

Ledarskap och mätning i sjukvården¹

AV LARS-GÖRAN AIDEMARK OCH ELIN FUNCK

The balanced control card was introduced at the studied medical clinic in 1997 as a management instrument to combine budget control and quality development. After ten years we can state that the view of the clinic's management, that the measurements work very well in healthcare, is also that of employees interviewed at the clinic. Measurements of behaviour and results within the process perspective took several years to develop and are used for operations control and quality development. But the conditions for the measurement carried out must be emphasised. Measurements within the care units were determined by medical professionals in administrative positions in collaboration with the medical operations managers. These measurements are not about managing the conflict in goals between employer and employee but about managing and developing operations in line with the profession's objectives.

1. Inledning

Medicinkliniken (MvH) införde 1997 det balanserade styrkortet (BSc). Förhoppningen var att denna modell skulle kunna användas för att styra både kvalitetsutvecklingen och den ekonomiska utvecklingen.

BSc är ett ledningsinstrument som utvecklades för att säkerställa långsik-

tiga finansiella framgångar för privata, marknadskopplade företag (Kaplan och Norton 1992, 1993, 1996a, 1996b). I teorin förutsätter BSc entydiga målsättningar som kan brytas ned och operationaliseras. Måtten skall vara i balans, ordnade i en orsak-verkankedja och kunna följas upp mot fastställda prestationsmål. Frågan är om den demokratiskt styrda sjukvårdsorganisatio-

¹ Denna studie har finansierats av FAS, Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap.

nen är en lämplig kontext för detta styrinstrument. Sjukvårdsorganisationen har presenterats som en plats för mångtydiga mål och delvis motstridiga intressen. Flera forskningsresultat pekar på att det varken är möjligt eller lämpligt att styra sjukvården med en modell som bygger på mätningar. Modellen kan få leva ett liv särkopplad från verksamheten. Den politiska, administrativa och medicinsk professionella sfären har olika mål, framgångsfaktorer och arbetsformer (Kouzes och Mico 1979). Administrativ styrning kan vara direkt olämpligt i sjukvården (Mintzberg 1979) och det är tveksamt om en styrning genom mätning är genomförbar (Ouchi 1979, 1980).

Men New Public Management (Hood 1991, 1995) har spridit sig även till sjukvården och lett till förändrade interna relationer (Brunsson och Sahlin-Andersson 1997) där ekonomiska realiteter (Ferlie et al. 1996, Östergren och Sahlin-Andersson 1998, Kurunmäki 2004) och mätningar (Power 1997) fått större betydelse. Projektet vid MvH drevs dessutom av en klinikchef som även var läkare. Frågan är om och i så fall hur det lyckades att införa en hierarkisk administrativ styrmodell för att styra den löpande verksamheten och kvalitetsutvecklingen vid kliniken.

Denna studie av MvH och tio års erfarenhet från att arbeta med BSc i sjukvården visar att de naturvetenskapliga forskningsideal som präglar sjukvården och som baseras på mätningar också efter hand har blivit ett verktyg för ledningen av den dagliga verksamheten och kvalitetsutvecklingsarbetet vid MvH.

Efter en presentation av den teoretiska referensramen för studien i kapitel två och ett metodkapitel följer en beskrivning av utvecklingen vid MvH i kapitel 4-7. I kapitel 8 analyseras utvecklingen och sedan följer studiens slutsatser i kapitel 9.

2. Teoretisk referensram

Inledningsvis presenterar vi några teoretiska utgångspunkter som belyser svårigheter och möjligheter att styra en verksamhet med hjälp av mätningar och som vi använt för att studera och analysera utvecklingen vid MvH (2.1). Den teoretiska referensramen innefattar även en presentation av BSc (2.2) och en genomgång av forskningen om BSc i sjukvården (2.3).

2.1 Styrning och mätning

I alla organisationer är det centrala syftet med styrsystemet att, så långt det är möjligt, åstadkomma målkongruens, det vill säga att människors agerande skall ske i enlighet med såväl egna intressen som organisationens bästa (Anthony och Govindarajan 1995). I varje fall skall styrsystemet förebygga att inte medarbetare motverkar organisationsintresset. Mätningar kan härvid användas för att korrigera när resultat eller handlingar inte är till belåtenhet och inspirera när de bekräftar att utvecklingen följer formulerade riktlinjer (Bass 1990). Detta pekar på att två övergripande frågor bör ställas till det empiriska materialet i en studie av den roll som mätningar inom ramen för BSc spe-

lar för ledningen av en sjukvårdsorganisation. Den första handlar om den roll BSc spelar vid målformulering och vid skapandet av målkongruens. Den andra handlar om möjligheterna att mäta resultat och beteende inom ramen för BSc och den roll mätningar spelar för att målen skall kunna uppnås.

Ouchi (1979) presenterar en modell för styrningsmekanismer i organisationer. Om organisationsledningen kan specificera mål i resultatetermer är resultatstyrning möjlig. I de fall det är svårt att mäta individuella resultat men det är möjligt att specificera regler och standarder för individers beteende möjliggörs beteendestyrning. Under "gynnsamma" förutsättningar kan, med andra ord, en organisationsledning välja mellan eller kombinera resultat- och beteendestyrning. Ouchi (ibid.) hävdar emellertid att det varken är möjligt eller lämpligt för en administrativ enhet att försöka reglera det arbete som utförs i ett sjukhus med hjälp av mätningar av resultat eller beteende. Risken är överhängande att styrning genom mätning kommer att leda till en oönskad anpassning av beteende i organisationen. Han understryker dessutom att organisationer som sjukhuset heller inte är beroende av mätningar för att nå sina mål, utan bör förlita sig på en professionell dominans över verksamheten (Ouchi 1979, 1980).

Under det senaste decenniet kan utvecklingen inom sjukvårdssektorn i Sverige emellertid mycket väl ha format andra linser genom vilka sjukvårdsanställda ser på världen (Powell och DiMaggio 1991). Östergren och Sahlin-Andersson (1998) gör tolk-

ningen att en sådan förändring har skett och att verksamhetschefer numera influeras av administrativa regler, normer och föreställningar. Detta tycks få till följd att verksamhetschefer som anpassar sig till den administrativa logiken och använder ett administrativt/ekonomiskt språk både får legitimitet och mer makt. Detta skulle kunna innebära att New Public Management (NPM) har förändrat sjukvårdsorganisationen i Sverige och format en medarbetare som inte bara krävs på ett administrativt och ekonomiskt ansvar utan som även tar detta ansvar.

Andra forskningsrapporter pekar på liknande effekter. Ferlie et al. (1996) visar att introduktionen av marknads-mässiga principer har inneburit vissa förändringar för verksamhetschefer i National Health Service och de strukturella villkor de arbetar under. Men en ny offentlig ledarstil innebär inte per automatik ett entydigt och ofrånkomligt maktskifte från professionella till managers. I många fall har i stället professionella axlat nya inflytelserika roller på flera plan.

"The implementation of a market framework in healthcare and the concomitant changes to structure and roles which this has entailed, has led to significant higher professional involvement in the management process at both strategic and operational levels within units. Thus for senior management the movement to market-based system may involve some sharing or loss of control to professionals." (Ferlie et.al 1996, sidan 183)

Power (1997) ställer frågan om sjukvården har koloniserats av mätningar, men konstaterar att det emellertid är svårt att dra några generella slutsatser

om utvecklingen. Han noterar dock att de medicinskt professionella mycket väl skulle kunna ta till sig en administrativ och ekonomisk logik och den makt som kan följa av en dubbel kompetens. Detta utan att observatörer utanför kliniken kan bedöma hur eller i vilken utsträckning detta påverkar verksamheten. Power kallar detta fenomen för en "omvänd särkoppling" (Ibid 1997, sidan 106).

Egentligen är det på intet sätt ologiskt att tänka sig att mätningar med hjälp av BSc i sjukvården kan utformas i dialog och samverkan och att dessa mätningar på sikt kan öka samstämmigheten om verksamhetsmålen. Studier visar att om mätsystemet utvecklas med stöd av professionella kan det både fungera som ett system för uppföljning och lärande och leda till ökad samstämmighet om målen i organisationen (Aidemark 2001). Genom dialog och samverkan kan till exempel BSc reducera osäkerheten om verksamhetens mål. Mätningar bidrar, i det senare fallet, till ökad målkongruens i organisationen. Men detta framförallt genom att komplettera finansiella mätningar med det professionella perspektivet på vård och omsorg.

2.2 Det balanserade styrkortet

BSc utformades för att lösa styrningsproblemen i de stora amerikanska företag som under 1970- och 80-talen tappade i konkurrenskraft (Kaplan och Norton 1992). Det skulle bli en passande arvtagare till de kortsiktiga finansiella styrsystem som hade förlorat sin relevans (Johnson och Kaplan 1987). BSc är

en modell för strategisk styrning av organisationer. Grundbegreppen i modellen är "balans" och "mätning". På den senare punkten är modellens grundare, Kaplan och Norton, tydliga: "*If you can't measure it, you can't manage it*" (Kaplan och Norton 1996b, sidan 21). Begreppet balans exemplifieras med fyra eftersträvansvärda balanser: (1) mellan kort- och långsiktiga mål, (2) mellan finansiella och icke finansiella mått, (3) mellan indikatorer på aktiviteter och på resultat samt (4) balans mellan ett internt och ett externt perspektiv på det organisationen utför.

I BSc skall verksamhetens prestationsmål härledas ur organisationens långsiktiga visioner och strategier och följas upp genom mätningar inom fyra olika perspektiv: kundperspektivet, processperspektivet, utvecklingsperspektivet och det finansiella perspektivet. Tanken är att om utvecklingen inom de tre första perspektiven blir den önskade så kommer det att resultera i en långsiktig finansiell framgång. De fyra perspektiven är länkade i en hierarkisk orsak-verkan-kedja. Lärande och utveckling skall stärka de anställdas kompetens. Detta är tänkt att stödja genomförandet och utvecklandet av organisationens interna processer, vilket i sin tur leder till bättre kundrelationer. En ökad lojalitet med företaget från kundens sida skall resultera i finansiella framgångar. När BSc införs så skall verksamheten regleras med hjälp av ett administrativt styrsystem som bygger på mätningar.

2.3 Det balanserade styrkortet i sjukvården

1994 publicerades den tidigaste artikeln om BSc i sjukvården (Griffith 1994). I artikeln omnämns inte BSc explicit, men budskapet är att sjukvårdsorganisationer, för att överleva, måste utöka sina mätningar och använda sig av fler prestationsdimensioner. 1997 drar Forgione slutsatsen att implementering och användning av BSc är en kärnfråga för dagens sjukvårdsleverantörer. Åren därpå följer en rad artiklar vilka påtalar relevansen av att implementera och använda BSc i sjukvården (exempelvis Baker och Pink 1995; Castaneda-Mendez et al. 1998, Weber 1999, Jones och Filip 2000, Pieper 2005). Flertalet författare (Kaplan och Norton 1996b, Zelman et al. 1999, 2003, Urrutia och Eriksen 2005, Paranjape et al. 2006, Johanson et al. 2006) påpekar dock att BSc måste anpassas för att kunna reflektera sjukvårdens speciella karaktärsdrag. Två områden inom vilka modifikationer kan skönjas är prioriteten mellan perspektiv samt tolkningen av begreppet balans.

Kaplan och Norton (1996b) framhåller att prioriteten mellan de fyra perspektiven måste bli annorlunda i en offentligt reglerad verksamhet än i ett vinstdrivande företag. Inom den offentliga sektorn handlar det om att ge medborgarna (väljarna) ett maximalt utbyte för skattemedel. Vid Duke University Hospital ges kundperspektivet högsta prioritet (Helfrich Jones et al. 2002) medan i andra fall har ett samhällsperspektiv bedömts viktigast (Voelker et al. 2001, Inamdar et al. 2000, Urrutia

och Eriksen 2005). Kaplan (2001) observerade att många icke vinstdrivande organisationer betraktar såväl sina finansiärer som sina patienter som kunder och att båda placeras i toppen av BSc. Voelker et al. (2001) antyder även att i vissa icke vinstdrivande verksamheter kan det finansiella perspektivet helt uteslutas av den anledningen att finansiell framgång inte är väsentligt.

Även begreppet balans har tolkats på olika sätt i olika sjukvårdsorganisationer. Några studier vittnar om att perspektiven viktas olika (Heberer 1998, Biro et al. 2003). Andra studier har uppmärksammat hur en hierarki mellan perspektiven har ersatts med en balans där samtliga perspektiv tilldelas samma värde (Aidemark 2001, Fitzpatrick 2002, Kalagnanam 2003). Begreppet balans har även tilldelats nya betydelser. Chambers (2002) hävdar att en balans bör återfinnas mellan olika funktionella enheter i verksamheten och mellan olika intressenter. I publicerade artiklar efter 2003 diskuteras dock knappt begreppet balans. Istället illustreras förhållandet mellan perspektiven antingen som strategikartor med tydliga orsak-verkan samband eller som matriser där inbördes ordning synes irrelevant (exempelvis Urrutia och Eriksen 2005).

Förutom att utformningen av BSc har anpassats till den offentliga sjukvården så vittnar litteraturen om flera nya användningsområden. Chow-Chua och Goh (2002) återger hur kraven för en viss kvalitetsutmärkelse sammanlänkades med BSc vid ett sjukhus i Singapore. Genom BSc kunde kvalitetsarbetet kompletteras med indika-

torer av icke finansiell karaktär. Andra artiklar återger hur BSc har blivit ett verktyg för att utveckla kvalitetsplaner och för att utvärdera kvalitetsarbete (Peters och Ryan 1999, Colaneri 1999, Santiago 1999). Förutom kvalitet har BSc i flera verksamheter även använts för att jämföra resultat såväl internt mellan delar av organisationen som nationellt och internationellt (jämför Ten Asbroek et al. 2004, Biro et al. 2003, Pink et al. 2001). Inom National Health Service (NHS) i Storbritannien utvärderas och bedöms sjukvårdsorganisationers prestationer genom ett system där höga värden innebär större autonomi för organisationen emedan låga värden kan innebära att ansvariga personer friställs (Kolins Givan 2005, Patel et al. 2008).

Sammantaget beskriver de flesta artiklarna om BSc i sjukvården ekonomiska framgångssagor. De skildrar hur sjukvårdsorganisationer med hjälp av BSc har kunnat reducera kostnader (Berger 2004, González et al. 2006, Colman, 2006) och vända ekonomiska kriser (Meliones 2000, Meliones 2001, Meliones et al. 2001, Mathias 2001, Jones och Filip 2000). Studier vittnar även om att införandet av BSc medfört ett ökat intresse för prestationsmätningar bland administratörer och läkare (Curtright et al. 2000) och att förändringar blivit mer synbara och förståliga bland personalen (Junttila et al. 2007). BSc har dock inte enbart haft positiv inverkan. Kolins Givan (2005) beskriver exempelvis hur offentliggörandet av sjukhusprestationer genom BSc inom NHS i Storbritannien har medfört att media lagt fokus på de negativa delarna i natio-

nens sjukvård. Detta har fått till konsekvens att moralen inom sjukvårdsorganisationer med svaga prestationer blivit allt sämre samtidigt som ett mistroende uppstått mellan ledning och anställda. Den neråtgående spiralen medför att medarbetare har svårt att se hur de skall kunna förändras och förbättras. Även Bevan (2006) har uppmärksammat problem i form av att det som utelämnas i BSc inte heller tilldelas någon betydelse. När jämförelser av prestationer gjorts mellan sjukhus har hänsyn inte heller tagits till skillnader i socioekonomiska faktorer vilket har lett till att belöningar och bestraffningar blivit orättvisa. Slutligen fann Bevan (2006) att mätningarna i vissa fall ledde till missanpassat beteende. Andra dilemman som påpekats är att arbetet med BSc är tidskrävande och att politiska agendor snarare än förbättringssträvanden ligger bakom implementeringen (Kumar et al. 2005, Chang 2007).

Studier av BSc i sjukvården återger främst effekter på kort sikt. Vi kan således konstatera att det saknas longitudinella studier av sjukvårdsorganisationer där BSc har utformats, implementerats och använts av medicinskt professionella för att genomföra strategier som dessa formulerat. I denna studie ställer vi frågan om BSc kommer att påverka verksamheten när det utformas med stöd av den medicinska professionen och används under en längre tid.

3. Metod

Denna studie påbörjades 1998 med frågan "Hur används BSc i sjukvården?" Under 1998-99 genomfördes bland annat 15 bandade intervjuer inom det aktuella landstinget med administratörer samt läkare och sjuksköterskor med och utan ledningsansvar. Resultatet rapporterades i tidskriften *Financial Accounting and Management* (Aidemark 2001) och uppmärksammades internationellt (se till exempel Abernethy et al. 2007). Intresset gällde framför allt de möjligheter som rapporten indikerade att införa ett administrativt styrsystem som fick betydelse för sjukvårdens kärnverksamhet och som påverkade det dagliga arbete som läkare och sjuksköterskor utförde. Rapporten underströk de synpunkter som framkommit i studien att det var nödvändigt att engagera medicinskt professionella i utvecklingsarbetet. Intresset för resultaten inspirerade till fortsatta studier av BSc inom den aktuella sjukvårdsorganisationen.

2000-2002 följde vi utvecklingen på avstånd genom telefonkontakter och mail med medarbetare vid avdelningen för kvalitetsutveckling inom landstinget. 2003 fick vi ett forskningsanslag från Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap för att studera BSc i svensk sjukvård och den aktuella kliniken blev ett av de studieobjekt som kom att ingå i projektet. Under 2004 genomfördes två gruppintervjuer vid den aktuella avdelningen för kvalitetsutveckling och under 2005 gjorde vi 10 bandade intervjuer vid den aktuella kliniken med administratörer samt läkare och sjuksköterskor, med och utan

ledningsansvar. I projektet har vi också haft tillgång till ett omfattande sekundärmaterial och fått tillfälle att delta som observatörer på uppföljningsmöten.

Vid respektive intervju hade vi tillgång till en intervjuguide, men denna användes bara för att kontrollera att de samtal vi förde kom att beröra alla de frågor vi var intresserade av. Vi hade ambitionen att låta intervjupersonerna fritt ta upp de punkter som de ansåg intressanta i samband med ledning och mätning inom sjukvården. Efter varje intervju har banden renskrivits och kodats, baserat på våra intervjuguides, och därefter analyserats. Vi har använt den ansats som presenterats av Yin (2003) och som förslagits av Miles och Huberman (1994). Vi startade med kategorierna i intervjuguiden och la till nya kategorier när dessa aktualiserades i intervjuerna. Vi skrev en forskningsrapport på cirka 100 sidor som innehöll många citat och denna rapport lämnades till intervjupersonerna som feedback för kommentarer. Denna artikel baseras på den granskade forskningsrapporten.

4. Medicinkliniken vid Höglandssjukhuset

Medicinkliniken (MvH) hade i slutet av 1990-talet fem vårdavdelningar med 116 vårdplatser samt två mottagningar. Kliniken betjänade över 110 000 invånare och hade 240 årsarbetare samt en budget på cirka 110 miljoner. Under 2002/03 omorganiserades kliniken i

fyra vårdenheter och antalet vårdplatser minskade därmed till 91. Vid vårdenheterna gällde ett delat ledningsansvar mellan den medicinskt ansvarige överläkaren och vårdenhetschefen. Tillsammans ansvarade de för vårdenhetens ekonomi, men i övrigt hade var och en ansvar för de delar som de kunde påverka. Inom kliniken fanns även specialistansvariga överläkare med ansvaret att utveckla den egna subspecialiteten.

Medicinklinikens vision var att "gå från nöjda kunder till hängivna fans". Visionen byggde på tre ledstjärnor:

- Vi utgår alltid ifrån vad som är bäst för patienterna.
- Vård skapas i samverkan med andra vårdgivare.
- Vi tar hand om varandra och ser oss som en klinik.

Visionen formulerades under utvecklingsarbetet med BSc och mätningar inom ramen för BSc sågs som betydelsefulla för att ambitionerna skulle kunna förverkligas.

"Mätningar passar mycket bra i denna naturvetenskapliga kultur. Det finns få områden som är så genomsyrade av naturvetenskaplig forskning som sjukvården och i naturvetenskapen bygger forskningen på mätningar av sjukvård och medicinska aktiviteter. Naturligtvis är det så att om någon verkligen kan motivera professionella att mäta resultatet av sina ansträngningar så kan de göra detta." (Klinikchefen, 1998).

Klinikledningen uttryckte en strävan mot ett klimat där allas åsikter var viktiga. Detta skulle leda till att samtliga medarbetare aktivt deltog i det kvalitets- och utvecklingsarbete som kliniken drev och där BSc sågs som ett verktyg.

"Vi behövde ett ledningsinstrument vid kliniken som påpekar hur man får upp andra frågor på dagordningen än bara pengar. Hur vi bemöter våra patienter. På så sätt var detta instrument (BSc - min anmärkning) bra. Det hjälper till att lyfta fram nya frågor. Hur vi skall få fram omvårdnadstekniska frågor och medicinska frågor. Hur får vi upp frågorna i ledningen till en regelbunden diskussion? Om till exempel vilken utbildning enheten bör ha för att lösa sina bekymmer. Vi har sedan jobbat mycket med att man måste ha en vision, strategi och handlingsplan som alla bär. Detta är en långsam resa. Men nu börjar det att falla på plats att man i en så pass kundnära verksamhet kan börja utveckla detta med vision - strategi tänkande och börja mäta ständigt." (Klinikchefen, 1998).

Vid introduktionen av BSc eftersträvade klinikledningen explicit att förbättra tillgängligheten till specialistmottagningarna samt ett systematiskt utvecklings- och kvalitetsarbete genom utveckling av öppnare vårdformer i samverkan med patienter, primärvård och kommunerna inom upptagningsområdet.

5. Så började det

Utvecklingsarbetet med BSc började 1997. Kliniken deltog då i ett projekt som initierats av klinikchefen på MvH och landstingsledningen. Projektet omfattade nio kliniker vid tre sjukhus inom landstinget. Under 1997 arbetade dessa grupper med visioner, strategier och mätetal för respektive verksamhet. I januari 1998 bildades en arbetsgrupp med ekonomer och administratörer vid de tre medicinklinikerna. Tillsammans med klinikcheferna utvecklade denna arbetsgrupp, med stöd från den

medicinska programgruppen, ett första BSc.

Deltagarna i det inledande utvecklingsarbetet ansåg att BSc var ett lämpligt verktyg för verksamhetsuppföljning på kliniknivå. Läkarna fann däremot varken ett nytt styrsystem eller mätningar för jämförelse mellan kliniker nödvändiga. Inte ens inom en och samma specialitet ansågs jämförelser relevanta. Förutsättningarna vid till exempel medicinklinikerna var så olika att jämförelser ansågs meningslösa. Inom olika specialiteter hade dessutom läkarna svårt att komma överens om vilka mätningar som borde genomföras inom processperspektivet. Utvecklingsarbetet fortsatte istället inom respektive klinik.

Uppbyggnaden av BSc vid MvH innebar att klinikledningen utformade ett BSc och respektive vårdenhet utvecklade sitt eget BSc. Den ekonomiska uppföljningen som redan genomfördes på vårdenhetsnivå inordnades inom ramen för ekonomiperspektivet. Det fanns också ett arbetsgivarintresse för att vårdenhetsledningarna genomförde medarbetarsamtal med varje medarbetare varje år. Denna uppföljning hamnade inom perspektivet lärande/förnyelse. Inom detta perspektiv mättes även antalet utbildningsdagar som varje anställd fick genomgå. Inom processperspektivet handlade mätningarna om antal vårdtillfällen och beläggningen och inom kund/patientperspektivet samlades patienternas åsikter in med hjälp av enkäter.

Redan från början engagerade klinikledningen vårdenheterna i utvecklingsarbetet. Vårdenheterna utvecklade

visioner, målsättningar och framgångsfaktorer för respektive enhet inom ramen för motsvarande arbete på kliniknivå. Även om det inte utgick några direktiv så uppfattades några mått som obligatoriska vid vårdenheterna och kom att ingå i alla vårdenheternas styrkort. Från och med sommaren 1998 skärptes styrningen upp genom att klinikadministrationen på MvH fick uppdraget att inte bara diskutera ekonomi vid de månatliga mötena med vårdenhetsledningarna. Förutom ekonomi diskuterades även de tre andra perspektiven inom BSc.

”Vi mer eller mindre tvingade oss på vårdenhetsledningen. De skulle komma på sina mätetal, börja mäta och analysera mätresultaten. Till en början betraktades nog mätningarna som något som någon annan begärde av en. Man diskuterade inte på eget initiativ vad man själv skulle kunna behöva mäta eller vad man skulle behöva följa upp. Det handlade i stället om vad är det egentligen som klinikledningen vill ha.” (Klinikekonom, 2005).

Efter hand startade även vårdenheterna egna mätningar. Inom processperspektivet handlade mätningarna inledningsvis om att följa upp olika rutiner i patientarbetet. De mätte relativt enkla uppgifter som huruvida ineliggande patienter duschades i den utsträckning som var planerat, om tandborstningen sköttes på patienter som inte klarade detta själva eller om nålar byttes med de intervaller som beslutats. Man mätte också huruvida informationen till patienten fungerade och hur patienter upplevde bemötande och behandling. Sammanställningen av dessa uppgifter gjordes av klinikadministratören och synliggjordes genom diagram som lyf-

tes upp till diskussion på uppföljningsmöten.

6. BSc på klinisknivå

6.1 Utformningen av BSc

I början av 1999 hade MvH sitt första klinikgemensamma BSc klart. Styrkortet innehöll mått som rörde hela kliniken och som skulle kunna ge klinikledningen en allsidig uppföljning av verksamheten. Svårigheterna att löpande ta fram aktuella uppgifter ur medicinska register begränsade innehållet. Specialistläkarna vid de tre medicinklinikerna hade heller inte kommit överens om vilka uppföljningar som skulle genomföras inom processperspektivet, vilket ytterligare begränsade omfattningen. Det första styrkortet innehöll 15 mått inom fyra perspektiv, ekonomi-, process/produktivitet-, kund/patient- och lärande/förnyelseperspektivet.

Utvecklingsambitionerna var klara. Inriktningen på arbetet var att vårdenheter skulle utveckla ett verktyg för verksamhetsstyrning och uppföljning. Vårdenheter skulle i stora drag själva utforma sina BSc, men i det klinikgemensamma styrkortet angav klinikledningen ett antal parametrar som lämpligen också skulle ingå i vårdenheternas styrkort och några som uppfattades som obligatoriska. Klinikledningen samlade således in uppgifter, dels från gemensamma databaser, dels direkt från verksamheten via vårdenheter. Uppgifterna samlades i det klinikgemensamma styrkortet och utgjorde utgångspunkt för den strategiska styrningen av verksamheten.

”Det har utvecklats en mycket positiv attityd till mätningar och klinikledning stödjer denna utveckling bland annat genom att hjälpa till med statistik från databaser när det efterfrågas och sammanställningar av rapporter när det behövs. Det handlar hos oss om en positiv attityd till förbättringsarbete och att det hela tiden behöver pågå. Vi blir aldrig färdiga men för att kunna se effekten av våra ansträngningar så måste vi ha någon form av mätningar.”

(Vårdutvecklare, 2005).

På MvH har mått inom BSc efter hand kompletterats. Vid ledningsgruppens möte presenterades utvecklingen över tiden för olika parametrar. Det handlade om tillgänglighet, genomsnittlig vårdtid, överbeläggningsdygn, återinläggningar, inläggningssvårigheter, mortalitet inom intensivvården, personaltrivsel, arbetsbelastning, upplevd delaktighet och olika mått för patientupplevelse. Varje månad sändes enkäter ut till fem patienter och fem medarbetare inom respektive vårdenheter. För kliniken innebar detta att 50 enkäter sammanställdes varje månad som visade patientupplevelser och hur personalen upplevde arbetssituationen. Kvartalsvis presenterades svaren för den egna vårdenheter. Några mätningar presenterades i form av ”control charts” där aktuella värden angavs tillsammans med gränsvärden. På detta sätt indikerade uppföljningen om normala variationer förekom eller om något sällsynt hade inträffat. Flera av dessa mätningar ingick i BSc. Gemensamt för de mätningar som skedde utanför BSc var att ledningen inte hade specificerat mål för dessa mått. Det handlade i stället om att följa utvecklingen över tiden och att iaktta huruvida verksamheten fortgick i normal

omfattning, det vill säga med de variationer över året som tidigare mätningar hade visat på. Måtten inom BSc hade således en särställning i det att klinikledningen hade formulerat mål för dessa mått. Detta gällde även efter hand mätningar av medicinska behandlingsresultat.

“Men vi är nog rätt unika. Det finns i varje fall ingen klinik inom detta landskap som jobbar så mycket med mätningar som vad vi gör. Mätningarna har visat att vissa behandlingar faktiskt inte genomförs som vi tror. Mätningar har blivit en del av vår kultur. Här är det lika självklart att följa upp vad vi ger för vård som att följa upp att vi håller oss inom budget.” (Vårdutvecklare, 2005).

6.2 Användning av BSc på kliniknivå

6.2.1 Verksamhetsstyrning och kvalitetsutveckling

Varje år hölls ett strategimöte där verksamhetens inriktning inför kommande år baserat på BSc och de mätningar som genomförts under föregående år diskuterades. Detta innebar samtidigt att projektet BSc vårdades. Ledningen för varje vårdenhet satt med i klinikledningen och blev delaktiga i de beslut som togs.

Mätningarna inom BSc har, enligt de intervjuade, haft betydelse för kvalitetsförbättringar inom sjukvården. I Dagens Eko 2006-03-02 fanns följande inslag med klinikchefen på MvH:

“Små detaljer gör att färre i vården dör. Landstinget ... har lyckats minska antalet dödsfall på sjukhusen med 10 procent under ett år, tack vare bättre mätmetoder och flera små förändringar i vården. XX (klinikchefen - vår anmärkning) är projektledare på landstinget

och han är förvånad över det snabba resultatet av förändringarna... Vi har bett alla att gå in och verkligen mäta sina resultat och förbättra dem. Vi har arbetat med hjärtsjukvården och med behandlingar mot blodförgiftning och med intensivvården.”

MvH var tidigt aktiva när det gällde kvalitetsutveckling av vårdprocesser. I slutet av 1990-talet inleddes projektet ett projekt i samverkan med kommunerna med patienten i centrum. Projektet följdes upp inom ramen för BSc. Bakgrunden var en ökning av antalet inläggande patienter, som i vissa fall var färdigbehandlade och tillhörde kommunens ansvar. Resultatet av projektet blev en kraftig reduktion av antalet inläggningar och vårdtider. För vissa patientgrupper, till exempel patienter med hjärtsvikt, skapade medicinkliniken i samverkan med kommunen rutiner för egenvård. Genom att själv observera symptom kunde patienten ta läkemedel vid behov.

Flera specialistmottagningar satte upp målet att inte ha några väntetider alls. Historiskt hade kliniken haft långa, men stabila, väntetider. Under några år lade kliniken mycket resurser på att helt arbeta bort köerna och erbjuda patienterna att komma så snart de önskade. I slutet av 2005 mättes kontinuerligt “tredje tillgängliga tid” och ambitionen var att denna tid i varje fall skulle kunna erbjudas inom två veckor.

6.2.2 BSc för jämförelser mellan kliniker

De medicinska programgrupperna arbetade på landstingsledningens uppdrag med att ta fram mått som kunde användas för att följa upp den kliniska

verksamheten och göra jämförelser mellan sjukhusen i landstinget.

“Under de senaste åren har det pågått ett intensivt arbete inom de medicinska programgrupper som finns inom landstinget. (...) Vi har till exempel länsgrupper för diabetes, hjärtsjukvård, mag-tarmsjukdomar och så vidare (...) Länsgrupperna har fått uppgiften av landstingsdirektören att ta fram gemensamma mått som de skall kunna mäta på alla ställen och jämföra. Grupperna har kommit olika långt, men vissa har jobbat mycket med detta och de jämför mellan de olika klinikerna sedan två år. Det har blivit accepterat att jämföra även behandlingsresultat. Men arbetet har lett till mer samarbete mellan sjukhusens läkare och minskat konkurrensen.” (Vårdutvecklare, 2005).

Även klinikadministratören på MvH konstaterade att attityderna till att göra jämförelser mellan klinikerna har förändrats och att läkarna numera har en mer positiv attityd till att jämföra behandlingsresultat.

“Idag är det annorlunda. Nu “tävlar” läkarna med varandra. De håller på med sina kliniska förbättringsarbeten och jämför sig mycket med varandra. Här har det hänt mycket under de senaste åren. Man jämför sig inom specialiteter och alla kan ju jämföra väntetider och där vill ingen visa röda siffror (väntetider över vårdgarantin – vår anmärkning). Men samtidigt har utvecklingen gått mot ökat samarbete.” (Klinikadministratör, 2005).

7. BSc på vårdenhetsnivå

Vid MvH användes, enligt alla intervjuade, BSc framgångsrikt på vårdenhetsnivå. Användning av BSc på vårdenhetsnivå var frukten av en medveten satsning från klinikledningen.

Det förekom inte någon detaljstyrning, men tanken var att vårdenheterna löpande skulle eftersträva förbättringar genom mätningar i verksamheten. I stor utsträckning bestämde medarbetarna på respektive vårdenhet själva vad som skulle mätas och när. Men, som framgick av föregående avsnitt, fanns vissa obligatoriska mätningar vilka sammanfattades för hela kliniken.

På det årliga strategimötet i början av året fastställdes de gemensamma målsättningarna för kliniken. Hur dessa mål skulle infrias blev en fråga för respektive vårdenhetsledning. Alla vårdenhetscheferna träffades dessutom varje vecka för att diskutera aktuella frågor. På detta sätt skedde en successiv samordning av enheternas arbete. Genom BSc hade alla medarbetare ett gemensamt språk när de diskuterade målsättningar och styrning. Detta språk användes också inom landstingets och sjukhusets budgetarbete. Men att BSc överlevt ett decennium som ett verktyg på vårdenhetsnivå har en stark koppling till klinikledningens uttalade ambitioner och stöd.

“Hade inte klinikchefen varit så bestämmd på denna punkt så hade vi haft något nytt. Vi är mycket förändringsbenägna och tvekar inte inför att pröva nytt. Han tycker att det fungerar bra och det tycker vi också. Men det är också viktigt att klinikadministratören och klinikekonomen har kommit runt varje månad. På det viset har vi också fått impulser för nya mätningar, sånt som dom mäter på andra vårdenheter.” (Vårdenhetschef 1, 2005).

“Det balanserade styrkortet som klinikchefen införde ledde till ett nytt tänk. Vi koncentrerade oss inte längre bara på en sak i taget. Annars pratades det bara ekonomi en period och till exem-

pel utbildning en annan. Nu skulle vi ha fokus på allting samtidigt." (Vårdenhetschef 2, 2005).

BSc användes för verksamhetsstyrning och verksamhetsutveckling inom vårdenheter. Ledningen för vårdenheter följde inte bara upp arbetsförhållanden och patientupplevelser utan också hur rutiner efterlevdes i den dagliga verksamheten och resultatet av genomförda behandlingar.

Introduktionen av BSc innebar ett försök att införa ett nytt och rationellt arbetssätt. Inom varje vårdenhetsformulerades mål och framgångsfaktorer för enheten som förmedlades till medarbetarna. Men inledningsvis var det inte alls lätt att bestämma vilka mått som skulle användas. Medarbetarna fick upprepade uppmaningar att fundera på vad de misstänkte fungerade mindre bra i verksamheten och vad som skulle kunna göras bättre.

"Det var inte alls lätt i början att komma på vad vi själva skulle mäta så att det var till nytta för patienterna. Vi började väldigt enkelt med att mäta hur till exempel tandborstningen fungerade." (Vårdenhetschef 2, 2005).

Vid uppföljningsmöten mellan vårdenheter och klinikledningen diskuterades måluppfyllelse och varför inte målen hade uppnåtts inom olika perspektiv. Ett färgsatt spindeldiagram kompletterat med förklaringar tjänade som underlag vid mötena. Detta hängdes också upp på anslagstavlor och skapade medvetenhet både kring resultat och ekonomi.

"Personalen blev mycket medveten om vårdenhetsens ekonomi. Är den dålig så finns det ingen som köper hem mer

än vad som är absolut nödvändigt och man försöker spara. Och det gäller också för läkemedel och provtagning. Men det är klart att den stora svårigheten var att nå ut till alla läkarna och få dom till att spara pengar. Läkarna i ledningsgruppen både vet och kan, men att gå på andra överläkare - det är inte lätt. Men hade vi inte denna uppföljning och möte varje månad så skulle ekonomin falla samman som ett kort-hus." (Klinikekonom, 2005).

I början var mätningarna mycket enkla och handlade om huruvida olika arbetsuppgifter hade genomförts eller inte. Successivt kompletterades och reviderades BSc. Utvecklingen hade flera olika rötter. En del kom från klinikledningen och efterfrågan på vissa mätningar. Vårdenhetscheferna var ålagda att förmedla personal- och patientenkäten löpande varje vecka till klinikadministrationen samt lämna uppgifter om medarbetarsamtal och utbildningstimmar (varje år). Andra mätningar initierades av medarbetare. Dessa mätningar kunde gälla arbetsuppgifter eller rutiner som, enligt intervjuerna, var mycket viktiga för patienten. Mätningar utvecklades till ett självklart sätt att angripa den osäkerhet kring vården som ständigt gjorde sig påmind.

"En sjuksköterska väckte till exempel frågan hur vi klarade rutinen med att informera våra hjärtinfarktpatienter. Vi skall följa ett 10-punktsprogram för varje patient och det trodde vi allmänt att vi gjorde. En mätning visade att bara en av tio hade fått en komplett information." (Vårdenhetschef 1, 2005).

Mätningarna påverkade personalens beteende, men uppmärksammade också vårdensledningens på rutiner som behövde förändras. Avsikten med mätningarna var dock inte att bevaka

personalens beteende, utan de mätningar som skulle genomföras beslutades gemensamt på vårdenhetsmöten.

Att förbättra uppföljningarna pågick löpande inom flera perspektiv. Bland annat arbetade man med kliniska mått som kunde indikera hur bra de behandlingar som genomfördes var. Inom processperspektiv har mätningarna utvecklats mer än inom de andra perspektiven tillsammans under 2000-talet (bilaga 1). De medicinska behandlingsresultaten följdes upp regelbundet. Uppgifter hämtades från de centrala register som kliniken deltog i, det patientadministrativa systemet och egna mätningar inom vårdenheterna.

“Jag tar fram behandlingsinformation också inom BSc till exempel i vilken utsträckning diabetespatienter ligger inom målvärden för A1c, om hjärtpatienterna får gå hem med Ac-hämmare och Beta-blockerare eller om äldre patienter får i sig tillräckligt mycket näring. Vi behandlar till exempel många patienter med blodförtunnande Varan. Det är nästan 2% av befolkningen här i landstinget som har blodförtunnande behandling. Detta mäter vi effekten av. Vi har dataprogram på medicinkliniken och ute på nästan alla vårdcentralerna. Det är ingen som ifrågasätter att vi mäter varje månad. Vi mäter om resultatet av Varaninställningen ligger inom målområdet. Vi skickar ut resultat till vårdcentralerna varje månad. Att det uppfattas som ok kan bland annat bero på att man är van vid mätningar. Det sker också jämförelse med sjukhusen i landstinget.” (Överläkare 2, 2005).

Intresset för uppföljning av de medicinska resultaten har ökat väsentligt under åren som gått med BSc. Landstingsdirektören har uppdragit åt en medicinsk samverkansgrupp att verka för mätningar av behandlingsresultat.

Denna har i sin tur uppdragit åt olika medicinska subspecialitetsgrupper att öka aktiviteterna när det gällde mätningar av behandlingsresultat och att jämföra resultaten sjukhusen emellan i länet. Det har visserligen funnits flera nationella register, till exempel diabetesregister sedan många år. Men dessa mätningar har knappast påverkat verksamheten i det specifika sjukhuset på det sätt som uppföljningarna har gjort vid MvH. Här har mätningarna initierats av verksamhetsledningen och enligt flera intervjupersoner, kan arbetet med BSc och mätningar på MvH och inom landstinget ses som en direkt produkt av det arbete som klinikchefen på MvH drivit.

“BSc upplever jag som ett sätt att visualisera en grupp mätningar. Det är ett verktyg. Om det inte påverkar verksamheten så kommer mätningarna att försvinna. Ingen bryr sig då om att genomföra dom.” (Överläkare 1, 2005).

Att BSc fanns kvar efter 10 år utgjorde med andra ord ett belägg för att mätningarna påverkade verksamheten.

“Det är en lång process som utvecklats här i landstinget och det har blivit en tradition att mäta. Dels detta att vi diskuterar vad som skall mätas och att vi sedan gör mätningar. Vi hade ett sådant möte i onsdags med alla kategorier medarbetare, ett 40-tal. Ungefär hälften av tiden gick åt att diskutera vilka mätningar vi har idag och vilka mätningar vi skall göra. Under säkert en timma av de tre vi var där så hade vi styrkortet framme på datorn. Det här har en påverkan på oss alla. Vi ser inte ensidigt på vår verksamhet utan i flera perspektiv. Detta har både en praktisk betydelse och en mer visionär.” (Överläkare 2, 2005).

8 Analys

1997 introducerades BSc på den studerade medicinkliniken (MvH) av klinikchefen. Tanken var att införa BSc enligt de riktlinjer som Kaplan och Norton presenterat (Kaplan och Norton 1992, 1993, 1996). Landstingsledningen stöttade idén. De såg behovet av ett ledningsinstrument som kunde användas både för kvalitetsutveckling och för finansiell styrning (jämför Peters och Ryan 1999, Colaneri 1999, Santiago 1999).

Under flera år hade landstinget helt fokuserat på budgetstyrning vilket, enligt landstingsledningen, inneburit att både verksamhetsutveckling och kompetensförsörjning hade blivit eftersatta.

8.1 BSc och osäkerhet

Thompson och Tuden (1959) beskriver en modell för beslutsfattande när det råder osäkerhet eller oenighet om organisationens mål och osäkerhet om hur dessa kan nås.

Figur 1. Beslutsfattande under osäkerhet (Thompson och Tuden 1959).

		Ambiguity of objectives	
		LOW	HIGH
Uncertainty of cause and effect	LOW	1. Decision by computation	2. Decision by compromise
	HIGH	3. Decision by judgement	4. Decision by inspiration

Ruta 1 i denna modell (Figur 1) representerar en situation där beslut kan baseras på mätningar enligt en i förväg fastställd rutin (jämför Simon 1960). Ett mätsystem kan, under dessa omständigheter, utgöra en "svarsmaskin" (Burchell et al. 1980, sidan 14) i beslutsprocessen. När målen är klara men det existerar en osäkerhet kring metodfrågan (ruta 3) kan mätningar tjäna som en "lärmaskin" (Burchell et al. 1980, sidan 15). Är orsakssambanden klara men det råder osäkerhet eller oenighet om målen är det möjligt för olika parter att utnyttja tillgänglig mätinformation för att underbygga sina argument. Om handlingar genomförs trots osäkerhet om både mål och metoder kan möjligtvis mätningarna användas i efterhand

för att legitimera eller efterrationalisera fattade beslut. Vår studie pekar på att BSc har reducerat osäkerheten vid medicinkliniken både kring verksamhetens mål och hur dessa mål skall kunna uppnås.

Zelman et al. (1999) framhåller att en förutsättning för framgångsrik användning av BSc är att utveckla en gemensam vision. Under det inledande arbetet med BSc formulerade klinikledningen en gemensam vision för kliniken samt strategiska mål inom de fyra perspektiven. Både klinikledningen, ekonomer, administratörer, läkare och sjuksköterskor deltog i processen och på personalmöten blev samtliga anställda vid kliniken informerade om dessa målsättningar. Vid varje vården-

het upprepades denna procedur. Även på denna nivå formulerades mål för respektive perspektiv inom ramen för de mål som fanns på kliniknivå. BSc uppskattades speciellt av deltagarna i den försöksverksamhet som ägde rum 1997-98 för att det främjade en dialog, för att det gjorde diskussioner nödvändiga om visioner och mål samt för att det gav ett språk vid sidan av det medicinska för kommunikation inom och mellan nivåer i organisationen (Aidemark 2001).

Under 1990-talet hade de finansiella målen och budgeten dominerat styrsystemet i landstinget, sjukhuset och på medicinkliniken. Detta innebar naturligtvis inte att medicinkliniken inte hade målet att ge patienterna den bästa tänkbara vården. Men detta var, som klinikchefen uttryckte det, "upp till hedern, yrkesstoltheten och professionalismen hos personalen". Uppföljning av verksamheten handlade istället om budgetavräkning, hur långa köerna var och hur många sängar som fanns.

Egentligen kan det framstå som om osäkerheten ökar när ett finansiellt mål kompletteras med mål inom ytterligare tre perspektiv. Men det är i varje fall inte vår tolkning. Även före det att BSc formaliserade målsättningarna inom patient- process- och lärande/utvecklingsperspektivet uppfattade både politiker, administratörer och professionella det som självklart att organisationen hade arbetsuppgifter inom alla dessa områden. I arbetet med BSc blev det fastställt vilka mål som gällde och detta reducerade osäkerheten kring organisationens mål (jämför Anthony och Govindarajan 1995). Dialogen kring

vilka mål som kliniken skulle arbeta mot fortsatte under hela perioden. På årliga strategimöten diskuterade klinikledningen och ledningarna för vårdenheter dessa frågor.

Inom kliniken och vårdenheter innebar också arbetet med BSc att kunskapen ökade om sambandet mellan orsak och verkan i samband med behandlingar. Informationssystemet användes i en lärprocess (Burchell et al. 1980, sidan 14) och genom uppföljning av mått kunde handlingar korrigeras och utvecklingen bekräftas (jämför Bass 1990). Detta är inte alls ovanligt inom sjukvården. Det är i stället den accepterade metoden för att bedriva forskning både om metoder och om läkemedel. Men på MvH användes mätningar även inom den löpande verksamheten. Naturligtvis kommer detta i många fall att resultera i vetenskapliga publiceringar, specialistkompetens för läkare eller att framstegen sprids på annat sätt. Inom lärande/utvecklingsperspektivet följdes dessutom antal publicerade PM upp. Men det ovanliga är att den mätning som annars genomförs i rent vetenskapsmeriterande syfte här integrerades i verksamhetsstyrningen och kvalitetsutvecklingen. Inom intensivvården pågick ett projekt som syftade till att minimera mortaliteten i samband med behandlingar. Genom att testa och mäta effekten av olika åtgärder hade läkarna under 2005 kunnat reducera dödligheten under intensivvårdsbehandling med 10%. Inom mag- och tarmspecialiteten berättade den ansvarige överläkaren om hur förändrade behandlingsmetoder baserade på mätningar inom BSc resulterat i förbättrade

behandlingsresultat och reducerade kostnader och att man dessutom numera hade mycket bättre kunskaper om hur alla patienter mådde. Genom regelbundna uppföljningar av upplevd patienttillfredsställelse lärde sig personalen till exempel att förbättra informationen till patienten. Uppföljningarna av i vilken utsträckning personalen följde uppgjorda rutiner ledde också till bättre omvårdnad. Vidare ökade kunskapen hos vårdenhetsledningen och klinikledningen om hur olika omständigheter i arbetet påverkade arbetstillfredsställelse bland medarbetare.

8.2 BSc och styrning genom mätning

BSc har använts inom kliniken för att styra resultat och beteende. Inom det ekonomiska perspektivet och lärande/utvecklingsperspektivet valde klinikledningen ett antal mål och indikatorer för uppföljning av målen. Dessa har kvarstått under hela den studerade perioden. Inom ekonomiperspektivet har under hela 2000-talet personalkostnad, kostnader för läkemedel, röntgenkostnader, lab-kostnader samt utnyttjandegrad av beläggningsbar vårdplats följts upp mot uppsatta mål. Inom lärande/utbildningsperspektivet har följande mått följts upp mot uppsatta mål under hela perioden: medarbetarsamtal, deltagande i projekt, personalutbildning enligt klinikens mål samt arbetstillfredsställelse.

För patientperspektivet har indikatorerna upplevd patienttillfredsställelse och väntetider varit centrala mått som också har kunnat följas upp med

mätningar av prestationer i förhållande till uppsatta mål. Processperspektivet har efter hand kompletterats med nya mått. I de första styrkorterna fanns mått som vårdtyngd, omvårdnadsstatus och nutrition. I de senaste styrkorterna ingick dessutom minst ett tiotal uppföljningar av behandlingsresultat. För tioårsperioden innebär detta en markerad utveckling. Hos de medicinskt professionella har intresset och en acceptans för att mäta vårdresultat vuxit fram (jämför Curtright et al. 2000, Junntila 2007). Efter hand har de medicinskt professionella inom sina respektive specialiteter kommit överens om vad som är lämpliga indikatorer för genomförda behandlingar. Dessa indikatorer har också under de senaste åren använts för jämförelser mellan olika sjukhus (jämför Ten Asbroek et al. 2004, Pink et al. 2001).

Att intresset för prestationsmätningar har ökat, i enlighet med Curtright et al. (2000), vittnar även utvecklingen på vårdenheterna om. Inom vårdenheterna har ledningen formulerat ett antal mått för uppföljning av i vilken utsträckning medarbetarna följde utformade rutiner för omvårdnaden om patienter. Vårdenhetsledningen underströk att dessa mått i allmänhet hade tillkommit i samverkan med personalen, ofta efter gemensamma probleminventeringar. Uppföljningarna gällde till exempel om och i vilken utsträckning personalen hade informerat patienter eller om och hur olika arbetsmoment hade genomförts. På vårdavdelningen fanns kunskapen i alla dessa hänseenden (jämför Ouchi 1979) och mål för de aktuella måtten.

För att stimulera arbetet mot de mål som var formulerade inom ramen för BSc utformades också belönings-systemet för omvårdnadspersonal baserat på mätningar av hur anställda bidrog till de uppsatta målen.

Den mätning som utvecklats inom ramen för BSc vid MvH är dock av en annan karaktär än den mätning som Ouchi (1979, 1980) diskuterar för organisationsstyrning. Ouchi (1980) ser mätning av beteende och resultat som ett sätt att hantera målkonflikter mellan arbetsgivare och arbetstagare. Vid målkonflikter kan det behövas individuella mätningar för att disciplinera arbetstagaren och få denna att agera i linje med arbetsgivarens målsättningar. Utvecklingen av den ekonomiska styrningen under 1990-talet kan ses som ett exempel på denna styrning genom mätningar. Under tilltagande finansiella problem infördes ett decentraliserat budgetansvar för till exempel klinikchefer och avdelningschefer. Denna styrning genom mätningar finns kvar inom ramen för BSc vid den studerade kliniken. Men den mätning som har tillkommit i BSc är av en annan karaktär. Inom BSc sker det i stället mätningar som fokuserar professionella gruppers prestationer och resultat med syftet att leda och utveckla verksamheten i linje med professionens målsättningar. I många fall delas dessa målsättningar av den politiska ledningen, men både målsättningarna och måtten har beslutats av läkare och sjuksköterskor i administrativa roller eller som medicinskt ansvariga för olika subspecialiteter. Hade BSc introducerats för att hantera konflikter mellan det pro-

fessionella intresset och ett organisationsintresse hade troligen läkare och sjuksköterskor prioriterat det professionella intresset före organisationens intressen (Katz och Kahn 1966) och BSc hade fått leva ett liv löst kopplat (Weick 1976, March och Olsen 1976) till eller särkopplat (Meyer och Rowan 1977) från verksamheten. Den utvecklingen som kan ses visar på en högre grad av professionell involvering i verksamhetsstyrningen (Ferlie et al. 1996). Medicinskt professionella i administrativa positioner har inte endast tilldelats, utan även tagit ett allt större administrativt och ekonomiskt ansvar i verksamheten (jämför Powell och DiMaggio 1991, Östergren och Sahlin-Andersson 1998). Att införa BSc för att förbättra vårdkvaliteten återupprättar ett traditionellt professionellt intresse och ger stabilitet till och acceptans av reformarbetet (Scapens 2006). Mätningarna inom BSc kom dessutom att visa prestationer och resultat från professionella gruppers verksamhet. Vi kunde notera exempel på att dessa mätningar skapar ökad samverkan inom de grupper där individen inte syns utan bedöms på basis av gruppens arbete. Belönings-systemet för sjuksköterskor byggde dock delvis på individuella mätningar inom ett BSc parallellt till det som användes för verksamhets- och kvalitetsstyrning och under de fyra perspektiv som fanns i det senare. Detta accepterades av de anställda utan konflikter. De professionella målen i detta BSc handlar om att vårda och hjälpa och assimileras lätt med organisationsmedlemmens värderingar.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att klinikchefens inställning från försöksverksamheten, att mätningar passar mycket bra in i sjukvårdens sätt att arbeta med kvantifieringar, också var samstämmigt med de vi intervjuat vid MvH under 2005. Både mätningar av beteende och resultat har kunnat användas med framgång för verksamhetsstyrning och kvalitetsutveckling på MvH. Vidare kan vi konstatera att dessa mätningar integrerades i verksamheten och påverkade den. I likhet med vad flera författare (Zelman et al. 1999, Urrutia och Eriksen 2005, Johanson et al. 2006) påpekat kan vi konstatera att BSc har anpassats för de specifika förhållanden som råder på kliniken. Anpassningen synes även vara en förutsättning för det framgångsrika arbete med mätningar som blir tydligt på MvH. Men förutsättningarna för den mätning som genomfördes bör understrykas. Mätningarna beslutades av medicinskt professionella i administrativa befattningar i samverkan med medicinskt ansvariga för medicinskt professionella.

9. Slutsatser

BSc infördes på den studerade medicinkliniken som ett ledningsinstrument för att kombinera budgetstyrning och kvalitetsutveckling. Inom BScs ramar utformade varje vårdenhet ett eget styrkort, som kompletterades med mått som bedömdes viktiga på lokal nivå. På vårdenhetsnivå var flexibiliteten stor. Här förändrades BSc löpande. Mått på beteende och resultat kunde exkluder

deras och nya mått tas in utifrån de lokala behoven. Vårdenheterna hade också möjlighet att studera varandras mått och resultat.

Mätningarna inom BSc har pågått i tio år på MvH och på vårdenheterna vid kliniken, men det tog flera år att utveckla den omfattande mätningen inom processperspektivet. Förklaringarna till att mätivern inte har avtagit vid vårdenheterna kan, enligt genomförda intervjuer, sammanfattas i tre punkter: ledningens intresse, för vården relevanta och i flera fall enkla mätningar samt uppmuntran från klinikledning och landstingsledning. Med tiden ledde användningen av mätningar till en "kulturförändring". Mätningar blev ett självklart sätt att angripa obesvarade frågor kring verksamhetens processer och kvalitetsutveckling. Dessutom förenklades användningen av BSc genom att balans endast hade innebörden att man gjorde en allsidig uppföljning och att man hade mål och mått inom fyra olika perspektiv.

BSc har använts inom kliniken för att styra resultat och beteende. För respektive mått fastställdes också ett mål, antingen i resultatetermer eller i beteendetermer. Intervjuerna gav en samstämmig bild. Mätningar av resultat och beteende passar mycket bra i sjukvården för styrning av verksamheten och verksamhetsutvecklingen. Men mått och mål beslutades i stor utsträckning av medicinskt professionella som axlade ett administrativt ansvar, i samverkan med medicinskt ansvariga när det gällde mätningar av behandlingsresultat. Mätningarna var integrerade i verksamhetens processer och påver

kade verksamheten. En viktig förklaring till detta var att mätningar inom BSc inte handlar om att reducera målkonflikter mellan arbetsgivare och arbetstagare. Mätningarna sker i stället med syftet att leda och utveckla verksamheten i linje med professionens målsättningar.

Referenser

Abernethy, Margaret A., Wai Fong Chua, Jennifer Grafton och Habib Mahama, 2007

"Accounting and Control in Health Care: Behavioural, Organisational, Sociological and Critical Perspectives." i Christopher S. Chapman, Anthony G. Hopwood och Michael D. Shields (red) *Handbook of Management Accounting Research*. Oxford: Elsevier.

Aidemark, Lars-Göran, 2001

"The meaning of balanced scorecards in the health care organisation." *Financial Accountability and Management*, 17(1):23–40.

Anthony, Robert och Vijay Govindarajan, 1995

Management Control System, 8th ed., Boston: Irwin.

Baker, Ross och George H. Pink, 1995

"A Balanced scorecard for Canadian Hospitals." *Healthcare Management Forum*, 8(4):7–21.

Bass, Bernard, 1990

Bass & Stogdill's Handbook of Leadership. New York: The Free Press.

Berger, Steven H., 2004

"10 ways to improve healthcare cost management." *Healthcare Financial Management*, August: 76–80.

Bevan, Gwyn, 2006

"Setting targets for health care performance: Lessons from a case study of the English NHS." *National Institute Economic Review*, 197:67–79.

Biro, Lawrence A., Michael E. Moreland, och David E. Cowgill, 2003

"Achieving Excellence in Veterans Healthcare – A Balanced scorecard Approach." *Journal of Healthcare Quality*, 25 (3):33–39.

Brunsson, Nils och Kerstin Sahlin-Andersson, 1997

Constructing Organisations, Stockholm: Stockholm Centre for Organisational Research (SCORE), 1997:8.

Burchell, Stuart, Colin Clubb, Anthony Hopwood och John Hughes, 1980

"The Roles of Accounting in Organisations and Society." *Accounting, Organisations and Society*, 5(1):5–27.

Castaneda-Mendez, Kicab, Katherine Mangan och Anne Marie Lavery, 1998

"The Role and Application of the Balanced scorecard in Healthcare Quality Management." *Journal of Healthcare Quality*, 20 (1):10–13.

- Chambers, David W., 2002
"Measured Success." *The Journal of the American College of Dentists*, 69 (3):61–67.
- Chang, Li-cheng, 2007
"The NHS performance assessment framework as a balanced scorecard approach: Limitations and implications." *International Journal of Public Sector Management*, 20 (2):101–117.
- Chow-Chua, Clare och Mark Goh, 2002
"Framework for Evaluating Performance and Quality Improvement in Hospitals." *Managing Service Quality*, 12 (1):54–66.
- Colaneri, Jean, 1999
"A Balanced scorecard Approach to Quality Improvement in a Renal Transplant Program." *Nephrology News & Issues*, 19–26.
- Colman, Robert, 2006
"Improving the health care pulse." *CMA Management*, 38 (August/September):38–40.
- Curtright, Jonathan W., Steven C. Stolp-Smith och Eric S. Edell, 2000
"Strategic Performance Management: Development of a Performance Measurement System at the Mayo Clinic." *Journal of Healthcare Management*, 45 (1):58–68.
- Ferlie, Ewan, Lynn Ashburner, Louise Fitzgerald, och Andrew Pettigrew, 1996
The New Public Management. Oxford: Oxford University Press.
- Fitzpatrick, Melissa A., 2002
"Let's Bring Balance to Health Care." *Nursing Management*, 33(3):35–37.
- González, Marvin. E. et al., 2006
"Conceptual design of an e-health strategy for the Spanish health care system." *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(2):146–157.
- Griffith, John R., 1994
"Reengineering Health Care: Management Systems for Survivors." *Hospital & Health Services Administration*, 39(4):451–471.
- Heberer, Michael, 1998
"Erfolgsfaktoren der Krankenhausführung." *Der Chirurg*, 69:1305–1312.
- Helfrich Jones, Mary Lou och Stanley J. Filip, 2000
"Implementation and Outcomes of a Balanced scorecard Model in Women's Services in an Academic Health care Institution." *Quality Management in Health Care*, 8(4):40–51.

Helfrich Jones, Mary Lou, Stanley J. Filip och Elizabeth Remsburg-Bell, 2002
"Strategy Management System in Perinatal Services – The Role of a Patient Resource Manager." *Lippincott's Case Management*, 7(1):27–45.

Hood Christopher, 1991
"A public management for all seasons." *Public Administration*, 69:3–19.

Hood, Christopher, 1995
"The new public management in the 1980s: Variations on a theme." *Accounting, Organisation and Society*, 20(2/3):93–109.

Inamdar, S. Noorein, et al, 2000
"The Balanced scorecard: A Strategic Management System for Multi-Sector Collaboration and Strategy Implementation." *Quality Management in Health Care*, 8(4):21–39.

Johanson, Ulf, et al., 2006
"Balancing dilemmas of the balanced scorecard." *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 19(6):842–857.

Johnson, H. Thomas och Robert Kaplan, 1987
Relevance Lost - On the Rise and Fall of Management Accounting, Boston: Harvard Business School Press.

Junttila, Kristiina, et al., 2007
"Data warehouse approach to nursing management." *Journal of Nursing Management*, 15:155–161.

Kalagnanam, Suresh, 2003
"The Implementation and Use of the Balanced scorecard in Government-owned Corporations.", 2nd Workshop on Performance Measurement and Management Control, 18-19 Sep 2003, Nice, pp. 1–21.

Kaplan, Robert och David Norton, 1992
"The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance." *Harvard Business Review*, January-February:71–79.

Kaplan, Robert och David Norton, 1993
"Putting the Balanced Scorecard to work." *Harvard Business Review*, September-October:134–142.

Kaplan, Robert och David Norton, 1996a
"Using the balanced scorecard as a strategic management system." *Harvard Business Review*, January-February: 75–84.

- Kaplan, Robert och David Norton, 1996b
The Balanced Scorecard - Translating strategy into action. Boston: Harvard Business School Press.
- Kaplan, Robert, 2001
"Strategic performance measurement and management in nonprofit organizations." *Nonprofit Management and Leadership*, 11(3):353-370.
- Katz, Daniel och Robert Kahn, 1966
The social psychology of organizations. New York: John Wiley & Sons.
- Kolins Givan, Rebecca, 2005
"Seeing stars: human resources performance indicators in the National Health Service." *Personnel Review*, 34(6):634-647.
- Kouzes, James och Paul Mico, 1979
"Domain Theory: An Introduction to organisational behavior in human service organisations." *Applied Behavioral Science*, 15(4):449-469.
- Kumar, Arun, Linet Ozdamar och Chai Peng Ng, 2005
"Procurement performance measurement system in the health care industry." *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(2):152-166.
- Kurunmäki, Liisa, 2004
"A hybrid profession - The acquisition of management accounting expertise by medical professionals." *Accounting, Organisation and Society*, 29:327-347.
- March, James och Johan P. Olsen, 1976
Ambiguity and Choice in Organization. Oslo: Universitetsförlaget.
- Mathias, Judith M., 2001
"Balanced scorecard helps Ors to weigh clinical, fiscal issues." *OR Manager*, 17(9):18-22.
- Meyer, John och Brian Rowan, 1977
"Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony." *American Journal of Sociology*, 83(2):340-363.
- Meliones, Jon, 2000
"Saving Money, Saving Lives." *Harvard Business Review*, 78(6):57-65.
- Meliones, Jon, 2001
"Get Connected, Get Result and Get Smarter." *The Physician Executive*, 27(1):20-25.
- Meliones, Jon, 2001
"No Mission <-> No Margin: It's That Simple." *Journal of Health care Finance*, 27(3):21-29.

Henry Mintzberg, 1979

The structuring of organisations. New Jersey: Prentice-Hall.

Miles, Matthew, B. och A. Michael Huberman, 1994

Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. Thousand Oaks: Sage.

Ouchi, William, 1979

"A conceptual framework for design of organisational control mechanisms." *Management Science*, 25(9):833–848.

Ouchi, William, 1980

"Markets, bureaucracies and clans." *Administrative Science Quarterly*, 25, March:129–141.

Paranjape, Bhagyashree, Margaret Rossiter och Victor Pantano, 2006

"Performance measurement systems: success, failures and future – a review." *Measuring Business Excellence*, 10(3):4–14.

Patel, Brijesh, Thierry Chausalet och Peter Millard, 2008

"Balancing the NHS balanced scorecard!" *European Journal of Operational Research*, 185(3): 905–914.

Peters, Karen och Heather Ryan, 1999

"An Integrated Dialysis Delivery Network in Ontario." *Cannt Journal*, 9(1):20–23.

Pieper, Shannon K., 2005

"Reading the right signals: how to strategically manage with scorecards." *Healthcare Executive*, (May/June):9–14.

Pink, George, et al, 2001

"Creating a Balanced scorecard for a Hospital System." *Journal of Health Care Finance*, 27(3):1–20.

Powell, Walter och Paul DiMaggio, 1991

"Introduction" I Powell, Walter och Paul DiMaggio (red), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.

Power, Michael, 1997

The Audit Society, Rituals of Verification. Oxford: Oxford University Press.

Santiago, José M., 1999

"Use of the Balanced scorecard to Improve the Quality of Behavioral Health Care." *Psychiatric Services*, 50(12):1571–1576.

Scapens, Robert, 2006

"Understanding management accounting practices: A personal journey." *The British Accounting Review*, 38:1–30.

Simon, Herbert A., 1960

The New Science of Management Decision. New York: Haper and Row.

Ten Asbroek, A. H. A., et al, 2004

"Developing a National Performance Indicator Framework for the Dutch Health System." *International Journal for Quality in Health Care*, 16(1):i65-i71.

Thompson, James och Arthur Tuden, 1959

"Strategies, Structures and Processes of Organisational Decision", i Thompson, James et al. (red.), *Comparative Studies in Administration*. Pittsburgh: Pittsburgh University Press.

Urrutia, Ignacio och Scott D. Eriksen, 2005

"Application of the Balanced Scorecard in Spanish private health-care management." *Measuring Business Excellence*, 9(4):16-26.

Voelker, Kathleen, Jonathon Rakich och Richard French, 2001

"The Balanced scorecard in Healthcare Organizations: A Performance Measurement and Strategic Planning Methodology." *Hospital Topics*, 79(3) Summer:13-24.

Weber, David, 1999

"The Balanced scorecard: A Framework for Managing Complex and Rapid Change." *Strategies for healthcare excellence*, 12(11):2-7.

Weick, Karl, 1976

"Educational Organizations as Loosely Coupled Systems." *Administrative Science Quarterly*, March, 21(5):1-19.

Zelman, William. N. et al., 1999

"Issues for Academic Health Centers to Consider before Implementing a Balanced-scorecard Effort." *Academic Medicine*, 74(12):1269-1277.

Yin, Robert, 2003

Case Study Research - Design and Methods, Thousand Oaks: Sage.

Östergren, Katarina och Kerstin Sahlin-Andersson, 1998

Att hantera skilda världar. Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration. Stockholm: Landstingsförbundet.

Bilaga 1. BSc för en vårdenhet under 1999-2003.

	Mätområde	1999	2000	2001	2002	2003
Ekonomi	Personalkostnad	x	x	x	x	x
	Läkemedel	x	x	x	x	x
	Lab-kostnader	x	x	x	x	x
	Röntgen	x	x	x	x	x
	Utnyttjandegrad av beläggningsbar vårdplats	x	x	x	x	x
Process/produktivitet	Nutrition	x	x	x	x	
	Omvårdnadsstatus	x	x	x	x	
	Omvårdnadsanamnes		x	x	x	
	Social bakgrund				x	
	Dagar utan överbeläggning 15/12-15/1				x	x
	PVK-byte inom 3 dygn			x	x	x
	Urinstatus inom 1 dygn			x	x	x
	Preliminär diagnos				x	x
	Hb över 120 g/l gastro-mott				x	x
	Hb över 120 g/l hematologmott				x	x
	Daglig vikt på sviktpatienter				x	x
	Daglig vikt och bltr på hjärtinfarktpatienter				x	
	Inkomstsvikt på alla patienter				x	
	PK-mott-andel patienter inom målvärdet					x
	3T hematologi					x
	3T gastro					x
	Genomförda MNA-mätningar					x
	Vårdtyngd	x	x			
	Epikristid		x			
	Kund/patient	Patientenkät första intrycket				x
Patientenkät: Ssk/usk					x	
PK-mott-andel patienter inom målvärdet					x	
Andel patienter som uppnått smärtlindring					x	x
Hjälp med duschning		x				
Lärande/förnyelse	Hjälp med tandborstning	x	x	x		
	Smärtfri hemgång		x			
	Medarbetarsamtal	x	x	x	x	x
	Publicerade PM			x	x	x
	Deltagande i projekt	x	x	x	x	x
	Deltagande i projekt - antal timmar			x	x	x
	Personalutbildning - klinikens mål	x	x	x	x	x
	Personalutbildning - avdelningens mål	x	x			
	Personalutbildning 3 dagar/år/individ			x		
Personalenkät dialog 99	x	x				