möjliga orsaker är frågan hur kostnadsutvecklingen varit i övriga landsting. Motivet för en sådan jämförelse utgår från att kostnadsstyrningen utmanas av den medicinska professionens strävanden och den allmänna kostnadsutvecklingen och att dessa krafter troligen är lika starka över hela landet. Å andra sidan torde kostnadsstyrning förekomma också i de övriga landstingen. Någon säker slutsats kan alltså fortfarande inte dras vid en jämförelse.

I tabell nedan redovisas nettokostnadsutvecklingen för hälso- och sjukvården i % för några andra landsting samt för Sverige i genomsnitt. Tabellen baseras på statistik i en databas på Sveriges kommuner och landstings hemsida³⁷¹. I urvalet ingår landets fyra största landsting, det landsting som av de övriga hade högst kostnadsökning under 2004 och det landsting

368 Årsredovisning för 2003, s. 13-14, och Verksamhetsbilagan, s. 8

369 Årsredovisning för 2004, s. 17 och 65

370 Årsredovisning för 2005, s. 48, 68 och 77

371 www.skl.se, Sjukvårdsdata i fokus

som av de övriga hade lägst kostnadsökning under 2004. Uppgifterna för Västra Götalandsregionen överensstämmer inte med uppgifterna enligt regionens eget material, vilket förklaras med att definitionerna och omfattningen av kostnadsposten inte överensstämmer. Däremot är utgångspunkten att kostnaderna beräknats på i stort sett samma sätt för samtliga landsting och att därför kostnadsutvecklingen i % är jämförbar på en övergripande nivå.

Tabell 6.2 Kostnadsökningen för åren 2003–2005 i landets fyra största landsting, två övriga landsting samt totalt för svenska landsting. Källa: Sjukvårdsdata i fokus, www.skl.se

Landsting	Kostnadsökning i %		
	2003	2004	2005
Västra Götalandsregionen	3,9 %	3,0 %	16,3 %
Stockholms läns landsting	10,2 %	0,4 %	18,4 %
Region Skåne	3,2 %	3,5 %	19,5 %
Landstinget i Östergötland	4,9 %	-3,0 %	22,1 %
Landstinget i Kalmar län	3,5 %	5,7 %	5,7 %
Örebro läns landsting	4,1 %	-0,2 %	-0,2 %
Sverige totalt	6,1 %	1,7 %	17,4 %

För 2005 inkluderades läkemedelskostnaderna i landstingens kostnader. Denna kostnad har tidigare burits av staten och redovisats som ett statsbidrag. För samtliga landsting sammantagna innebar denna ökning ungefär 18 %, vilket alltså förklarar praktiskt taget hela kostnadsökningen för 2005. Också andra förändringar av mindre betydelse har gjorts. I beloppen för Örebro läns landsting 2005 och för Region Skåne för 2005 ingår dessutom vad som betecknats som omstruktureringskostnader.³⁷² Dessa skäl liksom över huvud taget risken för att olika landsting tillämpat olika definitioner och tillämpat redovisningsprinciperna olika gör det vanskligt att dra några exakta slutsatser av materialet. Det är också osäkert att slå samman de tre årens kostnadsökningar, vilket egentligen hade varit önskvärt eftersom man får anta att kostnadsökningar över längre tidsperioder ger bättre jämförelser än jämförelser år för år.

³⁷² Kompletterande uppgifter från handläggare med ansvar för statistiken

Om man ändå, trots ovan redovisade osäkerhet beträffande jämförbarheten, överslagsmässigt jämför landstingen årsvis sett över de fyra åren ges intrycket att kostnadsökningarna under åren har varit ungefär desamma för Västra Götalandsregionen som för övriga jämförda landsting och för Sverige totalt, alltså landstingen i genomsnitt.

Av ytterligare intresse för bedömningen av kostnadsutvecklingen är att jämföra den absoluta kostnadsnivån mellan landstigen, även om denna är svårbedömd på grund av att den är beroende av en rad olika faktorer, bland andra den politiska ambitionen, demografiska förhållanden, befolkningsstäthet och investeringsnivå. Från samma databas kan konstateras att kostnaden per invånare 2004 ligger på omkring 15 000 kr för Sverige i genomsnitt (15 535) och för alla ovan redovisade landsting inklusive Västra Götalandsregionen (14 933) utom för Stockholms Läns Landsting (16 560) och för Landstinget i Östergötland (13 531).

Sammantaget leder dessa jämförelser med andra landsting till slutsatsen att den kostnadskontroll som uppnåtts i Västra Götalandsregionen inte framstår som en allt för svår uppgift för styrningen att åstadkomma. Snarare förefaller regionen uppnå vad andra landsting i genomsnitt uppnår och en slutsats är därmed att det inte kan uteslutas att regionens kostnadsutveckling i stora drag sammanfaller med en allmän kostnadstrend i landet och därför inte borde kräva mer än rimlig kostnadsstyrning och hushållning och sålunda inte några exceptionella åtgärder i vården. Flera av de studier som refererats i kapitel 1 påvisade också en institutionalisering av ekonomitänkande och kostnadsövervakning i den svenska sjukvården.³⁷³

Sammanfattning och bedömning av styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft

Kostnaderna styrdes med anslag respektive prestationsersättningar samt kravet att kostnaderna skulle hålla sig inom därmed bestämda ramar, alltså styrning av resultat. Väsentliga styrmedel var därutöver en ständig uppföljning från regionens tjänstemannaledning och ledande politiker. Dessutom fattades vid mandatperiodens inledning två beslut som formellt ingrep i nämndernas befogenheter: dels begränsades möjligheterna att anlita bemanningsföretag, dels upprättades ett program för snabba kostnadsminskningar – det s.k. snabbspåret. Sjukhusdirektörer och övriga

³⁷³ Jämför i första hand Östergren och Sahlin-Andersson (1998)

tjänstemän uppfattade starka signaler och incitament att begränsa kostnaderna. All annan styrning var underordnad kostnadsstyrningen. Regionstyrelsen fastslog t.o.m. att överenskomna vårdvolymmer inte fick anföras som skäl för kostnadsöverskridanden. Kostnadsstyrningens intensitet var stark.

Kraven på kostnadsbegränsningar och på att kostnadsnivån var övergripande restriktion hade redan under föregående mandatperiod vunnit acceptans i regionen och denna acceptans stärktes under den andra mandatperioden. De enheter som hade underskott vid första mandatperiodens utgång minskade under den andra mandatperioden sina underskott kontinuerligt och år 2005 hade endast en enhet ett mindre underskott. Övriga höll sina kostnadsramar inom budget. Attityder till och vilja att respektera kostnaderna har alltså påverkats och det får antas att därmed också handlandet har påverkats. Resultatet stämmer med styrningen: budgeten har hållits. Genomslagskraften av kostnadsstyrningen måste bedömas som betydande, även om regionen ytterligare en gång ökat anslagsnivån och det vid en jämförelse med andra storlandsting och övriga landsting i Sverige förefaller som om regionens kostnadsökning är densamma som i övriga sjukvårdssverige. Det kan därför hävdas att prestationen att hålla budget inte är så stor. Men, det avgörande kriteriet måste vara att regionen har hållit sin budget.

Utveckling av sjukvårdsstrukturen

Strukturfrågan under första mandatperioden

Som redan ovan framhållits var de ökade möjligheterna att effektivisera sjukvården ett av skälen till att bilda regionen. Några av de politiker som intervjuades i den första delstudien utvecklade detta skäl och framhöll att ett väsentligt större landsting skulle kunna besluta över hela produktionen, kunna utveckla en mer rationell struktur, bl.a. i fråga om akut och elektiv vård, och kunna optimera sjukvårdsstrukturen. Flertalet av tjänstemännen framhöll att regionen var ett sätt att etablera en politisk nivå ovanför ”bypolitiken” och därmed ”bli mer potent att fatta strukturbesluten”. Men, som en av tjänstemännen uttryckte det, ”detta argument var inte opportunt, och det är troligen skälet till att det inte finns skildrat [i de skriftliga underlagen]”. Samma skäl torde också förklara att ingen av politikerna var lika tydlig i intervjuerna.

Flera utredningar genomfördes under första mandatperioden och några beslut fattades, men utredningarna ledde endast delvis till beslut och av besluten genomfördes inte alla. Resultatet av den första mandatperioden blev i stället fler självständiga sjukhus, ett par opinionsrörelser och framför allt en fortsatt infekterad stämning mellan sjukhusen i NU-sjukvården. Endast marginella förändringar ägde rum i vården och i uppgiftsfördelningen mellan vårdgivarna. Frågor som explicit återstod att lösa genom fortsatt utredning under den andra mandatperioden var främst frågan om den framtida inriktningen för NÄL och Uddevalla Sjukhus, förändringar inom Skaraborgs Sjukhus och även förändringar inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Beslut om inriktningen av verksamheten vid NÄL och Uddevalla fattades i mars 2001 och innebar att NÄL skulle bli ett akutsjukhus med bred akut vård och Uddevalla skulle vara ett akutsjukhus med inriktning på ökande andel planerad vård inom de opererande specialiteterna.

En utbredd uppfattning bland ledande politiker inom regionen vid den första mandatperiodens utgång var att sjukvårdsstrukturen inte var optimal och arbete på direktiv för en ny utredning att genomföras under den andra mandatperioden påbörjades. Frågan om sjukhusstrukturen hade alltså inte lösts under den första mandatperioden.

Strukturfrågan under andra mandatperioden – beslut om sjukvårdsstrategi

Regional handlingsplan för hälso- och sjukvården 2002–2004, Bättre samverkan för ökad tillgänglighet

I december 2001 slutbehandlades en regional handlingsplan av hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Planen upprättades enligt ett avtal mellan staten, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet i enlighet med en nationell handlingsplan. I det lokala arbetet med handlingsplanen har möjligheter till samverkan mellan kommun, primärvård och sjukhus varit en given utgångspunkt.³⁷⁴

Den nationella handlingsplanens intentioner var att förstärka primärvårdens resurser och därmed öka tillgängligheten till den nära, basala vården, förbättra samverkan mellan vårdgivare och utveckla insatserna för att möta psykisk ohälsa. I regionens handlingsplan redovisas flera åtgärder för att uppfylla intentionerna, bland andra ökad läkartäthet och fler beteen-

³⁷⁴ Regional Handlingsplan för hälso- och sjukvården 2002–2004, s. 11

devetare, särskilda mottagningar med resurser för vissa diagnosgrupper, tre sjukvårdsupplysningar, fler vårdcentraler i Göteborg, förstärkt medicinsk service till kommunerna samt implementering av vårdprogram. En del åtgärder skulle genomföras omedelbart, andra i den takt som den gradvisa resursförstärkningen medger och i den prioriteringsordning som fastställs utifrån lokala behov.³⁷⁵

Arbetet att vidta de planerade åtgärderna följdes upp genom att varje nämnd rapporterade till hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli den 1 februari 2003, 2004 och 2005. Regionen upprättade årligen den 1 mars en sammanställd rapport till Socialstyrelsen och slutrapport skulle vara färdigställd den 30 september 2005.

Denna handlingsplan spände alltså över båda mandatperioderna. I den första delstudien uppmärksammades dock planen aldrig. Planen omnämndes inte heller i någon av intervjuerna i den andra delstudien, men den har däremot åberopats i budgetarna för 2004 och 2005. I budget för 2004 sägs sålunda att ”[d]en högst prioriterade uppgiften för nämnderna är att fortsätta utveckla hälso- och sjukvården enligt de regionala och lokala handlingsplanerna³⁷⁶” och i budget för 2005 sägs att ”[a]rbetet med att uppfylla målen i den regionala handlingsplanen ska fortsätta för att öka tillgängligheten till sjukvården.”³⁷⁷

Även om inte den regionala handlingsplanen åberopats explicit i budget för 2003 och även om dess innehåll inte framgår explicit av budgetarna för 2004 och 2005 kan ändå konstateras att budgetarnas inriktning överensstämde med handlingsplanen. I budget för 2003 står att ”[a]rbetet med att utveckla primärvården och sjukvårdsupplysningen är den viktigaste uppgiften för att förbättra och utveckla hela hälso- och sjukvården i regionen de kommande åren.”³⁷⁸ Trots att utvecklingen av primärvården enligt handlingsplanen angavs som den högst prioriterade uppgiften för hälso- och sjukvårdsnämnderna och att den regionala handlingsplanen sålunda var av stor vikt lämnades denna fråga okommenterad av respondenter vid de intervjuer som gällde de viktiga frågorna i regionen.

375 Regional Handlingsplan för hälso- och sjukvården 2002–2004, s. 11

376 Budget för 2004, s. 33

377 Budget för 2005, s. 19

378 Budget för 2003, s. 23

Arbete på en ny sjukvårdsstruktur

Redan den 19 februari 2003 uppdrog hälso- och sjukvårdsstyrelsen till en strukturarbetsgrupp att utarbeta förslag beträffande utvecklingen av hälso- och sjukvårdens strategi och verksamhet.³⁷⁹ Ett första förslag till inriktningsdokument togs den 9 december 2003 av hälso- och sjukvårdsstyrelsen som dess förslag till fullmäktige³⁸⁰. Inriktningsdokumentet skulle ”vara vägledande för alla långsiktiga beslut om förändringar i hälso- och sjukvården”. Vid fullmäktiges behandling av ärendet den 3 februari 2004 fick förslaget emellertid stöd endast av s, fp och c. Koalitionen eftersträvade en bredare förankring, varför fullmäktige återremitterade frågan till hälso- och sjukvårdsnämnden³⁸¹. Dess kansli utarbetade snabbt ett nytt förslag innehållande några förtydliganden som tillgodosåg synpunkter från v och mp. Detta överarbetade dokument antogs av ett extra fullmäktige den 1 mars 2004 – fortfarande i oenighet med m, kd och sjukvårdspartiet.³⁸²

I en missivskrivelse till hälso- och sjukvårdsstyrelsen från kansliet noterades beträffande de yttranden och reservationer som gällde det första förslaget dels att många frågor gäller frågor som inte behandlas av inriktningsdokumentet, dels ”en mängd spekulationer kring vad som händer i nästa steg av processen. Vi vill betona att det är en process som nu pågår och där vissa förändringar kan genomföras relativt snart med anledning av inriktningsdokumentet medan andra delar kräver fortsatt dialog, utredning och förslagsställande innan genomförande.”³⁸³

Det sålunda antagna inriktningsdokumentet definierade bland annat fyra grundläggande vårdnivåer: *primärvård* som basen i hälso- och sjukvården, *specialistsjukhus* med ett utökat ansvar för planerad vård och varierande grad av akut verksamhet, *akutsjukhus* dit akutresurserna inom de opererande specialiteterna och vården av viss internmedicin koncentreras samt *regionsjukhuset* för den högspecialiserade vården. I dokumentet beskrevs också *närsjukvård* som ett nätverk mellan primärvård, närliggande sjukhus, de specialiserade akutsjukhusen samt den primärkommunala hälso- och sjukvården. I ett sådant nätverk ”ska finnas kunskap om

379 Protokoll från hälso- och sjukvårdsstyrelsen den 19 februari 2003

380 Protokoll från hälso- och sjukvårdsstyrelsen den 9 december 2003, § 181

381 Protokoll från regionfullmäktige den 3 februari 2004, § 11

382 Protokoll från regionfullmäktige den 1 mars 2004, § 44

383 Odaterad och ej undertecknad skrivelse bland handlingarna i ärendet, diarienummer HSS 19-2003

de patienter som behöver tas om hand och vilken typ av insatser som behövs.”³⁸⁴

Inriktningsdokumentet översändes till bland andra hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarstyrelserna för konsekvensbeskrivningar, vilka låg till grund för ett mer detaljerat förslag med titeln Hälso- och sjukvårdens Utvecklingsstrategi. Detta förslag fastställdes av fullmäktige den 14 september 2004.³⁸⁵ För förslaget röstade den styrande koalitionen s, fp och c samt v och mp. De två sistnämnda partierna lämnade ett gemensamt särskilt yttrande, som bland annat uttryckte behov av viss varsamhet vid organisationsförändringar och i fortsatt förändringsarbete.³⁸⁶

Också m, kd och sjukvårdspartiet hade den grundläggande uppfattningen att sjukvårdsstrukturen behövde förändras. En av dess ledande företrädare sade i intervju att ”[a]lla sjukhus kan inte ha alla kompetenser – det inser alla.” Men dessa partier hade andra uppfattningar både om tillvägagångssättet och om utformningen av en ny struktur. Hälso- och sjukvårdsstrategin var fortsatt kontroversiell i regionen.

Hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi

En av utvecklingsstrategins utgångspunkter är att ett kontinuerligt och stegvis strukturarbete är nödvändigt. Utifrån utvecklingsstrategin ”övergår arbetet i ett lokalt utvecklingsarbete där sjukhus, primärvården, beställare samt den kommunala hälso- och sjukvården gemensamt förverkligar det övergripande beslutet.”³⁸⁷ Som noterades ovan beslöt regionstyrelsen att följa upp utvecklingen.

Följande frågor och lösningar framstår som bärande i regionens strategi för framtiden³⁸⁸:

384 Västra Götalandsregionen, Strukturarbetsgruppen, Rapport 2004-02-18 Inriktningsdokument för struktur- och verksamhetsutveckling av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen (det s.k. *inriktningsdokumentet*); citatet kommer från s. 5; sammanfattningen av dokumentets beskrivningar av vårdnivåer är dock formulerad i Västra Götalandsregionen, Regionkansliet, 2004-08-18, Hälso- och sjukvårdens utveckling (den s.k. *utvecklingsstrategin*), s. 2

385 Protokoll från regionfullmäktige den 14 september, § 142

386 Särskilt yttrande vid regionfullmäktiges sammanträde den 1 mars 2004, § 44, bilaga C

387 Västra Götalandsregionen: Hälso- och sjukvårdens Utvecklingsstrategi 2004-08-18, s. 2

388 Denna punkt är referat av och i enstaka delar citat från Västra Götalandsregionen, Regionkansliet, 2004-08-18, Hälso- och sjukvårdens utveckling. Som en kontroll av att sammanfattningen kan ses som adekvat har den jämförts med rubriker i en återrapportering om implementeringen av hälso- och sjukvårdsstrategin, som hälso- och sjukvårdsutskottet har begärt av hälso- och sjukvårdsnämnderna och sjukvårdsstyrelserna. Det kan konstateras att alla i den återrapporteringen angivna frågorna återfinns i här presenterad sammanfattning. (Västra Götalandsregionen, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Tjänstemannautlåtande 2005-03-15, diarienummer 81-2004)

- Det är möjligt att öka både produktivitet och kvalitet genom att bättre anpassa vårdens organisation till vårdbehovet.
- Hela hälso- och sjukvårdskedjan är beroende av en väl fungerande första linjens vård. Primärvården är basen för vården och skall svara för huvuddelen av människors vardagliga sjukvårdsbehov. Primärvården behöver därför stärkas.
- Närsjukvården skall utvecklas och stärkas, då man där i en planerad vårdkedja kan behandla många patienter som i dag behandlas som akuta.
- Den nära vården³⁸⁹ bör klara cirka 80 % av medborgarnas sjukvårds-kontakter. För att den nära vården skall tillförsäkras tillräcklig kompetens krävs ett nätverksbyggande mellan primärvård, sjukhus och den primärkommunala hälso- och sjukvården. Det nära sjukhuset skall kunna komplettera primärvården och den kommunala sjukvården med den basala vård som kräver sjukhusets kompetens och resurser inom akutsjukvård och specialiserade konsultinsatser. Alla sjukhus bör ha ett områdesansvar som omfattar både patienterna i närområdet och ett ansvar för kompetensstöd i vårdutvecklingen och framtagande och implementering av vårdkedjor och vårdprogram. Vårdprocesser behöver bedrivas lokalt och regionalt och utvecklas i samverkan mellan beställare och utförare.
- Mer av sjukvårdens arbete skall föras över mot dagtid och till planerad vård – och följaktligen mindre sjukvård nattetid och i jourorganisationer.
- Den specialiserade breda akutsjukvården, som bedrivs på nivån akutsjukhus kräver tillräckligt patientunderlag för att rätt kompetens och kvalitet skall kunna upprätthållas dygnet runt.
- Separation och koncentration av akut och planerad vård ökar effektiviteten. Fördelning av verksamheterna till olika sjukhusenheter ger förutsättningar för fördjupad erfarenhet, högre kvalitet och större utvecklingsmöjligheter för den specialiserade planerade vården.

389 Det finns en oklarhet i den sålunda formulerade utvecklingsstrategin beträffande begreppen *närsjukvård* och *nära sjukvård* både var för sig och i relation till varandra. Inget av begreppen är definierade i promemorian. Det förefaller vara delvis men inte helt sammanfallande begrepp.

- Regionen förlorar effektivitet genom för många jourlinjer, som drar mycket resurser utan att ändå ha läkare med tillfredsställande erfarenhet och dessutom på tider och platser där efterfrågan är låg.

Det framhålls att den eftersträvade arbetsfördelningen mellan sjukhusen i regionen kräver samordning mellan hälso- och sjukvårdsnämndernas beställningar av framför allt planerad vård i regionen. Vidare sägs att det är angeläget att pröva beställningar av all närsjukvård i ett paket inom ett eller flera begränsade områden.

Strategin leder alltså till följande förändringar:

1. en successiv förändring av sjukhusstrukturen mot specialistsjukhus och akutsjukhus
2. utveckling av närsjukvården, i första hand för att skapa trygghet för multisjuka äldre; eftersom det inte kommer att finnas vårdplatser i tillräckligt antal på akutsjukhusen för att tillgodose behoven av internmedicin/geriatrik kommer flera specialistsjukhus att vårda patienter inom en nivåstrukturerad internmedicin/geriatrik
3. för att öka resurserna till primärvården och den planerade vården föreslås reduktion av akutverksamheten på vissa sjukhus på tider när det är få patienter

Utvecklingsstrategin skall genomföras stegvis, utvärderas successivt och erfarenheter skall tas tillvara. Det första steget i denna successiva utveckling mot akutsjukhus och specialistsjukhus beskrivs i promemorian per sjukhusenhet med anpassning till rådande förutsättningar. Det sägs också att förslagen är mer detaljerade där tid funnits för olika överväganden och mer översiktliga där arbetet är i ett initialskede. ”Det fortsatta arbetet, utifrån givna strategiska förutsättningar, utgår från det lokala ansvaret hos hälso- och sjukvårdsnämnder och utförarstyrelser.”³⁹⁰

Moderaterna, kristdemokraterna och sjukvårdspartiet ansluter sig i reservationer i och för sig till bedömningen att en ny struktur för hälso- och sjukvården bör utvecklas, men de anser att förslaget måste breddas.³⁹¹ Moderaterna säger i ett eget yrkande bland annat att sjukhusgrupperna

390 Se i Västra Götalandsregionen, Regionkansliet, 2004-08-18, Hälso- och sjukvårdens utveckling, s. 15

391 Odaterat yrkande på återremiss från m och kd, bilaga till yrkande till hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2003-12-09, ärende HSS 19-2003

skall delas till mindre och fristående enheter.³⁹² Även sjukvårdspartiet pläderar för delning av sjukhusgrupperna till mindre och fristående enheter, för att enheterna ges ökat inflytande över sin verksamhet samt för ett tydligt prestations- och resultatbaserat ersättningsystem.³⁹³

Frågan om sjukvårdsstrukturen var fortfarande i stort sett olöst och hade förts bort från en regionövergripande lösning och tillbaka till enheter mindre än de förra landstingen. Varför blev beslutet som det blev?

Vid intervjuerna har flertalet representanter för den ledande koalitionen, för oppositionspartierna och för administratörerna konstaterat att den till slut – fem år efter regionens bildande och efter många utredningar – av fullmäktiges majoritet beslutade utvecklingsstrategin innebar endast marginella förändringar. Ledande politiker både från socialdemokraterna och folkpartiet instämde vid intervjuerna i bedömningen att strukturbeslutet var en uttunnad kompromissprodukt. De beslut som kan leda till viktiga förändringar och därmed förverkligande av strategin placerades i stället hos hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarstyrelserna.

De stora greppen har inte tagits. De sjutton sjukhusen finns alla kvar. (Ledande socialdemokratisk politiker)

I den första utredningen var man mycket tydlig med nivåstrukturen och med uppdelningen i akut och planerad vård... Men i det senare detaljbeslutet var man mycket mer otydlig. De har inte lyckats alls (Oppositionspolitiker)

Strukturfrågan måste dras ett varv till, men man måste vara mycket [bättre] förberedd (Ledande tjänsteman)

Vi gick inte så långt som vi hade velat. Det var ett våldsamt motstånd. Vi var tvungna att kompromissa för att komma någon vart. (Ledande tjänsteman i utredningsarbetet)

De strategiska utgångspunkter som antogs i september 2004 hade krävt närmare fem år för att mogna fram hos en majoritet i fullmäktige. I förhållande till de visioner som fanns hos många inför regionens bildande skiljer sig strategin främst i två avseenden. Dels har de ursprungliga idé-

392 Yrkande till hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2003-12-09, ärende HSS 19-2003

393 Yrkande till regionfullmäktige 2004-02-03 från sjukvårdspartiet, bilaga B till regionfullmäktiges protokoll 3 februari 2004, § 11. Det framgår inte helt tydligt vad som avses med kravet att professionen skall ges ökat inflytande; den exakta lydelsen i yrkandet är i aktuellt avseende följande: "Sjukvårdspartiet anser att följande riktlinjer måste uppfyllas ifråga om strukturförändringar: ... Att utförarstyrelser avskaffas och istället utförs av professionen."

erna om betydelsefulla förändringar i sjukvårdsstrukturen, framför allt i sjukhusstrukturen, övergivits eller åtminstone skjutits på en oviss framtid, dels har frågan om precisering av strukturförändringarna och verkställigheten av dem lämnats till de överenskommelser som sluts mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarna – sjukhusen och primärvården. Ansvar för förändringar i sjukvårdsstrukturen placerades därmed på enheter som är mindre än de tidigare landstingen. I stället för de tidigare tre landstingen och Göteborgs Stads sjukvårdsfunktion förväntades nu tolv hälso- och sjukvårdsnämnder genomdriva strukturförändringar inom ramen för beställningsprocesserna.

Varför blev då beslutet om strategin så uttunnat? Redan erfarenheterna från den första mandatperioden visade starka motkrafter inför försök till integration av sjukhus. Det fanns en misstro mot sjukhusgrupper och de stora sjukhusen bland personalen på sjukhusen, särskilt bland framträdande läkare, och hos en betydande del av fullmäktige. Motståndarna bland läkare och andra personalgrupper lierade sig med lokala opinioner och vann med lokalpressens stöd avgörande styrka bakom sina krav på större självständighet. Tryck uppstod på berörda orters politiker, som fick svårt att solidarisera sig med den regionövergripande idén om stora integrerade sjukhusgrupper. I stället blev de fem sjukhusen i NU-sjukvården självständiga liksom Sjukhuset i Lidköping och Alingsås Lasarett och en planerad avveckling av verksamhet vid Sjukhuset i Mariestad blev inte realiserad (förrän efter mandatperioden)³⁹⁴.

Respondenter i intervjuerna hösten 2005 förklarade det uttunnade förslaget med att det fanns många olika uppfattningar inte endast *mellan* koalitionen och m, kd och sjukvårdspartiet, utan också mellan de olika partierna sins emellan samt *inom* de olika partierna. Varje enskild fullmäktig är beroende av väljarna i sin valkrets. ”Det är svårt för en politiker att gå emot opinionen” (ledande socialdemokratisk politiker). En av de centrala tjänstemännen bakom utredningsförslaget sade, som redan citerats ovan att ”[v]i gick inte så långt vi hade velat”. Han fortsatte ”Det var ett våldsamt motstånd. Vi var tvungna att kompromissa för att komma någon vart. Men på NU var det ju svårt att åstadkomma något. Vi fick också veta att skulle vi ta något på NU var vi tvungna att göra lika mycket i de andra gamla landstingsområdena, men det var ju inte lätt. Alingsås och Lidköping hade redan förberett sig.” Det var framför allt på Udde-

394 Se kapitel 5, s. 100

valla Sjukhus som flera i utredningen bedömde att den planerade vården borde ha blivit avsevärt större samtidigt som akut vård behövdes, men endast för selekterade patienter. Också i Lidköping och i Alingsås bedömdes något större förändringar motiverade, framförallt ett mer begränsat öppethållande.

Det fanns emellertid också tveksamhet om underlaget att fatta radikala beslut i frågor om sjukvårdsstrukturen när professionen inte är enig eller ens i huvudsak enig om vad som är lämpliga åtgärder eller lämplig utveckling. Var och en grupp av läkare för sig har enligt många politiker goda argument. En intervju med en ledande politiker kan refereras enligt följande:

Det är svårt att vara politiker när vi har en grupp inom professionen som säger det ena och en annan grupp som säger det andra. Ja, den ena gruppen är ju de som berörs, de företräder bara ett särintresse. Men, den andra gruppen då – företräder inte också de ett särintresse, kanske särintresset av att få genomföra en förändring! Och den första gruppen, de kan ju verksamheten bäst! Men, den andra gruppen har förmågan att se problemen utifrån. ”Och mellan grupperna sitter politikerna som skall avdöma frågan.”³⁹⁵

En annan av de intervjuade ledande politikerna var inne på samma förklaring: ”Ibland finns det två olika uppfattningar bland läkarna. Då skall vi [politikerna] döma och därefter förenar sig de missnöjda, de förenar sig med opinioner och med pressen.” En tredje politiker konstaterade att ”det finns flera sanningar bland läkarna”. Och, ”ingen vill lägga ner den enhet man själv arbetar med”

I ett av citaten ovan har respondenten konstaterat att det i strukturutredningen var en press att kompromissa. Det ansågs nödvändigt att ledande representanter för varje sjukhusområde stod bakom förslaget. I arbetet gjordes också klart av företrädare för vissa enheter att man förutsatte att den föreslagna fördelningen av uppgifter skulle ske ”rättvist” – ”skulle vi ta något *här*, så var vi tvungna att göra lika mycket *där*”.

Förklaringar är alltså dels läkarnas och enheternas särintressen, dels politikernas beroende av lokala opinioner. Men det finns också olika uppfattningar om vilken utveckling som är rätt: det skiljer mellan politikerna, mellan men också inom partierna, det skiljer bland läkarna och mellan läkarna och administratörerna och befolkningen har en ytterligare annan uppfattning.

395 Detta inskjutna stycke är inte ett ordagrant citat, men ett nästan ordagrant referat nedtecknat mindre än en timme efter att intervjun genomfördes.

Hur får politikerna sina uppfattningar i ett läge när experterna inte är eniga?

Denna fråga ställdes till endast tre politiker i slutet av intervjuomgången. De var dock tämligen samstämmiga och citat från en av dem belyser allas uppfattning.

Politik är politik. Vi formar den efter tron om vad människan vill ha och vi formar den ganska förenklat. Någon slänger ur sig något, alla hänger på. Som t.ex. sammanslagning av sjukhus. Hela strukturbeslutet är en modefluga.

I politiken väljer man den information man använder i diskussion och debatt. Man väljer den forskning som stöder egna uppfattningar och man presenterar den information som passar den egna argumentationen.

Det sista stycket av citatet kan ytterligare belysas av en situation inför intervjun med en av tjänstemännen, som när jag kom in för att hälsa var sysselsatt med att utarbeta en rapport till regionens kansli om implementeringen av sjukvårdsstrategin. Av en händelse fällde han kommentaren att ”här begär de in information de egentligen inte vill ha. Varför frågar de så ingående och så detaljerat?” Hans tanke var att mottagaren – det politiska systemet och framför allt majoriteten – inte egentligen ville veta hur det faktiskt var, hur lite som hade hänt. Hellre ville man få mer oprecis redogörelse som kunde tolkas som att det är som det borde vara eller åtminstone kan komma att bli, nämligen att utvecklingsstrategin implementerades planenligt.

Hur och i vilken mån har strategin förverkligats?

Av ovanstående redogörelse framgår följande huvudlinjer i utvecklingsstrategin:

- sjukhusstrukturen förändras så att vissa sjukhus blir specialistsjukhus och andra blir akutsjukhus; akutsjukvården koncentreras och patientflödet leds över från akut till planerad vård; vissa specialistsjukhus kommer att tillgodose behoven av internmedicin/geriatrik
- förstärkning och utveckling av primärvården och överförande av vårduppgifter från sjukhusen till primärvården med åtföljande minskad belastning på sjukhusen och ökad tillgänglighet till både primärvård och sjukhusvård
- förstärkt och utbyggd sjukvårdsupplysning för att vägleda patienterna till rätt vårdnivå

- utveckling av närsjukvården, i första hand för att skapa trygghet för multisjuka äldre.

I budgeten för 2003 sägs att arbetet med att utveckla primärvården och sjukvårdsupplysningen är de viktigaste uppgifterna för att förbättra hälso- och sjukvården för hela regionen.

Vid alla intervjuer hösten 2005 har ställts den öppna frågan och där- efter diskuterats vilka åtgärder som vidtagits för att förverkliga den fast- ställda utvecklingsstrategin. De svar som givits redovisas nedan i denna punkt.

Genomförda förändringar i sjukhusstrukturen

Vid utgången av 2005 hade förlossningsvården i Lidköping avvecklats och de kirurgiska akutavdelningarna stängt nattetid i Lidköping och Alingsås. Dessa åtgärder ingick redan i det åtgärds paket som gavs beteckningen snabbspåret³⁹⁶.

Uppgiftsfördelningen mellan NÄL och Uddevalla Sjukhus hade ändrats marginellt i tre avseenden. Sålunda tas akuta hjärtinfarktpatienter med vissa indikationer, främst de som kan bli aktuella för PCI-behandling, och akuta förgiftningsfall utom alkoholförgiftning direkt till NÄL. Viss planerad kirurgi har å andra sidan överförs till Uddevalla Sjukhus. Det är inte stora förändringar, men det är enligt både utförarstyrelsens ordförande och förre sjukhusdirektören åtminstone det första steget i en kontinuerlig process. Dessutom har beställarna ökat sina beställningar av ortopediska operationer och kataraktoperationer till Uddevalla Sjukhus och i motsvarande mån reducerat sina beställningar från sjukhus i andra sjukhusgrupper. Denna beställningsstrategi bidrar dock inte till förverkligande av utvecklingsstrategin utan leder endast till minskade volymer i andra sjukhusgrupper.

Ingen respondent har uppgivit någon ytterligare förändring i sjukhusstrukturen.

Åtgärder för att reducera akut vård och därmed öka den planerade vården

På frågan om åtgärder för att minska belastningen på den akuta vården för att därigenom skapa förutsättningar för en ökad andel planerad vård hänvisade respondenterna i första hand till att jourlinjer öppnats i pri-

³⁹⁶ Se ovan punkt, s. ??

märvården med förväntat resultat att akut sjuka i första hand tas om hand där. Ytterligare åtgärder av viss ehuru begränsad betydelse är 1) försök i en kommun att etablera samverkan mellan primärvården och kommunens sjuksköterskor med syfte att primärvårdens jourläkare nattetid kan genomföra läkarbesök i hemmet i stället för att patienten skall behöva komma in till sjukhusets akutmottagning, 2) ”lots” på akutmottagningarna vid några sjukhus samt 3) gemensam jourmottagning på sjukhuset i Skövde för primärvården och sjukhuset.

Även om vidtagna åtgärder i och för sig kan antas medverka till en något mindre belastning på sjukhusens akutmottagningar, så framstår omfattningen av åtgärder för att överföra verksamhet och resurser från akut till planerad vård marginell. Följande citat är en god sammanfattande beskrivning

Det är egentligen inte mycket som åstadkommit när det gäller att flytta från akut till planerad vård

Förstärkning och utveckling av primärvården

Ökning av resurserna till primärvården hade begärts från fullmäktige i mandatperiodens alla budgetar och i den regionala handlingsplanen. Den förverkligade ökningen är dock marginell. I Fyrbodalskonstaterade nämnderna att primärvården inte hade haft resurser att leverera enligt beställningarna, varför nämnderna uppmanat primärvården att ”lev[a] upp till nuvarande beställningar, så skall vi beställa mer sedan!”. Hälso- och sjukvårdsnämnderna 9 och 10 har i beställningarna inför 2006 tillämpat en uppräkningsanslag till primärvården som med 1 procentenhet överstiger uppräkningsanslaget till SkaS. För SkaS motsvarar detta cirka 20 Mkr eller mindre än en promille av totalanslaget. Övriga sjukhusgrupper har fått anslagen uppräknade 5 à 10 Mkr lägre än om man fått samma relativa ökning av anslagen som primärvården erhållit.

Sammantaget för hela regionen kan uppskattas att primärvården fått mellan 40 och 50 Mkr mer för 2006 och sjukhusgrupperna lika mycket mindre av anslagsuppräkningsanslag än vad utfallet skulle ha blivit om samma procentsats tillämpats för både primärvård och sjukhusvård. Detta belopp utgör mindre än två promille av regionens totala kostnader för hälso- och sjukvård och mindre än en procent av primärvårdens kostnader. För 2005 skedde knappast någon förändring alls i resursfördelningen. En av de centrala tjänstemännen underströk att till bakgrunden hör att det finns ett

intresse hos många av hälso- och sjukvårdsnämndernas ledamöter att ”det egna sjukhuset” skall få så mycket som möjligt.

Frågan om vilka insatser som kan, bör eller skall flyttas till primärvården från sjukhusvården

Med något enstaka undantag har ingen av hälso- och sjukvårdsnämnderna i sina beställningar angivit vilka insatser eller vilka moment i en vårdkedja, som kan, bör eller skall flyttas över från sjukhuset till primärvården. Det förs diskussioner, ”men man kan inte förändra i snabbare takt än de (sjukvårdens medarbetare) själva accepterar. Vi är mycket otåliga på kansliet och i nämnderna, i första hand – tror jag – socialdemokraterna.” I den hälso- och sjukvårdsnämnd som citatet är hämtat från sade respondenten också att primärvården vill ha mer pengar för uppgifterna och sjukhusen vill inte släppa till mer pengar innan man vet att de egna kostnaderna minskar – och kanske inte av andra skäl heller. ”Det går långsamt.” En annan hälso- och sjukvårdschef uttrycker samma uppfattning och understryker att ”primärvården och sjukhuset måste jobba ihop sig och enas om svaret på frågan ’När skall en patient remitteras in [till sjukhuset]?’”

Inga beställningar innehåller uttryck för vad som kan, bör eller skall flyttas över till primärvården i termer av diagnoser, terapiuppgifter, vårdkedjor eller moment av vårdkedjor. Detta konstaterande bekräftas i en intervju av en representant för beställarna, som konstaterade att vad som skall flyttas, det ”får sjukhuset fixa självt”.

Utbyggnad av sjukvårdsupplysningarna

Sjukvårdsupplysningar hade etablerats i alla områden, ett förhållande som dock inte framhölls i någon intervju. Det måste därför antas att det inte var någon betydelsefull förändring.

Utveckling av närsjukvården

Begreppet närsjukvård definierades inte i strategidokumentet och det visade sig vid intervjuerna att det har något olika innehåll för olika respondenter. För alla innehåller dock begreppet samverkan mellan olika vårdgivare, för vissa dock specifikt en samverkan riktad till äldre och multisjuka. I denna samverkan ingår alltid primärvården och de flesta inom primärvården anser att just primärvården har ansvaret för närsjukvården.

Helt klargjord var dock strategin inte för verksamhetscheferna inom primärvården. En av dem svarade ”Närsjukvård – det arbetssättet har vi inte” och en annan ”[närsjukvård] är liktydigt med att en sjukhusläkare kommer till vårdcentralen”. Arrangemanget att specialistläkare har mottagningar på primärvårdens vårdcentraler uppfattades av många som ett led, men inte det enda, i närsjukvården.

Inom två av hälso- och sjukvårdsnämnderna, Fyrbodals och Östra Skaraborgs, angavs sådana specialistmottagningar som exempel på framsteg i förhandlingarna med sjukhusen om överenskommelser för 2006. I Fyrbodals bekräftades dock endast en situation som redan hade införts och det var inte heller frågan om särskilt stora insatser. Totalt skulle specialistmottagningar ges på vårdcentraler under 3 600 timmar per år sammantaget för NU-sjukvårdens upptagningsområde. Antalet timmar kan antas motsvara tre heltidstjänster, vilket kan relateras till det totala antalet läkare i primärvården i Fyrbodals, som utgjorde 164, och i NU-sjukvården, som utgjorde 520.³⁹⁷ Inom vilka specialiteter, på vilka platser och när mottagningarna skall vara bemannade är inte reglerat. För SkaS del angav överenskommelserna att förekomsten av specialistmottagningar på vårdcentralerna skulle öka, men inte i vilken omfattning, när mottagningarna skall vara bemannade eller inom vilka specialiteter. Mottagningar fanns redan i Mariestad och Falköping inom intermedicin, allmän kirurgi, urologi och ortopedi samt i Falköping också ögon. I tillämpningsdiskussioner enades sjukhuset och nämnderna om att etablera mottagningar också i Vara för hjärtläkare och ortoped.

Av promemorian om utvecklingsstrategin framgår att närsjukvård avser inte endast samverkan mellan primärvård och sjukhusvård utan innefattar också kommunerna. I två områden har hänvisats till diskussioner och utvecklingsarbeten gällande samverkan mellan kommunal sjukvård, länssjukvård och primärvård, en samverkan som alltså betecknas som närsjukvård. Det ena exemplet som uppges ha haft någon påverkan i verkligheten hittills är ett samarbetsprojekt i Mariestad, betecknat Mariestadsmodellen. Det andra exemplet gäller Fyrbodals, där ett samverkansprojekt startade 1996 som ett vårdkedjeprojekt. Inom projektet har utvecklats vårdkedjor för diabetes, stroke och njursjukvård, vilka är i kraft och tillämpas – ”dock i varierande utsträckning”. Projektet hade nu fått en mer

³⁹⁷ Uppgifterna avser egentligen den 31 december 2004, men torde ändå vara ägnade att ge en tillräckligt precis jämförelse. Uppgifterna är hämtade från Västra Götalandsregionen, Verksamhetsanalys 2004 del 3, s. 44 och 45

etablerad funktion och betecknades Vårdsamverkan Fyrbodal med två anställda. Mellan hälso och sjukvårdsnämnd 8 och SÄS fördes ännu endast diskussioner om utveckling av närsjukvården, men några konkreta förändringar i verksamheten hade inte ägt rum. Chefläkaren vid SÄS hänvisade dock till att man i Skene, som är en del av SÄS och där det finns ett tiotal specialismottagningar, arbetade med vårdkedjor. Även i Borås pågick arbete på att åtminstone utveckla vårdkedjor för bl a diabetes vid sjukhuset.

Styrning av utvecklingen av närsjukvård kompliceras av att också kommunerna ingår i nätverket. Otillräckliga resultat kan därmed tänkas bero på kommunerna och ansvaret för detta kan inte utan vidare lastas något organ i regionen. Oavsett detta förhållande kan dock ansträngningarna från regionen att ta initiativ till och åstadkomma samverkan bedömas. Som framgått ovan har vidtagna åtgärder haft en begränsad omfattning. I en revisionsrapport nämns utöver ovanstående exempel också ett samarbete i Lidköping mellan kommunen och regionen där en styrgrupp mottar information i form av ett balanserat styrkort. I revisionsrapporten sägs vidare att ”uppföljningen av närsjukvårdssamarbetet och dess resultat inte gjorts strukturerat... någon strukturerad mätning och uppföljning av resultat har inte påbörjats. Närsjukvård bygger på samarbete, ömsesidig vilja och förtroende snarare än ett givet uppdrag. Detsamma gäller styrning och uppföljning av närsjukvård.”³⁹⁸

Redogörelsen ovan visar att närsjukvård vid undersökningens slut ännu realiserats endast som utvecklingsdiskussioner med endast enstaka exempel på någon förändring i verksamheten. Något exempel på beställning av all närsjukvård inom ett eller flera begränsade områden i ett paket, vilket förordas i utvecklingsstrategin, hade inte heller framkommit.

Närsjukvården i Strömstad

Några respondenter diskuterade närsjukvården i relation till ett närliggande mindre sjukhus. Det tydligaste exemplet är från Strömstad, där vårdcentralen är inhyst i samma hus som sjukhuset och där en besökare som är ovetande om den kommunala byråkratiska världens distinktioner inte kan avgöra om man är på sjukhuset eller utanför.

398 KPMG 2005-11-08, Närsjukvård i Västra Götalandsregionen, Kortrapport, s. 2

På frågan om vad som är närsjukvård svarade den tillförordnade verksamhetschefen för Strömstad följande.

Jaa Du, eftersom vi jobbar som vi gör... Vi jobbar i hela huset³⁹⁹. Det är lättillgänglighet... att ha länsjukvårdsspecialister intill oss. Specialisterna jobbar hos oss. Vi har ett kontinuerligt utbyte av personal och delar på personal [med sjukhuset]... Närhet till barn- och vuxenpsykiatri. Vi har ju en [sjukhus]avdelning här.

Vi har vad vi kallar för närsjukvårdsmöten med primärvården, beställarkansliet, NU-sjukvården och kommunen och en ledningsgrupp eller samverkansgrupp.

På senaste mötet diskuterades en alkoholtvättning, frågan om en gemensam dietist och att kommunen vill flytta sin avlastningsavdelning i huset och i anslutning till sjukhusets avdelning och ha ett samarbete med sjukhusets avdelning och dela personal.

Som tidigare sagts, vad som är närsjukvård har olika definitioner i regionen. En av ledamöterna i hälso- och sjukvårdsutskottet svarade

Vad är närsjukvård? Vi vet inte vad vi menar

Olika uppfattningar om klokskapen i att sjukhusets specialister åker ut till vårdcentralerna för att hålla mottagningar

Intervjuerna har klarlagt att alla specialister inte finner det rationellt att åka ut till vårdcentralerna och att alla allmänläkare inte heller vill ha några specialister där. De argument som framförts för denna organisation är att det blir kortare restid för patienten, att sjukhusläkaren bidrar med kompetensöverföring till allmänläkarna och att remissflödet in till sjukhuset minskar eftersom patienterna kan diskuteras på vårdcentralen och allmänläkaren därmed inte behöver remittera till sjukhuset på grund av osäkerhet. Mot lösningen anförs att specialistens tid blir mindre väl använd på grund av restiden och att vårdcentralen inte har all nödvändig apparatur tillgänglig.

Vissa allmänläkare å sin sida menar att det kräver tid att ta emot specialisterna, och därmed tas tid från patienterna. Vårdcentralen får också kostnader för organisation och kringpersonal. En av politikerna och en av tjänstemännen ser emellertid andra bakomliggande skäl hos primärvårdens företrädare: det finns en stor obenägenhet att förändra sig och

³⁹⁹ Huset utgör en förhållandevis stor äldre sjukhusbyggnad som innehåller bland annat Strömstads Sjukhus och ett kommunalt korttidsboende

allmänläkarna vill hävda sin roll – det blir en kamp mellan allmänläkaren och andra specialiteter.

Förverkligande av utvecklingsstrategin – sammanfattning

I det fastställda dokumentet slås fast att fullmäktige förväntade sig förändringar redan i beställningarna av sjukvård för 2005. Den redogörelse som givits ovan omfattar förändringar till och med beställningarna för 2006 och de enda konkreta förändringar som har kunnat noteras är

- stängning nattetid av akutavdelningarna vid sjukhuset i Alingsås och Lidköping samt stängning av förlossningsverksamheten vid Sjukhuset i Lidköping
- ett par fall av samverkan mellan sjukhus och primärvård när det gäller jourverksamhet
- utökad kapacitet vid sjukvårdsupplysningarna
- marginella förändringar i uppgiftsfördelningen mellan NÄL och Uddevalla Sjukhus
- marginell resursökning för primärvården
- enstaka fall av samverkan med den kommunala hemsjukvården samt
- utvecklingsprojekt på diskussionsstadiet gällande närsjukvård

Effekter av vissa åtgärder, framför allt förstärkt sjukvårdsupplysning och samordnad jour mellan sjukhus och primärvård, förväntas och kan också rimligen förväntas leda till en viss omfördelning från akut vård till planerad. Uppföljning av effekterna saknas dock och inga tydliga åtgärder har vidtagits i övrigt för att åstadkomma denna förändring. På åtgärder för att flytta vård från sjukhusen till primärvården finns endast marginella exempel och inget fall av paketupphandlad närsjukvård har konstaterats.

Utfallet under de två första åren för utvecklingsstrategin måste betecknas som begränsat. Denna slutsats stöds också av en utvärdering som hälso- och sjukvårdsutskottet gjort till regionstyrelsen i december 2005. I denna utvärdering redovisas några exempel också från andra delar av regionen än de som omfattas av avhandlingen. Sammantaget är antalet exempel få och det förekommer endast enstaka kvantifieringar i utvärderingen. Den hålls i stället i allmänna ordalag och avslutas med den

samlade bedömningen att ”ytterligare steg tagits för att uppfylla intentionerna. Flera nämnder påpekar att det är början på ett långsiktigt arbete, som kommer att prägla hälso- och sjukvårdens utveckling under många år framöver... Ytterligare ansträngningar behövs dock för att öka tillgängligheten i närsjukvård, koncentrera akutsjukvård och förbättra samverkan mellan vårdgivare inom Västra Götalandsregionen och med kommunernas hälso- och sjukvård.”⁴⁰⁰

Många intervjuer sammanfattas väl av de ord med vilka ett av koalitionsregionråd lakoniskt uttryckte sig

Sjukvårdsstrukturen en viktig fråga? Ja, men så förtvivlat mycket på strukturområdet har ju inte hänt!

En av ledamöterna i hälso- och sjukvårdsutskottet ansåg att

Beställarna tar inte sitt ansvar

Också en regionstyrelseledamot (den ende) som var tillfreds med beslutet om utvecklingsstrategin instämde i intervjun i att det inte hänt mycket vare sig inom närsjukvård eller när det gällde att föra över resurser till primärvården.

Tre fall av förändringar: NU-sjukvården, Sjukhuset i Lidköping och Sjukstugan i Ulricehamn

NU-sjukvården

Enligt utvecklingsstrategin skall NÄL utvecklas till ett brett akutsjukhus och Uddevalla Sjukhus till ett specialistsjukhus med i första hand planerad vård men också med resurser för akut vård.

Ledamöterna i utförelsestyrelsens presidium konstaterar båda var för sig att det har tagits endast mycket små steg för att förverkliga strategin, men att det inte har varit möjligt att gå fortare fram. ”Även om många i vår omgivning tycker att vi inte har gjort tillräckligt, så har vi i alla fall tagit ett steg. Det är visserligen litet, men det är i rätt riktning. Motståndet handlar mycket om motståndet mot förändringar. Och när det nu är så svårt att genomföra förändringar så får vi gå med kortare steg – ett i taget.” Ordföranden och vice ordföranden konstaterar att styrelsen har ett uppdrag och

⁴⁰⁰ Västra Götalandsregionen, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, PM 2006-01-04, Uppföljning av hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi; citatet kommer från s. 5

det är att verkställa styrelsens beslut. Det finns också en irritation över att m, kd och sjukvårdspartiet ”driver oppositionspolitik i utförarstyrelsen”. Detta gör det svårare för styrelsens majoritet att agera.

I ett tidigare läge gjordes en utredning där man arbetade med antagandet att ett av sjukhusen skulle bli ett akutsjukhus och ett skulle bli sjukhus för planerad vård. Under utredningen betecknades sjukhusen med A och med S. ”Så länge sjukhusen kallades A och S trodde nog alla att det skulle bli så.” Men när NÄL sattes i stället för A som ett komplett akutsjukhus och Uddevalla sattes i stället för S som ett specialistsjukhus med viss akutvård så blev frågan väldigt ”het”. ”Vi i Bohuslän”, säger en politiker, ”ser Uddevalla som vårt sjukhus och de i Älvsborg ser bara NÄL”. Det blev enligt flera intervjuade gammal bypolitik och frågan i NU-sjukvården blev inte i första hand var de partipolitiska skiljelinjerna gick. Också i hälso- och sjukvårdsnämnderna är man oeniga och alla accepterar inte utvecklingsstrategins uppfattning.

En stark läkargrupp och ett antal övriga anställda vid Uddevalla Sjukhus bildade föreningen RUS (Rädda Uddevalla Sjukhus) för att sätta kraft bakom motståndet mot utvecklingsstrategin. ”De är väldigt starka inom sjukhusen, har väldigt starka företrädare också utåt och de är därmed också väldigt svåra att styra. Det är starka krafter vi kämpar mot – politiskt en kärnfråga.”

Nu vill motståndarna till utvecklingsstrategin ha två likvärdiga sjukhus. En förklaring som många framför till motståndet hos läkarna vid Uddevalla Sjukhus är att ett akutsjukhus har högre status. Det anses också vara så att läkarprofessionen har blivit van vid att politikerna sparar på den planerade vården medan akutsjukvården alltid kan hänvisa till att det kommer patienter man måste ta hand om. Andra argument som framförts mot renodlingen är att NÄL inte utan stor om- och tillbyggnad och andra investeringar kan bli det stora och breda akutsjukhuset. Det finns sålunda f. n. ingen akut ortopedi på NÄL utan traumafall där ortopediska ingrepp kan bli aktuella körs direkt till Uddevalla Sjukhus. Den fråga som då ställs är om NÄL är det breda akutsjukhuset? Endast två ortopeder hade ”kontorstillvaro” på NÄL. Styrelsen och sjukhusens ledningar har haft många och långa diskussioner om ortopedin. Professionen är stark motståndare till att den akuta ortopedin flyttas till NÄL och menar i stället att det är en kompetensfördel att alla ortopeder finns på plats i Uddevalla. ”I frågan spelar hela omvärldstrycket in – prestigen i att Uddevalla Sjukhus är ett sjukhus i A-laget – det kan man inte vara om man inte har akut vård.”

Denna konflikt är alltså olöst och enligt en av respondenterna kompliceras den av att hälso- och sjukvårdsnämnderna har olika uppfattningar i denna fråga om Uddevalla Sjukhus som akutsjukhus.

De sakliga skäl som anförs för att det fortfarande skall finnas ortopedisk akut på Uddevalla Sjukhus är att huvuddelen av ortopedisk vård är planerad i den meningen att man opererar inte på natten utan först dagen därpå, att ortopedin kräver att det finns en bredd på kompetenser och därmed flera ortopeder vilket gör att man måste ha planerad vård och akut vård på samma ställe. Ytterligare skäl som framförts mot koncentration av all ortopedi till NÄL är att volymerna är för små för att man skall kunna driva två ortopediska akutkliniker och att operationsavdelning, intensivvårdsavdelningen och laboratorier på NÄL inte har kapacitet också för en ortopedisk akutklinik, utan man skulle tvingas bygga ut vid en förflyttning av ortopedakuten till NÄL. Enligt andras uppfattning kommer volymen dock upp till en kritisk massa för att motivera två kliniker när nämnderna flyttar över sina beställningar till NU-sjukvården från Falköping.

En av respondenterna resonerade på följande sätt

Många i hälso- och sjukvårdsnämnderna är också aktiva kommunpolitiker och många utsätts för stark påverkan från hemkommunens andra politiker och väljarna. Den negativa bilden av Uddevalla Sjukhus är visserligen fel i sak, men det är känslorna som styr och dem rör vi inte på. Som politiker är det inte lätt att vara riktigt rak och är man dessutom ensam som står rak medan de viker sig runt omkring, så är det väldigt lätt att blåsa omkull

Sjukhuset i Lidköping

I Lidköping var förslaget att lägga ned BB och att föra all akut verksamhet till Skövde. Men en folklig opinion med bland annat demonstrationer på torget motsatte sig förslaget. Koalitionens regionråd åkte då upp till Lidköping och hade en studiedag där ”för att visa att politikerna lyssnade på folket”. Man träffade läkare, kommunen, den egna administrationen och patientföreningar. Därefter sköt hälso- och sjukvårdsutskottet upp beslutet och ”lät utförarstyrelsen för SkaS förstå att det fanns utrymme för en kompromiss”. En kompromisslösning utarbetades, som innebar att den akuta kirurgin blev kvar på dagtid men stängdes nattetid.

Emellertid blev misstänksamheten i Lidköping så stor mot fjärrstyrning från sjukhusdirektören för SkaS att utförarstyrelsen bedömde det lämpligare att chefen för sjukhuset underställdes styrelsen direkt, även om

sjukhuset ändå skulle samverka inom ramen för ett sammanhållet SkaS⁴⁰¹. Sjukhusets självständighet ökades alltså ytterligare något, åtminstone formellt, och man fick en lösning som är parallell med den som gäller inom NU-sjukvården.

Sjukstugan i Ulricehamn

I Ulricehamn bedrevs inom primärvårdens ram en mindre verksamhet, som benämndes Sjukstugan i Ulricehamn, ett slags mellanvårdsenhet i form av en vårdavdelning för slutenvård. På avdelningen fanns 22 vårdplatser och den hade en medelbeläggning om 14 patienter. Ungefär en tredjedel av patienterna skrevs in av länssjukvårdens läkare i slutet av en sjukhusbehandling och två tredjedelar av primärvårdens läkare (år 2002)⁴⁰². Bland de åtgärder som ingick i snabbspåret ingick nedläggning av sjukstugan i Ulricehamn. Grunden till förslaget var dels att primärvården inte skall bedriva slutenvård, dels behovet av besparingar.

Sjukstugans personal hyste starka känslor för och kände stor stolthet över verksamheten och sina arbeten. De ansåg att sjukstugan gav en mycket bra vård. Bland de anställda och bland befolkningen uppstod ett motstånd mot nedläggningen och bland annat genomfördes ett fackeltåg med ulricehamnsbor och anställda och med enhetschefen i spetsen. Frågan var politiskt känslig och bl a hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande, som kommer från Ulricehamn, var övertygad om att sjukstugan gav en god vård. Hon var emot en nedläggning, men beställarkansliets tjänstemän var övertygade om att en nedläggning vore att föredra.

I april 2003 bildades en tjänstemannagrupp med representanter för kommunen, primärvården, SÄS och hälso- och sjukvårdsnämndens kansli. Gruppens uppgift var att utarbeta ett underlag för en diskussion i ärendet mellan hälso- och sjukvårdsnämnden, kommunen och utförarstyrelsen för SÄS. Utgångspunkten när gruppens arbete inleddes var att finna en lösning med fortsatt drift. Tjänstemännens förslag (september 2003) blev dock att vårdavdelningen skulle stängas.⁴⁰³

Politikerna var starkt engagerade och sammanträdde fyra gånger under utredningsarbetet. När förslaget om nedläggning lades fram av tjänstemannagruppen ingicks i stället en politisk överenskommelse mellan pre-

401 Utförarstyrelsen för Skaraborgs Sjukhus, protokoll den 21 september 2005, § 28

402 Internt arbetsmaterial inom hälso- och sjukvårdsnämndens kansli i Borås

403 *Ibid*

sidierna för HSN 8 och SÄS, som innebar ett beslut om neddragning av antalet platser, nytt regelverk för inläggning på sjukstugan samt en ny utredning. Denna överenskommelse innebar att antalet vårdplatser skulle minska till 8 från och med den 1 januari, att SÄS skulle debiteras för ej utskrivningsklara patienter som vårdades på sjukstugan, att primärvårdens läkare inte längre hade rätt att lägga in patienter utan överenskommelse med kommunen eller med SÄS samt att sjukstugan efter den 1 januari 2004 skulle bli en självständig resultatenhets inom primärvården. Detta blev också hälso- och sjukvårdsnämndens beslut i oktober 2003.⁴⁰⁴

Det visade sig dock att varken SÄS eller kommunen hade behov av vårdplatserna vid sjukstugan. Beläggningen sjönk och det blev uppenbart att sjukstugan inte var motiverad. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslöt därför i enighet att verksamheten skulle upphöra fr.o.m. den 1 augusti 2004. I beslutsunderlaget noteras dessutom att även om alla 8 platser skulle utnyttjas fullt, skulle verksamheten ändå ge ett underskott på cirka 3 mkr per år.⁴⁰⁵

I brist på patienter kom verksamheten att läggas ned en månad före förslagets datum, men processen hade ändå medfört en fördröjning på mer än ett år.

Sammanfattning

I denna punkt har tre exempel på svårigheter att förverkliga beslut om strukturförändringar i hälso- och sjukvården redovisats. En sammanfattning av förklaringarna till dessa svårigheter ges av följande citat från en av aktörerna inom NU-sjukvården:

Det finns tre skäl:

Företrädare för professionen har olika uppfattningar.

Politikerna har olika uppfattningar. Här går skiljelinjer mellan partier men också inom partier.

Det sitter i väggarna. Det har gått en riksgräns mellan Uddevalla och Trollhättan. Det har alltid varit konkurrens mellan Vänersborg, Uddevalla och Trollhättan, t.ex. när NÄL skulle byggas, när flygplatsen skulle etableras och när högskolan skulle placeras.

Det fanns samma tendenser mellan Lidköping och Skövde, men inte i samma omfattning.

404 Hälso- och sjukvårdsnämnden i Sjuhäradsbygden, protokoll den 23 oktober 2003, § 102

405 Hälso- och sjukvårdsnämnden i Sjuhäradsbygden, protokoll den 23 juni 2004, § 65

Sammanfattningsvis mötte genomförandet av besluten i de tre här relaterade fallen följande motkrafter, nämligen oförståelse med åtföljande protester hos läkarna, övriga anställda och även cheferna samt ett folkligt missnöje. Dessa krafter förenades. Därmed blev frågan ”politiskt känslig” och politiker från orten ville inte stå emot. Till dessa motkrafter kom, åtminstone i NU-sjukhuset, meningsskiljaktigheter mellan experter vilket leder till att det inte finns en självklart ”rätt” lösning. I de fall experternas uppfattningar överensstämmer med vad som kan antas vara deras eget särintresse blir det svårt för en utomstående eller en politiker att avgöra hur saklig eller objektivt välgrundad expertuppfattningen är.

Sammanfattning och bedömning av styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft

Frågan om förändrad sjukvårdsstruktur styrdes av fullmäktige och regionstyrelsen i två steg. Först beslöts om utredning för att uppnå ett förslag till förändrad sjukvårdsstruktur. Sedan detta förslag behandlats fastställdes det i fullmäktigebeslut som riktlinjer för övriga nämnder att förverkliga inom ramen för de årliga beställningsprocesserna. Styrmedlen från fullmäktige och styrelsen till övriga nämnder i det andra steget var tre: texter i årliga budgetar, fullmäktigebeslutet om utvecklingsstrategin och rapporter från hälso- och sjukvårdsnämnderna till regionstyrelsen om utvecklingen. Rapporterna föranledde emellertid inga reaktioner från regionstyrelsen, som inte heller i övrigt agerade för att stödja, övervaka eller driva utvecklingen. Styrningsintensiteten bedöms som svag. Skälen härtill var att frågan var politiskt känslig både till följd av motsättningar mellan och inom partierna och blocken och i förhållande till väljarna, vilket sist nämnda förhållande påverkade det först nämnda. Regionstyrelsen sköt frågan ifrån sig.

Den beslutade utvecklingsstrategin innebar främst a) förändrad sjukhusstruktur med bland annat koncentrerad akutsjukvård och specialiserade sjukhus för planerad vård, b) förstärkning och utveckling av primärvården, bland annat överföring av vårduppgifter från sjukhusen till primärvården, c) förstärkt och utbyggd sjukvårdsupplysning för att vägleda patienterna till rätt vårdnivå och d) utveckling av närsjukvården, i första hand för att skapa trygghet för multisjuka äldre. Förändringar skulle enligt fullmäktiges beslut genomföras redan i överenskommelserna för 2005.

Ytterligare ett år senare, sedan överenskommelserna för 2006 ingåtts, kunde konstateras endast marginella förändringar i sjukhusstrukturen, endast en marginellt ökad satsning på primärvården, inga påtagliga åtgärder för att flytta vård från akut till planerad vård och endast utredningsarbete men inga konkreta planer eller beställningar för vad som skall flyttas från sjukhusvården till primärvården och för utveckling av närsjukvården och samverkan mellan regionen och kommunerna. Genomförda förändringar var utbyggd sjukvårdsupplysning och några sammanslagna jourlinjer. Dessa genomförda förändringar var dock – om än viktiga – dels beslutade redan inom ramen för snabbspåret, dels i relation till totalen av blygsam omfattning. Den sammantagna bilden blir att sjukvårdsstrukturen i stort sett är oförändrad. Ett av regionråden uttryckte sig sålunda: ”Beställarna tar inte sitt ansvar”. Genomslagskraften av styrningen var låg.

Både svag styrningsintensitet och låg genomslagskraft av styrningen kan förklaras med att motståndet mot förändringar var utbrett och att utvecklingsstrategin recipieras i enlighet med hälso- och sjukvårdsnämndernas, sjukhusens och primärvårdens egna ståndpunkter, dels med hänsyn till hur de faktiskt uppfattar vad som är klokt och lämpligt, dels med hänsyn till vad aktörerna faktiskt vill. Läkarna och övriga sjukvårdsmedarbetare hyser tilltro till den etablerade organisationen och ser ofta ett eget intresse av att den blir bestående. Politikerna stödjer den egna orten och dess sjukhus och vill inte riskera att förlora stöd från sina väljare. Därtill kommer ovisshet eller osäkerhet hos politikerna om styrkan i argumenten för förändringar och otillräckligt djup kunskap om vårdens förutsättningar för att styra sjukvården och dess enheter.

Tillgänglighet – eller att reducera väntetiderna

Begreppet tillgänglighet

Med begreppet ”tillgänglighet” avsåg de flesta av de intervjuade att väntetiderna eller köerna till vården skall förkortas till rimlig tid. Det övervägande flertalet associerade vid intervjuerna till sjukhusen, till möjligheten att få besöka specialistläkare och till möjligheten att därefter få den operation eller annan behandling som bedöms erforderligt vid ett sådant besök. I undersökningen avseende första mandatperioden berördes ”körtörning” av vissa respondenter. Därmed avsågs åtgärder för att förkorta köerna inom vissa särskilt angivna diagnoser. För många blev uttrycket

synonymt med de särskilda anslag som hälso- och sjukvårdsstyrelsen fick för att beställa extra insatser av sjukhusen i syfte att ”operera bort köerna”. I den meningen var frågan aktuell redan under första mandatperioden.

I budgetar för regionen har problemet behandlats under alla år, dels som utfästelse att införa vårdgarantier både för besök i primärvården och för besök och behandling i specialistvården⁴⁰⁶, dels som åtgärder för att förstärka sjukvårdsupplysningen och primärvården. För primärvårdens del har det gällt flexibla mottagningstider med kvällsöppet samt närhet i geografiskt⁴⁰⁷. Förbättrad sjukvårdsupplysning, utbyggd primärvård och primärvårdsjour dygnet runt var också strategier för att minska belastningen på och därmed öka tillgängligheten till sjukhusens akutverksamhet.

Med begreppet tillgänglighet, underförstått förbättrad tillgänglighet, avses sålunda mer generellt att alla skall få lättare både i tid och rum att nå vården, både primärvård och specialistvård.

Tillgänglighet – en fråga på agendan hösten 2005, men viktig under hela mandatperioden

Vid intervjuerna angavs tillgänglighet som en viktig fråga på regionens agenda först vid intervjuomgången hösten 2005. Då var frågan emellertid den fråga som nämdes av flest respondenter. Den låga graden av tillgänglighet var dock ett problem som sträckt sig över regionens hela livslängd. En av politikerna framhöll att köerna var för långa redan vid regionens bildande. I budgeten för 2003 sägs till exempel att ”[v]id sidan av arbetet med att uppfylla tillgänglighetsmålen har arbetet med att korta väntetiderna för besök till specialistläkare högsta prioritet det närmaste året”⁴⁰⁸, vilket får konstateras vara ett kraftigt budskap till förvaltningarna. Frågan anmäler sig varför problemet inte aktualiserats av någon respondent vid de många tidigare intervjuerna, men kan besvaras endast med en spekulation: rimligen måste politiker och tjänstemän tidigare ha trott att redan vidtagna åtgärder hade fått eller i varje fall snart skulle få eftersträvd effekt.

406 Budget för år 2000, s. 43, Budget för 2001, s. 62-63, Budget för 2002, s. 32-34, Budget för 2003, s. 22, Budget för 2004, s. 38 och Budget för 2005, s. 8

407 T.ex. Budget för 2001, s. 63, Budget för 2002, s. 34, Budget för 2005, s. 21

408 Budget för 2003, s. 22

Första mandatperioden

Under den första mandatperioden införde regionen vårdgarantier (om längsta väntetider) och anslog särskilda medel för att förkorta vårdköerna inom vissa diagnoser. Med garanti om längsta väntetider avsågs egentligen ett slags viljeförklaring och rimligen ett uttryck för lägsta acceptabla standard. Garantiernas omfattning och längd varierade över mandatperioden. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutade i december 2000 om en åtgärdsplan för att minska väntetiderna och i juni 2001 om en behandlingsgaranti för patienter som väntat mer än ett år på att få vård och/eller behandling inom vissa områden. Vid mandatperiodens utgång fick patienter som hade vissa diagnoser och väntat mer än tolv månader på vård eller behandling hjälp av ett särskilt s.k. kökansli för att finna tid och vårdgivare.

Den 31 augusti 2002 hade över 5 100 patienter väntat mer än tolv månader *på behandling*. Den 31 december samma år var motsvarande antal 4 700. Förändringen kan dock inte ses som uttryck för en fallande trend, ty den 31 augusti 2003 var antalet 6 000 patienter. De specialiteter som hade högst andel av dem som väntat över tolv månader var utprovning av hörapparat (922, 918 resp. 1 491), operation av åderbräck (619, 818 resp. 1 142) och operation av ljumskbräck (614, 387 resp. 444).⁴⁰⁹

Antalet som väntat mer än tolv månader *på mottagningsbesök* var 12 700 den 31 augusti 2002, 14 000 den 31 december samma år och 17 200 den 31 augusti 2003. De specialiteter som hade högst andel var ortopedi med över 5 000, hudsjukdomar med 1 200 den 31 augusti 2002 och närmare 3 000 vid de två senare tillfällena samt öron, näs och hals med 600, 1 000 resp. 1 200.⁴¹⁰

Andra mandatperioden

Problemet med låg tillgänglighet (eller långa väntetider) kvarstod alltså inför den andra mandatperioden. I den regionala handlingsplanen och enligt budgetarna för 2003, 2004 och 2005 var det högsta prioritet att uppnå målen för tillgänglighet och att förkorta väntetiderna till specia-

409 Hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli 2003-10-28 Uppföljning av åtgärdsplan för ökad tillgänglighet till sjukhusvård, Bilaga 1

410 Hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli 2003-10-28 Uppföljning av åtgärdsplan för ökad tillgänglighet till sjukhusvård, Bilaga 1

listläkare. I detaljbudget för 2005 sammanfattas de prioriterade målen för hälso- och sjukvården för 2005: 1) Tillgängligheten till primärvården ska öka, 2) Andelen invånare som har fast läkarkontakt ska öka och 3) De regiongemensamma prioriteringarna ska vara tillgängliga för invånarna och allmänt kända i hela regionens sjukvårdsorganisation.⁴¹¹

Besöks- och behandlingsgarantier ändrades under den andra mandatperioden. I juni 2004 beslutade regionstyrelsen om en ”reell besöksgaranti” på tre månader för besök hos specialistläkare (alltså en förlängning av den tidigare garantin från en till tre månader) samt en skärpning av behandlingsgarantin från nio månader till sex månader. Besöksgarantin omfattade allt utom psykiatri medan behandlingsgarantin omfattade allmänkirurgi, ortopedi, gynekologi, urologi, ögon samt utprovning av hörapparat⁴¹²

Under 2005 beslutade riksdagen om en nationell vårdgaranti med verkan fr.o.m. den 1 november samma år. Denna garanti innebar rätt till kontakt per telefon eller på plats med primärvården samma dag, besök hos en allmänläkare inom högst sju dagar om primärvården bedömde det erforderligt, rätt till besök hos en specialist inom 90 dagar om primärvårdsläkaren bedömt detta nödvändigt samt slutligen rätt till behandling inom 90 dagar från det att specialistläkaren bedömt behandling erforderlig. Den aktuella punkten på agendan om tillgängligheten i denna snävare mening gäller att från och med den 1 november 2005 skulle samtliga enheter inom regionen klara dessa garantier för sina patienter.

I juni 2003 ersattes det s.k. Kökansliet med en ny enhet, Vårdslussen, i enlighet med ett av förslagen inom ramen för det s.k. snabbspåret. Vårdslussens uppgift var att administrera både kön för dem som väntat mer än tolv månader och den nationella valfriheten.

Ekonomiska styrmedel för att klara vårdgarantin

Krav på att förkorta väntetiderna hade uppställts i beställningar under hela mandatperioden. Särskilda beställningar hade lämnats från hälso- och sjukvårdsstyrelsen och några av hälso- och sjukvårdsnämnderna med extra ersättningar för att genom engångsinsatser framförallt ”operera bort

411 Detaljbudget för 2005, Bilaga 3, s. 9. Testen ovan är avgränsad till den somatiska hälso- och sjukvården, medan budgeten liksom den här återopade bilagan också upptar tre prioriterade mål för behandling av psykisk ohälsa och ett mål gällande folkhälsa.

412 Regionkansliet 2004-10-29 Slutrapport – åtgärder för ökad tillgänglighet till vård i Västra Götaland, Bilaga

köerna” eller ”operera bort pucklarna”. I intervjuerna omvittnas att förväntningarna på förkortade väntetider hade ökat under senare delen av mandatperioden och rutiner hade etablerats för en mer intensiv uppföljning från hälso- och sjukvårdsutskottet och regionstyrelsen.

Det ekonomiska ansvaret för vårdgarantin (att ersätta de vårdgivare som Vårdslussen beställde vård hos för att regionen skulle uppfylla garantierna till patienterna) övergick på hälso- och sjukvårdsnämnderna fr.o.m 2004 i samband med att de då övertog ansvaret för beställningarna.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna började i sin tur använda sig av vissa incitament i överenskommelserna med sjukhusen för att uppnå att väntetiderna reduceras.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna 1–3 valde att både 2004 och 2005 göra särskilda tilläggsbeställningar hos sjukhusgruppen för att reducera väntetiderna. I samband med dessa beställningar ingicks en överenskommelse om att väntetiderna inte skulle överstiga vårdgarantins tidsramar med undantag för fyra specialiteter. Dessa beställningar finansierades med ersättningar som primärvården ursprungligen skulle ha fått om den hade haft resurser att leverera enligt sin beställning.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna 7 och 8 tillämpade från och med 2006 ett incitament till primärvården som gav extra ersättning enligt tre kriterier, varav att klara garantin i 90 % av fallen var ett kriterium.⁴¹³

I stället för tidigare styrmetod med särskilda beställningar eller anslag till sjukhusen för att de skall förkorta köerna överenskom Hälso- och sjukvårdsnämnderna 9 och 10 med SkaS att sjukhuset självt fick stå för den kostnad som drabbade regionen om patienter utnyttjar rätten till vård vid sjukhus utanför regionen. Däremot drabbas inte sjukhuset av om patienten i stället fick sin vård vid annat sjukhus inom regionen. Denna överenskommelse gällde 2005 för ortopedin och 2006 för alla diagnoser. Därtill hade sjukhuset under 2005 möjlighet till en extra ersättning på högst 2 Mkr om man klarade behandlingar över en viss volym inom vissa diagnoser.

Rapporter över väntetidsutvecklingen utarbetades av landstingsförbundet två gånger per år och dessa rapporter anmäldes i hälso- och sjukvårdsnämnderna. Regionens egna rutiner för rapporteringen över väntetider varierade över åren, men under 2005 utvecklades stabila rutiner inom regionen. Fr.o.m. november 2005 sammanställdes väntetiderna för

413 De två övriga hänför sig till läkares hembesök i särskilda boenden och deltagande i diskussioner om samverkan med sjukhuset och kommunerna.

sjukhusens del varje månad per sjukhus, per klinik, per diagnos och per behandling. Denna rapportering följdes i utförarstyrelserna, i hälso- och sjukvårdsutskottet och i regionstyrelsen.

Vid SÄS och SkaS drevs särskilda förändringsprojekt för att öka genomströmningen och därmed produktiviteten och därmed att reducera köerna. Vid SÄS hade redan under föregående mandatperiod ett allomfattande organisationsutvecklingsprojekt under beteckningen LIFT inlett av den nytillträdda sjukhusdirektören. En viktig del av detta projekt var att avveckla kö- och väntetider. Sedan 2005 följde sjukhuset månatligen bland annat väntetiderna för behandlingar och mottagningar och använde dessa data som underlag för internt förändringsarbete. Vid SkaS bedrevs s.k. genombrottsprojekt för att analysera och utveckla den egna verksamheten. På båda sjukhusen hade klinikerna själva en stor del av projektansvaret. Styrningen och resultaten av dessa projekt utgör delvis den styrning och de effekter av styrning, vars betydelse politiker och tjänstemän i ovan refererade och citerade kommentarer uttryckt osäkerhet om.⁴¹⁴

Effekter i länssjukvården

I denna punkt redovisas utvecklingen av väntetiderna för perioden 2003–2005, i vissa fall januari 2006, med användande av de rapporter som är tillgängliga i regionen. Dessa rapporter varierar över tid när det gäller innehåll och utformning, vilket försvårar exakta jämförelser. Däremot möjliggörs en bedömning av den övergripande utvecklingen.

Den 31 augusti 2003 hade 17 200 patienter väntat längre tid än tolv månader på besök och 6 000 längre tid än tolv månader på behandling vid regionens sjukhus. Motsvarande antal var ett år senare 17 000 respektive 4 400, alltså en mindre förbättring.⁴¹⁵

I en verksamhetsanalys 2004 visas uppgifter relaterade till den nya vårdgarantin, sju dagar vid besök till primärvården respektive tre månader för besök och behandling i specialistvården. Bland annat anges den andel av dem som fått tid respektive vård inom tre månader per 2003-12-31 och per 2004-12-31. När det gäller sjukhusmottagningar redovisas uppgifter för varje specialitet och inom specialiteten uppdelat på olika sjukhus. Vissa av uppgifterna sammanställs i tabellerna 1 och 2 i bilaga 4. Därav

414 Se ovan, s. 134

415 Västra Götalandsregionen, Regionkansliet 2004-10-29 Slutrapport – åtgärder för ökad tillgänglighet till vård i västra Götaland, Bilaga 1

framgår att väntetiderna för många patienter var längre än garanterade tider både vid ingången av 2004 och vid ingången av 2005. Andelen som väntat mer än tre månader på behandling var sålunda vid vissa kliniker 60 % och högre och endast vid ett fåtal kliniker var andelen lägre än 10 %. I vissa specialiteter hade flera än 60 % av patienterna i hela regionen väntat längre tid än tre månader, t.ex. på operationer av korsband och gråstarr samt vid prostataförstoring, urininkontinens och höftledsplastik.

Fr.o.m. november 2005 ändrades utformningen av rapporterna över väntetidernas utveckling och de blev avsevärt mer specificerade. Väntetiderna registrerades månadsvis för varje sjukhus och klinik och avseende 23 olika behandlingar samt för 26 specialismottagningar. Av tabell 3 i bilaga 4 framgår att antalet som väntat på mottagningstid längre än tre månader för hela regionen den 31 december 2005 var 18 000 och den 31 januari 2006 var 16 000. Huvuddelen av dessa väntade på besök vid SU, men ungefär en tredjedel på övriga sjukhus, främst NÄL över 4 000 vid ingången av 2006 och över 3 000 vid ingången av 2007, SkaS 2 000 båda åren och SÄS 1 000 båda åren.

Antalet patienter som väntat på behandling längre tid än tre månader uppgick den 31 december 2005 till 7 000 för hela regionen, varav mer än hälften väntat längre tid än sex månader respektive den 31 januari 2006 6 000, varav 3 000 hade väntat längre tid än sex månader. Se tabell 4 i bilaga 4. Också när det gäller dessa patienter är antalet högst vid SU.

Även om det förekommer betydande variation, redovisas för praktiskt taget alla specialiteter att patienter väntat mer än 90 respektive mer än 180 dagar på mottagningsbesök. Störst antal som den 31 januari 2006 väntat mer än 90 dagar för hela regionen sammantagen finns inom ortopedi, handkirurgi och allmän kirurgi (se tabell 5 i bilaga 4). När det gäller behandlingar är det främst frågan om ortopediska operationer, bräckoperationer, operationer av grå starr och utprovning av hörapparat.

Även om de tillgängliga uppgifterna är något olika över åren kan på totalnivå konstateras att väntetiderna minskats i regionen och att en ökad andel av patienterna fick vård inom garantitiderna. Även om situationen gradvis förbättrades är det samtidigt uppenbart att regionen inte hade nått uppställda mål. Dessa slutsatser gäller alla sjukhusgrupper, de flesta kliniker och många diagnoser, även om det finns variationer. Bland sjukhusgrupperna hade SU längsta väntetiderna och bland kliniker och diagnoser har ortopedin längst väntetider.

Den 31 januari 2006 hade sålunda nära 16 000 patienter väntat längre än 90 dagar på besök på specialistmottagning och nära 6 000 patienter hade väntat längre än 90 dagar på sin behandling. I dessa uppgifter ingår inte de som själva valt längre väntetider och inte de som väntade på grund av medicinska skäl. Antalet väntande var något lägre än motsvarande antal per 31 december 2005. Motsvarande uppgifter för 2003 och 2004 finns inte tillgängliga men i korthet kan sägas att antalet som då väntat mer än tolv månader är ungefär lika stort som det antal som den 31 januari 2006 väntat mer än tre månader. Oavsett huruvida väntetiderna per 31 januari 2006 är acceptabla eller ej, så talar allt för att de var kortare än – eller inte lika långa som – två och tre år tidigare.

Effekter i primärvården

Andelen patienter som fick vänta mer än sju dagar på läkarbesök i primärvården uppgavs i årsredovisningarna för 2002–2005 till 20 % för regionens samtliga vårdcentraler sammantagna⁴¹⁶.

Väntetiderna mäts av Sveriges kommuner och landsting två gånger per år. Därvid undersöks hur länge de patienter har väntat, som under en viss vecka fått besöka allmänläkare.⁴¹⁷ Resultaten redovisas per vårdcentral och sammanställs per landsting samt för Västra Götalandsregionens del per primärvårdsområde. Enligt sammanställningar från regionens primär- och tandvårdsförvaltning har väntetider uppmätts för mars och oktober 2004 och 2005. Därav framgår att mellan var fjärde och var sjätte patient beroende på område hade fått vänta längre än den garanterade tiden sju dagar (med något område marginellt bättre) och att både andel och antal som fått vänta dessa tider hade ökat eller varit i stort sett oförändrat över tidsperioden. Inte i något område hade antalet minskat och för regionen totalt var ökningen 150 personer. Ungefär var tionde patient (något högre andel i Göteborg) hade fått vänta 15 dagar eller längre och även denna grupp hade ökat eller varit oförändrad under tidsperioden i alla områden. Totalt för regionen utgjorde den 13 % och 469 personer. (se tabell 6 i bilaga 4

416 Primär- och tandvårdsförvaltningen, Årsredovisning 2002, s. 17, 2003, s. 4, och 2004, s. 8, och Västra Götalandsregionen, Årsredovisning 2005, s. 20

417 Det har uppgivits att det finns en viss osäkerhet gällande patienter som erbjudits besök inom viss tid men själva valt att avvakta för att få träffa en viss uppgiven läkare. Dessa patienter skall behandlas som om de erbjudits besök och skall inte ingå bland dem som väntat längre tid än 7 dagar, men det anses alltså att det kan förekomma fel på denna punkt

De angivna värdena avser hela området. Material för de enskilda vårdcentralerna har efterfrågats men inte gjorts tillgängligt. Ett rimligt antagande är att andelen varierar och enligt intervjuer fanns vårdcentraler där en tämligen stor andel patienter tvingas vänta längre tid.

Tillgängligheten på regionnivå understeg alltså den fastställda normen och den hade dessutom försämrats under mandatperioden. I primärvården hade väntetiderna inte reducerats utan i genomsnitt var femte patient i regionen fick vänta längre än 7 dagar på sitt besök hos allmänläkare och ungefär var sjunde fick vänta längre än 14 dagar.

Produktivitetsutveckling vid sjukhusen

Kraven på sjukhusen att uppnå de nya målen för väntetider har varit tydliga. Även om målsatta väntetider inte uppnåtts, så visar data enligt ovan ändå att väntetiderna förkortats under framförallt 2005 (med marginellt undantag för SU) samtidigt som sjukhusen har hållit sina budgetramar. Förklaringen till denna utveckling utgörs enligt uppgifter vid intervjuerna i första hand av att produktiviteten ökats genom olika åtgärder.

Begreppet produktivitet avser att mäta hur mycket vård som erhålls i förhållande till resursinsats. Resursinsatsen mäts ofta (men inte nödvändigtvis) i kronor. Mått för volymen vård är av naturliga skäl inte lätt att definiera. Inom regionen bedrevs ett utredningsarbete för att följa utvecklingen av sjukhusens produktivitet, definierad som kostnad per prestation. Kostnaderna mättes i fasta priser. För att mäta prestationerna användes tre olika mått, nämligen 1) antalet DRG-poäng för sådan vård som har beräknats med hjälp av dessa, vilket i huvudsak är sluten somatisk vård och dagkirurgi, 2) antal besök i öppen vård och 3) antalet vårdtillfällen i den psykiatriska vården. DRG-poängen innehåller viktning för vårdtyngd och andra kostnadsdrivande moment, t.ex. proteser. De tre olika sätten att mäta produktionen vägdes till slut samman till ett enhetligt mått som relaterades till insatserna. Utredningarna nådde därmed ett mått som bedömdes utgöra ett rimligt bra närmevärde av produktivitetens utveckling för hela sjukhuset när det jämförs med sig självt. Måtten skall troligen betraktas med stor försiktighet eftersom de är resultat av många komplicerade beräkningar och flera antaganden. I rapporterna understryks särskilt att undersökningsresultaten inte är ägnade för jämförelser mellan sjukhusen utan bör användas endast för jämförelser av respektive sjukhus med sig självt över tiden.

Som framgår av tabell 7 i bilaga 4 hade den uppmätta produktiviteten på totalnivå försämrats under perioden 1998–2003 med undantag för NU-sjukvården under perioden 2001–2003. För 2004 hade dock den uppmätta produktiviteten på totalnivå förbättrats vid alla sjukhusgrupper. Produktionen, alltså antal producerade DRG-poäng och antal besök, ökade för hela regionen i den slutna vården exklusive psykiatri med 1,9 %, inom dagkirurgin lika mycket och antalet besök i den öppna vården ökade med 2,1 %. Kostnaderna i fasta priser minskade med 0,7 %.⁴¹⁸

En inte obetydlig del av ökningen av antalet prestationer var emellertid hänförlig till psykiatrisk vård, inom vilken ökningen av antalet vårdtillfällen för regionen i dess helhet uppgick till 10,9 % i öppen vård och 0,4 % i antalet vård dagar. Ett besök i öppen psykiatrisk vård motsvarar i den tillämpade viktningen tre DRG-poäng medan det krävs 21 öppenvårdsbesök för ett DRG-poäng. Ökningen i psykiatrisk öppen vård förefaller därmed vara en betydelsefull förklaring till produktivitetsökningen. Om man enbart ser till förändringen av antalet prestationer vid de fyra sjukhusgrupperna fördelat på antalet DRG-poäng för slutenvård, DRG-poäng för dagkirurgi och antalet läkarbesök blir dock intrycket att produktivitetsökningen inte var dramatisk. (Se tabell 8 i bilaga 4). Det är alltså inte uppenbart att de förkortade väntetiderna beror på ökad produktivitet utan det kan väl tänkas att de möjliggjorts av annan prioritering och/eller av höjda anslagsnivåer.

Sammanfattning och bedömning av styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft

Regionens förmåga att tillgodose medborgarnas vårdbehov inom enligt fullmäktiges uppfattning acceptabla tider hade varit otillräcklig under hela regionens tillvaro. Frågan hade varit aktuell i alla budgetar och när det gäller väntetider i primärvården hade fullmäktige i både den regionala handlingsplanen för 2002–2004 och i budgetar för 2004 och 2005 sagt att det är regionens viktigaste uppgift att förbättra tillgängligheten. Under beteckningen garantier fastställde fullmäktige längsta väntetider som inte skulle överskridas. Styrningen avsåg alltså resultat. Styrmedel var förutom fullmäktiges beslut dels en särskild organisation som skulle stödja patienternas möjligheter att få vård inom föreskriven tid, dels en särskilt under

⁴¹⁸ Västra Götalandsregionen PM 2005-06-21, Sjukhusens produktivitetsutveckling 2003-2004, s. 3–5 och Västra Götalandsregionen, Regionkansliet PM 2005-06-21, Sjukhusens produktivitetsutveckling 2003–2004, s. 30

mandatperiodens senaste år intensiv uppföljning av i vilken mån garanti-tiderna uppnåddes. Till dessa styrmedel kom vissa incitament enligt överenskomsterna mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och sjukhusen. Styrningsintensiteten bedöms som stark.

Normerna hade skärpts under mandatperioden och även om de inte uppnåts, så hade väntetiderna i vart fall reducerats i sjukhusvården medan de var oförändrade i primärvården. I sjukhusvården fanns dock fortfarande vid utgången av 2005 kliniker och specialiteter där mer än hälften av dem som fått möjlighet till besök hade fått vänta längre än den garanterade tiden och regiongenomsnittet utgjorde den 31 december 2005 en tredjedel. På behandling hade hälften fått vänta längre än den garanterade tiden, en tredjedel längre än dubbla den garanterade tiden (180 dagar). Väntetiderna i primärvården hade varit oförändrade på regionnivå under hela mandatperioden, vilket innebär att ungefär 20 % av de patienter som fick besöka allmänläkare hade fått vänta längre än garanterade sju dagar, en stor del länge än 14 dagar. Sammantaget får genomslagskraften av styrning betecknas som måttlig när det gäller sjukhusvården men låg när det gäller primärvården.

Vid intervjuerna underströk många respondenter dels att det inte finns väntetid över huvud taget i de fall liv är hotat, dels att tillgängligheten inte är begränsad till den akuta vården, som utgör den helt dominerande delen av sjukhusvården. Tvärt om anser många, och det är också utgångspunkten i regionens hälso- och sjukvårdsstrategi, är det just den akuta vårdens företrädare till sjukvårdsresurserna som skapar problemen för den planerade vården. Förklaringar till att garantierna inte uppnås kan när det gäller delar av primärvården och ortopediska specialiteter vara att det helt enkelt saknas tillräckligt många läkare, ett förhållande som fullmäktige och styrelsen förefaller ha bortsett från men som ändå måste ha påverkat förutsättningarna att nå målen.

Förhållningssätt av betydelse för styrningen

Av den redovisade empirin framgår att den handlingsregel som i regionen omtalas som kostnadskontroll har vunnit en stark förankring redan under den första men i än högre grad under den andra mandatperioden. Att hålla sina kostnadsramar är en restriktion som är överordnad de krav som verksamheten kan ställa. Kostnadskontroll kan betraktas som en central

institution i regionen. Samtidigt råder alla de regler som sammantagna betecknas som institutionen om god verksamhet.

Särskilt i arbetet på att utforma beslutet om ny sjukvårdsstrategi och i fördelningen av hälso- och sjukvårdsnämndernas beställningar visas att föreställningen eller institutionen om rättvis fördelning av anslag och särskilt av neddragningar spelar en viktig roll – regeln kan användas som argument i förhandlingar om kompromisser.

Också konfliktorienteringen mellan majoritet och minoritet kvarstår sedan första mandatperioden, men den har begränsats till det politiska systemet. Tjänstemännen vittnar om ett betydligt större lugn och till skillnad från under den första mandatperioden anser man sig arbeta konstruktivt. En tydlig förändring är också att respondenterna under den andra mandatperioden inte använt intervjuerna till att uttrycka kritik över regionen, något som förekom vid flera intervjuer under den första mandatperioden. Tvärtom finns intervjuuttalanden som vittnar om att man nu ser värdet av regionen och betraktar det som både värdefullt och naturligt bland annat att SU tar ledningen av den medicinska utvecklingen. Regionens självbild har alltså stärkts, både hos majoritetens politiker och hos tjänstemännen.

Synen på majoritetens och oppositionens roller kvarstår sedan den första mandatperioden. Det är majoriteten som är ledningen och de styrelseledamöter och nämndledamöter som inte tillhör majoritetens partier får inte och har inte ansvaret för förvaltningen, utan deras uppgift är att opponera på majoritetens politik.

Styrningen och dess påverkan på verksamheten – sammanfattning

De två viktigaste frågorna på regionens agenda kvarstod från den första mandatperioden och från diskussionerna inför bildandet av regionen, nämligen kontroll över kostnadsnivån och kostnadsutvecklingen samt utveckling av en mer ändamålsenlig sjukvårdsstruktur. Inför den andra mandatperioden ändrades styrsystemet sålunda att hälso- och sjukvårdsnämnderna fick uppgiften att beställa all sjukvård i stället för som under den första mandatperioden endast primärvård (och tandvård, vilket dock faller utanför denna undersökning). Syften med denna ändring angavs vara dels att stärka demokratin, dels att uppnå bättre ägnade beställningar bland annat genom att samordning kunde ske mellan primärvård och

sjukhusvård. Därtill blev under mandatperioden frågan om minskning av kötiderna till sjukvården allt viktigare. Undersökningen har inriktats på styrningen inom dessa fyra områden.

Samarbetet inom det politiska systemet var fortsatt konfliktladdat, men under den andra mandatperioden bestod samarbetssvårigheterna i första hand mellan företrädarna för den styrande koalitionen s, fp och c å ena sidan och företrädarna för m och kd å andra sidan. Samarbetet inom koalitionen och mellan koalitionen och förvaltningen var däremot konstruktivt och nära.

Regionledningen utgjordes de facto av majoritetens regionråd, som utarbetade budget med biträde av politiska sekreterare, även om budgeten sedan fastställdes av fullmäktige. Anslagen tilldelades hälso- och sjukvårdsnämnderna som inom ramen för sina totala anslag ingick överenskommelser om viss volym sjukvård av visst slag och för viss ersättning med producenter av sjukvård, framför allt regionens sjukhus och primärvårdsförvaltningar men också med privata vårdcentraler och enstaka ytterligare privata utförare. Överenskommelserna fungerade i praktiken som rambudgetar för utförarna och det dominerande styrande beskedet var att budgeten inte fick överskridas. Kostnadskontroll var den övergripande restriktionen och att hålla budget var viktigare än att producera avtalade volymer. Budgeten och hävdande av kostnadskontroll genom olika processer var de dominerande styrmedel som regionens ledande politiker och tjänstemän använde. Styrningsintensiteten har bedömts stark när det gällt kostnadsutvecklingen och genomslagskraften av kostnadsstyrningen var betydande. Uppslutningen bakom kostnadskontrollen hade också institutionaliserats redan under den första mandatperioden och förstärktes ytterligare under den andra. Styrning av kostnadsutvecklingen var å andra sidan den fråga regionledningen prioriterat och tillsammans med kontroll av väntetidernas utveckling de två frågor regionstyrelsen styrde med stark intensitet, medan styrningsintensiteten i agendans övriga frågor var svag.

Efter konflikter och flera utredningar under regionens hela livstid fastställdes till slut i augusti 2004 en utvecklingsstrategi för sjukvården – närmare sex år efter det att regionen bildats just för att som ett av de grundläggande syftena uppnå en mer optimal sjukvårdsstruktur. Strategin var emellertid en uttunnad kompromiss och innebar i sig inte några beslut om konkreta förändringar. I stället fastställdes utvecklingslinjer, som det uppdrogs åt hälso- och sjukvårdsnämnderna att förverkliga tillsammans med utförarna. Därmed hade frågan återgått till lokala enheter, i prak-

tiken ännu mindre än de forna landstingen, som tidigare hade ansetts för små för att lösa strukturfrågan på grund av bypolitik. Utöver texter i budgetar och detta strategibeslut begärde regionstyrelsen och dess hälso- och sjukvårdsutskott rapportering över utvecklingen, men reagerade inte på rapporteringen och vidtog inte några ytterligare åtgärder för att styra implementeringen av riktlinjerna. Styrningsintensiteten från regionstyrelsen och dess utskott var svag. Några enligt sjukvårdsstrategin eftersträvade betydelsefulla förändringar uppnåddes inte. Sålunda genomfördes endast marginella uppgiftsförändringar mellan sjukhusen, mellan sjukhusvård och primärvård samt mellan akut och planerad vård. Inte heller förverkligades utveckling av närsjukvård. Styrningens genomslagskraft var låg.

Både svag styrningsintensitet och låg genomslagskraft av styrning i strukturfrågan kan förklaras med att motståndet mot förändringar, särskilt minskning av vårdutbud på en ort, var utbrett och att utvecklingsstrategin recipieras i enlighet med hälso- och sjukvårdsnämndernas, sjukhusens och primärvårdens egna ståndpunkter. I reception av styrningen bedömer aktörerna den dels med hänsyn till hur de faktiskt uppfattar vad som är klokt och lämpligt, dels med hänsyn till vad de faktiskt vill. Läkarna och övriga sjukvårdsmedarbetare hyser tilltro till den etablerade organisationen och ser ofta ett eget intresse av att den blir bestående. Politikerna stödjer den egna orten och dess sjukhus och vill inte riskera stöd från sina väljare. Därtill kommer ovisshet eller osäkerhet hos politikerna om styrkan i argumenten för förändringar och otillräckligt djup kunskap om vårdens förutsättningar för att styra sjukvården och dess enheter. I flera fall förenades vårdpersonalen, deras chefer och lokala opinioner och fick stöd av lokalpressen i aktioner som ytterligare försvarade för politikerna att gå emot intressen för det bestående.

Under egentligen hela regionens livslängd, men tydligast under senare delen av den andra mandatperioden, hade i texter i budgetar hävdats betydelsen av att förkorta väntetiderna till vid varje tidpunkt gällande garantier. Fullmäktiges och regionstyrelsens mål var tydliga för hela organisationen och utvecklingen av väntetiderna följdes i regelbundna rapporter. Styrningsintensiteten på detta område var hög. Styrningen av väntetiderna hade också effekter, men inte i tillräcklig grad. Väntetiderna var trots intensiv styrning fortfarande avsevärt längre än normen, även om de för långa väntetiderna till länssjukvården under 2005 ändå förkortats. I primärvården, som under mandatperioden hade framhållits som prioriterat område, hade ingen förbättring ägt rum utan i vissa områ-

den snarare ökade den andel patienter, som tvingats vänta längre tid än normen. Styrningens genomslagskraft har bedömts som måttlig gällande sjukhusen men låg när det gäller primärvården. En av de specialiteter som har längst väntetider inom sjukhusen är ortopedi. Detta är också en specialitet där läkarbristen är stor. Även inom primärvården är läkarbristen stor på många orter. Denna läkarbrist kan åberopas som ett skäl till att det måhända inte varit möjligt att nå garanterade väntetider.

Utvecklingen av hälso- och sjukvårdsnämndernas arbete var en väsentlig fråga för regionen då nämnderna från och med 2004 hade ansvaret för beställning av all hälso- och sjukvård. Regionstyrelsen tog inga initiativ för att stödja denna organisationsförändring. Dess styrningsintensitet var, som noterats ovan, svag. Den eftersträlvade samordningen mellan primärvården och sjukhusvården ökade knappast och inga påtagliga effekter på överenskommelsernas utformning uppnåddes i den nya organisationen. Nämndernas egen styrning genom överenskommelserna inriktades på kostnadsramar och vilket slags verksamhet som skulle bedrivas var, i vissa fall också öppethållande. En stor del av styrprocesserna gällde att formulera, förhandla om och utvärdera texter eller verbala beskrivningar som ofta rörde sig på en hög abstraktionsnivå och inte hade något påtagligt inflytande på verksamheten. I beställningsprocesserna tenderade slutresultatet att bli att nämnderna upphandlade huvudsakligen lika mycket eller något mer och lika vård som föregående år för samma ersättning. På marginalen lades så till vissa utökningar av uppdraget eller extra uppdrag, vissa nya uppföljningsrutiner avtalades och en mindre uppräknig av ersättningen skedde.⁴¹⁹ Aktiviteter för uppföljning var i stort sett avgränsade till att avläsa kostnadsutvecklingen, under senare år också utvecklingen av väntetider. Hur verksamheten skulle organiseras eller bedrivas, vilka metoder som skulle användas eller vilken kvalitet som skulle uppnås var inte föremål för styrning.

Kostnadsstyrningen effektuerades främst av regionledningens kansli i direkt relation med tjänstemännen i sjukvården. En viktig del av beställningsarbetet var att uppnå förändringar som intagits i sjukvårdsstrategin och att öka primärvårdens andel av vård och resurser. Även om enstaka förändringar uppnåddes, så var påverkan ändå marginell och styrningens genomslagskraft sålunda låg. Ett av skälen till den låga genomslagskraften var att sjukvårdskansliernas medarbetare och i än högre grad hälso- och

419 Dessa slutsatser överensstämmer med Berlin (2006), som i en studie av beställningsprocesserna vid två av regionens sjukhus funnit att beställarna styr på marginalen

sjukvårdsnämndernas politiker saknade tillräcklig kunskap och tillräckliga förutsättningar att kunna påverka sjukhusen. Dessutom påverkades nämndpolitikerna av en önskan att värna sitt eget område och dess sjukhus och en strävan att vinna stöd hos sina väljare, vilka strävanden både leder till oenighet mellan nämnderna och till beslut som från ett helhetsperspektiv inte är självklart optimalt. Organisationsförändringens genomslagskraft på styrningen var låg.

Styrningsintensiteten och styrningens genomslagskraft på de fyra områden som undersökts sammanfattas i tabell nedan.

Ovanstående slutsatser bekräftas av respondenternas uppfattningar om vilka frågor som blir de viktiga för nästa mandatperiod. Av elva representanter för regionledningen svarade åtta att strukturfrågorna är fortsatt viktiga, sex att kostnadsutvecklingen måste hanteras genom rationalise-

Tabell 6.3 Regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndernas åtgärder för styrning på de fyra olika områden som studien gällt samt effekterna av denna styrning

Punkt på agendan	Styrningsintensitet	Påverkan på verksamheten	Styrningens genomslagskraft
Utformning och implementering av regionens nya organisation och styrsystem	Svag	Begränsade effekter på innehållet i överenskommelserna och sättet att bedriva beställningsarbetet	Låg
Styrning av kostnadsnivån och kostnadsutvecklingen	Stark	Starkt kostnadsmedvetande och kostnaderna inom budget	Hög
Åtgärder för att implementera ny hälso- och sjukvårdsstrategi	Svag	Endast marginella effekter	Låg
Åtgärder för att styra och följa utvecklingen av väntetider i vården	Efter hand stark	Väntetiderna i sjukhusvården reducerade, dock inte till norm Väntetiderna i primärvården oförändrat längre än norm	Måttlig (låg i primärvården)

ringar och effektiviseringar och två att frågan om att hålla garantierna blir fortsatt viktiga. Av elva representanter för hälso- och sjukvårdsnämnderna svarade fyra att strukturfrågorna blir fortsatt viktiga. Ingen annan fråga nämndes av fler än två av respondenterna. Nära hälften av respondenterna angav alltså strukturfrågan som fortsatt viktig för den tredje mandatperioden och majoriteten från regionledningen bedömde rationaliseringar och effektiviseringar som viktiga för att möta kostnadsutvecklingen. Dessa två dominerande strategiska frågor sammanfaller naturligtvis, för vissa respondenter kanske helt och för andra delvis.

Däremot gav svaren intrycket av att regionledningen vid utgången av 2005 bedömde att väntetiderna nu var förkortade till rimlig nivå, ett förhållande som alltså motsägs när regionens egna rapporter jämförs med de uppställda garantierna.

Kapitel 7

Centraliserad decentralisering

Styrning i Borås Stad 2003–2006

Utgångsläge

Sexpartikoalition

I Borås hade en borgerlig koalition under moderaterna ledningen sedan 1999. Under mandatperioden 2003–2006 bildades majoriteten av sex partier. Förutom moderaterna deltog folkpartiet, kristdemokraterna, centerpartiet, miljöpartiet och ett lokalt parti. Oppositionen utgjordes av socialdemokraterna och vänsterpartiet.

Stark kommunstyrelse och tio kommunalnämnder

Stadens organisation utformades redan i slutet av åttiotalet. Då ersattes starka centrala verksamhetsnämnder med småningom elva kommunalnämnder. Ett av syftena var enligt en respondent ”utan tvekan att stärka kommunstyrelsen” i förhållande till den dåvarande socialnämnden, som ansågs vara för stark. En ytterligare fördel med organisationen anses vara att kommunalnämnderna kan jämföras med varandra. Kommunstyrelsen beskrivs nu också som kommunens regering på hemsidan.⁴²⁰ Borås är alltså uppdelat i numera tio kommunaldelar⁴²¹ med var sin kommunalnämnd, som inom sina respektive områden ansvarar för frågor rörande fritid, kultur, grundskola, barnomsorg, äldre- och handikappomsorg samt fram till 2005 för individ- och familjeomsorg. Därutöver finns också närmare tio nämnder med ansvar för hela kommunens verksamhet inom sina respektive områden, bland andra gatunämnden och utbildningsnämnden. Fr.o.m. 1 januari 2005 inrättades också (ånyo!) en särskild socialnämnd som från kommunalnämnderna tog över ansvaret för individ- och familjeomsorg, handikappomsorg och socialpsykiatri. Kommunalnämnderna skall också bevaka kommunalens särskilda frågor

⁴²⁰ Borås kommuns hemsida/kommunens organisation

⁴²¹ Sedan den tidigare kommunaldelen Bollebygd blivit egen kommun

och ge remisser gällande andra kommunala verksamheter såvitt de berör kommundelen. En av kommunalnämnderna, Centrum, svarar både för kommunalverksamhet och för viss kommungemensam service, bl.a. vikariatservice.⁴²²

Inom kommunstyrelsen finns tre kommunalråd, som är ansvariga för var sitt programområde, inom vilket de också är föredragande i kommunstyrelsen. Denna ordning avviker från den i kommuner gängse med chefstjänstemän som föredragande. Skälen till denna ordning är att understryka principen att det är politikerna (och inte chefstjänstemännen) som är ansvariga för den kommunala verksamheten samt att kommunalråden tvingas vara kunniga och pålästa. Ansvaret tydliggörs också i fullmäktige. Utöver kommunalråden finns två oppositionsråd. Ett av kommunalråden och ett av oppositionsråden ansvarar för kommunalnämndernas verksamhetsområden.

Tjänstemannaorganisationen leds av en kommunchef och närmast under denne av kommunaldelscheferna och övriga förvaltningschefer. Kommunaldelscheferna anställs och entledigas av kommunstyrelsen. I princip finns en kommunaldelschef för varje kommunal, men under 2005 fick tre kommunaldelschefer ansvar för vardera två kommunalar. Under kommunstyrelsen finns centrala verksamhetssamordnare som följer kommunalarnas verksamhet, medverkar i samordning och utveckling samt biträder kommunalråden med beredningen av ärenden till kommunstyrelsen och med uppföljning av kommunstyrelsens beslut.

I kommunalnämnderna är kommunaldelschefen förvaltningschef och under denne finns verksamhetschefer för de olika verksamhetsgrenarna, bland annat äldreomsorg och individ- och familjeomsorg. Kommunaldelschefen är underställd kommunchefen men ställs till kommunalnämndens förfogande.

Kommunalnämnderna tilldelas en total budgetram från fullmäktige och disponerar i princip budgeten enligt egen bedömning, men de skall nå upp till fastställda kvalitativa miniminivåer inom varje område.

Ett gott ekonomiskt utgångsläge, men oroande kostnadsökningar i verksamheten

Borås har haft en god ekonomisk utveckling under den närmast föregående tioårsperioden jämfört med andra svenska kommuner. De ekono-

⁴²² Budget för 2003, s. 71

miska resultaten under åren 1993–1997 varierade mellan +30 och –30 Mkr utom år 1994, då underskottet uppgick till –129 Mkr. Under åren 1997–2002 var de årliga resultaten ungefär + 100 Mkr med undantag för 2002, då resultatet var + 39 Mkr.⁴²³ Den årliga nettokostnadsutvecklingen för perioden 1994–1997 varierade mellan en minskning 1995 på 9,2 % och en ökning 1996 på 14 %. Ökningen under åren 1997–2003 varierade mellan 2,4 % och 9,4 %.⁴²⁴ Nettokostnadsökningarna har varit begränsade, men många nämnder har redovisat stora negativa avvikelser, i första hand kommundelsnämnderna. Överskotten förklaras av högre skatteintäkter än förväntat och realisationsvinster på försäljning av industrimark.⁴²⁵

Den ekonomiska utvecklingen i stadens olika kommundelar har varit varierande. Centrum, som ingår i denna studie, redovisade under perioden 2000–2002 positiva resultat på 12, 19 respektive 20 Mkr och en nettokostnadsökning för 2001 på 1,2 % och för 2002 på 2,8 % medan den andra av studiens kommundelar, Norrby, redovisade resultat om +3,2 %, –2,7 % resp. +2,4 Mkr och nettokostnadsökning för 2001 om 7,3 % och för 2002 om 1,9 %.⁴²⁶

Mandatperiodens agenda

Agendan enligt intervjuer

Vid alla elva intervjuer diskuterades med olika infallsvinklar vilka frågor som var de viktigaste för Borås och vilka frågor som drevs med särskild kraft. Praktiskt taget samtliga respondenter framhöll i båda etappernas intervjuer kravet på ekonomi i balans respektive att bedriva uppdraget eller verksamheten inom ramen för den fastställda budgeten. I övrigt svarade

423 Det resultatmätt som refererats är resultat före extraordinära kostnader. Uppgifterna är hämtade från Borås Stad, Årsredovisning 2002, s. 2

424 Ökningen för 1993 var 36,8%, delvis beroende på att kommunen då övertog verksamhet från landstingen enligt den s.k. ÅDEL-reformen. Också andra år kan förändringar i verksamhetens omfattning ha skett, varför kostnadsutvecklingen skall ses som en mycket förenklad övergripande beskrivning utan någon vägledning för att bedöma utvecklingen av kostnadseffektiviteten. Också nu refererade uppgifter är hämtade från Borås Stad, Årsredovisning 2002, s. 2

425 Hela stycket är mer eller mindre citat från Budget för 2003, s. 10

426 Uppgifterna är hämtade från Årsredovisning 2002, s. 55 resp. 57. I vad mån kostnadsutvecklingen något år i någon av kommundelarna påverkats av förändrad verksamhet anges inte i texten, men kan ändå inte uteslutas. Också beträffande kommundelarna bör alltså uppgifterna om kostnadsutvecklingen betraktas som en förenklad och övergripande beskrivning. Några slutsatser beträffande kostnadseffektivitetens utveckling kan inte dras.

tre respondenter i den första etappens intervjuer att reduktion av antalet boenden i äldreomsorgen var en viktig fråga och två svarade ”äldreomsorgen” utan närmare precisering medan två svarade ”puckeln i gymnasieskolan”, också utan närmare precisering. I den andra etappens intervjuer återkom några av respondenterna till utvecklingen inom äldreboendena och några nämnde samordning av kommundelsnämnderna och prov med alternativa driftformer och konkurrensutsättning. Slutligen nämndes frågan om medborgarkontrakt av enstaka respondenter.

Budgetar och årsredovisningar

I budgeten för 2003 noteras att Borås under flera år kunnat redovisa positiva avvikelser tack vare extra goda förutsättningar men inte på grund av att verksamheten har hållit sina kostnadsramar. Särskilt flera av kommundelsnämnderna har i stället överskridit sina anslag och i budgeten klargörs att ”[d]enna negativa utveckling måste brytas.”⁴²⁷

Kommunstyrelsen noterar att prognosen för 2002 visar ett sämre resultat än budget och än tidigare beroende på att ”nämnderna konsumerar mer än de resurser de tilldelats.” Något senare sägs att ”[d]e relativt stora budgetavvikelsena under 2002 visar på svårigheter i att finna en balans mellan tilldelade resurser och faktiskt bedriven verksamhet” och att ”nuvarande verksamhet på många håll måste anpassas. Tilldelade verksamhetsanslag täcker inte ökningar av personalkostnaden samt inflation i en oförändrad omfattning.”⁴²⁸

Bland åtgärder anvisas en utveckling av alternativa driftformer, ökad konkurrensutsättning eller bättre intern samordning. Generellt föreskrivs ett samarbete och en samordning, särskilt inom vissa delar, t.ex. IFO och SÄBO⁴²⁹, där organisationen skall prövas med prioritet.⁴³⁰

I budgeten kommenteras beträffande äldreomsorgen framför allt följande frågor – utöver omfattande texter som beskriver äldreomsorgens mål och innehåll i allmänna ordalag. 1) En äldreomsorgsplan har antagits i augusti 2002 som avses tydliggöra det synsätt och de mål som skall vara styrande. 2) Kommunstyrelsen avser också att studera om förutsättningar

427 Budget för 2003, s. 10

428 Budget för 2003, s. 3–4

429 Med IFO avses individ- och familjeomsorg och med SÄBO avses särskilt boende, vilket i sin tur refererar till institutioner för permanent boende äldre och handikappade, vilka inte kan bo i egen bostad utan kräver kontinuerligt stöd under dygnet

430 Budget för 2003, s. 4

finns att i någon kommundel öka samverkan med regionens vårdcentral. 3) Utgångspunkten under senare år är att äldre skall ha möjlighet att bo kvar hemma. Detta kräver ökad hemtjänst men ger också överkapacitet i de särskilda boendena, vilka därför kan reduceras. Kommunstyrelsen uttalar vidare att äldreomsorgsplanen skall kompletteras med en lokalplan för de särskilda boendena och föreslår fullmäktige att i ett särskilt ärende ta ställning till att Hestra sjukhem och Solhemsklint avvecklas som äldreboenden.⁴³¹

I årsredovisningen för 2002 upprepas budskapet från budgeten om vikten av att hålla kostnaderna nere och anpassa utgifterna till budgeterade nivåer.

Kommundelarnas nettokostnader har sedan 1999 ökat med i genomsnitt 5,3 % per år. Då skatteintäktsutvecklingen under 2002 och framöver inte beräknas hålla denna takt står vi inför ett behov av anpassning. Det är viktigt att de ekonomiska målen kan hållas och att Borås fortsätter att sätta ”god ekonomisk hushållning” överst på dagordningen. Som ett led i detta arbete förstärks för närvarande ekonomistyrningen och de instrument för bl.a. uppföljning som behövs i kommunal verksamhet och i kommunala bolag.⁴³²

I kommentarer till äldreomsorgsverksamheten framhålls att äldre personer i allt högre grad bor kvar hemma och att behovet av särskilda boenden därför har minskat. Trots att vissa neddragningar har skett, har kommunen ändå överkapacitet i de särskilda boendena.

Beslut i fullmäktige utöver budgeten

Utöver beslut om budget och om årsredovisningar har fullmäktige beslutat endast i tre kategorier av frågor gällande äldreomsorgen, nämligen beslut om lokalplan för särskilda boendeformer för äldre, om redovisning av uppföljning av äldreomsorgsplanen samt om alternativa driftformer och konkurrensutsättning. Alla dessa frågor kommenteras också i budgetar och årsredovisningar under mandatperioden.⁴³³ Dessutom kommenterar kommunstyrelsens ordförande medborgarkontrakten i sitt förord till årsredovisningen för 2004.

431 Budget för 2003, s. 75–76

432 Årsredovisning för 2002, 16

433 Se Budget för 2004, s. 5, och Budget för 2005, s. 79–80, Årsredovisning för 2003, s. 7 och 8, och Årsredovisning för 2004, s. 8

Fullmäktige antog en strategisk plan för Borås Stad med en Handlingsplan 2004⁴³⁴. Dessa båda planer utgör oprioriterade och omfattande förteckningar över önskemål och åtgärder som inte kan utgöra agenda till ledning för prioritering. Åtgärderna är, om än viktiga, alldeles för många för att samtliga skall kunna drivas kraftfullt. Inte heller har någon respondent hänvisat till dessa planer i svaren på öppna frågor om vilka uppgifter som är de viktigaste för Borås under den aktuella mandatperioden. På explicit fråga vid intervjun meddelade i stället ett av kommunalråden att det uppstått tveksamhet i kommunstyrelsen om den strategiska planens funktion och att någon sådan plan därför inte föreslagits för 2005 i avvaktn på fortsatta diskussioner.

Sammanfattning – mandatperiodens agenda

Såväl intervjuerna som texterna i budgetar och årsredovisningar visar entydigt att den viktigaste frågan för fullmäktige och kommunstyrelsen är att budgeterade kostnadsramar hålls. Huvudstrategin för detta har varit strikt kostnadsstyrning. Budskapet är att det ekonomiska målet är överordnat andra verksamhetsmål och intrycket är att denna fråga dominerar över alla andra frågor i kommunen.

Budgetarna anger verksamheternas omfattning i kronor och några tydliga mål för verksamhetens inriktning ges inte. Däremot har fullmäktige i varje budget efterlyst ett samlat måldokument för kommunalnämndernas hela verksamhet. För äldrevården har fastställts en äldreomsorgsplan innehållande dels vissa mål för kvaliteten, utveckling av dessa mål och uppföljning av äldreomsorgens kvalitativa resultat, dels en ändrad tonvikt på olika boendeformer för äldre och en lokalplan för de särskilda boendena, som är anpassad till äldreomsorgsplanens förändringar. Också omstrukturering av boenden för äldre har framhållits vid flera intervjuer.

Två strategier för kostnadsreducering som framhålls i varje budget och som berörts också i flera intervjuer är att pröva nya driftformer och konkurrensutsättning samt att öka samverkan mellan kommundelarna.

Sedan årsredovisningen för 2003 har också medborgarkontrakt framförts som en viktig fråga, en fråga som i intervjuerna dock framhållits blott av ett fåtal respondenter. Bland dem är båda kommunalråden.

434 Strategisk plan för Borås Stad, antagen av kommunfullmäktige 18 april 2002 och Handlingsplan 2004, Strategisk plan för Borås Stad (odaterad)

En agenda för mandatperioden i form av en fastställd kortfattad och prioriterad förteckning över de viktigaste frågorna för mandatperioden har inte presenterats eller beslutats i fullmäktige. Av texterna i budgetar och årsredovisningar samt av genomförda intervjuer framstår följande frågor som de viktiga:

- Att hålla budgeterade kostnader
- Omstrukturering av boendeformer i äldreomsorgen
- Prov med alternativa driftformer och konkurrensutsättning
- Ökad samverkan mellan kommundelarna
- Utveckling och implementering av medborgarkontrakt
- Att förverkliga mål och riktlinjer enligt äldreomsorgsplanen

Det framstår som helt klart att den första punkten är den viktigaste, men i övrigt ger inte texterna eller intervjuerna någon tydlig ledning för prioritering mellan punkterna.

Styrning från fullmäktige till verksamhet

Styrprinciper och styrmodell

Vid alla intervjuer har det slagits fast att budgeten är det viktigaste styrmedlet genom hela organisationen – från fullmäktige till kommunstyrelse och kommundelsnämnder och från nämnderna till verksamheterna. Det råder också överensstämmelse mellan de intervjuades uppfattningar och den redan relaterade principen att de ekonomiska målen är överordnade verksamheten.

Budgeten för kommundelsnämnderna utarbetas enligt följande modell:

1. Kommunstyrelsen utarbetar en kommunövergripande budget för varje verksamhetsområde på grundval av uppgifter från kommundelsförvaltningarna om utvecklingen av ekonomin, efterfrågan och problem.
2. Dessa uppgifter diskuteras med respektive nämnds presidium.
3. Budgetarna för varje verksamhetsområde summeras totalt för hela kommunen och totalen fördelas till kommundelarna efter en fördel-

ningsnyckel, som beaktar befolkningens storlek och sammansättning och den sociala strukturen i respektive kommundel⁴³⁵.

4. Till varje kommunalnämnd budgeteras därutöver mindre belopp av särskilda skäl. Summan av beloppen enligt p 3 och 4 betecknas kommunbidrag. Kommunbidragen utgör anslag till kommunalnämnderna.
5. Kommunalnämnderna upprättar därefter planer och budgetar för sina verksamheter och är därvid fria att avvika från den fördelning mellan verksamhetsområden som legat till grund för kommunstyrelsens beräkning av totalsumman för kommundelarnas verksamheter. I praktiken följer kommunalnämnderna dock med endast mindre avvikelser den fördelning som stadens budget bygger på, vilket upp-givits bero bland annat på att fastställda miniminivåer för verksamheter starkt begränsar möjligheterna till annan fördelning.⁴³⁶

När boksluten sedan föreligger, sker förhandlingar mellan kommunalnämnderna och kommunstyrelsen om poster som kommunalnämnderna inte skall anses behöva belastas. Efter att korrigeringar gjorts med anledning därav, fastställs årets överskott eller underskott, vilket nämnden får som ingående överskott eller underskott kommande år.

Kommunstyrelsen noterar i budgetarna för 2003, 2004 och 2005 att "[e]n budget är i kommunala sammanhang inte bara ekonomi utan också ett handlingsprogram. Olika kommunala verksamheters omfattning, mål och inriktning redovisas för nästkommande år". Vidare framhålls en klar ambition att ge ekonomistyrning i arbetet på alla nivåer en klar prioritet under kommande år.⁴³⁷ I budget för 2005 har "under kommande år" ersatts med "en fortsatt klar prioritet".

Kommunalnämnderna har ansvar för att tilldelat kommunbidrag inte överskrids, men ansvaret gäller över flera år. Detta innebär i princip att underskott skall arbetas in under kommande år medan överskott får användas under kommande år. Ianspråktagande av överskott skall emellertid godkännas av kommunstyrelsen och ett pressat budgetläge för 2003 ledde till att kommunstyrelsen inte godkände ianspråktagande av överskott från tidigare år för de nämnder som redovisade sådana.⁴³⁸ Denna

435 Årsredovisning för 2002, s. 51

436 Budget för 2003, s. 77 och intervjuer

437 Budget för 2003, s. 3, Budget för 2004, s. 3 och Budget för 2005, s. 3

438 Kommunstyrelsens protokoll 2003-03-24, § 227

restriktivitet tillämpades också under 2004 och 2005 och endast i ett fåtal fall gällande marginella belopp beviljade kommunstyrelsen nämnderna att ta överskott i anspråk. Dessa fall gällde kommunalnämnderna i Fristad och Centrum. Fristad med ett ackumulerat överskott 2002 på 7 Mkr fick 2003 tillåtelse att använda 1,1 Mkr och 2004 att använda 0,5 Mkr. Centrum med ett ackumulerat överskott på 42 Mkr fick 2003 tillåtelse att använda 3,5 Mkr.⁴³⁹

Varje kommunalnämnd bör upprätta och ajourhålla ett samlat måldokument för nämndens hela verksamhet samt ange ansvarsfördelning för att nå de olika målen och ange hur systematiserad uppföljning och utvärdering skall genomföras. Tidplan för uppföljning och utvärdering skall anges och till vem redovisning skall göras.⁴⁴⁰ Denna formulering utprepar i budgetar för 2004 och 2005.⁴⁴¹

Kommunstyrelsens styrning

I undersökningen har framkommit tre viktiga styrmedel för kommunstyrelsen: tät ekonomisk uppföljning och PLUPP-samtal, styrning genom kommunaldelcheferna och intervention i kommunalnämndernas beslut.

Begreppet PLUPP-samtal står för PLanerings- och UPPföljningssamtal. Dessa samtal framhålls i flera intervjuer som det kraftfullaste styrmedlet. Samtalen äger rum två gånger per år och förs mellan kommunalråden och nämndernas presidier med kommunledningens och nämndens ledande tjänstemän närvarande. Samtalen gäller nämndens utveckling och baseras på snabba och täta periodbokslut med prognoser, vilka kontinuerligt analyseras av kommunledningens controllers. Intervjuerna ger samstämmigt vid handen att samtalen i första hand inriktas på kostnader och volymer medan kvalitetsfrågor diskuteras i mer allmänna ordalag. Det framhålls också att kraven på bokslut och prognoser under mandatperioden efter hand har skärpts och förfinats. En av respondenterna konstaterade att

[PLUPP-samtalen] inriktas mest på kostnaden och till viss del på verksamhetens omfattning. Det förekommer knappast någon uppföljning av kvalitet – bortsett från klagomålshanteringen

439 Enligt sammandrag av kommunstyrelsens protokoll på www.boras.se/kommunledning/kommunstyrelsen/beslut

440 Budget för 2003, s. 71

441 Budget för 2004, s. 75 och Budget för 2005, s. 75

och en annan uttryckte liknande uppfattning sålunda

Kvaliteten följs dåligt, mycket begränsat. De uppställda målen finns i praktiken endast för deras egen skull. Inte heller förekommer någon uppföljning av äldreomsorgsplänen.

Flera intervjuuttalanden visar att kommunstyrelsens arbetsutskott styr kommunaldelscheferna kraftfullt genom kommunkansliet. Därigenom styrs de facto också kommunalnämnderna. Styrningen baseras på att skapa incitament för kommunaldelscheferna att styra kostnaderna. En första förutsättning är att kommunstyrelsen utser kommunaldelscheferna och också avlägsnar dem från sina uppdrag. Kommunchefen är kommunaldelschefernas chef. En respondent pekade på att det förekommit att kommunaldelschefer har flyttats. I samma riktning pekar det förhållandet att kommunstyrelsen givit tre kommunaldelschefer uppdraget att vara kommunaldelschefer i vardera två kommunaldelar.

Kommundelschefen är lojal också mot nämnden, men måste han välja så är det KS' direktiv som gäller. Ibland klargör han [för oss politiker i kommunalnämnden] vad som har sagts från stadskansliet eller kommunstyrelsen.

Nämnderna får fatta vilka tokiga beslut som helst, jag skall ändå hålla budgeten. Förvaltningschefen är kommunstyrelsens förlängda arm för och mot nämnden. (Verksamhetschef i kommunalnämnd)

Ett tredje styrmedel för kommunstyrelsen är att överpröva kommunalnämndernas beslut i ekonomiska frågor. Tre exempel har framkommit under studien. 2003 infördes ett inköps- och anställningsstopp och samtidigt beslöt kommunstyrelsen att utnyttja sin rätt att mycket restriktivt pröva nämndernas hemställningar om att få ianspråkta överskott som intjänats tidigare år. Det är vidare kommunstyrelsen som i samband med genomgångar av boksluten i varje enskilt fall avgör vilka kostnader som en nämnd inte skall anses behöva belastas.

Kommunalnämnderna i styrningen

Det viktigaste styrmedlet från kommunstyrelsen som registreras av kommunalnämnderna är ekonomisk uppföljning, och budskapet är tydligt att budgeten skall hållas. Kommunalnämnderna uppfattar i sin tur som sitt viktigaste beslut att fastställa kommunalens budget. I huvudsak innebär detta att nämnden får ett väl genomarbetat tjänstemannaförslag inom den ekonomiska ram kommunbidraget uppställt, ett förslag som

utarbetats under kommunaldschefens ledning under processens gång med information till och diskussion med presidiet. Nämnden informeras om vilka förändringar som budgeten innebär och därefter fastställs budgeten. Endast i undantagsfall intar nämnden någon avvikande ståndpunkt. Tvärt om menar två respondenter att kommunaldspolitikernas möjligheter till inflytande över budgeten är begränsade. Det enda exempel som framkommit på att en kommunaldsnämnd drivit en egen uppfattning gäller ett i Norrby avvisat förslag att reducera antalet nattpatruller i hemtjänsten. I ett annat fall har återgivits att kommunaldsnämnden givit stöd till ett tjänstemannaförslag om intraprenad i diskussionen med kommunstyrelsen och kommunledningskansliet (kommunaldsnämnden Centrum).

I stort sett gav alla respondenter uttryck för att kommunaldscheferna styrs i första hand av budget- och PLUPP-processerna och även i övrigt av direktiv från stadskansliet. Kommunaldsnämnderna omtalas inte som oviktiga för ledningen av kommunalden, men de framstår inte heller som tongivande.

Kommunaldsnämndens egen uppföljning av verksamheten är framför allt begränsad till ekonomisk uppföljning. Alla intervjuade framhöll att ”det är ekonomin som är den viktigaste styrningen”. Periodbokslut och prognoser föredras också kontinuerligt i kommunaldsnämnden. Den systematiska rapportering i övrigt till nämnden som respondenterna fäste vikt vid gällde dels antal utförda prestationer, dels avvikelserapporter från ansvarig sjuksköterska om medicinskt eller vårdmässigt allvarliga misstag i verksamheten. I övrigt får nämnden under verksamhetsåret en mer allmän uppfattning om vilken verksamhet som bedrivs och hur, en uppfattning som kontinuerligt kompletteras genom muntliga och skriftliga rapporter.

När det gäller verksamhetens kvalitet och bedrivande uppgav respondenterna att kommunaldspolitikerna intresserar sig i första hand för de ovan nämnda avvikelserapporterna från ansvarig sjuksköterska. Övriga föredragningar och rapporter ger ibland anledning till frågor till verksamhetschefen, någon gång anledning till uppdrag att ta reda på hur någonting förhåller sig mer specifikt. Med denna allmänna bakgrund tar nämnden sedan ställning till tjänstemännens förslag i olika frågor, framför allt budgeten.

Utöver avvikelserapporter från medicinskt ansvarig sjuksköterska hade kommunaldsnämnderna under mandatperioden fått tre rapporter gällande kvalitetsuppföljning, uppföljning av äldreomsorgsplanen, en brukarundersökning avseende hemtjänsten och en granskningsrapport

från revisorerna. Dessa uppföljningar hade inte givit upphov till några styråtgärder från de studerade kommunalnämnderna. Intervjuerna gav samstämmigt intrycket att kommunalnämnderna endast tar emot föredragningar av materialet och låter sig nöja därmed trots att rapporterna har uppmärksammat kvalitetsbrister och brister i uppföljning. I flera fall visade respondenterna mindre kunskap om dessa uppföljningar än om andra frågor som ställdes i intervjuerna. En politiker sade att ”man hoppas att verksamheten tar tag i det”. Denna otillräckliga kunskap kan tolkas som att frågorna inte betraktats som väsentliga – eller att nämndledamöterna anser att det inte finns någon möjlighet att bedöma kvalitetsutvecklingen, en uppfattning som flera politiker uttryckt.

Det är tänkt att nämnderna skall styra genom inriktningsmål och effektmål, men i ingen av kommunalnämnderna Centrum och Norrby hade några sådana mål fastställts (trots att det står i budgeten för Centrum både för 2004 och 2005 att sådana mål skall tas fram). Men, som en av kommunalnämndernas politiker uttryckte saken:

Det är väl så att man som förtroendeman koncentrerar sig mest på siffrorna i budgeten

Enstaka mål fanns, men i den mån mål fanns, så fanns de för formens skull. Endast någon enstaka respondent hänvisade till några mål och ingen berättade om hur eller ens att något mål hade betydelse för styrning.

Inte heller förekom direktiv eller riktlinjer i övrigt från kommunalnämnderna. Deras styrning av verksamheten var alltså begränsad och bortsett från beslut om organisation och form för driften (entreprenad, intraprenad, traditionell egen regi) tyder ingenting på att kommunalnämnderna vidtagit andra åtgärder än att ta emot föredragningar av cheftjänstemän, fastställa deras förslag och göra vissa studiebesök.

Ett konkret exempel gäller nyttjandegraden i hemtjänsten i en av kommunalerna, mätt såsom den andel av totalt arbetad tid som hemtjänstbiträdena är hos vårdtagaren. Nyttjandegraden styrs genom (en mycket optimistisk) budget med en nyttjandegrad som kommunalschefen, verksamhetssamordnaren och presidiet inte trodde på men som de betraktade ”som ett möjligt mål på sikt”. Målet hade satts av tjänstemännen och åtgärderna drevs av tjänstemännen. Styrningen av den dagliga verksamheten skedde genom att verksamhetssamordnaren kontinuerligt försökte finna nya vägar för verksamheten. Kommunalnämnden styrde inte, men den hölls informerad.

Ett citat från en centralt placerad ledande tjänsteman kan sammanfatta både graden av kommunalnämndernas inflytande och förklaringen till att inflytandet är begränsat

Kommunalnämndernas inflytande är svagt, och kommunstyrelsens arbetsutskott styr kraftfullt mot kommunalcheferna, dels genom kommunkansliet, dels genom enheten för verksamhetsstyrning [Denna enhet är en central tjänstemannaenhet i stadskansliet]

Förekommer målstyrning?

Som framgått ovan hade kommunalnämnderna i uppdrag att fastställa och följa upp mål för verksamheten, men i vart fall de två studerade nämnderna hade inte fastställt några sådana mål för äldreomsorgen. I någon mån fanns sådana mål uttryckta och i någon mån implicita i äldreomsorgsplanen och i uppföljningar av kvalitet, men dessa mål styrde inte. De var inte kända av de ledande tjänstemännen och de följdes inte systematiskt på de politiska nivåerna. Inte heller hänvisade någon av tjänstemännen till målen när de beskrev hur de leder den dagliga verksamheten.

Däremot har respondenter bland verksamhetsansvariga och enhetsansvariga sagt att resultaten av kvalitetsmätningar utgör underlag för diskussioner på arbetsplatsen. Man försöker då konkretisera målen och enas om vissa standarder på en praktisk nivå (t.ex. att knacka på dörren innan man går in till en boende på ett särskilt boende och att hemtjänstpersonalen ringer och talar om om man blir försenad) och åtgärder vid den egna enheten.

Anteckningar från en av intervjuerna med en enhetschef får avslutningsvis illustrera denna punkt:

Fråga: Vilken styrning förekommer från den politiska nivån?

Uppdraget är pengarna. Äldreomsorgsplan, riktlinjer och ramar är styrning från politiken. Ibland kan man som tjänsteman tycka att politikerna inte förstår ramarna.

Fråga: Vilka är målen för verksamheten?

Att hålla ramarna och mål enligt äldreomsorgsplanen.

Fråga: Men, hur formuleras målen i äldreomsorgsplanen och hur vet Du att enheten lever upp till dem?

Det är svårt att följa upp. Målen är luddiga. De boende skall ha en skälig levnadsnivå. Men, vad är en skälig levnadsnivå? Hur ofta skall det städas?

Den enda rimliga slutsatsen är att respondenten menar att den politiska nivån styr endast kostnaderna.

Hur styrs utformning och verksamhetsinnehåll i den dagliga verksamheten?

I den dagliga verksamheten är tillgängliga resurser givna genom fullmäktiges beslut om vilken kapacitet som skall finnas av olika slags särskilda boenden. Biståndsbedömarna beviljar insatser enligt riktlinjer som i huvudsak baseras på socialtjänstlagen men i praktiken troligen också med utgångspunkt från hur många platser som finns tillgängliga.

För den verksamhetsansvariga är alltså i praktiken antalet vårdtagare fastställt, vilka individer som skall tas om hand är bestämt och därmed också de konkreta kraven på insatser. Vidare är bemanningen fastställd. Det gäller därmed för enhetschef och medarbetare att bedriva verksamhet till en given volym med givna vårdtagare, med tillgänglig personal och inom ramen för budget i övrigt. *Hur* verksamheten sedan bedrivs och med *vilken kvalitet* är i första hand en fråga om de traditioner och den ambition som råder bland omsorgspersonalen. I utgångsläget finns en verksamhet och den bedrivs som den bedrivits tidigare. Det råder starka traditioner och medarbetarna ser de etablerade arbetsätten och förhållningsätten som naturliga.

Förändringar kan åstadkommas genom ledarnas påverkan i och genom samtal. Traditioner och ambitioner påverkas diskussionsmässigt av verksamhetschef och enhetschef och dessa diskussioner initieras av vad som händer i den dagliga verksamheten, vilka vårdtagare man har och deras anhöriga men också mer seminariemässigt av omsorgsplan och kvalitetsmätningar.

Dagliga prioriteringsproblem löser man lokalt och med stor respekt för kostnaderna.

[För prioriteringar i den dagliga verksamheten finns inga riktlinjer.] I stället diskuteras sådana här frågor alltid och vi kommer fram till en gemensam uppfattning [mellan verksamhetschef, enhetschef och medarbetare].

Man får finna nya lösningar och gå nya vägar [om resurserna inte räcker till]. Personalens lojalitet är stor och man är mer följsam inom äldreården...

I de processer som sålunda styr den dagliga verksamheten är politikerna inte delaktiga annat än undantagsvis under något studiebesök och – mer avlägset och teoretiskt – som ”de som formulerat eller i varje fall godkänt

målen.” Men några mätbara mål styr man inte efter, eftersom de inte är tillräckligt konkreta och därför inte kan följas upp.

Agendan som styrmedel

Vid samtliga intervjuer med politiker, kommunaldelschefer och verksamhetschefer har den öppna frågan ställts vilka som varit de viktigaste frågorna för Borås respektive för den kommunalnämnd som vederbörande var verksam i. När svaren jämförs med varandra kan det konstateras att det rätt samsyn endast på en punkt, nämligen beträffande vikten av att hålla budgeterade kostnader. I övrigt visade det sig att presidierna och deras ledande tjänstemän hade olika uppfattningar om vilka de viktiga frågorna var.

Kostnadsstyrning

Intervjuerna gav samstämmig vittnesbörd om att kostnadskontrollen tas på stort allvar i kanslier och i verksamhet. Den uttalade principen om att ekonomin är överordnad verksamheten är känd och genomsyrar varje beslut.

Det som präglat kommunstyrelsens roll har varit ekonomisk styrning. Den har haft mycket stor genomslagskraft och principen att ekonomin är överordnad verksamheten har kommunicerats mycket tydligt...Det har varit mycket tydligt i tjänstemannaleden. (Kommundelschef)

Vi styrs rätt tufft av kommunstyrelsen: Det är snabbprognoser varje månad och PLUUPP-samtal med svar på ekonomiska analyser. Kommunstyrelsen har snott upp oss bra med olika styrningskontroller. Det är ju till och med så att [en] kommunaldelschef fick sluta. (Kommundelspolitiker)

Vi är väldigt hårt uppstyrd. Vi får en påse pengar och för den skall vi skapa verksamhet. Vi har haft ett stort överskott och får inte använda detta (Kommundelspolitiker)

De tre återgivna citaten stöds av flera ytterligare och motsägs av ingen. Som framgått ovan styr kommunstyrelsen nämndernas ekonomi i detalj. Mer grundläggande beslut gäller redovisning av delårsbokslut och prognoser samt beslut om internpriser. Kommunstyrelsen tar vidare emot delårsbokslut och prognoser. Kommunstyrelsen beslutar också om kommunalnämndernas budgetar och - som redan tidigare har redovisats – om nämndernas ansökningar att ta tidigare intjänade överskott i anspråk.

Kommunstyrelsen beslöt i ett stort antal ekonomiska frågor gällande kommundelsverksamheten. Bland annat begärdes att kommunalnämnden i Brämhult och lokalförsörjningsnämnden skulle analysera sin bristande prognosförmåga 2002 och redovisa om man planerade några förändringar i sin uppföljning för 2003 samt underkändes en nämndbudget från Viskafors 2003. Vidare infördes inköps- och anställningsstopp i september 2003 då sommarens prognos beräknade budgetutfallet till 48 Mkr sämre än planerat. Visserligen var kommundelarna undantagna från anställningsstoppen utom gällande administrativ personal samt personal inom verksamheten för individ- och familjeomsorg, men kommunstyrelsen uppmanade samtidigt till stor försiktighet med timvikariat i alla verksamheter. Anställningsstoppen gällde också 2004 och förlängdes till att gälla året ut.⁴⁴²

Ekonomisk utveckling under mandatperioden

Den ekonomiska utvecklingen för hela kommunen framgår av nedanstående tabell.

Tabell 7.1 Ekonomisk utveckling i Borås för mandatperioden 2003–2006. Källa: Borås Stads årsredovisningar för 2003, 2004 och 2005.

	2002	2003	2004	2005	Ökn. 2003	Ökn. 2004	Ökn. 2005
Överskott respektive underskott		90	114	140			
Verksamhetens nettokostnader	3 332	3 389	3 462	3 632	1,7 %	2,2 %	4,1 %

Av tabellen kan konstateras att kommunen hållit sina kostnadsramar med marginal och att nettokostnaderna ökat i begränsad omfattning under 2003 och 2004 men mer under 2005.

Ekonomisk utveckling under mandatperioden i de studerade kommundelarna framgår av följande tabeller⁴⁴³

⁴⁴² Kommunstyrelsens protokoll 2002–2004

⁴⁴³ Uppgifterna för 2002, 2003 och 2004 är hämtade från Borås Stads årsredovisningar för respektive år. Uppgifterna för 2005 är hämtade från Budget 2005. Uppgifterna för 2005 är inte jämförbara med uppgifterna för 2002 och 2003, då kommunalnämndernas uppdrag reducerades för 2005.

Tabell 7.2 *Ekonomisk utveckling i studerade kommundelar för mandatperioden 2003–2006. Källa: Borås Stads årsredovisningar för 2003, 2004 och 2005. Förändring för 2005 har inte beräknats då data inte är jämförbara över åren på grund av att en gemensam socialnämnd tog över en stor del av verksamheten och dess kostnader för 2005.*

	2002	2003	2004	2005	Ökning 2003	Ökning 2004
<i>Kommundelen Centrum</i>						
Överskott resp. underskott		3,1	5,8	3,9		
Verksamhetens netto- kostnader. Se not 444	314	331	332	303	5,4 %	0,3 %
<i>Kommundelen Norrby</i>						
Överskott resp. underskott		-3,7	5,3	4,3		
Verksamhetens netto- kostnader. Se not 444	294	306	304	261	4,1 %	-0,7 %

Som framgår höll Centrum under de tre aktuella åren sina kostnader under budget medan Norrby fick ett underskott också 2003 liksom man fick för 2001. För 2004 och 2005 höll också Norrby sina kostnader inom ramen för budget. Nettokostnadernas ökning är svår att bedöma från ett år till ett annat, varför det endast kan noteras att nettokostnaderna ökade mer för Centrum för båda åren men att kostnadsökningarna i stora drag var lika stora för båda kommundelarna.

Värdefullt för en bedömning av kommundelarnas förmåga att hålla sina kostnader vore att ha tillgång till mått på kostnad per prestation av olika slag. Kommundelarnas årsredovisningar ger emellertid inte tillräckligt underlag för att göra meningsfulla analyser och jämförelser mellan kommundelarna och mellan budget och utfall utöver möjligen ett nyckeltal på totalnivå, som visar nettokostnaden per år per invånare 65 år och äldre för äldre- och handikappomsorg. Detta visar för de två kommundelarna en utveckling enligt tabell på följande sida.

Tabell 7.3 Kostnad per invånare (Tkr) för äldre- och handikappomsorgen i kommundelarna Centrum och Norrby under den aktuella mandatperioden, Källa Centrums och Norrbys årsredovisningar för 2003, 2004 och 2005.

	2002	2003	2004	2005
Nettokostnad per invånare 65 år och äldre för äldre- och handikappomsorg kommundelen Centrum	66	67	69	65
Nettokostnad per invånare 65 år och äldre för äldre- och handikappomsorg kommundelen Norrby	58	59	56	55

För Centrum visas en måttlig kostnadsökning för åren 2003 och 2004 men en minskning för år 2005 ned till nivån under 2003. För Norrby visas en liknande utveckling med den skillnaden att kostnadsminskningen inträffar väsentligen redan 2004. Utan närmare undersökning av underliggande faktorer är det emellertid inte möjligt att dra några mer konkreta slutsatser än att kostnadsutvecklingen är kontrollerad – en slutsats som dragits redan av uppgifterna om de totala resultaten.

Bedömning av styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft

Kommunstyrelsen använder flera styrmedel och styrningsintensiteten är stark. Alla politiker och tjänstemän ser kostnaderna som en överordnad restriktion. Ingen av respondenterna har ifrågasatt vikten av att budgetar hålls och att anslagen inte överskrids. Kommunfelsverksamheten styrs direkt från kommunstyrelsen och dess kansli genom styrning av kommunfelscheferna, som i sin tur påverkar verksamhetschefer. Receptionen av styrningen är entydig.

Kommunfelscheferna har tydliga incitament att verka för att styrningen blir effektiv. Kommunen har också nått resultat under den nu aktuella mandatperioden. År 2004 gick ingen enskild nämnd med underskott, vilket var det första året som detta förhållande rådde – även om kommunen på totalnivå tidigare har uppnått överskott. Kostnadsstyrningens genomslagskraft var betydande.

Styrning i agendans övriga frågor

Omstrukturering av boendeformer inom äldreomsorgen

I Borås liksom i landets övriga kommuner är politiken att de äldre skall beredas möjlighet att bo kvar i sina egna hem så länge som möjligt, s.k. ordinärt boende, och endast i de fall detta inte är möjligt blir det aktuellt att bo i ett särskilt boende. Detta framhölls redan i budgeten för 2003, där det också konstateras att denna politik leder till ökad hemtjänst men ger överkapacitet i de särskilda boendena⁴⁴⁴. Behovet av platser i kommunala boenden för äldre har därför minskat under 2000-talet, vilket gäller hela landet⁴⁴⁵. Den andra sidan av denna politik är högre efterfrågan på hemtjänst – omsorger och hjälp till äldre som bor kvar i sin bostad.

En särskild lokalplan för särskilda boendeformer för äldre i Borås stad 2003 – 2005 antogs av fullmäktige i april 2003.⁴⁴⁶ I planen redovisades bedömt behov och tillgänglig kapacitet. Behoven bedömdes komma att minska till följd av utbyggnaden av hemtjänsten för vård i ordinärt boende. Totalt fanns år 2003 drygt 1 500 platser i särskilt boende och korttidsboende⁴⁴⁷. Behovet av platser år 2006 bedömdes till knappt 1 300. Planen innehöll också strategier för utbyggnad av seniorboenden och utveckling av varierade korttidsboenden. På grundval av dessa beräkningar fastställdes en handlingsplan för avvecklingar, omflyttningar och förändringar. En av åtgärderna innebar avveckling av ett av de större äldreboendena, Hästra, (i kommundelen Norrby) med 102 platser. Efter hand fattade fullmäktige ytterligare beslut till uppfyllelse av planen. Totalt avvecklades 291 platser under åren 2003 och 2004.⁴⁴⁸

I anslutning till att kommunstyrelsen föreslog fullmäktige att anta lokalplanen beslöt kommunstyrelsen också att en central enhet, Vårdplaneringskansliet, fortsättningsvis skulle besluta om placering på alla fasta platser i kommunens boenden. Kansliet skulle också kunna besluta om att ändra inriktning på ett särskilt boende. Två av de intervjuade kommundelscheferna har framhållit denna centralisering av besluten som en

⁴⁴⁴ Budget för 2003, s. 75–76 och *ibid*, s. 4–5

⁴⁴⁵ PM 2005-05-19 av Annica Olausson, Uppföljning av särskilda boenden och korttidsplatser i Borås Stad, s. 4

⁴⁴⁶ Referat av protokoll från kommunfullmäktige den 24 april, www.boras.se

⁴⁴⁷ Korttidsboende är avsett för dels dem som väntar på plats i särskilt boende, dels äldre som efter en sjukhusvistelse inte omedelbart kan återvända hem men bedöms kunna göra det efter några dagar

⁴⁴⁸ PM 2005-05-19 av Annica Olausson, Uppföljning av särskilda boenden och korttidsplatser i Borås Stad, s. 30

viktig förklaring till att lokalplanen kunnat fullföljas och att behovet av platser i äldreomsorgen kunnat reduceras.

Bedömning av styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft

Styrmedel har varit fullmäktigebeslut, handlingsplaner och en central enhet under kommunstyrelsen som svarar för tilldelning av platser i de särskilda boendena. Styrningsintensiteten har varit stark. Det är också tydligt att fullmäktiges politik när det gäller avveckling av särskilda boenden har fullföljts planenligt. Styrningens genomslagskraft har varit betydande.

Alternativa driftformer och konkurrensutsättning

Fullmäktige antog en konkurrenspolicy i november år 2000 enligt vilken konkurrensutsättning skall prövas som ett sätt att öka effektiviteten, en strategi som också framhölls i budgeten. Enligt policyn skall varje nämnda ta initiativ till konkurrensutsättning och årligen specificera de verksamheter man önskar konkurrensutsätta under kommande år. Beslut på grundval av dessa förslag fattas av fullmäktige.⁴⁴⁹ I varje budget efter detta beslut har kommunstyrelsen påtalat att förslag från nämnderna varit alltför få och att det är viktigt att så snart som möjligt få konkreta förslag.⁴⁵⁰

Revisorerna har efter en särskild granskning konstaterat att ”konkurrensutsättningen varit ringa samt starkt begränsad till vissa verksamhetsområden” samt som sin uppfattning uttalat att ”konkurrensolicyn med bl.a. syftet att få verksamheter utförda till rätt pris och kvalitet ... varken prövats eller efterlevts i någon nämnvärd omfattning. Från revisionens sida ställer vi därför frågan till Kommunstyrelsen och nämnderna varför man inte på fullt allvar tagit till sig den av Kommunfullmäktige antagna konkurrensolicyn.”⁴⁵¹

Enligt en till revisorernas skrivelse bilagd förteckning över genomförda konkurrensutsättningar hade inte någon konkurrensutsättning över huvud taget skett under mandatperioden i någon kommunaldelsnämnd. Där emot hade kommunaldelsnämnden Brämhult ansökt hos fullmäktige om tillstånd att upphandla hemtjänst och verksamheten på ett särskilt boende

449 Kommunfullmäktiges protokoll den 23 november 2000, 153 §, och till handlingarna bifogad Konkurrenspolicy för Borås kommun

450 Kommunrevisionen, PM 2005-01-17 samt Budget för 2003, s. 4, Budget för 2004, s. 5, och Budget för 2005, s. 79-80

451 Kommunrevisionen, PM 2005-01-17, Uppföljning av Borås Stads konkurrenspolicy

och kommundelsnämnden för Centrum hade begärt att få konkurrensut-sätta restaurangverksamheten i äldre- och handikappomsorgen.

Under den mandatperiod som avhandlingen omfattar fattade kom-munstyrelsen endast två beslut gällande entreprenader och nya driftfor-mer inom äldreomsorgen, varav det ena fallet gällde fortsatt entreprenad av ett boende och det andra utläggning av en restaurant på entreprenad:

- Förslag till fullmäktige att låta Sjöbo kommundelsnämnd lägga ut Sjöboklints restaurant på entreprenad under förutsättning att det blir billigare för kommunen och att kommunen ges möjlighet att kontrol-lera verksamheten (februari 2003)
- Förslag till fullmäktige att medge att Sjöbo kommundelsnämnd får fortsätta att lägga ut Äldreboendet Blombacka på entreprenad när det nuvarande kontraktet löper ut våren 2004 (januari 2004)

Intervjuerna visade att ytterligare två förslag hade kommit till kommunsstyrelsen men inte behandlats på sammanträde. I det ena fallet drev kom-mundelsnämnden för Norrby frågan om att samordna och lägga ut på entreprenad verksamheten vid kommunelens tre kök och i det andra fal-let gällde det ett beslut i kommundelsnämnden Centrum om att etablera en intraprenad inom hemtjänsten.

Kommundelsnämnden för Norrby arbetade på att reducera kostna-erna för matproduktionen genom att först sammanföra produktionen vid tre kök och därefter lägga ut kostproduktionen på entreprenad. Kom-munstyrelsen ville emellertid lösa frågan i samband med frågan om hela kommunens kostproduktion. Kommunstyrelsen hade därför enligt en respondent i praktiken upphävt kommundelsnämndens beslut och låtit frågan bero i avvaktan på egen utredning.

Kommundelsnämnden Centrum bestämde i maj 2005 på förslag av kommundelschefen att ett av hemtjänstdistriktet skulle omformas till intraprenad.⁴⁵² Men, enligt en av respondenterna, ”det stötte på motstånd högre upp – i den kommungemensamma enheten verksamhetsstyrning visade det sig vara. Skälet är tydligen att det planeras för nya verksam-hetsformer i andra enheter och man undrar om det inte borde vara en samordning så att vi inte får olika lösningar.” Efter fördröjning fick dock

⁴⁵² Se Kommundelsnämnden Centrum, Protokoll för 2005, § 61. Någon klargörande definition av begreppet ”intraprenad” hade man inte, men i denna organisationsform ligger en högre grad av självständighet och tanken är att intraprenaden skall utvecklas under hand.

kommundelen enligt samma respondent under hösten 2005 klartecken för att etablera intraprenaden, vilket också skedde.

I denna fråga har alltså knappast någonting genomförts. Allt för få förslag (kommunstyrelsens egen och revisorernas bedömning) har kommit från kommunalnämnderna och de två förslag till nya fall av entreprenad samt intraprenad som framförts har kommunstyrelsen själv förhalat. En politiker förklarade de uteblivna effekterna både vad gäller konkurrensutsättning och samordning (se nästa punkt) med ”den politiska konstellation vi har, att det är svårt att få med hela majoriteten” och en av tjänstemännen kunde tänka sig två anledningar: a) att kommunalnämnderna inte vill eller inte tycker det är lika viktigt och att de därför inte kommer med några förslag och b) att alla koalitionspartier inte står eniga bakom policyn trots vad som skrivits och beslutats.

Bedömning av styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft

Styrningsintensiteten från kommunstyrelsen har i detta fall varit svag. Inga styrmedel utöver budgettexter har använts och det finns i organisationen en tvekan huruvida den politiska majoriteten egentligen är enig. Uppmaningarna från kommunfullmäktige har heller inte fått genomslag i kommunalnämnderna bortsett från enstaka undantag. Ett par konkurrensutsättningar har genomförts, en har stoppats i kommunens ledning och en omorganisation till intraprenad har genomförts. Styrningens genomslagskraft har varit låg.

Förklaring till både svag styrningsintensitet och låg genomslagskraft av styrningen är att de olika politikerna inom majoritetskoalitionen inte haft samma syn på värdet av alternativa driftformer och konkurrensutsättning. Dels har det inte varit en viktig fråga i kommunalnämnderna, dels har konkreta ärenden när de ändå aktualiserats mötts av tvekan hos politikerna. Dessutom har centrala enheter varit angelägna att behålla inflytande över hur förverkligande skulle ske och därmed senarelagt ärendena.

Samordning mellan kommundelarna

En strategi för kostnadsminskningar och effektiviseringar utöver alternativa driftformer och konkurrensutsättning var samverkan mellan kommundelarna⁴⁵³. Kommunstyrelsen hade under senare år enligt intervjuer

⁴⁵³ Budget för 2003, s. 4 och Budget för 2004, s. 5

givit tydliga budskap att samordningen mellan kommundelarna skulle förbättras i kostnadsbesparande syfte. Men i andra intervjuer framhölls att även om denna styrning iakttagits, så har styrningen varit otydlig.

En av respondenterna menade att närdemokratin, som skulle främjas genom kommundelsreformen, nu hotas. ”Också när det gäller kommundelsorganisationen saknas en tillräckligt tydlig styrning.” Men en respondent menade att majoriteten hade givit ett tydligt budskap: ”samarbeta mellan kommundelarna, bli mer rationella!” Det kan också noteras att kommunstyrelsen själv tagit ett sådant steg genom att i tre fall utse gemensam kommundelschef för vardera två kommundelar.

Projektet Benchmarking och ”Möjlighetslistan”

Som resultat av utvecklingssamtalen med kommundelscheferna 2003 inledde förvaltningarna i fyra kommundelar ett samtal för att skapa förutsättningar för ett ökat samarbete. Detta ledde till en benchmarking med syften att lära av varandra och göra en jämförande studie av kostnader och prestationer med inriktning på effekter på budget för 2005⁴⁵⁴. Projektet resulterade i den s.k. ”möjlighetslistan”, i vilken tjänstemannedningarna från de fyra involverade kommundelarna förtecknade sådana områden för samarbete mellan kommundelarna som kunde tänkas leda till kostnadsbesparingar.⁴⁵⁵ Enligt en av respondenterna var listan ”ganska lam och harmlös och man kan kanske fråga sig varför dessa åtgärder inte vidtagits tidigare.”

Endast någon enstaka konkret impuls från projektet omtalades som förverkligad vid intervjuerna i juni 2005 och samma besked gavs vid kompletterande intervju i mars 2006 med en av de kommundelschefer som varit involverade i arbetet. Ett exempel hänförde sig till att verksamhetschefen i en av kommundelarna såg skäl att undersöka skillnaderna i utnyttjandegrad inom hemtjänsten. Hon konstaterade att kommundelen hade jämförelsevis stora resurser för nattpatruller och föreslog därför en reduktion av nattpatrullerna, ett förslag som nämnden visserligen inte accepterade.

454 Kommunelskontoren i Fristad, Norrby, Sandhult och Sjöbo: PM 2004-06-16, Benchmarking! En jämförande studie av kostnader och prestationer i kommundelarna Fristad, Norrby, Sandhult och Sjöbo, s. 2

455 PM 2004-11-23

Frågan om samverkan var kontroversiell

Samverkan mellan kommundelarna var emellertid en fråga där olika partier hade olika mening. Inom oppositionen oroade man sig för att ökad samverkan kunde leda till minskad när demokrati och kanske reducerat antal kommunalnämnder. Därför var oppositionen enligt ett av oppositionsråden restriktiv till samverkan, särskilt mellan kommundelar inom samma distrikt i socialnämnden.⁴⁵⁶

Att "[s]amordningen är en het potatis" omvittnades i flertalet intervjuer. Att frågan var kontroversiell mellan de politiska blocken var uppenbart, men några respondenter uttryckte att det förelåg olika meningar också inom majoriteten. Samordningsåtgärder drog därför ut på tiden och genomfördes inte systematiskt, utan endast i enstaka fall när kommunaldelscheferna fann det rationellt och, såvitt framkommit i denna studie, endast mellan kommundelar som hade gemensam kommunaldelschef. De exempel som framförts har begränsats till att utnyttja överkapacitet hos enstaka tjänstemän och samverkan beträffande vissa utbildningar. Dessa åtgärder är naturligtvis kostnadsbesparande och lovvärda i sig, men de ger endast begränsad effektivisering. "Samverkan är inte på kommunaldelsnämndens initiativ utan en följd av att man delar kommunaldelschef" enligt en presidieledamot.

Benchmarkingprojektet ledde visserligen till ett antal konkreta förslag som samlades i möjlighetslistan. Men dessa förslag hade när undersökningen avslutades våren 2006 inte genomförts annat än i begränsad utsträckning och i huvudsak inom den ram som beskrivits i ovanstående stycke. Två av kommunaldelscheferna uttryckte sig sålunda

När det gäller kommunaldelsorganisationen saknas en tillräckligt tydlig styrning. Majoritetens partier är trots allt inte helt överens, vilket gör att signalerna blir otydliga och kanske ibland uteblir för att [man vill] värna sammanhållningen [inom majoriteten].

Så fort man skall dela tjänster [mellan kommundelarna] är politiken med [och lägger sig i]. Jag ser massor av möjligheter – men i kommundelarna vill man ha [också] sin vice ordförande med⁴⁵⁷.

456 Socialnämnden har organiserats i tre distrikt som vardera motsvarar tre kommunaldelsnämnders verksamhetsområden.

457 Kommunaldelschefen bedömde det vara viktigt att uppfattas som lojal mot båda de politiska blocken

Bedömning av styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft

Mellan blocken, inom kommunalnämnderna och inom majoritetens partier fanns olika meningar om vilka former och vilken omfattning en samverkan mellan kommunalnämnderna bör ha. Praktiskt taget hela möjlighetslistan vilade. Styrningsintensiteten från kommunstyrelsen var svag och inom kommunalnämndernas majoritet fanns politiker som var motståndare eller tveksamma. Utöver enstaka gemensamma kurser och utvecklingsprojekt hade någon samverkan inte förverkligats när undersökningen avslutades i mars 2006. Styrningens genomslagskraft var låg.

Den svaga styrningsintensiteten och den låga genomslagskraften har såvitt gäller den politiska nivån samma förklaringar som gäller för området alternativa driftformer och konkurrensutsättning.

Utveckling och implementering av medborgarkontrakt

Medborgarkontrakt nämndes i årsredovisningen för 2003 som ett medel att tydliggöra vad kommunen lovar, vad medborgaren kan kräva, vad medborgaren inte kan kräva och vad kommunen kan kräva av medborgaren. Under våren 2004 beräknades kontrakten vara klara för remiss till kommunalnämnderna och övriga nämnder. ”Kontrakten blir direkt inarbetade i budgetarbetet hösten 2004.”⁴⁵⁸

Frågan blev emellertid fördröjd och i årsredovisningen för 2004 sägs under rubriken mål för framtiden att staden

[under 2005 skall] sjösätt[a] ett system med medborgarkontrakt. Det är ett sätt att beskriva den kommunala servicen och skapa balans mellan utbud och förväntan. Det är också, och inte minst, ett sätt att genom klagomöjligheter få ett grepp om hur medborgarna upplever den service som ges. Vi fortsätter att utveckla metoder för att mäta kvaliteten inom kommunalsområdet. Kopplingen mellan ekonomi och verksamhet är något av de saker som jag tycker är viktigast.”⁴⁵⁹

Medborgarkontrakten omtalades alltså redan i årsredovisningen för 2003 och i årsredovisningen för 2004 skrevs att de skulle vara inarbetade i budget för 2005. Ännu hösten 2005 hade de dock inte fastställts i sin slutliga utformning. Utredningsarbete hade pågått, men det hade tagit längre tid

458 Årsredovisning för 2003, s. 8

459 Borås Stad, Årsredovisning för 2004, förordet på omslagets första insida (onummerad). ”Jag” avser alltså kommunstyrelsens ordförande, som skrivit under förordet

än som ursprungligen planerats. En av respondenterna såg förklaringarna i dels att flera partier såg det som i första hand en folkpartifråga och att intresset därför inte var så stort i hela majoriteten, dels att det var svårt att formulera kontraktet på ett meningsfullt sätt eftersom de skulle avse hela den kommunala verksamheten. Framlagda förslag hade kritiserats för att de innehöll självklarheter och att det varit svårt att specificera kommunens åtaganden.

Beslutskraften inom kommunstyrelsen sviktade och något slutligt beslut hade inte uppnåtts. Någon styrning hade sålunda ännu inte ägt rum.

Att uppnå riktlinjerna enligt äldreomsorgsplanen och uppföljning därav

Fullmäktige fastställde en äldreomsorgsplan redan i augusti 2002. Planen innehöll ett antal generellt utformade syften eller mål för äldreomsorgen och krav på kommundelarna att genomföra uppföljning enligt av dem själva utvecklade metoder för att mäta och följa kvaliteten.

Enligt planen skall de äldre i Borås stad bland annat kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande över samhället och sin vardag samt ha tillgång till god vård och omsorg. Som prioriterade mål anges att en systematisk uppföljning av beslut, planer och insatser som rör den enskilde skall genomföras och dokumenteras, att personalen skall ha lämplig kompetens och att förslag och synpunkter från den enskilde skall tas om hand systematiskt. I enstaka hänseenden ges mer konkreta direktiv, t.ex. att ansökningar om trygghetslarm skall behandlas generöst och att brukarråd skall införas, men i andra fall nöjer man sig i planen med uttalanden som att det skall finnas korttidsboende med olika inriktningar och att dessa skall anpassas till behovet, daglig verksamhet skall finnas och kulturombud skall utses. När det gäller uppföljning sägs bland annat att systematiska brukarundersökningar skall genomföras och att en gemensam metod för att granska hela organisationen på ett systematiskt sätt skall införas.⁴⁶⁰

En första uppföljning av planen avsåg verksamheten under 2002 och mottogs av fullmäktige den 18 mars 2004. Uppföljningen visade i flera fall skillnader mellan plan och verklighet och dessutom i vissa fall att kommundelarna inte hade kunnat besvara alla frågor.⁴⁶¹ Fullmäktige beslöt då

460 Äldreomsorgsplan

461 Uppföljning äldreomsorgsplanen Verksamhetsåret 2002

ge kommunstyrelsen i uppdrag att ta fram modeller a) för uppföljning av beslut, planer och insatser som berör enskild, b) för uppföljning av hela organisationen samt c) för brukarundersökningar.⁴⁶²

Nästa uppföljning avsåg verksamheten under 2003 och redovisades i fullmäktige den 20 januari 2005. Av protokollet framgick utöver redovisning av hur många trygghetslarm och hur många vård dygn som beviljats dels att uppföljning av beslut, planer och insatser som berör den enskilde ”görs i olika utsträckning på kommundelarna”, dels att ”[t]rots styrdokument uppger ett fåtal kommundelsnämnder att man inte har någon systematisk uppföljning. Kommunstyrelsen anser att detta skall åtgärdas och kommunledningskansliet kommer att genomföra en särskilt riktad uppföljning till berörda förvaltningar.”⁴⁶³

Uppföljning för 2004 redovisades i fullmäktige den 15 september 2005, då fullmäktige följde kommunstyrelsens förslag att lägga uppföljningen till handlingarna trots att uppföljningen också denna gång visade att uppfyllelsen av planen i kommundelarna hade skett endast delvis.⁴⁶⁴

Om denna uppföljning sade en av de intervjuade politikerna inom majoriteten att

[u]ppföljningen har kommit sent, många av målen har inte kunnat följas upp och i flera fall berodde detta på att kommundelarna inte efterföljt anmaningen att genomföra uppföljningar. Ja, kommundelarna har inte prioriterat detta.

Bedömning av styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft

Styrmedel var äldreomsorgsplan och uppföljningar från verksamhetsamordnaren. Andra åtgärder från kommunstyrelsen har inte rapporterats. Intervjuerna i kommundelsnämnderna av både verksamhetschefer och presidieledamöter vittnade om att uppföljningarna visserligen gjordes men att resultaten inte bedömdes särskilt värdefulla. Styrningsintensiteten får bedömas svag.

När det gäller uppföljning av äldreomsorgsplanen är slutsatsen att den inte skett enligt fullmäktiges beslut, att uppföljningen i vissa fall visar att äldreomsorgsplanens mål inte uppnåtts samt att det i många avseenden inte kan avgöras i vilken mån målen uppnåtts. När det gäller de vikti-

462 Kommunfullmäktiges protokoll den 18 mars 2004, § 35

463 Kommunfullmäktiges protokoll den 20 januari 2005, § 6. Se också Borås Kommun: Uppföljning av äldreomsorgsplanen. Verksamhetsåret 2003

464 Kommunfullmäktiges protokoll den 15 september 2005, § 125

gaste aspekterna som uttrycks av orden att ”kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande över samhället och sin vardag samt ha tillgång till god vård och omsorg” finns inte konkreta mål utarbetade och det är troligen inte heller möjligt att fastställa sådana mål på ett sådant sätt att en mekanisk mätning kan ge en rättvisande bild av resultatet. Styrningens genomslagskraft var låg.

Kommunstyrelsen har prioriterat kostnads kontroll i uppföljningssamtalen med kommundelsnämnderna och kommundelsnämndernas politiker har haft samma prioritering i sin styrning. Verksamhetens bedrivande saknar de därför erfarenhet av. Verksamheten bedrivs ändå utan annan styrning än kostnadsstyrningen enligt etablerade mönster och i enlighet med vad som uppfattas stå i överensstämmelse med institutionen god verksamhet. Äldreomsorgsplanens målstyrning fungerade inte, och den hade heller inte förutsättningar att fungera.

Förhållningssätt av betydelse för styrningen

På frågor om vilka värderingar som är utmärkande för Borås svarade de två ledamöterna av kommunstyrelsen att det är fokus på politikens roll och på ekonomistyrning. Alla övriga respondenter framhöll ekonomistyrning och några nämnde ett konfrontatoriskt klimat i politiken.

Att ekonomin är överordnad alla andra frågor är uppenbart efter de intervjuer som genomförts. Det är en väl etablerad institution. Verksamheten bedrivs självständigt av förvaltningarnas enheter och i överensstämmelse med vad som uppfattas vara en god verksamhet.

I sin syn på politikernas roll ansluter sig Borås centrala politiker till den modell som tillämpas i Stockholm. Majoriteten styr och oppositionen opponerar. Tjänstemännen ses som experter med uppgift att biträda politikerna. Detta innebär att kommunalråden själva är föredragande i kommunstyrelsen, vilket ställer krav på att de är väl pålästa. Denna politikerroll återfinns dock inte i kommundelsnämnderna, något som för övrigt torde vara ouppnåeligt eftersom kommundelsnämndernas ordförande och vice ordförande är fritidspolitiker. Det politiska klimatet har av vissa beskrivits som konfrontatoriskt och hårt, men det finns ändå en konstruktiv ton i umgänget över blockgränserna och i frågor där uppfattningarna är lika.

Styrningen och dess påverkan på verksamheten – sammanfattning

Den viktigaste frågan för fullmäktige och styrelse i Borås var att hålla kostnadsramarna. En andra viktig fråga, som var en av strategierna för att begränsa kostnaderna, var att reducera antalet platser i särskilda boenden och även antalet enheter för särskilt boende. Därutöver framkom i budgetar och intervjuer fyra viktigare frågor, varav två sågs som ytterligare strategier för att begränsa kostnaderna, nämligen ökade inslag av alternativa driftformer och konkurrensutsättning och ökad samverkan mellan kommundelarna. De två andra frågorna gällde att uppnå äldreomsorgsplanens riktlinjer och att införa medborgarkontrakt.

I kommunens styrsystem dominerade kommunstyrelsen över övriga nämnder och kostnadsstyrning dominerade över styrning i andra frågor. Kommunstyrelsen hade etablerat starkt inflytande också över kommundelnämndernas verksamhet genom en stark och direkt styrning av kommundelscheferna. Både kostnadskontrollen och reduktionen av kapaciteten i särskilda boenden styrdes med mål för resultat och med stark intensitet och genomslagskraften av styrningen på dessa områden var också betydande. År 2004 höll alla enheter sina budgetar och avvecklingen av särskilda boenden skedde enligt plan. Målsatt resultat uppnåddes.

Kommunstyrelsens styrning av övriga frågor var däremot svag och kommundelnämndernas styrning var också svag. Förslag till införande av alternativa driftformer och konkurrensutsättning var få och de som framfördes mötte motstånd hos kommunstyrelsen eller åtminstone dess kansli. Styrningens genomslagskraft bedöms i denna fråga därför som låg. Förslag till medborgarkontrakt hade inte utformats när studien avslutades vid utgången av 2005 och någon implementering hade naturligtvis då inte kunnat påbörjas.

Fullmäktige hade fastställt en omsorgsplan och redan vid mandatperiodens ingång beslutat att kommundelarna skulle formulera mål för och mäta måluppfyllelsen av omsorgsplanen. Några mål hade dock inte fastställts i de två studerade kommundelarna och mätningar av uppfyllelse av omsorgsplanen hade genomförts endast delvis. Hur verksamheten bedrevs och med vilken standard och vilken kvalitet var i första hand beroende av verksamhetschefernas och enhetschefernas bedömningar och styrning samt av enheternas personal. Någon styrning av betydelse från de politiska nivåerna förekom inte, styrningsintensiteten var svag.

Också kommunalnämndernas styrningsintensitet var svag när det gäller äldreomsorgen. Styrningen inskränkte sig till någon enstaka fråga såsom nattpatruller i hemtjänsten och i en av kommunalnämnderna ett stöd till tjänstemannaledningen att införa intraprenad. Äldreomsorgsplanen följdes inte upp och i de fall man kunnat bedöma om dess mål uppnåddes, så var svaret nekande. Men framförallt saknades mål att relatera utfallet till.

Styrningsintensiteten när det gäller implementering och uppföljning av äldreomsorgsplanen var svag och styrningens genomslagskraft var låg.

Till kostnadsstyrningens höga genomslagskraft bidrog att kommunstyrelsen och dess kansli styrde kommunaldelarna direkt och dessa påverkade i sin tur sina verksamhetschefer. Receptionen av styrningen var entydig och kommunaldelarna hade också tydliga incitament att verka för att styrningen blev effektiv.

Förklaringen till både svag styrningsintensitet och låg genomslagskraft när det gällde områdena alternativa driftformer och konkurrensutsättning och samordning mellan kommundelarna var att politikerna inom majoritetskoalitionen inte hade samma uppfattning om värdet av dessa åtgärder. Frågorna uppfattades därför inte som viktiga i kommundelarna och när förslag i konkreta ärenden ändå aktualiserades möttes de av tvekan hos politikerna. Dessutom var centrala enheter angelägna att behålla inflytande över hur förverkligande skulle ske och de senarelade därför ärendena.

Kommunstyrelsen prioriterade kostnadskontroll i uppföljningssamtalen med kommunalnämnderna och kommunalnämndernas politiker hade samma prioritering i sin styrning. För frågor om hur verksamheten bedrevs och uppnående av äldreomsorgsplanen visade varken kommunstyrelsens eller kommunalnämndernas ledamöter något intresse. Styrningsintensiteten var svag när det gällde att uppnå äldreomsorgsplanens mål. Verksamheten bedrevs ändå utan annan styrning än kostnadsstyrningen. Verksamheten bedrevs enligt etablerade traditioner och i enlighet med vad som uppfattas stå i överensstämmelse med institutionen god verksamhet. Den målstyrning äldreomsorgsplanen byggde på fungerade inte och saknade förutsättningar att fungera eftersom mål inte hade fastställts.

I nedanstående tabell sammanfattas intensiteten i och genomslagskraften av fullmäktiges och styrelsens styrning inom de områden som upptogs på agendan

Tabell 7.4 Kommunstyrelsens åtgärder för styrning på de olika områden som studien gällt samt effekterna av denna styrning.

Punkt på agendan	Styrningsintensitet	Påverkan på verksamheten	Styrningens genomslagskraft
Att hålla budgeterade kostnader	Stark	Kostnadsmedvetandet är framträdande. Nämndernas förmåga att hålla budget har ökat under mandatperioden och 2004 höll alla nämnder sina budgetar	Betydande
Omstrukturering av äldreomsorgens boendeformer	Stark	Omstrukturering skedde enligt beslutad plan	Betydande
Prov med alternativa driftformer och konkurrensutsättning	Mycket svag	Marginella effekter på handlandet; endast en mindre intraprenad har startats	Låg
Ökad samverkan mellan kommundelarna	Svag	Endast marginell administrativ samverkan mellan nämndkanslier	Låg
Utveckling och implementering av medborgarkontrakt	Ingen	Kontrakten blev inte klara och kunde därför inte heller implementeras	Ej tillämpligt
Förverkliga mål och riktlinjer enligt äldreomsorgsplanen	Svag	Möjligen en viss men i så fall begränsad påverkan på handlandet	Låg

Bred förankring och koncentration på kostnader

Strömstad mandatperioden 2003–2006

Utgångsläge

Strömstad hade sedan 1991 haft borgerlig majoritet med centerpartiet som största parti. Kommunen genomgick en ekonomisk kris i början av 1990-talet. Den under undersökningsperioden 2003–2005 rådande bilden i kommunens ledning var att organisationen då var rörig, ledarskapet oklart och att det inte var tydligt vem som tog ansvar och vem som företrädde produktionen. ”Politikerna hade axlat en fixarroll – mycket av deras uttryckningar och beslut avsåg detaljer... Varje politiker och varje tjänsteman hade sin egen bild i huvudet.” Under 1993 genomfördes ett förnyelsearbete inom ramen för Den parlamentariska gruppen. Förnyelsearbetet hotade alla gamla institutioner, men det dåvarande kommunalrådet släppte ”vildhjärnorna” fria och sade att det är nog bra, men ”jag är inte rätt man att leda detta”. Han avgick som ordförande i kommunstyrelsen i och med att mandatperioden 1991–1994 avslutades.

Inom förnyelsearbetet definierades fyra grundprinciper för ledning av kommunen, nämligen

1. helhetssyn
2. servicekultur
3. demokratiutveckling
4. ständig organisationsutveckling

Under de på förnyelsearbetet närmast följande tre till fyra åren etablerades en god ekonomiuppföljning och kommunen kunde sänka skatten tre år i rad. Den förbättrade ekonomin fordrade inte några stora förändringar i tjänstebudet, utan kommuninvånarna fick enligt uppgift i stort sett samma service som tidigare. Sedan dess har Strömstad haft överskott i sin verksamhet, om än inte stora.

Kommunkoncernens eget kapital uppgick vid ingången av 2003 till 300 Mkr och dess avsättningar och skulder till 900 Mkr. Soliditeten utgjorde 26 %. Överskotten i kommunen var 0,8 Mkr 2001 och 4,1 Mkr 2002.⁴⁶⁵

Kommunstyrelsens ordförande under den studerade mandatperioden och sedan 1999 var ledaren för Den parlamentariska gruppen. Han var centerpartist och ledde en koalition av centerpartiet, moderaterna, folkpartiet och kristdemokraterna med respektive 12, 5, 5 och 1 mandat i fullmäktige. Koalitionen hade alltså stöd av 23 mandat av totalt 39. Socialdemokraterna hade 11 mandat, vänsterpartiet 3 och miljöpartiet 2. I kommunstyrelsen var mandatfördelningen centerpartiet 4, moderaterna 2 och folkpartiet 1 ledamöter, socialdemokraterna 3 och miljöpartiet 1 ledamöter. Kommunstyrelsens ordförande var heltidsarvoderat kommunalråd, övriga politiker var deltidspolitiker eller fritidspolitiker.

Kommunens politiska organisation bestod under fullmäktige av tre nämnder förutom kommunstyrelsen, miljönämnd (som hade ett större ansvarsområde än namnet antyder), omsorgsnämnd och barn- och utbildningsnämnd. Kommunstyrelsen ansvarade själv för de tekniska verksamheterna, vilka följdes av ett särskilt utskott inom styrelsen. Kommunchefen var ansvarig för hela tjänstemannaorganisationen och hade under sig tre förvaltningschefer och kommunkansliet.

Mandatperiodens agenda

I årsredovisningarna 2002, 2003 och 2004 konstaterade kommunstyrelsens ordförande att kommunens nämnder hade mycket god budgetdisciplin⁴⁶⁶. I årsredovisningen för 2003 konstaterade han också att 2004 års budgetarbete hade varit ansträngande och prognosen för de närmaste åren var ekonomiskt kärv. I kommunstyrelsens budgetskrivelser både för 2003 och 2004 angavs att ”[e]n övergripande målsättning är att kommunens ekonomi skall vara i balans.”⁴⁶⁷

Vid intervjuer med kommunstyrelsens ordförande och vice ordförande och kommunchef samt med omsorgsnämndens presidium framhöll samtliga ekonomi i balans som en av de viktigaste frågorna. I övrigt överens-

⁴⁶⁵ Strömstad kommun: Årsredovisning 2002, s. 16

⁴⁶⁶ Årsredovisning 2002, s. 3, Årsredovisning 2003, s. 1 och Årsredovisning 2004, s. 1

⁴⁶⁷ Budget 2003, s. 4 och Budget 2004, s. 6

stämde inte deras uppfattningar om kommunens viktigaste frågor. Kommunstyrelsens ordförande underströk särskilt att fortsatt visionsarbete var en viktig fråga för kommunen.

Även om respondenternas uppfattningar om agendan för omsorgsnämnden inte var helt samstämmiga, så framfördes i intervjuerna under den första etappen följande tre frågor som de viktigaste av de flesta respondenter

- att utveckla demensvården och demenscentrum
- att förbättra förutsättningarna för de äldre att kunna bo kvar hemma längre
- att bereda särskilt boende inom de tidsramar som tillsynsmyndigheterna kräver (tre månader från det att boendet beviljats)

Frågorna för vård och omsorg sågs som väsentliga mot bakgrund av att kraven tenderade att allt mer överstiga de ekonomiska resurserna.

I budget för 2003 fördes inget resonemang om de viktiga frågorna för kommunen, men i budget för 2004 framhöll kommunstyrelsens ordförande att kommunens tillväxt – även om den leder till låg arbetslöshet och trygghet för bygdens framtid – ställer krav på utbyggnad av infrastruktur och barnomsorg. Till följd av tillväxten förlorar kommunen vidare 14 Mkr i skatteutjämnningssystemet. Sammantaget blir effekten en skattehöjning och besparingar. ”Vi löser nya åtaganden genom att prioritera.”⁴⁶⁸ Vid fullmäktiges behandling av budgeten framhöll kommunstyrelsens ordförande såvitt framgår av protokollet skolan och barnomsorgen som fortsatt prioriterade områden.⁴⁶⁹ I Strömstad var det inte frågan om att skärpa kostnadskontrollen, ty den var redan sedan flera år god, utan att bibehålla den.

I särskilda avsnitt om omsorgsnämnden i budgetar för 2003 och 2004 behandlades tre frågor, som alla hör samman och kan betecknas som omstrukturering av boenden. Demensvården skulle utvecklas genom utveckling av det centrum för demensvård som etablerats på Solbogården och antalet platser i korttidsboenden skulle ökas på bekostnad av antalet platser i särskilda boenden. Det underströks att en konsekvens av reduktionen av platser i särskilda boenden var att kommunen inte kan nå det lagstadgade kravet att bereda plats i särskilt boende inom tre månader.⁴⁷⁰

⁴⁶⁸ Budget för 2004, s. 1

⁴⁶⁹ Kommunfullmäktiges protokoll 2003-04-10

⁴⁷⁰ Budget för 2003, s. 46 och Budget för 2004, s. 50

Vid intervjun i den andra etappen formulerade omsorgsnämndens ordförande följande långsiktiga perspektiv på omsorgsverksamheten: För att klara av det ökande antalet äldre fordras dels att de äldre så länge som möjligt kan bo kvar hemma, vilket förutsätter anpassade bostäder, dels att verksamheten koncentreras till färre enheter som blir mer kostnadseffektiva. Alltså var de två viktiga frågorna att driva bostadsanpassning och omstrukturering.

Den 16 september 2004 antog fullmäktige en omsorgsplan, vars viktiga punkter gällde omstrukturering av äldreboendena, utveckling av hemtjänsten, satsning på bostadsanpassning, utveckling av demensvården och en öppenhet för alternativa driftformer.⁴⁷¹

På grundval av ovanstående upptas följande frågor på kommunens agenda för äldreomsorgen:

- att också fortsättningsvis hålla kostnadsramarna
- att omstrukturera boenden
- att förbättra förutsättningarna för att de äldre skall kunna bo hemma
- att utveckla demensvården
- att prova alternativa driftformer
- frågan om tillämpningen av norm för väntetid till plats i särskilt boende

Frågan om att förbättra förutsättningarna för de äldre att kunna bo kvar hemma måste lösas långsiktigt och i första hand genom påverkan på bland andra kommunens byggnadslovsverksamhet, trafikplanering, länstrafikbolaget och bostadsbolaget. Att undersöka dessa åtgärder och verkan av dem går därmed utanför området för denna studie. De övriga frågorna undersöks däremot.

Styrning från fullmäktige till verksamhet

Fullmäktige styr genom sina budgetbeslut, som innehåller rambudgetar och redogörelser för varje verksamhetsområde med särskilt angivande av planerade förändringar samt inriktningsmål och effektmål. Målstrukturen är i budgeten baserad på en indelning i förvaltningsgemensamma mål och mål för varje verksamhet inom respektive nämnds förvaltning. Inom

⁴⁷¹ Omsorgsnämnden, Lokal handlingsplan för Vård och omsorg 2005 -1010

dessa kategorier anges därefter olika inriktningsmål och relaterat till varje inriktningsmål anges effektmål.

Ett exempel på omsorgsnämndens förvaltningsgemensamma mål i budgetar för 2003 och 2004 är inriktningsmålet ”Aktivt verka för brukar- och medborgarinflytande” med tre effektmål, ”Utveckla metoder för brukarundersökning, kvalitetsutvärdering, uppföljning och utvärdering av verksamheterna”, ”Där så är lämpligt skall brukar/kvalitetsråd finnas” och ”Behovsanalyser skall göras genom bearbetning av statistiskt material, brukarenkäter, intervjuer och samtal.”⁴⁷²

Inriktningsmålen för vård och omsorg är i budgetar för 2003 och 2004 fyra: ”Kommuninvånarna skall erbjudas grundläggande omvårdnad”, ”Verka för valmöjligheter i boendeformer”, ”Säker omvårdnad och hälso- och sjukvård skall erbjudas” samt ”Anhörigvård och frivilligvård skall stödjas”. Effektmål som knutits till det andra inriktningsmålet är ”Stödja alternativa inriktningar och driftsformer i boendet” och ”Underlätta kvarboende genom till exempel trygghetslarm, matdistribution, kommunikationer, hemvård/rehabilitering och samverkan med personens naturliga nätverk”. Effektmål som knutits till det tredje inriktningsmålet är ”Alla skall bemötas med respekt för sina behov och med hänsyn till den enskildes integritet och självbestämmande” och ”Det skall finnas kontinuitet avseende personal, tid, medicinska insatser och omvårdnadsinsatser.”⁴⁷³ Målen i 2005 års budget hade redigerats om och behandlas nedan under punkten om målstyrning.

I budget för 2003 behandlades strukturförändringar och bristande uppfyllande av lagstiftningens krav i följande text. ”För att frigöra resurser till fortsatt utveckling av demenscenter på Solbogården och viss personalförstärkning på andra enheter avvecklas ett gruppboende, Kristallen, med 9 vårdplatser vid årsskiftet. Målsättningen att göra Kristallen till ett korttidsboende kan ej förverkligas på grund av bristande resurser.... Konsekvensen blir att kön till särskilda boenden ökar ytterligare och att vi inte kan verkställa beslut om särskilt boende inom av lagen godkänd tid....Konsekvensen kan bli att Länsrätten ålägger kommunen att besluta annorlunda då detta strider mot nuvarande lagstiftning.”⁴⁷⁴

2004 års budget innehöll följande text gällande strukturen av boenden: ”Strömstads kommun har få särskilda boendeplatser i relation till antalet

472 Budget 2003, s. 48 och Budget för 2004, s. 51

473 Budget 2003, s. 51 och Budget för 2004, s. 53

474 Budget 2003, s. 46

personer över 80 år. För att klara behoven inom vård och omsorg krävs utökad antal korttidsplatser. Kristallen återuppstår som korttidsboende med nio platser. Utvecklingstakten av Solbogården som demenscenter sänks under året då verksamheten endast kan tillföras en tjänst. Utvecklingen av Solbogården skall vara genomförd 2006..” Senare framhölls att ”[f]ortsatt gäller en mycket restriktiv biståndsbedömning då förvaltningen inte har resurser att möta alla behov som finns inom vård och omsorg. Konsekvensen kan bli att Länsrätten ålägger kommunen att besluta annorlunda då besluten kan strida mot nuvarande lagstiftning.”⁴⁷⁵

För det mer långsiktiga perspektivet antog fullmäktige i oktober 2000 en lokal handlingsplan för vård och omsorg för år 2000–2006. Denna behövde emellertid revideras under innevarande mandatperiod och en ny handlingsplan utarbetades under våren 2004 och antogs (som noteras ovan) av fullmäktige i september 2004: Lokal handlingsplan för vård och omsorg 2005–2010.⁴⁷⁶ Planen kallas i fortsättningen ”omsorgsplanen” i enlighet med det språkbruk som tillämpades i kommunen.

Den nya omsorgsplanen hade föreslagits av omsorgsnämnden. Enligt referat i fullmäktiges protokoll av nämndens ordförandes föredragning var den nya planen motiverad av att den tidigare planen var för detaljrik.⁴⁷⁷ Här ges några exempel på övergripande åtgärder, vilka i de flesta fall utgör huvudrubriker för kataloger av åtgärder mer i detalj. Planen innefattar sålunda bl.a. insatser för att minska och förskjuta behovet av individuella insatser och för att skapa förutsättningar för ett så normalt och aktivt liv som möjligt för äldre. Dessa insatser är en aktiv och medveten bostads- och samhällsplanering, ökad tillgänglighet till kommunikationer, uppsökande verksamhet i förebyggande syfte, stöd till frivilliga organisationer, information och boservice. Vidare innehåller planen åtgärder för att skapa en god vård och omsorg för dem som behöver detta. Brukarinflytande och kvalitetssäkring skall ligga till grund för utvecklingen, stöd till anhöriga skall utvecklas, man skall pröva att lägga ut delar av servicen på entreprenad och satsa på enheter för särskilda boenden om 25–30 platser som är mest kostnadseffektiva. Vidare sägs att Solbogården och demensvården skall utvecklas och att alternativa driftsformer skall stödjas.⁴⁷⁸

475 Budget för 2004, s. 50

476 Fullmäktiges protokoll den 16 september, § 61

477 Fullmäktiges protokoll den 16 september, § 61

478 Omsorgsnämnden: Lokal handlingsplan för Vård och omsorg 2005–2010

Tillämpat styrsystem

Alla respondenter återopade den av fullmäktige antagna budgeten som den viktigaste utgångspunkten för styrsystemet. Ungefär hälften framhöll dessutom målstyrningen som en komponent i styrningen.

Budgetprocessen bedrevs enligt intervjuer i en bred och öppen process med ”få men stora möten där många är med och äger frågan, politiker och tjänstemän från alla nämnder samtidigt. Vi tar hela processen samtidigt tillsammans.” Det första mötet äger rum i maj/juni på grundval av förberedande arbete av en budgetberedning, som fastställer tillgängliga nivåer. Det stora mötet identifierar vilka besparingsmöjligheter som finns och därefter arbetar man vidare inom ramen för de olika nämnderna och förvaltningarna tills nästa stora möte som äger rum i september.

Kommunstyrelsens ordförande framhöll vid alla tre intervjuerna sitt förhållningssätt som ”processmänniska – inte hierarkiker”. Han drev processer och menade att kommunen skall driva processer, där ingen kommer med färdiga lösningar som input utan med problemen som input med effekt att lösningarna växer fram inom processen. Detta leder då till att alla som deltagit blir motiverade att arbeta enligt lösningen och man får en ledning genom värderingar snarare än genom styrning.

I budgetprocessen och i informella processer talar man om verksamheten, men när det gäller uppföljning ”handlar det fortfarande bara om ekonomisk uppföljning”. Kommunstyrelsens arbetsutskott träffar nämndernas presidier två gånger per år och för kommunstyrelsen och dess uppföljning är den ekonomiska uppföljningen den helt centrala. Uppföljning av verksamheten till kommunstyrelsen och kommunfullmäktige var enligt protokollen begränsad till periodbokslut, prognoser och årsbokslut med redovisning av ekonomiskt utfall och redovisning av utförda prestationer.

Styrning av förvaltningen

Respondenternas inställning till fördelningen av ansvar mellan politiker och tjänstemän formulerades i huvudsak lika av respondenterna. ”Politikerna företräder invånarna och bestämmer inriktningen och tjänstemännen tar ansvar för genomförandet och för produktionen.” ”Nämnden har inga ambitioner att detaljstyra.”

Nämnden företräder kommuninvånarna och säkerställer att skattemedlen används så bra som möjligt. Förvaltningschefen ansvarar för organisation och personal

Omsorgsnämnden har kontaktpolitiker, de skall endast kommunicera med kunderna, även om modellen ibland missförstås och också enheterna ser kontaktpolitikerna som "sina" representanter och även kontaktpolitikerna misstar sig på rollen.

Omsorgsnämndens presidium hade regelbunden kontakt med verksamheten, "vi har ett gott förtroende och resonerar om det mesta." Omsorgsnämnden följde utvecklingen månatligen genom uppföljning av ekonomiskt utfall och prestationer och deltog därutöver i seminariedagar med tjänstemännen och företrädare för de olika enheterna. Vid dessa seminariedagar diskuterades bland annat inriktningsmålen och effektmålen. Ingen respondent kunde dock ge konkreta exempel på vilka effekter seminariedagarna haft i verksamheten.

I samarbete med företrädare för förvaltningen hade nämnden utarbetat dokument, som benämns "Löften om särskilt boende" och "Löften om hemvård för äldre". Dessa dokument avses konkretisera för vårdtagaren vad denne kan förvänta sig och vad som fordras av vårdtagaren själv och dennes anhöriga. Man kan alltså tala om nämndens förväntningar på vad förvaltningen skall prestera, ett slags standard. Vårdtagaren utlovas bland annat en gemensamt upprättad vårdplan, hjälp att stiga upp och gå lägga sig när vårdtagaren själv önskar, i möjligaste mån hjälp att duscha när vårdtagaren själv önskar, tre mål mat om dagen, tillgång till god hälso- och sjukvård och att komma ut i friska luften minst en gång per vecka. Löftena till hemvårdstagare är mer allmänt hållna och säger i första hand att vårdtagaren skall få den hjälp som beviljats samt få en kontaktperson som hjälper till att följa upp arbetsplanen.⁴⁷⁹

Företrädarna för förvaltningen beskrev den politiska styrningen i första hand som kostnadsstyrning och i andra hand som målstyrning. Också omsorgsplanen nämndes av några respondenter som styrmedel från det politiska systemet. Nämnden styr inte i första hand genom egna initiativ utan den är beroende av idéer och förslag från förvaltningen. En av tjänstemännen konstaterade i intervjun att

kommer det ingenting från förvaltningen så har nämnden ingenting att besluta om

Under intervjuerna underströks framför allt att respekten för att hålla kostnadsramarna var stor:

⁴⁷⁹ Omsorgsnämndens löften om särskilt boende för äldre i Strömstads kommun, december 2003 och Omsorgsnämndens löften om hemvård för äldre i Strömstads kommun, december 2003

Personalen är oerhört inriktad på att hushålla. Och ledningsgruppen inom vård och omsorg bidrar lojalt med överskott till någon annan del som går med underskott.

Några av respondenterna nämnde spontant målen som svar på frågan om hur de styrs. Uppföljande frågor visade att alla respondenter inom förvaltningen var bekanta med målstyrningen, men att de hade olika uppfattningar om i vilken grad och på vad sätt målen styrde. Följande exemplifierar de olika uppfattningar som framfördes.

Nej, målen styr inte. Det går inte att komma ihåg dem alla.

Vi målstyr dagligen – många små mål, som kopplas till de stora. Det är viktigt att vi håller oss till politikens mål – jag kan styra min verksamhet efter det.

Målen är knappast styrande – Personalen har en vårdssituation och det blir så mycket man har råd till.

Kvalitetsarbetet kan bli bättre... Kvaliteten är svår att följa.

Målen styr ändå genom att finnas. Det står vad man skall satsa på och därmed vad man inte skall satsa på.

Målen styr inte, men processen fram till målen styr.

Modellen är målstyrning. Men jag vet inte om alla fritidspolitiker förstår modellen.

Det fanns alltså ingen enhetlig bild av hur målstyrningen fungerade och inte heller av dess betydelse. Ingen kunde dock ge exempel på att målen konkret påverkade handlandet.

Målstyrningen

Karaktären på effektmålen måste betecknas som allmänna anvisningar om vad och hur vården skall bedrivas, delvis riktade till nämnden själv, delvis till förvaltningsledningen och till ledarna för de olika enheterna. Exempel på effektmål från budgeten för 2003 är:

insatserna riktas mot funktionsnedsättningar och dess följder i vardagslivet,

rehabiliterande insatser i syfte att klara den dagliga livsföringen i eget boende,

uppmärksamma demens- och psykiska sjukdomar tidigt,

stimulera deltagande i fritidsaktiviteter,

underlätta kvarboende genom t.ex. trygghetslarm, matdistribution, kommunikationer, hemvård/rehabilitering och samverkan med personens naturliga nätverk,

alla skall bemötas med respekt för sina behov och med stor hänsyn till den enskildes integritet och självbestämmande,

kontinuitet avseende personal, tid medicinska insatser och omvårdnadsinsatser, förbättrad information och kunskapsspridning samt

demenshandikappade skall erbjudas dagverksamhet minst 2 gånger/vecka.

skapa naturliga forum för möten mellan enskilda och grupper till exempel i samarbete med Samverket och Bygdeträffen⁴⁸⁰

Målen var något annorlunda formulerade i budgeten för 2005. Strukturen var enklare, enstaka mål hade utgått och andra mål hade redigerats om. Skillnaderna kan dock ses som marginella, möjligen med undantag för ett nytt och tydligare inriktningsmål: ”Skapa förutsättningar för människor att bo kvar i sitt ordinära boende.”⁴⁸¹

Uppföljning skedde genom brukarenkäter, dock inte för varje enhet varje år. I övrigt skedde ingen uppföljning. Målen är dessutom inte kvantifierade utan närmast beskrivningar av förväntad inriktning, av vad som skall göras för anslagen men inte vad man skall få ut eller hur verksamheten skall värderas. Det går inte att precisera måluppfyllelsen eftersom målen inte definieras som effekter och ännu mindre som mätbara effekter.

Den respondent som i föregående punkt sagt sig målstyra dagligen fick frågan ”Vilket resultat skall Du åstadkomma”, som besvarades med orden ”En omvårdnad och hälso- och sjukvård som är så bra som möjligt. Att jobba på det hela tiden...Vi kvalitetssäkrar hela tiden – det är ständigt pågående. Svårt att ta på.” Detta citat visar att målen kan ses som kvalitativt formulerade riktlinjer som inte är ägnade att följas med mätning av måluppfyllelsen och därmed inte heller att värderas i kvantitativa termer. Citatet belyser också att respondenten inte kände till målen utan att läsa på dem, vilket styrker att de inte aktualiserades i det dagliga arbetet.

Enligt genomförda brukarenkäter till de boende kan betydande avvikelser konstateras mellan målsatta och uppmätta värden på fastställda indikatorer. Sålunda svarade nästan hälften av dem som svarat (38 av 83) nej på frågan Får Du omvårdnadsinsatser enligt särskild upprättad vårdnadsplan och över en fjärdedel av dem som svarat, svarade nej på frågorna Har Du någon kontaktperson, Har Du tillgång till sjukgymnastik eller arbetsterapeut och Får Du komma ut i friska luften minst en gång per vecka

480 Budget för 2003, s. 51 och Budget för 2004, s. 53

481 Budget för 2005, s. 36

om Du själv önskar det?⁴⁸² I intervjuerna ställdes frågor om anledningen till dessa brister och vilka åtgärder som vidtagits. Ingen av de intervjuade, varken nämndens presidium eller ansvariga chefer, trodde dock att enkätresultatet gav ett rättvisande intryck. De trodde att bristerna inte förelåg i verkligheten.⁴⁸³

Hur styrs utformning och verksamhetsinnehåll i den dagliga verksamheten?

Även om de flesta respondenter nämnde att kommunen tillämpar målstyrning, så tilldelade de inte målen eller målstyrningen någon roll i beskrivningen av hur den dagliga verksamheten bedrivs och vilka prioriteringar som sker i den. Ingen av respondenterna utöver omsorgsnämndens presidium och omvårdnadschefen nämnde eller kommenterade omsorgsnämndens löften.

Styrningen i den dagliga verksamheten gäller ständiga prioriteringar i vardagliga situationer såsom mellan att ta ut en vårdtagare i solen eller att städa, avgöra hur många gånger vårdtagaren skall få hjälp att duscha, få hjälp att sätta på TV eller med andra sysslor. Den dagliga verksamheten bedrivs efter vars och ens omdöme och prioriteringar, som i sin tur är formade av traditioner i yrket och på arbetsplatsen. Man gör helt enkelt vad man hinner med, vilket ytterst är en fråga om bemanning. Man vill göra ett gott jobb, men flera upplever ibland att de inte hinner med det.

Enheterna avgjorde själva behovet av vikarier på morgonen och de anställda beskrevs som angelägna att pröva om de kunde klara sig utan vikarie eller om de måste ta in någon under dagen. Det fanns hos alla en lojalitet inte så mycket till kommunen som till arbetsplatsen och man förde diskussioner om relationen mellan ekonomi och budget.

Kostnadsstyrning

Ovan har framgått att kostnadsstyrningen prioriterades i kommunledningens styrning och hur processer etablerades och genomfördes för att hålla kommunens kostnader inom ramen för resurserna. Vid intervjuerna framkom ett exempel på kostnadsstyrning i ett särskilt fall. Bakgrunden

482 Omsorgsförvaltningen: Utvärdering av verksamhet år 2003, s. 70

483 Det skall observeras att frågan här inte gäller huruvida kvaliteten var låg eller hög. Vare sig frågornas relevans eller metod för undersökningen har studerats. Den viktiga iakttagelsen här är endast att den av förvaltningen själv genomförda mätningen av måluppfyllelse inte betraktas som mått på måluppfyllelsen.

var att omsorgsnämnden och omsorgschefen bedömde en förstärkning med två verksamhetschefer nödvändig. Denna organisationsförändring stoppades av kommunledningen, inte i första hand på grund av kostnadsökningen som skulle vara rätt måttlig, utan på grund av att en utökning av administrationen bedömdes ge fel signaler till den kommunala organisationen. Ett år senare fick omsorgsnämnden tillåtelse att införa den eftersträlvade nya organisationen.

Kommunledningens uppföljning av verksamheten var regelbunden och kraftfull, men i praktiken begränsad till kostnadskontroll och kostnadsstyrning. Kommunens resultat och kostnadsutveckling framgår av följande tabell.

Tabell 8.1 Utveckling av kostnader och resultat i Strömstads kommun under åren 2002–2005. Källa Strömstads Kommun, Årsredovisning för 2005, s. 26.

	2002	2003	2004	2005
Resultat	4,1	14,4	14,7	17,8
Verksamhetens kostnader	492,2	519,1	541,5	558,9
Kostnadsökning		5,5%	4,3 %	3,2 %

Överskotten ökade över åren och takten på kostnadsökningarna minskade.

Motsvarande uppgifter för omsorgsnämndens del framgår av tabell nedan.

Tabell 8.2 Utveckling av kostnader och resultat i omsorgsverksamheten i Strömstads kommun under åren 2002–2005. Källa Strömstads Kommun, Årsredovisning för 2003, s. 65, och Årsredovisning för 2005, s. 58. För att göra beloppen för verksamhetens kostnader jämförbara över åren har beloppet för 2002 reducerats med 11,4, som utgör det belopp vilket överförs till barn- och ungdomsnämnden på grund av att viss verksamhet flyttades från omsorgsnämnden till barn och ungdomsnämnden fr.o.m. 2003.

	2002	2003	2004	2005
Resultat	0,6	2,0	4,2	0,3
Verksamhetens kostnader	161,7	168,1	175,5	181,5
Kostnadsökning		4,0 %	4,4 %	3,4 %

Som framgår av tabellen hade omsorgsnämnden visat överskott varje år, men detta gällde inte för var och en av de i nämnden ingående verksamheterna. Olika verksamheter hade i stället haft högre kostnader än budget olika år.

I budget för 2003 hade beslutats att det särskilda boendet Kristallen skulle läggas ned den 1 januari 2003. Denna nedläggning blev emellertid fördröjd och genomfördes inte förrän i maj 2003. Beslutet att skjuta upp stängningen fattades i förvaltningen och godkändes i efterhand av nämnden. En av politikerna konstaterade att ”det behövdes inget beslut [av nämnden] – kostnaderna bara uppstod, Kristallen kunde helt enkelt inte läggas ned.” Omsorgsnämnden bedömde att det bästa för kommuninvånarna vore att fortsatt verksamhet kunde bedrivas på Kristallen och begärde hos kommunstyrelsen ett tilläggsanslag för delfinansiering på 1,4 Mkr under 2003. På förslag av kommunstyrelsen beslöt fullmäktige emellertid ”att merkostnaden på max 1,4 Mkr för fortsatt drift av Kristallen under 2003 får täckas i bokslut för 2003, att med hänvisning till det kända ekonomiska läget informera Omsorgsnämnden att ev. merkostnader för en fortsatt drift av Kristallen under 2004 ej kan påräknas i budget för 2004, samt att man förväntar sig att en stram kostnadsuppföljning sker under 2003 inom Omsorgsnämndens verksamhetsområde.”⁴⁸⁴ I årsredovisningen för 2003 redovisades att kostnaderna för denna fördröjning blev 2,2 Mkr och förklarades med att behovet av platser i särskilda boenden omöjliggjorde nedläggning enligt plan.⁴⁸⁵

Som framgått ovan blev omsorgsnämndens resultat för 2003 likväl ett överskott på 1,9 Mkr. För 2004 blev överskottet 4,2 Mkr och 2005 blev det 0,3 Mkr.

Styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft

Kostnadsmedvetandet och ambitionen att hålla verksamheternas kostnader inom budget var tydliga i kommunen och inom omsorgsnämnden. Det fanns en stark uppslutning i kommunen för kostnadskontrollen. Enheter som klarat sig bättre åtog sig dessutom restriktivitet för att kompensera för enheter som drabbades av överskridanden. Inom omsorgsnämndens ledningsgrupp skedde omfördelning av resurser och överskridanden på en enhet kompenseras med ökad sparsamhet i andra enheter. ”[Inom]

484 Kommunfullmäktiges protokoll den 15 mars 2003, § 101

485 Årsredovisning 2003, s. 69

förvaltningschefens ledningsgrupp hjälper [cheferna] varandra genom att de [enheter] som går bra reducerar eller håller igen sina kostnader och ordnar överskott.” Styrningsintensiteten var stark. Kostnaderna hade också hållits inom budget både på kommunnivå och på nämndnivå, om än inte för alla nämndens verksamheter. Omfördelning mellan verksamheter var dock förutsedd och accepterad. Genomslagskraften av styrning bedöms som betydande.

Styrning av utvecklingen inom äldreomsorgsverksamheten

Följande frågor identifierades ovan som viktiga för omsorgsnämnden, nämligen att utveckla demensvården, att omstrukturera boenden och att förbättra förutsättningarna för att de äldre skall kunna bo hemma, frågan om tillämpningen av tillsynsmyndighetens norm för tilldelning av särskilt boende samt att prova alternativa driftformer.

Normen att erbjuda särskilt boende inom tre månader från beslutet

Texterna i budgetar för 2003 och 2004 har citerats ovan och det framgår där att kommunen avsiktligt dimensionerade resurserna i särskilt boende så att kommunen inte kunde nå den norm som tillsynsmyndigheten tillämpade. I budgeten för 2003 betecknades normen som lagstiftningens krav, men det har vid intervjuer sagts att det egentligen är tillsynsmyndigheten som fastställt den exakta gränsen i tillämpning som tolkning av lagstiftningens begrepp ”skäligen tid”. I budgeten för 2005 kommenteras denna fråga inte.

Enligt samstämmiga intervjuer klarade man dock inte heller under 2005 att tilldela plats inom tre månader. Problemet löstes med tillämpning av två strategier. I första hand förstärktes insatserna i det ordinarie boendet och plats i särskilt boende utlovades ”när den verkligen behövs”. Åtminstone formellt kom man överens med den vårdsökande om att ansökan inte skulle inges förrän senare, när kommunen visste att den hade en plats att erbjuda. Den andra strategin var att ta in dem som absolut inte längre klarade sig hemma på ett korttidsboende i avvaktan på en slutlig placering. Detta innebar att det fanns vårdtagare som bodde i korttidsboende längre tid än tre månader men inte kunde överklaga beslutet eftersom det inte fanns något beslut.

En välvillig tolkning av kommunens handlande gavs av en respondent som sade att kommunen ”balanserar på en knivsegg”.

Styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft

I frågan om att uppfylla tillsynsmyndighetens krav förekom ingen styrning från fullmäktige, kommunstyrelsen eller omsorgsnämnden. Det får antas att kommunens ledande politiker utgick från att balans mellan efterfrågan och tillgång till platser i särskilda boenden småningom skulle uppnås.

Omstruktureringen

Redan i den tidigare omsorgsplanen uttalades att ett litet gruppboende för dementa, Kristallen med 9 platser, skulle läggas ned 2001 och i stället skulle kapaciteten utökas vid Solbogården som skulle utvecklas till demenscentrum. I årsredovisningen för 2003 sades att platsbristen i särskilda boenden, bland annat till följd av nedläggningen av Kristallen, gjorde att budgeterade medel inte kunnat tillföras för utveckling av demenscenter vid Solbogården och personalförstärkning till Beatebergsgården.⁴⁸⁶ I budgeten för 2004 angavs att utbyggnadstakten av Solbogården sänks medan det i budgeten för 2005 sades att ”genom omföring av medel medges fortsatt utveckling av demenscenter på Solbogården ... och personalförstärkning på Beatebergsgården.”⁴⁸⁷

I den tidigare omsorgsplanen nämndes också att två andra mindre boenden, Vettegården och Skogsglântan, skulle omstruktureras. Skogsglântan avvecklades som gruppboende under 2002 och Kristallen under 2003. Kristallen togs därefter under hösten 2003 i anspråk som korttidsboende under beteckningen Opalen. Omsorgsplanen 2005–2010 framhöll att boenden är mest kostnadseffektiva när de har en storlek om 25–30 platser och att nämnden under 2005 avsåg att utreda förutsättningarna för att lägga ned Vettegården och Takåsen, att ersätta platser på Vettegården med tillbyggnad vid Jägaren, ändra en avdelning på Beatebergsgården till avdelning för dementa samt undersöka möjligheterna att bygga till Össbygården med 10–15 korttidsplatser.

Omsorgsnämnden gav i januari 2005 förvaltningen i uppdrag att genomföra utredningen, som under våren ledde till följande förslag.

486 Årsredovisning 2003, s. 69

487 Budget 2004, s. 50 och Budget 2005, s. 37

- *Vettegården*, som är ett gruppboende med 6–7 platser, skall flyttas in i *Beatebergsgården* och bli en särskild avdelning där
- *Takåsen* är ett korttidsboende för äldre i livets slutskede och för närvarande förlagt till sjukhuset på ett sådant sätt att det märks inte om man är på korttidsboendet eller på sjukhuset; detta kan ha lett till att kommunen fått fler och fel patienter dit; Takåsen skall läggas ned och dess platser flyttas till Jägaren
- *Opalen* (tidigare Kristallen) är ett korttidsboende där det bor främst dementa och detta skall läggas ned och ersättas av platser på *Solbogården* som skall byggas ut och även innehålla korttidsplatser och avlastningsplatser för dementa.

Omstruktureringen beräknades leda till besparingar av mellan 5 och 10 tjänster, framför allt på natten genom att nattpersonal inte längre fordrades på lika många enheter. Samtidigt skulle man kunna undvika att anställda behövde arbeta ensamma på nätterna.

Under våren gick ärendet emellertid ”i stå” i nämnden trots att den ”visste vad den ville”. Förvaltningen var beredd att inleda arbetet snabbt efter ett beslut. Politikerna ville dock ha mer tid på sig ”för att förankra frågan i partigrupperna”. Under hösten 2005 fattade omsorgsnämnden följande beslut⁴⁸⁸ vid tre olika sammanträden:

1. Uppdrag till förvaltningen att undersöka samlokalisering av Takåsen och Opalen i sjukhusets lokaler (§ 56)
2. Korttidsvården vid Opalen skall avvecklas senast i januari 2006 (§ 64)
3. Förslag till samverkan mellan Takåsen och sjukhuset presenterat men inget beslut av nämnden (§ 81)

Under hösten 2005 och våren 2006 utreddes och diskuterades frågorna om omstrukturering vidare i nämnden, som hade svårt att fatta beslut. Den enda åtgärd som hade genomförts när avhandlingens utredning avslutades i april 2006 var att Opalen hade lagts ned den 1 februari 2006, varvid resurserna fördes över till Beatebergsgården. Därmed kunde inte Vettegårdens verksamhet flyttas dit. Takåsen drevs vidare i lokaler i sjuk-

⁴⁸⁸ Omsorgsnämndens protokoll 2005, §§ 56, 64 och 81

husbyggnaden. Många olika förslag hade diskuterats under vintern och våren, men varje förslag hade föranlett önskan om utredning av ytterligare alternativa lösningar. En respondent förklarade reaktionerna hos nämndens ledamöter på följande sätt.

Det är inte lätt det här med politiska organisationer, de vill ha förslag och får förslag, men då är det någon som känner någon som hört att... Och så vill man ha nya förslag och får nya förslag och vet fortfarande inte... och - så har ledamöterna plötsligt för många förslag och kan inte bestämma sig av det skälet!

Styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft

Fullmäktige hade beslutat om en omsorgsplan enligt förslag från omsorgsnämnden. I denna upptogs åtgärder för omstrukturering. Annan styrning från fullmäktige eller styrelse förekom inte. Styrningsintensiteten var alltså mycket svag. Omsorgsnämndens ledamöter lyckades dock inte enas om en lösning utan ändrade beslut och begärde nya utredningar. Den enda förändring som genomfördes fram till dess att undersökningen avslutades i april 2006 var stängning av en liten enhet, som egentligen hade stängts en gång tidigare. Styrningens genomslagskraft var låg. Förklaringen till den låga styrkraften var tveksamhet bland omsorgsnämndens politiker.

Utvecklingen av demensvården

Omstruktureringen hade både fysisk och ekonomisk betydelse för utvecklingen av demensvården, som blivit försenad både till följd av tidsutdräkten gällande omstruktureringen och därför att nämndens ekonomiska resurser inte hade räckt till.

Alternativa driftformer

I omsorgsplanens inledande avsnitt konstaterades att den i tidigare plan tänkta anbudsinfordran för serviceteam inte genomförts, men att arbete pågår under 2004. För framtiden sägs att ”öppenhet för alternativa driftformer skall råda. I målen för vård och omsorg framgår att alternativa driftsformer skall stödjas.” En eventuellt erforderlig utökning av platser i särskilda boenden och serviceteam med ansvar för bland annat all städning, tvätt, inköp, matdistribution nämns som exempel på uppgifter att lägga ut på entreprenad.⁴⁸⁹ Som redan noterats i omsorgsplanen är också

⁴⁸⁹ Omsorgsnämnden: Lokal handlingsplan för vård och omsorg 2005–2010, s. 3 och 8. Citatet är hämtat från s. 8.

ett av effektmålen för vård och omsorg – likalydande i alla budgetar för perioden 2003–2005 – att ”[s]tödja alternativa inriktningar och driftsformer i boendet.”⁴⁹⁰

Styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft

Såsom fallet var beträffande omstrukturering var den enda styrningen som skett den i form av omsorgsplanen som beslutats i fullmäktige. Styrelsen hade inte vidtagit några åtgärder. Styrningsintensiteten var alltså mycket svag. Så sent som i februari 2006 hade ännu ingen upphandling förbetrats, än mindre beslutats. Styrningens genomslagskraft var alltså låg.

Styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft i de frågor som gäller utveckling av omsorgsverksamheten

Sammanfattningsvis kan konstateras att i frågor gällande utveckling av äldreomsorgen, såväl omstrukturering, utveckling av demensvården och alternativa driftformer, har fullmäktige beslutat enligt omsorgsnämndens förslag och därigenom i formell mening utövat styrning. Kommunstyrelsen har däremot inte engagerat sig i andra frågor än kostnadsuppföljning och omsorgsnämndens ledamöter har när det gäller omstrukturering inte kunnat samla sig till erforderliga verkställighetsbeslut trots flera förslag från förvaltningen. När det gäller alternativa driftformer har initiativ saknats från nämnden. Styrningsintensiteten från kommunstyrelsen har varit mycket svag, beslutskraften i omsorgsnämnden svag och genomslagskraften av styrningen låg.

Förhållningssätt av betydelse för styrningen

I diskussioner med politiker och tjänstemän i Strömstad om vad som karaktäriserar Strömstad och ledningen av kommunen förekom orden Strömstadsandan, förnyelsearbetet, helhetssyn och sparsamhet ofta. Framför allt var tre värderingar kännetecknande, nämligen för det första att i budgeten skapa ett överskott på kommunnivå och under året att hålla budgeten på nämndnivå, för det andra att politiken arbetar konstruktivt över parti- och blockgränser även i de fall oenighet råder samt för det tredje att kommunmedborgarna skall involveras så mycket som möjligt.

⁴⁹⁰ Budget för 2003, s. 51, Budget för 2004, s. 53, och Budget för 2005, s. 36

Oppositionspolitik skall föras om det finns ett behov. Det viktigaste för oss är att medborgarna skall få det så bra som möjligt, inte att politikerna skall få det. (Ledande oppositionspolitiker)

Tilltro till medborgardialog och samförståndsanda samt respekt för kostnaderna var enligt några respondenter de förhållningssätt som etablerades i förnyelsearbetet och var vad som avsågs när man talade om Strömstadsandan.

En av koalitionen politiker svarade på frågan om det politiska klimatet i Strömstad att

[det politiska klimatet] är ganska bra, ibland kanske för bra. Alla känner alla i en liten kommun. Man kan vara vänner och samarbeta över parti- och blockgränser.

En av tjänstemännen framhöll att det hos alla politiker och tjänstemän fanns en samsyn på det offentliga uppdraget och att kommunen är resursnål. Han fortsatte

Vi levererar en bra samhällsservice till låg kostnad. Verksamheten är kostnadseffektiv. Bygdens folk har levt under karghetens och knapphetens kalla stjärna och har ett väldigt kostnadsmedvetande.

Förnyelsearbetet var något som satte signum i stan, i förvaltningarna och i alla medborgargrupper. Det finns ett genuint intresse att efterhöra vad folk tycker.

Ett talande exempel på dessa goda samverkande institutioner lämnades av kommunstyrelsens ordförande i en telefonintervju i slutet av augusti 2004, då han berättade om våren 2004, ”som var speciell”. Fullmäktige hade givit uppdraget till kommunstyrelsen att lägga fram en budget i balans för 2004 och en budget med överskott för 2005. Då bildades en strukturgrupp med politiker från alla partier för att arbeta fram förslag som skulle klara dessa krav. Arbetet i strukturgruppen blev tidvis omskakande men gruppen identifierade 8 à 10 strukturområden och satte nyckelord på dem. Man nådde inte konsensus om besparingarna, varför frågan gick över till kommunstyrelsen och budgetberedningen. Parallellt med strukturgruppens arbete fick alla förvaltningschefer uppdraget att identifiera sparmöjligheter och uppdraget var tilltaget med ”övervärde”, så att den sammantagna lista som kom fram slutade på ett högre belopp än nödvändigt och därigenom gav budgetberedningen möjligheter att välja. Med material från strukturgrupp och budgetberedning genomfördes ”vår-mötet” som resulterade i besparingar om 10 Mkr för vilka det fanns stor förståelse i hela den kommunala organisationen. Därefter genomfördes

ett öppet möte med befolkningen och i september vid nästa stora möte ”satte presidier och förvaltningschefer ned fötterna och fastställde en budget, som tillgodosåg fullmäktiges krav”. ”Vi gör hårda prioriteringar inom verksamheterna. Nu har vi tagit krafttag med strukturella besparingar.”

Styrningen och dess påverkan på verksamheten – sammanfattning

Kommunstyrelsens styrning var koncentrerad på kostnadsstyrning medan styrning i någon av de övriga frågorna för omsorgsnämnden inte hade förekommit. Processer för att säkerställa att alla kommunens nämnder och förvaltningar tillsammans kan enas om fördelning av tillgängliga resurser var viktiga styrmedel för den kommunala politiska ledningen, som i stort sett arbetade i enighet över blockgränsen. Kostnaderna styrdes genom rambudget, men också i omfördelningsprocesser under året, som fungerade dels på kommunnivå mellan nämnder, dels inom de olika nämnderna genom omfördelning mellan olika verksamheter. Vikten av att kostnadsramarna hölls var känd och respekterad av alla politiker och alla medarbetare. Under det löpande året följde man kostnadsutvecklingen noga och ingrep om kommunen föreföll vara på väg mot underskott. Resultatet var också att kommunen varje år gav överskott. Styrningsintensiteten när det gällde kostnadskontroll har varit stark och styrningens genomslagskraft var betydande. Andra frågor styrdes inte av kommunstyrelsen eller kommunledningen. Kommunstyrelsens ordförande intresserade sig inte för styrning av nämndernas verksamhet utan mer för att utveckla demokratin och processer för medborgarförankring samt för att utveckla kommunen som en del i samhället.

Omsorgsnämnden styrde i sin tur förvaltningen genom budget och uppföljning av kostnader och prestationer. Dessutom följde nämnden utvecklingen av prestationer noga varje månad. Omsorgsnämnden hade vidare preciserat en katalog av inriktningsmål och effektmål. Dessa mål beskrev verksamhetens inriktning och fragmentariskt dess standard på en abstrakt nivå. I verkligheten var det dock inte frågan om målstyrning i den meningen att mätbara mål eller ens mål för vad verksamheten skulle åstadkomma hade fastställts. Än mindre mättes måluppfyllelse, och all uppföljning från kommunledningen och omsorgsnämnden var inriktad på kostnadsutveckling och antal prestationer. Likväl talade praktiskt taget alla respondenter om att man tillämpade målstyrning och i sidoordnade

processer utan koppling till budget- och kostnadsstyrningen diskuterades utfall av enkäter till vårdtagare. Men – när ett negativt utfall redovisades i enkäterna, så ledde det till att tjänstemännen förklarade att enkätresultatet var missvisande och varken politiker eller tjänstemän tillmätte uppföljningen någon betydelse. Målen styrde inte, men de utgjorde fragmentariska beskrivningar av vad som skulle utföras och målen utgjorde punkter för diskussioner mellan förtroendemän och tjänstemän samt mellan förvaltningens tjänstemän inbördes. Den dominerande styrningen gällde kostnader och resurser. Visserligen hade några enheter misslyckats med att hålla sina budgetar, men nämnden totalt höll sin budget genom omprioriteringar under löpande år.

Kommunstyrelsens ordförande deklarerade att han inte var intresserad av att hierarkiskt styra förvaltningarna – det var förvaltningschefernas sak. Politikerna ingrep inte i den dagliga ledningen och inte i de operativa besluten i verksamheten. Nämnden och särskilt dess presidium uppfattade ändå att de hade ”en nära kommunikation med förvaltningen”. Denna kommunikation gällde bland annat formuleringar i omsorgsplanen och av de ovan nämnda målen. Förslagen kom från förvaltningen och de prövades därefter i arbetsgrupper och diskussioner mellan tjänstemän, politiker och företrädare för brukarna. Några effekter i ledningen av den dagliga verksamheten hade detta inte, men det kan antas ha haft effekter för nämndens lojalitet mot förvaltningens budgetäskanden. Omsorgsverksamheten hade också fått resursförstärkningar.

Den dagliga och löpande verksamheten bedrevs av enhetschefer och deras medarbetare enligt budget och i samråd med omvårdnadschefen. I denna dagliga verksamhet utvecklades den praxis och skedde de avvägningar som blev bestämmande för sättet att bedriva vården, för vårdens inriktning och standard. Denna ständigt fortgående utveckling baserades på institutionen att respektera kostnadsramarna och i övrigt på professionella värderingar. Man ansåg sig tillämpa målstyrning men den hade ingen styreffekt.

Att förvaltningarna agerar självständigt och i överensstämmelse med institutionen om god verksamhet visas av omsorgsförvaltningens beslut att fördröja effektueringen av nämndens beslut att stänga det särskilda boendet Kristallen.

Övriga frågor på kommunens agenda för omsorgsverksamheten hade behandlats i fullmäktige genom beslut om omsorgsplanen. De viktigaste punkterna var omstrukturering av de särskilda boendena och utveckling

av demensvården. Styrningsintensiteten var mycket svag. När det gäller omstruktureringen hade nämnden tagit ställning till många olika förslag, beslutat om några förändringar, men förslagen hade varit svåra för politikererna i olika partier att ta ställning till. Nämnden hade flera gånger ändrat sig och skjutit upp beslutet. Motivet var behov av ytterligare diskussioner och avstämningar med partigrupperna. Under mandatperioden hade därför endast en marginell förändring genomförts, nämligen nedläggning av ett litet boende (som för övrigt var utdömt av tillsynsmyndigheterna). Följden blev att kommunen fortsatte att driva resurskrävande boenden. Detta medförde att ekonomiska resurser för utvecklingen av demensvården fick finansiera kostnaderna för särskilda boenden och utbyggnaden av demensvården kunde sålunda inte ske i planerad takt utan fick stå tillbaka i brist på både lokaler och ekonomiska resurser.

En ytterligare fråga på agendan var försök med alternativa driftformer. Sådana försök hade planerats, men inget försök hade ännu kommit till stånd. Ingen upphandling hade ens förberetts, än mindre påbörjats. Styrningsintensiteten var mycket svag och styrningens genomslagskraft låg.

Effekter av fullmäktiges och styrelsens styrning i de frågor som upptagits på agendan sammanfattas i nedanstående tabell.

Tabell 8.3 Kommunstyrelsens åtgärder för styrning på de olika områden som studien gällt samt effekterna av denna styrning.

Punkt på agendan	Styrningsintensitet	Påverkan på verksamheten	Styrningens genomslagskraft
Kostnadskontroll	Stark	Bred förankring och tydlig påverkan på handlandet. Budgeten hålls	Betydande
Omstrukturering av särskilda boenden	Mycket svag	Endast sju platser har överförts till annan enhet	Låg
Utveckling av demensvården	Ingen	Ingen	Ej tillämpligt
Prov med alternativa driftformer och konkurrensutsättning	Mycket svag	Ingen påverkan på handlandet	Låg
Normer för väntetid till särskilt boende	Ingen	Ingen	Ej tillämpligt

Närhet och enighet i kommunhuset

Tidaholm mandatperioden 2003–2006

Utgångsläge

Tidaholm har en stabil politisk tradition av samregerande. Den här aktuella mandatperioden hade socialdemokraterna 19 mandat av 41 i fullmäktige. Moderaterna var näst största parti och hade tillsammans med övriga borgerliga partier 15 mandat i fullmäktige medan vänsterpartiet hade 3, miljöpartiet 1 och två lokala partier tillsammans 3 mandat. Socialdemokraterna ledde under denna mandatperiod kommunen i en koalition med vänsterpartiet och miljöpartiet, men socialdemokraterna hade ensamma 6 ledamöter av 11 i kommunstyrelsen, de borgerliga partierna 4 och vänsterpartiet 1. Vice ordförande i kommunstyrelsen var moderat. Kommunstyrelsens ordförande var heltidsarvoderad politiker och kommunalråd medan alla andra politiker var fritidspolitiker.

Tidaholm hade förutom kommunstyrelsen fem nämnder, socialnämnd, barn- och utbildningsnämnd, teknisk nämnd, miljö- och byggnadsnämnd samt kultur- och fritidsnämnd. Kommunchefen var ansvarig för hela tjänstemannaorganisationen och hade under sig övriga förvaltningschefer. Socialnämnden hade två förvaltningschefer, dels omvårdnadschefen som var chef för omvårdnadsavdelningen (som svarar för vård och omvårdnad av äldre och funktionshindrade), dels verksamhetschefen för individ- och familjeomsorg.

Kommunen hade ekonomisk balans och hade alltid haft det. När den ekonomiska ställningen hotades i slutet av 1990-talet enades alla fullmäktiges partier om ett genomgripande program, som ännu omtalades under beteckningen Strömstadsuppgörelsen. Beteckningen härrör från att diskussionerna ägde rum på internat i Strömstad. Mandatperioden 1999 – 2002 fullföljdes uppgörelsen med en långtidsinvesteringsplan, som på ett realistiskt sätt skulle visa i vilken takt vilka investeringar kan förväntas inom ramen för det ekonomiska utrymmet.

Vid utgången av 2002 var det egna kapitalet i kommunkoncernen 315 Mkr och avsättningar och skulder uppgick till 290 Mkr, vilket motsvarade något över 50% soliditet. Överskottet före extraordinära poster uppgick till 8 Mkr och under 2001 till 4 Mkr.⁴⁹¹

Mandatperiodens agenda

Kommunstyrelsens presidium framhöll vid intervjuerna kommunens totala ekonomi och hantering av en minskning av skolans resurser till följd av sjunkande elevantal som de viktigaste frågorna för mandatperioden. Också socialnämndens presidium framhöll den totala ekonomin som en av kommunens viktigaste frågor. I övrigt såg nämndens presidium missbruksproblemen som en av både kommunens och socialnämndens viktigaste frågor.

Budgeten för 2003 inleddes med att kommunstyrelsens ordförande lyfte fram följande frågor⁴⁹²:

- Kommunens ekonomi var enligt budgeten i balans endast i formell mening. Balansen i ekonomin måste långsiktigt tryggas och ett budgetutrymme⁴⁹³ måste tillskapas.
- Bland åtgärder för att trygga ekonomin ingår en strukturöversyn inom barn- och utbildningsnämndens verksamhetsområde samt åtgärder för att minska sjukfrånvaron i kommunen.
- Budgeten innehåller ytterligare medel för ”mer händer i vården” och för att ”[bearbeta] kön inom barnomsorgen”.

I ett avsnitt om vilka problemställningar som kännetecknat budgetarbetet för 2003 nämndes också bland andra att personalförsörjningsläget var bekymmersamt och att ökade behov framställdes avseende barnomsorg, vård och omsorg⁴⁹⁴. Personalplanering, nya arbetstidsmodeller och konkurrensutsättning nämndes som strategier för att förbättra personalförsörjningen.⁴⁹⁵

491 Årsredovisning 2002, s. 4–5

492 Budget för 2003, s. 6

493 Begreppet ”budgetutrymme” får tolkas som utrymme för satsningar eller för oförutsedda händelser eller oförutsedd utveckling.

494 Budget för 2003, s. 8

495 Budget för 2003, s. 10

I det inledande avsnittet i budgeten för 2004 noterade kommunstyrelsens ordförande att budgetarbetet i ännu högre grad än tidigare kännetecknats av prioriteringar. Nödvändigheten av att trygga balansen i ekonomin och tillskapa budgetutrymme upprepades liksom möjligheten att organisera verksamheten i skolan för ett sjunkande elevantal.⁴⁹⁶ Åtgärder för att motverka den snabbt ökande sjukfrånvaron skulle sättas in enligt ett åtgärdsprogram som skulle pågå under fyra år⁴⁹⁷ och de ökade behoven avseende barnomsorg, vård och omsorg samt nödvändigheten av att förbättra personalförsörjningen genom ovan anvisade åtgärder framhölls i texten.⁴⁹⁸

Sammanfattningsvis kan alltså konstateras att kommunens ledning såg som sin viktigaste fråga att kommunens utgifter inte överstiger den ekonomiska ramen. Inom ramen för denna restriktion hade ändå så långt möjligt bland annat anslagen till vård och omsorg förstärkts. Viktiga strategier för att medverka till en god ekonomi var att reducera sjukfrånvaron och att omorganisera verksamheten inom barn- och ungdomsverksamheten (som innefattar skolan). Ett ytterligare viktigt område för kommunen gällde personalförsörjningen. Några specifika frågor gällande vård och omsorg om äldre identifierades inte vid intervjuer med kommunledningen och socialnämndens presidium. Inte heller noterades några sådana frågor vid genomgång av budgetar och fullmäktiges ärenden.

Frågan om kostnadsstyrning blev därför den enda punkten på kommunens agenda.

Styrning från fullmäktige till verksamhet

Styrprinciper och styrmodell

Kommunfullmäktige antog år 2000 riktlinjer för ledning, styrning och uppföljning av kommunens verksamheter enligt ett målstyrningssystem. De politiska ambitionerna konkretiseras i mål, resurserna anges i budgeten och måluppfyllelsen kontrolleras enligt en fastställd utvärderingsplan. Systemet baseras på en hierarki av mål, nämligen *vision*, som utgör en övergripande politisk ambition att formulera sin strategi mot, *inriktningsmål*, som är av övergripande karaktär och anger den önskvärda riktning-

496 Budget för 2004, s. 6

497 Budget för 2004, s. 7

498 Budget för 2004, s. 8 och 10

en och utvecklingen av en verksamhet, och *effekt mål*, som konkretiserar inriktningsmålen. Effektmålen skall beskriva ett tillstånd eller en effekt, kvantitativt eller kvalitativt, som man vill uppnå för den målgrupp verksamheten riktar sig till. De skall vara tidsatta, mätbara och uppnåeliga inom rimlig tid. Slutligen innehåller hierarkin *verksamhetsmål*, som är av verksamhetschefer angivna mål som krävs för att man skall nå de utlovade effekterna.⁴⁹⁹

Kommunens budgetar för 2003 och 2004 inleddes med ett avsnitt om styrprinciper och budgetmodell för kommunen – likalydande de båda åren. Texten inleddes sålunda. ”En god ekonomi är ett viktigt mål för kommunen och ett grundläggande villkor för att uppnå de välfärdspolitiska mål, som är det primära syftet med kommunens verksamhet.” Dessa principer innebar sammanfattningsvis att uppsatta mål för nämnderna skall harmoniera med de resurser som ställs till förfogande, att nämnderna utgör resultatenheter och får ett kommunbidrag för hela sitt verksamhetsområde med rätt att besluta om omDispositionering av medel under löpande år inom den egna verksamheten. Kommunbidraget ses som ett kontrakt för att få viss verksamhet utförd och nämnden ansvarar för att dess nettokostnader inte överstiger denna ram. Underskott accepteras inte och tilläggsanslag under löpande år lämnas inte.⁵⁰⁰

Också i fullmäktiges beslut om budgeten redovisades kommunens budgetmodell i ett antal att-satser, bland andra ”att övergripande finansiella mål fastställts innebärande att resultatbudgeten skall uppvisa ett positivt resultat motsvarande två procent av skatteintäkter och generella statsbidrag, och att erinra nämnderna om att de i budgeten upptagna anslagen är bundna och icke får överskridas”⁵⁰¹

Fullmäktiges styrning av omsorgsverksamheten

Fullmäktige styrde i första hand genom budgeten, där både ramanslag och inriktningsmål faststälts. Inriktningsmålen för omsorgsverksamheten var följande tre

- Tidholmarna ska känna trygghet i att det finns en god vård och omsorg när de behöver det

499 Denna punkt är i sin helhet ett referat av dokumentet *Ledning, styrning och uppföljning av kommunens verksamheter*, antaget av kommunfullmäktige 2000-11-27.

500 Budget för 2003, s. I–III och Budget för 2004, s. III–V.

501 Likalydande i kommunfullmäktiges protokoll 2002-11-25, § 9, och 2003-11-24, § 174

- Tidaholmarna ska känna trygghet i att den enskildes möjligheter till ett självständigt och meningsfullt liv stöds
- Tidaholmarna ska känna trygghet i att närstående, frivilliga och föreningar ses som en resurs och att samarbetet med dessa ska utvecklas.

I budgeten för 2004 refererades först samma mål som ovan refererats från budget för 2003, därefter sades att ”socialnämnden har beslutat om nya inriktnings- och effektmål för 2004 och framåt. Målen följer tidigare direktiv att verksamheten ska präglas av respekt för den enskilde och dess möjligheter. En viktig inriktning är också att skapa trygghet för vårdtagarna.” I huvudsak samma text återfanns också i Budget 2005.⁵⁰² Budgettexterna i övrigt beskriver verksamheten och redogör för bakgrunden till anslagsnivån. Nivån för omvårdnadsavdelningen höjdes i 2003 års budget.

I december 2003 fastställde socialnämnden en verksamhetsplan för omvårdnadsavdelningen. Verksamhetsplanen innehöll förslag till vision, inriktningsmål och med utgångspunkt från inriktningsmålen preciserade effektmål och strategier för att nå effektmålen.⁵⁰³ Visionen, inriktningsmålen och effektmålen framlades för fullmäktige, som fastställde vision och inriktningsmål⁵⁰⁴.

En viktig styrning från fullmäktige var också beslutet om renoveringar och investeringar, för omsorgsverksamhetens vidkommande i praktiken uppbyggnad och förändringar av boenden. Den etablerade kapaciteten utgör viktiga förutsättningar för verksamheten.

Hur fungerar styrningen i praktiken?

Budgetprocessen inleds i mars då kommunstyrelsens arbetsutskott enas i de grundläggande frågorna. Därefter presenteras förutsättningarna för alla förvaltningarna. Processen pågår till november, då kommunstyrelsen slutför arbetet med ett förslag som fastställs av fullmäktige. Under hela

502 Budget 2004, s. 61, Budget 2005, s. 61 och Budget 2005, s. 63. För fullständighets skull noteras att begreppet ”närstående, frivilliga och föreningar” haft marginellt olika formulering i alla tre budgetarna. I texten ovan har valts den formulering som intagits i budget 2005 och även i den verksamhetsplan (se i det följande) som antogs av socialnämnden i december 2003.

503 Socialnämndens protokoll 10 december 2003, § 99. Verksamhetsplanen behandlas nedan

504 Fullmäktiges protokoll den 15 december 2003, § 192

processen ”har vi ständiga dialoger och ofta stora sammandragningar. Det är hälsosamt för förvaltningarna att få del av varandras läge och kunna göra helhetsbedömningar. Vi har en väldigt öppen process och diskuterar mycket.”

Den formella styrningen under året baserades på att periodbokslut föredras i nämnder, kommunstyrelsen och fullmäktige. Men intrycket från Tidaholm är att den informella styrningen hade större betydelse. Kommunen är liten, politiker och tjänstemän känner varandra och träffas ofta. När kommunstyrelsens presidium sommaren 2004 fick prognoser om en stor negativ budgetavvikelse för året samlade presidiet nämndordförande och förvaltningschefer med flera till ett stort rådslag. Den politiska ledningen konstaterade då att man hade missbedömt intäkterna för 2004 och bad nu alla hjälpa till för att ”slippa sådana här paket”. Kommunalsrådet konstaterade i telefonintervju den 31 augusti 2004 att ”det händer nu faktiskt att det kommer in folk och berättar att de ser en möjlighet att spara i sin egen organisation. Förut hittade de bara besparingar hos de andra.” Genom att ingen nämnd utnyttjade sitt anslag för oförutsett och genom vardaglig sparsamhet i övrigt, såsom att avstå från att anställa vikarier för långtidssjukskrivna tjänstemän, begränsade kommunen sina utgifter och årets resultat totalt blev ett betryggande överskott.

I kommunen fanns en tydlig förståelse för och politisk samstämmighet om ”att äldrevården måste få kosta.” Metaforen ”fler händer i vården” nämndes både i budgeten och återopades i intervjuer med de ledande politikerna. Underskott i omsorgsverksamheten och socialnämnden togs visserligen på stort allvar, men hade accepterats trots vad som sägs i fullmäktiges principer. Kommunen hade också valt att hålla en överkapacitet inom särskilda boenden för att kunna ta emot nya boende när behov uppstod. En av kommunens ledande politiker framhöll att ”skola och omsorg är kommunens basverksamhet – det var därför kommunerna bildades en gång i tiden”.

Omvårdnadsavdelningen var placerad i samma hus och på samma våningsplan som kommunledningen och dess kansli och antalet tjänstemän är litet. Alla träffar alla när man är där, såväl i korridoren som i kafeterian. När kostnadsöverdrag anas eller andra problem uppstår, så pratar man med varandra – såväl spontant som vid regelbundna möten. Omvårdnadschefen talar med kommunalsrådet och kommunchefen och med sitt presidium. Kommunalsrådet talar med socialnämndens ordförande och med kommunstyrelsens vice ordförande, kommunstyrelsens och social-

nämndens vice ordförande talar med varandra. Samarbetet mellan kommunstyrelsens ordförande och vice ordförande är frekvent, öppet och informellt. Utöver dessa informella kontakter äger regelbundna möten rum varje månad mellan kommunstyrelsens ordförande och ordförandena i de sex nämnderna samt mellan kommunstyrelsens vice ordförande och vice ordförandena och övriga ledande representanter för oppositionen.

Styrningen i praktiken av omvårdnadsavdelningen

Det var i studien svårt att få ett konkret grepp om den ovan redovisade kommunens huvudsakligen informella styrning. Tjänstemännen vittnade om att ingen politiker ”lägger sig i” verksamheten, men det framstod å andra sidan klart att kontakterna åtminstone i kretsen kommunstyrelsens och socialnämndens presidier samt omvårdnadschefen var frekventa och politikerna var väl förtrogna med verksamhetens frågor. Det är troligt att diskussionerna under hand i det gemensamma kommunhuset bidrar till att skapa gemensamma bilder som sedan har betydelse i vardagen. Den månatliga formella rapporteringen från omsorgsavdelningen till socialnämnden innehöll uppgifter om kostnadsutveckling och presterade volymer. Med en frekvens av en gång vartannat år för varje enhet lämnas rapporter från de olika enheterna om i vilken grad effektmålen uppnåtts. Omvårdnadschefen informerar också nämnden om viktigare beslut när det gäller verksamhetens bedrivande. Genomgångar sker först inom presidiet och därefter inom nämnden. Materialet föranleder frågor och diskussioner men föranleder sällan formella beslut.

Utöver att socialnämnden fastställde verksamhetsplanen, är den formella styrning som sker koncentrerad på kostnadsuppföljning. Med anledning av ett prognostiserat budgetunderskott om 2,5 Mkr för helåret 2003 fick omvårdnadschefen ett tydligt uppdrag att se över kostnadsutvecklingen ”och föreslå åtgärder i syfte att nå budgetbalans och redovisa åtgärdsförslaget vid sammanträde juni 2003”⁵⁰⁵. En sådant åtgärdsförslag utarbetades och socialnämnden uppdrog åt omvårdnadschefen att verkställa förslaget, vilket innebar ett bättre utnyttjande av resurserna och därmed minskade kostnader motsvarande 2,5 tjänster vid grupp- och stödboendena samt att göra en översyn av hur äldreboendeplatserna används och minska användandet av timvikarier.⁵⁰⁶ I oktober redovisades en ny

505 Socialnämndens protokoll maj 2003, § 54

506 Socialnämndens protokoll juni 2003, § 70

prognos som visade ett årsresultat om – 3,4 Mkr. Underskottet specificerades något, och hänfördes till olika avdelningar men några förklaringar nämndes knappast. Nämnden beslöt avge rapport till kommunstyrelsen men vidtog i övrigt inga åtgärder.⁵⁰⁷ Det slutliga underskottet för omvårdnadsavdelningen för 2003 blev 2 Mkr.

Verksamhetsplanen

Inom omvårdnadsavdelningen utarbetades en verksamhetsplan som stämdes av med socialnämnden och olika föreningar. Planen antogs av socialnämnden i december 2003⁵⁰⁸ för att tillämpas under 2004–2007. I planen relateras först de inriktningsmål som angivits i fullmäktiges budgetar och tre effektmål anknutna till vart och ett av inriktningsmålen. Av effektmålen (som är totalt åtta) är fem konstruerade så att viss andel av dem som erhåller vård skall uppleva att ett visst förhållande föreligger i enlighet med följande tabell.

Tabell 9.1 Ett av effektmålen för vård och omsorg.

Andel av vårdtagarna som skall instämma i	påståendet att
90 %	de känner sig trygga
90 %	de är nöjda med de insatser de får
80 %	de fått tillräcklig information om verksamheten
90 %	de lever ett så självständigt liv som möjligt är
90 %	de lever ett så meningsfullt liv som möjligt är

De övriga tre effektmålen är att alla som fått beslut om boendeplats skall ha fått erbjudande inom tre månader från datum för beslutet,⁵⁰⁹ att 90 % av alla närstående skall vara nöjda med de insatser som de och/eller deras närstående erhåller samt att antalet frivilliga skall ökas under året.⁵¹⁰

Härefter innehåller verksamhetsplanen under tolv olika områden korta bakgrundstexter och förteckningar över strategier och åtgärder att vidta

507 Socialnämndens protokoll oktober 2003, § 79

508 Socialnämndens protokoll december 2003, § 99

509 Detta krav är den norm som tillsynsmyndigheten tillämpar

510 Verksamhetsplan 2004–2007. Omvårdnadsavdelningen, s. 5

inom vart och ett av områdena. När det gäller området hemvård anges bland annat att hemvården skall utveckla specialteam och införskaffa mer specialkunskap, t.ex. psykiaritteam och demensteam, att hemvården skall arbeta fram samverkan med rehabiliteringen och att varje vårdtagare skall ha en målstyrd arbetsplan upprättad. När det gäller äldreboende anges bland annat att en liten dagverksamhet skall startas per hus i de särskilda boendena, att kontaktmannen kontinuerligt skall följa upp och se till att sociala aktiviteter blir genomförda i enlighet med den individuella planen och att det sociala arbetet och den sociala dokumentationen skall utvecklas under 2004.⁵¹¹

Redovisning av uppfyllelse av verksamhetsplanens mål

Måluppfyllelsen mäts genom enkäter som riktas till vårdtagarna. Enligt uppgift mäts varje enhet vartannat år. Det finns naturligtvis många invändningar som kan göras mot både validitet och reliabilitet i mätningar av detta slag. För att blott nämna någon invändning som kan resas, så förefaller en av de väsentliga kvalitetshöjningarna i äldreboendena vara effekterna av specialiserade team för demenssjuka och psykiskt sjuka – en förbättring som dock knappast kommer att få utslag i huvuddelen av de angivna effektmålen samt därtill, om de alls kan mätas, inte kan mätas förrän om ett par år. Här återopas dock mätningarna därför att kommunen valt att använda dem och ser dem som led i målstyrningen. Enligt de utfall som redovisats för 2003 och 2004 uppnås inte de flesta effektmål av fler än någon enstaka enhet. De vanligaste värdena ligger mellan 70 och 85 %. Specifikt för målet att alla som fått beslut om en boendeplats skall ha fått sitt rum inom tre månader för dagen för beslut anges för 2003 att endast 74 % flyttat inom tre månader och för 2004 att 58 % flyttat inom tre månader men att 69 % fått erbjudande inom målsatt tid med valt att avvakta.⁵¹²

Fungerar målstyrningen?

Ovan har en omfattande dokumentation över målstyrningen refererats och med enstaka undantag har alla intervjuade berättat att Tidaholm tillämpar målstyrning. Men, när målstyrningen behandlades under intervjuerna vi-

511 Verksamhetsplan 2004 – 2007. Omvårdnadsavdelningen, s. 9 och 13

512 Årsredovisning 2003 Verksamhetsberättelser, s. 33 och Årsredovisning 2004 Verksamhetsberättelser, s. 31–32

sade det sig med full klarhet att varken fullmäktige eller kommunstyrelsen eller dess presidium styrde via mål. De styrde genom kostnadsbudgeten som förbereddes i möten inom ramen för budgetberedningen. Där diskuterades utfall, behov och satsningar i verbala termer med nämndernas presidier och där fastställdes ramarna.

När förslag till nya mål och redogörelser för uppfyllelsen av målen föredrogs i styrelsen och fullmäktige förekom knappast någon diskussion och informationen lades utan protokollförda kommentarer eller beslut till handlingarna trots att målen inte hade uppfyllts.

Både i budgetarbete och när rapporter togs emot baserade politikerna i fullmäktige, kommunstyrelsen och socialnämnden sina bedömningar på de intryck de fått efter hand genom informella diskussioner med tjänstemännen och med sina partikamrater. Något samband mellan budget och mål fanns inte, de formulerade målen gav ingen komplett målbild och adekvat mätning av måluppfyllelsen förekom inte.

Vid intervjuer med tjänstemännen hänvisade endast ett par respondenter till ett av målen, nämligen målet att vårdtagarna skall känna trygghet i sin tillvaro. Ingen respondent kunde återge ens de viktigaste målen. Det fanns också flera fall av otillräcklig måluppfyllelse, som förklarades med faktorer som visade att man inte trodde på mätmetoderna. Dock kan mätningarnas resultat ge inspiration till diskussioner om verksamhetens bedrivande och utvärdering. Presidiet diskuterar med omvårdnadschefen och omvårdnadschefen med enhetscheferna och enhetscheferna med sin personal. En viss påverkan kan alltså förekomma, men målstyrningen förblir osystematisk och svag.

Oavsett vilka effekter uppföljningen av måluppfyllelsen fick i omsorgs- verksamheten kan konstateras att inga reaktioner från de politiska nivåerna har iakttagits utöver de formella besluten att fastställa förvaltningens förslag till inriktningsmål och effektmål samt att ta emot resultatrapportering. I fullmäktige föranledde de rapporterade tillkortakommandena inte några beslut, eller ens enligt uppgift några diskussioner. Fyra respondenter har i intervjuerna talat om målen i allmänna ordalag och sagt att verksamheterna arbetar på att ”uppnå målen”, men ingen respondent har återgivit mer än något enstaka mål. Inte i någon intervju över huvud taget har någon respondent åberopat något eller några av de uppställda målen på en konkret nivå som viktigt att uppnå eller viktigt att förbättra. Därmed är också sagt att ingen har talat om att förbättra något värde på något kriterium – vilket systemet egentligen utgår från.

Kommunstyrelsens ordförande sade under en intervju beträffande målstyrning följande

Jag har aldrig riktigt förstått det där med målstyrning. Dom pratar om sina mål, men jag förstår det inte.

En av tjänstemännen uttryckte sin mening sålunda

Vi har ju inte lyckats koppla målstyrningen till budgeten... Ibland tänker jag att vi får väl ha den här målstyrningen tills det kommer någon ny fluga... Nej, inriktningsmålen styr egentligen inte, mätningarna säger inte allt och det händer ingenting för de enheter som ligger under effektmålen.

Men – nästan alla intervjuade tjänstemän talade ändå om målstyrningen som ett fungerande styrsystem innan intervjuerna kom in på frågor om hur målstyrningen egentligen fungerar.

Hur styrs utformning och verksamhetsinnehåll i den dagliga verksamheten?

Inte heller enhetscheferna styrdes av målen utan framhöll i första hand sin tilldelade ram, som till cirka 95% tas i anspråk av lönekostnader. Budgeten anger hur många anställda man har råd med och de viktigaste långsiktiga besluten för enhetscheferna gäller personalen: rekrytering, utveckling och lönesättning. Därutöver är enhetschefens uppgifter helt situationsberoende. Det finns boende till ett viss antal med olika behov varierande mellan individer och för varje individ mellan dagar. De boendes totala behov skall tillgodoses med en inriktning och kvalitet som tolkas av de anställda efter deras omdöme och enligt de vanor som etablerats i arbetsgruppen.

En av enhetscheferna konstaterade att

Man måste ta emot sina boende, man får dem man får och det är inte mycket vi kan göra utöver att vara restriktiva med att ta in vikarier och extrapersonal... Beslut om att ta in vikarier tas av avdelningarna, men förstahandfrågan är alltid om man kan klara det med befintlig personal... Personalen har ett lojalt kostnadsansvar. Dessutom är det låga korttidsjukskrivningar här.

Ett belysande exempel från en av enheterna:

En av de boende blir ibland plötsligt våldsam och slår personal och andra boende. Hårt. Nu är han rullstolsbunden, så hans möjligheter att skada är därför inte så stora längre. Men det är tillräckligt för att ingen i närheten skall känna sig säker. Alla är

alltså otrygga. Han har rätt att bo kvar. Hur uppnå målet trygghet? Och, hur beräkna kostnaderna – för honom har vi hela tiden han är vaken en [anställd] avsatt.

Den dagliga verksamheten bestäms av tillgängliga resurser, vilket är personal på plats, just nu föreliggande vårdbehov och personalens uppfattningar om hur vård- och omsorgsuppgiften skall lösas och vilka prioriteringar som skall ske. De enskilda medarbetarnas intressen och personliga läggning får då också betydelse: någon städar hellre än ägnar sig åt social samvaro med den boende, några tycker samvaron med arbetskamrater är viktigare medan andra tycker om ”sina” boende och prioriterar umgänge med dem.

Kostnadsutvecklingen

Kostnader och budgetutfall har för åren 2002–2005 utvecklats enligt följande.

Tabell 9.2 Utveckling av kostnader och resultat i Tidaholm. Källa: Årsredovisningar för 2003–2005.

	2002	2003	2004	2005	Ökn. 2003	Ökn. 2004	Ökn. 2005
<i>Verksamhetens bruttokostnader, Mkr</i>							
Kommunen	541,7	561,0	572,2	592,2	3,6 %	2,0 %	3,5 %
Socialnämnden	178,5	190,7	192,4	196,0	6,8 %	0,9 %	1,9 %
Vård och omsorg	148,9	158,7	161,1	165,4	6,6 %	1,5 %	2,7 %
<i>Verksamhetens nettokostnader, Mkr</i>							
Kommunen	408,0	430,9	433,2	453,5	5,6 %	0,5 %	4,7 %
Socialnämnden	141,6	155,2	155,8	161,9	9,6 %	0,4 %	3,9 %
Vård och omsorg	115,5	127,5	128,1	133,0	10,4 %	0,5 %	3,8 %
<i>Överskott/underskott, före extraordinära poster Mkr</i>							
Kommunen	8,1	10,9	11,4	16,6			
Socialnämnden	-0,5	-4,7	-0,9	-0,9			
Vård och omsorg	-4,6	-2,0	0,5	0,6			

Enligt särskild sammanställning visar kommunbidragen utvecklats enligt nedan

Tabell 9.3 Utvecklingen av kommunbidragen under den senaste tioårsperioden. Källa: Av kommunalrådet upprättad sammanställning.

År	Totalt millioner kronor			Ökning millioner kronor			Ökning i % av totalen			
	Barn- och ungdom-nämnd	Social-nämnden	Totalt alla nämnder	Barn- och ungdom-nämnd	Social-nämnden	Totalt alla nämnder	Från år till år	Barn- och ungdom-nämnd	Social-nämnd	Totalt alla nämnder
1995	107,9	108,2	293,7							
2002	151,7	137,7	384,9	43,8	29,5	91,2	95–02	40,6 %	27,3 %	31,1 %
2004	172,6	154,9	424,4	64,7	46,7	130,7	02–04	42,6 %	33,9 %	34,0 %

Slutligen visas kostnad per prestation

Tabell 9.4 Kostnad per prestation i äldrevården. Källa Socialnämndens årsredovisningar för åren 2004–2005.

	2002	2003	2004	2005	Ökn. 2003	Ökn. 2004	Ökn. 2005
Kostnad per plats i särskilda boenden	369,7	414,7	453,5	459,9	12,2 %	9,4 %	1,4 %
Kostnad per plats i kortvård	329,5	370,4	378,5	448,8	12,4 %	2,2 %	15,7 %
Kostnad per mottagare hemvård	154,3	152,5	171,3	138,3	-1,2 %	12,3 %	-19,3 %

Ovanstående visar att

1. Kostnaderna för 2003 har ökat mer för omvårdnadsavdelningen än genomsnittet för övriga verksamheter
2. Kostnaden per plats i omvårdnadsverksamheten har både 2003 och 2004 ökat kraftigt – med undantag för kostnader per plats i kortvård för 2004.

3. Samtidigt har tilldelningen av ramar för tioårsperioden varit något lägre för socialnämnden än för barn- och ungdomsnämnden. Även om det är skillnad mellan tilldelad ram och faktisk kostnad visar tilldelningen av ramar ändå fullmäktiges prioriteringar och stämmer också med variationer enstaka år långsiktigt med kostnadsutvecklingen.

Det har inte undersökts om beloppen är helt jämförbara. Det kan t.ex. vara så att vissa enheter eller verksamheter har flyttats mellan nämnderna.

Två citat från intervjuerna: "[s]ocialnämnden lever i en gräddfil" och "[d]et händer inget om man drar över". Socialnämnden får – trots allt – göra underskott. Andra nämnder hjälper till!

Förhållningssätt av betydelse för styrningen

På frågor om vilka värderingar och karaktäristiska kännetecken som gäller för Tidaholm nämnde alla respondenter sparsamhet och samförstånd. "Kommunen kännetecknas av sparsamhet eller rent av snålhet eller gnidenhet, av vardagsnit och vardagstaktik." En yttring av denna sparsamhet är att kommunen finansierar alla investeringar med egna medel.

Det fanns en utpräglad samförståndsanda i kommunen mellan de politiska blocken, mellan politiker och tjänstemän och mellan olika förvaltningar. De ledande politikerna eftersträvade ett brett samförstånd. Särskilt i svåra frågor ansågs det viktigt att båda blocken är överens, annars blir det politiskt slagsmål "och då riskeras den goda utvecklingen". Detta förhållningssätt kräver att vissa frågor måste få mogna och under tiden gäller det "att hålla grytan puttrande." I Tidaholm ses ansvaret för verksamheten som ett gemensamt ansvar för hela kommunstyrelsen och för hela nämnden. I den mån partipolitiska tvister äger rum, så äger de rum i fullmäktige, inte i kommunstyrelsen och nämnderna.

Man är också pragmatisk, prestigelös, några säger utvecklingsfientlig medan andra talar om nyttig skepsis till nyheter. "Här går vi inte på några nycker" utan man håller sig till det beprövade och tar inte risker med förändring. Någon respondent talade å andra sidan om brist på visioner.

Styrningen och dess påverkan på verksamheten – sammanfattning

Tidaholm präglades av samförstånd mellan politikerna från de olika partierna och de politiska blocken. Kommunalrådet drev ingen fråga om han inte hade en betydande majoritet bakom sig. Fullmäktige och kommunalrådet var angelägna att resurserna för vården och omsorgen av äldre var tillräckliga. Bland annat byggdes en överkapacitet i de särskilda boendena upp medvetet, en kapacitet som dock inte varit tillgänglig under undersökningsperioden på grund av att ombyggnad av ett av större boendena pågick. Utöver denna kapacitetsutbyggnad uppfattade varken kommunledningen eller presidiet för socialnämnden att några frågor gällande vård och omsorg stod på kommunens agenda. Att verksamheten bedrevs på ett bra sätt ansåg man sig veta. Fullmäktige och styrelsen koncentrerade sig på att åstadkomma budgetar i balans och att därefter följa den ekonomiska utvecklingen så att kommunens ekonomi stärktes. Kostnaderna styrdes genom rambudget, och kostnadskontroll var prioriterad. Det fanns stor respekt för kostnaderna hos alla respondenter. Styrningen av äldreomsorgen begränsades till antalet platser i särskilda boenden, till kostnaderna och till målstyrning.

Såvitt i vart fall gäller relationerna mellan kommunstyrelsen och socialnämnden och mellan kommunledningskontoret och omsorgsförvaltningen var styrningen i Tidaholm informell i högre grad än vad som gällt i de övriga studerade kommunerna. Detta både framkallades och underlättades av att kommunen är liten och att de tjänstemän och förtroendemän som berörs hade sina kontor i samma hus, på samma våning och i angränsande korridorer. De träffades dagligen och umgängesformen var enkel.

Kommunstyrelsens och omsorgsnämndens intresse för kostnadsutvecklingen var tydligt. Utöver de styrmedel som budgetprocessen och budgeten utgjorde följdes kostnadsutvecklingen regelbundet och avvikelser diskuterades, även om dessa diskussioner skedde under hand och inte helt kunnat följas i den empiriska studien. Styrningsintensiteten bör dock troligen betecknas som stark om vikt fästs vid de ledande politikernas krav på att vara informerade och deras beredskap att diskutera utvecklingen. Det var också tydligt att vikten av kostnadskontroll respekteras av nämnd och tjänstemän och att ekonomi under kontroll är starkt institutionaliserad värdering i kommunen.

Likväl har underskott uppstått och detta har godtagits. ”Det viktiga är att man har bra förklaringar” till underskotten. Sparsamheten över lag och en beredskap från alla att hjälpa till gör att enstaka förvaltningar kan och får göra underskott enstaka år utan att kommunen totalt uppfattar att det är ett problem. Trots att omsorgsavdelningen ett par år och socialnämnden de fyra senaste åren har överskridit budget bedöms kostnadsstyrningens genomslagskraft som betydande dels därför att respekten för kostnadsramarna likväl är betydande, dels därför att budgetöverskridandena för socialnämnden de två sista åren varit blygsamma.

I synen på sig själv tillämpade kommunen målstyrning och använde formellt ett batteri av visioner och mål samt – i varje fall inom omvårdnad – uppföljning av målen. Målstyrningen kan alltså formellt betraktas som ett styrmedel i fullmäktiges och kommunstyrelsens hand. I verkligheten hade målstyrningen dock knappast någon betydelse. Politikerna styrde genom att tilldela resurser och övervaka att kostnadsnivåerna höll sig inom budget. Annat styrde man inte. Med något undantag var intervjuade politiker och tjänstemän tveksamma till om och i så fall hur målstyrningen fungerade. Några, bland dem kommunstyrelsens ordförande, framhöll att de egentligen inte förstod idén. Verksamheten bedrevs av enhetschefer och deras medarbetare enligt deras egna bedömningar och uppfattningar, baserade på etablerade förhållningssätt och traditioner. Målen och uppföljning av måluppfyllelse hade inte heller på verksamhetsnivå någon betydelse för verksamhetens bedrivande. Det viktiga i förhållande till socialnämnden och kommunstyrelsen var att budget efterlevs eller att det fanns goda förklaringar till eventuella överdrag.

Om stark och svag politisk styrning och dess påverkan på verksamheten

De empiriska resultaten från de olika kommunerna har sammanfattats kommunvis i slutet av vart och ett av de föregående kapitlen 4–9. I detta kapitel skall resultaten från samtliga fall sammanställas till svar på de tre empiriska forskningsfrågorna. Först redovisas alltså vilka frågor som fullmäktige och styrelserna har styrts, därefter med vilken intensitet styrningen skett och för det tredje vilken genomslagskraft som styrningen har haft. Det fjärde och sista avsnittet sammanfattar de empiriska resultaten under rubriken kommunalpolitikens påverkansgrad. Där visas också sambandet mellan styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft.

Vilka frågor har styrts av fullmäktige och styrelserna?

I inget av fallen har kommunens ledning fastställt någon agenda

I samtliga fall har budgetar med treårsperspektiv upprättats, distriktsnämnderna i Skåne och Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsnämnder har fastställt inriktningsdokument, i Borås och Strömstad har omsorgsplaner fastställts och i Tidaholm har en verksamhetsplan för vård och omsorg fastställts. Dessa budgetar och planer är omfattande och är beskrivningar över önskade lägen och förteckningar över många åtgärder och uppgifter, vilka inte alla eller ens till en huvuddel skulle kunna genomföras inom rimlig tid. I flera fall redovisas dessutom målkonflikter och motsägelser. Men i inget fall har någon prioriterad agenda för kommunen eller för sjukvården respektive äldreomsorgen fastställts eller diskuterats. Agendor har dock kunnat rekonstrueras inom studien med utgångspunkt från vad de ledande politikerna och de ledande centrala tjänstemännen redovisat i intervjuer och vad som framkommit i budgetar och övriga dokument. Även om respondenternas svar inte sammanfallit exakt, har antalet intervjuer varit så stort och svaren i huvudsak stämt så

väl överens både sinsemellan och med dokumentationen att agendorna har kunnat fastställas med god tillförlitlighet. Någon enstaka fråga kan måhända ha försumrats, men avgörande för studiens resultat är att samtliga identifierade frågor har tillhört de viktigaste.

– men kostnadsstyrning var den högst prioriterade frågan i samtliga fall utom i Region Skåne

Av de rekonstruerade agendorna framgår att frågan om att hålla kostnadsramarna uppfattades vara den viktigaste i samtliga fall med undantag för Region Skåne och i någon mån för Västra Götalandsregionen under dess första ett och ett halvt år. De tre kommunerna och Västra Götalandsregionen sedan juni 2000 drev kostnadsstyrning med stark intensitet. Samtliga respondenter i dessa kommuner kände till och respekterade kravet.

Också i Region Skåne förekom naturligtvis kostnadsstyrning i formell mening genom att fullmäktige fastställde budget och genom kostnadsrapportering i tydliga ekonomistyrningsprocesser. Däremot var regionstyrelsens styrningsintensitet när det gällde kostnadsstyrningen svag. Regionstyrelsen drev i stället i första hand krav på högre produktion, en styrning som understöddes av ett kostnadsdrivande ersättningssystem vilket konkurrerade med kostnadsstyrningen.

Utöver kostnadsstyrning gällde styrningen i huvudsak att genomföra önskade förändringar i verksamhetens organisation på övergripande nivå

Det finns inget första läge för en kommun. Den kommunala verksamheten är etablerad sedan flera mansåldrar och den pågår kontinuerligt. Det närmaste man i praktiken kan tänka sig ett initialskede är en kommun efter en sammanslagning med en eller flera andra kommuner, alltså det läge i vilket Region Skåne och Västra Götalandsregionen var under deras första mandatperiod 1999–2002.

Etablerad och befintlig verksamhet styrs i samtliga studerade fall med vad som kan betecknas som rambudget, även om beteckningen inte används i någon av kommunerna. Rambudgeten ger en kostnadsram och uppdraget åt nämnd respektive förvaltning är att bedriva verksamhet inom denna ram och i enlighet med övergripande verbala beskrivningar om inriktning, mål och standard. I alla tre studerade primärkommunerna säger man sig tillämpa målstyrning, och liknade formuleringar återfinns i de överenskommelser som ingås enligt beställar- utförarmodellen i re-

gionerna. Men i inget fall fungerar målstyrningen. För det första bestäms målen i praktiken av förvaltningarna enligt deras uppfattningar om vad som är lämpligt och möjligt, för det andra är målen inte formulerade som mätbara utfall av verksamheten och – för det tredje – i den mån uppföljningar ändå görs, så vinner de inte uppmärksamhet hos politikerna och tillmäts endast begränsad betydelse i förvaltningarna. Målen fungerar i verkligheten inte som styrmedel och uppföljningen av målen tillmäts inte betydelse av någon respondent.

Studien har lett till slutsatsen att också Region Skåne och Västra Götalandsregionen i praktiken styrs med rambudgetar, även om inte heller regionerna använder beteckningen. I första omgången fördelas budgetramarna såvitt avser hälso- och sjukvården till beställarnämnder för att sedan i en förhandlings- och beställningsprocess formuleras som överenskommelser med de förvaltningar (och i förekommande fall utomstående entreprenörer) som skall utföra verksamheten. Överenskommelserna gäller i första hand antal och slag av prestationer som skall fullgöras och ersättningarna för dessa sammansätts i regel dels av fasta ersättningar som kan beskrivas som abonnemangsavtal under en tidsperiod, dels av ersättning per prestation men i allmänhet – utom i flera fall i Region Skåne – fastställs golv och tak för ersättningarna tämligen nära varandra. Också den uppföljning som bedöms väsentlig av utförarna domineras i praktiken av dessa kvantifierade parametrar. Uppföljning i övrigt har marginell betydelse. I och med att en överenskommelse ingåtts fungerar den som en rambudget för en sjukvårdsproducent.

Den verksamhet som pågår och skall fortgå utan att förändras vinner inte uppmärksamhet i styrningen från regionernas och kommunernas ledningar. Styrningen inriktas på vad som skall förändras, vilket utöver kostnaderna är vad fullmäktige och styrelsen vill styra. I första hand gäller detta organisatoriska förändringar i vid mening: vissa slags verksamhet eller vissa kategorier vårdtagare skall flyttas från en enhet till en annan. De aktuella förändringarna motiveras ofta med behovet av koncentration, såsom när det gäller akutvården och äldreboenden. Också överflyttning av patienter från sjukhusvård till primärvård motiveras med koncentration. Strategin att möjliggöra för de äldre i kommunerna att bo kvar hemma under längre tid motiveras officiellt av att de äldre önskar det och mår bättre av det, men den är också en strategi för att reducera kostnaderna för kommunen eftersom alternativet i kommunens särskilda boenden blir dyrare för kommunen. Andra förändringar som eftersträvats har varit kon-

kurrensutsättning och alternativa driftformer, vilka har flera motiv, men viktiga motiv är förväntan om lägre kostnader och bättre vård. Gemensamt för de förändringar som beslutas och styrs är dock att organisationen skall förändras.

Det konkreta innehållet i agendorna

Utöver kostnadsstyrning har följande frågor upptagits på agendorna i de studerade fallen.

Omstruktureringar:

- genomgripande omstrukturering av sjukvården i de två regionerna under första mandatperioden,
- etablering av ny hälso- och sjukvårdsstrategi i Västra Götalandsregionen under den andra mandatperioden, en strategi som väsentligen gällde vilka slags vård som bör bedrivas vid vilka enheter och vilka kategorier av enheter
- reduktion av antalet äldreboenden i Borås och Strömstad med koncentration till färre och större enheter

Konkurrensutsättning och införande av alternativa driftformer

- konkurrensutsättning och införande av alternativa driftformer i de två regionerna under den första mandatperioden
- konkurrensutsättning och införande av alternativa driftformer i Borås och Strömstad

Övriga organisationsändringar

- överförande av uppgiften att beställa sjukhusvård på hälso- och sjukvårdsnämnderna i Västra Götalandsregionen under andra mandatperioden

Frågor om servicenivå och inriktning av servicen

- ökad tillgänglighet till vården, främst förkortade väntetider, i Västra Götalandsregionen,
- utveckling och implementering av medborgarkontrakt i Borås,

- att förverkliga mål och riktlinjer enligt omsorgsplanen i Borås
- utveckling av demensvården i Strömstad
- tillämpning av norm för väntetider till särskilt boende i Strömstad

Frågor om verksamhetens bedrivande

- inre rationalisering, utveckling av vårdprogram och vårdkedjor i Region Skåne och Västra Götalandsregionen
- ökad samverkan mellan kommundelar i Borås

Utbytet av verksamheten och sättet att bedriva verksamheten lämnas åt förvaltningarna utan styrning från de politiska organen

De frågor som styrs av fullmäktige och styrelsen gäller alltså kostnadsnivåer och organisation på en övergripande nivå innebärande vilka enheter som skall finnas var och vilket slags verksamhet som skall bedrivas under vissa i budgeten upptagna poster. Verksamheten beskrivs i termer av särskilda boenden, akutlinjer för kirurgi eller medicin, vårdcentraler med eller utan t.ex. mödravård och barnavård, diabetesmottagning o.s.v. samt öppettider i sjukvården. Vilket utbyte som verksamheten väntas ge, vilken nytta den skall medföra eller vad verksamheten mer konkret skall innehålla och uppnå i termer av kvalitet eller standard styrs endast rent kvantitativt med mått som antal boende, besök, vård dygn och DRG-poäng. Inte heller styrs hur verksamheten skall bedrivas och utvecklas.

Visserligen talar man om målstyrning, men målen styr inte

Kommunallagens förarbeten och kommunal retorik talar om målstyrning. I Strömstad och Tidaholm säger man sig tillämpa målstyrning, men de fastställda målen beskriver inte förväntat utfall i sådana termer att uppföljning kan göras. Ofta är målen allmänt hållna såsom att patienter och omsorgstagare skall bemötas med värdighet och att de skall känna sig trygga. Betydelsen i praktiken av så allmänt hållna mål är att varje anställd själv fyller dem med innehåll i enlighet med sina egna uppfattningar. Inte heller är det alltid mål i egentlig mening som uppställs utan snarare medel att nå målen, t.ex. har formulerats ett mål att det skall finnas omsorgsplan för varje vårdtagare. Det egentliga målet torde snarare vara att den utövade omsorgen håller en god kvalitet i olika avseenden, medan planen antas utgöra ett verksamt medel för att åstadkomma denna kvalitet. Målen styr

därför inte. Varken målformuleringar eller mått på utfall spelar heller någon roll i praktiken.⁵¹³

I Borås hade kommunalnämnderna i uppdrag att etablera system för målstyrning, men detta krav uppfyllades inte i de två kommundelar som studerats. Specifikt hade staden också fastställt en omsorgsplan med vissa mål och följde uppfyllelsen av denna, liksom förvaltningarna i Tidaholm rapporterade måluppfyllelse till fullmäktige. Men uppföljningarna är för det första svåra att värdera och för det andra föranleder inte rapporter av avvikelser några åtgärder varken i fullmäktige, kommunstyrelsen eller i de nämnder som ansvarar för verksamheterna. Inom verksamheten i alla tre kommunerna ansåg man att uppmätta brister i kvaliteten inte korrekt återgav verkligheten. Uppfattningen var att de egna mätningarna visade fel och att de därför inte var något man behövde bry sig om.

Överenskommelserna i regionerna mellan beställare och utförare avser främst antal prestationer och ersättningar, endast i begränsad mån förändringar i vårdens organisation och bedrivande

Distriktsnämnderna i Region Skåne och hälso- och sjukvårdsstyrelsen respektive hälso- och sjukvårdsnämnderna i Västra Götalandsregionen försökte styra verksamheten och utbytet av den genom överenskommelser, men dessa hade begränsad betydelse. Nämnderna saknade erforderliga resurser för att lära känna, kunna bedöma och förstå och därmed påverka viktiga frågor hos utförarna, och i praktiken gällde förhandlingarna i första hand den totala ersättningen och antalet prestationer. Vissa andra krav ställdes, såsom utveckling av vårdkedjor och ökat samarbete mellan primärvård och sjukhusvård, men även om dessa krav ökat något i överenskommelserna för 2006 i Västra Götalandsregionen, var de av endast marginell betydelse och endast allmänt formulerade riktmärken. Huvudintrycket är sålunda att både förhandlingar och överenskommelser framför allt gäller antal prestationer och överenskommen ersättning. Den totala ersättningen blir som vid konventionell anslagsstyrning och budgetering förra årets ersättning plus uppräknings och för ersättningen skall utföraren uppnå ytterligare några fler prestationer än tidigare år. Förhandlingarna mellan beställare och utförare gäller endast åtgärder och ersättningar på marginalen.⁵¹⁴

513 Dessa empiriska resultat överensstämmer med tidigare forskning, se bl.a. Rombach (1991), och Pettersson (1996); det empiriska underlaget är dock här mer omfattande och tydligare

514 Se också Berlin (2006), som funnit att beställarna styrde hälso- och sjukvården på marginalen

För den första mandatperioden i Region Skåne och Västra Götalandsregionen upptogs också frågor om rationalisering av vården och utveckling av vårdprogram och vårdkedjor på agendan. Några åtgärder för att styra dessa frågor vidtogs emellertid aldrig av regionstyrelserna.

Samtidigt är utförarstyrelserna i regionen och nämnderna i kommunerna osäkra på om och vad de kan styra

Inte heller utförarstyrelserna i Västra Götalandsregionen och nämnderna i de studerade kommunerna styr verksamhetens bedrivande. De fastställer budgetar och kontrollerar kostnadsutvecklingen samt beslutar i de frågor som förvaltningsledningen presenterar för nämnderna. Men de saknar information och underlag för välgrundade bedömningar av verksamheten och dess viktiga frågor, vilket leder till begränsningar i möjligheterna att aktivt driva frågor av betydelse för verksamheten.

I Borås planerade kommunstyrelsen att införa medborgarkontrakt som underlag för att styra serviceverksamheten, men några konkreta kontrakt för implementering hade inte tagits fram när studien avslutades

I Borås avsåg man att införa medborgarkontrakt, men processen att utarbeta och enas om kontrakten hade trots tre års arbete ännu inte (våren 2006) resulterat i ett förslag som majoriteten hade kunnat enas om. Ett slags kontrakt används i äldrevården i Strömstad, men de utfästelser kommunen gör i dessa kontrakt är av så allmänt innehåll att de knappast kan sägas styra verksamheten.

Samverkan mellan kommuner och landsting avseende äldreomsorgens vårdtagare, en viktig fråga som underströks av det politiska systemet men som lämnades utan styrning

Som tidigare framhållits fanns anledning att förvänta sig aktiviteter för att uppnå en högre grad av samverkan mellan kommunerna och regionen när det gäller vården av de äldre. Sådan samverkan har också efterlysts i Borås, där fullmäktige i budgeten säger att man vill se exempel eller prov på sådan samverkan, och av Västra Götalandsregionens utvecklingsstrategi för hälso- och sjukvården där samverkan med kommunerna framhålls som en av framgångsfaktorerna. Inte heller denna fråga har emellertid upptagits på agendorna eller på annat sätt understrukits i intervjuerna. Enstaka

projekt drevs i regionen, men ingen effekt hade ännu 2006 uppstått i verkligheten. Det är en fråga som inte styrts.

Sammanfattning och svar på den första delfrågan om vad, vilka frågor och vilka områden som styrs av fullmäktige och styrelsen

De politiska ledningarna i de studerade regionerna och kommunerna diskuterade inte och fastställde inte någon agenda. De var framför allt inriktade på att styra kostnaderna, vilket skedde genom olika former av rambudgetar (även om beteckningen inte användes) som fastställde kostnadsramar och verbala beskrivningar på övergripande nivå av den verksamhet som skulle bedrivas för anslagen, kvantifierat med angivande av förväntat antal prestationer. Därutöver styrdes organisationsförändringar av olika och typiskt sett övergripande slag: a) nya styrformer såsom förändring i ett beställar- utförarsystem, b) förändrad struktur i meningen vilka slags service som skall tillhandahållas var och av vilken enhet och c) konkurrensutsättning och förändrade driftformer.

Viktiga frågor för verksamheten såsom dess utbyte, standard och utveckling styrdes i många fall inte alls. En sjukhusdirektörs redan tidigare citerade utsaga om styrning är representativ och illustrativ: ”jag styrs av budgeten, antal prestationer och en inre bild av sjukhusets uppgift och på vilket sätt denna uppgift bör bedrivas”. I officiella beskrivningar sade sig primärkommunerna styra genom att sätta upp mål för verksamheten, men i verkligheten förekom ingen sådan styrning och många respondenter var medvetna om att målstyrningen inte hade någon effekt. Endast enstaka aspekter på service och servicegrad har aktualiserats i vissa fall, nämligen reduktion av väntetiderna i Västra Götalandsregionen, medborgarkontrakt i Borås och utveckling av demensvården i Strömstad.

Slutsatsen beträffande inriktningen och omfattningen av kommunledningarnas styrning av verksamheten kan formuleras i ordet *partiell*, kommunledningarna styr verksamheten delvis och därvid i första hand kostnaderna.

Med vilken intensitet har agendans frågor styrts?

Kostnaderna

I Borås och fr.o.m. våren 2000 i Västra Götalandsregionen var tydliga processer etablerade för styrning och uppföljning av kostnader. Processerna baserades på tät kostnadsrapportering, prognostisering och upp-

följningsmöten. Dessa processer var starkast i Borås, där de dessutom skärptes successivt under mandatperioden. Fullmäktige både i Borås och i regionen har konstaterat och stadsledningen respektive regionledningen har kontinuerligt påmint om att kostnadskontrollen är överordnad verksamhetens krav. I Borås intervjuerade kommunstyrelsen i kommunalnämndernas ekonomiska beslut och både i Borås och i regionen infördes inköpsstopp och anställningsstopp vid ett par tillfällen. Både i Borås och i regionen ansågs att förvaltningens kostnadskontroll var den avgörande frågan vid utvärdering av chefer, i Borås rådde dessutom uppfattningen att chefer befordras eller avsätts med hänsyn till förmågan till kostnadskontroll. Styrningsintensiteten bedöms som stark i Borås och Västra Götalandsregionen.

Kostnadsmedvetandet har varit lika starkt i Strömstad och i Tidaholm, som båda också har tydliga processer för att följa utvecklingen av kostnaderna, även om processerna i dessa kommuner gav intryck av en högre förståelse och acceptans för att vissa enheter överskrider sina kostnader så länge andra enheter kan kompensera med överskott av motsvarande storlek. Strömstad och Tidaholm skiljer sig från Borås och Västra Götalandsregionen när det gäller strategin att hantera uppkommande kostnadsavvikelser. I de två små kommunerna baserar man sig på en institution av samförstånd mellan de politiska partierna och över blockgränsen, mellan det politiska systemet och förvaltningen samt över förvaltningsgränserna. Det viktiga är att kommunen som helhet når överskott, och uppstår risk för underskott i någon förvaltning eller enhet så uppmanas alla andra att hålla igen. Så har också skett under den tidsrymd som studien överblickar. Också i Strömstad och Tidaholm bedöms styrningsintensiteten som stark.

I Region Skåne var texter i budgetar det enda styrmedel för kostnadsstyrning som nyttjades av regionens ledande politiker. I texterna underströks behovet av besparingar och nödvändigheten av att kostnadsramarna hölls. Därutöver följdes kostnaderna av regionstyrelsens kansli i löpande bokslut och prognoser. Några ytterligare åtgärder från regionledningen kunde inte konstateras. I stället gavs sjukhusen i en parallell styrning möjlighet och incitament att öka produktionen och därmed totalkostnaderna samtidigt som regionstyrelsens ledning gav tydliga budskap till invånare och organisation att det gällde att producera mer och förkorta väntetiderna. Styrningsintensiteten när det gällde kostnadsstyrningen i Region Skåne var svag.

Strukturförändringar

Strukturförändringar upptogs på agendorna i samtliga fall utom i Tidaholm, där modernisering och upprustning av särskilda boenden hade beslutats tidigare mandatperiod och höll på att genomföras under den undersökta perioden. Andra förändringar bedömdes av kommunstyrelsen i Tidaholm inte vara aktuella inom äldrevården.

I båda regionerna fick regionstyrelserna redan inledningsvis uppdrag från fullmäktige att genomföra strukturutredningar. Mycket kraft ägnades under den första mandatperioden dessa utredningar och därpå följande diskussioner och förankring av föreslagna strukturförändringar. Regionledningarna engagerade sig med kraft i både utredningsarbetet och det efter vederbörliga beslut följande verkställighetsarbetet. Oenighet mellan de politiska partierna, framför allt i Västra Götalandsregionen, och motstånd mot föreslagna och beslutade förändringar gjorde emellertid att utredningar fick göras om och att de flesta beslutade förändringar inte verkställdes. Resultaten blev endast marginella, varför nya utredningar följde under den andra mandatperioden i båda regionerna. De styrmedel som tillämpades utgjordes väsentligen av processer för att finna de optimala lösningarna och uppnå samförstånd om dessa. Styrningsintensiteten från fullmäktige och styrelse var stark, utredandet och ansträngningarna i samband med detta pågick hela tiden under de ledande politikerna i regionerna.

Under den andra mandatperioden i Västra Götalandsregionen avslutades utredningsarbetet på regionnivå med ett beslut om en utvecklingsstrategi, som lämnades till beställarnämnder och utförarstyrelser att förverkliga. Enligt fullmäktiges beslut förväntades att utvecklingsstrategin skulle få effekter redan i beställningarna avseende 2005 års verksamhet. Styrningen från regionledningen blev försiktigare under den andra mandatperioden, och sedan strukturbeslutet fattats inskränktes styrningen från regionstyrelsen till att begära rapporter om hur strategin fullföljdes. Trots att rapporterna visade att förändringarna inte skedde i den takt och omfattning som fullmäktigebeslutet begärde, vidtogs inga ytterligare åtgärder för styrning. Styrningen från regionstyrelsen bedöms som svag. Hälso- och sjukvårdsnämndernas följande hantering av strukturfrågorna präglades dels i vissa fall av oenighet mellan och inom nämnderna, dels av att nämndledamöterna inte velat driva vissa strukturfrågor. Nämndernas styrning begränsades till marginella förändringar. Också hälso- och sjukvårdsnämndernas styrning bedöms sålunda som svag.

I Borås gällde strukturförändringarna att reducera antalet platser i särskilda boenden och lägga ned två av dem och att i stället möjliggöra för de äldre att bo kvar hemma och få hjälp av hemtjänsten. En plan för avveckling av boenden och platser hade fastställts och följdes, kategoriseringen av de särskilda boendena och tilldelning av platser i dem centraliserades från kommundelsnämnderna till en särskild enhet inom stadskansliet. Styrningsintensiteten var stark.

Den planerade och inom ramen för fullmäktiges budget beslutade omstruktureringen i Strömstad var av mindre omfattning och gällde dels utveckling av demensvården, dels att lägga ned några mindre boenden och i stället öka kapaciteten i andra boenden för att få till stånd större enheter med bättre ekonomi och högre säkerhet för både boende och personal. Frågorna hade samband, eftersom utvecklingen av demensvården krävde mer resurser och omsorgsnämnden inte såg sig kunna disponera dessa förän omstruktureringen från mindre till större enheter inom de särskilda boendena hade genomförts och därmed frigjort ekonomiska resurser och personal. Även om planerna talade om större enheter, var det ändå frågan om relativt små enheter med ungefär 25 boende. Ärendet behandlades inom omsorgsnämnden i enlighet med handlingsplaner och budgetar som fastställts av fullmäktige. Kommunstyrelsen hade inte engagerat sig och i omsorgsnämnden hade beslut fattats och upphävts, nya utredningar krävts och genomförts men ännu när undersökningen avslutades i maj 2006 hade endast en mindre förändring genomförts och verkställighetsbeslut i omsorgsnämnden saknades fortfarande. Så länge omstruktureringen av boendena inte genomförts, hade utvecklingen av demensvården skjutits upp. Slutsatsen blir att styrningsintensiteten från kommunstyrelsen var mycket svag och att omsorgsnämnden fram tills undersökningen avslutades endast hade begärt och diskuterat utredningar om olika alternativ. Också nämndens styrningsintensitet var mycket svag.

Alternativa driftformer och konkurrensutsättning

Program för alternativa driftformer och konkurrensutsättning hade formulerats som viktiga frågor i budgetar både i de två regionerna under deras första mandatperiod och i Borås och Strömstad.

I Västra Götalandsregionen engagerade sig regionstyrelsen inte i frågan över huvud taget. Skälet under 1999–första hälften av 2000 var den allmänna handlingsoförmåga som regionstyrelsen hade till följd av interna

motsättningar och skälet därefter att socialdemokraterna (den nya koalitionen ledande parti) egentligen inte ville ha någon konkurrensutsättning. De var därför kallsinniga till programmet, även om det formellt gällde hela mandatperioden (och även under den andra mandatperioden). Styrningsintensiteten i Västra Götalandsregionen var alltså mycket svag, kanske egentligen obefintlig.

Motsatsen gällde i Region Skåne, där regionens politiska ledning engagerade sig starkt för att förverkliga programmet. Flera styrmedel tillämpades: krav på planer från distriktsnämnder och sjukhus om konkurrensutsättning, inrättande av ett särskilt kansli, fortlöpande rapportering av åtgärder, en särskild grupp med regionstyrelsens ordförande och andra ledande politiker som följde arbetet och slutligen en direkt styrning av bolagisering av två sjukhus och överlåtelse av ett tredje till entreprenör. Styrningsintensiteten var stark.

I Borås hade krav på alternativa driftformer och konkurrensutsättning ställts i varje budget och frånvaron av förslag från kommunalnämnderna hade kritiserats och beklagats i budgetar. Å andra sidan hade de få initiativ som ändå framlagts från kommunalnämnderna försenats när de nått kommunledningen. Det enda styrmedel som tillämpades var alltså uttalanden i budget. När förslag – om än få – nådde kommunstyrelsens kansli, så försenades de. Styrningsintensiteten var mycket svag.

Alternativa driftformer upptogs som en strategi i Strömstads kommun för äldreomsorgen. Strategin hade tagits in både i omsorgsplanen och i budgetar, men den hade sedan inte drivits vare sig av kommunstyrelsen eller av omsorgsnämnden. Styrningen från kommunstyrelsen och omsorgsnämnden var mycket svag.

Organisation och styrsystem

Att etablera och följa upp nya styrsystem identifierades som en av de viktiga frågorna för de nya regionerna. Detta låg egentligen i sakens natur, eftersom etableringen av regionerna innebar sammanslagningar av två respektive tre hela landsting med därtill i vardera fallet sjukvårdsorganisationen i de tidigare landstingsfria städerna och enheter inom två respektive tre tidigare länsstyrelser. Emellertid valdes inte detta område ut för studien i de två regionerna under deras första mandatperiod. Några systematiska empiriska resultat beträffande styrningsintensitet och genomslagskraft av styrning när det gäller organisation och styrsystem finns därför inte att redovisa från den första mandatperioden.

Däremot ingick styrningen av en betydelsefull organisationsförändring inom Västra Götalandsregionen under dess andra mandatperiod i studien. Denna förändring avsåg överflyttning av ansvaret för beställning av sjukhusvård, som under den första mandatperioden vilat på en regionövergripande hälso- och sjukvårdsstyrelse och under den andra mandatperioden lades på hälso- och sjukvårdsnämnderna som därigenom fick ansvar för beställning av all sjukvård. Hälso- och sjukvårdsnämnderna fick sina nya uppgifter tilldelade av fullmäktige och utförde dem, men utan någon styrning, något stöd eller någon samordning från regionstyrelsen. Inte heller hälso- och sjukvårdsavdelningen, som var regionens tjänstemannaorgan för ledning och samordning av sjukvården, vidtog andra åtgärder än att kansliets tjänstemän fungerade som diskussionsledare och utredare. Regionstyrelsens styrningsintensitet måste därmed betecknas som mycket svag.

Frågor om servicenivå och inriktning av servicen

I undersökningen av Region Skåne framkom först efter hand att regionens politiska ledning eftersträvat ökad produktion och därmed förkortade väntetider, men frågan aktualiserades inte av respondenterna i de intervjuer som genomfördes för att fastställa agendan. Därmed kom styrning av detta område aldrig att undersökas i studien. Det blev därför inte systematiskt utrett vilka styrande åtgärder som vidtogs och vilka resultat dessa hade. Under intervjuerna framkom dock att sjukhusledningarna genom ersättningssystemet hade en stark drivkraft att öka produktionen, vilket ledde till (och av politiska ledningen avsågs leda till) förkortade väntetider. Också genom verbala uttalanden hade regionledningen tryckt på vikten av att förkorta väntetiderna. Dessa incitament konkurrerade med målet att begränsa totalkostnaderna – de konkurrerande styrsignaler som regionledningen gav och som relaterats ovan.

Inte heller uppgavs förkortade väntetider som en angelägen fråga vid intervjuerna i Västra Götalandsregionen under den första mandatperioden eller i den första etappen under den andra mandatperioden. Däremot framkom i andra etappens intervjuer att frågan hade givits hög prioritet i regionledningens styrning under mandatperioden. De styrmedel som tillämpades var beslut om s.k. vårdgarantier, en särskild enhet inom regionkansliet som hjälpte patienter som fått vänta länge att söka vård på annat håll samt en regelbunden uppföljning av utvecklingen av väntetiderna. Styrningsintensiteten bedöms som stark.

Frågan i Borås om medborgarkontrakt hade visserligen beslutats av fullmäktige, men ännu inte slutförts av kommunstyrelsen. I den frågan får sålunda konstateras att styrning inte förekommit alls.

Fullmäktige i Borås hade fastställt en omsorgsplan och givit kommun-delsnämnderna i uppdrag att följa och rapportera implementeringen av omsorgsplanen. Sådana uppföljningar hade efterlysts varje år av kommunledningskansliet, men kommun-delsnämnderna hade inte prioriterat frågan. Dels kunde därigenom inte alla mål och riktlinjer följas upp, dels visade uppföljningen i den utsträckning den kunnat genomföras att det fanns brister i implementeringen. Några åtgärder med anledning därav hade dock inte genomförts av kommunstyrelsen. Dess enda styrmedel utöver fullmäktiges omsorgsplan var att säkerställa att den årliga uppföljningen genomfördes. Styrningsintensiteten bedöms ha varit svag.

Inte heller hade någon styrning skett i Strömstad när det gällde att utveckla demensvården, närmast därför att omsorgsnämnden inte nådde beslut om omstrukturering och därmed inte hade erforderliga medel till förfogande för omstrukturering av demensvården.

Frågor om verksamhetens bedrivande

Frågan om att rationalisera vården och att utveckla vårdprogram och vårdkedjor upptogs i båda regionerna för den första mandatperioden som en av de viktigaste frågorna. Men i ingen av regionerna hade regionstyrelsen engagerat sig i frågan. Ingen styrning ägde rum utöver fullmäktiges budget med omfattande beskrivningar av vikten av att åtgärder vidtogs på dessa områden. Styrningsintensiteten var alltså mycket svag.

I Borås hade kommunalråden och kommunchefen tydligt begärt en ökad samverkan mellan kommundelarna och överlätit åt kommun-delscheferna att undersöka på vilka områden och hur samverkan lämpligen skulle kunna genomföras. En förteckning över möjliga och lämpliga samverkansområden togs fram, men endast marginella förändringar genomfördes. Styrningsintensiteten från kommunledningen förlorade kraft under frågans handläggning och blev sammantaget och slutligen svag. Kommun-delsnämndernas ledamöter förhöll sig olika till framlagda förslag, någon var skeptisk, någon var motståndare. Den sammantagna styrningen från kommun-delsnämnderna var svag.

Sammanfattning och svar på den andra delfrågan om med vilken intensitet de viktiga frågorna och områdena styrts

När det gäller styrningsintensiteten framträder särskilt två gemensamma drag; det ena är att kostnaderna styrts med stark intensitet i alla fall utom i Region Skåne, det andra är att i samtliga fall förekommer ett flertal frågor och områden som styrts med svag eller mycket svag intensitet. Strukturförändringar har dock givits stark styrningsintensitet i Borås, i Region Skåne och i Västra Götalandsregionen, men för den senares del endast under den första mandatperioden men inte under den andra. Dessutom styrdes konkurrensutsättning och alternativa driftformer med stark intensitet i Region Skåne och förkortade vårdköer med stark intensitet i Västra Götalandsregionen under dess andra mandatperiod. I samtliga övriga frågor i kommunerna har styrningsintensiteten varit svag eller mycket svag, i några fall har knappast någon styrning alls följt på fullmäktiges beslut.

Undersökningen av vilka frågor och vilka områden som fullmäktige och styrelsen styrts och med vilken intensitet sammanfattas i följande tabell. Styrningsintensiteten anges med termerna stark, svag och mycket svag.

I två frågor visade det sig att styrelsen i praktiken varit ointresserad och kanske negativ till att frågan skulle drivas. Detta gäller konkurrensutsättning i Västra Götalandsregionen juni 2000–2002 och skärpt tillämpning av rätten till särskilt boende i Strömstad. I ett tredje fall visade det sig att kommunstyrelsen själv ännu inte kunnat enas om hur frågan skall fullföljas, nämligen medborgarkontrakt i Borås. I ett fjärde fall, slutligen, saknade omsorgsnämnden i Strömstad resurser till i och för sig planerad utveckling av demensvården till följd av att nämnden inte lyckats besluta om omstrukturering och därmed frigöra resurser. Eftersom redan fullmäktiges beslut ses som styrning och som ett styrmedel är det relevant att inkludera också dessa fall i sammanfattningen. För dessa fyra fall anges emellertid i tabellen ett fjärde skalsteg, nämligen ”ingen styrning”.

Tabell 10.1 Förteckning över de frågor och områden, som upptagits på regionernas och kommunernas agendor samt den bedömda styrningsintensiteten inom respektive fall gällande respektive fråga eller område.

Fråga eller område för styrning från fullmäktige och styrelsen	Region Skåne	Västra Götalands regionen 1999 – 2002	2003–2006	Borås	Strömstad	Tidaholm
Kostnader	SVAG	STARK	STARK	STARK	STARK	STARK
Strukturförändringar	STARK	STARK	SVAG	STARK	Mycket SVAG	
Alternativa driftformer och konkurrensutsättning	STARK	Ingen styrning		Mycket SVAG	Mycket SVAG	
Överförande till hälso- och sjukvårdsnämnderna av uppgiften att beställa all sjukvård			Mycket SVAG			
Ökad tillgänglighet till vården och kortare väntetider			STARK			
Utveckling och implementering av medborgarkontrakt				Ingen styrning		
Att förverkliga mål och riktlinjer enligt omsorgsplanen				SVAG		
Utveckling av demensvården					Ingen styrning	
Tillämpning av norm för väntetid till plats i särskilt boende					Ingen styrning	
Inre rationalisering, utveckling av vårdprogram och vårdkedjor	Mycket SVAG	Mycket SVAG				
Ökad samverkan mellan kommundelarna					SVAG	

Vilken genomslagskraft har styrningen uppnått?

Kostnadsstyrning

I Region Skånes förvaltningar uppfattades frågan om kostnadskontroll inte som den mest angelägna uppgiften och kostnaderna var högre än budget. Hälso- och sjukvårdens underskott var betydande. I Västra Götalandsregionen etablerades under den första mandatperioden ett allt större medvetande om och en allt större respekt för kostnadsramarna och vikten av kostnadskontroll. Kostnadsmedvetandet var under mandatperiodens senare del så allmänt omvittnat att i studien dragits slutsatsen att en institutionaliseringsprocess inletts och vunnit genomslag. Några enheter begränsade också sina kostnader till budgeterad nivå och några enheter reducerade sina underskott under mandatperioden. De största enheterna orsakade dock fortsatta och i vissa fall ökande underskott. Detta fick till följd att hälso- och sjukvården totalt gav underskott varje år av i stort sett oförändrad storlek, trots att anslagsnivåerna ökade vid ett par tillfällen under mandatperioden.

En jämförelse mellan de två regionerna visar att de relativa kostnadsökningarna var nästan lika höga i Västra Götalandsregionen och i Region Skåne och dessutom på samma nivå som i Stockholms Läns Landsting och genomsnittet inom svensk sjukvård i övrigt. Att Västra Götalandsregionen ändå hade lägre underskott berodde på högre anslagsökningar, finansierade bland annat med en skattehöjning. Av denna jämförelse dras beträffande Region Skåne slutsatsen att även om kostnadsstyrningens genomslagskraft blev lägre, så var kostnaderna ändå inte okontrollerade. Detta förklaras av att otillräcklig kostnadsstyrning kompenseras av en institution som kan betecknas som god hushållning.

Sammanfattningsvis har kostnadsstyrningens genomslagskraft befunnits låg i Skåne. När det gäller Västra Götalandsregionen kan konstateras att följsamheten till budget under den första mandatperioden blivit bättre men inte total, varför genomslagskraften av styrningen bedöms som måttlig. Även om kostnadsutvecklingen varit densamma som i andra landsting kan det i vart fall konstateras att kostnadsmedvetandet blivit allt starkare och effekterna av kostnadsstyrningen måste rimligen bedömas i relation till budget, även om fullmäktige blivit mer generöst i sin anslagstilldelning.

För Västra Götalandsregionens andra mandatperiod var effekterna av kostnadsstyrningen kraftigare. Med undantag för SU begränsades kost-

naderna under mandatperioden för samtliga enheter till budgeterad nivå. Också under denna mandatperiod var regionens kostnadsökningar i nivå med de genomsnittliga kostnadsökningarna i Sveriges övriga landsting. Eftersom fastställd budget uppnåtts bedöms styrningens genomslagskraft som betydande.

Kravet på att begränsa kostnaderna till budget var väl etablerat och respekterat också i Borås, där färre och färre kommunalnämnder under mandatperioden fick underskott som också sammantagna blev lägre och lägre. Kommunalnämnderna sammantagna nådde överskott. Styrningens genomslagskraft bedöms som betydande. I lika hög grad var kostnadsstyrningen etablerad och respekterad i Strömstad och Tidaholm, där dock kommunernas övergripande styrning tillät kostnadsöverskridanden från enstaka förvaltningar om förklaringarna var goda samtidigt som kommunledningarna förutsatte och uppnådde kompenserande besparingar hos andra nämnder. Styrningens genomslagskraft bedöms också i dessa kommuner som betydande.

Strukturförändringar

Av de omfattande förslagen och de olika besluten om förändringar i sjukvårdsstrukturen uppnåddes endast marginella effekter i båda regionerna under den första mandatperioden. Politisk oenighet försvårade förslag och verkställighet i Västra Götalandsregionen och motstånd eller bristande förståelse hos verksamheterna tvång båda regionledningarna att ändra förslag respektive fattade beslut. Ingen förändring av betydelse uppnåddes i någon av regionerna och i båda regionerna hänsköts frågan om strukturförändringar till nya utredningar under kommande mandatperioder. Strukturfrågorna bedömdes av alla respondenter som ett område där regionerna misslyckats. Genomslagskraften av styrningen var låg i båda regionerna.

Under den andra mandatperioden nåddes i Västra Götalandsregionen visserligen ett beslut om en utvecklingsstrategi, men beslutet var en kompromissprodukt och uppfattades som otillräckligt av majoriteten och av den utredningsgrupp som utarbetade förslaget. Detta beslut lämnades till hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarstyrelserna för precisering och verkställighet med uttalande att förändringar förväntades redan i överenskommelserna avseende verksamheten under 2005. Några sådana förändringar uppnåddes knappast och inte heller i överenskommelserna för

2006 hade uppnåtts mer än marginella effekter. Styrningens genomslagskraft bedöms också för den andra mandatperioden som låg.

I Strömstad avsåg strukturförändringarna både koncentration av särskilda boenden och utveckling av demensvård. Praktiskt taget ingen förändring hade genomförts beroende på att omsorgsnämnden inte hade kunnat fatta beslut. Frågorna hade utretts och prövats hela mandatperioden och utreddes och prövades fortfarande i april 2006. Utveckling av demensvården var beroende av att koncentrationen av boenden skulle frigöra resurser. Då så inte skett blev också utvecklingen av demensvården begränsad. Styrningens genomslagskraft var låg både gällande strukturförändringarna och utvecklingen av demensvården.

I Borås hade däremot reduktion av särskilda boenden och utökning av hemtjänsten både beslutats och lyckats. Genomslagskraften av styrningen var betydande.

Alternativa driftformer och konkurrensutsättning

I Region Skåne fullföljdes bolagisering av två sjukhus och ett sjukhus lades ut på entreprenad. En större konkurrensutsättning genomfördes (av ambulansorganisationen) medan en annan större och beslutad konkurrensutsättning (av laboratorietjänster) inte kunde slutföras utan måste reverseras. I övrigt var omfattningen av konkurrensutsättningen marginell. Sammanfattningsvis bedöms genomslagskraften av regionledningens styrning i denna fråga som måttlig.

I Borås har endast ett par initiativ kunnat konstateras när det gäller att förverkliga strategin för alternativa driftformer men endast en intraprenad har efter viss tröghet etablerats. Styrningens genomslagskraft bedöms som låg. I Strömstad slutligen har inget förslag framlagts om alternativ driftform eller konkurrensutsättning, varför genomslagskraften också i Strömstad var låg.

Överförande till hälso- och sjukvårdsnämnderna av uppgiften att beställa all sjukvård

En betydelsefull omorganisation under andra mandatperioden i Västra Götalandsregionen innebar att hälso- och sjukvårdsnämnderna fick ansvar för beställning av all sjukvård. Skälen till förändringen angavs av många respondenter vara att den demokratiska förankringen skulle öka och av flera också att beställningsarbetet skulle bli mer ändamålsenligt genom samordning mellan beställningar av sjukhusvård med beställningar av pri-

märvård samt genom att hälso- och sjukvårdsnämndernas kunskaper om befolkningens hälsoläge skulle kunna utnyttjas bättre. Oavsett vilka skälen var, kan det konstateras att några effekter inte kan ses i beställningarna för 2006 i jämförelse med beställningarna för 2003. Inte heller ger intervjuerna stöd för att beställningsarbetet hade förändrats i märkbar omfattning. Ingen av respondenterna i regionen har över huvud taget kommenterat i vad mån den demokratiska förankringen har påverkats, varför det måste antas att inte heller i det avseendet har några nämnbara effekter uppstått. Som ovan konstaterats har nämnderna också misslyckats att förverkliga den nya sjukvårdsstrategin. I formell mening kan styrningens genomslag ses som totalt: den nya organisationen är formellt etablerad och den fungerar enligt reglementena. Men att förändra en organisation kan inte rimligen ha ett egenvärde. I materiell mening är styrningens genomslag därför att se som lågt då ingen förändring har skett när det gäller organisationens arbetssätt och resultat.

Ökad tillgänglighet till vården och kortare väntetider

Styrning mot förkortade väntetider i Västra Götalandsregionen under den andra mandatperioden resulterade i tydliga effekter på handlandet i sjukhusen. Alla var medvetna om regionledningens intentioner och ett antal projekt bedrevs på sjukhusen för att förverkliga normerna. De uppmätta effekterna i rapporter om verkliga kötider och väntetider visar att köerna reducerats i sjukhusvården men inte i den utsträckning som begärts och med skillnader mellan olika diagnoser. Inom primärvården hade inga förbättringar uppmätts. Styrningens genomslagskraft var alltså måttlig.

Förverkligande av omsorgsplanens mål och riktlinjer

Uppföljningen till fullmäktige av omsorgsplanens mål och riktlinjer i Borås är dels en uppföljning av att uppföljning sker i kommundelarna, dels en redovisning av i vad mån målen också uppfyllts i verksamheten. Enligt redovisning till fullmäktige hade målen och riktlinjerna inte uppnåtts och kommunledningen kunde inte ens förmå kommunalnämnderna att rapportera fullständigt hur de avser att nå målen och infria riktlinjerna. Någon effekt på verksamheten av målen i sig kunde inte konstateras. Styrningens genomslagskraft bedöms som låg.

Inre rationalisering och utveckling av vårdprogram och vårdkedjor och ökad samverkan mellan kommundelarna i Borås

På området inre rationalisering och utveckling av vårdprogram och vårdkedjor uppnåddes inget genomslag av regionfullmäktiges beslut i någon av regionerna. Ökad samverkan mellan kommundelarna i Borås har inte uppnåtts, vilket leder till bedömningen att styrningens genomslagskraft också i det fallet var låg.

Sammanfattning och svar på den tredje delfrågan: vilken genomslagskraft uppnår fullmäktiges och styrelsens styrning?

Genomslagskraften av kostnadsstyrning har varit betydande i samtliga fall utom under den första mandatperioden i Region Skåne, där den var låg, och i Västra Götalandsregionen, där den var måttlig. Dessutom uppnådde Borås Stad betydande genomslagskraft av styrningen när det gällde omstrukturering av särskilda boenden.

På samtliga övriga områden, som (vilket bör upprepas) tillhör kommunernas viktigaste frågor enligt de bedömningar som kommunernas ledande politiker och tjänstemän själva har gjort, är genomslagskraften av styrning däremot låg i samtliga studerade fall utom i två där genomslagskraften bedömts som måttlig. Dessa två fall är alternativa driftformer och konkurrensutsättning i Region Skåne och reducerade köer i Västra Götalandsregionen under dess andra mandatperiod.

Bedömningarna av styrningens genomslagskraft redovisas i följande tabell där också styrningsintensiteten repeteras. I fyra fall visade det sig att frågor som stått på agendan inte vunnit uppslutning – eller tillräcklig majoritet – i styrelsen för styrning. I dessa fall, som i tabell 10:1 redovisats som ”ingen styrning”, kan det inte rimligen förväntas och har heller inte uppnåtts något genomslag i verksamheten.

Tabell 10.2 Förteckning över de frågor och områden, som upptagits på regionernas och kommunernas agendor samt den bedömda styrningsintensiteten och den bedömda genomslagskraften av styrningen inom respektive fall gällande respektive fråga eller område.

Fråga eller område för styrning från fullmäktige och styrelsen	Region	Västra Götalands regionen	Borås	Strömstad	Tidaholm
	Skåne	1999–2002 2003–2006			
Kostnader	Intensitet	SVAG	STARK	STARK	STARK
	Genomslagskraft	LÅG	Måttlig	Betydande	Betydande
Strukturförändringar	Intensitet	STARK	STARK	Mycket SVAG	
	Genomslagskraft	LÅG	LÅG	LÅG	
Alternativa driftformer och konkurrensutsättning	Intensitet	STARK	Ingen styrning	Mycket SVAG	Mycket SVAG
	Genomslagskraft	Måttlig	–	LÅG	LÅG
Överförande till hälso- och sjukvårdsnämnderna av uppgiften att beställa all sjukvård	Intensitet		Mycket SVAG		
	Genomslagskraft		LÅG		
Ökad tillgänglighet till vården och kortare väntetider	Intensitet		STARK		
	Genomslagskraft		Måttlig		

Utveckling och implementering av medborgarkontrakt	Intensitet	Ingen styrning
	Genomslagskraft	–
Att förverkliga mål och riktlinjer enligt omsorgsplanen	Intensitet	SVAG
	Genomslagskraft	LÅG
Utveckling av demensvården	Intensitet	Ingen styrning
	Genomslagskraft	–
Tillämpning av norm för väntetid till plats i särskilt boende	Intensitet	Ingen styrning
	Genomslagskraft	–
Inre rationalisering, utveckling av vårdprogram och vårdkedjor	Intensitet	Mycket SVAG
	Genomslagskraft	LÅG
Ökad samverkan mellan kommun-delarna	Intensitet	SVAG
	Genomslagskraft	LÅG

Kommunalpolitikens påverkansgrad

Forskningsfrågan gäller i vilken utsträckning fullmäktiges och styrelsens styrning påverkar verksamheten i den kommunala serviceproduktionen i egen regi och hur denna grad av påverkan kan förklaras. Det är alltså frågan huruvida de politiska organen fastställer en politik och styr enligt den samt i vad mån styrningen effektueras i verkligheten. Den empiriska delen av forskningsfrågan och de tre första delfrågorna är nu sammanfattade med utgångspunkt i studiens fem fall. I detta avsnitt skall först diskuteras vilka likheter och olikheter som föreligger mellan de fem fallen och därefter skall sammanfattande slutsatser dras beträffande påverkansgraden av fullmäktiges och styrelsernas styrning.

Likheter och olikheter mellan fallen

För studien valdes fem fall som är olika i vad som kan antas utgöra för forskningsfrågan viktiga egenskaper och dessutom gjordes urvalet så att beträffande var och en av dessa egenskaper minst två fall liknar varandra. Frågan är nu om påverkansgraden kan förklaras av olika förutsättningar för de valda kommunerna.

Den allt annat överskuggande iakttagelsen beträffande styrningen är att i samtliga fall utom Skåne har styrningen av ekonomi och kostnader varit den viktigaste frågan och styrts med stark intensitet och haft betydande genomslagskraft, i Västra Götalandsregionen under första mandatperioden dock måttlig. En andra övergripande observation är att i primärkommunerna har endast en ytterligare fråga styrts med stark intensitet, nämligen strukturförändringar i Borås. Dessa observationer kan knappast härledas till och sålunda inte förklaras av de olika förutsättningarna för fallen.

En tredje observation är att några frågor styrts med stark intensitet i regionerna utan att styrningen fått betydande genomslagskraft, nämligen strukturförändringar, program för alternativa driftformer och kortare väntetider. Förklaringar, som framkommit i den empiriska studien, till att styrningen i dessa frågor förlorat i genomslagskraft är flera: frågorna har mött motstånd från en stark profession, läkarna. Dessa har sökt och fått stöd av lokala opinioner som politikerna inte vill riskera att förlora stöd av samt, åtminstone i några fall, att läkarna som experter intagit olika meningar om vilken lösning som är bäst. Styrning av hälso- och sjukvården innebär styrning av en stark profession, vilket bidrar till att

förklara förluster i styrningens genomslagskraft. Professioner finns emellertid också i den primärkommunala verksamheten och det är inte troligt att läkarprofessionen skulle vara unikt stark utan det är troligare att det kan föreligga gradskillnader i viljan och förmågan att driva professionens övertygelser. Uppkomsten av lokala opinioner är vidare beroende av att flera lokala centra finns och avståndet från central till lokal är i viktiga hänseenden rimligen större i geografiskt stora och heterogena kommuner och därmed särskilt stora i regionerna. Men också bland tämligen små kommuner finns olika kommuncentra. Den skillnad i förutsättningarna för styrningens genomslagskraft som kan finnas mellan primärkommunerna och regionerna på grund av förekomsten av starka professioner är sålunda en fråga om grad, inte om art.

En fjärde övergripande observation, slutligen, är att det i samtliga fall förekommer frågor i vilka beslut fattats av fullmäktige utan att styrelsen eller andra nämnder därefter drivit frågan med något engagemang. De frågor som styrts med svag och mycket svag intensitet är många och, som redan konstaterats, föreligger det en entydig samvariation mellan svag styrningsintensitet och låg genomslagskraft av styrningen. De olika egenskaperna mellan kommunerna förefaller inte kunna förklara heller denna fjärde observation.

I fråga om det empiriska resultatet är likheterna mellan fallen betydligt mer framträdande än olikheterna och likheterna mellan kommunerna med avseende på handlingskraft framträder i den empiriska studien tydligt oberoende av skillnader i kommuntyp, politiska majoritetskonstellationer, kommunstorlek, organisationsmodell, ekonomiskt utgångsläge och troligen också när det gäller förekomsten av starka professioner.

Påverkansgraden är låg av fullmäktiges och styrelsens styrning av serviceproduktion i egen regi

Det har konstaterats att i ingen av de studerade kommunerna har någon agenda i meningen prioriterad förteckning över kommunens viktigaste frågor uppställts. I den praktik som studien visat väljer fullmäktige och kommunledningarna framför allt att styra kostnader och förändringar i struktur, organisation och konkurrensutsättning. Med struktur avses uppgiftsfördelningen mellan kommunens olika enheter. Dessutom fastställer fullmäktige mål och tar emot rapporter om måluppfyllelse, men dessa mål styr inte i verkligheten.

Tabell 10.3 Styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft i de frågor som upptagits på agendorna samt samvariation mellan styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft.

	Låg genomslagskraft	Måttlig genomslagskraft	Betydande genomslagskraft
Stark styrningsintensitet	Strukturförändringar Skåne	Kostnadsstyrning VGR 99–02	Kostnadsstyrning VGR 03–06
	Strukturförändringar VGR 99–02	Alternativa driftformer och konkurrensutsättning Skåne Ökad tillgänglighet och kortare väntetider till vården VGR 03–06	Kostnadsstyrning Borås Kostnadsstyrning Strömstad Kostnadsstyrning Tidaholm Strukturförändringar Borås
Svag styrningsintensitet	Kostnadsstyrning Skåne		
	Strukturförändringar VGR 03–06 Att förverkliga mål och riktlinjer enligt omsorgsplanen Borås Ökad samverkan mellan kommundelar Borås		
Mycket svag styrningsintensitet	Överförande till hälso- och sjukvårdsnämnderna av uppgiften att beställa all sjukvård VGR 03–06		
	Inre rationalisering och utveckling av vårdprogram och vårdkedjor Skåne Inre rationalisering och utveckling av vårdprogram och vårdkedjor VGR 99–02 Strukturförändringar Strömstad Alternativa driftformer och konkurrensutsättning Borås Alternativa driftformer och konkurrensutsättning Strömstad		

Styrningen av kostnader och ekonomi är med något undantag intensiv medan styrning i övriga frågor ofta, men inte alltid, är svag.

Frågor om vilket utbyte den kommunala verksamheten skall ge styrs endast genom att antal prestationer räknas som en mekanism inom budgetarbetet. Vad verksamheten skall åstadkomma i andra termer än antal prestationer, hur verksamheten bedrivs, vilken standard som tillämpas eller vilka arbetsprocedurer som skall tillämpas styrs inte annat än i avgränsade aspekter såsom krav på att nedbringa väntetiderna till sjukvården. En fråga som väckts i flera kommuner och i Västra Götalandsregionen och som rimligen borde ha stått på agendorna är frågan om samverkan mellan kommuner och landsting när det gäller äldrevården, men denna fråga har inte uppmärksammats på kommunledningsnivå. Styrningen är partiell.

Styrningen har i regel kraftfull påverkan när det gäller kostnader och ekonomi medan styrningen av strukturfrågor och de övriga frågor som kommunledningarna har bedömt viktiga har låg eller i några fall måttlig påverkan. Endast styrningen av strukturförändringar i Borås har haft stark påverkan. Också då styrningsintensiteten varit stark, har endast måttlig påverkan uppnåtts av styrningen av program för alternativa driftformer och konkurrensutsättning i Skåne och förkortning av väntetiderna i Västra Götalandsregionen.

Förändringar i den administrativa organisationen på nivåer ovanför den egentliga verksamheten lyckas. Sådana förändringar ligger också nära eller inom det politiska systemet. Det främsta exemplet på sådana förändringar är själva etableringen av regionerna, men också förändringar efter deras bildande såsom att hälso- och sjukvårdsnämnderna i Västra Götalandsregionen övertagit beställningsarbetet och att hälso- och sjukvårdsstyrelsen lagts ned.

Sammanfattningen blir att fullmäktige och styrelsen framför allt bestämmer kostnadsnivå och verksamhetens allmänna inriktning men att det politiska systemets styrning i övrigt är begränsad både vad gäller styrningens räckvidd och dess intensitet. I den mån styrning sker i övriga frågor så gäller den eftersträfvade förändringar i organisation och struktur men styrningens påverkan är ofta låg eller måttlig. Det politiska systemets styrning har svårt att åstadkomma andra förändringar än rent administrativa organisationsförändringar. Styrningen är partiell, styrningsintensiteten ofta svag och styrningens genomslagskraft låg eller måttlig, även när styrningsintensiteten är stark. Undantaget utgörs av kostnadsstyrningen som är stark och vars genomslag är betydande. Fullmäktige och styrelse

har alltså låg påverkan på verksamheten, i vart fall inom serviceproduktion i egen regi som utgör studiens empiriska fält. Den instrumentella synen på styrning, som kommunallagen och modellen om den kommunala styrkedjan grundas på, och idén att den kommunala verksamheten styrs genom av det politiska systemet uppställda mål saknar motsvarighet i den verklighet som studien har funnit.

Styrningsintensiteten och styrningens genomslagskraft i de frågor som upptagits på agendorna samt samvariationen mellan styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft sammanfattas i tabell 10.3.

Kapitel 11

Förklaringar till att påverkansgraden av fullmäktiges och styrelsens styrning är låg

Sammanfattningen av den empiriska undersökningen i kapitel 10 visar att fullmäktiges och styrelsens styrning är partiell och sålunda inte omfattar viktiga områden, att styrningsintensiteten i många fall är svag eller mycket svag och att styrningens genomslagskraft ofta är låg, även på områden som styrts med stark intensitet. Stark styrningsintensitet förefaller vara en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för betydande genomslagskraft. Lakttagelserna ger anledning till följande frågor:

Varför styr fullmäktige och styrelsen de frågor de styr och inte därutöver ytterligare frågor som kan bedömas väsentliga, i första hand krav på verksamhetens utbyte i andra termer än antal prestationer och kostnader, men också frågor om utveckling och verksamhetens bedrivande?

Varför varierar styrningsintensiteten, eller annorlunda formulerat, varför styr inte kommunledningarna kraftfullt på alla de områden de väljer att styra?

Varför blir inte styrningens genomslagskraft hög, åtminstone i de frågor och på de områden där styrningsintensiteten varit stark?

Med återkoppling till beskrivningsmodellen i figur 2.1 gäller den första frågan *beslut*, den andra frågan gäller *styrmedel* och den tredje frågan slutligen gäller *reception*. Uppgiften för detta kapitel är att besvara ovanstående frågor, och därmed också den fjärde forskningsfrågan om förklaringarna till de empiriska resultaten. I det första avsnittet besvaras frågorna på en första förklaringsnivå med utgångspunkten att aktörernas vilja och förståelse – vad de vill respektive hur de förstår eller uppfattar den rådande situationen – bestämmer såväl beslut och val av styrmedel som receptionen och alltså området för styrning, styrningsintensitet och genomslagskraft.

För att nå en djupare förståelse på nästa förklaringsnivå – varför varför? – söks därefter svaren på vilka faktorer som i sin tur bestämmer aktörernas vilja och förståelse med hjälp av betydelsen av aktörernas egenintressen (public choice), inverkan av institutioner (OIE), betydelsen av omgivningens krav, beslut och frikoppling (NIO) samt med hjälp av teorin om autonoma och självrefererande system. De teoretiska förklaringarna sammanfattas i tredje avsnittet, varigenom också den fjärde och sista forskningsfrågan besvaras.

Aktörernas vilja och förståelse

Beslut och styrmedel

Vilka frågor och områden som styrs och med vilken styrningsintensitet det sker avgörs av de ledande aktörernas prioriteringar, framför andra de ledande politikerna i majoriteten. Deras bedömning av utgångsläget, av vad de bedömer viktigt, av vad de eftersträvar och därmed deras val av frågor för styrning blir bestämmande. De faktorer som bestämmer vilka frågor som styrs betecknas i den teoretiska modellen ”vilja” och ”förstå”. Att regionerna över huvud taget kom till är särskilt tydliga exempel på betydelsen av ledande politikernas engagemang: de bedömde att regionerna borde förverkligas och ville förverkliga dem. Detta engagemang från just de ledande politikerna var en nödvändig förutsättning för regionbildningarna. Vidare måste det förhållandet att någon agenda för den första tidens reformer inte utformades stödja slutsatsen, som också får stöd av undersökningens övriga empiri, att de ledande politikerna egentligen inte var intresserade av och/eller inte förstod eller hade gjort någon samlad bedömning av hur förvaltningen av regionerna borde ledas och drivas efter bildandet.

I Region Skåne var de ledande regionrådets uppfattning att ökad sjukvårdsproduktion, alternativa driftformer, konkurrensutsättning och ökad vårdproduktion samt omstrukturering av sjukvården var de angelägnaste frågorna. Dessa frågor styrdes med stor övertygelse och stark intensitet av den politiska ledningen i regionen. I Västra Götalandsregionen och Borås ansågs kostnadsstyrning vara det viktigaste området. Det styrdes också med stark intensitet och – med några undantag för Västra Götalandsregionen – utan att de ledande politikerna i princip accepterade några förklaringar till underskott. Kostnadskontroll var överordnad andra verksamhetsmål. Andra av den politiska ledningen prioriterade områden i

Västra Götalandsregionen var förändrad sjukvårdsstruktur och under den andra mandatperioden tillkom vikten av att förkorta köer och förbättra tillgängligheten. Också dessa områden styrdes med stark intensitet, gällande sjukvårdsstrukturen dock med svagare intensitet mot slutet av den andra mandatperioden. I Borås fastställdes en plan för omstrukturering av äldreboenden med entydig kvantifiering och kommunstyrelsen styrde enligt denna med stark styrningsintensitet. Övriga frågor på agendan i regionerna och i Borås var i praktiken inte frågor som de ledande politikererna intresserade sig för.

Kommunalråden i Strömstad och Tidaholm såg i första hand den sammanlagda kommunala kostnadsutvecklingen som den viktiga frågan. Utgångspunkten var att alla förvaltningar skulle hålla sin budget. Misslyckades detta för äldrevården, förväntades i första hand omprioritering inom nämndens ansvarsområde och i andra hand omprioriterades inom kommunen. Kommunalrådet i Strömstad intresserade sig över huvud taget inte för förvaltningen och för hierarkisk styrning utan mer ”för processer” och för utveckling av demokratin i kommunen. Kommunalrådet i Tidaholm hade utgångspunkten att äldreomsorgen var en av kommunens kärnfrågor och kommunen hade byggt upp och avsåg att behålla en god kapacitet att klara av äldrevården, men den viktiga frågan i Tidaholm med anknytning till äldreomsorgen var att bevara kommunens ekonomiska förmåga att klara sina åtaganden. Kommunens kostnadsutveckling blev också i Strömstad och Tidaholm de enda frågor som i praktiken styrdes av styrelserna i dessa två kommuner.

De ledande politikernas prioriteringar, resultatet av vad de vill och vad de förstår, avgör alltså styrningens omfattning och påverkar styrningsintensiteten.

Bland de frågor som saknades på agendorna och i kommunledningarnas styrning är frågor hur verksamheten kan och bör bedrivas, om utbytet av verksamheten utöver antal prestationer, verksamhetens utvecklingsstrategier och dess standard och därtill även kvalitetsstyrning enligt av kommunerna själva fastställda utvärderingsprogram. Det som i första hand styrs är det som kan mätas och förstås. Det förvaltningarna inte redovisar för sina förtroendevalda, det hamnar inte på agendan om det inte gäller kostnader och strukturella frågor.

Om man med ett ord skall beskriva hur det politiska systemet styr förvaltningarna, så är det lämpligaste ordet *rambudgetering*. Förvaltningarna får kostnadsramar att hålla sig inom och förväntas inom sina ramar be-

driva en god verksamhet till föreskrivna volymer. ”Pengarna styr”, ”håller Du bara budget så gör Du vad Du vill” är två exempel bland många i den empiriska undersökningen som belyser att det politiska systemets styrning huvudsakligen begränsas till rambudgetering.

Otillräcklig förståelse av vilka krafter som driver kostnaderna i sjukvården ses som en förklaring till att kostnaderna styrdes med svag intensitet i Region Skåne. De ledande politikerna förlitade sig på att kostnadsnivån skulle klaras av konkurrens, alternativa driftformer och ersättningssystemen. Politikerna förutsåg inte effekterna av att utförarna gavs möjlighet att välja mellan styrmedlen och att de, stimulerade av prestationsersättningarna, i första hand skulle efterkomma de politiska önskningarna att öka produktionen och bortse från det ansvar för regionens totala kostnader som efterfrågades endast i budgettexterna. I Västra Götalandsregionen saknade hälso- och sjukvårdsstyrelsen under första mandatperioden och hälso- och sjukvårdsnämnderna under andra mandatperioden tillräckliga förutsättningar att förstå verksamheten för att kunna påverka sjukhusvårdens innehåll i sitt beställningsarbete. I realiteten blev beställningsprocessernas betydelse reducerad till att handla om anslagsram och antal prestationer. Och förutsättningarna hos regionledningen att i sak ta ställning till anslagsöverskridanden från några av de största enheterna saknades. Regionledningen var hänvisad till att endast notera överskridandena.

Också den svagare styrningsintensiteten under andra mandatperioden i Västra Götalandsregionen när det gällde strukturförändringar berodde på att politikerna saknade tillräckligt väl grundade övertygelser om vilka åtgärder och lösningar som faktiskt var de rätta. Frågorna var komplicerade och fordrade expertkunskap. Men den egna läkarexpertisen var inte enig och politikerna saknade entydigt underlag för att ”döma av”.

Otillräcklig förståelse av verksamhetens förutsättningar leder alltså till svagare styrningsintensitet.

Reception

Styrningens genomslagskraft i nämnderna blev inte hög med automatik, inte ens när styrningsintensiteten var stark. De styrda enheterna, både nämnderna och förvaltningarna, fungerade med självständighet och recipierade styrning enligt deras egen förståelse. Nämnderna verkställde den mottagna styrningen genom att transformera den till sina förvaltningar och när det gäller beställarnämnderna till överenskommelser med utförarna. I likhet med vad som skedde i styrelserna selekterade aktörerna i

nämnderna vilka frågor de drev och styrningsintensiteten varierade, vilket innebar att styrningen från styrelsen ofta förlorade kraft i nämndernas verkställighet. Avgörande är vad aktörerna i nämnderna vill och förstår, vilket bestämmer ledamöternas prioriteringar. Styrningen från kommunledningarna omprioriterades i nämnderna.

Exemplen på nämndernas omprioriteringar är flera. Beställarnämnderna i Region Skåne och Hälso- och sjukvårdsnämnderna i Västra Götalandsregionen under andra mandatperioden gav stöd till sjukhus och verksamhet enligt sina egna bedömningar och i bristande överensstämmelse med de beslutade hälso- och sjukvårdsstrategierna. Kommundelsnämnderna i Borås och omsorgsnämnden i Strömstad valde bort den av kommunstyrelsen beslutade strategin att söka alternativa driftformer och upphandla i konkurrens.

I förhandlingarna mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarna i Västra Götalandsregionen bearbetades och diskuterades stora textmassor, och under processen skapades en föreställning om att förhandlingarnas resultat i form av överenskommelsen blev styrande för verksamheten. Det praktiska slutresultatet efter omständliga förhandlingsprocesser blev till slut ändå frågan om ”lite mer produktion än föregående år men till samma ersättning.” Utförarna valde sedan i praktiken hur resurserna skulle användas. Nämndernas politiker deltog inte aktivt i förhandlingarna och de och nämndernas kanslier hade otillräcklig förståelse för att åstadkomma förändringar. De förändringar som ändå överenskomts var huvudsakligen på utförarnas villkor. Sjukvårdsstrategins omfördelning av vård från sjukhus till primärvård genomfördes inte i nämnvärd omfattning och arbetsuppgifterna mellan sjukhusen påverkades inte. Beställarnas kunskaper var inte tillräckliga för att ta ställning i kontroversiella frågor såsom vilka uppgifter som bör flyttas från sjukhusen till vårdcentralerna, hur specialistvården bör utformas på vårdcentralerna, hur närsjukvård bör etableras eller hur samverkan och uppgiftsfördelning mellan NÄL och Uddevalla Sjukhus bör organiseras.

I alla kommunerna visade det sig att nämnderna inte påverkade utbytet av verksamheten eller dess bedrivande. Detta gällde också för utförarstyrelserna i Västra Götalandsregionen, även i frågan om fördelning av uppgifter mellan sjukhusen inom NU-sjukvården trots att utförarstyrelsen aktivt arbetade med denna fråga (även om marginella förändringar genomfördes). Kommundelsnämnderna i Borås intresserade sig inte för återrapporteringar gällande verksamheten, inte heller för uppföljning

av omsorgsplanen trots att den var begärd av fullmäktige. Ledamöterna ”hoppades att” förvaltningarna vidtog lämpliga åtgärder med anledning av rapporter om brister.

Nämnderna i primärkommunerna förstod inte heller de mål som faststälts och engagerade sig inte i målformulering eller utvärdering av måluppfyllelse, även om i Strömstad just diskussionen om målformuleringar involverade också omsorgsnämnden. Ytterligare uttryck för nämndernas svårighet att förstå förvaltningarna och deras verksamhet på djupet var dels utförarstyrelsernas osäkerhet i Västra Götalandsregionen, dels det redan citerade yttrandet från en av förvaltningscheferna: ”Kommer det inget från förvaltningen, har nämnden inget att besluta om.”

I nämndernas reception modifieras alltså styrning från styrelsen enligt nämndledamöternas vilja och förståelse, vilket innebär att både styrningens omfattning och dess intensitet påverkas.

Förvaltningarnas aktörer agerade självständigt, även om inte med total självständighet. De recipierade styrning, men gjorde sina egna bedömningar enligt sin egen förståelse och därmed också sina egna prioriteringar samt fattade därefter sina egna beslut som i varierande grad accepterade, ibland modifierade eller avvisade styrningen. De valde mellan krav och förväntningar och följde sina egna prioriteringar baserade på vad de vill och hur de förstår situationen.

I Västra Götalandsregionen bedrev alla utförare sin verksamhet vidare under de första ett och ett halvt åren, då regionens ledning ännu inte hade samlat sig till någon styrning av verksamheten utöver att utarbeta förslag till budgetar, som fastställdes av fullmäktige. Budgetarna för hälso- och sjukvården i regionen vann inte tilltro och därför inte acceptans. Under första mandatperioden i båda regionerna fortsatte verksamheten i flera fall trots att överenskommelser inte hade ingåtts och förvaltningarna sålunda formellt saknade uppdrag. Sjukhusledningarna i Region Skåne valde att prioritera volym framför kostnadskontroll. De mindre sjukhusen i de tidigare parsjukhusen i Region Skåne ökade sitt vårdutbud och stärkte sin självständighet i förhållande till de större sjukhusen trots att regionledningens styrning hade avsett en motsatt utveckling. Sjukhuset i Helsingborg bedrev utan överenskommelse en självständig styrning med hög produktion och förväntade sig i efterhand ersättning för denna. Sjukhusets rekrytering och ersättning till personalen fastställdes enligt principer som inte överensstämde med regionens personalpolitik. Sjukhusen i Västra Götalandsregionen, förvaltningarna i Region Skåne och i Borås

bedömde i flera fall alternativa driftformer och konkurrensutsättning vara av mindre vikt och tog därför inga initiativ utan tilldelade frågan låg prioritet. Sjukhusens och primärvårdens läkare i Västra Götalandsregionen avgjorde själva i vilken mån de skulle förverkliga beslut om att specialistläkare skulle vistas på vårdcentralerna. Omsorgsavdelningen i Strömstad ändrade omsorgsnämndens beslut om nedläggning av ett äldreboende.

Förvaltningarna bedrev verksamheten självständigt i förhållande till nämnderna och påverkade själva i hög grad hur och på vad sätt verksamheten bedrevs. Presidieledamöter i utförarstyrelserna i Västra Götalandsregionen och även ett par representanter för sjukhusledning uttryckte att de inte visste vilka effekter ledningens styrning hade och varför. Verksamheten vid enheterna inom kommunernas äldreomsorg bedrevs utan att ”politikerna lägger sig i” och i enlighet med enhetschefernas och medarbetarnas bedömningar, med andra ord i enlighet med vad de vill och vad de förstår.

Också i förvaltningarnas reception modifieras styrning från styrelsen och nämnderna enligt tjänstemännens vilja och förståelse, vilket leder till att styrningens genomslagskraft reduceras.

Sammanfattning

Vad som styrs och med vilken intensitet beror i första hand på de ledande politikernas prioriteringar, som i sin tur beror på vilka frågor de intresserar sig för, deras vilja och förståelse av (uppfattning om) situationen. Reception av styrningen i nämnderna beror på motsvarande sätt av hur nämndernas ledamöter förstår styrningen och situationen samt på vad de själva vill, bedömer viktigt och förstår. Politikernas förståelse eller kunskaper om verksamhetens bedrivande och dess förutsättningar begränsar deras möjligheter att styra handlandet, men också möjligheterna att formulera mål som vinner tilltro hos förvaltningarna för relevans och realism. Kostnadsutveckling och totalkostnad är fundamentala för kommunen och styrning av kostnaderna fordrar inte någon djupare kunskap och förståelse, om man styr på totalkostnadsnivå och överlåter till verksamheten själv att prioritera användningsområden inom ramen för totalkostnaden.

I nästa led fungerar förvaltningarna med självständighet och recipierar styrning enligt sin egen förståelse och aktörerna gör prioriteringar i enlighet med sin vilja och förståelse. I likhet med vad som sker i nämnderna selekteras frågor och styrning och styrningen förlorar kraft.

Förklaringar till styrningens omfattning, intensitet och genomslagskraft beror alltså i sin tur av förklaringar till vilka faktorer som påverkar aktörernas vilja och förståelse. Dessa faktorer skall behandlas i nästa avsnitt.

Faktorer som påverkar aktörernas vilja och förståelse

Bestämmande för aktörernas vilja och förståelse eller vad de eftersträvar är till att börja med deras egenintressen, som behandlas i den första punkten. Individerna driver dock inte sina egna intressen ohämmat, utan av betydelse är också rådande institutioner, vilket behandlas i en andra punkt. I tredje punkten förklaras ledningens förståelse som påverkad av omgivningens föreställningar, medan de aktörer som företräder organisationens verksamhet ser till produktionens bästa och därför i vissa fall löskopplar eller frikopplar verksamheten från ledningens beslut. Om egenintressen, institutioner och omgivningens krav bestämmer aktörernas vilja och förståelse, vad förklarar då i sin tur hur förståelsen av egenintressen, institutioner och omgivningens krav utvecklas? Denna fråga tar analysen ytterligare ett steg och den skall besvaras i den fjärde punkten.

Aktörernas egenintressen

Beslut och styrmedel

I praktiken viktiga intressen för politikerna är dels att det egna partiet skall maximera sitt inflytande över kommunens beslut, dels att de själva skall bli omvalda och att partiet i nästa val skall få maximalt antal röster. En faktor som därför bestämmer de politiska aktörernas vilja och verklighetsuppfattning utgörs av vad som uppfattas som det politiskt rationella, ofta formulerat som en restriktion, ”vad som är politiskt möjligt”. Uppfattningen om det politiskt rationella beror i sin tur dels på möjligheten att samla majoritet för en viss fråga i fullmäktige, dels på bedömning av chansen att vinna respektive risken att förlora stöd hos väljarna.

Programmet för den ledande koalitionen av s, fp och c från och med juni 2000 i Västra Götalandsregionen baserades explicit på att partierna drev endast de frågor de var överens om och avstod från att driva frågor om vilka de inte var överens. Den tydligaste prioriteringen var regionens ekonomi. De strategier för en god ekonomi man enades om var skattehöjning, kostnads kontroll och förändrad sjukvårdsstruktur. Men den

minsta gemensamma nämnaren när det gällde sjukvårdsstrukturen visade sig möjliggöra endast ett begränsat förändringsprogram. Frågan om vilken sjukvårdsstruktur som var lämplig var kontroversiell, inte endast mellan partierna utan även inom partierna. Fullmäktiges ledamöter oavsett parti agerade för den egna bygden och för att behålla sina egna väljare. Enighet tog lång tid att uppnå, varför utredningar gjordes om, besluten försköts i tiden och när besluten väl fattades var de kompromissprodukter med begränsad verkan. Styrningen inriktades slutligen endast på marginella förändringar och dessutom upphörde regionstyrelsens engagemang för frågan när beslutet om ny hälso- och sjukvårdsstrategi hade fattats. Viljan att driva de förändringar som ändå beslöts i den andra mandatperiodens nya sjukvårdsstrategi försvagades därför att det var svårt att nå majoritet inom partierna för åtgärderna, eftersom politiker från olika delar av regionen inte ville riskera sina röstunderlag.

Före valet i Region Skåne försökte s och m enas om nedläggning av två mindre sjukhus (i Simrishamn och Ängelholm), en åtgärd som båda partiernas företrädare då bedömde väl motiverad för att undvika att frågan skulle bli en valfråga. Om detta skulle inträffa, skulle båda partierna anse sig vara tvungna att utfästa att de två sjukhusen skulle bli kvar, trots att de var övertygade om att motsatsen vore lämpligare för regionen. Det bedömdes alltså inte vara politiskt rationellt att i förhållande till väljarna driva en i och för sig motiverad strukturförändring. Antingen ingicks aldrig överenskommelsen eller också sveks den.⁵¹⁵ Frågan om nedläggning eller inte blev i stället en valfråga och m (som efter valet blev ledande parti i den styrande koalitionen) utfäste sig att behålla sjukhusen. Röstmaximering var det viktigaste.

Hos kommunstyrelsens ledamöter i Borås var viljan mycket svag att driva frågorna om utveckling av medborgarkontrakt, konkurrensutsättning och införande av alternativa driftformer samt samordning mellan kommundelarna. En viktig förklaring därtill var att alla partier i majoriteten inte gav styrningen tillräcklig uppslutning. Kommunstyrelsens ordförande i Tidaholm drev inga andra frågor än dem för vilka han kunde samla en bred majoritet i fullmäktige. En av gruppledarna i en av kommunerna deklarerade att han inte engagerade sig i en viss fråga från ett visst område trots att han menade att frågan var viktig att lösa, ”för därute har jag [ändå] inga röster att vinna – [den frågan] får majoriteten driva själva,

⁵¹⁵ Det finns olika uppgifter i intervjuerna beträffande huruvida överenskommelsen ingicks. Hur det faktiskt förhöll sig på den punkten saknar dock betydelse för resonemangen här.

jag satsar på mina väljare”. En annan sade om en fråga om nedläggning av en skola att ”vi politiker måste bli eniga, för annars tar föräldrarna över – om det blir en debatt mellan politikerna”.⁵¹⁶

Reception

Det empiriska materialet ger en rad exempel på att möjligheterna att attrahera respektive riskera att förlora röster i kommande val har varit bestämmande också i nämndernas reception – därmed för nämndledamöternas beslut. Både i Region Skåne och under den andra mandatperioden i Västra Götalandsregionen valde beställarnämndernas ledamöter att genom sina beställningar stödja sjukhus i deras egen bygd för att upprätthålla vården där, vilket stred mot fullmäktiges och styrelsernas planerade utveckling av sjukvårdsstrukturen. Ordföranden i hälso- och sjukvårdsnämnden Sjuhärad engagerade sig för sjukstugan i Ulricehamn och enskilda politiker i hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen engagerade sig för sjukhuset i Mariestad. I båda fallen hade beslut om nedläggning respektive neddragning redan fattats och i båda fallen resulterade protesterna i förnyade prövningar men samma beslut. De lokala politikerna i utförarstyrelserna i Västra Götalandsregionen gav stöd till sina egna sjukhus och de lokala politikerna värnade både i hälso- och sjukvårdsnämnder och i fullmäktige om självständighet för ”sitt eget sjukhus”. Sjukhusen i Uddevalla, NÄL, Alingsås och Lidköping blev självständiga, sjukstugan i Ulricehamn och sjukhuset i Mariestad fick förlängda provotider. Hälso- och sjukvårdsnämnderna i Västra Götalandsregionen tolkade och konkretiserade sjukvårdsstrategin på olika sätt och på annat sätt än regionledningen.

När det specifikt gällde förändringar innebärande minskning av vårdutbud på en ort medverkade flera krafter till att reducera politikernas vilja att stå fast vid tidigare beslut. Lokala opinioner påverkades att ge sitt stöd till fortsatt verksamhet och politikerna från orten ville inte riskera sitt väljarunderlag och avstod därför från att stödja strukturförändringar.

På grund av risk för splittring inom kommunalnämndernas majoriteter i Borås engagerade de sig inte för alternativa driftformer, konkurrensutsättning eller ökad samverkan mellan kommundelarna. Omsorgsnämnden i Strömstad lyckades inte enas om omstruktureringsåtgärder.

⁵¹⁶ De två citaten i detta stycke har inte redovisats i de empiriska kapitlen för att undanröja risken för identifiering av respondenterna och därmed hota det givna löftet om anonymitet.

Osäkerhet om ”den enda rätta lösningen” och strävan efter brett politiskt stöd blev begränsningar.

Också chefer, professionella ledare och övriga tjänstemän i förvaltningarna drevs av egenintressen, även om det empiriska stödet för att också tjänstemännen drevs av egenintressen inte är lika omfattande som det underlag som stödjer tolkningen att politikerna lade stor vikt vid det politiskt rationella. Det framstår som övervägande troligt att den betydande genomslagskraften när det gällde kostnadsstyrningen i Västra Götalandsregionen under andra mandatperioden och i Borås både när det gällde kostnadsstyrningen och omstrukturering av äldreboenden åtminstone delvis förklaras av att cheferna värderades direkt av region- respektive kommunledning, främst med hänsyn till i vilken mån deras enheter klarade sin budget. Förvaltningarnas chefer hade alltså tydliga incitament att hålla kostnaderna under kontroll. Särskilt tydligt var detta i Borås.

I flera fall (inom fallen) har förvaltningarnas aktörer gjort stort motstånd mot förändringar, i synnerhet till den del förändringarna avsåg samordning, nedläggning eller konkurrensutsättning av enheter. Samordning av universitetssjukhusen i Malmö och Lund kunde inte genomföras, inte heller konkurrensutsättning av laboratorieverksamhet och röntgen i Region Skåne. Nedläggningar av operationskliniken i Mariestad och Sjukstugan i Ulricehamn fick skjutas upp och samordning mellan NÄL och Uddevalla Sjukhus hade inte uppnåtts i den utsträckning som planerats. Inte heller förändrades relationerna mellan primärvården och sjukhusvården i Västra Götalandsregionen enligt den beslutade utvecklingsstrategin för hälso- och sjukvården. Aktörerna inom de styrda enheterna hyste tilltro till de redan etablerade organisationerna, men de hade också egna intressen av att deras egen verksamhet blev bestående och oförändrad. Förvaltningarna avvisade styrningen med hänvisning till sammanvägda bedömningar av vad de uppfattade som rätt och lämpligt för den egna enheten, men det framstår som sannolikt att viktiga skäl också var att den lösning de förespråkade gynnade – eller åtminstone inte missgynnade – dem själva. I vart fall beträffande motståndet vid Uddevalla Sjukhus mot sammanslagning och beträffande delningen av Sjukhuset i Skaraborg framgår det explicit av empirin att sjukhusens läkare och övriga medarbetare lade vikt vid prestigen i att det egna sjukhuset var självständigt och att den egna verksamheten bedömdes mer fredad mot förändringar om den hade en egen chef. För Uddevalla Sjukhus var det också viktigt att behålla rangen som akutsjukhus, bland annat av prestigeskäl. Också

när det gäller motståndet mot på vissa sätt beslutad samverkan mellan specialistvården och primärvården i Västra Götalandsregionen har några respondenter menat att förklaringen låg i läkarnas egna intressen av bekvämlighet (sjukhusens specialistläkare vill inte resa och inte lämna den egna arbetsplatsen på sjukhuset) och av prestige (primärvårdsläkare vill vara ”herrar i eget hus”).

Sammanfattning

En viktig faktor som påverkar viljan och preferenserna hos aktörerna i fullmäktige, styrelse och nämnder är alltså vad som uppfattas politiskt rationellt, med andra ord strategier för att maximera inflytandet i kommunen och för att undvika risken att förlora respektive öka chansen att vinna röster i kommande val. En strategi för detta är bland andra att söka brett samförstånd med övriga politiska partier för att inte riskera att framstå som enda partiet med impopulära lösningar. I frågor eller beslut som inte bedöms som politiskt rationella avstår de politiska ledningarna från att fatta beslut eller reducerar styrningsintensiteten.

Karriärmöjligheter och intresset att värna den egna förvaltningen och den egna prestige påverkar vidare vad aktörerna inom förvaltningarna vill och förstår. De egna intressena drivs kraftigare.

Egenintresset är emellertid inte ensamt bestämmande för vad aktören vill och förstår, utan av betydelse är också förhärskande institutioner. Institutioner är grundade i värderingar och utsäger vad som är rätt och rimligt, vad som bör göras och hur det bör göras samt vad som inte bör göras. Institutioner utgör alltså begränsningar på egenintressets inflytande över vad aktören vill och förstår. Förklaringarna till aktörens vilja och förståelse skall i nästa avsnitt kompletteras med verkan av förhärskande institutioner.

Institutioner

Beslut och styrmedel

Institutioner är uppfattningar som tas för givna. Genom hela det empiriska materialet tas den etablerade verksamheten för given och en stark drivkraft för de politiska ledningarna är att kommunerna skall leverera en god samhällsservice, här benämnt som en institution om *god verksamhet*. Inflytandet av egenintresset begränsas alltså, även om detta inte framkom-

mer explicit. Att nämnder och förvaltningar skall respektera budget och sålunda utöva kostnadskontroll tas för givet liksom att de hushållar med sina resurser i enlighet med de institutioner som betecknats *kostnadskontroll* och *god hushållning*. Kostnadskontroll utövades sålunda med total självklarhet av styrelserna i samtliga fall med undantag för ledningen i Region Skåne.

I Strömstad och Tidaholm var en institution av *samförstånd och samarbete* förhärskande både i de politiska organen och i förvaltningarna, i Strömstad specifikt kallad Strömstadsandan. Detta förhållande ökade förutsättningarna för de politiska aktörerna att fatta beslut om kostnadsbegränsningar och ställa krav på nämnder och förvaltningar att begränsa sina kostnader som kompensation för andra nämnders och förvaltningars överskridanden.

I regionerna och i Borås rådde i stället ett institutionellt förhållande av motsättningar och konfrontation med olika grad i de tre fallen och starkast motsättningar och konfrontation i Västra Götalandsregionen, där klimatet mellan politikerna särskilt under första mandatperioden var destruktivt. Under de första ett och ett halvt åren var styråtgärderna över huvud taget begränsade, alltså styrningsintensiteten mycket svag. Under båda mandatperioderna var svårigheterna betydande att nå politiskt samförstånd om den omstrukturering av sjukvården som alla – särskilt före regionbildningen – ansåg var nödvändig. Också denna handlingsförklaring hade, om inte orsakats, så åtminstone ökat till följd av det destruktiva klimatet. Även om det är osäkert att skriva kontrafaktisk historia, måste det hållas för sannolikt att avsaknad av strävan efter samförstånd starkt begränsade de styrande aktörernas vilja att driva omstruktureringen av sjukvården mer bestämt, både området för beslut och styrningsintensiteten reducerades.

Ytterligare hinder möter styrning som eftersträvar förändring av den i offentlig förvaltning etablerade föreställningen att både resurstillskott och reduktioner skall fördelas *rättvist* eller lika mellan enheter. Denna föreställning bidrar till att förklara både varför den nya utvecklingsstrategin i Västra Götalandsregionen inte blev så genomgripande som den politiska ledningen egentligen och ursprungligen hade avsett och varför de ändå beslutade förändringarna inte styrdes med stark intensitet. Både i utredningsarbetet, i därpå följande beslut och under andra mandatperioden var också styrningsintensiteten begränsad därför att i och för sig eftersträvade omfördelningar av resurser ändå uppfattades som orättvisa.

Reception

Institutionen om rättvisa präglade också hälso- och sjukvårdsnämndernas och sjukhusföreträdarnas förståelse vid verkställigheten av sjukvårdsstrategin i Västra Götalandsregionen. Aktörernas förståelse för och ambition att omfördela resurser begränsades och skapade motstånd mot omfördelade beslut.

Uppfattningen att de ekonomiska förutsättningarna utgör en överordnad restriktion, som kortfattat har benämnts *kostnadskontroll*, var en stark institution och omfattades av såväl nämnder som förvaltningar i samtliga primärkommuner, om än starkast i Borås. Över åren institutionaliserades denna uppfattning också i Västra Götalandsregionen under beteckningen kostnadskontroll. Institutionaliseringen skedde redan under den första mandatperioden och upprätthölls och befästes under den andra mandatperioden inom utförarstyrelser, hälso- och sjukvårdsnämnder och förvaltningar.

I den empiriska redovisningen framstår det också som troligt att det i kommunal förvaltning över huvud taget råder en respekt för kostnader och att man inte slösar bort pengar och resurser i en verksamhet utan i stället strävar efter sparsamhet. Detta förhållningssätt kan ses som en institution och betecknas *god hushållning* och avser inte samma förhållningssätt som uttrycks med begreppet kostnadskontroll. Verksamheten kan ha uppfattningen att anslagen inte tillgodoser oavvisliga krav på verksamheten och därmed överskrida budget men likväl hushålla med kommunens resurser. Explicita exempel i empirin är bland andra beredskapen vid Alingsås Lasarett att behandla cancerpatienter även om anslagen tagit slut och omsorgsförvaltningens i Strömstad åtgärder att hålla boendet Kristallen i verksamhet eftersom man inte kunde köra ut de boende på gatan. Institutionen god hushållning förklarar sannolikt att kostnadsutvecklingen i de två regionerna under deras första mandatperiod begränsades i ungefär samma mån och även till i stort sett den samma som i Stockholms Läns Landsting och inom hela den svenska sjukvården i genomsnitt⁵¹⁷ och – för Region Skånes del – trots en svag kostnadsstyrning. Ett uttryck för institutionen god hushållning har redan citerats från en av intervjuerna från Strömstad: ”Bygdens folk har levt under karghetens och knapphetens kalla stjärna och har ett väldigt kostnadsmedvetande.”

⁵¹⁷ Det bör i och för sig observeras att de tre storlandstingen sammantagna utgör nära hälften av den svenska sjukvården, varför också genomsnittsutvecklingen till nästan hälften är förklarad av dessa

Institutionerna kostnadskontroll och god hushållning stödjer alltså kostnadsstyrningen och ökar dess genomslagskraft genom att prägla aktörernas förståelse för och förhållningssätt till kostnader.

I Strömstad och Tidaholm utgjorde också institutionen av *samförstånd och samarbete* ett stöd för kostnadsstyrningen genom att både styrande och styrda aktörer såg krav och därmed begränsningar på nämnders och förvaltningars agerande som befogade för att bidra till en god kommunal ekonomi. Nämnder och förvaltningar bidrog lojalt till besparingar i den egna verksamheten. Sammantagna möjliggjorde dessa institutioner för kommunstyrelserna att upprätthålla kontroll över kommunens totala ekonomi samtidigt som det kunde vara tillåtet för enstaka förvaltningar att överskrida budget.

I kommunala verksamheter finns traditioner och normer nedlagda för hur verksamheten skall bedrivas, vilken service som skall tillhandahållas, vilka värden som skall eftersträvas och vilka övriga normer som skall gälla. För de sjukvårdande professionerna är delar av detta regelverk särskilt tydliga och dessutom sanktionerade i lagstiftning och i etiska regler. Sammantagna kan dessa värderingar och regler betecknas god vård respektive god omvårdnad. Här skall användas begreppet *god verksamhet*, som uttrycker en mer generell referens till all kommunal verksamhet – inte endast vård och omvårdnad. God verksamhet är vad enheternas ledningar, läkare, sköterskor, omvårdnadspersonal och alla andra som arbetar i verksamheten vill eftersträva och uppnå. God verksamhet betecknar alltså ett institutionellt arrangemang, som är både utfyllande och konkurrerande i förhållande till styrning. Men föreställningen om god verksamhet är inte precis och därmed inte entydig. Inte heller är innehållet i god verksamhet detsamma mellan olika grupper eller olika enheter. Grunden utgörs när det gäller god vård av professionella normer, i vissa fall precisa och i andra fall mindre precisa. Därtill kommer traditioner och värderingar som utvecklas inom professioner och i möten mellan professioner men också vid sjukhuset, vid vårdcentralen eller äldreboendet, på enheten och inom teamet. Detta innebär att den mer precisa uttolkningen varierar mellan olika enheter och grupper.

Strävan efter god verksamhet påverkar alltså förvaltningens aktörer i deras vilja och förståelse. Institutionen förklarar varför verksamheten fortgick i båda regionerna också innan överenskommelser och därmed formell styrning hade etablerats. Andra exempel från empirin är bland andra Alingsås Lasarett, där man fortsatte operera cancerpatienter trots

att anslagen för året var slut, och Kristallen i Strömstad, som inte avvecklades enligt beslutet utan först senare därför att platserna behövdes. Det är ett rimligt antagande att strävan efter god verksamhet förklarar också de kostnadsöverskridanden som konstaterats även i övrigt i empirin (sjukvården i Skåne, några enheter i Västra Götalandsregionen, enheter inom äldreomsorgen i alla tre primärkommunerna).

Också motståndet mot konkurrensutsättning av laboratorierna i Region Skåne, sammanslagningen av universitetssjukhusen i Malmö och i Lund, sammanslagningen av Uddevalla och NÄL, integration mellan specialistsjukvården och primärvården i Västra Götalandsregionen utgör exempel från empirin som emanerar åtminstone bland annat i att aktörerna inom förvaltningarna bedömde att den goda verksamheten var hotad och därmed begränsades aktörernas vilja att genomföra beslutade förändringar.

Sammanfattning

Institutioner begränsar och vägleder handlandet för aktörerna i kommunledningarna såväl som i nämnder och förvaltningar. Institutionerna är gemensamma för hela kommunen, såväl för styrande som styrda. Strävan efter god hushållning och förståelse för kostnadsstyrning är viktiga institutioner i alla kommuner. Dessa institutioner förmår både aktörer i den politiska ledningen och i nämnderna att vilja besluta om utgiftsbegränsningar och förvaltningarnas aktörer att stödja besparingar och begränsa utgifter. En ytterligare institution i alla kommuner är strävan efter god verksamhet. Däremot varierar uttolkningen av vad som är god verksamhet och även uppfattningar om hur god verksamhet skall prioriteras i förhållande till kostnadskontroll. I vissa fall minskas förvaltningarnas vilja att minimera kostnaderna. I flera fall kan också både nämndernas och förvaltningarnas uppfattningar om vad som är god verksamhet skapa motstånd mot förändringar i verksamheternas organisation och göra aktörerna ovilliga att medverka till förslag och beslut om sådana förändringar.

Området för de politiska organens beslut ökas och styrningsintensiteten gynnas av om samförstånd och samarbete är institutionaliserat, medan å andra sidan konfliktorientering försvårar beslut och försvagar styrningsintensiteten. Hos förvaltningarna ökar institutionen om samförstånd och samarbete viljan och förståelsen för att efterkomma styrning som innebär resursomfördelning. Däremot försvåras beslut om genomgripande förändringar av en vanlig föreställning om att anslagsökningar och reduktio-

ner skall fördelas rättvist. Samma institution skapar också motstånd mot sådana förändringar i förvaltningarna, vilket leder till begränsad verkan av sådana beslut – om de ändå fattas.

Institutioner har alltså betydelse för aktörernas vilja och förståelse, både till stöd för styrning och som motstånd mot styrning.

I den nyinstitutionella organisationsteorin behandlas ett vanligt fall av motstånd mot förändringar, nämligen sådana förändringar som beslutas av ledningen i första hand för att tillmötesgå externa förväntningar såsom moden eller nationella bestämmelser. Sådana förändringar är sålunda inte motiverade av och heller inte anpassade efter verksamhetens behov, varför den operativa organisationen frikopplar sig från beslutet eller i vart fall skapar en lös koppling. I nästa punkt skall aktuella fall från empirin betraktas med dessa utgångspunkter.

Externa krav på organisationen, beslut och frikoppling

Beslut och styrmedel

Flera av de beslut som fattades i regionerna och kommunerna överensstämde med idéer som allmänt diskuterades i omvärlden och kan ses som organisatoriska moden. Sålunda hade beslut fattats om att tillämpa målstyrning i alla tre primärkommunerna och där fanns också en uppfattning om att målstyrning var införd. I regionerna var inte målstyrning införd som en övergripande styrmodell, men styrning mot mål förekom i vissa fall.

I de beslut om strukturförändringar som fattades i de två regionerna kan konstateras att flera bärande idéer utgjorde ett slags mode när de inflöts i strukturplanerna. De bärande idéerna fanns i den nationella handlingsplanen och de förekom också i båda regionerna. Även intervjuer har visat att det rör sig om förhärskande uppfattningar som var spridda över landet och hade flutit in i de beslutande politikernas uppfattningar. Det gäller bland andra uppfattningen att 80% av sjukvården bör hanteras av primärvården, att sjukhusvården bör koncentreras till färre enheter och att man bör satsa på närsjukvård. Det sista begreppet hade dessutom ingen definition och olika ledande befattningshavare och politiker hade olika uppfattningar om vad begreppet stod för.

Ytterligare exempel på beslut som fattats i överensstämmelse med allmänt spridda idéer är besluten om a) strategin i Borås om konkurrensutsättning och alternativa driftformer, b) strategin om konkurrensutsättning

i regionerna, c) besluten om samordning mellan universitetssjukhusen i Skåne och mellan NÄL och Uddevalla sjukhus samt d) den organisatoriska uppfattningen att i Västra Götalandsregionen beställningsarbetet av sjukhusvården skulle samordnas med beställningsarbetet av primärvården.

I flera landsting och småningom också genom riksdagsbeslut infördes vårdgarantier – egentligen inte garantier i ordets egentliga mening utan snarare ett slags avsiktsförklaring – och sådana garantier fastställdes också i Västra Götalandsregionen som styrmedel i förhållande till regionens samlade sjukvård

Kommunledningarna fattade alltså i många viktiga fall avgörande beslut om organisation och styrmedel under inflytande av diskussioner och uppfattningar i omvärlden. Empirin innehåller också uttalanden från ledande politiker om hur idéer sprids, lanseras och vinner uppslutning bland politikerna. Ett redan återgivet citat från en av de intervjuade regionpolitikerna (som för övrigt också har en framskjuten position på riksplaneln) belyser detta i en beskrivning av det politiska beslutsfattandet med orden ”hela strukturbeslutet är en modefluga” – ”någon slänger ur sig något, alla hänger på.” Om dessa idéer skall, som i den nyinstitutionella organisationsteorin, betecknas som moden har mindre betydelse. Utmärkande för denna kategori av organisatoriska lösningar är att initiativen från verksamhetens utgångspunkt kommer externt och beslutas uppifrån, inte med utgångspunkt från vad som uppfattas som ändamålsenligt inom den egna operativa organisationen och av dess företrädare. För de politiska beslutsfattarna lovar också lösningarna bättre verksamhet utan kostnadsökning.

Målstyrningens idé rön­te dock inte någon större uppmärksamhet hos kommunledningarna. I inget av fallen styrde fullmäktige och styrelsen i praktiken genom mål. Visserligen fastställde fullmäktige i Strömstad och Tidaholm förslag till mål, men de eller kommunstyrelsen engagerade sig inte i varken formulering eller uppföljning. I Borås hade målformulering delegerats till kommundelsnämnderna och vad specifikt gällde äldreomsorgen följde fullmäktige genom rapportering hur målstyrningen fungerade. Men när rapporterna visade att målstyrningen inte hade införts, så hände ingenting. Styrningsintensiteten var alltså svag.

Svårigheterna att införa strukturbeslutet i Skåne ledde till att flera frågor sköts vidare till fortsatt utredning under beteckningen Skånsk Livskraft och svårigheterna i fullmäktige, styrelsen och nämnderna att enas om införandet av beslutet i Västra Götalandsregionen under andra

mandatperioden ledde till att införandet delegerades till hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarna. Redan genom denna sänkta styrningsintensitet frikopplade i realiteten regionledningarna själva förändringarna i verkligheten från strukturbesluten. Men för att befästa föreställningen att förändringar sker, pågick omfattande organisatoriska processer kontinuerligt i form av förhandlingar om implementering och uppföljningar av implementeringen. Ledningen kunde fortsätta att tala om förändringen som genomförd under många år utan att något väsentligt skett. T.ex. fortsatte både primärvården och sjukhusvården som tidigare och i enlighet med vad verksamheternas företrädare bedömde som mest ändamålsenligt. Projekt om närsjukvård drevs av politikerna, men endast som diskussioner om innehållet i begreppet och lämpliga former för samverkan. När-sjukvård infördes dock inte i verkligheten under den period den empiriska studien omfattar.

Reception

Både i nämnderna och i förvaltningarna möttes alla ovan givna exempel på organisatoriska lösningar i verksamheterna av löskoppling eller frikoppling. I Strömstad och Tidaholm spelar målen ingen betydelsefull roll. Uppföljning skedde i begränsad omfattning av måluppfyllelsen, resultaten av dessa uppföljningar dokumenterades men hade ingen effekt på handlandet. I Borås fastställdes mål i mer begränsad omfattning och uppföljningen blev därför inte fullständig. I alla tre primärkommunerna ansåg man sig tillämpa målstyrning, men i verkligheten skedde målformuleringar och -uppföljningar i helt sidoordnade processer med endast begränsad koppling till den pågående verksamheten. Kvalitetsstyrning, som utgör ett annat mode, fusionerades med målstyrning i ett slags översättning genom att mål för utvalda indikatorer på kvalitet fastställdes och följdes upp genom enkäter. Men enkätresultaten tillmättes knappast någon betydelse. Verksamheten var i viss utsträckning frikopplad och i övrigt mycket löst kopplad till målstyrningen.

Styrningen i Västra Götalandsregionen genom vårdgarantier skedde efter hand mer konsekvent. Olika slags incitament till sjukhusvården tillämpades under båda mandatperioderna, och uppföljningsrutiner skärptes efter hand. Även om genomslaget inte blev mer än måttligt och särskilt inom primärvården lågt, så påverkades handlandet inom sjukvården av denna styrning. Detta är alltså ett exempel på en starkare koppling, vilket troligen beror på att resultatstyrning tillämpades.

Strukturbesluten i de båda regionerna förverkligades inte. I protokoll och i andra handlingar talade man hela tiden om pågående processer och utredningsarbete pågick, men i verkligheten prioriterade distriktsnämnderna i Skåne och hälso- och sjukvårdsnämnderna i Västra Götalandsregionen annorlunda och sjukhusledningarna och primärvårdsledningarna genomförde inte strukturförändringarna. I verkligheten frikopplade förvaltningarna från strukturbesluten. På samma sätt förhöll det sig med konkurrensutsättning i Region Skåne och Borås och Strömstad och samordningen mellan universitetssjukhusen i Malmö och Lund samt inom NU-sjukvården.

Hela beställningsprocessen i Västra Götalandsregionen kan ses som en omfattande process, som förde sitt eget liv med en mycket lös koppling till vad som i verkligheten skedde. Andra liknande processer är flera projekt i regionen som ägnas åt att utreda hur närsjukvård bör bedrivas i olika kommuner, diskussioner som pågått några år men som i vart fall när datainsamlingen slutförts inte lett till några förändringar i verkligheten.

Sammanfattning

Idéer och förväntningar om organisatoriska lösningar från omgivningen påverkar de ledande politikerna att besluta om förändringar utan att de egentligen förstår på vilket sätt lösningarna skulle medföra en mer ändamålsenlig verksamhet. När besluten så möter aktörer i förvaltningarna, förstår dessa aktörer verksamhetens krav på ett annat sätt och besluten blir inte genomförda. I vissa fall modifieras besluten, i andra fall frikopplas verksamheten från besluten. Likväl kan regionledningarna tala om sig själva som moderna i den meningen att man genomför en omstrukturering av sjukvården enligt gällande lära, och kommunerna kan se sig som handlingskraftiga eftersom de genomfört målstyrning och kvalitetsuppföljning. Verksamheterna bedrivs i enlighet med vad dess ledare finner vara möjligt och ändamålsenligt.

Fortfarande återstår dock att förklara hur det kommer sig att ledning och verksamhetsföreträdare inte förstår förutsättningarna och verksamheterna på samma sätt. Hur uppstår uppfattningar om vad som är politiskt rationellt, hur uppstår institutioner och tolkningar av dem, hur uppstår organisatoriska moden och hur kommer det sig att verksamheten och ledningen ser annorlunda på t.ex. möjligheterna att uppnå god verksamhet? I nästa punkt skall förklaringarna föras ytterligare en nivå djupare med tillämpning av en systemteoretisk ansats som ser kommunen som ett antal

autonoma och självrefererande system och styrning som kommunikation från ett (styrande) system till ett annat (styrt) system.

Aktörernas vilja och förståelse skapas i autonoma och självrefererande system

Beslut och styrningsintensitet

Politikerna verkar i sina autonoma system, som är självrefererande. Inom vart och ett av systemen formas dess förståelse av sig självt, av omgivningen, av samhället och dess behov, av väljarna och deras preferenser, av verksamheten och dess förutsättningar. Vad som uppfattas vara eftersträvansvärt, relevant och lämpligt bedöms enligt systemets egen referensram, liksom information om vad som sker i omvärlden och i verksamheten selekteras, tolkas och förstås enligt systemets egen referensram. Omvärlden är för komplex för att ett system skall kunna observera och bedöma allt som sker. All information beaktas därför inte, i vissa fall för att den inte registreras, i andra fall för att den inte selekteras och i ytterligare andra fall för att den inte förstås. Eftersom det politiska systemets föreställningsvärld är åtskild från den kommunala tjänsteproduktionen ger inte referensramen tillräcklig insikt i hur verksamheten egentligen bedrivs och därmed inte heller fullständig och adekvat information för att förstå verksamheten och dess förutsättningar. Systemets självförståelse innebär vidare att det beslutar och förväntar sig att beslutet får avsedda eller önskade följder. I det politiska systemet betraktas själva besluten som framgång. Då har det politiska systemet utfört sin uppgift och förväntar sig att de avsedda effekterna uppnås av förvaltningen.

Inom det politiska systemet och enligt dess referensram formas alltså intressen för vad man vill styra och uppfattningar om vilka frågor som bör styras samt hur styrningen bör ske. Regionledningen i Region Skåne styrde kostnader med budget och budgettexter och ökad sjukvårdsproduktion med prestationsersättning och muntliga budskap både till patienter och läkare. Ökad konkurrensutsättning och alternativa driftformer styrdes med skriftliga instruktioner och genom kommunstyrelsens egen handläggning. Övriga frågor styrdes genom budgettexter. I Västra Götalandsregionen styrdes kostnader och ett stort antal förändringar genom budgettexter och omstrukturering med utredningsarbete och skriftligt principbeslut samt allmänt formulerade uppdrag till andra nämnder att genomföra strukturbeslutet. En ökad sjukvårdsproduktion styrdes ge-

nom s.k. garantier som delvis var förenade med ekonomiska incitament. I Borås bedömdes minskning av kapaciteten i särskilda boenden viktig och styrdes centraliserat, kostnaderna styrdes genom budgettexter, stark övervakning och ingripanden i övriga nämnders beslut medan verksamheten i övrigt i äldreomsorgen styrdes dels genom ett allmänt krav på att kommunalnämnderna skulle införa målstyrning, dels genom uttalanden om bl.a. konkurrensutsättning och alternativa driftformer samt samverkan mellan kommunalnämnderna. I Strömstad och Tidaholm slutligen styrdes kostnaderna genom budget och verksamheterna genom mål och i Strömstad dessutom genom en skriftlig omsorgsplan.

Exempel på fenomen som de politiska systemen inte informerat sig om med precision är vad närsjukvård är eller bör vara, hur samordning av sjukhusen borde ske, hur överflyttning från sjukhusvård till primärvård borde genomföras, tesen att 80 % av sjukvården bör behandlas i primärvården, vilka förutsättningarna är för att uppnå vårdgarantierna, hur målen fungerar i styrningen och vilket äldreboende som borde läggas ned i Strömstad. I den komplexa omvärlden selekterar det politiska systemet sin information i enlighet med sin egen referensram. Det politiska systemets verklighetsuppfattning skapas på en mer övergripande nivå och bland information som selekteras ingår idéer som vunnit fäste bland politiker i kommunsverige och i sjukvårdssverige.

Budgettexterna, särskilt från regionerna, var omfångsrika och oprecisa. Politiska tjänstemän skrev och diskuterade med i första hand majoritetens ledande politiker och med majoritetens partigrupper. Systemet arbetade inom sig självt med sina egna referensramar som framför allt bestod av politisk retorik, av verbala och siffermässiga beskrivningar av och uppfattningar om den bedrivna verksamheten, av tidigare års budgetar, av upprättade planer såsom strukturbeslut, handlingsplaner och av i de politiska systemen etablerade idéer om hur verksamheten bör utvecklas. Budgetarna tillkom inom det politiska systemet och varje politiker strävade efter att få med någonting från sitt eget intresseområde. Totalt blev texterna så omfattande att de inte gav någon vägledning. I varierande utsträckning gällde samma karaktäristik också för den övriga skriftliga dokumentationen från ledningarna i regionerna och i Borås. Målen i kommunerna var allmänt hållna och gav inte ledning för verksamheten. De politiska systemen arbetade med referenser inåt snarare än utåt. De styrande förstår texten väl, de har utvecklat och uppnått sin egen förståelse, som är skapad inom det egna systemet. Denna självförståelse innebär dessutom bland

annat att det i verkligheten blir som man beslutat, det fattade beslutet är lösningen.

Sedan beslut fattats fanns i flera fall information tillgänglig om att styrningens genomslagskraft var svag. Man måste utgå från att sådan information registrerades, men det finns i flera fall inga tecken på att informationen förstods som kritiska signaler om att andra åtgärder fordrades. Informationen selekterades inte av det politiska systemet, förstods inte eller försköts. Sålunda ökade kostnaderna i Region Skåne mer än budget utan att det politiska systemet synbarligen reagerade förrän efter tre år. De garanterade väntetiderna i Västra Götalandsregionen överskreds utan att respondenterna syntes medvetna om detta, avvikelser från fastställda mål i kommunerna föranledde inga åtgärder i det politiska systemet och i flera fall verkställdes inte det politiska systemets beslut såsom konkurrensutsättning i regionerna, i Borås och i Strömstad. Strukturbesluten i Region Skåne och i Västra Götalandsregionen blev inte förverkligade. Det politiska systemet är upptaget med att formulera beslut i form av texter men reagerar i flera fall inte på information om avvikelser. Exempel på motsatsen är endast kostnadsutvecklingen i Västra Götalandsregionen och kommunerna samt minskad kapacitet av äldreboenden i Borås. I det politiska systemets referensram är uppfattningar om vad som är politiskt rationellt relevanta och betydelsefulla. Dessa uppfattningar tenderar att förskjuta det politiska systemets relevansbedömning till planer och beslut och bort från utfall. Ju mer det politiska systemet skriver, ju fler problem anser man sig lösa och det är vad som är politiskt relevant. Och, som ovan noterats, det fattade beslutet uppfattas i den egna självförståelsen som lösningen.

Reception

Också nämnderna utgör autonoma och självrefererande system, som alltså verkar åtskilda från både styrelsen och förvaltningarna. Nämnderna registrerar styrning från styrelsen men förstår styrningen och selekterar information enligt den egna referensramen. Styrningen av förvaltningarna baseras alltså på nämndens förståelse. Förverkligande av sjukvårdsstrukturen i Västra Götalandsregionen blev omprioriterad, åtgärder för konkurrensutsättning och alternativa driftformer nedprioriterades i båda regionerna av distriktsnämnder i Skåne, hälso- och sjukvårdsnämnder och utförarstyrelser i Västra Götalandsregionen och kommunaldelsnämnder i Borås och omsorgsnämnden i Strömstad. Utformning och uppföljning av

mål enligt omsorgsplanen liksom samverkan mellan kommundelar blev nedprioriterade av kommunalnämnderna i Borås.

Liksom styrelserna har nämnderna begränsad insikt i hur verksamheten egentligen bedrivs och oftast inga konkreta uppfattningar om vad som sker i verksamheten. I två fall angav sålunda ledamöterna av utförrstyrelser i Västra Götalandsregionen explicit att de inte visste om de styrde sjukhusen över huvud taget. En presidieledamot i en kommunalnämnd i Borås förklarade nämndens ointresse för resultatet av rapporter om ifrågasatta brister i verksamheten med orden ”man hoppas att verksamheten tar tag i det” och en annan presidieledamot konstaterade att det ”är väl så att man som förtroendeman koncentrerar sig mest på siffrorna i budgeten”. Omsorgsnämnden i Strömstad förlitade sig på förvaltningens bedömning att allt var bra i anledning av ett ogynnsamt utfall av kvalitetsmätning. Politikerna i beställarstyrelserna i Västra Götalandsregionen hade inte kunskaper att åstadkomma beslutad förändring av relationerna mellan primärvård och sjukhusvård och utförrstyrelsen för NU-sjukvården hade inte förutsättningar att avgöra vilken struktur som var mest ändamålsenlig för det sammanslagna sjukhuset. Nämndernas ledamöter tar emot och lyssnar på föredragningar i frågor, som drivs av chefer. Frågor som chefer eller professionella ledare inte önskar eller inte tror på väcks inte och kan därför komma att undgå uppmärksamhet av det politiska systemet. En av sjukhusdirektörerna framhöll att hon styr sjukhuset efter ”en inre bild”. Nämnderna skapar alltså sin egen förståelse, de selekterar själva sin information och skapar sin egen referensram.

Verksamheten bedrivs av förvaltningar, som var och en utgör ett eget autonomt och självrefererande system. De verkar självständigt i förhållande till de politiska systemen, men registrerar de politiska organens beslut som information om vad som krävs eller förväntas. Men förvaltningarna förstår styrningen i enlighet med sina egna referensramar, inte i enlighet med den styrandes, och de agerar var och en enligt sin egen referensram så som de förstår styrningen och förutsättningarna för verksamheten. Hur arbetsmetoder utvecklas, standarder etableras och rationaliseringar skapas vet inte det politiska systemet. Den dagliga verksamheten leds av arbetsledare och övrig personal utan att politiker är delaktiga eller politiska beslut påverkar – utöver de övergripande besluten i fullmäktige om främst förvaltningens uppgifter i stort, antalet platser och budget. I enheten har man de vårdtagare man har och man har den personal man har. Sättet att utföra arbetet och det resultat som åstadkoms är i praktiken en fråga för

enhetens personal. I den mån förändringar sker, så är de resultat av samtal mellan chefer och mellan chefer och medarbetare. Dessa samtal innebär att observerad information inom det egna systemet och i omvärlden tolkas och värderas enligt systemets referensram samt underhåller systemets egen självförståelse och dess referensram. Medan det politiska systemet förstår sin framgångsfaktor som besluten, uppfattar verksamheterna framför allt uppnådd god verksamhet som framgångsfaktore.

Att både verksamheten och dess förutsättningar förstås olika av aktörerna inom de olika systemen leder till att förvaltningarna ofta finner styrningen ogrundad, irrelevant eller olämplig.

De omfattande budgettexterna är exempel på styrning som förvaltningarna förstod på annat sätt än det politiska systemet. Alla beslut och alla texter observerades inte och av dem som observerades, selekterades inte alla för närmare bearbetning och beslut. De beslut och de texter som selekterades förstods i enlighet med förvaltningarnas egna referensramar och förstods därmed annorlunda än det politiska systemet avsett. Andra beslut och texter förstods som oförenliga med de egna referensramarna eller åtminstone irrelevanta. Sjukhusen i Skåne observerade sålunda och agerade i enlighet med systemet för prestationsersättning men observerade inte eller bedömde som mindre relevant det parallella kravet på hänsyn till totalkostnaderna. I Västra Götalandsregionen innehöll budgetarna under flera år över hundra uppdrag till förvaltningarna, uppdrag som sinsemellan inte var rangordnade, delvis var motsägande och i vart fall inte alla kunde genomföras samtidigt. I första hand observerade, beaktade och förstod förvaltningarna beloppen, inte de omfattande texterna.

Förhandlingarna inom beställar- utförarorganisationer utgjorde separata system, som i hög grad sysslade med sig själva. Stora textmassor bearbetades och diskuterades. Under processen skapades inom systemet av förhandlingar självförståelsen att systemet styrde, men till slut blev resultatet ändå ”lite mer produktion än föregående år men till samma ersättning.” Utförarna valde sedan i praktiken hur resurserna skulle användas och gjorde det i enlighet med sina egna referensramar. Överenskommelserna hade alltså samma karaktär som budgetarna. Texterna befanns av läkare som svarar för verksamheten som svårförståeliga, i vissa fall baserade på felaktiga förutsättningar och styrningen modifierades eller avvisades. Vad som framför allt observerades, förstods och beaktades var ersättningarna i kronor och förutsättningar för prestationsersättning. Läkarna inom primärvården och sjukhusvården i Västra Götalandsregionen hade också en

annan förståelse av hur samarbete borde gå till mellan dem än vad strukturbeslutet och regionledningen gav uttryck för. De hade också sinsemellan olika uppfattningar.

Också i andra fall finns exempel på att den information som styrningen utgör uppfattas vara baserad på beslut och bedömningar som verksamheten uppfattar som mindre relevanta, olämpliga, felaktiga eller omöjliga att uppfylla. Ett tydligt sådant exempel är förvaltningarnas bristande tilltro till budgetarna för de två första åren i Västra Götalandsregionen. De betraktades som orealistiska enligt förvaltningarnas självförståelse, varför budgetarna negligerades. Målstyrning i primärkommunerna förstods olika av det politiska systemet och verksamheten. I viss mån trodde det politiska systemet att det målstyrde, och verksamheten diskuterade som om den trodde det. Men i verkligheten förstod de olika systemen målen på olika sätt och målstyrningen skapade alltså inte någon samfäll bild av vad förvaltningen väntades göra och av vad den gjort. Recipierad styrning relateras till den egna självförståelsen, uppfattningen om förvaltningens uppgift och det rätta sättet att bedriva denna uppgift samt den nytta förvaltningen åstadkommer – allt baserat på den egna självförståelsen. Utvecklingsstrategier, kvalitetsparametrar, rationaliseringsmöjligheter och andra frågor kunde inte beskrivas så att de förstås på samma sätt eftersom ord, beskrivningar och resonemang är mångtydiga. Varje system tolkade informationen på sitt eget sätt och i enlighet med sina egna referensramar. Systemen observerade inte alltid att tolkningarna var olika. Och i de fall så skedde, så satte de ändå tilltro till sin egen självförståelse, vars innebörd var att enheten bedriver en god verksamhet.

Självförståelsen ger besked om viktiga förutsättningar för att verksamheten skall kunna bedrivas och om vilka värden som verksamheten eftersträvar, med andra ord besked om vad som är god verksamhet. Förvaltningen värjer sig mot styrning som bedöms innebära risker för den goda verksamheten så som dessa värden framstår i den egna självförståelsen. Särskilt starkt är motståndet mot förändringar som innebär att den bedrivna verksamheten reduceras, upphör eller förlorar den självständighet som vunnits. Det politiska systemet tvingas i sådana fall ofta anpassa och ändra sina beslut. Konkurrensutsättning och alternativa driftformer i regionerna och två av kommunerna, sammanläggningar av sjukhus i regionerna, nedläggning av verksamheter i Västra Götalandsregionen och integrering av primärvård och sjukhusvård i Västra Götalandsregionen är alla exempel på lösningar som systemen inte trodde på därför att de

stred mot den egna självförståelsen. Inom det autonoma systemet, t.ex. sjukhuset, uppstod en föreställning om att verksamheten bedrevs på mest ändamålsenligt sätt inom ramen för tillgängliga resurser. Detta är en naturlig inställning, eftersom man agerar i enlighet med vad man tror är bäst. Annars skulle man redan ha börjat göra annorlunda. Styrningen avisas därför. Läkarna vid universitetssjukhusen i Malmö och Lund och läkarna vid laborieverksamheten i Region Skåne hade en mot regionledningen så helt avvikande förståelse gällande det kloka i sammanslagning respektive konkurrensutsättning att aktörerna inte ens kunde förstå varandra vid samtal.

Sammanfattning

Kommunledningarna, nämnderna och andra politiska system samt förvaltningarna utgör autonoma och självrefererande system som skapar sin egen självförståelse och sina egna referensramar. De registrerar, selekterar och förstår information i enlighet med dessa referensramar. Varje system underhåller sin referensram autonomt och inom det egna systemet och aktörernas förståelse skapas och förstärks inom dessa autonoma och självrefererande system. Det politiska systemets självförståelse eftersträvar andra framgångskriterier än verksamheten, nämligen avsikter, planer och beslut medan verksamheternas självförståelse framför allt ser god verksamhet som framgångskriterium. Därför förstås både verksamheten och dess förutsättningar olika av aktörerna inom de olika systemen, vilket leder till för det första att styrningen av verksamheten ofta grundas på otillräcklig erfarenhet och insikt och blir oprecis, för det andra att styrningen av den styrda ofta uppfattas som irrelevant eller olämplig samt för det tredje att styrningen liksom annan information uppfattas olika av styrande och styrd. Förvaltningarna agerar i enlighet med sina egna referensramar och därmed sin egen självförståelse. Styrning i strid med systemets självförståelse vinner inte acceptans. Men det politiska systemets självförståelse och förväntan är att det räcker med att fatta beslut, därefter är problemet löst och det beslutade läget är uppnått. De ser verkligheten från sina utgångspunkter men förstår den inte från verksamhetens utgångspunkter. Dessutom är det politiskt rationella av stor relevans i det politiska systemets självförståelse.

De teoretiska förklaringarna sammanfattas

Grunden för de teoretiska förklaringarna utgörs av en modell av styrning som en process i fyra steg från beslut till utfall via styrmedel och reception samt förklaringen att beslut, styrmedel och reception beror av vad aktörerna vill och av vad de förstår. Modellen har kompletterats med begreppen styrningsintensitet och styrningens genomslagskraft för att operationalisera moment i styrningen.

Vilka områden som styrs, styrningsintensiteten och styrningens genomslagskraft förklaras av aktörernas vilja att driva frågor och deras förståelse av situationen. Aktörernas vilja och förståelse påverkas i sin tur bland annat av egenintressen såsom det politiskt rationella, utsikterna att öka röstunderlaget, chefers och ledande tjänstemäns intressen av karriär, prestige eller ren bekvämlighet samt deras strävan efter den egna enhetens självständighet och status i övrigt.

Aktörernas vilja och förståelse präglas vidare av institutioner, som både utvidgar och begränsar områden för styrning och styrningsintensitet samt påverkar styrningens genomslagskraft genom att stödja, komplettera eller skapa motstånd mot styrning. En institution av samarbete och samförstånd ökar styrelseledamöters och nämndledamöters vilja att styra vissa frågor, t.ex. strukturfrågor, och ökar därmed styrningsintensiteten i jämförelse med situationer i vilka samarbete och samförstånd saknas. Denna institution bidrar också till besparingar i verksamhet för att kompensera ekonomiska problem i andra verksamheter. Institutioner som god verksamhet och rättvis medelsfördelning begränsar i vissa fall både styrelseledamöters och nämndledamöters vilja att göra kraftigare omfördelningar och verksamhetens aktörers benägenhet att förverkliga sådan styrning. Strävan efter god verksamhet kan också reducera kostnadsstyrningens genomslagskraft. Institutioner som kostnadskontroll och god hushållning stödjer kostnadsstyrningens genomslagskraft genom att öka förståelsen för besparingar hos verksamhetens aktörer.

Etablerade uppfattningar om vilka organisatoriska lösningar som är lämpliga gör sig gällande i omvärlden som förväntningar på organisationens ledning att genomföra lösningarna, ibland som rekommendationer såsom i frågor om lämplig sjukvårdsstruktur och styrning genom målstyrning. I vissa fall förekommer också lagstiftning som t.ex. i fråga om införande av vårdgarantier. Dessa organisatoriska lösningar är emellertid inte anpassade till och inte förankrade i verksamhetens uppfattningar om

vad som är lämpligt. Därför är dessa organisatoriska lösningar inte alltid ändamålsenliga eller ens realistiska och ofta bedömer verksamhetens aktörer en oförändrad organisation som mer ändamålsenlig. Deras vilja att efterkomma styrningen är begränsad eller obefintlig och i ytterlighetsfall frikopplas beslutet genom att verksamheten bortser från det. Genomslagskraften av styrning blir svag. Också ledningens övertygelse om beslutens ändamålsenlighet framstår i vissa fall som otillräcklig, varvid också styrningsintensiteten blir låg.

En kommun består av och verkar i autonoma och självrefererande system. Styrning ses som kommunikation mellan sådana system, styrande och styrda. Dessa system utvecklar vart och ett sin egen självförståelse och sina egna referensramar för att observera och förstå såväl omvärlden som sig själva samt för att agera i förhållande till omvärlden. Olika system förstår sålunda verkligheten olika, styrning förstås olika av de styrande och av de styrda. De som styrs tolkar styrningen enligt sina egna referensramar. I sina observationer och sina tolkningar refererar systemen till den egna självförståelsen, som därmed blir bestämmande för aktörernas vilja och förståelse enligt ovan, alltså för det område och de frågor som styrs, för styrningsintensiteten, för hur styrning förstås av de styrda och för styrningens genomslagskraft.

Därmed är den fjärde forskningsfrågan besvarad. Var och en av de olika teorierna har kunnat förklara delar av de empiriska resultaten, men ingen har förklarat alla resultat. Sammantagna och i relation till varandra skapar de en fullständigare förståelse för vilken styrning som sker, hur intensiv den är och vilket genomslag den får. Teorierna om egenintressen, hämtade från public choice-skolan, är inte ensamma tillräckliga. Det är uppenbart att aktörerna i styrprocessen tar många andra hänsyn än till de rena egenintressena. Den neoinstitutionella organisationsteorin, OIE, bidrar till att förklara dessa övriga hänsyn och har i avhandlingens empiri i första hand förklarat styrningens genomslagskraft både när den varit hög och när den varit låg. Kompletterande förklaring till låg genomslagskraft har hämtats också från den nyinstitutionella organisationsteorin, NIO, som därtill förklarat varför den politiska ledningen i flera fall fattar beslut som den därefter inte alltid med övertygelse driver igenom och inte alltid fäster avseende vid om besluten förverkligas i förvaltningarna. Men förvaltningarnas motstånd kan också förstås som att tjänstemännen tar hänsyn till sina egenintressen. Genom att aktörernas agerande tolkas som rationellt, framgår att deras agerande leder till organisatorisk irrationalitet

såsom löskoppling och bortkoppling, i vissa fall redan i det styrande organet och i andra fall i den styrda verksamheten.

Diskrepansen mellan beslut och genomslag blir emellertid fullt förståelig först genom den av Luhmann inspirerade teorin om autonoma och självrefererande system. Genom denna teori visas att de beslutande och verkställande organen, det politiska systemet och förvaltningen, verkar i separata system med olika utgångspunkter och olika förståelse samt att förvaltningen ser styrning som kommunikation att registrera, bedöma och reagera på. Därmed förklaras hur det politiska systemet verkar i sin värld genom beslut som inte alltid förstås av förvaltningen. Därmed förklaras också hur förvaltningen i kraft av sin egen självförståelse, som institutionaliseras som god verksamhet, bjuder motstånd mot vad den bedömer vara irrelevanta eller icke ändamålsenliga beslut och löskopplar eller frikopplar verksamheten från dessa beslut.

Sammanfattningsvis kan sägas att aktörer vägleds av egenintressen och institutioner. Institutioner ger handlingsregler och dessa handlingsregler skall omsättas i en verklighet som skall förstås. Att denna verklighet förstås olika mellan den styrande och den styrda är en generell orsak till att styrning inte får fullt genomslag. Att den styrande och den styrda fungerar som autonoma och självrefererande system förklarar att förståelsen är olika och därmed tillsammans med att aktörerna agerar i enlighet med sina egna intressen, att styrning blir partiell, att styrningsintensiteten kan bli svag och att styrningens genomslagskraft kan bli låg. Hittills har den systemteoretiska förklaringen använts som en förklaring, som kompletterar de övriga teoriernas förklaringar. Denna teori kan i stället ses som en övergripande förklaring, vilket visas i det nästa och sista kapitlet.

Den kommunalpolitiska handlingskraften gällande ledning av serviceproduktion i egen regi

Sammanfattning och följdfrågor

Sammanfattning av studiens resultat

De empiriska resultaten visar att kommunalpolitikens påverkansgrad är låg när det gäller tjänsteproduktion i egen regi. Området för styrning är partiellt, styrningsintensiteten är ofta svag och styrningens genomslagskraft ofta låg, även när styrningsintensiteten varit stark. Förklaringar till dessa resultat är sammanfattningsvis följande.

Varje enhet i en kommun utgör ett eget system. På en övergripande nivå ses hela den politiska organisationen som ett system och hela förvaltningen som ett system, men vart och ett av dessa system består i sin tur av ett stort antal subsystem, i första hand nämnder och nämndernas förvaltningar och både inom och mellan dessa etableras ytterligare subsystem såsom presidier, utskott, enheter samt system mellan olika organ och olika enheter.

Varje system utvecklar autonomt sina egna strukturer för att observera, förstå och bedöma både sig själva och omvärlden. Enligt dessa strukturer selekterar systemet autonomt sina observationer om omvärlden och sig självt samt analyserar och bedömer observationerna. Styrning från fullmäktige, styrelsen eller nämnd av annan nämnd eller av en förvaltning innebär med detta synsätt att kommunicera, att sända information (i avhandlingen benämnd styrmedel). Denna information registreras eller registreras inte av det styrda systemet, och om den registreras, så förstås och bedöms den enligt det styrda systemets egen referensram som innefattar bland annat väsentlighetsregler, bedömningsregler, institutioner och framför allt systemets självförståelse eller självuppfattning. Denna självuppfattning innebär systemets syn på sig självt, sin roll och systemets värderingar. Systemen är alltså både autonoma och självrefererande.

Systemets aktörer, politiker eller tjänstemän, verkar inom ramen för ett (eller ofta flera olika) system och utvecklar inom detta system sin verklighetsuppfattning. Aktörerna drivs av sina egenintressen, politikerna av vad som är politiskt rationellt och tjänstemännen av intressen för karriären, den egna verksamhetens status och bestånd samt av professionella ambitioner. Men dessa egenintressen drivs inte ohämmat utan aktörerna drivs också av institutioner. Vad de vill och hur de förstår situationen och verksamhetens behov påverkas av den förståelse de utvecklar inom ramen för det system i vilket de ingår.

Dessa teoretiska utgångspunkter har förklarat de empiriska resultaten. För det första blir styrningen partiell. Fullmäktige, styrelsen och nämnderna styr de frågor de förstår och finner angelägna, men inte alla frågor och inte utifrån en explicit agenda. Vad de ledande politikerna finner viktigt och klokt utifrån sina utgångspunkter styrs, andra frågor styrs inte. I första hand styrs kostnadsramen, antal prestationer och organisation på en övergripande nivå såsom vad som skall göras vid vilken enhet och frågor om konkurrens och privatisering. Därutöver styrs enstaka aspekter på verksamheten, t.ex. förkortade vårdtider inom sjukvården, ökad samverkan mellan kommundelar och kontrakt inom äldreomsorgen. Men många andra viktiga frågor, såsom utbyte av verksamheten och dess utveckling, styrs inte.

För det andra blir styrningsintensiteten svag i flera av de frågor och på flera av de områden som styrs. Det förekommer att det politiska systemet driver sina egna beslut och frågor med endast begränsad energi och begränsat intresse. Kraften i styrningen avtar i känsliga frågor under den politiska styrprocessen, ibland i styrelsen och ibland i de nämnder som skall konkretisera och verkställa politiken.

Ofta begränsas området för styrning och styrningsintensiteten av politikernas strävan efter att maximera väljarstödet, vilket begränsar deras handlingsutrymme.

För det tredje begränsas styrningens genomslagskraft av de styrda systemens (andra nämnder och förvaltningar) autonomi och självreferens. Den referensram som utvecklas inom förvaltningen och som omfattar institutioner och självförståelse leder nämligen till att mottagen styrning ibland inte registreras, ibland inte förstås, ibland omtolkas eller omprioriteras och ibland avvisas. Genomslagskraften påverkas också av egenintressen inom förvaltningarna.

Det kan också noteras att förvaltningarna, sedan de etablerats och har

sina ledningar, inte fordrar annan styrning än en befogad tro på att deras kostnader kommer att täckas. Förvaltningarna fullföljer sina uppgifter och bedriver därmed sin verksamhet ändå i enlighet med sin självförståelse och sin referensram i övrigt. I referensramen spelar etablerade institutioner en väsentlig roll, men aktörerna drivs också av sina egenintressen.

Fullmäktiges och styrelsens påverkan på verksamheten är alltså låg. Framför allt blir kostnadsstyrningen genom olika former av rambudgetering med krav på antal prestationer effektiv. Den förstås av det politiska systemet och den bedöms som angelägen, den förstås på samma sätt av förvaltningarna och den har där stöd av institutionella arrangemang som prioriterar kostnadskontroll och baseras på god hushållning. Kostnadsstyrningen stöds också av förvaltningschefernas intressen eller incitament att hålla budgetar. Men kostnadsstyrningen får också konkurrens av ett institutionellt arrangemang som kan betecknas som god verksamhet och som i sin tur är sammansatt av professionella institutioner.

Från den kommunaldemokratiska modellens utgångspunkter är det politiska systemets handlingskraft alltså begränsad när det gäller styrning av tjänsteproduktion i egen regi. Verksamheten styrs i verkligheten inte enligt den kommunaldemokratiska modellen, som utgör utgångspunkten för kommunalrätten. De politiska besluten styr förvaltningen blott delvis och politikerna styr inte tjänstemännen. Målstyrning, tanken att det politiska systemet styr med mål och riktlinjer och att uppfyllelsen av dessa mål och riktlinjer kan följas i återrapportering till det politiska systemet, fungerar inte heller. Å andra sidan fullföljer den kommunala förvaltningen sina uppgifter, driver sin verksamhet och löser uppkommande frågor.

Styrningen av den kommunala serviceproduktionen i egen regi sker sålunda inte som den bör ske enligt den kommunaldemokratiska modellen. Men, detta förhållande utesluter inte att styrningen ändå kan vara ändamålsenlig medan det är den kommunaldemokratiska modellen som är mindre ändamålsenlig. Det är visserligen inte som det bör vara, men det kanske inte bör vara som det bör? Kanske är normen, den kommunaldemokratiska modellen, inte tillämplig för nutidens kommuner? Gråzonen mellan det politiska systemet och förvaltningen är betydande. Det kanske är mer fruktbart att se zonen som en rågång⁵¹⁸. De teoretiska svaren på forskningsfrågan förefaller leda till den slutsatsen att det kommunalrättsliga idealet är orealistiskt. Snarare bör det politiska systemet koncentrera sig på de politiska frågorna, som systemet kan och dess aktörer är engagerade

518 Jämför s. 14

i och för, medan ledningen av verksamheten bör överlätas till självständiga ledningar.⁵¹⁹

Frågor för fortsatt forskning

I avhandlingen har eftersträvat att förstå resultaten med hjälp av flera olika teorier, styrteori, teorier om public choice, institutionella teorier (OIE och NIO) och systemteori. I sammanfattningen prövades systemteorin som huvudförklaring. Att fördjupa denna ansats, att ytterligare operationalisera systemteorin och låta övriga teorier stödja systemteorin samt att undersöka de olika drivkrafternas relativa styrka i förhållande till varandra framstår som angeläget och intressant för att uppnå en fullständigare kunskap om hur styrning fungerar och vilka faktorer som stödjer respektive hindrar framgångsrik styrning. Verkligheten är troligen för variationsrik och komplex för att det skall vara möjligt att uppnå en helt integrerad teori, men syftet bör kunna vara att öka integrationen mellan teorierna.

Avhandlingens empiriska fält har bestått av de kommunala politiska organens ledning av serviceproduktion i egen regi. Det förefaller i och för sig troligt att avhandlingens empiriska resultat gäller hela det kommunala fältet, kanske med undantag för myndighetsutövning. Men empirin ger inte underlag för säkra slutsatser beträffande den kommunalpolitiska handlingskraften på andra områden än tjänsteproduktion i egen regi. Att undersöka den kommunalpolitiska handlingskraften på andra kommunens områden måste bedömas som en viktig uppgift med hänsyn till att den kommunalpolitiska handlingskraften befunnits låg inom de fält som studerats i avhandlingen. Hur stark är påverkansgraden när det gäller t.ex. myndighetsutövning, kommunal utveckling, annan kommunal produktion än välfärdsproduktion respektive hur stark är den när det gäller styrning av entreprenader respektive i s.k. kundvalsmodeller?

519 Se s. 9 för kort resonemang om begreppen "management" och "ledning"

Summary in English

Background: The role and organisation of the Swedish Local Government

Local self-government is a longstanding tradition in Sweden and of fundamental constitutional significance, exercised by municipalities and county councils. Municipal responsibilities, for example, include basic schooling, child care amenities and caring services for the elderly. County councils responsibilities centre mainly on public health and medical services. There is a common legislation for both municipalities and county councils. *Local governments* is used here as an overall term.

The production of services on behalf of the local governments is executed, first and foremost, under their own management and comprises the main part of the Swedish welfare sector and between 20 and 25 percent of the Swedish gross national product. The management of this production and of all of the other operations of the local governments is exercised, ultimately, by the assemblies, and executive committees and other committees appointed exercise the daily leadership and management. *Management* and *leadership* is meant in this thesis to be synonymous with *steering* and *includes both the issues and or the areas* which are steered and, consequently, also the issues or areas which are not steered, as well as the *measures taken to implement the steering*.

The question is the degree to which the assembly, executive committee and other committees actually steer the operations. In earlier research it has been shown, on the one hand, that there are cases in which decisions have been implemented and effects from reforms decided have been achieved. But on the other hand, there have also been results in which it has been shown that the political bodies often have difficulty in making a decision on the grounds that there are conflicts of interest and other conflicts and that, when decisions are made, they do not always lead to the intended measures or expected results. In many cases, the officers are experienced as having a larger degree of responsibility and larger influence than presumed in the regulations found within the Local Government

Act, and they have an excessively large degree of influence at the expense of the influence of the executive committees and other committees.

However, the previous research has, on the first hand, referred to and has also taken its empirical data from four application areas, for the first, the political decision-making process in municipal planning development areas and the practice of the authorities in the context of which the relationship between the politicians and municipal officers in their role as experts has been studied. Secondly, research has addressed the implementation of reforms and selected organisational changes and, especially reforms within the county councils and hospitals. A third category of studies has addressed the division of influence between politicians and officers. Studies of management by objectives as a technique for specifying influence also belongs to this category. In the fourth area, the institutions' influence over the results of the steering has been investigated in a number of studies.

In the organisation of the local government as defined in the statutes, the elected representatives are assigned a leading role, duties and responsibilities to lead or steer all of the local governments' operations. There are no studies which are focused on the executive committees' and the other committees' tasks in the on-going and continual management of large organisations operated by the local governments. What issues are steered by the executive committee and the other committees, and what is left to the managers of the authorities or other officers as regards the steering of these activities? The steering which takes place cannot, according to the above, be expected to achieve complete implementation but, on the other hand, neither can it be expected to have no effect at all, which makes relevant the questions of which and to what degree there are limitations on the steering of the production of services and to which degree the ongoing steering can be expected to have effects on the operations. Under what premises is steering achieved and which circumstances fail to result in steering? The research question is

To what degree does the assemblies' and the executive committees' steering impact the local governments' service production under own management and how can this level of influence be explained?

The research question takes aim at the *capability for action inherent in local governmental democracy*: whether, or rather to what degree the political bodies determine policies and steer according to these, and the adminis-

tration (both the committees and the officers) realise the decisions, as well as why this capacity exists or does not exist.

The theoretical frame of reference

The frame of reference is inspired by a number of different research traditions, which is the result of working to achieve explanations at the level of "why why". A first starting point is that individuals act intentionally and that they are rational – even if the degree of rationality is limited. Steering is defined *as an actor's (the steerers') measures to impact another actor (the steered) to accomplish that which the steerer desires to be accomplished*. What the steerer desires can be described in terms of a certain action or certain *behaviour* on behalf of the steered or in terms of *output* - results as regards the measures of the steering. Behaviour or results are referred to *as the object of steering* and the objects which are steered are dependent, amongst other things, on the steerers' access to knowledge as to which behaviour is best in achieving the desired output and as regards the possibilities of measuring the output in adequate terms.

Steering is seen as communication between the steering entity and the steered and can be described and studied in four stages: steering formation, steering measures, steering reactions and steering outcomes. By *steering formation* is meant both the consideration which takes place in making a decision and the decision, itself. Decisions in the political system are usually carefully documented and often recorded in detail. The decision stipulates that which the steering entity seeks to achieve and the *steering measures* referred to by the measures which the steering takes within the framework of the steering, in practice, the various forms of verbal and written communication. The steered entity's reception of the steering is referred to as *steering reactions* and implies the registration of a steering measure or measures, often the interpretation of these measures and consideration of how the steering shall be implemented, which often implies that a decision is taken in the next level of the hierarchy. The outcome of the steering is finally comprised of those measures undertaken by the steered entity. The *outcome* can be deemed either as the measures (the actions or behaviour) which the steered entity shows or in terms of the result arising due to the steered entity's measures.

In the perspective of the thesis, this steering process is implemented from the top down, from one hierarchical level to the next level and fur-

ther down through the hierarchy, in at least four levels from the assembly to the executive committee, from the executive committee to another committee, from that committee to the administrative manager and from the administrative manager to an operational unit within the administration. The political management of the local governments functions, on the other hand, in practice so that the executive committee leads the operations but refer important decisions to the assembly, which is the reason it is fair to see the assembly and the executive committee on one hierarchical level and the other committees at another hierarchical level. As there is an administrative manager in each committee, this approach implies that there are at least, and usually more, three, hierarchical levels to pass prior to a decision on behalf of an assembly council or executive committee before any practical measures are taken in the operations.

The steering entities steer with varying degrees of intensity, *steering intensity*, and the effects of the steered on the behaviour of the steered entity, the *impact of steering*, varies. It must be assumed that a higher degree of steering intensity, with everything else being equal, leads to a higher degree of impact of steering.

The steering intensity and the degree of impact of steering is affected by the actors' *will* and *understandings*. By understandings is meant the actors' understandings and assessment of the manner in which reality is comprised, what should take place, and which measures can be deemed to be required in order that the actors accomplish their desired goals. The actors' knowledge and insights are, thereby, important but the term does not refer, on the first hand, to the actors' level of comprehension.

Everything else being equal, it is assumed that the following relationships are in place. The lower the will and the lower degree of understanding on behalf of the steering entity, results in a weaker steering intensity, and the reverse. The questions or areas which the steering entity does not want to change or does not understand are not steered, to any degree. The lower the will and the lower the degree of understanding on behalf of the steered entity, and, conversely, the higher degree of misunderstanding or disagreement between the steering entity and the steered entity, leads to a lower level of impact of steering, and the reverse. Furthermore, weaker steering intensity leads to a lower degree of impact of steering, and the reverse.

Factors which, in turn, explain the will and understandings are the actors' *own interests*. Own interests applies both to personal gains, such as

compensation, status and security, and, in the case of the politicians, to their work towards success for their own political party and in the case of the officers, success for their own organisation. Politicians work towards a *maximisation of votes* and *maximisation of parliamentary* influence and leading officers work towards a maximisation of the budget and measures to promote the survival of their own organisation and, preferably expansion of their own organisation, usually in an unchanged form.

The actors' work towards securing their own benefits is, on the other hand, not unlimited, rather, their actions are limited and are guided by *institutions*, which is defined as *coordinated systems of norms in society or in an organisation, accepted and established norms, as well as the value systems within which these norms are anchored*. The institutions are established at societal level, within the professions and within organisations and within units of organisations. They impact the actors' will in that the institutions determine what is good and correct, respective to that which is bad and incorrect, and also impact the actors' understandings in that the institutions provide the assessments and the approach. The institutions can support and/or supplement each other or compete with each other. They can support steering or they can work against it. It is in the nature of the institutions that they provide resistance to change, as they are based on well established values and patterns of behaviour.

The demands and expectations on the local governmental operations also arise from their external environments. Amongst other things, there are definitions of what is good steering and the structures for good steering (one can sometimes talk about organisational modes) as well as requirements as to how that which is experienced as problematic in the local governmental operations can be solved. The leaders are inclined to show the capacity to act and often adapt to such external influences, but without the solutions of the operations being deemed to be good solutions to problems or solutions to the "right" problems. Such solutions are met, therefore, with opposition and the operations are decoupled from the decision, or the decision is translated or modified to the operations which the organisation needs to undertake.

Actors within the local government act to a high degree within the framework of *collective bodies*, assembly, committees and authorities. The actors often build, therefore, collectives of actors, which act (decide and initiate decisions) as if they were single actors. These collectives of actors can be seen as systems and the communication as steering taking place

between a large number of different *autonomous and self-referring systems*. These systems observe, interpret and understand the external work in autonomous processes and in relation to their own frameworks of reference, which in turn include their *self-descriptions*. The steering system's description of reality (understanding) impacts the areas and issues which are steered, what is sought to be achieved and the content of the steering formation, chosen steering measures and steering intensity. But the steered system is also autonomous and self-referring. A high level of steering impact requires that the steered system observes the steering measures, understands the steering measures in the same way as the steering system and finally makes the same assessment of the issue or area's degree of importance, the sought after results and the relevance of the steering.

Each system sees what it sees but nothing else and it understands what it sees in its own manner and not in any other manner. Each system has its own *framework of reference* with its own institutions, its own rules for assessment of relevance and interpretation of the external world and its own self-description. Self-description implies, usually, that the system assesses that the manner in which it works is better than or at least as good as all of the other ways in which to work - otherwise the system would work in another manner. This self-description serves as a strong power of conservation if the system does not, in its own understanding, come to new insights. Such insights cannot, on the other hand, be determined externally but must arise within the system. The systems are, with this approach, more closed than open.

Research questions

The previously presented research question is specified in the four underlying questions:

1. What, which questions and which areas (scope of the steering) are steered by the assemblies and by the executive committees?
2. With which level of steering intensity are these issues and areas steered?
3. What degree of impact is achieved by this steering?
4. How can the level of influence (scope and degree of impact) of the steering be explained?

Research design

The study has been executed on an abductive basis and choice of theories has been inductive. The study comprises a number of case studies including five cases, which differ from each other as regards that which can be seen to have significance for the premises of steering and for the implementation of the steering. At the same time, there an effort was made to use similar cases as for each dimension of difference; at least two cases should be similar. The factors which were assumed to be of significance are if the local government was recently established, if it was large or small, the degree of professionalism of the operations, the financial status and if the local government is a municipality or a county council. When the study was executed, further differences were shown to exist. Such differences were a variety of organisational models. There were various majorities, both centre-right-wing coalitions and coalitions under social democratic leadership, in one case with liberals and the centre party. Furthermore, there were various political cultures in terms of conflict orientation or cooperation between groups of parties. The cases selected are two county councils, The region of Västra Götaland and Region Skåne, a larger municipality, Borås, and two smaller municipalities, Strömstad and Tidaholm. The region of Västra Götaland was studied during two terms of office, 1999-2006 and the other cases during one term of office, Region Skåne, during 1999-2002 and the three municipalities during 2003-2006. Within the county councils, health and medical services was chosen, and within the municipalities, care of the elderly.

The study has focused on issues and areas which have been deemed by the respective local governments' political leaders as important and of an overall nature. The study refers to the term "agenda" as a specification of these issues and an important part of the study was, consequently, to establish the local governments' "agendas." No explicit agendas were determined by the local governments, which is the reason these were reconstructed in the first stage of each case study. The basis of this reconstruction is comprised of knowledge of the context, texts in budgets and interviews with the local governments' leading politicians and officers. The reconstructed agendas serve three functions in the thesis: 1) the provision of data to reply to the first question, which is the issues and areas governed by the assemblies and the executive committees, 2) to provide the criteria for the choice of the areas concentrated upon in the thesis and

3) to serve as one of the steering measures, the effect of which is to be investigated.

The steering has been studied ex post via written documents which have been created in the steering processes, on the first hand, the written steering measures, all decisions, in particular regarding budgets and plans and reports concerning outcomes. The steering which has taken place in general, the steering intensity and how it has been reciprocated has been captured on the basis of interview statements from individuals working within the steering processes in steering and in reciprocating the steering. Interview statements have been used both in order to obtain information as regards what has actually happened and in order to obtain the opinions and understanding of what has happened.

The first research question is answered on the basis of the reconstructed agendas. Data regarding the reconstructed agendas have been taken from the budgets, annual reports, minutes of the meetings of assemblies and the executive committees and via interviews with the local governments' leading politicians and officers. The written documentation has produced a sort of basic list of all important issues and areas and the motives and contexts as to the reason these issues have been deemed to be important. The interviews have, thereafter, provided the basis for determining which issues the political management have actually been interested in and how prioritisation has been made between these issues.

The steering intensity has been assessed on the basic choice of the steering measures used and the intensity whereby the steering measures have been applied. The indicators of the intensity of the steering used are the nature of the steering measures, if one or a number of steering measures have been used, and to which degree the steering has been repeated. The steering measures embodying incentives are deemed stronger than the other, steering measures with quantitative measurement are deemed stronger than other and a number of steering measures are deemed, at the same time, to be stronger than only one or two. The difficulties in quantifying the applied criteria and the difficulties in relating them to each other in a combined assessment have implied that only three values on a possible scale have been applied, that is.

- Strong steering intensity.
- Weak steering intensity.
- Very weak or no steering intensity.

The steering process has been followed throughout the hierarchy and the impact of the steering has been assessed by comparing the content of the decisions and their actual outcome. Data for these comparisons has been obtained from written steering measures and written reports regarding the outcome, as well as via interviews with those individuals participating in the decisions and with those expected to implement the decisions. As the steering in local government operations can, on the first hand, be seen to refer to behaviour, access to the reports regarding quantified outcomes is limited. The interview questions have been presented both as regards the manner in which behaviour has been influenced and if the intended outcome has been achieved. The impact of the steering has been assessed on the basis of whether the intended behaviour and/or intended results have been achieved in the operations. A first premise for steering to be able to have influence is that the steering (or the steering entity's expectations) is known, to any degree at all, by the steered and that the steered actively seek steering. If the steering entity's expectations are unknown, then it is deemed that the impact of the steering is non-existent or low.

Indications of the impact of the steering for cases where actions have been steered have been found in interviews and/or in written documentation testifying to actions or, in certain cases, the result of such action itself. The assessments have been made through a weighing of the established results. To the extent that results are steered, a measurement of the fulfillment of the goals has been assessed. If the established goals or defined states have not been achieved, taken objectively, the steering has failed – even if explanations cannot be confirmed or estimated with reasonable reliability. If, however, on the other hand, the set goals or defined states have been achieved, so that the basis is that the outcome can be attributed to the steering, but the objective measurable effects are examined using a reasonability assessment based upon the general findings of the investigation and the statements made by the respondents during the interviews.

The assessment of the impact of the steering has been conducted on a scale consisting of three steps, namely

- high impact
- moderate impact
- low impact

The fourth research question, finally, refers to an explanation of the results of the previous three empirical questions. The initial starting point

was an investigation into whether variations in the level of impact can be explained by variations in the steering intensity. In order to explain the impact and steering intensity, inquiries were made during the interviews regarding what takes place within the executive committees, other committees and administrations and the manner of reasoning on the part of the actors. What kind of understandings do the actors have, what do they want and what interests them? What kind of role do different interests and assessments play and what role do institutions play for the actors in their decisions and reactions?

A number of the respondents were the leading politicians from both the majority parties and the opposition parties in the executive committees as well as the other committees studied, and other respondents have been the leading officers within the local governments as well as in the administrations included in the study. In total, 200 respondents were interviewed. In some cases the interviews were conducted as group interviews, however, the majority of the interviews were one-on-one interviews. The interviews were semi-structured, followed an interview-guide and lasted between 1.5 and 2 hours, and in some cases, approximately one hour.

Empirical results

It has been established that none of the local governments investigated has any agenda in the sense of a specification based on levels of priority of the local governments' most important issues. The political leaders have chosen primarily to steer costs and changes in structure, organisation and outsourcing, combined with exposure to competition. Structure refers to the distribution of tasks between the various operating entities within the local government. Furthermore, the assembly approves goals and receive reports regarding the achievement of goals, however, such goals do not, in reality, have a steering function.

The steering of costs and finances is, with a few exceptions, intensive, while steering of other issues is often, but not always, weak.

Questions regarding the desired outcomes of the local government operations are determined only on the basis of calculating performance in a specific manner as a mechanism within the budget work. That which the operations should produce, in terms other than number of accomplishments, how operations are conducted, what standards are applied or what work processes shall be applied, are only steered in terms of well-defined

aspects such as in requirements to reduce the waiting period for medical services. One issue which was brought up in several municipalities and in the region of Västra Götaland, and which in all reasonableness should have been on the agendas, is the issue of cooperation between municipalities and county councils regarding care for the elderly. However, this issue has not received attention on the levels of regional and municipality leadership. Steering is partial.

Steering generally has a high impact upon costs and finances while steering of structural matters and other issues which the local government leadership has deemed important has a low, or in a few cases, moderate impact. The steering of structural changes in Borås is the only steering which has had a high impact. In addition, when the steering intensity has been strong, only a moderate impact has been attained by the steering of programs for alternative forms of operations and exposure to competition in Region Skåne, as well as for the reduction of waiting periods for medical services in the region of Västra Götaland.

Changes in the administrative organisation on levels above the actual operations have been successful. Such changes also lie close to or within the political system. The foremost example of such change is the actual establishment of the two regions, but also changes which have occurred subsequent to their formation as, for example, moving the purchasing task from a central committee to several local committees in the region of Västra Götaland.

In summary, the assembly and the executive board are primarily deciding on cost levels and the general focus of the operations, while the steering of the political system in general is limited as regards to both the scope and the intensity of the steering. To the extent that steering takes place regarding other issues, this relates to sought after changes in the organisation and its structure, however, the impact of the steering is often low or moderate. Steering of the political system has difficulty in achieving changes other than those that are purely administrative organisational changes. Steering is partial, the steering intensity often weak and its impact low or moderate, even when the steering intensity is strong. One exception to this is in the steering of costs, which is strong, and the impact of which is significant.

The assembly and the executive committees, therefore, have a low influence on operations, at least as regards the production of services under their own management, which is the empirical do-

main of this study. Instrumental views of steering, which the Local Government Act is based upon, and the idea that local government operations are steered by the established goals of the political system, do not correspond with the reality discovered by the study.

Explanations as to the reasons why the degree of impact of the steering by the council members and board is low

The basis for the theoretical explanations is represented by a model where steering is a four-step process from steering formation to outcomes via steering measures and steering reactions, as well as the explanation that steering formation, steering measures and steering reactions, all depend upon that which the actors desire and their understandings. The model is complemented by the concept of steering intensity and the impact of steering in order to operationalise various elements of steering.

The areas which are steered, the steering intensity as well as the impact of steering can all be explained by the actor's will to pursue issues as well as by their understanding of the situation. In turn, the actor's will and understandings are affected by, among other things, their own interests as well as the rational political prospects for increasing voter support, managers' and leading civil servants' career interests, prestige or pure convenience, as well as the striving after their own unit's independence and status in general.

The will and understandings of the actors are further influenced by institutions, which both expand and limit the steering areas and steering intensity and affect the impact of steering through either supporting, complementing or creating resistance to steering. An institution of cooperation and concordance increases the will of the executive committee members and other committee members to steer certain issues, such as, for example, structural issues, and thereby increases the steering intensity in comparison with situations in which cooperation and concordance is lacking. Such institutions also contribute to the potential for cost-cutting in operations in order to compensate for financial problems in other operations. Institutions focusing towards good operations (high professional standard in operations) and on the ideal of a fair distribution of funding, can sometimes limit both the executive committee members' and other

committee members' will to create greater redistribution and also affects the inclination of the actors in the operations to implement such steering. Administrators' aspiration for good operations can also reduce the impact of cost steering. Institutions referred to as cost controls and efficiency support the impact of cost steering by increasing the understanding for cost-cutting measures amongst the actors in the operations.

Established notions as to which organisational solutions are appropriate become prevalent in the surrounding world in the form of expectations upon the management of organisations to implement such solutions, sometimes as recommendations such as regarding issues of appropriate medical services structures and steering through goal-oriented steering. In certain cases, there also exists applicable legislation as with, for example, the issue of the implementation of health care guarantees. These organisational solutions are occasionally not adapted to and not anchored in the operation's understandings of what is appropriate. Therefore, such organisational solutions are not always appropriate or even realistic, and the actors in the operations often consider an unchanged organisation to be more appropriate. Their will to comply with the steering is therefore limited or non-existent and in extreme cases, decoupled from such decisions through their disregard for the steering. The impact of steering becomes weak. In addition, the conviction of management regarding the appropriateness of the decisions becomes, in certain cases, insufficient, wherewith the steering intensity becomes low.

A local government consists of and operates in autonomous and self-referring systems. Steering is seen as a form of communication between such systems; those steering and the steered. These systems develop in their own directions and in their own self-understandings as well as through their own frames of reference in observing and understanding both the surrounding world and themselves. This also applies to the manner in which they act in relation to the surrounding world. Different systems, as such, understand reality in different ways, and steering is understood in a different manner by those steering relative to the steered. Those which are steered interpret the steering according to their own frames of reference. In their observations and interpretations, systems refer to their own self-understandings, which thereby, become the determinants of the actors' will and understandings as per the above, in other words, for the area and the issues which are steered, for the steering intensity, for how steering is understood by the steered and for the impact of steering.

The theoretical explanations provided above answer the fourth research question. Each of the various theories have been able to explain portions of the empirical results, however, none of them have explained all of the results. Taken together, and in relation to each other, they create a more complete understanding of steering that takes place, how intensive it is and what impact it has. The theories related to self-interest, which were borrowed from the field of public choice, are not sufficient as explanations in themselves. It is obvious that the actors in the steering processes have many other factors to consider than pure self-interest. The neoinstitutional organisational theory, OIE, contributes in explaining those other factors on the impact of the steering with institutions making steering impact strong in certain cases as well as weak in others. An additional explanation to cases of weak impact was given by new institutional organisational theory, NIO, which thereto has explained why the political leadership in several cases makes decisions which they thereafter, do not always pursue with conviction and do not always consider in regards to whether such decisions can be implemented in administrations. However, the administrations' resistance can also be understood as the public servants' service of their own interests. If the actors' actions are interpreted as rational, it appears that their actions lead to organisational irrationality as well as loose coupling or decoupling, in certain cases, occurring already in the steering body and in other cases, in the steered operations.

The discrepancy between decisions and impact becomes completely understandable primarily through the theory inspired by Luhmann regarding autonomous and self-referring systems. Through this theory it is shown that the deciding and implementing bodies, the political system and the administration, act in separate systems and with different starting points and different understandings, such as in the way the administration sees steering measures as communication to register, assess and react to. This also explains how the political system operates in its world through decisions which are not always understood by the administration. The theory also explains how the administration, under the influence of its own self-understandings, which are institutionalised as good operations, offer resistance to that which it assesses as irrelevant or inappropriate decisions and make only loose coupling of the operations to such decisions, sometimes decoupling from the decisions.

In conclusion, it can be stated that actors are guided by self-interest and institutions. Institutions provide codes of practice and such codes of

SUMMARY IN ENGLISH

practice shall be translated into a reality which must be understood. That such reality is understood in different manners between those steering and the steered, is a general reason why steering does not achieve full impact. That those steering and the steered act as autonomous self-referring systems, indicates that the understandings vary and thereby, together with actors acting in accordance with their own interests, results in the steering being partial, that the steering intensity can become weak and that the impact of the steering is low.

Referenser

- Aidemark, Lars-Göran, (2004), *Sjukvård i bolagsform. En studie av Helsingborgs Lasarett AB och Ängelholms Sjukhus AB*. Växjö: Växjö University Press
- Alvesson, Mats, och Kaj Sköldbberg, (2000/2003), *Reflexive Methodology. New Vistas for Qualitative Research*. London, Thousand Oaks and New Delhi: Sage
- Andersson, Ingrid Tollgerdt (1995), *Chef i landsting. Ledarskap i politiskt styrda organisationer*. Stockholm: Landstingsförbundet
- Anjou, Leif, (2003), *Effekter av styrning i nybildade regioner och institutioners betydelse. Regionfullmäktiges och regionstyrelsernas styrning av sjukhusvården i Västra Götalandsregionen och Region Skåne under den första mandatperioden*. Göteborg: Göteborgs Universitet, Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen Rapport 19
- Anthony, Robert N, and Vijay Govindarajan, (2001), *Management Control Systems*. New York: McGraw-Hill
- Atkinson, Glen W. and Ted Oleson, (1996), "Institutional Inquiry: The search for Similarities and Differences" I *Journal of Economic Issues*, Vol XXX, No 3, September 1966, s. 701 o.f.f.
- Barney, Jay B. and William G. Ouchi, (eds) (1986), "Basic Concepts: Information, Opportunism, and Economic Exchange" i *Organizational Economics*. San Francisco and London: Jossey-Bass Publishers
- Beed, Clive, and Clara Beed, (1996), "Polarities between Naturalism and Non-naturalism in Contemporary Economics: An Overview" I *Journal of Economics XXX No 4* December 1996
- Bergström, Tomas (2002), *Organisationskultur och kommunal förnyelse. Förändring i gamla hjulspår?* Malmö: Liber Förlag
- Berlin, Johan (2006), *Beställarstyrning av hälso- och sjukvård – Om människor, marginaler och miljoner*. Göteborg: Förvaltningshögskolan, Göteborgs Universitet
- Blom, Agneta P., (1994), *Kommunalt chefskap – en studie om ansvar, ledarskap och demokrati*. Lund: Universitetsförlaget Dialogos
- Blomgren, Maria (1999), *Pengarna eller livet? Sjukvårdande professioner och yrkesgrupper i mötet med en ny ekonomistyrning*. Uppsala: Företagsekonomiska Institutionen vid Uppsala Universitet

- Blomquist, Tomas och Johann Packendorff (1998), *Ekonomisk styrning för förändring. En studie av ekonomiska styrinitiativ i hälso- och sjukvården*. Umeå: Institutionen för företagsekonomi Handelshögskolan vid Umeå Universitet
- Bohlin, Alf, (2003) *Kommunalrättens grunder*. Fjärde upplagan. Stockholm: Norstedts Juridik AB
- Borgert, Leif (1992), *Organisation som mode. Kontrasterande bilder av svensk hälso- och sjukvård*. Stockholm: Företagsekonomiska Institutionen Stockholms Universitet
- Brorström, Björn, (1995), *Styrningens villkor och effekter i professionella organisationer*. Lund: Studentlitteratur
- Brorström, Björn, (2001), *Kontinuitet och förändring – Förutsättningar för och mätning av effektivitet inom hälso- och sjukvården*. Göteborg: Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen, rapport nr 8. Göteborgs Universitet
- Brorström, Björn, (2002), "The World's Richest Municipality: The Importance of Institutions for Municipal Development". *Journal of Economic Issues* Vol XXXVI, No 1, March 2002
- Brorström, Björn (2004), *Den stora vändningen? Ett universitetssjukhus i förändring*. Lund: Studentlitteratur
- Brorström, Björn och Sven Siverbo, (2001), *Institutioner och individer. Om utveckling i framgångsrika kommuner*. Lund: Studentlitteratur
- Brorström, Björn och Sven Siverbo, (2008), *Perspektiv på framgångsrika kommuner. Demokratiska och ekonomiska utmaningar i teori och praktik*. Kungälv: Högskolan i Borås och Kommunforskning i Västsverige
- Brunsson, Nils, (1982), "The irrationality of action and action rationality: Decisions, ideologies and organizational actions" I *Journal of Management Studies*, 19, s. 29–44.
- Brunsson, Nils, (1985), *The Irrational Organization. Irrationality as a Basis for Organizational Action and Change*. Chicester, New York, Brisbane, Toronto and Singapore: John Wiley & Sons
- Brunsson, Nils, (1986), "Politik och handling" i Brunsson, Nils (red) (1986), *Politik och ekonomi. En kritik av rationalitet som samhällsföreställning*. Lund: Doxa Ekonomi
- Brunsson, Nils, m.fl. (1981) *Politik och administration. Utveckling och drivkrafter i en politiskt sammansatt organisation*. Helsingborg: Liber Förlag
- Brunsson, Nils och Sten Jönsson, (1979) *Beslut och handling. Om politikens inflytande på politiken*. Falköping: Liber Förlag
- Brunsson, Nils och J. P. Olsen, (1993), *The Reforming Organization*. London: Routledge
- Brunsson, Nils och Björn Rombach, (1982), *Går det att spara? Kommunal budgetering under stagnation*. Lund: Doxa Ekonomi
- Bunge, Mario, (1999), *Social Science under Debate. A Philosophical Perspective*. Toronto, Buffalo and London: University of Toronto Press

- Bush, Paul D. (1987), "The Theory of Institutional Change" I *Journal of Economic Issues*, Vol XXI
- Bäck, Henry, (2000), *Kommunpolitiker i den stora nyordningens tid*. Malmö: Liber
- Bäck, Henry (2006), *Komparativ kommunal konstitutionspolitik. En kunskapsöversikt*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting
- Bäck, Henry, Folke Johansson och Jonas Sandqvist, (1998), "*Stadsregering*" i *Stockholm. Införandet av begränsat majoritetsstyre i Stockholms Stad*. Stockholm: Stockholms Universitet. Företagsekonomiska institutionen
- Czarniawska-Joerges, Barbara (1993), "The implicit effects of reform" i Brunsson, Nils och J. P. Olsen, *The Reforming Organization* (1993). London: Routledge
- Czarniawska-Joerges, Barbara (1992), *Styrningens paradoxer. Scener ur den offentliga verksamheten*. Stockholm: Norstedts Juridikförlag
- Czarniawska, Barbara, och Bernward Joerges (1996), "Travels of Ideas" i Czarniawska, Barbara och Guje Sévon (red), *Translating Organizational Change*. Berlin: de Gruyter
- David, Paul A., (1985), "Clio and the Economics of QWERTY" i *American Economic Review*, Vol 75, No2, 1985, s. 332-337
- Demokrati- och självstyrelseberedningen inom Sveriges kommuner och landsting, (2006), *Dilemman i politiken*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting
- Dequech, David, (2002), "The Demarcation between the 'Old' and the *New' Institutional Economics: Recent Complications" I *Journal of Economic Issues*, VolXXXVI No2 2 June 2002, s. 565-572
- DiMaggio, Paul J. and Walter W. Powell, (1983), "The Iron Cage Revisited: Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields" i *American Sociological Review*, 1983, Vol 48, s. 147-160
- Downs, Anthony, (1957), *An Economic Theory of Democracy*. New York: Harper & Row
- Dunleavy, Patrick, (1991), *Democracy, Bureaucracy and Public Choice. Explanations in Political Science*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf
- Erixon, Olof, (2006), *Konkurrensutsätt den offentliga sektorn – en potential för tillväxt*. Årsrapport från Svenskt Näringsliv februari 2006
- Föllesdal, Dagfinn, Lars Wallöe och Jon Elster, (1993) *Agumentationsteori, språk och vetenskapsfilosofi* Stockholm: Thales
- Giddens, Anthony, *Sociology*, 5th ed. Cambridge och Malden, USA: Polity Press
- Guba, Egon G. and Yvonna S. Lincoln, (1998), "Competing Paradigms in Qualitative Research" i Norman Denzin and Yvonna S. Lincoln (eds), *The Landscape of Qualitative Research. Theories and Issues*. Thousand Oaks, London and New Delhi: Sage
- Green, Donald P. and Ian Shapiro, (1994) *Pathologies of Rational Choice Theory: A Critique of Applications in Political Science*. New Haven: Yale University Press

- Hadenius, Axel, (1979), "Politiska aktörers preferenser" I *Statsvetenskaplig Tidskrift* 3:163–177
- Hall, Patrik och Karl Löfgren, (2006), *Politisk styrning i praktiken*, Malmö: Liber
- Hallin, Bo och Sven Siverbo, (2002), *Jakten på den goda styrningen – En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården*. Göteborg: Centrum för hälso- och sjukvårdsadministration
- Hernes, Tor, and Tore Bakken, "Introduction: Niklas Luhmann's autopoietic theory and organization studies – a space of connections" i Bakken, Tore, and Hernes, Tor (eds) (2002) *Autopoietic Organization Theory. Drawing on Niklas Luhmann's Social Systems Perspective*. Oslo: Abstract Forlag AS
- Hodgson, G., (1993) "Institutional Economics: Surveying the 'Old' and the 'New' I *Metroeconomica* 44 nr 1
- Jacobsson, Bengt, (1994), *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm: Nerenius och Santérus Förlag
- Johansson, Roine, (2002) *Nyinstitutionalismen inom organisationsanalysen*. Lund: Studentlitteratur
- Johnsen, Åge, (2007), *Resultatstyrning i offentlig sektor. Konkurrans utan marknad*. Bergen: Fagboksforlaget Vigbostad & Björke AS
- Kooiman, Jan, (1999), "Social-political Governance. Overview, reflections and design" i *Public Management*. Vol 1 1999, p 67–92
- Lane, Jan-Erik, (2000) *New Public Management*. London and New York: Routledge
- Laver, Michael, (1981), *The Politics of Private Desires* Harmondsworth: Penguin
- Lewin, Leif (1988), *Det allmänna bästa: Om egenintresse och allmänintresse i västerländsk politik*. Stockholm: Carlssons
- Lidström, Anders, (1996), *Kommunsystem i Europa*. Stockholm: Publica
- Lipsky, Michael (1980), *Street-Level Bureacracy. Dilemmas of the Individual in Public Service*. New York: Russel Sage Foundation
- Loughlin, John, (2001), *Subnational Democracy in the European Union. Challenges and Opportunities*. New York: Oxford University Press
- Luhmann, Niklas, (1990), *Political Theory in the Welfare State*. Berlin och New York: Walter de Gruyter (Boken utgör visserligen en översättning, men den är enligt översättarens förord utvidgad och kompletterad med Luhmanns produktion efter den tyska utgåvan 1981)
- Luhmann, Niklas, (1995), *Social Systems*. Stanford, California: Stanford University Press. (Boken utgör en översättning av en tysk utgåva utgiven 1984)
- Luhmann, Niklas (2002), "Organization" i i Bakken, Tore, and Hernes, Tor (eds) (2002) *Autopoietic Organization Theory. Drawing on Niklas Luhmann's Social Systems Perspective*. Oslo: Abstract Forlag AS. (Artikeln utgör en översättning av en artikel skriven på tyska 1988)
- Lundquist, Lennart, (1987), *Implementation Steering. An Actor-Structure Approach*. Lund: Studentlitteratur

- Lundquist, Lennart, (1988), *Det vetenskapliga studiet av politik.* Lund: Studentlitteratur
- Lundquist, Lennart, (1991), *Förvaltning och demokrati.* Stockholm: Norstedts Juridikförlag
- Meyer, John, W. and Brian Rowan, (1977), "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony" i *American Journal of Sociology*, Vol 83, Issue 2, s. 340–363
- Mingers, John, (2002), "Can social systems be autopoietic? Assessing Luhmann's social theory". I *The Sociological Review* 2002, s. 278
- Modell, Sven, och Anders Grönlund, (red) (2006), *Effektivitet och styrning i statliga myndigheter.* Stockholm: Studentlitteratur
- Moe, Sverre, (1996) *Sociologisk betraktelse. En introduktion till systemteori.* Lund: Studentlitteratur
- Montin, Stig, (1996), *Kommunala förnyelseproblem. En statsvetenskaplig studie.* Bilaga I till SOU 1996:169
- Montin, Stig, (2006), *Politisk styrning och demokrati i kommunerna. Åtta dilemman i ett historiskt ljus.* Stockholm: Sveriges kommuner och landsting
- Montin, Stig, Jan Olsson och Henry Pettersson, (1996) "Fullmäktige under förändring? En studie av uppdraget, relationerna och arbetsformerna" i Montin, Stig, (red), *Förändringsmodeller och förändringsprocesser i kommuner och landsting.* Bilaga V till slutbetänkande av Kommunala förnyelsekommittén SOU 1996:169
- Nelson, Richard R. (1994), "Evolutionary Theorizing about Economic Change" i Smelse, Neil J. och Richard Swedberg (red), *The Handbook of Economic Sociology* (1994). New York: Russel Sage Foundation
- Nilsson, Viveka, (1999), *Empati och distans. En studie av överläkares förhållande till ekonomistyrning.* Göteborg: Förvaltningshögskolan Göteborgs Universitet
- Niskanen, William A. Jr, (1994), *Bureaucracy and Public Economics.* Aldersholt and Vermont: Edward Elgar
- Olson, Mancur and Satu Kähkönen, (2000), "Introduction: The Broader View" i Olson, Mancur and Satu Kähkönen, (eds), (2000), *A Not-So-Dismal Science. A Broader View of Economics and Societies.* Oxford: Oxford University Press
- Ouchi, William, G. (1977), "The Relationship between Organizational Structure and Organizational Control" i *Administrative Science Quarterly* March 1977, Vol 22
- Ouchi, William, G. (1978), "The Transmission of Control Through Organizational Hierarchy" i *Academy of Management Journal* (1978), Vol 21, Nr 2
- Ouchi, William, G. (1979), "A Conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms" i *Manangement Science*, (1979), Vol 25 No 9 September 1979
- Ouchi, William, G. (1980), "Markets, Bureaucracies, and Clans" i *Administrative Science Quarterly* March 1980, Vol 25

- Paulsson, Ingvar och Curt Riberdahl, (1992), *Den kommunala självstyrelsen och lagen*. 2a upplagan. Stockholm: Kommentus
- Paulsson, Ingvar, Curt Riberdahl och Per Westerling, (1993), *Den nya kommunal-lagen. Kommentarer och praxis*. Stockholm: Kommentus
- Petersén, Leif, m.fl. (2006), *Kommunallagen. Kommentarer och praxis*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting
- Peterson, Olof (2002), *Statsbyggnad. Den offentliga maktens organisation* Stockholm: SNS Förlag
- Peterson, Olof m.fl. (1996), *Demokrati och ledarskap. Demokratirådets rapport 1996* Stockholm: SNS Förlag
- Pettersson, Henry, (1996). "Förändrad politisk styrning? En jämförande studie av nämndsammanslagningar." I Stig Montin (red), *Förändringsmodeller och förändringsprocesser i kommuner och landsting*. Bilaga V till slutbetänkande av Kommunala förnyelsekommittén. SOU 1996:169
- Premfors, Rune, (1998), "Reshaping the Democratic State. Swedish Experiences in a Comparative Perspective" i *Public Administration*, Vol 76, Spring 1998, s. 141–150
- Reed, Michale I., (1997), "In Praie of Duality and Dualism: Rethinking Agency and Structure in Organizational Analysis" i *Organization Studies*, Vol 18, No 1, s. 21–42
- Reed, Michael, (2002), "Organizational Theorizing: a Historically Contested Terrain" i Clegg, Stewart R., Cynthia Hardy and Walter R. Nord (2002), *Handbook of Organization Studies* Reprint av första utgåva 1996. London, Thousand Oaks and New Delhi: SAGE
- Rombach, Björn (1986), *Rationalisering eller prat. Kommuners anpassning till en stagnerande ekonomi*. Lund: Doxa Ekonomi
- Rombach, Björn, (1991), *Det går inte att styra med mål!* Lund: Studentlitteratur
- Rövik, Kjell Arne (1996) "Deinstitutionalization and the Logic of Fashion" i Czarniawska, Barbara och Guje Sévon (red), *Translating Organizational Change*. Berlin: de Gruyter
- Rövik, Kjell Arne, (2004). *Moderna Organisationer. Trender inom organisationstänkandet vid millennieskiftet*. Malmö: Liber
- Sahlin-Andersson, Kerstin, (red), (2001), *När styringsambitioner möder praxis – den svære omställning af sygehus- og sundhetsvaesenet i Danmark og Sverige*. Köbenhavn: Handelshöjskolens Forlag,
- Samuelsson, Lars A., (red), (2001), *Controllerhandboken*, Utgåva 7. Stockholm: VI Sveries Verkstadsindustrier
- Sanne, Marika, (2001). *Att se till helheten. Svenska kommunalpolitiker och det demokratiska uppdraget*. Stockholm: Statsvetenskapliga institutionen Stockholms Universitet
- Sannerstedt, Anders, (1991), "Implementering – hur politiska beslut genomförs i

- praktiken” i Rothstein, Bo (red), *Politik som organisation. Förvaltningspolitikens grundproblem* (1991) Stockholm: SNS Förlag
- Scharpf, Fritz, (1999) *Governing in Europe. Effective and democratic?* New York: Oxford University Press Inc
- Scott, W. Richard, (2003), *Organizations, Rational, Natural, and Open Systems*, 5th ed. Upper Saddle River, N. J.: Prentice-Hall Inc.
- Seidl, David (2002), “Organizational identity in Luhmann’s theory of social systems” i Bakken, Tore, and Hernes, Tor (eds) (2002) *Autopoietic Organization Theory. Drawing on Niklas Luhmann’s Social Systems Perspective*. Oslo: Abstract Forlag AS
- SFS 1982:763, senast omtryckt SFS 1992:567, Hälso- och sjukvårdslagen, i lydelse per 31 december 2006
- SFS 2001:453, Socialtjänstlagen, i lydelse per 31 december 2006
- Simon, Herbert A. (1961), *Administrative Behavior. A Study of Decision-Making Processes in Administration Organization* 2nd ed. New York and London: The Free Press resp Collier-Macmillan Ltd
- Siverbo, Sven, (2001), *Reformer och regler. Om att spara och förändra i offentliga organisationer*. Kungälv: Förvaltningshögskolan vid Göteborgs Universitet
- Siverbo, Sven, (2005), *Inkomstutjämnning och kommunal ekonomi*. Göteborg: Förvaltningshögskolans rapportserie 05:74, Förvaltningshögskolan vid Göteborgs Universitet
- Siverbo, Sven, och Torbjörn Johansson, (kommande), *Why is research on management accounting change not explicitly evolutionary? Taking the next step in the conceptualisation of management accounting change*
- Sjöblom, Gunnar, (1970), *Party Strategies in a Multiparty System*. Lund: Studentlitteratur
- Sjöstrand, Sven-Erik, (1993), “On Institutional Thought in the Social and Economic Sciences”. I Sjöstrand, Sven-Erik (ed), *Institutional Change. Theory and Empirical Finding*. Armonk: N. Y.: M. E. Sharpe
- Sjöstrand, Sven-Erik, (1995), “Towards A Theory on Institutional Change” i J. Groenewegen, C. Pitelis et S. E. Sjöstrand, (eds), *On Economic Institutions – Theory And Applications*. Hants, U. K.: Edward Elgar Publishing Ltd.
- Skog, Rolf (2006), *Rodhes Aktiebolagsrätt*. 21a upplagan. Stockholm: Norstedts Juridik
- SOU 1990:24 *Ny kommunallag. Betänkande av 1998 års kommunallagskommitté*
- SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*. Slutbetänkande från Ansvarskommittén
- SOU 2007:11, *Staten och kommunerna – uppgifter, struktur och relation*. Ansvarskommitténs sekretariatsrapport nr 1
- Strandberg, Urban (1995), *Självständighet eller statsbundenhet. Den kommunideologiska idédebatten 1962 – 1974*. Göteborg: CEFOS, Göteborgs Universitet

- Strömberg, Lars och Jörgen Westerståhl, (red) (1983), *De nya kommunerna. En sammanfattning av den kommunaldemokratiska forskningsgruppens undersökningar*. Stockholm: Liber
- Strömberg, Håkan, under medverkan av Bengt Lundell (2006), *Allmän förvaltningsrätt*. 23e upplagan. Stockholm: Liber
- Strömberg, Håkan, (1972) ”Myndighet och myndighetsutövning” i *Förvaltningsrättslig tidskrift* (1972), s. 233–253
- Sveriges Kommuner och Landsting (2005), *Kommunernas marknadsändvändning år 2003. Externa resurser, köp av verksamhet och privata företag*.
- Tullock, Gordon, (1976/1994), *Den politiska marknaden. Introduktion till public-choice-skolan*. Stockholm: Timbro
- De Vaus, David, (2006), *Research Design in Social Research*. London, Thousand Oakes, New Delhi: Sage Publications Ltd
- Weick, Karl E. (1995) *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks California: Sage Publications
- Wetterberg, Gunnar, (2000), *Kommunerna*. Stockholm: SNS Förlag
- Whittington, Richard, (1994), “Sociological pluralism, institutions and managerial agency” I Hassard, John and Martin Parker (eds), *Towards a New Theory of Organizations*. London and New York: Routledge
- Viskavatoft, Alex, (1999), ”Foundations of Niklas Luhmann’s Theory of Social Systems”. I *Philosophy of Social Sciences*, Vol 29, No 4, December 1989, s. 481–516
- Williamson, Oliver E. (1991), “The Logic of Economic Organization” i Williamson, Oliver E. och Sidney G. Winter (Eds) (1991), *The Nature of the Firm. Origins, Evolution, and Development*. Oxford m.fl. orter: Oxford University Press
- Williamson, Oliver E. (2000), “Economic Institutions and Development: A View from the Bottom” i Olson, Mancur and Satu Kähkönen, (eds), (2000), *A Not-So-Dismal Science. A Broader View of Economics and Societies*. Oxford: Oxford University Press
- Yin, Robert K., (1994), *Case Study Research, Design and Methods*. Thousand Oaks, London and New Delhi: SAGE Publications
- Öhrming, Jan, (1997), *Återbesök på Centrallasarettet – vad gick modellerna i hälso- och sjukvården egentligen ut på?* Göteborg: Nerenius och Santérus Förlag
- Öhrming, Jan och Magnus Sverke, (2001), *Bolagiseringen av S:t Görans Sjukhus – en proaktiv organisering*. Lund: Studentlitteratur
- Östergren, Katarina och Kerstin Sahlin-Andersson, (1998), *Att hantera skilda världar. Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Stockholm: Landstingsförbundet

Bilaga 1

Förteckning över respondenter

I förteckningen anges som framgår funktioner eller befattningar. I några fall har personerna ersatts mellan intervjutillfällena, vilket inte särskilt markeras eftersom det är i respektive persons funktion som respektive respondent är vald.

I underrubriker anges den huvudsakliga tidrymd då respektive kategori av respondenter intervjuades. I de fall, då intervjuerna skett under annan tid, anges detta särskilt.

Telefonsamtal och mail för kompletteringar av information till intervjuerna har genomförts i enstaka fall, men antecknas inte i följande tabeller.

Första delstudien

Region Skåne

Representerar/funktion

Första etappen

Personer som deltog i förberedelsearbetet och representanter för regionstyrelsen och regionens tjänstemannaledning Mars 2002

Moderaternas ledande politiker för Malmöhus län inför bildande av regionen; efter bildandet regionstyrelsens ordförande	X
Folkpartiets ledande politiker inför bildande av regionen; efter bildandet vice ordförande i fullmäktige och ledamot av produktionsberedningen	X
Moderat företrädare inför bildande av regionen; efter bildandet fullmäktiges ordförande	X
Ledande tjänsteman i sammanläggningsdelegerade och regionens första regiondirektör	X
Moderaternas ledande politiker för Kristianstads län inför bildande av regionen; efter bildandet sjukvårdsregionråd	X

Representerar/funktion	Första etappen
Ledande tjänsteman inför regionens bildande; efter bildandet i regiondirektörens stab	X
Landstingsdirektör i Kristianstads läns landsting före bildandet och en av de tre ledande tjänstemän som förberedde bildandet av regionen; efter bildandet revisionsdirektör	X
Centerpartiets ledande politiker inför bildandet av regionen; efter bildandet regionråd	X
Socialdemokraternas ledande politiker för Kristianstads län inför bildandet av regionen; efter bildandet vice ordförande i regionstyrelsen	X
Socialdemokraternas ledande politiker för Malmö Stad inför bildandet av regionen; efter bildandet regionråd	X
Stadsdirektör i Malmö Stad och en av de tre ledande tjänstemän som förberedde bildandet av regionen; efter bildandet ingen funktion i regionen (fortsatt stadsdirektör i Malmö)	April 2002
Socialdemokraternas ledande politiker från Malmöhus Läns Landsting inför bildandet av regionen; efter bildandet ingen funktion i regionen (landshövding i det nya Skåne Län)	April 2002
 Representerar/funktion	 Andra etappen
Centrala kansliet	Oktober 2002
Ekonomidirektör	X
Direktör för sjukvårdsberedningen	X
Direktör för produktionsberedningen	X
Chef för konkurrenskansliet	X
 Nordöstra Distriktsnämnden	
Presidiet	December 2002
 Distriktsnämnden för Ystad- Österlen	 Januari 2003
Ordförande	X
Direktör	X

Representerar/funktion	Andra etappen
Helsingborgs Lasarett AB	December 2002
Presidiet	X
Verkställande direktör, tillika sjukhusdirektör	X
Ekonomichef	X
Hässleholms Sjukhus	Februari 2003
Sjukhusdirektör	December 2002
Ekonomichef	

Västra Götalandsregionen

Representerar/funktion	Första etappen
Personer som deltog i förberedelsearbetet och representanter för regionstyrelsen och regionens tjänstemannaledning	December 2001
Ordförande i Väststyrelsen, som förberedde regionen och moderaternas ledande politiker för Göteborgs Stad inför bildande av regionen; efter bildandet ingen funktion i regionen (Fortsatt kommunalråd i Göteborg)	X
En av centerpartiets ledande politiker inför regionbildningen; efter bildandet regionråd	Februari 2002
En av socialdemokraternas ledande politiker inför regionbildningen; efter bildandet regionråd, under mandatperiodens senare del ordförande i regionstyrelsen	X
En av socialdemokraternas ledande politiker inför regionbildningen; efter bildandet regionråd	X
En av socialdemokraternas ledande politiker inför regionbildningen; efter bildandet ordförande i fullmäktige	X
Deltog ej i förberedelserna; den första ordföranden i regionstyrelsen, därefter regionråd (m)	X
En av centerpartiets ledande politiker inför regionbildningen; efter bildandet regionråd	X

Representerar/funktion	Första etappen
Deltog ej i förberedelserna; efter regionens bildande sjukvårdslandstingsråd (fp)	Februari 2002
Regeringens utredare och förhandlare inför bildandet; regiondirektör från år 2000	X
Biträdande direktör i den organisation som föregick bildandet; efter regionens bildande hälso- och sjukvårdsdirektör	X
Ledande tjänsteman inför regionens bildande; efter bildandet direktör för ägarutskottet	X
Ledande tjänsteman inför regionens bildande; efter bildandet biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör	X
Revisionsdirektör	X
Ledande tjänsteman inför regionens bildande; efter bildandet revisor	X
Ansvarig tjänsteman för det projekt som innefattade införande av balanserade styrkort	April 2003
Representerar/funktion	Andra etappen
Centrala kansliet	September 2002
Regiondirektör	X
Regionens controller	X
Direktör för ägarutskottet och för konkurrenskansliet	X
Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör	X
Projektledare för den senaste strukturutredningen	Februari 2003
Skaraborgs Sjukhus	November 2002
Presidiet	X
Sjukhusdirektör	X
Ekonomichef	X
Sjukhuschef för Sjukhuset i Lidköping	X
Sjukhusekonom Sjukhuset i Lidköping	X
NU-sjukvården	November 2002
Presidiet	X

Representerar/funktion	Andra etappen
Sjukhusdirektör vid Uddevalla Sjukhus	X
Ekonomichef vid Uddevalla Sjukhus	X
Alingsås Lasarett	November 2002
Sjukhusdirektör	X
Ekonomichef	X

Andra delstudien

Västra Götalandsregionen

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS) upphörde den 1 april 2004 och ersattes då av ett utskott inom regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsutskottet (HSA)

I den första etappen intervjuades presidierna för hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarstyrelserna i gruppintervju om två eller tre ledamöter. I den andra etappen intervjuades ordförande och vice ordförande separat. I den mån presidierna bestod av två vice ordförande valdes den vice ordförande som representerade oppositionen, vilken i vissa presidier var en representant för vänsterpartiet och i andra presidier en representant för moderaterna eller kristdemokraterna.

Representerar/funktion	Första etappen	Andra etappen
Regionstyrelsen och HSS resp HSA	Maj 2003	November 2005
Regionfullmäktiges ordförande, tillika ordförande för HSN 10		December 2005
Gruppledare (s) och ordf i regionstyrelsen	X	X
Gruppledare (c) och ledamot av regionstyrelsen	X	Mars 2006
Gruppledare (fp), ledamot av regionstyrelsen och ordf i HSS	X	
Gruppledare (fp), ledamot av regionstyrelsen		X

Representerar/funktion	Första etappen	Andra etappen
Gruppledare (m) och vice ordf	X	X
Gruppledare (kd) och ledamot av regionstyrelsen och HSS resp HSA	X	Mars 2006
Gruppledare (v) och ledamot av regionstyrelsen och HSS resp HSU	X	X
Gruppledare (mp) och ledamot av regionstyrelsen	X	X
Gruppledare (sfv) och ers i regionstyrelsen	X	X
Ordförande i HSU (fp)		X
Vice ordförande i HSU (m) 2005		Oktober
Ledande centrala tjänstemän	Maj 2003	November 2005
Regiondirektör	X	X
Controller i regiondirektörens kansli Projektledare för utredning om den nya organisationen, tidigare cheftjänsteman ägarutskottet	Oktober 2005	X
Hälso- och sjukvårdsdirektör	Oktober 2003	X
Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör		X
Utvecklingschef hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli	X	
Tidigare biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör och projektledare för strukturutredningen		X
Gruppintervju med revisionsdirektör och två av dennes medarbetare		Oktober 2005

Representerar/funktion	Första etappen	Andra etappen
Hälso- och sjukvårdsnämnderna	Oktober 2003	November–december 2005
Presidiet HSN 1	X	
Ordförande för HSN 1		X
Vice ordförande i HSN 1		X
Hälso- och sjukvårdschef HSN 1	X	X (maj 2003)
Ekonomichef HSN 1		X
Presidiet HSN 8	X	
Ordförande för HSN 8		X
Vice ordförande i HSN 8		X
Hälso- och sjukvårdschef HSN 8	X	X
Ekonomichef HSN 8		X
Telefonintervju med en planeringsledare om kompletterande information betr. Sjukstugan i Ulricehamn		Mars 2006
Presidiet HSN 10	X	
Ordförande för HSN 10, tillika regionfullmäktiges ordförande		X
Vice ordförande i HSN 10		X
Hälso- och sjukvårdschef HSN 10	X	X
Ekonomichef HSN 10		X
Sjukhusgrupperna och utförarstyrelserna	Oktober 2003	Oktober–november 2005
Presidiet i utförarstyrelsen NU	X	
Ordförande i utförarstyrelsen NU		X
Vice ordförande i utförarstyrelsen NU		X
Sjukhusdirektör NU	X	X
Chefläkare NU		X
Presidiet i utförarstyrelsen SÄS	X	
Ordförande i utförarstyrelsen SÄS		December 2005

Representerar/funktion	Första etappen	Andra etappen
Vice ordförande i utförrarstyrelsen SÄS		X
Sjukhusdirektör SÄS	X	X
Chefläkare SÄS		X
Ekonomichef SÄS		X
Presidiet SkaS	X	
Ordförande i utförrarstyrelsen SkaS		X
Vice ordförande i utförrarstyrelsen SkaS		X
Sjukhusdirektör SkaS	X	X
Chefläkare SkaS		X
Primärvården		November 2005
Ordförande i primär- och tandvårdsstyrelsen		December 2005
Vice ordförande i primär- och tandvårdsstyrelsen		X
Primär- och tandvårdsdirektör		X
Ekonomichef primär- och tandvårdsstyrelsen		X
Områdesdirektör primär- och tandvårdsstyrelsen Södra Bohuslän		Mars 2006
Områdesdirektör primär- och tandvårdsstyrelsen Norra Älvsborg		Mars 2006
Områdeschef och verksamhetschef Primärvården Tjörn		Mars 2006
Verksamhetschef vårdcentral i Borås		X
Verksamhetschef vårdcentral i Tidaholm		X
Verksamhetschef vårdcentral i Strömstad		X

Representerar/funktion	Första etappen	Andra etappen
<i>Borås Stad</i>		
Stadens ledning	November– december 2003	Maj 2005
Kommunalråd med ansvar för kommun- delsnämndernas verksamhet	X	X
Oppositionsråd med ansvar för kommun- delsnämndernas verksamhet	X	X
Verksamhetssamordnare för stadens omsorgsverksamhet	X	X
Stadsrevisor		X
Kommundelsnämnden Norrby		
Presidiet	X	
Ordförande		X
Vice ordförande		X
Förvaltningschef	X	X
Verksamhetschef äldre- och handikapp- omsorg	X	Juni 2005
Enhetschef för särskilt boende	X	X
Tidigare förvaltningschef för kommun- delen, som 2005 blivit chef för annan kommundel		Telefon juni 2005
Kommundelsnämnd Centrum		
Presidiet	Januari 2004	
Ordförande		X
Vice ordförande		X
Förvaltningschef	X	X
Verksamhetschef äldre- och handikapp- omsorg	X	X
Enhetschef för särskilt boende	X	X

Representerar/funktion	Första etappen	Andra etappen
------------------------	----------------	---------------

Strömstad

Mellan de två omgångarna hade organisationen ändrats så att två tjänster som verksamhetschef hade inrättats med ansvar för flera enheter och under dem sålunda enhetschefer. De två enhetschefer som vid första omgången var verksamhetschefer var vid andra omgången var vid den andra omgången dessa två verksamhetschefer.

Kommunledningen	December 2003	April 2005
Presidiet	X	
Ordförande		X
Vice ordförande		X
Kommunchef	X	X

Omsorgsnämnden

Presidiet	X	
Ordförande		X
Vice ordförande		X
Förvaltningschef	X	X
Controller inom omsorgsverksamheten	X	X
Enhetschef vid ett särskilt boende	X	
Enhetschef vid ett annat särskilt boende	X	
Verksamhetschef		X
Verksamhetschef		X

Tidaholms kommun

Kommunledningen	December 2003	Maj 2005
Presidiet	X	
Ordförande		X
Vice ordförande		X
Kommunchef	X	X

Representerar/funktion	Första etappen	Andra etappen
Socialnämnden		
Presidiet	X	
Ordförande		X
Vice ordförande		X
Omvårdnadschef (förvaltningschef)	X	X
Enhetschef för särskilt boende	X	X
Enhetschef för ett annat särskilt boende	X	X

Bilaga 2

Exempel på intervjumallar

Första delstudien

Intervjumall för den första etappen

Intervjumall för utförarstyrelsernas presidier (endast Västra Götalandsregionen)

Intervjumall för chefstjänstemän vid beställarenheter och sjukhus

Andra delstudien

Regionen

Mall för intervjuer med gruppledarna första etappen,

Mall för intervjuer med gruppledarna andra etappen,

Mall för intervjuer med hälso- och sjukvårdsnämndernas presidier första etappen,

Mall för intervjuer med utförarstyrelsernas presidier första etappen,

Mall för intervjuer med hälso- och sjukvårdsnämndernas och utförarstyrelsernas presidier andra etappen,

Kommunerna

Mall för intervjuer i kommunerna första etappen,

Mall för intervjuer i kommunerna första etappen,

Intervjumall för den första etappen

1. Regionens bildande
 - a. Varför bildades regionen?
 - i. Vad ville skaparna uppnå med regionen?
 - b. Vem/vilka hade tagit initiativet?
 - c. Hur gick de politiska skiljelinjerna?
 - d. Din egen roll i bildandet?
 - e. Fick/ville medborgarna vara med bakom och i beslutet?
 - i. intresse hos väljarna/befolkningen?
 - ii. Insyn?
 - iii. Inflytande?
2. Valet 1998
 - a. Vilken plats hade bildandet av regionen 1998 i valkampanjen?
 - b. Vilka var de centrala sjukvårdspolitiska valfrågorna?
3. Utvecklingen i regionen 1999–2001
 - a. De viktigaste händelserna/milstolparna under perioden?
 - b. De väsentligaste skeendena/faserna i regionens liv under perioden?
4. Ledningsarbetet i regionen 1999–2001
 - a. Hur lyckades regionstyrelsen i arbetet att genomföra och etablera regionen?
 - b. Vilka var de tre – fem viktigaste frågorna som det första fullmäktige och regionstyrelsen i sin första arbetsfas bestämde sig för att arbeta med (Regionstyrelsens reformagenda)?
 - c. Hur har regionstyrelsen lyckats med dessa viktigaste frågorna?
 - d. Vilka har varit de tre – fem viktigaste frågorna under perioden 1999–2001?
 - i. Har några av frågorna från bildandet förverkligats?
 - ii. Har några punkter tillförts?
 - e. Vad har regionstyrelsen inte lyckats med?
 - f. Varför?
 - g. Hur styr regionstyrelsen? Med vilka medel?
5. Motsvarande frågor gällande den administrativa regionledningen
 - a. Hur lyckades den administrativa regionledningen i arbetet att genomföra och etablera regionen?

- b. Hur har den administrativa regionledningen lyckats med de viktigaste frågorna under bildande och under perioden därefter?
 - c. Vad har den administrativa regionledningen inte lyckats med?
 - d. Varför?
 - e. Om Du betraktar regionstyrelsen för sig och tjänstemannaledningen för sig, är det några särskilda framgångar som skall tillskrivas det ena av dessa organ och några särskilda motgångar som skall tillskrivas det ena av dessa organ?
6. Det politiska arbetet
- a. Bedöm de politiska skiljelinjerna i vad Du uppfattar vara de viktigaste frågorna. Gör en sammanvägd bedömning och ange ett värde i en skala från 0 %–100 % där 0 % är total enighet och ingen splittring mellan partierna och 100 % är total oenighet och total splittring mellan partierna.
 - b. Fördela Din tid som politiker. Fördela 100 % på
 - i. intern partipolitik i regionen; politiska insatser i och för det egna partiet
 - ii. politiskt samarbete och politisk konfliktlösning mellan partierna i regionpolitiken
 - iii. att vara ”företagsledning” i regionen
 - iv. politiskt arbete som inte har direkt samband med någon av de tre övriga uppgifterna (t. ex. rikspolitik, landstingsförbund, EU-frågor, kommunalpolitik)
7. Inför nästa mandatperiod
- a. Vilka blir de viktigaste frågorna i nästa val?
 - b. Vilka är de viktigaste frågorna inför nästa mandatperiod
8. Jämförelse med övriga två storlandsting
- Gör en jämförelse mellan de tre storlandstingen beträffande ledningsarbetet:
- a. Vilket av de tre landstingen har lyckats bäst att genomföra sina lösningar? Rangordna och sätt poäng på en femgradig skala
 - b. Vilka är förklaringarna till skillnaderna

Till intervjuens frågor 6 och 8 fogades formulär som respondenterna fyllde i.

Intervjumall andra etappen för utförarstyrelsernas presidier (endast Västra Götalandsregionen)

Allmänna frågor

1. Berätta om styrelsens viktigaste uppgifter och hur ni ser på förutsättningarna för att lösa dem. Möjligheter? Hinder? Stöd från regionstyrelsen? Övriga förhållanden?
Vilka frågor har varit viktiga under den senaste mandatperioden?
2. Vilka är de viktigaste samverkansparterna inom regionen?
3. Vilka förväntningar ställs på sjukhuset och på vad styrelsen och sjukhuset skall uppnå?
4. Vilka är styrelsens viktigaste mål?
5. Hur utarbetas målen i praktiken och vilket inflytande har styrelsen över dem?
6. Hur leder styrelsen sjukhuset? Samspelet med sjukhuschefen?

Frågor beträffande styrande organ

7. Vilka styr signaler får utförarstyrelsen från regionstyrelsen och regionfullmäktige utöver budgeten?
8. Hur styr beställningarna och HSS sjukhuset? Vilken styrning åstadkommer beställningarna?
9. Hur fungerar samspelet mellan regionledningen, utförarstyrelsen, hälso- och sjukvårdsstyrelsen och sjukhuschefen?

Frågor beträffande kostnadsstyrning

10. Hur viktig uppfattar utförarstyrelsen kostnadsstyrningen i förhållande till andra krav som ställs på sjukhuset? Vilka direktiv får styrelsen?
11. Hur uppfattar ni att kostnadsstyrningen fungerar i regionen och hur fungerar kostnadsstyrningen på sjukhuset? Vilka åtgärder har utförarstyrelsen begärt och vilken rapportering har styrelsen krävt – och fått?
12. Hur har kostnaderna utvecklats vid sjukhuset?
Om budget, anslag eller ramar har överskridits,
– Vilka är orsakerna?

- Hur kommer det sig att verksamheten tillåtit sig detta beteende?
 - Har sjukhusets överskridanden godkänts – formellt eller informellt – eller accepterats?
 - Vad har styrelsen respektive sjukhusdirektören gjort? Vilka effekter har detta haft?
13. Får styrelsen och i så fall hur får styrelsen läkarnas och vårdpersonalens engagemang för kostnadsstyrning?

Frågor om sjukvårdsstrukturen

14. Påverkas sjukvårdsstrukturen av beställningarna – av beställarfunktionen (HSS resp distriktsnämnderna och hälso- och sjukvårdsstaben)?
15. Påverkas sjukvårdsstrukturen av 14-diagnosprogrammet och av kökortningspengarna?
16. Hur medverkar utförarstyrelsen till en mer ändamålsenlig sjukvårdsstruktur?
17. Hur medverkar styrelsen till en god samverkan mellan sjukhus och primärvård?

Övriga specifika frågor

18. Hur driver utförarstyrelsen och sjukhuset frågor om inre rationalisering? Driver styrelsen en utveckling mot värdkedjor?
19. Hur driver utförarstyrelsen frågor om alternativa driftformer för yttre och inre service?
20. Vilka erfarenheter har utförarstyrelsen av konkurrensutsättning och upphandling och drift av entreprenörer för yttre och inre service?

Till slut:

21. Berätta om processen (motiven för, genomförandet och erfarenheter och resultat)
1. *Lidköping och Skövde*: Att avskilja Lidköping från SKAS
 2. *Skövde*: Operationskliniken i Mariestad död och återuppståndelse
 3. *Processerna vid NÄL*

22. Erfarenheter av utförarstyrelsens arbete under en mandatperiod?
Bortsett från de politiska diskussionerna om förändrad styrmodell:
Vad har varit bra och vad har varit dåligt med beställar - utföramodellen i Västra Götalandsregionen? Vad hade varit annorlunda om det inte funnits någon utförarstyrelse?

Intervjumall andra etappen för chefstjänstemän vid beställarenheter och sjukhus

Allmänna frågor

1. Berätta om Dina viktigaste uppgifter och hur Du ser på förutsättningarna för att lösa dem. Möjligheter? Hinder? Stöd från nämnden? Stöd från regiondirektören? Stöd från beställarstaben? Övriga förhållanden?
2. Vilka frågor har varit viktiga under den senaste mandatperioden?
3. Vilka förväntningar ställs på sjukvården i distriktet och på kansliet och på vad Du och nämnden skall uppnå?
4. Vilka mål gäller?
5. Hur utarbetas målen i praktiken, vilket inflytande har Du över dem?
6. Vilka ledningsinstrument använder Du i förhållande till sjukhusen?

Frågor beträffande styrande organ

7. Hur styr regionstyrelsen sjukvården och beställningsarbetet – vilka styr signaler ges?
8. Hur styr beställningarna sjukhusen? Vilken styrning åstadkommer beställningarna?
9. Hur fungerar samspelet mellan regionledningen, distriktsnämnden, produktionsstaben, hälso- och sjukvårdsstaben och sjukhuschefen?
10. När under året (för vart och ett av åren) har avtalen varit klara med sjukhusen?

Frågor beträffande kostnadsstyrning

11. Hur viktig uppfattar Du kostnadsstyrningen i förhållande till andra krav som ställs på sjukhuset? Vilka direktiv får Du?

12. Hur uppfattar Du att kostnadsstyrningen fungerar i regionen och hur fungerar kostnadsstyrningen på sjukhusen? Bidrar beställningsarbetet till kostnadsstyrningen och i så fall hur?

13. Hur har kostnaderna utvecklats vid Din enhet?

Om budget, anslag eller ramar har överskridits,

- Vilka är orsakerna?
- Hur kommer det sig att verksamheten tillåtit sig detta beteende?
- Har sjukhusets överskridanden godkänts – formellt eller informellt – eller accepterats?

14. Vad har Du gjort? Vilka effekter har detta haft?

Frågor om sjukvårdsstrukturen

15. Påverkas sjukvårdsstrukturen av beställningarna – av beställarfunktionen (HHS resp distriktsnämnderna och hälso- och sjukvårdsstaben)?

16. Påverkas sjukvårdsstrukturen av kökortningspengarna?

17. Hur medverkar Du till en mer ändamålsenlig sjukvårdsstruktur?

18. Hur bidrar nämnden till samverkan mellan vårdnivåer för att öka effektiviteten i vården?

Övriga specifika frågor

19. Driver distriktsnämnden frågor om inre rationalisering och i så fall hur? Tex genom att beställa vårdkedjor?

Till slut:

20. Erfarenheter av beställar – utförarmodellen under en mandatperiod? Bortsett från de politiska diskussionerna om förändrad styrmodell: Vad har varit bra och vad har varit dåligt med beställar - utförarmodellen i regionen?

Intervjumall för intervjuer med gruppledarna i Västra Götalandsregionen första etappen

1. Den nya organisationen

1. Varför ny organisation?
 - a. Vilka är de viktiga argumenten för att ändra organisationen?
 - b. Har förändringen med kostnadskontroll att göra?
 - c. Har det funnits motargument – vilka? från vilka?
 - d. Vad fungerade inte bra i den förra organisationen?
 - e. Hur vet man att det fungerar bättre i den nya?
 - f. Har det funnits några förebilder?
 - g. Processen – hur har man drivit förberedelsearbetet? Vilka har drivit den nya organisationens utformning? Har några varit emot?
 - h. Finns det kompromisser? Vilka? Mellan partier? Mellan olika grupperingar inom partierna?
 - i. Vad tror Du själv om den nya organisationen?
2. Den nya organisationen måste rimligen väntas ha effekter på hur information inskaffas, hur beslut fattas för att man skall få bättre beslut. Exakt vad i aktörernas beteende förväntas förändras och hur?
3. Hur kommer effekterna av den nya organisationen att följas upp. Exakt vad vill man uppnå och hur skall det avgöras att det blir bättre?

2. Regionens läge i stort inför mandatperioden mot bakgrund av den förra mandatperioden

1. VGR under 1999–2002: vad åstadkom man och vad åstadkom man inte?
2. På vad sätt och efter vilka kriterier har regionstyrelsen styrt under mandatperioden?
3. Förklaras misslyckandena av den förra organisationens tillkortakommanden?

3. Regionens läge i stort inför mandatperioden viktiga frågor eller områden att driva

1. Vilka är de tre viktigaste frågorna att klara för den nuvarande mandatperioden?

2. Vilka åtgärder har vidtagits för att säkerställa en ”god utveckling”
3. Hur stödjer den nya organisationen strategierna i de viktigaste frågorna?

Intervjumall för intervjuer med gruppledarna i Västra Götalandsregionen andra etappen

1. Vilka har varit och är de viktigaste frågorna för regionen inom hälso- och sjukvården under den nuvarande mandatperioden?
2. Vad har hänt och vad har uppnåtts i de frågor Du angivit och i vilken mån har regionen lyckats?
3. Hur styr regionstyrelsen och hur följer regionstyrelsen upp sin styrning?
4. Vilken betydelse i verkligheten har de stora men allmänt hållna textmassorna i budgeten? Hur blir de konkret verklighet?
 - a. Vem skriver egentligen dessa texter och hur är processen?
5. Hur följer och driver RS utvecklingen av strukturförändringarna?
 - a. Vem svarar för den övergripande strategiska styrningen av hälso- och sjukvården och hur går det till i praktiken?
 - b. Hur fördelas den planerade vården till sjukhusen från ett regionalt perspektiv?
6. Regionens hälso- och sjukvårdsstrategi – blev beslutet verkligen tillräckligt kraftfullt?
7. Frågor gällande Vad har skett i regionen när det gäller att förverkliga hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi?
 - a. Hur fördelas den planerade vården till sjukhusen från ett regionalt perspektiv?
 - b. Hur får profilsjukhusen patienter till sina profiler – behöver inte områdessjukhusen sina patienter och vill inte alla profilsjukhus ha så många patienter som möjligt? Hur samplaneras detta? Vilka effekter har kunnat ses så här långt?
 - c. Har förändringarna vid sjukhusen enligt PM 2004-08-18 genomförts under 2005?
 - d. Vad har hänt inom närsjukvården?
 - e. Vad har hänt med överflyttning från akut till planerad vård?
 - f. Vad har hänt med överflyttning från sjukhusvård till primärvård?

8. Kan vi försöka att få en uppfattning om betydelsen av förändringarna på en skala säg 1–10? Förändringar 2005, 2006, framtiden?
9. Vilka är de avgörande skillnaderna mellan vårdöverenskommelsen för 2003 och vårdöverenskommelsen för 2006?
 - a. Vad förklarar dessa skillnader?
 - b. Kommer skillnaderna att ha några effekter på verksamheten i sjukhusen och vid vårdcentralerna? Hur följs det upp?
10. Det verkar som om hälso- och sjukvårdsnämnderna lojalt vidarebefordrar styrsignaler från FM och RS. Frågan blir då: vad åstadkommer de? Vad åstadkommer de som inte RS skulle åstadkomma själv utan HSN?
11. Primärvården verkar vara vinnare i spelet – inte så stora krav på prestationer men mer resurser utan precisa krav på utveckling/förändring.
12. Den nya organisationen:
 - a. fördelar och nackdelar?
 - b. Vilken roll har SRO fått i praktiken?
 - c. Vad blev i praktiken annorlunda?
13. Hur är stämningarna i regionen? Vilka drivkrafter har politikerna i deras funktion? Vad driver förvaltningschefer och deras medarbetare? Vad driver Dig?
14. Hur vill Du från Ditt perspektiv beskriva huvudlinjerna i regionens utveckling under den andra mandatperioden?
15. Om ni ingår i majoriteten nästa mandatperiod: Vilka blir de tre viktigaste frågorna för er att driva i hälso- och sjukvården?

Mall för intervjuer med hälso- och sjukvårdsnämndernas presidier första etappen

1. Vilka mål eller förväntningar har nämnden för den innevarande mandatperioden?
 - a. Vad skall åstadkommas – de tre viktigaste punkterna på handlingsprogrammet
 - b. Vad skall förbättras?
 - c. Hur har handlingsprogrammet påverkats av den nya organisationen?

2. Vilka riktlinjer eller direktiv har nämnden fått från regionstyrelsen och regionfullmäktige när det gäller vad som skall åstadkommas under denna mandatperiod
3. Vilka riktlinjer eller direktiv har nämnden fått från hälso- och sjukvårdsstyrelsen när det gäller vad som skall åstadkommas under denna mandatperiod
4. Hur sker samverkan med primärvården?
 - a. Era förväntningar på dem? Vad skall uppnås i ert samarbete och vem gör vad?
 - b. Avtal och processer?
 - c. Hur följer ni effekterna?
5. Hur sker samverkan med den kommunala primärvården?
 - a. Era förväntningar på dem? Vad skall uppnås i ert samarbete och vem gör vad?
 - b. Avtal och processer?
 - c. Hur följer ni effekterna?
6. Hur sker samverkan med utförrarstyrelsen och sjukhuset?
 - a. Era förväntningar på dem? Vad skall uppnås i ert samarbete och vem gör vad?
 - b. Avtal och processer?
 - c. Hur följer ni effekterna?
7. Samspelet mellan nämnd och chefstjänsteman/kansli?
 - a. Hur styr nämnden chefstjänsteman och kansli?
 - b. Hur fungerar samarbetet?
 - c. Får nämnden den information man behöver?
8. Vilka är regionens största utmaningar eller svårigheter under den innevarande mandatperioden och hur bidrar nämnden i det arbetet?
9. Den nya organisationen – var ni med förra mandatperioden? Hur utfaller en jämförelse mellan den förra organisationen och den nuvarande när det gäller arbetsuppgifterna och förutsättningarna att klara dem. Vad har blivit bättre? sämre? svårare? lättare?
10. Är nämnden framgångsrik? Hur vet ni det? Hur säkerställer ni att ni lyckas under denna mandatperiod?
11. Vad skulle vara annorlunda om hälso- och sjukvårdsnämnderna inte fanns?

12. Hur märks partipolitiken i nämndens arbete?

Mall för intervjuer med utförarstyrelsernas presidier första etappen

1. Vilka är de viktigaste frågorna för den innevarande mandatperioden?
 - a. Vad skall åstadkommas – de tre viktigaste punkterna på handlingsprogrammet
 - b. Vad skall förbättras?
 - c. Hur har handlingsprogrammet påverkats av den nya organisationen?
 - d. Finns mål formulerade?
2. Vilka riktlinjer eller direktiv har utförarstyrelsen fått från regionstyrelsen och regionfullmäktige när det gäller vad som skall åstadkommas under denna mandatperiod?
 - a. Hur sker styrningen från fullmäktige och regionstyrelse till utförarstyrelserna?
 - b. Hur sker den strategiska ledningen av hälso- och sjukvården sett från ägarperspektivet?
3. Hur sker samverkan med hälso- och sjukvårdsnämnderna?
 - a. Utförarstyrelsernas förväntningar på hälso- och sjukvårdsnämnderna? Vad skall uppnås i samarbetet och vem gör vad?
 - b. Hälso- och sjukvårdsnämndernas förväntningar på utförarstyrelserna?
 - c. Avtal och processer?
 - d. Hur följer ni effekterna?
4. Hur sker samverkan med primärvården?
 - a. I vilka frågor är samverkan viktig?
 - b. Sjukhusets förväntningar på primärvården? Vad skall uppnås i samarbetet och vem gör vad?
 - c. Primärvårdens förväntningar på sjukhuset?
 - d. Avtal och processer?
 - e. Hur följer ni effekterna?
5. Hur sker samverkan med den kommunala primärvården?
 - a. I vilka frågor är samverkan viktig?
 - b. Sjukhusets förväntningar på primärvården? Vad skall uppnås i samarbetet och vem gör vad?
 - c. Primärvårdens förväntningar på sjukhuset?

- d. Avtal och processer?
- e. Hur följer ni effekterna?
- 6. Samspelet mellan nämnd och chefstjänsteman/kansli?
 - a. Hur styr styrelsen chefstjänsteman och kansli?
 - b. Hur fungerar samarbetet?
 - c. Får styrelsen den information man behöver?
- 7. Vilka är regionens största utmaningar eller svårigheter under den innevarande mandatperioden och hur bidrar nämnden i det arbetet?
- 8. Den nya organisationen – var ni med förra mandatperioden? Hur utfaller en jämförelse mellan den förra organisationen och den nuvarande när det gäller arbetsuppgifterna och förutsättningarna att klara dem. Vad har blivit bättre? sämre? svårare? lättare?
- 9. Är styrelsen framgångsrik? Hur vet ni det? Hur säkerställer ni att ni lyckas under denna mandatperiod?
- 10. Vad skulle vara annorlunda om utförarstyrelserna inte fanns?
- 11. Hur märks partipolitiken i styrelsens arbete?

Mall för intervjuer med hälso- och sjukvårdsnämndernas och utförarstyrelsernas presidier andra etappen

Frågorna 1–8 och 17–19 ställs med fördjupning till samtliga. Övriga frågor ställs till samtliga, men fördjupningen kan variera mellan olika respondenter.

- 1. Vilka har varit och är de viktigaste frågorna för Dig och nämnden/styrelsen?
- 2. Vad har hänt i de frågor Du angivit och i vilken mån har ni lyckats?
- 3. Vad förväntas ni åstadkomma under den här mandatperioden i de frågor Du angivit?
- 4. Hur mäts framgången och vad har ni uppnått?
- 5. Vilka är/har varit de stora frågorna i regionen under mandatperioden. Vad talar man om och vad vill fullmäktige och regionstyrelsen?
- 6. Har regionen uppnått dessa mål?
- 7. Hur styrs ni av regionfullmäktige och regionstyrelse? Är styrningen effektiv? Hur mäts ni?

8. Vad har gjorts i er nämnd för att förverkliga hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi?
 - a. Vad diskuteras?
 - b. Vad har varit/är möjligt att göra?
 - c. Har ni prövat att beställa all närsjukvård i ett paket?
 - d. Hur fördelas den planerade vården till sjukhusen från ett regionalt perspektiv?
 - e. Har förändringarna vid sjukhusen enligt PM 2004-08-18 genomförts under 2005?
9. Hur har vårdöverenskommelserna påverkats av
 - a. HSNs mål- och inriktningsdokument?
 - b. Hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi? Har förändringarna i PM 2004-08-18 fått genomslag i vårdöverenskommelserna?
 - c. de nya ersättningsprinciperna för sjukhusvård?
10. Vilka är de avgörande skillnaderna mellan vårdöverenskommelsen för 2003 och vårdöverenskommelsen för 2006?
 - a. Vad förklarar dessa skillnader?
 - b. Kommer skillnaderna att ha några effekter på verksamheten i sjukhusen och vid vårdcentralerna? Hur följs det upp?
11. Vilka effekter har den regionala utvecklingsplanen haft på er verksamhet och i vilken utsträckning har planens mål uppnåtts?
 - a. Hur har ni fullföljt fullmäktiges intentioner att utveckla närsjukvården?
 - b. Särskilt beträffande Lidköping i intervjuerna med HSN 10 och SkaS
 - c. Har primärvården fått ökade resurser på sjukhusens bekostnad?
12. Vad har genomförts när det gäller utvecklingen av vårdprogram?
13. Vilka effekter har tillgänglighetssatsningarna haft i verkligheten och totalt?
14. Mätningen av produktivitet vid sjukhusen:
 - a. Hur har produktiviteten utvecklats vid sjukhuset under mandatperioden?
 - b. Hur kontrollera ni utvecklingen?
 - c. Hur påverkas ni och andra sjukhus av dessa mätningar?
15. Hur driver ni arbetet med förnyelse och effektiviseringar i vården?

16. Vilka åtgärder har vidtagits för att förbereda för det nya ersättnings-systemet fr.o.m. 2006?
17. Hur är stämningarna i regionen? Vilka drivkrafter har politikerna i deras funktion? Vad driver förvaltningschefer och deras medarbetare? Vad driver Dig?
18. Den nya organisationen
- fördelar och nackdelar?
 - Vilken roll har SRO fått i praktiken?
 - Vad blev i praktiken annorlunda?
19. Hur vill Du från Ditt perspektiv beskriva huvudlinjerna i regionens utveckling under den andra mandatperioden?

Mall för intervjuer i kommunerna första etappen

	KS pres	KC	Nämnds pres	Förv chef	Verk- samtets- chef
Berätta om Dina viktigaste uppgifter och hur Du ser på förutsättningarna för att lösa dem. Finns det några hinder eller svårigheter? Vilka är Dina glädjeämnen? Vilket stöd får Du ”uppifrån”?				X	X
Kan Du beskriva Ditt ansvarsområde?		X	X	X	X
Vilka förväntningar ställs på Dig och på Dina resultat? Mål? Hur konkretiseras målen?				X	X
Hur ser ni på socialnämndens ansvarsområde i förhållande till KS ansvarsområde? Är och på vad sätt är KS överordnad? Vilket uttryck tar sig i så fall KS’ överordning?	X	X	X	X	
Hur vet Du vad Du skall göra och hur vet Du när Du gjort rätt?				X	X

	KS pres	KC	Nämnds pres	Förv chef	Verk- sams-hets- chef
Beskriv i korthet med några punkter vilka problem och vilka styrkefaktorer kommunen står inför under denna mandatperiod?	X	X	X	X	
Vad betyder detta för socialnämndens område?	X	X	X	X	
Vilka är de viktigaste frågorna i kommunen att driva för den innevarande mandatperioden?	X	X	X	X	
Vilka är de viktigaste frågorna för socialnämnden att driva för den innevarande mandatperioden?			X	X	
Vad är det som avgör om en fråga blir viktig? Hur kommer det sig att just de nämnda är viktiga och inte några andra?	X	X	X	X	
På vilket sätt styr ni/Du verksamheten enligt agendan? Vilka åtgärder för styrning vidtas?	X	X	X	X	X
Finns mål formulerade för punkterna på agendan?	X	X	X	X	X
Hur säkerställer ni/Du att verksamheten agerar enligt era/Dina intentioner?	X	X	X	X	X
Hur vet Du att Du gör rätt – vilken styrning kommer ovanifrån?				X	X
På vilket sätt styrs Du ovanifrån? Vilka åtgärder för styrning har vidtagits? Vilka styrimpulser har Du fått?				X	X
Får Du tillräcklig vägledning ovanifrån?				X	X

	KS pres	KC	Nämnds pres	Förv chef	Verk- sammans- chef
Tycker Du att den styrning Du får ovanifrån är lämplig eller förnuftig och dessutom möjlig att förverkliga?		X		X	X
Finns det frågor eller exempel på att förtroendevalda har engagerat sig särskilt i något område, några frågor eller något eller några ärenden?		X		X	X
Hur ser ni/Du på samverkan med regionen i hälso- och sjukvårdsfrågorna? Vilka särskilda frågor är det som har betydelse i den samverkan och hur fungerar samverkan? Kan man tala om styrning mellan kommun och region?			X	X	X
Till slut: Viktiga styrdokument?	X	X	X	X	X

Mall för intervjuer i kommunerna, andra etappen

Öppna frågor	KS pres	KC	Nämnds pres	Förv chef chef	Verk- sammans- hets- chef
1. Styrningen i kommunen/nämnden					
1.0 Berätta om styrningen i kom- munen	X	X	X	X	X
1.1 Ge tre exempel där Du menar att Din styrning varit framgångsrik (hur vet Du det? vilka effekter? varför var den framgångsrik?)	X	X	X	X	X
1.2 Ge tre exempel där Du menar att styrningen inte har lyckats (vad skulle uppnås? vad uppnåddes? varför fungerade inte styrningen)	X	X	X	X	X
1.3 Upplever Du målkonflikter i Din egen funktion			X	X	X
1.4 Hur hantera Du målkonflikterna? Vilken norm eller regel tar över?			X	X	X
1.5 Upplever Du målkonflikter i orga- nisationen, att olika individer eller olika grupper driver olika frågor, intressen eller linjer?	X	X	X	X	X
1.6 Hur hanterar organisationen dessa konflikter	X	X	X	X	X
2. Vilka direktiv har Du givit – vid sidan av styrelse, nämnd, full- mäktige	X	X	X		
2.1 Vilka förväntningar har Du/har Du haft	X	X	X		
2.2 Vilka besvikelser har Du noterat?	X	X	X		
3. Låt oss försöka fixera gränsen mellan politikerns uppgift och tjänstemannens uppgift exakt: vilka beslut om produktionen fattar nämnden, au, ordföranden?	X	X	X	X	
4. Vilka är nästa mandatperiods viktigaste frågor					

Öppna frågor	KS pres	KC	Nämnds pres	Förv chef chef	Verk- sammans- chef
4.1 för kommunen	X	X	X		
4.2 för omsorgsnämnden/social- nämnden/kommundelsnämnden	X	X	X	X	
4.3 Motivera varför	X	X	X	X	
5. Kommunens värderingar: Vad sitter i väggarna?	X	X	X	X	X
5.1 Vilka är organisationens (kom- munens resp. omsorgsverksam- hetens) viktigaste värderingar	X	X	X	X	X
5.2 Hur strävar Du mot dessa	X	X	X	X	X
5.3 Hur förstår organisationen (kom- munen resp. omsorgsverksam- heten resp Din egen verksamhet) sin uppgift: varför finns ni till? vad vill och skall ni uppnå med er verksamhet			X	X	X
6. Beskriv kommunens politiska klimat	X	X	X	X	
7. Beskriv styrningen: vilka mål har Du tilldelats, hur får Du känne- dom om målen, hur följer Du upp dem och hur följs Du själv upp?			X	X	X
7.1 Har Du varit med om att styrning inte nått fram? I så fall varför?	X	X	X	X	X
7.2 Tycker Du att styrningen är för- nuftig och möjlig att förverkliga			X	X	X
7.3 Din egen styrning nedåt: hur säkerställer Du att Dina direktiv efterföljs	X	X	X	X	X
7.4 Ange de viktigaste styrdoku- menten	X	X	X	X	X
8.1 Vad driver Dig i Ditt arbete?	X	X	X	X	X
8.2 Varför är Du KS-ordf, v ordf ... o.s.v. De tre viktigaste skälen inbördes rankade	X	X	X	X	X

Bilaga 3

Viktiga frågor enligt politiker respektive förvaltningschefer vid sjukhusen och nämnderna i Västra Götalandsregionen under dess andra mandatperiod

I nedanstående tabell visas svaret på frågan om vilka frågor som var viktigast (agendan) dels först vid mandatperiodens början, dels därefter vilka som man hade prioriterat i sitt arbete vid återblick på mandatperioden vid dess slut. Sjukhusen anonymiseras och betecknas A, B och C, hälso- och sjukvårdsnämnderna anonymiseras med beteckningarna Alfa, Beta och Gamma. Samsyn förelåg, som kommer att framgå, inte mellan politiker och tjänsemän, men inte heller mellan ordföranden och vice ordföranden eller mellan förvaltningschefen och dennes medarbetare. Därför har svaret från ordföranden tolkats som vad politikerna faktiskt prioriterade (eftersom vice ordföranden kom från minoriteten) och svaret från förvaltningschefen har tolkats som svar på frågan vad förvaltningen i första hand prioriterade. Syftet med sammanställningen är i första hand att visa att nämnd och förvaltning hade olika syn på vilka de viktigaste frågorna var.

Svar vid den första etappens intervjuer

Frågeområde	A		B		C		Alfa		Beta		Gamma	
	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T
Strukturen och prioriteringarna		X	X									
Utveckla och stärka primärvården							X	X				
Kostnadskontroll	X	X			X							
Kompetensförsörjning och personalförsörjning				X								
Utveckla och stärka psykiatrin							X		X		X	
Reducera köerna				X	X	X						

Frågeområde	A		B		C		Alfa		Beta		Gamma	
	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T
Stärka beställnings- arbetet och be- ställarfunktionen	X						X		X			
Ingå avtal på vård- centralsnivå									X			
Öka samverkan i vårdkedjan										X		
Utveckla närsjuk- vården									X			
Stärka kopplingen mellan regionen och den primär- kommunala vården											X	

Svar vid den andra etappens intervjuer

Frågeområde	A		B		C		Alfa		Beta		Gamma	
	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T	P	T
Kostnadskontroll	X	X	X				X					X
Utveckla sjukvårds- strukturen	X					X						
Rationalisering och produktivitets- höjningar							X	X	X		X	
Öka tillgängligheten					X	X						X
Implementera den nya organisationen			X									
Utveckla närsjuk- vården							X				X	
Samverkan mellan vårdnivåer och med primärkommuner									X			

Bilaga 4

Tabeller gällande utveckling av väntetider och produktivitet i Västra Götalandsregionen. Bilaga till kapitel 5, avsnittet om ökad tillgänglighet

Tabell 1. Andel patienter som väntat mer än tolv månader på besök vid klinik, 2003 och 2004.

Tabell 2. Andel patienter som väntat mer än tolv månader på behandling, 2003 och 2004.

Tabell 3. Antal patienter som väntat längre tid än tre månader på motagningsbesök, 2005 och 2006

Tabell 4. Antal patienter som väntat längre tid än tre månader på behandling, december 2005 och januari 2006.

Tabell 5. Antal patienter i hela regionen som väntat mer än 90 dagar på behandling, 31 januari 2006

Tabell 6. Antal och andel patienter som väntat mer än 8 dagar på besök hos allmänläkare, 2003–2005

Tabell 7. Produktivitetsutvecklingen vid regionens fyra sjukhusgrupper 1998–2004

Tabell 1 Andel patienter som väntat mer än tre månader på besök vid klinik, 2003 och 2004

Klinik	Andel hela regionen 2003	Andel hela regionen 2004	Sjukhus med högsta andel 2003	Sjukhus med lägsta andel 2003	Sjukhus med högsta andel 2004	Sjukhus med lägsta andel 2004
Barn- och ungdoms medicin	32 %	33 %	SÅS, 54 %	SiL6 %	SÅS 47 %	SiL 8 %
Gynekologi	27 %	31 %	US 46 %	SiL 9 %	SiF52 %	SiL 4 %
Hudsjukdomar	22 %	28 %	SU 44 %	KSS 4 %	US 65 %	Östra 12 %
Kardiologi	38 %	31 %	SÅS 75 %	MölnD 6 %	Kungälv 68 %	MölnD 3 %
Neurologi	59 %	56 %	NÅL 89 %	US 21 %	KSS 72 %	US 27 %
Ortopedi	59 %	69 %	SiL 85 %	SU 52 %	SiL 85 %	SU 39 %
Reumatologi	56 %	45 %	US 78 %	SU 15 %	SÅS 74 %	SU 7 %
Urologi	42 %	45 %	Alingsås 67 %	Kungälv 27 %	US 70 %	SU 26 %
Ögon	40 %	34 %	NÅL 52 %	SU 0 %	SiL 60 %	SU 0 %
Öron, näs och hals	49 %	44 %	Kungälv 79 %	Östra 22 %	NÅL 65 %	Östra 4 %

Den andel av dem som besökt mottagning per 31 december 2003 och per 31 december 2004 och fått vänta längre tid än tre månader på sin besöksd. Dels visas uppgifter för regionen totalt, dels redovisas det sjukhus som rapporteras ha haft lägst andel respektive det sjukhus som rapporteras ha haft högst andel. Dock har de minsta sjukhusen inte redovisats (Lundby, Frölunda, Skene, Strömstad, Lysekil och Dalslands sjukhus). Uppgifterna avser 2003 och 2004. Observera att samtliga mottagningsar inte finns vid samtliga sjukhus. Källa: Västra Götalandsregionen, Analysenheten, Verksamhetsanalys 2004 Tabellbilagor del 3, Hälso- och sjukvård, sid 6–21

Tabell 2 Andel patienter som väntat mer än tolv månader på behandling, 2003 och 2004.

Behandling	Andel hela regionen 2003	Andel hela regionen 2004	Sjukhus med högsta andel 2003	Sjukhus med högsta andel 2004	Sjukhus med lägsta andel 2003	Sjukhus med högsta andel 2004	Sjukhus med lägsta andel 2004
Artroskopi Knäled	48 %	50 %	70 % SÄS	65 % SÄS	17 % Kungälv	81 % SU	35 % KSS
Ballongutvidgning av kranskärl*)	19 %	38 %	39 % SU	76 % SU	0 % KSS	56 % Kungälv	0 % KSS
Gallstensoperation	37 %	37 %	49 % SÄS	28 % SiF	28 % SiF	86 % SU	4 % SiF
Korsbandsoperation	65 %	76 %	81 % SU	86 % SU	20 % SiL	64 % SÄS	64 % SÄS
Kranskärlsoperation**)		15 %	19 %				
Operation vid prostataförstoring	61 %	63 %	88 % SU	74 % Alingsås	52 % SiL	96 % SÄS	13 % SiL
Operation vid urininkontinens hos kvinnor	77 %	80 %	90 % SU	96 % SÄS	65 % SiL		48 % NÄL
Primär höftledsplastik	70 %	66 %	85 % SU	81 % SU	51 % SiL		37 % KSS
Gråstarrsoperation	65 %	62 %	74 % SU	78 % SÄS	37 % Mölnadal		26 % Mölnadal
Hörapparatutprovning	26 %	66 %	58 % SiL	56 % SiL	10 % KSS		45 % Mariestad

*) Uppgifter endast för SU och KSS

**) Uppgifter endast för SU

Tabell 2. Den andel som behandlats vid sjukhus mottagning per och fått vänta längre tid än tre månader på sin behandling. Dels visas uppgifter för regionen totalt, dels redovisas det sjukhus som rapporteras ha haft lägst andel respektive det sjukhus som rapporteras ha haft högst andel. Dock har de minsta sjukhusen inte redovisats (Lundby, Frölunda, Skene, Strömstad, Lysekil och Dalslands sjukhus). Uppgifterna avser 2003 och 2004. Observera att alla behandlingar inte genomförs vid samtliga sjukhus. Källa: Västra Götalandsregionen, Analysenheten, Verksamhetsanalys 2004 Tabellbilagor del 3, Hälso- och sjukvård, sid 6–21.

Tabell 3 Antal patienter som väntat längre tid än tre månader på mottagningsbesök, 2005 och 2006.

Sjukhusgrupp	Per 31 december 2005	Per 31 januari 2006
NU-sjukvården	4 626	3 457
SkaS	2128	1 913
SU	9 623	8 792
SÄS	982	1 058
Totalt för regionen (<i>Obs att i denna uppgift ingår samtliga sjukhus, ej endast de fyra som specificerats ovan</i>)	18 065	15 593

Antal som väntat på mottagningsbesök längre tid än 90 dagar vid var och en av de fyra stora sjukhusgrupperna och för regionen totalt. Källa: Västra Götalandsregionen, Vårdslussen, Väntetider i vården

Tabell 4 Antal patienter som väntat längre tid än tre månader på behandling, december 2005 och januari 2006.

Sjukhusgrupp/ väntetidens längd	Per 31 december 2005			Per 31 januari 2006		
	Väntetidens längd i dagar			Väntetidens längd i dagar		
	Över 90 men inte 180	Över 180	Totalt över 90	Över 90 men inte 180	Över 180	Totalt över
NU-sjukvården	622	653	1 275	332	322	654
SkaS	624	647	1 271	601	558	1 159
SU	808	2 319	3 127	1 203	1 514	2 717
SÄS	721	560	1 281	465	418	883
Totalt för regionen	3 055	4 303	7 358	2 881	2 932	5 813
<i>(Obs att i denna uppgift ingår samtliga sjukhus, ej endast de fyra som specificerats ovan)</i>						

Antal som väntat på sjukvårdande behandling längre tid än 90 dagar vid var och en av de fyra stora sjukhusgrupperna och för regionen totalt. Källa: Västra Götalandsregionen, Vårdslussen, Väntetider i vården

Tabell 5. Antal patienter i hela regionen som väntat mer än 90 dagar på behandling, 31 januari 2006

Störst antal som den 31 januari 2006 väntat mer än 90 dagar för hela regionen sammantagen finns inom följande kliniker (antalet avrundat till närmaste 100-tal):

ortopedi, 4 700
handkirurgi, 2 000
allmän kirurgi, 1 700
barnkirurgi, 1 200
ögon, 1 100
öron, näs och hals, 900
urologi, 500
plastik, 300
hud, 600
barnmedicin, 400 och
kärlkirurgi, 400.

De kliniker för hela regionen sammantagen, vilka hade flest antal patienter som den 31 januari 2006 väntat på behandling mer än 90 dagar. Källa: Västra Götalandsregionen, Vårdslussen, Väntetider i vården

Tabell 6 Antal och andel patienter som väntat mer än 8 dagar på besök hos allmänläkare, 2003–2005.

Mättilfälle: Område	2003-10	2004-03	2004-10	2005-03	2005-10
Göteborg					
Väntat 8 dagar och längre	28 %	25 % 141 pers.	25 % 143 pers.	24 % 191 pers.	29 % 249 pers.
Väntat 15 dagar och längre		17 % 97 pers.	14 % 77 pers.	13 % 103 pers.	19 % 164 pers.
Väntat 31 dagar och längre		6 % 34 pers.	5 % 27 pers.	4 % 30 pers.	7 % 59 pers.
S Bohuslän					
Väntat 8 dagar och längre	21 %	17 % 89 pers.	20 % 79 pers.	20 % 109 pers.	15 % 86 pers.
Väntat 15 dagar och längre		10 % 54 pers.	13 % 50 pers.	13 % 77 pers.	9 % 54 pers.
Väntat 31 dagar		2 % 12 pers.	3 % 11 pers.	4 % 22 pers.	3 % 18 pers.
S Älvsborg					
Väntat 8 dagar och längre	16 %	17 % 121 pers.	21 % 154 pers.	17 % 116 pers.	16 % 115 pers.
Väntat 15 dagar och längre		10 % 71 pers.	12 % 86 pers.	11 % 73 pers.	10 % 70 pers.
Väntat 31 dagar och längre		1 % 7 pers.	5 % 35 pers.	3 % 18 pers.	2 % 16 pers.
Fyrbodal					
Väntat 8 dagar och längre	16 %	19 % 154 pers.	19 % 138 pers.	11 % 101 pers.	18 % 138 pers.
Väntat 15 dagar och längre		12 % 97 pers.	11 % 80 pers.	6 % 56 pers.	12 % 92 pers.
Väntat 31 dagar		3 % 21 pers.	4 % 27 pers.	2 % 19 pers.	2 % 14 pers.
Skaraborg					
Väntat 8 dagar och längre	17 %	15 % 80 pers.	18 % 109 pers.	11 % 88 pers.	21 % 142 pers.
Väntat 15 dagar och längre		10 % 54 pers.	10 % 62 pers.	7 % 57 pers.	13 % 89 pers.
Väntat 31 dagar och längre		2 % 12 pers.	2 % 12 pers.	1 % 11 pers.	5 % 35 pers.

Mättillfälle: Område	2003-10	2004-03	2004-10	2005-03	2005-10
Regionen totalt					
Väntat 8 dagar och längre	20 %	19 % 585 pers.	21 % 623 pers.	16 % 605 pers.	20 % 730 pers.
Väntat 15 dagar och längre		12 % 373 pers.	12 % 355 pers.	7 % 366 pers.	13 % 469 pers.
Väntat 31 dagar och längre		3 % 86 pers.	4 % 112 pers.	3 % 100 pers.	4 % 142 pers.

Andel och antal som fått vänta på besök hos allmänläkare vid primärvården angivna tider. Sammanställt av uppgifter i Primär- och tandvårdsförvaltningen, Årsredovisningar för 2003, sid 4, 2004, sid 8 och Västra Götalandsregionen: Årsredovisning för 2005, sid 20 samt Hälso- och Sjukvård, Tabellbilagor Verksamhetsanalys 2005, sid 22

Tabell 7 Produktivitetens utvecklingen vid regionens fyra sjukhusgrupper 1998–2004.

	Produktivitetens utveckling i genomsnitt per år för perioden		
	1998–2001	2001–2003	2003–2004
SU	–3,6 %	–0,7 %	+3,3 %
NU	–2,3 %	+1,2 %	+4,5 %
SÄS	–2,3 %	–2,6 %	+1,3 %
SkaS	–1,0 %	–0,7 %	+2,5 %

Produktivitetens utveckling per år vid de fyra sjukhusgrupperna under perioden 1998 – 2004. Källa: Rapporter från regionens analysenhet

Tabell 8 Förändring av olika slags prestationer vid regionens fyra sjukhusgrupper 2004.

	Förändring av antalet DRG-poäng		Förändring av antalet	
	i slutna vård	i dagkirurgi	läkarbesök	övriga besök
SU	2,9	–5,4	–0,5	6,0
NU	1,0	0,6	1,3	1,3
SÄS	1,2	8,9	1,3	7,9
SkaS	0	13,5	–3,0	–3,0

Förändring vid de fyra sjukhusgrupperna av fyra slags prestationer under perioden 2004. Källa: Rapporter från regionens analysenhet

