



Handelshögskolan
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

Företagsekonomiska institutionen

ATT STYRA ELLER STYRAS?

En fallstudie av anställdas upplevelse av styrning och förändring
inom hälso- och sjukvården

Magisteruppsats i Företagsekonomi
Studier i Ekonomistyrning
Höstterminen 2003
Handledare: Johan Åkesson

Författare:	Helena Norling	80
	Anna Nyblom	78
	Pauline Richtné	74

FÖRORD

Styrning inom hälso- och sjukvården är ett mycket intressant ämnesområde, som vi under arbetet med denna uppsats lärt oss mycket om. Vi har även fått insikt i verksamheten på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus.

Vi vill därför tacka de personer utan vars hjälp vårt uppsatsarbete inte hade kunnat genomföras. Först och främst vill vi tacka vår handledare Johan Åkesson, som stöttat oss under hela processen och som gett oss reflekterande feedback och värdefulla råd. Vidare vill vi tacka Lars Rydhede, personalchef på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, som hjälpte oss att komma i kontakt med våra respondenter inom barnsjukhuset. Vi vill också framföra ett stort tack till alla respondenter inom verksamhetsområdena Barnonkologi och Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) samt till de två ekonomer som ställt upp och delat med sig av sina upplevelser och åsikter. Vi vill även tacka Sven Siverbo och Björn Rombach på Förvaltningshögskolan i Göteborg som avsatt tid till att diskutera vår uppsats.

Göteborg, 11 januari 2004

Helena Norling

Anna Nyblom

Pauline Richtnér

SAMMANFATTNING

Examensarbete i företagsekonomi, Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet, Studier i Ekonomistyrning, Magisteruppsats, Ht 2003

Författare: Helena Norling, Anna Nyblom och Pauline Richtnér

Handledare: Johan Åkesson

Titel: Att styra eller styras? En fallstudie om anställdas upplevelse av styrning och förändring inom hälso- och sjukvården

Bakgrund och problem: Den finansiella situationen för hälso- och sjukvården i Sverige har under det senaste decenniet blivit allt sämre. I syfte att hålla resursförbrukningen inom givna ramar och öka effektiviteten har landstingen introducerat ett antal ekonomistyrningsreformer, varav den senaste är Balanced Scorecard. Hälso- och sjukvården har dock visat sig vara svår att styra och styrmodeller har ofta fått begränsad påverkan på verksamheten, vilket bland annat kan bero på att upplevelsen av styrmodeller varierar mellan individer ur olika personalgrupper och på olika hierarkiska positioner. För att förstå styrningens förutsättningar inom hälso- och sjukvården har vi därför ansett det vara intressant att studera hur anställda upplever styrning och försök till förändring av den genom införande av nya styrmodeller.

Syfte: Syftet med denna studie var att beskriva och göra en tolkning av hur anställda ur olika personalgrupper och på olika hierarkiska nivåer inom hälso- och sjukvården upplever styrning och försök till förändring av denna genom införande av nya formella styrmodeller, exempelvis Balanced Scorecard.

Avgränsningar: Denna uppsats behandlar inte hur styrning praktiskt går till eller hur Balanced Scorecard i praktiken används inom fallorganisationen, då syftet var att undersöka anställdas upplevelse av styrning och BSC. Vi har inte heller undersökt hur implementeringen av Balanced Scorecard praktiskt gått till.

Metod: En kvalitativ fallstudie har genomförts på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus genom personliga intervjuer med 17 respondenter inom olika personalgrupper och på skilda hierarkiska nivåer inom verksamhetsområdena Barnonkologi och Barn- och ungdomspsykiatri samt med två ekonomer verksamma inom barnsjukhuset. Uppsatsens resultat och analys har sedan diskuterats med två forskare på Förvaltningshögskolan i Göteborg.

Resultat och slutsatser: Studien har visat att anställdas upplevelser av styrning präglades av att förtroendet för den administrativa ledningen och politikerna genomgående var svagt samt av två separata synsätt, ett administrativt och ett verksamhetsnära, vilka medförde att skilda grupper hade olika förståelse av verkligheten. Styrning upplevdes till stor del ske genom ekonomiska besparingar. Respondenterna gav också uttryck för förändringströtthet och motstånd mot förändringar. Balanced Scorecard upplevdes av flertalet respondenter inte som en legitim styrmodell och upplevdes inte heller i någon större grad ha förändrat deras sätt att se på eller bedriva verksamheten.

Förslag till fortsatt forskning: En jämförande studie på andra verksamhetsområden inom Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus eller på ett annat sjukhus för att se huruvida upplevelserna skiljer sig åt kan anses relevant att genomföra. Det vore också intressant att göra en studie rörande motsättningar mellan olika personalgrupper till följd av en förändrad sjuksköterskeutbildning.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	1
1.1. BAKGRUND.....	1
1.2. PROBLEMDISKUSSION.....	2
1.3. SYFTE.....	4
1.4. DEFINITIONER.....	4
1.5. AVGRÄNSNINGAR.....	4
1.6. DISPOSITION.....	5
2. METOD	6
2.1. UNDERSÖKNINGENS KUNSKAPSSYFTE.....	6
2.2. VÅR KUNSKAPSTEORETISKA UTGÅNGSPUNKT	6
2.3. KVALITATIV KONTRA KVANTITATIV FORSKNING.....	6
2.4. VAL AV FALLSTUDIEN SOM UNDERSÖKNINGSDESIGN.....	7
2.4.1. Val av undersökningsenhet för fallstudien	8
2.5. DATAINSAMLING.....	9
2.5.1. Sekundärdata.....	9
2.5.2. Primärdata.....	10
2.6. INTERVJUOBJEKT OCH URVAL	11
2.6.1. Intervjuobjekt.....	11
2.6.2. Urval.....	11
2.7. INTERVJUFORM.....	13
2.8. GENOMFÖRANDE AV INTERVJUER	13
2.9. DATABEARBETNING	14
2.9.1. Tillvägagångssätt.....	14
2.9.2. Tolkning.....	14
2.10. UNDERSÖKNINGENS VALIDITET, RELIABILITET OCH RELEVANS.....	16
2.10.1. Validitet och reliabilitet.....	16
2.10.2. Relevans.....	18
3. TEORETISK REFERENSRAM.....	19
3.1. VAL AV REFERENSRAM	19
3.2. PROFESSIONELLA ORGANISATIONER	19
3.2.1. Förutsättningar för styrning i professionella organisationer	20
3.2.2. Förutsättningar för förändring	21
3.3. STYRNING OCH ORGANISERING INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	22
3.3.1. Domäner inom hälso- och sjukvården.....	22
3.3.2. Målstyrning inom hälso- och sjukvården	24
3.4. STUDIER AV FÖRÄNDRING AV EKONOMISTYRNING	24
3.4.1. Motstånd mot ekonomistyrningsförändring.....	24
3.4.2. Stabilitet i och runt ekonomistyrningssystem	25
3.4.3. Förändring av ekonomistyrningssystem.....	26
3.4.4. Ett institutionellt ramverk för ekonomistyrningsförändringar	26
3.4.5. Ekonomistyrningsförändring inom hälso- och sjukvården.....	27
3.4.6. BSC i svensk hälso- och sjukvård.....	29
4. PRESENTATION AV FALLORGANISATIONEN.....	31
4.1. SVENSK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	31
4.2. VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN.....	31
4.2.1. Styrning av regionens hälso- och sjukvård	31
4.2.2. Tidigare trender inom styrning av hälso- och sjukvård	31
4.2.3. BSC i Västra Götalandsregionen	32
4.3. DROTTNING SILVIAS BARN- OCH UNGDOMSSJUKHUS.....	32
4.3.1. Styrning och organisering av fallorganisationen.....	32
4.3.2. Studerade verksamhetsområden.....	33
4.3.3. BSC på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus.....	33

5.	RESULTATREDOVISNING OCH ANALYS.....	35
5.1.	BARNONKOLOGI OCH BUP	35
5.2.	ANSTÄLLDAS UPPLEVELSE AV STYRNING.....	35
5.2.1.	<i>Styrning i en professionell organisation.....</i>	35
5.2.2.	<i>Mätproblematikens inverkan på styrningen.....</i>	37
5.2.3.	<i>Anställdas upplevelse av chefskap.....</i>	38
5.2.4.	<i>Lågt förtroende för den administrativa ledningen</i>	38
5.2.5.	<i>Anställdas syn på ekonomi</i>	39
5.2.6.	<i>Upplevelse av politisk styrning.....</i>	41
5.2.7.	<i>Glappet mellan ideal styrning och verklighet.....</i>	43
5.3.	ANSTÄLLDAS UPPLEVELSE AV FÖRÄNDRING	44
5.3.1.	<i>Förändringströtthet.....</i>	44
5.3.2.	<i>Motstånd mot förändringar.....</i>	46
5.4.	ANSTÄLLDAS UPPLEVELSE AV BSC	48
5.4.1.	<i>Anställdas upplevelse av BSC inom Barnonkologi.....</i>	48
5.4.2.	<i>Anställdas upplevelse av BSC inom BUP.....</i>	50
5.4.3.	<i>Tolkning av upplevelse av BSC inom Barnonkologi och BUP</i>	52
5.4.4.	<i>Ekonomers upplevelse av BSC</i>	54
5.5.	ANSTÄLLDAS UPPLEVELSE AV BSC:S PÅVERKAN.....	56
6.	SLUTDISKUSSION	58
6.1.	SLUTSATSER	58
6.2.	EGNA REFLEKTIONER.....	62
6.3.	FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING.....	63
	KÄLLFÖRTECKNING	64
	LITTERATUR.....	64
	ARTIKLAR	66
	ELEKTRONISKA KÄLLOR.....	67
	ÖVRIGA KÄLLOR.....	67
	BILAGOR.....	68
	BILAGA 1, INTERVJUFÖRTECKNING	68
	BILAGA 2, PM.....	69
	BILAGA 3, VERKSAMHETSOMRÅDEN	70

FIGURFÖRTECKNING

<i>Figur 1: Uppsatsens disposition.....</i>	<i>5</i>
<i>Figur 2: Hierarki inom Barnonkolog och BUP.....</i>	<i>33</i>



1. INLEDNING

I detta inledande kapitel presenteras bakgrunden till uppsatsen och den problemdiskussion vilken leder fram till formulering av våra frågeställningar och vårt syfte. Vidare definieras centrala begrepp, varefter avgränsningar samt uppsatsens disposition diskuteras.

1.1. Bakgrund

Växande vårdköer, skenande sjukvårdskostnader och enorma budgetunderskott i landstingen. Dessa och liknande rubriker har på senare år fyllt löpsedlarna och krisen i sjukvården har flitigt debatterats. I Landstingsförbundets rapport *Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet – utvecklingstendenser 1992-2000* diskuteras det faktum att sjukvården i Sverige under det senaste decenniet brottats med allvarliga finansiella problem. Efter årtal av ökade resurser tvingades vården för första gången till kostnadsminskningar. Som en konsekvens av detta trimmades den svenska sjukvården hårt under 1990-talet. Antalet sjukhussängar halverades och antalet anställda minskade med en fjärdedel. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP minskade från 8,8 % år 1990 till 8,5 % år 2000 samtidigt som kraven på vårdens kvalitet och omfattning snarare ökade än minskade. Trots detta kan en ökad effektivitet enligt rapporten konstateras i hälso- och sjukvården. Den snabba medicinska utvecklingen har möjliggjort behandling av fler och allvarligare sjukdomar, främst bland äldre. Allt mer av vården tillhandahålls numera utan att patienterna behöver vårdas inneliggande på sjukhus. Vårdtiderna har således kunnat kortas väsentligt, beläggningen har ökat med ca 30 % och vårdtillfällena har blivit alltmer behandlingsintensiva. Under samma tidsperiod ökade läkemedelsanvändningen drastiskt och kostnaden för läkemedel mer än fördubblades, vilket inneburit en omfördelning av resurser från övriga delar av vården (Landstingsförbundet, 2002).

En konsekvens av situationen inom vården är förutom stora underskott allt längre vårdköer, vilket drabbar patienterna. I en artikel i *Dagens Nyheter* (020813) pekar journalisten Rosenberg på att detta har lett till att allt fler svenskar tecknar privata sjukvårdsförsäkringar för att undkomma köerna i den offentliga vården. Även ledarskapet inom sjukvården har debatterats mycket i pressen. Bland annat skriver chefsöverläkare Lassen-Nielsen och personalchef Timoleon på Närsjukvården Österlen AB i *Dagens Industri* (031011) att: "*Sjukvårdens kris är ledarskapets kris*". Debattörerna hävdar att det är ett problem att vården vanligen leds av läkare som under en lång utbildning har skolats att ha patientens bästa framför ögonen utan krav på ekonomiskt perspektiv. Som chef måste läkaren väga nytta mot kostnad, vilket strider mot den egna professionens värderingar. Lassen-Nielsen och Timoleon menar att den fundamentala insikten att en verksamhet inte kan gå med underskott år efter år saknas i sjukvården. Journalisten Askman hävdar i sin artikel *Cheferna som sänkte landstingen* (*Affärsvärlden*, nummer 48, 2003) att en viktig orsak till landstingens ansträngda ekonomi är bristande kontroll från dem som är ytterst ansvariga, vilket Askman anser visar sig exempelvis i återkommande budgetöverskridningar. Artikelförfattaren hävdar att den inre effektiviteten brister i landstingen, bland annat på grund av att personalen arbetar med fel saker. Exempelvis menas sjuksköterskor och läkare ägna alltför mycket tid åt administration. Vidare anser författaren att läkarna och då främst klinikcheferna har för stor makt på bekostnad av landstingsdirektörerna. I artikeln *Småland bäst i klassen*, även denna av Askman (*Affärsvärlden*, nummer 48, 2003), intervjuas Johan Assarsson, landstingsdirektör i Kalmar som två år efter sitt tillträde är på god väg att ta sitt landsting ur krisen. Assarsson menar att styrning handlar om ett triangelspel mellan politik, administration och profession där det gäller att få politiker och profession



att ta sitt ansvar och där chefen måste våga sticka ut och inte försöka vara vare sig politiker eller läkare till lags.

För att hålla resursförbrukningen inom de givna ramarna och för att öka effektiviteten inom vården har landstingen, enligt studier gjorda av forskare vid Växjö universitet och Förvaltningshögskolan i Göteborg, på senare år introducerat flera ekonomistyrningsreformer. Dessa reformer har bestått av marknadsliknande modeller från privat sektor och innefattar bland annat resultatansvar, beställar- och utförarmodeller samt köp- och säljssystem. Reformerna innebär enligt forskarna ett försök att öka det administrativa inflytandet över verksamheten, som traditionellt dominerats av de professionella (Aidemark, 2001 b, Hallin & Kastberg, 2002). En av de senaste styrreformerna som införts inom landstingen är *Balanced Scorecard*, vilket lanserats som ett styrsystem som balanserar (1) kort- och långsiktiga mål, (2) finansiella och icke-finansiella mått, (3) indikatorer på aktiviteter och resultat samt (4) internt och externt perspektiv (Aidemark, 2001 b).

1.2. *Problemdiskussion*

Sedan år 1999 är *Balanced Scorecard* det formella styrsystem som används inom Västra Götalandsregionen. I den handbok i balanserad styrning som regionen gett ut, vilken författats av Aartojärvi, en ekonom som arbetar med verksamhetsutveckling inom regionen, anges att bakgrunden till detta beslut är att behov setts av mer strategisk styrning. Många förvaltningar har enligt författaren under det senaste decenniet arbetat mer eller mindre strukturerat med bland annat verksamhetsutveckling, målstyrning och kvalitetsarbete. Dessa projekt har dock oftast stannat vid att bli just projekt, som sällan fullföljts så att de i grunden påverkat arbetet i verksamheten. Regionstyrelsen ser även ett stort behov av att fokusera mer på verksamheternas långsiktiga mål samt att tillämpa bra utformade strategier. *Balanced Scorecard* ses som verktyget som ska hjälpa till att förändra arbetssättet för styrning och uppföljning (Aartojärvi, 2003).

Ett flertal studier har dock pekat på att det är svårt att implementera nya styrmodeller inom sjukvården. Många idéer och beteenden har med tiden kommit att ses som så självklara att de inte ifrågasätts. Strukturer och rutiner som har blivit institutionaliserade under en lång tid menas vara svåra att förändra (Hallin & Kastberg, 2002, Jacobsson, 1994). Professor Ouchi (1979) vid University of California hävdar att det inte är möjligt eller ens lämpligt att från administrativt håll försöka påverka verksamheten inom ett sjukhus genom mätning av resultat och beteende. Enligt Ouchi är risken stor att styrning genom mätning leder till en oönskad anpassning av beteendet i organisationen till det snävt mätbara. Forskarna Hallin & Kastberg vid Förvaltningshögskolan i Göteborg har kartlagt tidigare studier av implementering av styrmodeller i hälso- och sjukvården, vilka visar att dessa ofta haft en begränsad påverkan på verksamheten. Ett flertal studier tyder enligt författarna på att styrmodeller har varit svåra att implementera och att effekterna av dem blivit både önskade och oönskade. Styrmodeller menas sällan implementeras i den form som dess konstruktörer avsett. Istället omtolkas och anpassas de utifrån lokala förutsättningar i organisationerna bland annat vad gäller tidigare erfarenheter av olika sätt att styra verksamheten (Hallin & Kastberg, 2002).

Styrning inom hälso- och sjukvården kompliceras av att sjukhus är komplexa organisationer med flera olika makthierarkier (även kallade domäner), nämligen den politiska, den administrativa och den professionella (Sahlin-Andersson & Östergren, 1998). Formellt styr politiker den administrativa ledningen, vilken styr den medicinska professionen, som i sin tur styr den medicinska verksamheten och dess personal. I praktiken är det dock snarare de tre dom-



änerna som tillsammans skapar en komplicerad styrprocess. Domänerna påverkar varandra genom att interagera och det är inte alltid självklart vem som styr vem. Den hierarkiska styrningen begränsas även av den medicinska professionens kunskapsövertag och autonomi. Autonomi menas leda till att den professionella gruppens normer blir dominerande och påverkar andra delar av organisationen (Hallin & Kastberg, 2002, Hallin & Siverbo, 2003). Ur ett ekonomistyrningsperspektiv innebär reformer och nya styrmodeller ett försök att öka det administrativa inflytandet över de professionella yrkesgrupperna (Aidemark, 2001 b).

En förutsättning för att en styrmodell ska kunna implementeras i en verksamhet är enligt Hallin & Kastberg (2002) att den uppfattas som legitim av de anställda. Både chefer och medarbetare måste acceptera modellen och den måste upplevas som ett användbart instrument. En modell som inte får legitimitet riskerar att få minimalt inflytande över verksamheten, då individer och grupper medvetet försöker arbeta runt den och minimera dess påverkan. En förutsättning för att lyckas implementera en ny styrmodell framgångsrikt inom hälso- och sjukvården är således enligt författarna att legitimitet för modellen uppnås inom de tre domänerna.

Vid införande av nya styrmodeller är ytterligare en komplicerande faktor att en och samma modell kan uppfattas på olika sätt av olika individer. Forskarna Sandberg vid Handelshögskolan i Stockholm och Targama vid Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet (1998) menar att människors tänkande och handlande i olika situationer bestäms av deras förståelse för och tolkning av den aktuella situationen. Individer tolkar en och samma situation på olika sätt beroende på var och ens förståelse. Inom hälso- och sjukvården är skillnaden enligt Hallin & Siverbo (2003) störst mellan den medicinska och den administrativa domänen. Dessa har skolats in i helt skilda tankesätt vilket leder till att de tolkar situationer på olika sätt och kan ha svårt att förstå den andra gruppens synvinkel. Inom sjukhusvärlden finns dessutom olika personalkategorier, som bland annat har olika bakgrund, arbetsuppgifter och ansvarsområden. Utifrån Sandberg & Targamas (1998) resonemang bör det vara intressant att studera de olika personalgruppernas *upplevelse* av styrning för att förstå styrningens förutsättningar och inverkan på hälso- och sjukvården. Sjukvården är även traditionellt sedd som en mycket hierarkisk organisation (Gustafson, 1987) och det finns flera studier, till exempel Brorström (1995, 2000), som visar att hierarkisk position ofta påverkar individers upplevelser. Vi anser att det därför även bör vara intressant att studera upplevelsen hos anställda på olika hierarkiska nivåer inom sjukvården. Detta leder oss fram till det huvudproblem vi har undersökt:

Hur upplever anställda ur olika personalgrupper och på skilda hierarkiska nivåer inom hälso- och sjukvården styrning och försök till förändring av denna genom införande av nya formella styrmodeller, exempelvis Balanced Scorecard?

Detta huvudproblem har vidare konkretiserats i följande fyra frågeställningar:

- Hur upplever anställda ur olika personalgrupper och på skilda hierarkiska nivåer inom hälso- och sjukvården styrning?
- Hur upplever anställda ur olika personalgrupper och på skilda hierarkiska nivåer inom hälso- och sjukvården förändring av styrning?
- Upplever anställda ur olika personalgrupper och på skilda hierarkiska nivåer inom hälso- och sjukvården den formella styrmodellen Balanced Scorecard som legitim?
- Hur upplever anställda ur olika personalgrupper och på skilda hierarkiska nivåer inom hälso- och sjukvården att införandet av Balanced Scorecard har förändrat deras sätt att se på och bedriva verksamheten?



1.3. Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva och göra en tolkning av hur anställda ur olika personalgrupper och på skilda hierarkiska nivåer inom hälso- och sjukvården upplever styrning och försök till förändring av denna genom införande av nya formella styrmodeller, exempelvis Balanced Scorecard.

Vi har besvarat vårt syfte genom en fallstudie på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus där de sedan ett par år tillbaka arbetar med införandet av Balanced Scorecard samt genom samtal med forskare vid Förvaltningshögskolan i Göteborg.

1.4. Definitioner

Balanced Scorecard (BSC): En styrmodell som syftar till att översätta organisationens strategi till strategiska framgångsfaktorer, mål och måttal för att sedan kunna styra organisationens verksamhet mer effektivt mot strategiimplementering och måluppfyllelse. Styrmodellen utgörs av fyra, ibland fem, olika perspektiv som innefattar både finansiella och icke-finansiella nyckeltal. Vanliga perspektiv är det finansiella, kund-, process- samt lärande- och utvecklingsperspektivet (Kaplan & Norton, 1999). Vi kommer i fortsättningen av uppsatsen att benämna Balanced Scorecard BSC.

Legitim: Att en styrmodell vinner legitimitet hos chefer och personal i en verksamhet innebär att de accepterar den, att de ser styrmodellen som en del av verksamheten och att de arbetar efter den (Hallin & Kastberg, 2002).

Styrning: Begreppet står för olika typer av åtgärder som syftar till att nå bestämda mål för en verksamhet och att rikta medarbetarnas uppmärksamhet mot dessa mål. Styrning uppfattas i stort sett ha samma innebörd som begreppet ledning (management). Den vida definitionen innefattar olika typer av styrning inklusive ekonomistyrning (Samuelsson, 2001). I denna studie kommer begreppet styrning även att innefatta politisk styrning.

Formell styrmodell: Den formellt beslutad modell som utifrån verksamhetsidéen fastställer och följer upp strategier och planer utifrån olika tidsperspektiv i verksamheten (Samuelsson, 2001).

Professionell organisation: En organisation som kännetecknas av en hög utbildningsnivå och professionaliseringsgrad hos flertalet medarbetare (Mintzberg, 1983).

1.5. Avgränsningar

Vi har i denna uppsats inte haft som avsikt att undersöka hur styrning praktiskt går till och BSC praktiskt används inom Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Detta då vårt huvudsakliga intresse är de anställdas spontana *upplevelse* av styrning och BSC. Denna upplevelse kan skilja sig åt mellan olika personalkategorier och hierarkiska nivåer och vår avsikt har således inte varit att försöka göra någon heltäckande studie av styrning och BSC:s praktiska användning. Vi ville istället kvalitativt fokusera på ett antal anställdas berättelser och deras upplevelser för att få en djupare förståelse för styrning och vilken inverkan BSC verkligen har på anställda inom Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus.

Vi har i denna uppsats inte heller undersökt hur själva implementeringsprocessen av BSC gått till praktiskt. Detta dels eftersom det redan skrivits en kandidatuppsats om den praktiska



implementeringen av modellen på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, dels då vårt främsta intresse varit hur anställda idag *upplever* styrningen med BSC.

I vår uppsats har vi inte studerat hela Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus utan vi har fokuserat på två av sjukhusets tio verksamhetsområden, vilket vi sett som en del av vårt urval. Detta har vi gjort för att få en djupare insikt i anställdas upplevelse av styrkortet inom färre verksamhetsområden istället för att få en ytlig uppfattning om situationen i flera verksamhetsområden. Vi såg det också som betydelsefullt att få prata med flertalet yrkeskategorier inom verksamhetsområdena, vilket praktiskt krävde en avgränsning.

1.6. Disposition

<p style="text-align: center;">2. METOD</p> <p>I metodkapitlet redogörs för våra metodologiska utgångspunkter samt tillvägagångssätt vid genomförande av vår studie.</p>
<p style="text-align: center;">3. TEORETISK REFERENSRAM</p> <p>I detta kapitel presenteras den teoretiska referensramen utifrån vilken vi betraktar vårt fall.</p>
<p style="text-align: center;">4. PRESENTATION AV FALLORGANISATIONEN</p> <p>I kapitlet presenteras svensk hälso- och sjukvård med fokus på den inom Västra Götalandsregionen samt Drottning Silvias Barn och ungdomssjukhus.</p>
<p style="text-align: center;">5. RESULTATREDOVISNING OCH ANALYS</p> <p>I detta kapitel redogörs för studiens resultat och analys av dessa utifrån den teoretiska referensramen.</p>
<p style="text-align: center;">6. SLUTDISKUSSION</p> <p>Detta kapitel behandlar slutsatser, egna reflektioner samt förslag till fortsatt forskning.</p>

Figur 1: Uppsatsens disposition



2. METOD

I detta kapitel redogör vi för våra metodologiska utgångspunkter. Till en början behandlas undersökningens kunskapssyfte, vår kunskapsteoretiska utgångspunkt samt val av kvalitativ forskningsansats. Därefter diskuteras vår undersökningsdesign i form av en fallstudie. Efter det behandlas vår datainsamling, först med fokus på sekundärdata och sedan i resterande del av kapitlet med fokus på primärdata. Vi resonerar då runt intervjuobjekt och urval, intervjuform och genomförande av intervjuer. Därefter diskuteras vårt tillvägagångssätt vid databehandling och de utgångspunkter vi haft vid tolkning av data. Slutligen behandlas undersökningens validitet, reliabilitet och relevans.

2.1. Undersökningens kunskapssyfte

Det finns olika kategoriseringar av kunskapssyften men mest grundläggande brukar ett beskrivande syfte anses vara. Utöver det beskrivande kunskapssyftet finns bland andra det explorativa och problemidentifierande, det förklarande, det förstående och tolkande samt det problemlösande kunskapssyftet (Andersen, 1998). Då vi är intresserade av hur anställda ur olika personalgrupper och på olika hierarkiska nivåer inom hälso- och sjukvården upplever styrning och försök till förändring av denna genom införande av nya styrmodeller anser vi att kunskapssyftet att beskriva och göra en tolkning av de anställdas upplevelser är det som passar vår studie bäst. Mänskliga upplevelser är enligt vår mening komplexa fenomen som är svåra att hitta generella förklaringar till eller lösningar på. Beskrivning ser vi som en nödvändig grund för tolkning.

2.2. Vår kunskapsteoretiska utgångspunkt

En kunskapsteoretisk frågeställning handlar enligt Bryman (2002) om vad som ska ses som kunskap inom ett ämnesområde. En särskilt viktig fråga i sammanhanget gäller huruvida samma verklighetsbild, metoder och principer som används inom naturvetenskapen kan eller bör användas när den sociala verkligheten studeras. Positivismen är en kunskapsteoretisk ståndpunkt som förespråkar en användning av naturvetenskapliga redskap vid samhällsvetenskapliga studier. Positivister står enligt Bryman bland annat för åsikten att vetenskapen kan och ska vara värderingsfri. Detta är dock inget vi tror är möjligt och vi tror inte heller att det är lämpligt att överlag använda naturvetenskapens hårda redskap på en betydligt mjukare social verklighet. Vi ansluter oss därför till en tolkningsinriktad hermeneutisk ståndpunkt, som menar att studier av sociala enheter kräver en annan logik än den som används vid studier av naturvetenskapliga fenomen. Enligt Patel & Davidsson (1994) är hermeneutiker inriktade på att förstå människors upplevelser och erfarenheter genom att tolka människors berättelser, handlingar och andra livsytringar. Ur den hermeneutiska synvinkeln betonas att forskaren inte är objektiv utan gör tolkningar utifrån sin egen förförståelse, det vill säga de tankar, intryck, känslor och kunskap som forskaren har. Vi anser i enlighet med detta att förståelse för mänskliga upplevelser skapas genom individuella tolkningar och att detta är något som sker automatiskt då forskare tar del av respondenters upplevelser. Tolkningar görs av tolkningar och en värderingsfri kunskap kan enligt vår syn därför inte finnas inom samhällsvetenskapen.

2.3. Kvalitativ kontra kvantitativ forskning

Det brukar traditionellt inom samhällsvetenskaperna skiljas mellan kvantitativa och kvalitativa metoder. I metodböcker finns dock en stor tolkningsbredd i vad dessa kategorier egentlig-



en står för. Andersen (1998) menar exempelvis att åtskillnaden mellan kvantitativa och kvalitativa metoder primärt handlar om hur vi samlar in och bearbetar data. Andra författare, som Holme & Solvang (1997) kopplar samman kvantitativa och kvalitativa metoder med olika kunskapssyften. Bryman (2002) hävdar att det trots meningsskiljaktigheter är meningsfullt att använda sig av åtskillnaden mellan kvantitativ och kvalitativ forskning eftersom denne anser att olikheterna går djupare än att kvantitativa forskare mäter data medan kvalitativa forskare inte gör det. Kvantitativ forskning kännetecknas enligt författaren av en positivistisk kunskapsteoretisk synvinkel medan kvalitativ forskning däremot utgår från ett tolkande synsätt.

Vad gäller lämpligheten för kvantitativa och kvalitativa ansatser menar Bryman (1997) att en kvalitativ ansats passar bäst då studier fokuserar på att få en helhetsbild och en djupare förståelse av individuella upplevelser, komplexa sociala relationer och/eller samspelsmönster. Författaren hävdar att generaliserbarhet inte är ett främsta mål vid kvalitativa metoder utan snarare förståelse och djupare kunskap. Inom kvantitativa undersökningar däremot finns ofta en strävan att generera resultat som kan ligga till grund för generaliseringar.

Utifrån syfte och vår syn på kunskap har vi valt en kvalitativ ansats. Detta eftersom en kvalitativ ansats utgår från tolkning och är mer lämplig då forskare vill få en helhetsbild av något och då individer är i studiens fokus. Vi anser även att en kvalitativ ansats ger oss större möjlighet att skapa oss en förståelse för anställdas upplevelser genom att vi får ta del av rikare och djupare information. Vi menar vidare att det inte är lämpligt att mäta mänskliga upplevelser eller försöka generalisera dessa vilket normalt vore utgångspunkten för en kvantitativ forskningsansats. Istället tror vi att förståelse för mänskliga upplevelser måste växa fram i ett socialt samspel mellan forskare och respondenter, något som inte brukar betonas inom den kvantitativa forskningsansatsen (Bryman, 1997).

2.4. Val av fallstudien som undersökningsdesign

Yin (1994) definierar undersökningsdesign som en handlingsplan för att ta sig från den initiala uppsättning frågeställningar som en studie vill besvara till en uppsättning svar på de frågeställningarna. Vårt val av undersökningsdesign har blivit en kvalitativ fallstudie.

För fallstudier finns det enligt Merriam (1994), till skillnad från för exempelvis experiment eller surveystudier, inte några specifika metoder för insamling eller analys av data som forskare måste utgå från. Något som trots otydliga definitioner av fallstudier brukar känneteckna denna undersökningsdesign är emellertid att så många undersökningsvariabler som möjligt undersöks och att forskarna försöker återge relationen mellan dem. Det finns enligt Bryman (2002) svårigheter i att urskilja vad som är ett fall och vad som inte är det. Gränsdragningen är enligt författaren långt från glasklar och denne menar att en undersökning kan visa karaktäristika som tillhör mer än en undersökningsdesign. Det som Bryman i sin tur emellertid menar är speciellt för fallstudien är att forskaren är intresserad av att belysa speciella drag i ett specifikt fall.

Fallstudier är enligt Andersen (1998) mycket vanliga när det gäller undersökningar av sociala delsystem som organisationer och de är enligt författaren lämpliga då forskare vill studera organisationsförändringar i sin realistiska miljö. Foreman (återgiven i Merriam, 1994) anser vidare att fallstudien är passande då forskare vill fokusera på det mönster av tolkningar som tillhandahålls av undersökningspersonerna. Detta är precis vad vi önskar göra i vår studie varför vi anser att fallstudien är en lämplig undersökningsdesign. Som hos alla undersökningsdesigner finns det hos fallstudien både för- och nackdelar. Nackdelar med fallstudier är enligt



Merriam (1994) bland annat den missvisande uppfattningen att fallstudier ger en helhetsbild vilket givetvis är en förenkling av verkligheten. Forskare kan inte fånga upp allt. Dessa gör ett urval av information och egna tolkningar av insamlade data. Kvalitativa fallstudier påverkas även mycket av forskares egna förmåga att exempelvis genomföra intervjuer.

En ytterligare aspekt som kan tala mot fallstudier kan anses vara att det är svårt att dra några generaliserade slutsatser utifrån studiens resultat (Merriam, 1994). Med tanke på att vi studerar upplevelserna hos anställda från olika delar av en stor och komplex organisation och att vår beskrivning av dessa baserar sig på intervjuer med ett begränsat antal individer är vårt mål inte att dra några generella slutsatser, som rör anställda inom hälso- och sjukvårdsorganisationer i allmänhet eller Barnsjukhuset i sin helhet. Vi tror dock att vi kommer att kunna urskilja vissa mönster i upplevelserna hos anställda ur olika personalgrupper inom de två undersökta verksamhetsområdena.

Trots fallstudiens nackdelar anser vi att denna undersökningsdesign passar vår studie bäst eftersom den ger oss möjlighet att studera ett specifikt fall på djupet inom dess naturliga kontext. Fallstudier har även blivit en vanlig undersökningsdesign vid forskning inom ekonomistyrning (Ryan, Scapens & Theobald, 2002) och flera av de likartade studier vi studerat som förberedelse för vår egen studie och som utförts av forskare vid bland annat Förvaltningshögskolan i Göteborg har genomförts just i form av fallstudier. Hallin & Kastberg (2002) undersökte till exempel hur BSC används i praktiken och hur modellen upplevs av anställda genom att göra tre fallstudier på två kliniker och ett primärvårdsområde. Författarna genomförde då fem till sju personliga intervjuer med personal på olika nivåer inom de tre fallområdena. En stor skillnad mellan de studier av ekonomistyrningsförändringar som utförts av t.ex. Scapens & Roberts (1993) och de svenska studier som fokuserat på bl.a. styrning inom sjukvården, exempelvis Hallin & Kastbergs studie (2002), är att studier som de utförda av bland andra Scapens & Roberts har ett longitudinellt inslag, vilket innebär att forskarna studerat fallet under en längre tid. I sitt upplägg anser vi således att vår studie är lik de svenska fallstudierna gjorda av bland annat forskare vid Förvaltningshögskolan i Göteborg. Vår studie skiljer sig metodologiskt inte nämnvärt från dessa.

2.4.1. Val av undersökningsenhet för fallstudien

Vid fallstudier måste fallet definieras. Detta görs utifrån problemställningen (Merriam, 1994). Adelman, Jenkis & Kennman (återgivna i Merriam, 1994) hävdar att det som gör en undersökning till en fallundersökning är att forskare fokuserar undersökningen på ett visst exempel. Avgörande för val av analysenhet är enligt författarna det forskare vill använda studiens resultat till att säga något om. Merriam (1994) menar dock att det finns gränsdragningsproblem och att det inte handlar om några givna kategorier.

Vi har i vår egen undersökning dels funderat över om det verkligen är ett fall vi studerar, dels vad vår undersökningsenhet är. Vi har i vår problemformulering konstaterat att vi är intresserade av hur anställda ur olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården upplever styrning och försök till förändring av denna genom införande av nya styrmodeller. Vår undersökningsenhet skulle utifrån detta kunna uppfattas som enskilda individer och det skulle då vara svårt att se att studien utgjorde ett fall. Vi har dock utfört ett relativt stort antal intervjuer med anställda på olika nivåer inom två verksamhetsområden inom vår fallorganisation anser vi att vi har fått många olika bilder på hur anställda upplever vår problemställning. Vi tror att det kommer kunna urskiljas vissa mönster och vi vill i våra slutsatser kunna uttala oss inte bara om individerna utan vill även i viss mån relatera deras bilder till verksamhetsområde, position inom den specifika organisationen och yrkestillhörighet. Vi är således främst intresserade av



hur anställda inom just Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus upplever vår problemställning och utifrån detta har vi valt att se på vår studie som ett fall. Vår undersökningsenhet i fallet är således barnsjukhuset som organisation. Att vi sedan intervjuat anställda inom två av organisationens tio verksamhetsområden och således endast kan urskilja mönster inom dessa anser vi vara en del av vår urvalsprocess, som kommer att diskuteras längre fram i kapitlet. Vi är medvetna om att vårt val att se på vår undersökning som en fallstudie inte är någon självklar kategorisering och att någon annan kanske valt att betrakta de anställda som individer som undersökningsenhet. Vår syn på fallet ligger emellertid i linje med de nämnda studierna utförda vid Förvaltningshögskolan i Göteborg och Merriam (1994) hävdar att det finns ett otal fallstudier som bekräftar att studier kan fokusera på en enhet inom vilken det finns en mängd komponenter, som individer, att undersöka som alla har med fallet att göra.

Val av fallstudieorganisation

Då vi var intresserade av att studera upplevelsen hos anställda inom hälso- och sjukvården av styrning och försök till förändring av denna genom införande av BSC valde vi Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus som fallstudieorganisation. Detta då vi kände till att Västra Götalandsregionen fattat beslut om att införa BSC och att barnsjukhuset sedan ett antal år tillbaka arbetat med detta. Vi ansåg att tillräckligt lång tid hade förflutit för att implementeringen skulle kunna ha fått fäste och för att modellen skulle kunna ha haft någon reell möjlighet att påverka den dagliga verksamheten. Samtidigt trodde vi att det inte var så länge sedan de började arbeta med BSC att reaktioner och personliga upplevelser fallit i glömska. Vi hade utöver detta tagit del av en kandidatuppsats (Johansson & Larsson, 2002) vilken författats på Handelshögskolan vid Göteborgs universitet och som behandlade den inledande praktiska implementeringen av BSC inom barnsjukhuset. När vi nämnde vårt intresse för organisationen för vår handledare kunde han på grund av tidigare samarbete dessutom vidareförmedla namnet på barnsjukhusets personalchef som en lämplig väg in i verksamheten. (Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus kommer att presenteras närmre i kapitel 4.)

2.5. Databeskrivning

Vi kommer i detta stycke att redogöra för de primär- och sekundärdata vi använt oss av. Vi börjar med sekundärdata eftersom resterande del av detta kapitel huvudsakligen handlar om hur vi gått tillväga när vi samlat in och bearbetat våra primärdata.

2.5.1. Sekundärdata

Våra sekundärdata består av litteratur, artiklar och tidigare studier, där vi hämtat de forskningsresultat, teorier och modeller, som vi ansåg bäst kunde ge oss förståelse för ämnet och hjälpa oss skapa det teoretiska ramverk vi eftersträvade. En stor del av de sekundärdata, som vi har studerat, har bestått av kvalitativa studier inom likartade eller närliggande intresseområden som den fallstudie vi själva genomfört. Vi har även hämtat information från Internet för att använda exempelvis i vår presentation av fallorganisationen. Där har vi även använt oss av presentationsmaterial och interna faktauppgifter från fallorganisationen.

Vi fick tillgång till våra sekundärdata på en mängd olika sätt. Dels påbörjade vi en litteratursökning tidigt i uppsatsarbetet innan vi formulerat vårt problem och endast hade en lös föreställning om uppsatsämnet. De sökord vi då använde oss av var bland andra: *styrning*, *ekonomistyrning*, *hälso- och sjukvård*, *Balanced Scorecard*, *Balanserat Styrkort*, *Västra Götalandsregionen*, *nyinstitutionalism* och *institutionalism*. Vad gäller sökord sökte vi även på begreppens engelska termer. Sökningar har gjorts via Göteborgs universitetsbibliotek, Ekonomiska biblioteket, via GUNDA och Libris. Vi har även sökt artiklar från bland annat Göteborgs



Posten, Dagens Nyheter, Dagens Industri och Affärsvärlden för att använda i vår bakgrundsbeskrivning. Vi fick senare i uppsatsprocessen tips på källor av vår handledare och andra lärare på Handelshögskolan. Utifrån dessa källor, kursmaterial från tidigare kurser vi läst och andra uppsatser skrivna på Handelshögskolan i Göteborg fick vi genom referenser ytterligare uppslag och vi såg att många studier refererade till samma källor, som vi då sökte extra noggrant efter. Vi sökte även på nytt i databaser som GUNDA och Business Source Premier utifrån problemformulering och syfte. Vi fick dessutom tips på nya intressanta källor vid intervjuer med en Ekon Dr. och en professor vid Förvaltningshögskolan i Göteborg. Från tidigare uppsatsarbete hade vi även kännedom om ett flertal metodkällor som vi åter sökte upp. Råd om nya metodböcker fick vi även av vår handledare.

Källkritik

Begreppet källkritik avser enligt Eriksson & Wiedersheim-Paul (1997) granskning av dokument i syftet att avgöra om källorna är relevanta för studien och om de är tillförlitliga. Kvaliteten på källorna påverkar i sin tur sedan kvaliteten hos studiens slutsatser. I detta avsnitt behandlar vi endast våra sekundärkällor. Kvaliteten på primärkällorna behandlas längre fram i kapitlet i avsnittet om studiens validitet och reliabilitet.

Vad gäller våra sekundärkällor har vi så långt det har varit möjligt försökt använda oss av aktuell litteratur och information om ämnesområdet. Dock har vi använt äldre källor som exempelvis Mintzberg (1983) och Ouchi (1979, 1980) då dessa ofta refereras till i vetenskapliga verk. Vi hävdar att vi genom en grundlig utgångspunkt och sällning skilt ut tillförlitliga källor med relevans för vår studie. Vi är emellertid medvetna om att vi kan ha missat relevanta källor eftersom det är svårt att göra heltäckande sökningar. Vad gäller de svenska studier vi refererat till har huvuddelen av dessa utförts på Förvaltningshögskolan i Göteborg och samma författare återkommer i flera källor. Detta anser vi beror på att en huvuddel av den aktuella forskningen bedrivs vid Förvaltningshögskolan i Göteborg. Eftersom de forskare som utfört dessa studier fungerat som externa utredare menar vi att det kan förutsättas att de försökt ge en neutral bild av det som studerats. Att så många källor kommer från samma utbildningsinstitution borde således inte ha någon inverkan på kvaliteten hos våra källor. Samtidigt är vi medvetna om att all sekundärinformation innehåller tolkningar som präglas av forskarnas förståelse och även eventuellt av att de har ett särskilt metodologiskt synsätt och tillvägagångssätt inom en viss institution. Vi har även använt artiklar från dagspressen, men då dessa endast använts i uppsatsens bakgrundsbeskrivning anser vi inte att deras tvivelaktiga vetenskapliga status är ett problem för vår uppsats. Vi har även hämtat information från Internet, vilken vi vet i vissa fall kan vara svårbedömd vad gäller reliabilitet och validitet. Då det främst är fakta om vår fallorganisation som hämtats från Internet upplever vi inte heller detta som problematiskt.

2.5.2. Primärdata

För att samla in våra primärdata har vi genomfört kvalitativa intervjuer med 17 anställda inom verksamhetsområdena Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) samt med två ekonomer verksamma inom Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Hur detta gått till kommer att behandlas mer utförligt i de nästkommande avsnitten.

Till våra primärdata hör dock också en bakgrundsintervju med personalchefen på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Lars Rydhede, vilken genomfördes i mitten av oktober och som gav oss den information och de kontakter vi behövde för att arbeta vidare med uppsatsen. Vår handledare hade tidigare mött personalchefen och förmedlade således kontakten



som blev vår väg in i organisationen. Till intervjun hade vi förberett löst formulerade frågor. Intervjun kom att löpa som en öppen diskussion. Det var värdefullt eftersom det gav oss insikt i hur sjukhuset fungerar och är organiserat. Vi diskuterade tillsammans med personalchefen oss fram till lämpliga personer inom organisationen att ta vidare kontakt med. Intervjun med personalchefen spelades in på band för att vi skulle kunna fånga upp så många detaljer som möjligt i faktamässiga diskussioner och skrevs sedan ut ordagrant på dator.

Vi har även genomfört två informella intervjuer med Sven Siverbo, Ekon. Dr. vid Förvaltningshögskolan i Göteborg, och Björn Rombach, professor på Förvaltningshögskolan i Göteborg. Vi valde att ta kontakt med dem då vi tagit del av studier de genomfört inom vårt intresseområde och därför gärna ville diskutera lämpligheten i metodval och teori samt våra resultat och analys med dem. De kontaktades via telefon och vi träffade sedan Sven Siverbo över en lunch och pratade med Björn Rombach på Förvaltningshögskolan. Intervjuerna tog formen av spontana samtal. Vi hade inget PM att utgå från utan pratade helt fritt utifrån våra upplevelser av intervjuerna på barnsjukhuset samt den teori och de studier vi tagit del av. Under intervjun med Sven Siverbo tog vi av praktiska skäl inga anteckningar, men satte oss dock ned direkt efter intervjun och skrev ned ett antal reflektioner. Under intervjun med Björn Rombach gjorde två av författarna noteringar över det vi ansåg vara mest viktigt, som sedan skrevs rent på dator.

Följande redogörelse fokuserar på hur intervjuerna genomförda inom vår fallorganisation gått till.

2.6. Intervjuobjekt och urval

2.6.1. Intervjuobjekt

Inom vår fallorganisation Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus har vi, som tidigare nämnts, intervjuat anställda inom de två verksamhetsområdena Barnonkologi och Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Vi har även intervjuat barnsjukhusets biträdande områdeschef, till yrket ekonom, samt en ekonom som varit drivande i BSC-projektet. Vi har redan redogjort för vår intervju med sjukhusets personalchef.

Inom Barnonkologi har vi intervjuat totalt sju respondenter. Respondenterna inkluderade verksamhetschefen (en läkare), en enhetschef (en sjuksköterska), tre läkare och två sjuksköterskor. Inom BUP intervjuade vi tio personer: verksamhetschefen (en psykolog), tre enhetschefer (en psykolog och två sjuksköterskor), två psykologer, två socionomer och två sjuksköterskor. En förteckning över våra intervjuobjekt ligger i bilaga 1. Anledningen till att fler enhetschefer intervjuats inom BUP är att verksamhetsområdet Barnonkologi är mindre med endast en enhetschef.

De flesta av våra intervjuobjekt hade arbetat en längre tid inom Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Några var emellertid unga och hade endast arbetat i organisationen ett par år. Alla hade dock arbetat inom verksamheterna under de senaste två åren då de inom bägge verksamhetsområdena arbetat med BSC.

2.6.2. Urval

Inom varje fall finns det normalt ett stort antal element som kan studeras, i vårt fall många anställda. Ett urval måste då vanligtvis göras, vilket antingen sker genom sannolikhets- eller ickesannolikhetsurval. Icke-sannolikhetsurval är vanligast inom kvalitativ forskning eftersom



syftet inom denna forskningsansats inte är att generalisera några universella lagar till en stor population (Merriam, 1994). Det är också den huvudsakliga urvalsform vi valt att använda vid vår studie, då vi inte tror att det ens skulle vara möjligt att genom statistiska metoder göra ett urval av anställda vars upplevelser skulle kunna generaliseras till hela fallet.

Vårt urval gick praktiskt till som så att personalchefen Lars Rydhede informerade oss om barnsjukhusets tio verksamhetsområden, deras verksamhet samt gav oss mer detaljer om några verksamhetsområden som han utifrån vår problemställning ansåg kunde vara intressanta för vår studie. Vi valde själva att undersöka verksamhetsområdena Barnonkologi och Barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Detta gjorde vi utifrån uppgifterna om att de två verksamhetsområdena har mycket olika verksamheter, storlek, personalsammansättning samt att de enligt personalchefen ansågs ha kommit olika långt i processen med att implementera BSC. Som kriterier för vårt urval förklarade vi för personalchefen att vi ville intervjua verksamhetschefen inom de två verksamhetsområdena, några enhetschefer och två till tre anställda inom varje verksamhetsområdes huvudsakliga personalkategorier. Detta ville vi göra för att få så många olika bilder som möjligt och för att eventuellt kunna urskilja mönster i hur dessa bilder såg ut i relation till anställdas personalkategori och plats i hierarkin. Vi sa även att vi ville intervjua sjukhusets biträdande områdeschef och en ekonom som vi genom en tidigare uppsats fått reda på varit drivande inom sjukhusets BSC-projekt. Personalchefen gav oss namn och nummer till de två verksamhetscheferna samt till den biträdande områdeschefen och ekonomen. Vi tog sedan själva kontakt med dessa via telefon där vi förklarade att vi fått deras namn av personalchefen, att vi ville göra en studie om upplevelser av styrning och att vi för verksamhetschefernas del förutom att boka in intervjuer med dem själva ville ha deras hjälp att få kontakt med ytterligare intervjuobjekt utifrån våra kriterier och vår tidsram. Vi valde medvetet att endast allmänt berätta om uppsatsens intresseområde för att inte få förberedda svar utan spontana reaktioner. Det var inga problem att boka in intervjuer med de personer vi kontaktat. Verksamhetschefen Barnonkologi bokade sedan på våra vägnar och utifrån våra kriterier in intervjuer med läkare samt gav oss telefonnummer till enhetschefen. Enhetschefen i sin tur hjälpte oss att boka intervjuer med sjuksköterskor. Verksamhetschefen för BUP gav oss telefonnummer till enligt honom lämpliga enhetschefer som vi själva fick kontakta via telefon. Dessa bokade i sin tur sedan in intervjuer med anställda inom deras enheter.

Det sätt på vilket vårt urval har gått till kan ha påverkat våra resultat. Som vi tidigare skrivit skiljer sig verksamhetsområdena Barnonkologi och BUP åt. Ett val att prata med anställda inom andra verksamhetsområden, kanske mer homogena sådana, hade eventuellt lett till en del andra bilder, inte minst då det inom BUP arbetar många psykologer och socionomer till skillnad från inom de flesta andra verksamhetsområdena. Arbetet ser dessutom mycket olika ut beroende på typ av verksamhet. Detta är dock inte något vi anser förringar våra resultat eftersom vi inte har som avsikt att generalisera dem till hälso- och sjukvårdspersonal eller barnsjukhuset i sin helhet. Vi menar att vårt urval är en bra grund för att ge oss flera olika bilder av hur anställda inom de två verksamhetsområdena upplever vår problemställning, vilket kan vara värdefullt på grund av deras olikheter. Att vi sedan inte själva har kunnat välja exakt vilka personer vi skulle intervjua inom respektive verksamhetsområde kan eventuellt ses som en svaghet, eftersom verksamhetscheferna genom att välja ut vissa personer således skulle ha kunnat vinkla det urval av bilder som vi fått. Detta är dock en nackdel hos vårt urval som vi har ansett oss få leva med eftersom det inte kändes genomförbart att vi själva skulle ha letat reda på specifika personer inom en stor och komplex organisation som vi inledningsvis inte kände så väl till. Vi tror dessutom att många respondenter längre ned i organisationen kanske inte hade velat delta i vår studie om inte personer inom organisationen bokat in intervjuerna. Vi trodde att denna urvalsform kanske skulle medföra att bilderna vinklades genom



att intervjuer bokades in främst med personer som var positivt inställda till BSC-projektet, vilket vi försökte kringgå genom att betona att vi ville prata med anställda på olika nivåer och från olika personalgrupper. Detta var emellertid något som vi i efterhand kunde konstatera inte har varit fallet. Vi upplever oss ha fått en varierad bild av hur anställda upplevt vår problemställning.

2.7. Intervjuform

Vi har valt att genomföra personliga intervjuer som varit ett mellanting mellan de två ytterligheterna av den kvalitativa intervjun som Bryman (2002) kallar den helt ostrukturerade respektive den semi-strukturerade intervjun. Den helt ostrukturerade intervjun löper enligt författaren som ett samtal och styrs på sin höjd av ett löst formulerat PM som intervjuaren har som minneshjälp. Vid en semi-strukturerad intervju har intervjuaren en intervjuguide med specifika teman och ibland frågor som ska behandlas. Frågorna är dock öppna, ordningsföljden inte given och intervjuaren kan även ställa andra frågor utifrån respondentens beskrivningar.

Innan genomförande av våra intervjuer hade vi med inspiration av teori och tidigare studier, särskilt Brorström (1995), ringat in vissa begrepp som vi ville ha med oss till intervjuerna. Begreppen utgick från vårt syfte och våra delproblem men var ganska vida och vi försökte genom dessa få en uppfattning av det större sammanhanget (se bilaga 2). Detta främst för att vara förberedd på att försöka påverka intervjuerna i de fall då respondenterna inte pratade på av sig själva eller pratade endast om saker som låg helt utanför uppsatsens intresseområde. Vid vissa intervjuer berättade respondenterna självmant om det som intresserade oss eftersom vi inlett intervjuerna med att berätta för respondenterna att vi var intresserade av styrning inom sjukvården och då även definierat vad vi avsåg med begreppet. Vid andra intervjuer var respondenterna inte pratsamma eller uppehöll sig länge vid frågor utanför vårt kunskapsområde och då använde vi oss av vissa begrepp för att leda diskussionerna i önskad riktning. Målet med intervjuerna var emellertid alltid att dessa med utgångspunkt i vårt syfte skulle få förlöpa så fritt som möjligt.

Nackdelar med personliga intervjuer är att de är tids- och resurskrävande vid stora urval, att det kan vara svårt att få respondenter att avsätta tid för intervjuer samt att det är risk för intervjuareffekter (Eriksson & Wiedersheim-Paul, 1997). Telefonintervjuer eller gruppintervjuer är andra intervjuformer, som hade kunnat användas. Dessa intervjuformer anser vi dock inte skulle ha varit fördelaktiga i vår studie. Detta då vi tror att dessa former skulle ha påverkat vår möjlighet att få ta del av djup information om individuella anställdas upplevelser. Vi anser därför att personliga intervjuer utifrån ett övergripande tema var den intervjuform som bäst kunde ge oss rika beskrivningar och förståelse för mänskliga upplevelser och uppfattningar. Vi uppskattade dessutom den flexibilitet intervjuformen erbjöd då vi kunde anpassa användandet av våra begrepp efter intervjusituationen så att vi kunde få ut så mycket som möjligt av våra intervjuer.

2.8. Genomförande av intervjuer

Huvuddelen av våra intervjuer utfördes på respondenternas arbetsplats på olika platser inom den geografiskt spridda organisation som Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus utgör. En intervju utfördes på Handelshögskolan i Göteborg. Alla intervjuerna genomfördes från mitten av november till början av december. Vid början av intervjuerna informerades respondenterna om vår bakgrund, intervjuens syfte och praktiska aspekter som att de till exempel kommer att vara anonyma i uppsatsen. Vad gäller det PM vi hade med oss till intervjutillfällena hade respondenterna inte fått tillgång till några frågor eller någon mer information om



intervjuerna än att vi kom från Handelshögskolan och var intresserade av hur anställda inom hälso- och sjukvården upplever styrning. Vi ville att intervjuerna skulle få förlöpa så flexibelt, fritt och spontant som möjligt och ville därför inte heller förbereda respondenterna mer på intervjuernas innehåll. Detta för att de inte skulle fundera mycket över och diskutera runt intervjuernas innehåll på förhand. Vi tror att vi på det sättet har fått ta del av ärligare berättelser och svar på eventuella frågor.

Vi valde vidare, förutom vid vår bakgrundsintervju med personalchefen på barnsjukhuset, att inte spela in intervjuerna på band då bland andra Andersen (1998) menar att forskare ska använda bandspelare i intervjusituationer endast om det är helt nödvändigt och bara då det enligt den egna bedömningen inte påverkar den intervjuades svar. Då vi inte upplevde det som nödvändigt att använda bandspelare eftersom vi vid alla intervjuer var två som tog anteckningar och då vi upplevde att respondenterna skulle kunna känna sig obekväma om vi spelade in intervjuerna valde vi att avstå från att göra detta. Vi misstänkte att intervjuerna skulle kunna komma att beröra känsliga ämnen och att respondenterna därför skulle känna sig mindre trygga och rädda för sin anonymitet om deras berättelser spelades in. Vi trodde även att vissa respondenter skulle bli besvärade över att vi var ekonomer som kom från Handelshögskolan och att denna känsla skulle kunna förstärkas genom en bandinspelning. Detta är något som vi efterhand kan konstatera oss ha upplevt och vi uppfattade det som att inspelning vid ett flertal av intervjuerna skulle ha haft en negativ effekt. Vi gjorde också denna bedömning utifrån en vägning av detaljrikedom gentemot tidsåtgång. Istället för att spela in intervjuerna valde vi som tre författare att omväxlande låta en av oss ha huvudsakligt ansvar för intervjun medan de två andra tog så omfattande anteckningar som möjligt av det som upplevdes relevant. Vi var emellertid alla tre involverade i samtalen och efter intervjuerna avslutats diskuterade vi oss samman angående vad vi uppfattat som viktigast. Vi skrev därefter ut våra anteckningar på dator så att vi alla tre skulle ha tillgång till två uppsättningar anteckningar för alla intervjuer. Vid ett fåtal intervjuer kunde vi inte närvara alla tre och då tog bägge författarna som var närvarande ansvar för intervjun och anteckningarna.

2.9. Databearbetning

2.9.1. Tillvägagångssätt

Vår databearbetning påbörjades redan under den tid då vi genomförde våra intervjuer. Direkt efter intervjuerna diskuterade vi, som tidigare nämnts, vad vi upplevde som viktigast och hur vi uppfattat respondenten. Mer eller mindre medvetet kom även diskussioner om koppling till vår teori att äga rum. När alla intervjuerna var avslutade och vi skrivit rent våra anteckningar på dator diskuterade vi igenom hur vi skulle lägga upp vår empiri och analys. Vi beslöt att integrera dessa i samma kapitel för att undvika upprepningar och få en mer intressant och lättläst text. När vi bestämt oss för detta diskuterade vi igenom det helhetsintryck vi fått av intervjuerna och hur detta skulle kunna knytas till teorin och föras fram på ett lämpligt sätt. Resultatredovisning och analys strukturerades sedan utifrån rubriker baserade på våra delproblem och vår teoretiska referensram.

2.9.2. Tolkning

Sandberg & Targama (1998) menar att människor har olika förståelse av verkligheten på grund av att de har skilda erfarenheter och har socialiserats in i olika sammanhang, där individer tar till sig de uppfattningar som är gällande och gör dem till sina egna. Då förståelse enligt författarna påverkar den tolkning människor gör av världen innebär deras resonemang att personer med olika förståelse av verkligheten kan tolka en och samma situation på olika sätt.



Förståelse menas enligt Sandberg & Targama (1998) vidare växa fram hos individen över tid och anses således vara mycket svår att överföra till andra. Enligt författarna är det ett vanligt problem i organisationer att ledningen efter en grundlig analys snabbt inför förändringar i verksamheten. Det som ledningen ägnat åtskillig tid åt att fundera över presenteras som en färdig lösning för de anställda med tanken att dessa omedelbart ska acceptera och förstå denna. Problemet är dock enligt författarna att detta vanligtvis inte fungerar eftersom det ledningen då försöker göra är att överföra förståelse. Respondenter kan även enligt Sandberg & Targama (1998) försvara sin förståelse av verkligheten, vilket vi försökt vara uppmärksamma på vid tolkning av våra data. I enlighet med Sandberg & Targamas resonemang runt att människor tar till sig de uppfattningar som är gällande i en organisation menar Björn Rombach, professor vid Förvaltningsskolan i Göteborg (031211) att individer ofta medvetet eller omedvetet berättar "*institutionaliserade sagor*". Genom att överta institutionaliserade sagor hävdar Rombach att människor kan tycka till om saker som de egentligen inte har någon erfarenhet av.

Det perspektiv som ovan redogjorts för ser vi tillsammans med vår tolkande ansats som grunden för vår tolkning av undersökningens resultat och som de glasögon vi försökt använda för att se på olika fenomen inom de två studerade verksamhetsområdena. Praktiskt sett har det inneburit att vi försökt se variation i de anställdas upplevelser och att vi försökt skapa en tolkningsbredd i vår analys.

Utifrån Sandberg & Targamas (1998) resonemang kan det konstateras att även forskare har olika förståelse av verkligheten, vilket påverkar deras databearbetning och de tolkningar de gör. Enligt Eriksson & Wiedersheim-Paul (1997) präglas varje forskare exempelvis av sin bakgrund, utbildning och yrkesroll. Detta påverkar i sin tur de tolkningar och slutsatser som görs i utredningsarbetet. Trots medvetenheten om att ingen forskning är objektiv menar författarna att forskare ändå ska sträva efter att vid databearbetning vara så neutrala som möjligt. Med neutral menas här att forskaren inte försöker framhäva data som stöder den egna uppfattningen respektive att de inte försöker nedtona data som motsäger den. Omedvetet kommer forskare dock utifrån sin egen förförståelse uppmärksamma vissa saker mer än andra, vilket enligt vårt synsätt är ofrånkomligt. Vi hävdar i enlighet med ovanstående resonemang att det inte finns en rätt tolkning, utan att tolkningar är subjektiva. Vår analys och våra slutsatser görs utifrån våra tolkningar, som präglas bland annat av våra personligheter, vår bakgrund och vår utbildning. Det är möjligt att andra studenter trots samma teoretiska synvinkel gjort andra tolkningar och slutsatser.

Vi har vidare inför intervjuer och databearbetning diskuterat vad det är som faktiskt ska tolkas och hur långtgående tolkningar vi etiskt ansett oss ha rätt att göra. Då vi menar att varje individ har rätt till sin upplevelse har vi valt att endast redovisa och tolka de data som uttryckligen framkommit under intervjuerna. Vi har emellertid avstått från en mer långtgående tolkande ansats där forskare försökt fånga upp kroppsspråk, mellanprat och stämningar. En sådan ansats hade säkert varit intressant, men då vi mött våra respondenter under en kort tid anser vi att sådana långtgående tolkningar skulle komma att handla allt för mycket om spekulation.



2.10. Undersökningens validitet, reliabilitet och relevans

2.10.1. Validitet och reliabilitet

All forskning syftar enligt Merriam (1994) till att producera giltiga och hållbara resultat. En huvudfråga blir då i vilken utsträckning forskaren kan lita på en studies resultat. Nedan kommer ett resonemang runt denna frågeställning hållas utifrån en diskussion om begreppen validitet och reliabilitet, som traditionellt menats vara viktiga kriterier för vetenskaplig forskning.

Validitet

Begreppet validitet brukar enligt Merriam (1994) separeras i inre validitet och extern validitet. Inre validitet åsyftar den grad till vilken en studies resultat fångar verkligheten, mätinstrument mäter vad de avser mäta och om forskaren verkligen studerar det denne tror sig studera. En kvalitativ utgångspunkt innebär dock att det som studeras är människors upplevelse av verkligheten och att kvalitativa forskare strävar efter att skildra och göra en tolkning av människors olika synsätt och perspektiv. Merriam menar att begreppet validitet således blir relativt odramatiskt inom kvalitativ forskning och att de flesta kvalitativa fallstudier tenderar ha en hög inre validitet. Forskare har dock enligt författaren en skyldighet att på ett så ärligt sätt som möjligt återge respondenternas upplevelser. För att lyckas med det kan forskare enligt Merriam använda sig av strategier som att de ber sina kollegor om kommentarer och synpunkter på resultaten allt eftersom de kommer fram och att de skevheter forskaren kan ha med sig in i undersökningen klagörs genom att beskriva underliggande antaganden, världsbild och teoretiskt perspektiv. Detta är något vi försökt göra genom att be vänner och bekanta att ta del av vår studie och ge oss kommentarer på den. Vi har även försökt att på ett utförligt sätt redovisa för våra utgångspunkter och glasögon i detta metodkapitel.

Den inre validiteten påverkas i hög utsträckning av det instrument forskare använder sig för att samla in data (Patel & Davidsson, 1994). Då det instrumentet i vår undersökning genom användandet av kvalitativa intervjuer huvudsakligen var vi själva påverkas undersökningens validitet av våra personer och vårt sätt att genomföra våra intervjuer. Den i princip ostrukturerade kvalitativa intervjun gav oss möjlighet att anpassa frågeställandet efter respondenterna. Vi kunde även förtydliga begrepp och följdfrågor. Detta tror vi skapade möjligheter för oss att få tillgång till meningsfull information eftersom vi i de fall då vi upplevde att respondenten missförstod oss kunde förtydliga vad det var vi var intresserade av. Vi är medvetna om att vi har begränsad erfarenhet av att genomföra intervjuer och att detta kan ha påverkat våra resultat exempelvis genom ställande av ledande följdfrågor. Detta har vi dock tänkt på före genomförandet av intervjuerna och så långt som det varit möjligt försökt undvika. Urvalet av begrepp i vårt PM kan även till viss del ha påverkat våra intervjuer genom att rikta respondenternas uppmärksamhet. Andra begrepp hade eventuellt lockat fram andra svar.

Vi är medvetna om att människors upplevelser är något mycket subjektivt, som vid återgivande inte bara påverkas av det sätt som vi genomfört intervjuerna på och vår person utan också av personligheten och sinnesstämningen hos intervjuobjekten. Vi anser även, precis som Andersen (1998), att svaren hos högt uppsatta respondenter ibland präglades av diplomati och behovet av att sätta upp en viss fasad för sin position och för organisationens skull. Överlag blev vi dock positivt förvånade över den öppenhet som vi bemöttes med. Vi tror emellertid att intervjuernas tillförlitlighet ökat genom att vi låtit respondenterna vara anonyma eftersom de borde ha känt sig mer fria att vara uppriktiga.



Extern validitet innebär enligt Merriam (1994) den utsträckning i vilken resultaten från en vetenskaplig undersökning är generaliserbara till andra situationer. Extern validitet är något som ibland upplevs som problematiskt inom kvalitativ forskning på grund av användandet av fallstudier och begränsade urval. Merriam hävdar dock att forskare väljer kvalitativa fallstudier som undersökningsdesign när de vill gå på djupet med ett fall och inte då de vill hitta några generella lagar. Med tanke på att vi, som tidigare diskuterats, studerar upplevelserna hos anställda från olika delar av en stor och komplex organisation och att vår beskrivning av dessa baserar sig på intervjuer med ett begränsat antal individer är vårt mål inte att dra några generella slutsatser. Vi upplever således inte den externa validiteten som problematisk i vår studie eftersom vårt syfte inte är att generalisera våra resultat till hälso- och sjukvårdspersonal varken inom barnsjukhuset eller generellt, utan att vi endast kommer att kunna urskilja vissa mönster inom de studerade verksamhetsområdena.

Reliabilitet

Reliabilitet handlar enligt Bryman (2002) om i vilken utsträckning en studies resultat kan upprepas och huruvida resultaten således är oberoende av forskaren. Begreppet innebär i praktiken huruvida en senare forskare genom att följa exakt samma procedur som beskrivits av en tidigare forskare och genom att genomföra samma studie igen kan komma fram till samma resultat och slutsatser (Yin, 1994). LeCompte & Goetz (återgivna i Bryman, 2002) menar att det är svårt att uppfylla detta kriterium inom kvalitativ forskning. Detta eftersom det är omöjligt att "frysa" en social miljö. Kvalitativa intervjuer menas enligt Andersen (1998) även vara omöjliga att återskapa då de kännetecknas av ostrukturerade frågor utan fasta svarsalternativ. Till skillnad från inom kvantitativ forskning där forskare försöker finna kausala samband mellan variabler hävdar Merriam (1994) dock inte heller att reliabilitet är ett särskilt viktigt begrepp. Inom kvalitativ forskning där forskare försöker förklara och förstå verkligheten utifrån människors upplevelser av den går det att göra många olika tolkningar av samma resultat beroende på utgångspunkt och vem som gör tolkningarna. Det är därför inte troligt att kvalitativa undersökningar kommer att ge samma resultat om de upprepas vilket enligt Merriam inte heller undergräver den första undersökningens resultat.

Precis som vi tidigare konstaterat tror vi enlighet med ovanstående resonemang inte att en upprepning av vår studie på något självklart sätt hade lett till samma resultat och slutsatser. Det tror vi precis som LeCompte & Goetz är svårt att uppnå vid studier av sociala enheter eftersom dessa är i ständig förändring. Dessutom påverkas resultaten och slutsatser i kvalitativa intervjuer i hög grad av forskaren. Detta kan ur en positivistisk vetenskaplig synvinkel ses som en svaghet, men vi anser snarare att detta är ett tecken på verklighetens subjektiva karaktär och den tolkningsbredd som existerar inom kvalitativ forskning.

Utöver forskares indirekta påverkan på en studie kan bedömarfel även uppstå när forskarna registrerar svar (Patel & Davidsson, 1994). För att i möjligaste mån undvika detta deltog i vår studie alla tre författarna vid flertalet intervjutillfällen och när så inte var fallet tog bägge närvarande anteckningar. På så vis togs det vid alla intervjuer två uppsättningar anteckningar, som på det stora hela var väl överensstämmande. Då vi inte spelade in intervjuerna på band, vilket vi tidigare motiverat, missade vi en del detaljer. Samtidigt ansträngde vi oss dock för att skriva det som vi uppfattade som relevant ordagrant så att vi skulle kunna använda citat i uppsatsen. Det relativt stora antalet genomförda intervjuer (jfr exempelvis Hallin & Kastberg, 2002) anser vi också vara positivt för studiens reliabilitet.



2.10.2. Relevans

Begreppet relevans åsyftar att en studie medvetet ska behandla viktiga och väsentliga frågor och fenomen. En studie och dess slutsatser relevans baseras även på trovärdigheten hos de metoder som använts (Eriksson & Wiedersheim-Paul, 1997). Anställdas upplevelser är som beskrivits i vårt inledningskapitel på många sätt centrala för styrning och försök till förändring av styrning inom en allt mer turbulent hälso- och sjukvård och vi menar således att vår studies problemställning i allra högsta grad är relevant. Vi menar även att lämpliga kvalitativa metoder använts för att besvara vårt syfte och att dessa redogjorts för i detta kapitel. Studiens relevans torde också ha ökat genom samtal med vår handledare och intervjuer med professor Björn Rombach och Ekon. Dr. Sven Siverbo vid Förvaltningshögskolan i Göteborg vid vilka bland annat lämpligheten hos metodval, teori och tolkningar diskuterats.

Tidigare forskning och uppsatsens bidrag

Att professionella organisationer som hälso- och sjukvården är svåra att styra har konstaterats i ett stort antal tidigare studier (se exempelvis Alvesson 1992, Blomqvist & Packendorff 1998, Brorström 1995, Jacobsson 1994, Rombach 1991, Sahlin-Andersson & Östergren 1998, Abernethy & Stoelwinder, 1995). Forskning har också visat på att ekonomistyrningssystem ofta är stabila och svåra att förändra på grund av att de ibland institutionaliserats i organisationer. Starkt förändringsmotstånd hos individer vid försök till förändring av styrmodeller har konstaterats i många studier, vilket menats ha sin förklaring i bland annat ovannämnda institutionalisering, skilda språk och bristande förankring av styrmodellerna i organisationerna (se exempelvis Granlund 2001, Kasurinen 2002, Scapens & Roberts 1993).

På Förvaltningshögskolan i Göteborg bedrivs ett omfattande forskningsprogram med syfte att utvärdera den styrning som används i Västra Götalandsregionen (se till exempel Brorström, Hallin & Leffler 1999, Brorström 2000, Falkman & Siverbo 2001, Hallin 2000). Ingen studie har dock utförts på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Vår studie skiljer sig från de studier som utförts på Förvaltningshögskolan i det att vi fokuserat på att gå djupt in på enskilda individers upplevelse av styrning och försök till förändring av styrningen genom införande av nya styrmodeller. Vi har också genomfört intervjuer med anställda på ett flertal hierarkiska nivåer för att belysa den inverkan hierarkisk position kan tänkas ha på upplevelsen av styrning. Vad gäller BSC så har Hallin & Kastberg (2002) inom ramen för utvärderingsprogrammet studerat den praktiska användningen av modellen och dess legitimitet på två sjukhuskliniker och ett primärvårdsområde. I vår studie har vi valt att inte alls fokusera på den praktiska användningen av BSC och istället valt att gå in djupare på enskilda anställdas upplevelse av modellen. Vår uppsats skiljer sig också ifrån Hallin & Kastbergs studie i det att vi valt att studera BSC i sitt sammanhang, som en del av den totala styrningen på barnsjukhuset. Genom att även studera de anställdas upplevelse av styrning och förändring av denna rent generellt bidrar vi med en tolkning av de bakomliggande orsakerna till hur de anställda upplever BSC.

Vår studie är en kvalitativ fallstudie vilket innebär att våra resultat inte kan generaliseras till hälso- och sjukvården eller barnsjukhuset i sin helhet, men vi upplever att vi har urskiljt vissa mönster inom de studerade verksamhetsområdena. Dessa resultat ger främst ett bidrag till Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus genom att visa på hur anställda inom de två verksamhetsområdena upplevde styrning och varför motstånd mot förändringar uppstår. Dessa erfarenheter tror vi emellertid också kan vara till nytta både för barnsjukhuset och även för andra organisationer inom hälso- och sjukvården vid senare implementering av nya styrmodeller genom att belysa problem som kan uppstå.



3. TEORETISK REFERENSRAM

I detta kapitel presenteras vår teoretiska referensram. Inledningsvis redovisas de förutsättningar för styrning och förändring som finns i professionella organisationer, varefter vi närmare belyser de specifika förutsättningar som råder inom hälso- och sjukvården. Kapitlet avslutas med en redogörelse för resultat av tidigare gjorda studier av ekonomistyrningsförändringar samt av BSC inom svensk hälso- och sjukvård.

3.1. Val av referensram

Den teoretiska referensramen i en fallstudie fungerar enligt Scapens & Roberts (1993) som de glasögon genom vilka ett fall betraktas. Tanken bakom vår referensram är att den ska förklara förutsättningarna för styrning och förändring av styrning genom införande av nya styrmodeller inom hälso- och sjukvården, som sedan i vår analys kan användas som en tolkningsram. Vad gäller förändring av styrning har vi tagit upp både allmänna studier av ekonomistyrningsförändring och studier utförda specifikt inom hälso- och sjukvården eftersom vissa aspekter kan antas vara generella för ekonomistyrningsförändring medan andra är specifika för hälso- och sjukvården.

3.2. Professionella organisationer

Professionella organisationer, som exempelvis sjukhus och universitet, benämns av organisationsforskaren Mintzberg (1983) som professionella byråkratier. Kärnan i en professionell byråkrati är enligt författaren de professionella som arbetar operativt. Dessa har under sin utbildning skolats i professionens gemensamma värderingar och är i sitt arbete i huvudsak mer lojala mot sin profession än mot en specifik arbetsplats. De professionella menas vara experter på sitt område och erhåller genom detta en stor frihet i sitt arbete. De arbetar relativt självständigt i förhållande till sina kollegor, men nära sina patienter/kunder/klienter. En stor del av samordningen i en professionell byråkrati sker genom standardisering av kunskaper inom professionen. Ett kirurgteam behöver till exempel knappt prata med varandra under en operation. Alla vet vad de själva och andra förväntas göra. Professionella organisationer benämns av Ouchi (1979, 1980) även som klaner, där de professionella socialiseras in i både professionens tekniska kunnande och dess gemensamma värderingar.

En profession har enligt Greenwood (återgiven i Hallin & Siverbo, 2003) fem olika kännetecken, nämligen systematisk teori, auktoritet, samhällelig sanktion, etiska koder och gemensam kultur. Med systematisk teori avser författarna teorier som utvecklas systematiskt ur professionens kunskapsområde. Auktoritet innebär att yrkesutövaren genom sin profession kan uttala sig med tyngd. Samhällelig sanktion i sin tur handlar om att samhället skall uppfatta professionen som en nödvändighet. Etiska koder innebär att det inom yrket finns vissa specifika och gemensamma etiska koder som yrkesutövaren skall uppfatta. Yrkesgruppen ska slutligen även omfatta symbolvärden som tillsammans bildar en gemensam kultur. Alvesson (1992) menar i likhet med Greenwoods begrepp systematisk teori att professioners medlemmar behärskar en speciell, ofta under lång tid utvecklad teori. Teorin menas enligt Alvesson bilda grundvalen för yrkespraktiken. Den anses vara en viktig förutsättning för den sammanhållning som präglar professioner. Författaren menar även i samklang med Greenwood att det inom professioner ofta finns en markerad anda som gör att medlemmar i professionerna liknar varandra allt mer över tid.



Vad gäller vårddyrken menar Hellberg (1986) i en avhandling om professionsteori att läkare och psykologer är att ses som professioner medan sjuksköterskor och socionomer definieras som semiprofessionella. Hellberg hänvisar till att dessa yrkesgrupper i professionslitteraturen inte fullt ut betraktas som professioner beroende på att de anses sakna klar och självständig vetenskaplig status.

3.2.1. Förutsättningar för styrning i professionella organisationer

Styrning i professionella organisationer kompliceras enligt Mintzberg (1983) av att den största delen av makten i dessa organisationer ligger hos de professionella. Dessa tenderar inte bara att kontrollera sitt eget arbete, utan att också söka kollektiv kontroll över de administrativa beslut som påverkar dem. En motsättning menas då finnas mellan de professionella i organisationen och dess administration. För att en administratör ska ha någon möjlighet att utöva reell styrning över de professionella behöver han/hon enligt Mintzberg själv vara en del av professionen. Administrativ styrning upplevs ofta som ett hot mot professionen och ett försök att minska dess makt, vilket de professionella kan värja sig mot och försöka motarbeta (Mintzberg, 1983, Abernethy & Stoelwinder, 1995). Ett problem med professionella organisationer är då att den enda kontroll över arbetet som finns är den som utförs av de professionella själva (Mintzberg, 1983).

När det gäller vilken typ av kontroll som är effektiv inom professionella organisationer hävdar Ouchi (1979, 1980) att två faktorer är viktiga, nämligen om prestationer kan mätas på ett tillförlitligt sätt och huruvida personliga mål och organisationens mål är i konflikt med varandra, vilket författaren benämner målinkongruens. Målinkongruens kan tolereras så länge prestationer effektivt kan mätas och övervakas, medan prestationsmätning inte är lika viktigt om målkongruens råder. Enligt Ouchi är det i professionella organisationer inte möjligt att tillfredsställande mäta beteende eller output, vilket leder till att de professionella inte kan utvärderas på ett rationellt sätt. Den möjlighet till styrning som författaren då anser finns är att noga rekrytera lämpliga personer och socialisera dessa in i rätt värderingar och beteende så att deras mål överensstämmer med organisationens mål. Att från administrativt håll försöka påverka verksamheten genom mätning av resultat och beteende menar Ouchi inte vara möjligt eller ens lämpligt, då det kan leda till en oönskad anpassning av beteendet till det som är mätbart. Detta resonemang stöds av Abernethy vid University of Melbourne och Stoelwinder vid Monash Medical Centre (1995). Författarna har undersökt den rollkonflikt som uppstår när professionella kontrolleras och styrs genom administrativa verktyg. Undersökningen visar att den typ av styrning som de professionella tycker allra sämst om är den som domineras av mål som tvingas på dem av överordnade och som de sedan mäts mot. Författarna relaterar detta till de ökade kraven på implementering av sofistikerade ekonomistyrningssystem som ställs på många professionella organisationer och menar att studien indikerar att dessa försök till nya styrsystem inte kommer att vara särskilt lyckade. Författarna anser vidare att någon form av styrsystem är nödvändigt, men att utmaningen för professionella organisationer, som sjukhus, ligger i att hitta ekonomistyrningssystem som balanserar kraven på kontroll med de professionellas krav på autonomi.

Arbete i professionella organisationer är ofta kunskapsintensivt då de professionella besitter stora kunskaper och är verksamheternas främsta tillgång (Mintzberg, 1983). Vad gäller styrning ställer sig forskarna Södergren och Söderholm vid Handelshögskolan i Stockholm (1999) tveksamma till om kunskapsintensivt arbete går att styra och utvärdera med hjälp av mätbara nyckeltal. Nyckeltalsstyrning, som har blivit väldigt populärt inom de flesta verksamheter, baseras enligt författarna troligtvis på det synsätt som säger att endast det som mäts blir gjort. Denna typ av styrning förutsätter att det är möjligt att uttrycka i förväg specificerade mål i



mätbara nyckeltal, att individer och enheter kan avgränsas så att deras prestationer kan mätas samt att korrigerande åtgärder kan vidtas om målen inte uppnås. Problemet, menar författarna, är att förutsättningarna för nyckeltalsstyrning saknas i kunskapsintensiva verksamheter. Den främsta anledningen till detta är vikten av vad författarna kallar tyst kunskap i denna typ av verksamheter. Med tyst kunskap avses erfarenhetsbaserad och intuitiv kunskap. Användandet av denna tysta kunskap kan hämmas av alltför sofistikerade mätsystem, då det som kan mätas är inte alltid det som är meningsfullt att mäta. Även synen på ledarskap som något som främjar lärande, vilket är nödvändigt i kunskapsintensiva verksamheter, menas vara oförenligt med en syn som bygger på strikt kontroll av det som är mätbart.

Styrning i en organisation påverkas även av det institutionella arrangemanget, vars roll sammanställts av professor Brorström vid Förvaltningshögskolan i Göteborg (1995). Det institutionella arrangemanget består enligt författaren av den uppsättning formella och informella institutioner som finns i en organisation och som påverkar eller styr beteende. Med institution menas här alla slags restriktioner som människor skapar för att forma det mänskliga samspelet. Formella institutioner kan till exempel vara en beslutad styrmodell och andra regler som gäller i en organisation. Informella institutioner är sådant som inte är beslutat och officiellt, men som ändå påverkar beteendet. Dessa informella institutioner kan göra förändringar av de formella institutionerna helt verkningslösa och för att lyckas styra en organisation måste således även dessa tas hänsyn till. En förutsättning för styrning är enligt Brorström att det institutionella arrangemanget är trovärdigt och att tilltro finns till att tagna beslut ligger fast.

3.2.2. Förutsättningar för förändring

Professionella organisationer är enligt Mintzberg (1983) stabila till sin natur och professionerna som kontrollerar dem tenderar att vara konservativa. Professioner har starka traditioner och ställer sig ofta tveksamma till förändringar och innovationer. Makten att genomföra förändringar i en professionell organisation ligger enligt författaren huvudsakligen hos de professionella, vilket innebär att en förändring måste accepteras av de professionella för att kunna genomföras framgångsrikt. På grund av att denna breda förankring krävs menas förändringar i professionella organisationer vara långsamma och föregås av intriger och politiskt maktspel.

Administratörer som inte hör till professionen, myndigheter och andra externa intressenter anses enligt Mintzberg (1983) ofta se svårigheten att förändra professionella organisationer som ett resultat av bristande kontroll över de professionella. Som en följd försöker administratörer kontrollera arbetet genom samordning, övervakning eller standardisering av processer. Författaren menar dock att komplexa processer inte kan formaliseras genom regler och rutiner, lika lite som svårdefinierade resultat kan standardiseras genom kontrollsystem. Dessa kontrollförsök kan då skapa ett spel där fel beteenden uppmuntras, fel saker mäts och de professionella ägnar sig åt att tillfredsställa systemet istället för patienterna/kunderna. Svårigheten att förändra professionella organisationer anses av Mintzberg bero till stor del på traditionerna inom professionen. En stor del av den förändring som trots allt sker inom organisationerna baseras inte på förändringar påtvingade från administrationen eller myndigheter, utan på att professionen i sig långsamt förändras, vilket exempelvis kan ske genom förändring av vad som lärs ut under utbildningen och vem som kan tas in i professionen.



3.3. *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvården*

3.3.1. Domäner inom hälso- och sjukvården

Sjukvårdsorganisationer beskrivs av professor Sahlin-Andersson vid Stockholms universitet och Fil. Dr. Östergren vid Handelshögskolan i Umeå (1998) som omfattande tre skilda domäner: den professionella, den administrativa och den politiska. Varje domän har sina principer och sina logiker. Hallin & Siverbo (2003) menar att detta är en form av förenkling, då sjukvården i praktiken består av ännu fler världar knutna till olika yrkesgrupper och arbetsplatser. I vår fortsatta framställning väljer vi dock att utgå från Sahlin-Andersson & Östergrens indelning för att få en rimlig bild av styrning inom hälso- och sjukvården.

Den professionella domänen

Högst upp i den professionella hierarkin inom hälso- och sjukvården befinner sig enligt Hallin & Siverbo (2003) läkarna. Under dem finns sjuksköterskorna, undersköterskorna och övriga yrkesgrupper, som i traditionell mening inte ses som professioner. Hur högt en profession befinner sig i hierarkin kopplas enligt författarna till utbildningens längd och status. Inom läkargruppen finns även där en tydlig hierarki, vilket är beroende av vilka kunskaper läkaren har, vilken specialitet han eller hon är verksam inom samt var arbetsplatsen är belägen. Att till exempel ha forskarmeriter eller att ha kirurgi som specialistområde är högre ansett än att inte ha forskat eller att exempelvis arbeta inom allmän medicin (Hallin & Siverbo, 2003). Abbot (återgiven i Hallin & Siverbo, 2003) beskriver hur professioner existerar i ett system av professioner, vilka till hög grad kännetecknas av konkurrens. Inom de olika professionerna pågår enligt Abbot en ständig kamp om resurser, prestige och inflytande i verksamheten.

Den medicinska verksamheten domineras av läkarnas värdesystem. Läkaretiken är grundläggande i detta system, med vilket menas att läkaren *"i sin gärning låta sig ledas av människokärlekens och hederns bud och hans främsta mål ska vara patientens hälsa"* (Sveriges läkarförbund, sid. 3-4, återgivet i Hallin & Siverbo 2003). Geertz (återgiven i Hallin & Siverbo, 2003) hävdar att värdesystemet för professioner byggs upp från utbildningen och vidare genom kollegor. Detta leder enligt Hallin & Siverbo (2003) till att läkaren har en högre lojalitet gentemot patienter och den egna professionen än gentemot organisationen och dess ledning. Medan läkarnas professionella identitet utgår från deras medicinska kunskap utgår sjuksköterskornas däremot från omvårdnad. Sjuksköterskornas arbete handlar till stor del om patientadministrativt arbete, vilket gör att de är beroende av läkarna. Under de senare åren har sjuksköterskorna arbetat för att förändra sin gruppidentitet och öka professionaliseringen av sitt yrke (Hallin, 2000).

De senaste tio åren har det förts en diskussion om vem som ska ha det administrativa ledningsansvaret på kliniker och avdelningar. Från och med 1997 trädde en ny reform i kraft, vilken gav verksamhetschefen och inte som tidigare chefsöverläkaren det samlade medicinska och administrativa ledningsansvaret. I och med denna reform var det inte längre nödvändigt att verksamhetschefen var läkare. Det medicinska ansvaret läggs då istället på den eller de behöriga läkare som finns inom enheten (Hallin, 2000). Tidigare arbetade verksamhetschefen med största fokus på verksamheten i sig och dess behandlingar. Idag kräver även andra delar stort engagemang såsom att lösa enhetens organisatoriska och ekonomiska problem (Albert & Whetton, Alvesson & Björkman återgivna i Sahlin-Andersson & Östergren, 1998). Detta menar Sahlin-Andersson & Östergren (1998) har gjort att verksamhetschefens professionella roll har blivit mer tillbakadragen och gett plats för de andra läkarna.



Inom hälso- och sjukvården väger den medicinska kunskapen tungt eftersom det är den som botar patienter. Detta menas ge läkarna en stark ställning gentemot andra yrkesgrupper. Det är inte bara patienterna som är beroende av deras kunskap utan det är även politiker och administrativ ledning för att styra och leda verksamheten. Läkarnas kunskapsövertag samt en stark kollegialitet inom läkarkåren har lett till självständighet och autonomi i deras yrkesutövning. Under de senaste åren har läkares självständighet minskats och den administrativa ledningens och politikernas position flyttats fram, vilket skett eftersom större fokus lagts på ekonomi och uppföljning av verksamheten. Sjuksköterskorna har även arbetat på att få ett ökat ledningsansvar i verksamheten. I samband med detta har patienternas ställning stärkts genom lagstiftning och genom att medicinsk information har blivit mer lättillgänglig för allmänheten (Hallin & Siverbo, 2003).

Den administrativa domänen

Vid sidan av den medicinska hierarkin inom hälso- och sjukvården finns en administrativ hierarki. Den administrativa hierarkin är indelad efter ansvar och befogenheter. Varje chef ansvarar för sin del av verksamheten samt för att genomföra de uppdrag som kommer från högre ledningsnivåer. I den administrativa domänen är det annan kompetens och andra värden som prioriteras än de rent medicinska. Kompetensen och värdena påverkas av näringslivets ledare och managementidéer. Ofta anses en yttre och en inre effektivisering vara av vikt liksom att erbjuda en god sjukvård till låg kostnad. Ekonomin ses som en central del i den administrativa ledningen och det finns en allmän acceptans för att den sätter gränser för verksamheten (Hallin & Siverbo, 2003).

Sjukhusledningen kan använda sig av tre typer av medel för att styra medarbetarnas beteende: den administrativa hierarkin, ekonomiska styrmedel samt normer och värderingar. Genom den administrativa hierarkin kan ledningen samordna och kontrollera arbete. De kan också använda ekonomiska styrmedel, som exempelvis ersättning för utförda prestationer, för att skapa incitament och därigenom styra vad som utförs i verksamheten. Ett tredje sätt för sjukhusledningen att styra medarbetarnas beteende är genom att skapa gemensamma normer och värderingar. I praktiken är det däremot ofta enligt författaren oklart vilken styrning som sjukhusledningar egentligen utövar (Hallin, 2003).

De förtroendevalda politikerna

Med de förtroendevalda politikerna avses de politiker som formellt styr hälso- och sjukvården. Politisk styrning sker från nationell, regional och lokal nivå. På nationell nivå styrs vården genom lagstiftning för att utarbeta ramar och spelregler för hälso- och sjukvården. På regional nivå ges riktlinjer och mål för vårdens omfattning och inriktning och på lokal nivå styrs bland annat den operativa verksamheten för att uppnå olika prestationer och resultat. Den politiska styrningen sker till största del genom lagar, mål, riktlinjer, prioriteringar, resursfördelning och strukturella förändringar, vilken till stor del sker på distans från verksamheten. Formellt sett styr politikerna i organisationens topp den administrativa ledningen, vilka i sin tur styr den medicinska professionen (Hallin & Siverbo, 2003).

Politikernas arbete präglas av att de ständigt måste göra prioriteringar (Hallin & Siverbo, 2003). När politikerna fattar sina beslut är de påverkade av det politiska systemet med valkampanjer som innebär att de är pressade av allmänheten att utforma lockande valprogram och sedan infria ofta kortsiktiga vallöften. En genomgående trend med kortsiktiga mål och färre långsiktiga resultat menas leda till allmän misstro gentemot politiker. Denna form av misstro kan leda till att politikerna försöker styra och förändra opinionen genom ännu tydligare styrning och kontroll av olika enheter (Bishop, Doroshaw, Harper, High, Novak, Pille,



O'Shea, Salinger, Spitzig & Williams, 2003). Sjukvården har enligt Sahlin-Andersson & Östergren (1998) vuxit och blivit mer komplex, vilket har gjort det svårare för politiker att sätta sig in i frågor och fatta beslut. Politikernas roll har även förändrats efter införandet av ekonomiska modeller, vilket har lett till att politiker avstått från beslut som traditionellt ingått i direktionernas politiska roll. Författarna menar att de professionella inom sjukvården ser som mest problematiskt med politisk styrning att politikerna inte ger tydliga prioriteringsbeskrivningar över vilken verksamhet som skall bedrivas. De professionella menades även tycka att det fanns en otydlighet och tvära kast från politikernas håll när det gäller dialogen mellan de professionella och politikerna.

3.3.2. Målstyrning inom hälso- och sjukvården

Den offentliga sektorn är enligt professor Rombach vid Förvaltningshögskolan i Göteborg (1991) ett exempel på en stor och komplex verksamhet som har visat sig vara svår att styra. I denna typ av organisationer menar författaren att målstyrning är en typiskt tillämpad styrform. Idén om målstyrning utgår från att alla inom en organisation ska känna till både organisationens huvudmål och delmålen hos den egna organisatoriska enheten. Målstyrning innebär att målen skall mätas och följas upp regelbundet. För att målstyrning skall vara framgångsrik krävs enligt Rombach vissa förutsättningar såsom definierade mål, anställdas engagemang i målformuleringsprocessen, återförande av resultat, belöning av måluppfyllelse och stöd från ledningen.

I offentlig verksamhet kan det enligt Rombach (1991) vara svårt att definiera klara och mätbara mål eftersom det saknas vinstmotiv. Det saknas således ett enkelt mål dit delmålen kan kopplas. Dessutom förekommer ofta målkonflikter då vissa mål är oförenliga. I offentlig verksamhet är det även svårt att mäta resultat och att koppla samman effekter med en aktivitet. Mätproblemen menas enligt författaren vara svåra att ta sig förbi och kan i sin tur skapa andra problem i organisationen. Det finns en tendens att målstyrda organisationer ställer upp låga och enkla mål, vilka blir alltför kortsiktiga. Anledningen till att målen sätts låga hävdas vara att den hierarkiska organisationen gör att chefer inte vågar sätta höga mål av rädsla för att inte leva upp till dem och genom detta förlora sin ställning. För att målstyrning ska vara meningsfullt måste det dessutom finnas en frihet i hur mål uppnås, vilket Rombach inte anser finns inom hälso- och sjukvården. Detta bland annat eftersom verksamheten starkt påverkas av Socialstyrelsens regler och förordningar. Baserat på detta resonemang menar författaren att det inte är möjligt att styra med mål inom hälso- och sjukvården (Rombach, 1991).

3.4. Studier av förändring av ekonomistyrning

3.4.1. Motstånd mot ekonomistyrningsförändring

Professor Scapens vid University of Manchester och Fil. Dr. Roberts vid University of Cambridge (1993) har undersökt introduktionen av ett nytt ekonomistyrningssystem i enhetsföretagen i en av divisionerna inom ett multinationellt företag. Scapens & Roberts utforskade det motstånd detta försök till förändring mötte och drog slutsatserna att motstånd mot förändring av ekonomistyrningen inte är irrationellt utan bygger på verkliga orosmoment och rädslor samt att motstånd kan förstås i termer av organisatorisk makt och politik. Författarna menade också att det är viktigt för organisationer när en förändring genomförs att hantera kontexten och förändringsprocessen, inte bara förändringsinnehållet. Författarna ansåg att det bara är genom analys av den historiska och organisatoriska kontexten som påverkar förändring av ekonomistyrningen som det motstånd som uppstår kan förstås. Scapens & Roberts betonade



att ekonomistyrningsförändring utgörs av komplexa sociala processer och att en organisations ekonomistyrning påverkas av en rad olika aktörer med olika, ibland motsatta, intressen.

I sin fallstudie såg Scapens & Roberts (1993) hur en organisation med en tvetydig form av decentralisering misslyckades med att säkra legitimiteten för ett nytt system. Detta tillsammans med en oförmåga att hitta en fungerande relation mellan ett produktionsorienterat och ett redovisningsorienterat språk ledde till motstånd mot ekonomistyrningsförändring. Den tvetydiga formen av decentralisering innebar att enheter som skulle vara autonoma i praktiken i stor utsträckning styrdes centralt vilket skapade frustration i organisationen. Divisionschefer såg vidare saker ur en redovisningsorienterad synvinkel medan enhetscheferna såg och förstod världen ur en produktionsorienterad synvinkel. Detta gjorde att det fanns olika syner på exempelvis förändring. Förändringsprojektet leddes också av ekonomer vilket ökade misstron ute i organisationen. Detta eftersom anställda ansåg att ekonomer hade liten förståelse för och kunskap om produktionen. Respondenter ansåg att projektet tog tid från det enligt deras åsikt verkliga arbetet. Det nya redovisningssystemet upplevdes som en övervakningsmekanism som syftade till att ersätta det produktionsorienterade språket ute i organisationen med ett redovisningsorienterat sådant genom att tvinga ledningens syn på vad som är relevant på enhetsföretagen. Det var något som dock aldrig lyckades då det produktionsorienterade sättet att se på världen levde vidare. Det motstånd som uppstod speglade enligt författarna en djupt rotad konflikt om vem som skulle kontrollera produktionen.

Scapens & Roberts (1993) utgick i sin studie från Giddens struktureringsteori. Struktureringsteorin riktar uppmärksamheten mot sättet på vilket tre dimensioner av struktur, *signification*, *domination* och *legitimation*, är ihoptvinnade i en ekonomistyrningskontext. Genom att visa på vad som är viktigt och vad som inte är viktigt i en organisation (*signification*) menas ekonomistyrningen skapa förutsättningar för maktstrukturen (*domination structure*). Detta genom att de som kan tala ekonomistyrningens språk och som gör det ekonomistyrningen framhäver som viktigt får makt. Ekonomistyrningen kan genom att visa på vad som är viktigt också ge legitimitet för handlingar som ligger i linje med det som ekonomistyrningen framhåller som betydelsefullt (Giddens återgiven i Scapens och Roberts, 1993). Scapens & Roberts hävdade med referens till struktureringsteorin att det inte är tillräckligt att studera organisatoriskt motstånd i termer av maktanvändning utan att det också måste kopplas till strukturer av *signification* och *legitimation*.

3.4.2. Stabilitet i och runt ekonomistyrningssystem

Granlund (2001) vid Turku School of Economics and Business Administration har genom en longitudinell fallstudie undersökt orsakerna till varför ekonomistyrningssystem ofta är stabiliserande och svåra att förändra. Han har med stöd i institutionell teori och Giddens struktureringsteori försökt visa hur ekonomistyrningspraktiker kan bli institutionaliserade och på så sätt bli djupt nedbäddade i organisatoriska strukturer. Institutioner menas stabilisera det organisatoriska livet och leda till att människor är beredda att försvara rådande rutiner.

I studien, där Granlund (2001) studerade ABC-implementering, kunde denne se hur ekonomiska, institutionella och individuella krafter som verkade för stabilitet vägde tyngre än lika kategoriserade krafter som verkade för förändring och hur detta så småningom ledde till ett kollektivt förnekande av ABC-projektet. Från projektets start fanns en grogrund för det växande motståndet på grund av att projektet tilldelades otillräckliga finansiella resurser och på grund av ett utvecklingsteam dominerat av ekonomer. Det uppstod också under processen ett bristande engagemang hos ledningen, som ansåg att projektet blivit försenat och inte producerade resultat tillräckligt fort. Detta gjorde att ledningen tappade engagemang då de hade andra



viktiga uppgifter på gång. Granlund ansåg att ledningen från början inte hade en aning om vilka individuella och sociala konsekvenser ett sådant projekt kunde få. Fallstudien visade att mänskliga faktorer var mycket viktiga och att stor uppmärksamhet ska ges sammansättning av utvecklingsteam och deras utbildning.

Granlund (2001) menade att mänskliga faktorer och institutionella krafter alltid kommer att upprätthålla en viss osäkerhet vad gäller de slutsatser som kan dras av analyser av sociala processer. Oavsett hur skickligt nya ekonomistyrningssystem implementeras menar författaren att det alltså finns en stor osäkerhet om resultaten, vanligen främst som en följd av de mänskliga faktorerna.

3.4.3. Förändring av ekonomistyrningssystem

Kasurinen (2002) vid Helsinki School of Economics har genom en longitudinell fallstudie av BSC implementering vidareutvecklat en teoretisk modell gällande förändringskontexten för ekonomistyrningsförändringar. Modellen, som ursprungligen skapats av Innes & Mitchell samt vidareutvecklats av Cobb, Helliard & Innes, beskriver hur krafter kallade *motivators*, *catalysts* och *facilitators* verkar för förändring. *Motivators* syftar på generella faktorer som hjälper till att skapa ett förändringsbehov t.ex. en ny produktionsteknologi. *Catalysts* är direkt associerade med förändringsbeslutet i organisationen och kan till exempel vara förlust av marknadsandel eller ett undermåligt finansiellt resultat. *Facilitators* är faktorer som är nödvändiga men inte tillräckliga för förändring. Det kan röra sig om exempelvis tillräckliga resurser hos redovisningsavdelningen. Dessa krafter skapar tillsammans med *momentum* och *leaders* potentialen för förändring av ekonomistyrningen i organisationen. Begreppet *momentum* syftar på förväntningarna hos de anställda på att förändringsprocessen kommer att slutföras. Genom att *leaders* tas med i modellen betonas den stora påverkan individer kan ha på förändringsprocessen. Huruvida den förändringspotential som skapas av dessa positiva krafter sedan kommer att realiseras beror på hur stora och svårgenomträngliga barriärer som kan hindra, försena eller förebygga förändring av ekonomistyrning i praktiken är. Kasurinen vidareutveckling av den ursprungliga modellen bestod främst i att denne grupperade barriärer i de tre olika kategorierna *confusers*, *frustrators* and *delayers*. *Confusers* syftar på faktorer som ökar osäkerheten runt förändringsprojektet t.ex. osäkerhet om projektets framtida roll i organisationen samt olika syn på förändring. *Frustrators* åsyftar faktorer som försvårar förändringsförsöken som t.ex. en teknikorienterad organisationskultur. *Delayers* är slutligen benämningen på faktorer som försenar förändringsprojektet och kan t.ex. vara brist på tydliga strategier och otillräckliga informationssystem. Kasurinen drar slutsatsen att de olika barriärerna och villkoren för förändring gör att förändringsprocesser i organisationer allt mer går från systematiska processer till en allt mer osystematisk och politisk aktivitet. Genom att tidigt analysera förändringskontexten med hjälp av modellen menar Kasurinen dock att organisationer kan få en djupare förståelse för förändringsprocessen som kan hjälpa dem att kringgå barriärerna.

3.4.4. Ett institutionellt ramverk för ekonomistyrningsförändringar

Fil. Dr. Burns vid University of Manchester har tillsammans med tidigare nämnda Scapens (2000) utvecklat ett institutionellt ramverk för ekonomistyrningsförändring. Burns & Scapens artikel tar sin utgångspunkt i antagandet att ekonomistyrningssystem och praktiker ofta blir till stabila regler och rutiner i organisationer. Utifrån detta förs ett resonemang om att ekonomistyrning över tid kan bli institutionaliserad och på så sätt kommer att underbygga förgivettagna sätt att tänka och handla i en organisation. Med institution åsyftar författarna ett sätt att tänka eller handla som med viss varaktighet blir en del av en grupps vanor eller ett folks tradi-



tioner. Författarna menar att ekonomistyrningspraktiker både formar och formas av de institutioner som finns i organisationen. Formella ekonomistyrningssystem är att ses som regler, medan rutiner är det sätt på vilket ekonomistyrning verkligen används. Det finns enligt institutionell teori en koppling mellan regler och rutiner eftersom regler kan bli till rutiner när de blir så brett accepterade i organisationen att de blir en form av ekonomistyrning som inte kan ifrågasättas och på så sätt blir institutionaliserade. Författarna menar inte att ekonomistyrningssystem blir institutionaliserade i alla organisationer men att det finns potential för det. Medan regler kan ändras över en natt är rutiner enligt författarna ofta svåra och tidskrävande att förändra. Hela förändringsprocessen guidas av de rådande institutionerna. När avsiktlig förändring studeras är det enligt författarna därför viktigt att analysera rådande institutioner. Detta eftersom det verkar troligt att ekonomistyrningsförändring som ligger i linje med existerande institutioner och rutiner är lättare att uppnå.

3.4.5. Ekonomistyrningsförändring inom hälso- och sjukvården

Under det senaste decenniet har en rad nya ekonomistyrningsmodeller introducerats i sjukvården i syfte att lösa konflikten mellan de stora krav som ställs på verksamheten och bristen på resurser. Effektivitet har eftersträvat bland annat genom marknadslika styrformer med köp- och säljsystem, prestationsrelaterade ersättningar och resultatenheter. Förebilden har varit den privata sektorn, vilken ansetts mer effektiv. Sjukvården menas dock vara svår att styra och resultaten av dessa nya styrformer har inte alltid blivit som planerats (Brorström, 2000).

Blomquist & Packendorff vid Umeå universitet (1998) har i sin doktorsavhandling gjort en omfattande studie av ett antal olika ekonomiska styrinitiativ i Västerbottens Läns Landsting, Landstinget i Sörmlands Län och Landstinget i Uppsala Län i syfte att analysera den ekonomiska styrningens användning som förändringsstrategi i hälso- och sjukvården. Författarna lyfte inledningsvis fram ett antal utgångspunkter för studier av ekonomistyrningsförändringar. Det betonades bland annat att ekonomisk styrning är en socialt konstruerad företeelse i organisationer och att institutionella strukturer förser människorna med den ekonomiska styrningens mening och legitimitet. För att förstå den ekonomiska styrningen hävdar författarna att forskare måste förstå hur aktörerna upplever den. Aktörernas upplevelse av styrningen blir således enligt detta synsätt centralt och Blomquist & Packendorff betonar även att aktörer i en organisation kan ha olika upplevelser av den ekonomiska styrningen på grund av olika underliggande värderingar och institutionella referensramar. Författarna menar vidare att den ekonomiska styrningen måste studeras i sin kontext. Detta då den bara är en aspekt av ledningsarbetet i en organisation och därför påverkas av hur situationen i övrigt upplevs.

Det finns enligt Blomquist & Packendorff (1998) inom hälso- och sjukvården två parallella normsystem när det gäller den ekonomiska styrningen, ett administrativt och ett verksamhetsnära. Det administrativa normsystemet baseras på att den ekonomiska styrningen är en central och övergripande styrform för organisationen. Ambitionen är att förändringsbudskapet ska nå fram till alla genom att chefer på olika nivåer anpassar budskapet till sina respektive enheter. Införandet av nya styrsystem präglas av att chefer tydligt pekar ut vad som ska göras, hur det ska göras och vem som ska göra det. Syftet är att de införda styrsystemen ska få en långsiktig påverkan på organisationen. I det verksamhetsnära normsystemet, å andra sidan, är den ekonomiska styrningen inte en generell styrform för hela organisationen utan bara en aspekt bland andra på styrningen. Införandet hanteras som tillfälliga satsningar. Några utvalda ska under en begränsad tid utföra uppgifter för att sedan kunna lämna dem och återgå till verksamheten. Ekonomiska styrinitiativ genomförs således som projekt i syfte att avgränsa dem. En central skillnad är att ekonomisk styrning i verksamheten ses som en stabsfunktion och



inte som ett verktyg för att styra hela organisationen. Den upplevs vara till för administrationen och inte för verksamheten. En konsekvens av de skilda synsätten menas också vara att chefer på enhetsnivå inte tar med sin personal i processen runt nya styrsystem, vilket gör att en förenklad syn på styrmedlen sprider sig i organisationen, där de lätt kan avfärdas som exempelvis bara ytterligare sätt att spara pengar (Blomquist & Packendorff, 1998).

Skillnaden i synsätt mellan administratörer och professionella har även belysts av professor Coombs (1987) vid University of Washington. I hans artikel beskrivs läkares och administratörers attityder till den ökning av information för kontroll som genereras av pågående och föreslagna förändringar i ekonomisystemen vid två svenska sjukhus. Resultaten visade att administratörer generellt var mycket positiva till utförligare ekonomistyrningsinformation, vilket de menade möjliggör bättre mätning av kostnadseffektivitet och lämpligare resursallokering. Administratörerna ansåg även att bättre information ger möjlighet att ha självstyrande kliniker samt att göra mer explicita val och prioriteringar. Läkarna var även de till viss del positiva till den ökade tillgången på information för styrning. Redovisningsinformation skulle då kunna hjälpa dem att se möjligheter inom de egna klinikerna och hjälpa läkarna att argumentera för sin sak. Läkarna har enligt Coombs blivit mer kostnadsmedvetna, vilket de själva menades tycka var bra. Däremot var de ofta kritiska mot kvaliteten på redovisningsinformationen. Vidare fanns också en syn bland läkarna att det är tekniska möjligheter och inte ekonomiska begränsningar som ska avgöra vilken behandling som används. När en behandling blir praktiskt möjlig att genomföra kommer den också att användas, vilket står i konflikt mot kraven på ökad kostnadsmedvetenhet. Författaren hävdar att detta visar att läkarna tagit till sig vissa av de administrativa värderingar, men att förändringen i synsätt motverkades av de starka professionella värderingarna att patienten alltid kommer i första hand oavsett kostnad.

Brorström (1995), visade i en studie av implementeringen av en ny styrmodell (den så kallade Bohusmodellen) i Bohuslandstinget att överläkare och specialistläkare dels var mer kritiska till förändring av organisation och styrmodeller, dels var mer negativa till ledningens agerande än andra grupper inom sjukhuset. Överläkarna och specialistläkarna var mer kritiska mot alla förändringar från ledningshåll än till exempel sjuksköterskor och avdelningschefer, som såg möjligheter och värden i den nya decentraliserade styrmodellen. I studien söktes inga förklaringar till detta fenomen, men författaren går i ett senare verk (Brorström, 2000) tillbaka till studien och diskuterar möjliga orsaker till läkarnas skepticism. Författaren lyfter fram att läkarna kan känna sig hotade av nya styrmodeller, bland annat beroende på modellernas betoning på ekonomi, vilket hotar läkarnas kunskapsövertag. De är vana vid att alltid veta bäst, vilket de inte gör när det gäller ekonomi. Införandet av en ny styrmodell är för professionen ett försök att utöva en mer påtaglig styrning, där administrationen får ökat inflytande på professionens bekostnad och professionen värjer sig därför mot försöken till styrning. Andra förklaringar menar författaren kan vara sammanblandning mellan nya styrmodeller och minskade ekonomiska resurser. Samtidigt som nya styrmodeller införts har resurserna successivt minskat och ständiga sparbetning blivit vardag. Effekterna av besparingar och styrmodellerna kan blandas samman för den enskilde läkaren, som då riktar kritiken mot ledningen och de aktuella styrmodellerna. Många uppfattar det som att tid för patienter, kontakt med kollegor och kompetensutveckling har minskat på grund av att mer tid måste ägnas åt administration och pappersarbete.

Ytterligare en aspekt som Brorström, Hallin & Leffler (1999) tar upp är att det enligt de professionella finns ett glapp mellan ideal styrning och verkligheten. I en studie där överläkare och specialistläkare intervjuats visade författarna att de professionella ville att idealorganisationen ska byggas utifrån patientens behov och mötet mellan patient och läkare. Idealt skulle



verksamheten enligt dessa bedrivs i mindre enheter, organisationen ledas av läkare och ledningen se till att utrymme fanns för reflektion och samarbete. Däremot ansåg de intervjuade att verkligheten såg annorlunda ut. Organisationen menades vara byggd från ett uppifrånperspektiv, större sjukhus hade bildats, andra grupper har vunnit inflytande på läkarnas bekostnad och det ansågs inte heller finnas någon tid för eftertanke och samarbete. Författarna tolkade situationen som att en maktkamp pågår om vems organisationsideal som ska råda inom hälso- och sjukvården. Det fanns hos läkarna ett bristande förtroende för ledningen och därför hade en isolering mellan ledning och verksamhet uppstått. Alla förändringar är mycket resurskrävande om ens möjliga och det fanns en trötthet och en uppgivenhet hos läkarna. Detta talade enligt författarna för att vidare reformer som initieras av ledningen överhuvudtaget inte kommer att beaktas av de professionella och att maktkampen kan övergå till ointresse.

3.4.6. BSC i svensk hälso- och sjukvård

BSC har lanserats som ett lämpligt styrsystem för den offentliga sektorn och har på senare år fått stort genomslag i praktiken. Modellen kan sägas vara den senaste trenden inom styrning av svensk hälso- och sjukvård. Bland annat har Västra Götalandsregionen, som tidigare nämnts, beslutat att modellen ska tillämpas inom alla regionens förvaltningar och verksamheter. Landstingsförbundet har sedan 1999 drivit ett arbete för att öka förståelsen och kunskapen om BSC och dess användning i hälso- och sjukvården. Som en del av detta arbete har Ekon. Dr. Aidemark vid Växjö universitet (2001 b) på uppdrag av Landstingsförbundet gjort en studie av vilken betydelse BSC har i sjukvårdsorganisationer. Rapporten analyserar erfarenheter från fem olika landsting där försöksverksamhet pågått.

En inledande intervjustudie av Aidemark (2001 a) pekade på att introduktionen av BSC kan få uppslutning bland de professionella i sjukvården. Författaren diskuterar det faktum att BSC enligt dess skapare Kaplan & Norton (1996) är en hierarkisk styrmodell, vilket innebär att den är avsedd att användas för uppföljning och kontroll av hela organisationen från dess högsta nivå till dess lägsta. Aidemark menar att modellen därför i enlighet med Ouchis (1979, 1980) tidigare nämnda resonemang borde möta motstånd bland de professionella. Till sin förvåning fann dock författaren i sin studie att BSC verkade vara en attraktiv modell för både professionella och administratörer. BSC ansågs av de intervjuade vara en styrmodell som reducerar osäkerhet om mål, kommunicerar de professionellas komplexa arbete till administratörerna samt stimulerar till dialog rörande vision och strategi. Även den större studie som författaren gjort för Landstingsförbundets räkning (Aidemark, 2001 b) pekade på att BSC är ett praktiskt användbart verktyg för styrning inom sjukvården. Dock visade studien att det krävs en uttalad ambition att komplettera den traditionella ekonomiska redovisningen och en bred förankring bland personalgrupperna för att introduktionen av styrmodellen ska vara lyckosam. Vidare visade studien tydligt att personalen vill ha ett hjälpmedel för mätning, inte ett mätsystem för jämförelser mellan sjukhus eller kliniker. Styrmodellen ska således inte enligt deltagarna i undersökningen användas för hierarkisk kontroll. Detta innebär enligt författaren att BSC som styrmedel i huvudsak är användbart på kliniknivå för att mäta hur målen uppnås. Modellen menas dels kunna reducera den osäkerhet som de professionella arbetar under, dels fungera som ett ledningssystem för klinikansvariga. Vidare visade studien att BSC kan bli ett gemensamt språk i en dialog som leder till samverkan och ökad enighet kring verksamhetens mål.

Ytterligare en studie av BSC i hälso- och sjukvården har gjorts av Hallin & Kastberg (2002). I studien studerades tre enheter, två kliniker och ett primärvårdsområde, i syfte att undersöka hur BSC fungerar i praktiken, om modellen uppfattas som legitim av personalen och vilka effekter den fått på verksamheten. Studien visade att BSC inte fungerade i enlighet med



Kaplan & Nortons originalmodell (Kaplan & Norton, 1996) utan att lokala anpassningar hade skett. Det konstaterades att modellen fungerade som ett hierarkiskt styrinstrument i endast en av enheterna. Istället fyllde BSC funktioner som uppföljnings- och förbättringsinstrument, plattform för dialog och ram för integrering av flera olika styrsystem. Vidare visade författarna att det fanns stora variationer mellan personalgrupper och individer vad gäller styrmodellens legitimitet. En del anställda hade helt tagit till sig modellen och arbetade aktivt med och drev på användningen, medan andra visade litet intresse eller såg modellen som onödigt arbete. Författarna drog slutsatsen att stora delar av personalen inom de tre enheterna inte hade accepterat modellen och att legitimiteten således var bristfällig. Slutligen pekade studien på att ett flertal effekter av användningen av modellen sågs av dem som arbetar med den. Användningen av BSC menades ha skapat ett ökat engagemang för verksamheten och dess resultat och exempel gavs på att modellen hade medverkat till att förbättra verksamheten samt bidragit till att skapa ett gemensamt språk.



4. PRESENTATION AV FALLORGANISATIONEN

I detta kapitel behandlas inledningsvis den svenska hälso- och sjukvården med fokus på den inom Västra Götalandsregionen. Därefter presenteras vår fallorganisation Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, de verksamhetsområden vi studerat samt organisationens BSC-projekt.

4.1. Svensk hälso- och sjukvård

Den svenska hälso- och sjukvården är offentligt reglerad och till mestadels offentligt finansierad. Finansieringen sker till stor del genom den så kallade tredjepartsfinansieringen, där den huvudsakliga betalningen av vårdgivares patientarbete sker genom en tredje part, nämligen landstingen och kommunerna. Stat, landsting och kommuner delar på ansvaret för vården i Sverige. Staten har det övergripande ansvaret som lagstiftare och är ansvarig för verksamhetens tillsyn. I detta ansvar ingår även utbildningsformen. Landstingen ansvarar i sin tur för att invånarna erbjuds en god vård på lika villkor. Kommunerna ansvarar slutligen för att erbjuda vård i olika boendeformer och dagverksamhet (Hallin & Siverbo, 2003).

4.2. Västra Götalandsregionen

Västra Götalandsregionen bildades år 1999 genom en sammanslagning av landstingen Bohus, Älvsborg och Skaraborg samt sjukvården i Göteborgs Stad. Regionen omfattar idag 49 kommuner med cirka 1,5 miljoner invånare (Falkman & Siverbo, 2001). 48 000 personer är anställda inom regionen, varav de flesta arbetar inom hälso- och sjukvården (www.vgregion.se/detta_ar_vgr/, 031121).

4.2.1. Styrning av regionens hälso- och sjukvård

I samband med bildandet av regionen infördes en ny ekonomisk styrmodell som bygger på en beställar- och utförarorganisation och prestationsfinansiering. Avsikten med denna modell var att beställarna ska köpa hälso- och sjukvård av ett antal producerande organisationer som ska konkurrera med varandra. Dock får producenterna inte konkurrera med prissättning, utan endast med kvalitet. Producenterna får sin ersättning till hälften i form av anslag och till hälften i form av prestationsfinansiering. Styrmodellen innebär en strävan från anslagsfinansiering mot incitament till produktion och ekonomisk medvetenhet samt en strävan från interna monopol mot konkurrens och affärsmässighet (Falkman & Siverbo, 2001).

4.2.2. Tidigare trender inom styrning av hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården expanderade kraftigt under 1980-talet, vilket ledde till en oöverblickbar verksamhet och svårigheter vid beslutsfattande. För att bemöta dessa svårigheter decentraliserades verksamheten och de lokala politiska nämnderna och styrelserna i landstingen utökades. Det fanns en förhoppning om att utökningen av nämnder och styrelser skulle skapa en närmare kontakt med patienter och vårdenheter, vilket skulle ge dem ett bättre beslutsunderlag. Decentraliseringen ledde istället till tydligare rollfördelning mellan politiker och verksamhetsansvariga. Under slutet av 1980-talet hade både kommuner och landsting svåra finansiella problem med bristande ekonomisk tillväxt och en allvarlig statsfinansiell situation. För att få bukt med problemen introducerades ett marknadsliknande system med fokus på patient och producent, vilket ökade kostnadsmedvetandet. Marknadssystemet var ett första steg mot att konkurrensutsätta den egna verksamheten. Under mitten av 1990-talet ansågs det istället



att effektivisering endast skulle kunna ske genom centralisering för att klara landstingens ekonomiska situation. Sjukhus och andra organisatoriska enheter slogs samman, däribland kan nämnas sammanslagningen år 1997 mellan Sahlgrenska sjukhuset, Östra sjukhuset och Mölndals sjukhus till Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) (Hallin & Siverbo, 2003). De idag allt mindre ekonomiska resurserna i hälso- och sjukvården har lett till att flera olika ekonomiska styrmodeller har introducerats och avfärdats inom verksamheten (Sahlin-Andersson & Östergren, 1998).

4.2.3. BSC i Västra Götalandsregionen

År 1999 beslutade Västra Götalandsregionen att införa ett ledningsstödsystem, i syfte att ge relevant, tillförlitlig och lättillgänglig information. Syftet var också att införa ett system i samtliga verksamheter för att säkerställa tillgång till korrekta beslutsunderlag och ge information om hur regionens strategiska mål uppnås. Det ledningssystem som infördes var BSC. Kriterierna för regionens verksamheter är att samtliga ska beskriva sin vision och verksamhetsidé, sätta upp långsiktiga strategiska mål och styrta, beskriva vilka aktiviteter som måste genomföras för att nå målen samt hur dessa följs upp och korrigeras (www.vgregion.se/ledningstod/, 031120).

Vid regionens uppföljningar ska arbetet redovisas ur flera perspektiv, nämligen patient/kundperspektiv, finansiellt perspektiv, utveckling/lärande/medarbetarperspektiv samt ett perspektiv som handlar om arbetssätt, vilket innebär att regionens alla verksamheter i praktiken måste införa BSC som ledningssystem (www.vgregion.se/ledningstod/, 031120). Regionen har som stöd för arbetet gett ut en handbok för BSC. Denna syftar främst till att vara en praktisk hjälp för verksamheterna i framtagandet av styrkortet och innehåller förutom beskrivning och syften med modellen även en detaljerad metod för att utveckla ett BSC. Regionstyrelsens mål var att alla verksamheter senast år 2002 skulle vara involverade i arbetet med ledningsstödsystemet, vilket enligt författaren i det närmaste uppnåtts (Aartojärvi, 2003).

4.3. *Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus*

4.3.1. Styrning och organisering av fallorganisationen

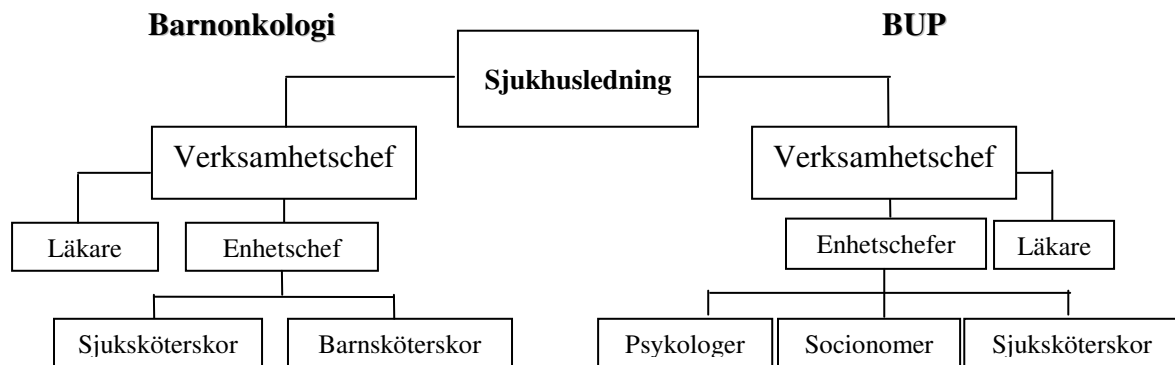
Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus ingår i Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU). SU är idag ett av norra Europas största sjukhus (Hallin, 2000). Barnsjukhusets främsta uppgifter är att bedriva (Verksamhetsberättelse 2002):

- Läns- och regionsjukvård för barn och ungdomar
- Högspecialiserad sjukvård för barn och ungdom i Västra Götaland, övriga avtalslutande landsting och övriga riket
- Forskning, utbildning och utveckling

Verksamheten är i huvudsak lokaliserad på Östra sjukhuset, men även i andra delar av Göteborgs stad. Sjukhuset har cirka 1800 anställda inklusive visstidsanställda. Verksamheten är organiserad i tio olika verksamhetsområden, se bilaga 3 (Verksamhetsberättelse 2002).

Varje verksamhetsområde leds av en verksamhetschef som under sig har ett antal enheter som i sin tur leds av enhetschefer med ansvar för budget och personal. Vid sidan av denna hierarki finns en enhetsöverläkare som ansvarar för den medicinska vården. Samtliga läkare är direkt underställda verksamhetschefen. Enhetscheferna är således chefer för alla personalgrupper utom läkarna (interna faktauppgifter från barnsjukhuset). Barnsjukhuset driver även en insam-

lingsstiftelse som samlar in pengar i syfte att stödja trivselskapande åtgärder för att underlätta barnens sjukhusvistelse. Stiftelsens medel får inte användas till den normala driften av sjukhuset (Insamlingsstiftelsen för Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, 2001).



Figur 2: Hierarki inom Barnonkologi och BUP (egen modell)

4.3.2. Studerade verksamhetsområden

Barnonkologi

Verksamhetsområdet Barnonkologi har som övergripande mål att tillhandahålla medicinsk terapi och omvårdnad till barn med cancer, immunbristsjukdomar och reumatiska sjukdomar. Verksamheten är lokaliserad till Östra Sjukhuset där det finns en högspecialiserad slutenvårdsavdelning för barn med cancer och benmärgstransplantationer samt en barnonkologisk dag- och öppenvårdsmottagning (Verksamhetsberättelse 2002).

Inom Barnonkologi arbetar 55 personer varav 10 läkare, 32 sjuksköterskor, 9 barnsköterskor och 4 sekreterare (interna faktauppgifter från barnsjukhuset).

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

BUP:s uppgift är att utreda, diagnosticera och behandla psykiska störningar hos barn och ungdomar. Verksamheten är utspridd både på Östra Sjukhuset och på ett flertal platser i Göteborg med omnejd (Verksamhetsberättelse 2002). I verksamhetsområdet ingår en akutmottagning, en anorexi-bulimienhet, en familjebehandlingsavdelning, en konsultmottagning, en korttidsvårdsavdelning, en OCD/ångestmottagning samt 11 öppenvårdsavdelningar (www.sahlgrenska.se/vard/utbud/barn/index.htm, 031120). Inom BUP arbetar 237 personer, varav 54 psykologer, 54 socionomer, 28 sjuksköterskor, 23 läkare samt 54 personer tillhörande övriga kategorier som exempelvis ekonomipersonal och sekreterare (interna faktauppgifter från barnsjukhuset).

4.3.3. BSC på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus

På Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus har arbete med BSC sedan några år tillbaka ägt rum i syfte att modellen ska bidra med en struktur för arbete med mål och strategier inom sjukhuset. Ledningen beslutade år 2001 att de skulle börja med verksamhetsområdenas BSC och parallellt med detta tog en arbetsgrupp fram ett BSC för barnsjukhuset som helhet, baserat på verksamhetsområdenas styrkort. Målet är att BSC ska finnas på sjukhusnivå, verksamhetsnivå och enhetsnivå (Verksamhetsberättelse 2002).

Våren 2002 skrevs en kandidatuppsats på Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet som behandlade implementeringen av BSC på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Syftet med uppsatsen var att ta reda på hur implementeringsprocessen av en ny styrmodell går till



samt vilken roll BSC spelar inom en organisation som traditionellt fokuserar på omsorg om patienterna och inte på ekonomiska mått. Studien pekade på att det fanns en acceptans bland personalen för BSC som modell och hjälpmedel, men att engagemang saknades på grund av tidsbrist. Denna brist på tid och engagemang menade författarna kunde hota förutsättningarna för en lyckosam implementering (Johansson & Larsson, 2002). Viktigt att påpeka är dock att resultaten baserades på enkäter endast till personal som deltagit i utbildning och arbete med BSC, i huvudsak chefer och läkare. Undersökningen sa emellertid inget om huruvida det fanns acceptans för modellen bland anställda som inte deltagit i utbildning.



5. RESULTATREDOVISNING OCH ANALYS

I detta kapitel redogör vi för studiens resultat samt gör en tolkning av dessa. Inledningsvis beskrivs de studerade verksamhetsområdena. Därefter diskuteras anställdas upplevelse av styrning, förändring samt av BSC och modellens påverkan på de anställda och verksamheten.

5.1. Barnonkologi och BUP

Verksamhetsområdena Barnonkologi och BUP skiljer sig åt genom att Barnonkologi är en relativt litet verksamhetsområde geografiskt samlat på barnsjukhuset medan BUP består av dels centrala enheter på barnsjukhuset dels ett flertal geografiskt spridda distriktsmottagningar. Något som också verkade skilja sig mellan verksamhetsområdena, eventuellt som en följd av ovanstående skillnad, är att BUP upplevdes som ett splittrat verksamhetsområde där geografiskt spridda enheter inte tycktes känna lojalitet med barnsjukhuset och verksamhetschefen. Många respondenter ansåg att verksamhetschefen inte har en aning om vad de arbetar med ute på enheterna. Verksamhetschefen i sin tur tyckte att distriktsmottagningarna, med tanke på uppdraget, egentligen borde höra till primärvården. Inom Barnonkologi däremot är verksamheten mindre, mer samlad och ett flertal respondenter uttryckte förtroende för verksamhetschefen.

Inom Barnonkologi arbetar i huvudsak läkare, sjuksköterskor och barnsköterskor, varav sjuksköterskorna är den största gruppen. BUP däremot består huvudsakligen av psykologer, sociologer, sjuksköterskor och läkare. Inom BUP är läkarna den minsta personalgruppen och de är inte heller något självklart permanent inslag på alla enheter.

5.2. Anställdas upplevelse av styrning

Sahlin-Andersson & Östergren (1998) menar att hälso- och sjukvården består av den professionella, den administrativa och den politiska domänen. I vår studie har det tydligt bekräftats att dessa tre domäner har olika värderingar och att motsättningar förekommer mellan domänerna. Dessa motsättningar upplever vi främst handlar om vems värderingar som ska styra, vilket behandlas i denna del om anställdas upplevelse av styrning.

5.2.1. Styrning i en professionell organisation

Styrning i professionella organisationer är enligt Mintzberg (1983) komplicerad på grund av att den största makten ligger hos de professionella som även försöker kontrollera de administrativa beslut som påverkar dem. Dessa svårigheter har framkommit i vår studie. Den första reaktionen på ordet styrning var negativ hos nästan alla respondenter. Respondenternas spontana känsla för ordet var ofta "någon som styr en dit man kanske inte vill" och liknande resonemang. Dock menade ett flertal intervjuade när de tänkte efter att styrning också kan vara positivt i den meningen att den riktar uppmärksamheten åt ett håll. Verksamhetscheferna hade en mer positiv syn på styrning än flertalet övriga respondenter. En verksamhetschef menade att det alltid är någon som styr och att det då är bra att ha en styrmodell som tydliggör organisationen och de anställdas ansvar. Den andra verksamhetschefen ansåg att en verksamhet alltid måste styras på något sätt. Verksamhetschefen talade också om svårigheterna med att styra en sjukvårdsorganisation. I enlighet med Rombach (1991), som menar att målstyrning inte fungerar i sjukvården eftersom den frihet som krävs för medarbetarna i sättet att arbeta mot målen saknas, framhöll respondenten att det finns många regler från exempelvis



Socialstyrelsen som måste följas. Det största problemet var enligt honom dock inte detta. Han menade istället att: *"Den springande punkten är att styra professionella människor"*. Respondenten ansåg att de professionella har andra värderingar än administratörer och politiker och att dessa värderingar är mycket svåra att förändra.

Starka professioner som läkare menades enligt en intervjuad ekonom genom sin expertis ha en speciell självständighet som är svår att styra, en åsikt som ligger i linje med Mintzbergs (1983) resonemang. Ekonomen berättade att läkare inte kan bli tillsagda vad dessa ska göra utan att de professionella måste styras indirekt genom resursfördelningen. Resursförbrukningen menades dock vara svår att styra i praktiken då intaget till akuten exempelvis inte kan stoppas för att pengarna är slut. Respondenten berättade även att det inom dessa professioner arbetar ambitiösa människor, som vill göra mer för patienterna än vad de får betalt för och som inte alltid tänker på kostnadsbegränsningarna. Ekonomen menade att prioriteringsdiskussionen inom vården kan ses som en svårighet eftersom den kommer uppifrån. Diskussionen ansågs dock inte vara något nytt eftersom Socialstyrelsen enligt respondenten fört samma resonemang i tio år. Skillnaden menades vara att prioriteringarna tidigare gjorts av läkarna själva, men att de idag görs på ett annat plan. Detta kan anses ligga i linje med Mintzbergs (1983) resonemang om att professionella vill styra snarare än att bli styrda.

Enligt Brorström (2000) kan läkare känna sig hotade av administrativa styrmodeller, som för dem är ett sätt att utöva mer kontroll på professionens bekostnad. Detta resonemang stöds av att läkarna i vår studie visade en tydlig motvilja mot att bli styrda uppifrån. En läkare uttryckte det som: *"Det är svårt att styra doktorer eftersom vi är individualister"*. En annan läkare sa: *"Jag vill inte ha någon mer styrning uppifrån"*. Även andra personalgrupper uttryckte motvilja mot att bli styrda. En enhetschef tyckte att arbetsklimatet påverkas negativt av för mycket detaljstyrning från sjukhuset och att hon inte får den frihet hon vill ha. Hon ville istället ha tydliga krav och befogenheter att fritt arbeta mot mål och ha tid på sig att göra det. En psykolog uttryckte det som att det är svårt att styra vården eftersom det är ett människorarbete. *"Det finns oerhörda möjligheter till passivt motstånd och förändringsmotstånd för dem som inte vill förändras. Jag vill egentligen inte ha någon inblandning uppifrån utan jag vill arbeta inom en mer flexibel budget som man skulle kunna stuva om pengar inom och spara mellan år så att det lönar sig att vara ekonomisk och långsiktig"*. Ett flertal respondenter framförde dock synpunkten att motvilja mot styrning inte främst beror på profession utan på personlighet.

Motsättningar mellan professioner

Enligt Hallin & Siverbo (2003) domineras den medicinska verksamheten av läkarnas värdesystem. Läkarna menas traditionellt ha en stark ställning gentemot andra yrkesgrupper då det är den medicinska kunskapen som botar patienterna. Denna starka ställning anser vi bekräftas i vår studie, inte minst av det ofta omtalade faktum att läkarna hierarkiskt är placerade direkt under verksamhetschefen och inte under enhetscheferna som de andra anställda.

Inom Barnonkologi menade respondenter att de huvudsakliga motsättningarna mellan yrkesgrupper berör förhållandena mellan läkare och sjuksköterskor samt mellan sjuksköterskor. Inom BUP berörde motsättningarna till större del socionomernas och psykologernas roll i förhållande till läkarna, där socionomer och psykologer upplevde att de stod utanför den medicinska hierarkin.

Hallin (2000) beskriver hur läkarnas professionella identitet utgår från deras medicinska kunskap och sjuksköterskornas ifrån omvårdnad. På senare år har sjuksköterskorna arbetat för att



utöka professionaliseringen av sitt yrke, vilket enligt författaren har påverkat relationen mellan läkare och sjuksköterska. De läkare vi har intervjuat i vår studie såg inga komplikationer vid samarbete mellan läkare men ansåg att det däremot ibland kan uppstå problem vid samarbete mellan läkare och sjuksköterskor. Flera respondenter menade att konflikter uppstår när sjuksköterskor ifrågasätter olika medicinska beslut. Läkarna ansåg att de har det yttersta ansvaret och därför också behöver ha kontroll. Ett flertal respondenter hävdade att motsättningar både mellan läkare och sjuksköterskor och sjuksköterskor emellan beror på att sjuksköterskeutbildningen gått från att vara praktisk till att vara mer akademisk.

Vad gäller motsättningarna mellan psykologer och socionomer relativt de övriga medicinska yrkesgrupperna återkom en känsla av att lämnas utanför den medicinska hierarkin hos samtliga intervjuade psykologer och socionomer. En respondent menade att det dels finns en syn inom den medicinska världen att det är finare att arbeta med kroppsliga åkommor än med psykiska, dels att det inom psykiatrin finns en viss rangordning, som innebär att det anses finare att arbeta med psykiska problem som bottnar i biologiska orsaker än socialt betingade psykiska problem. En enhetschef som till yrket är psykolog berättade om att han känner att hans yrke tas på mindre allvar gentemot läkare trots att han själv arbetar som chef. Detta manifesterar sig exempelvis organisatoriskt i att han är chef för alla medarbetare utom läkarna som ligger direkt under verksamhetschefen. Inom BUP kände många respondenter inte lojalitet med vare sig barnsjukhuset i sin helhet eller de centrala BUP-enheterna. Verksamhetschefen var medveten om den känsla av utanförskap som socionomer och psykologer upplevde, men att de arbetar i en medicinsk verksamhet och därför får försöka anpassa sig till detta perspektiv. Han ansåg, som tidigare nämnts, att distriktsmottagningarna utifrån uppdraget att ge barn- och ungdomspsykiatrisk närsjukvård, borde ligga inom primärvården istället för att tillhöra det alltmer högspecialiserade barn- och ungdomssjukhuset. Vi undrar emellertid om inte denna åsikt i sig bidrog till att öka den känsla av utanförskap och ointresse för barnsjukhuset som vi upplevt hos flera av våra respondenter inom BUP.

5.2.2. Mätproblematikens inverkan på styrningen

Ouchi (1979, 1980) menar att det i professionella organisationer inte är möjligt att mäta output på ett tillfredställande sätt och att det därför inte heller är möjligt eller ens lämpligt att administrativt försöka påverka verksamheten genom mätning. Ett flertal respondenter i vår studie tog upp just mätning som ett stort problem för styrningen inom hälso- och sjukvården. De menade att det är svårt att mäta effektiviteten i vården och att de mått som finns inte säger något om hur bra verksamheten är. Exempelvis kan antal besök eller antal inlagda patienter mätas, men dessa mått menades vara kantiga och inte visa verksamhetens verkliga kvalitet. Detta ligger i linje med Rombachs (1991) resonemang om att det är svårt att mäta resultat och koppla samman effekter med en aktivitet i offentlig sektor. En enhetschef ansåg att mått på något sätt borde kombineras med ett kvalitetstänkande för att vara användbara. En av verksamhetscheferna hävdade att det behövs bättre effektmått istället för de produktionsmått som används idag. *"Jag har jobbat med DRG sen -93 och insett hur värdelöst det är att räkna pinnar. Vi måste tala om för politikerna vad de får för pengarna"*. Enligt Södergren & Söderholm (1999) saknas förutsättningarna för nyckeltalsstyrning i kunskapsintensiva verksamheter, vilket inom hälso- och sjukvården kan förklaras av svårigheterna att hitta bra mått. Svårigheterna beror enligt författarna bland annat på att det inom hälso- och sjukvården finns mycket tyst kunskap som är svår att fånga upp i mätbara mål och mått. Ett flertal respondenter talade just om svårigheten att specificera verksamhetens mål och finna nyckeltal.



5.2.3. Anställdas upplevelse av chefskap

Enligt Mintzberg (1983) är det nödvändigt för en administratör som vill utöva någon reell styrning över professionella att själv vara en del av professionen. Detta mönster är enligt Hallin (2000) tydligt inom hälso- och sjukvården där läkarna inte vill bli styrda av andra professioner. Det fanns även i vår studie en tydlig motvilja bland flera läkare mot att ha en annan profession som överordnad. En läkare sa: *"Vi som doktorer tycker att doktorer ska vara chefer... Vi tycker att det är onaturligt att ha en annan profession som chef, en psykolog eller en sjuksköterska. De förstår inte vårt arbete riktigt och vi kanske inte fullt ut förstår dem"*. En annan läkare menade att orsaken till att en annan profession inte skulle fungera som chef för läkare är att de pratar olika språk. Respondenten ansåg även att läkare ska vara chefer eftersom de har det medicinska ansvaret. Bland de andra yrkesgrupperna fanns också en föreställning om att läkarna inte skulle acceptera att arbeta under någon annan än en läkare. En ekonom menade att systemet med läkare som chefer över läkare fungerar bra när ekonomin är i balans, men att det är svårare när det är kärvt. Då måste läkaren som är chef säga till kollegor att de exempelvis inte får fortsätta med vissa utvecklingsprojekt, vilket menades vara svårt. Respondenten ansåg dock att läkarna allt mer börjar se chefskap som en karriärväg.

Läkarna är, som tidigare nämnts, hierarkiskt placerade direkt under verksamhetschefen och inte under enhetscheferna. Många menade att detta skapar en konstig hierarki som bäddar för slitningar. Övrig personal irriterade sig på att läkarna inte är på samma nivå. Detta tycktes vara ett uttryck för traditionen att läkare vill ha läkare till chefer. Enhetschefer däremot är ofta sjuksköterskor eller som inom BUP ibland psykologer, vilket gör att läkarna skulle tvingas arbeta under en annan profession om de var placerade under enhetscheferna. En psykolog uttryckte det som: *"Sett ur verksamhetens bästa är det inte bra att läkaren inte ligger under enhetschefen, men det finns en viss acceptans för det, genom att det alltid varit så"*.

5.2.4. Lågt förtroende för den administrativa ledningen

Inom Barnonkologi och BUP uttryckte både läkare, sjuksköterskor, psykologer och socio-nomer en tydlig åsikt att ledarskap och arbetsmiljö är bra på deras avdelning, men inte högre upp. Gemensamt var också att alla tyckte att deras enheter är väldigt speciella och att många respondenter upplevde att högre chefer inte förstår deras verksamhet. En sjuksköterska kände att hon inte kan påverka alls och att information inte kommer förrän beslut redan är fattade. Dålig förankring upplevdes även av flera andra respondenter, bland annat en annan sjuksköterska: *"Jag upplever ofta att saker inte är förankrade hos personalen. Det kan upplevas som att ledningen har dolda mål"*.

En av socionomerna associerade styrning och ledarskap från högre nivåer med främlingskap och irritation. Hon trodde inte hur ledningen skulle få *"fotfolket"* att begripa den styrning som kommer uppifrån och såg inte kopplingen mellan styrningen och verksamheten. Enligt henne ignorerar de anställda styrningen tills något händer. Respondenten litade inte på nästa nivå i hierarkin och menade att anställda inte vet hur överordnade tänker använda information om enheten, vilket leder till att de undviker att informera dem. Hon sa: *"Det är ett ömsesidigt rävspel. Det går aldrig att veta vad de är ute efter."* Flera respondenter uttryckte det som att deras verksamhet ligger i periferin, långt ifrån sjukhuset. En psykolog sa: *"Jag tror inte att klinikchefen (vår anmärkning: verksamhetschefen) har någon aning om vad vi gör. Vi förstår inte ens de papper som kommer därifrån. Det är en otydlig ledning rörande vad vi ska göra. Det styr inte min vardag"*.



Även enhetscheferna kände att de sitter långt ifrån besluten och har liten möjlighet att påverka. En enhetschef sa: *”Det övergripande ledarskapet från Silviahall upplevs som negativt, opålitligt och partiskt. Jag måste agera taktiskt och strategiskt uppåt för att få så mycket resurser som möjligt till min enhet, vilket i sig varken är strategiskt eller ekonomiskt ur helhetsynpunkt.”* En annan enhetschef menade att det är svårt att påverka och ge nya idéer då dessa alltid måste gå via hennes närmaste chef. Hon var emellertid den enda som tyckte att ledarskapet högre upp var tydligt och att hon visste var gränserna gick.

Samtliga läkare ansåg att de hade en bra chef och ett bra arbetsklimat på den egna avdelningen. När läkarna refererade till styrning från högre nivåer tänkte de på politikerna, vilket kan jämföras med att övriga grupper refererade till verksamhetschefen och ledningen för barnsjukhuset. Detta skulle enligt vår mening kunna tyda på att läkarna inte främst såg på verksamhetschefen som en överordnad utan som en kollega. Samtliga läkare var negativt inställda till politisk styrning, vilket vi återkommer till längre fram i kapitlet.

Ett mönster vi kan urskilja bland upplevelsorna hos respondenterna på enhetsnivå är att de inte trodde att den högre ledningen förstår deras verksamhet eller är insatta i vad de arbetar med. Detta anser vi kan ligga till grund för det låga förtroende som fanns för den administrativa ledningen. I Brorström, Hallin & Lefflers (1999) studie framkom att de intervjuade läkarnas förtroende för ledningen var lågt. I vår studie anser vi snarare att förtroendet för ledningen var lägre bland de övriga respondenterna medan läkarna var mest kritiska till den politiska styrningen. Scapens & Roberts (1993) pekade vidare på bristen på ett gemensamt språk som en orsak till misslyckande vid implementering av nya styrmodeller. Denna brist på ett gemensamt språk verkade i allra högsta grad vara ett problem även i de verksamhetsområden som vi studerat. Ju närmare patienterna, desto mer präglades respondenterna av ett patientinriktat synsätt, där patienten kommer i första hand och ekonomiska begränsningar inte får styra. Det patientinriktade synsättet stod i direkt motsättning till det mer administrativa synsätt som präglar ekonomer och högre chefer, där det inte bara ses till patienterna utan även till politiker och den ekonomiska situationen. Problemet med det låga förtroendet för ledningen kan då tänkas grunda sig i en bristande förståelse för varandra. Denna tolkning stöds även av vår intervju med Rombach (031211). Han menade att professioner använder olika språk, ofta för att argumentera och vinna diskussioner. För att tas på allvar av en grupp personer menade han att det är nödvändigt att använda sig av samma språk som dem. Många respondenter i vår studie har diskuterat att olika personalgrupper talar olika språk. En ekonom menade sig ha vunnit mycket på att lära sig använda sjukvårdspersonalens termer.

5.2.5. Anställdas syn på ekonomi

Hallin & Siverbo (2003) menar att en viss maktförskjutning inom hälso- och sjukvården kan ses där den administrativa ledningens och politikernas inflytande har ökat på läkarnas bekostnad. Detta genom att fokus på ekonomi och uppföljning har ökat. En av verksamhetscheferna i vår studie menade att budget- och kostnadsansvar har blivit allt tydligare och att cheferna idag har ett närmast personligt ansvar för att budgeten hålls. Han medgav dock att budgetspel förekommer. Det ansågs vara ett resultat av den ekonomiska modell som används. En av läkarna tyckte att ett tänkande på ekonomi och en kostnadsmedvetenhet finns inom verksamheten som inte funnits tidigare. En enhetschef menade dock att det fortfarande är läkarna som sitter på den största delen av makten inom hälso- och sjukvården.

Coombs (1987) visade i sin studie att läkare hade tagit till sig vissa av de administrativa värderingarna. Våra resultat tydde i enlighet med detta på en kostnadsmedvetenhet bland ett flertal respondenter, men att den också ofta upplevdes som påtvingad. Ekonomerna ansåg att



kostnadsmedvetenhet förankrats bland personalen, till exempel genom långvarigt arbete med decentraliserat budgetansvar. På chefsnivåerna fanns en acceptans för att ekonomin styr i hög grad, även om det ansågs önskvärt att så inte vore fallet. Bland övrig personal var motståndet dock större. En verksamhetschef uttryckte det som att: *"Ekonomismen har länge härskat, men det är svårt att få in hos vårdpersonal som har patienten framför ögonen."* Flera läkare ansåg att ekonomin begränsar vad som får göras. En läkare menade att: *"Det är bra att vara kostnadsmedveten men det kan bli för mycket. Det kan komma konstiga regler, till exempel om sjukresor. Ibland alstrar det en massa merarbete för att det ska bli möjligt för patienten att åka mellan hemmet och behandlingen. Det innebär att patienterna måste skrivas ut och in för att sjukhusresor ska möjliggöras."* Det fanns enligt vår mening ett mönster att ju närmare patienterna respondenterna arbetade, desto mindre acceptans fanns det för de ekonomiska begränsningarna. En socionom hävdade att: *"Om sjukvårdens mål är att hålla sin ekonomi, då är man ute och seglar."*

Enligt Hallin (2003) kan ledningen styra medarbetarnas beteende genom den administrativa hierarkin, ekonomiska styrmedel och genom påverkan på normer och värderingar. Författaren menar emellertid att det är oklart vilken styrning som egentligen utövas. Våra resultat visar tydligt att ledningen mest upplevdes styra genom ekonomiska begränsningar och sparbetning. Flera respondenter ansåg dock att detta inte var så effektivt. En enhetschef menade att det inte uppmuntras att vara effektiv. Deras avdelning hade komprimerat flera småbesök till en heldag för att minska patientens restid. Resultatet av det blev att enheten bara får betalt för ett besök och alltså straffas för att de effektiviserat behandlingen både för patienten och för de som vårdar. En annan enhetschef ansåg att den ekonomiska styrningen är kortsiktig och inte ändamålsenlig. *"Det borde inte vara ekonomin som styr utan behov. Idag måste budgeten göras slut på innan året är slut annars får man mindre nästa år... I praktiken har jag ansvar för att överskrida budgeten med 3-5 % för att inte få mindre anslag nästa år"*. Detta synsätt hade även andra respondenter inom samma enhet. En psykolog ansåg att det inte finns någon långsiktig ekonomisk planering då alla pengar måste förbrukas samma år, medan en socionom dock inte tyckte att ekonomin styr mycket: *"De tror att de styr, men vi lägger bara de pappren som kommer åt sidan och struntar i dem"*.

Synen på ekonomi och styrning präglades hos många respondenter, som tidigare nämnts, av besparingar. En av ekonomerna berättade att de sparbetning som läggs på barnsjukhuset fördelas på de olika enheterna till hälften efter storlek, till hälften efter hur enheterna går i dagsläget. Cheferna måste sedan redogöra för hur de tänker klara dessa sparbetning. Ekonomen förklarade vidare att denna styrning är svår rent pedagogiskt, då vissa enheter har kontroll över sin ekonomi och gör vinst, medan andra skapar stora underskott. Det är då svårt att förklara för dem som gör vinst varför den direkt suggs upp samtidigt som de får sin del av nya sparbetning som till stor del orsakats av andras underskott. Enligt Abernethy & Stoelwinder (1995) är mål som tvingas på av överordnade och som de sedan utvärderas mot den typ av styrning som professionella tycker allra sämst om. Sparbetningen tycks i vår studie vara just en sådan typ av styrning, där cheferna blir tilldelade ett visst sparkrav som de tvingas redovisa hur de ska klara.

Två normsystem gällande ekonomistyrningens roll

Blomquist & Packendorff (1998) visade i sin doktorsavhandling att det inom hälso- och sjukvården existerar två parallella normsystem vad gäller den ekonomiska styrningen, det administrativa och det verksamhetsnära synsättet. Vi upplever att dessa två synsätt fanns tydligt representerade i de studerade verksamhetsområdena. Ju längre ner i hierarkin (och närmare patienterna) respondenterna befann sig, desto mer dominerande var det verksamhetsnära pers-



pektivet. En svårighet för cheferna i vår studie var att balansera dessa två synsätt. De hamnade mitt emellan det mer administrativa perspektivet med krav på besparingar uppifrån och det verksamhetsnära synsättet som dominerade bland den operativa personalen. Samtliga intervjuade verksamhets- och enhetschefer var antingen läkare, sjuksköterskor eller psykologer, vilket innebär att de i grunden bär med sig personalgruppernas värderingar med patienten i fokus.

En enhetschef uttryckte sin klämda position mellan ansvar för personalen och kraven uppifrån som att: *"Jag får ta skiten däremellan. Idag är jag så luttrad att jag inte berörs av det. Jag hittar vägar emellan och blir inte utbränd av den klämda positionen. Det är värre för yngre kollegor."* Som ett exempel nämndes att enheten under fem år haft arbetstidsförkortning för nattpersonal. Detta hade blivit något stadigt, men plötsligt bestämde den högre ledningen att det skulle tas bort för att spara pengar. Enhetschefen menade att hon då inte kunde påverka beslutet, men att det ändå var hon som skulle förklara för personalen och hantera deras besvikelse. En verksamhetschef hävdade att läkarna anser att vård ska ges oavsett kostnad och utan hänsyn till budgeten. Denna ståndpunkt väger mot det ekonomiska synsättet verksamhetschefen måste ha. Som budgetansvarig måste han tänka på ekonomin och han beskrev det som en evig kamp att balansera synsätten.

På enhetsnivå upplevde vi det som att chefernas lojalitet främst låg hos verksamheten och personalen, inte uppåt med sjukhusledningen, medan det på verksamhetsnivå verkade finnas en större lojalitet uppåt. Vi anser att de skilda normsystemen bör kunna förklara många konflikter inom verksamheten. Olika personer hade helt enkelt olika förståelse av vad verksamheten innebär. Sandberg & Targama (1998) menar att individer genom en socialiseringsprocess tar till sig de värderingar som är gällande i en organisation och gör dem till sina egna. Ute i enheterna, där vården av patienter bedrivs, blir det verksamhetsnära synsättet på ett naturligt sätt dominerande. Människorna som arbetar där är i direktkontakt med patienterna och nya medarbetare hamnar i samma situation och tar då även de till sig det verksamhetsnära synsättet. Cheferna däremot har kontakt med den högre administrativa ledningen och på de högre nivåerna även med de styrande politikerna. Chefer befinner sig dessutom ständigt under påtryckningar från överordnade om att till exempel spara pengar. Vi menar att det då blir naturligt för dem att även ta till sig mer av det administrativa synsättet.

5.2.6. Upplevelse av politisk styrning

Politikers uppgifter är enligt Sahlin-Andersson & Östergren (1998) att göra prioriteringar, men då sjukvården vuxit och blivit mer komplex menas det vara svårt för dem att sätta sig in i beslutsunderlagen. Att verksamheten inom Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus är komplex är något flera respondenter uttryckte. Detta upplevdes skapa stora problem då flertalet respondenter menade att politikerna inte vet något om verksamheten. Många ansåg att politikerna inte har en aning om vad som händer i verksamheten och ogillade därför att de ska styra. Andra respondenter ansåg att politikerna var så långt borta att de inte funderade över dem alls. Hallin & Siverbo (2003) menar att det formellt är politikerna som styr administrationen, vilka i sin tur styr professionen. Detta tror vi kan bidra till den känsla många respondenter hade att politikerna är väldigt avlägsna. Här anser vi att en skillnad kan ses mellan olika grupper av medarbetare. Sjuksköterskorna funderade inte mycket över politikerstyrning överhuvudtaget. Orsaken till detta skulle kunna vara att de känner sig så långt borta från politikerna att dessa bara blir något abstrakt för dem.

Bland läkarna fanns en tydlig negativ inställning till politikerstyrning. En läkare sa: *"Jag upplever styrningen från Västra Götalandsregionen och sjukhusledningen som negativ. Det hand-*



lar bara om att spara pengar. Besluten tas av personer som inte är insatta i verksamheten. Politikerna bestämmer över oss, men de vet inte vad vi gör i verksamheten.” En annan läkare menade att politikerna styr olämpligt ur medicinsk synpunkt och att de inte skapar förtroende. Detta framförallt genom att de menades ha dålig kunskap om vården, misstror professionerna och säger till de professionella vad de ska göra. Även en tredje läkare tog upp den bristande kunskapen hos politikerna som ett problem: ”Många politiker är okunniga om vården...Politiker gör tvärsäkra uttalanden och fixar snabba lösningar som inte fungerar. Jag tycker inte att de har respekt för dem som jobbar i verksamheten. Men jag vill inte dra alla politiker över en kam. Det finns de som försöker sätta sig in i verksamheten.” Bishop et al. (2003) beskriver i sin artikel hur bland annat kortsiktiga mål från politikerna leder till en allmän misstro gentemot politiker, vilket i sin tur kan leda till en tydligare styrning och kontroll av offentlig verksamhet. Vi anser att det genom detta uppstår en konflikt mellan bland annat politiker och anställda, när politiker försöker styra dessa professionella grupper med olika styrverktyg. Detta, tillsammans med medarbetarnas ovilja att bli styrda menar vi kan förklara den misstro mot politiker som visats i vår studie. Enligt Sahlin-Andersson & Östergren (1999) är det största problemet som professionella grupper ser med politisk styrning att politikerna gör otydliga prioriteringar. Vi upplever det dock som att det som respondenterna i vår studie ansåg vara mest problematiskt var att politikerna inte menades vara insatta i verksamheten.

Synen hos många enhetschefer var ungefär densamma som hos läkarna. De tyckte att avståndet till politikerna känns långt och att dessa inte har kunskap om verksamheten. ”Det är långt mellan verksamheten och politikerna i Västra Götalandsregionen. De påverkar verksamheten, men vi påverkar inte dem. Jag blir mörkrädd när jag ser att de inte har kunskap om verksamheten men ändå ska bestämma.” En annan enhetschef menade dock att politikerna i själva verket inte utför någon reell styrning: ”Jag tycker inte att det finns någon styrning från politikerhåll. De köper vård av SU, men har ingen aning om verksamheterna. I praktiken är det professionerna som styr och fördelar resurser internt.” En ekonom såg det som ett problem att de ekonomiska resurserna till systemet fördelas politiskt och inte utifrån tillgång och efterfrågan. Han trodde att den negativa synen på politiker beror på att budskapet om nödvändigheten av kostnadsbegränsningar inte går fram till medarbetarna och att reaktionen från dem då blir att politikerna inte vet vad de gör.

Verksamhetscheferna sitter en nivå närmare politikerna än enhetscheferna, vilket avspeglar sig i att de inte hade lika negativ syn på politikerstyrning. En verksamhetschef menade att de inom verksamheten är dåliga på att tala om för politikerna vad de får för pengarna och att dagens mätmetoder inte fungerar bra, främst då effektmåtten upplevdes som dåliga. Den andra verksamhetschefen trodde att även politikerna känner sig utlämnade i systemet. Alla beslut ska igenom många olika nålsögon. Det upplevdes vara ett spel med många aktörer och en dragkamp mellan regionen och SU. Ingen ansågs ha tillräcklig makt att köra över de andra och det menades inte vara säkert att politikernas beslut ser likadana ut när de gått igenom alla nålsögon som var avsett från början.

Ett exempel på hur respondenterna uppfattade politisk styrning är deras syn på orsakerna till beslutet om införande av BSC i Västra Götalandsregionen. Denna syn präglades enligt vår mening av vilken position respondenten hade inom organisationen. Verksamhetscheferna och ekonomerna gav mer rationella förklaringar än övriga anställda. Verksamhetschefen för BUP menade exempelvis att huvudsyftet bakom beslutet var behovet av att införa gemensamma styrmodeller inom regionen. Ekonomerna ansåg att beslutet var ett försök att bemöta de klagomål som inom sjukvården riktats mot att ledning och styrning inte fungerar och är alldeles för fokuserat på ekonomi. Övriga respondenter förde snarare fram motiv som trender



eller säljande konsulter samt att BSC skulle kunna vara tänkt att fungera som ytterligare en kontrollmekanism. Ett annat motiv som fördes fram av flera respondenter var att BSC skulle vara ett sätt för politiker och sjukhusledning att legitimera sig själva genom att visa att de försöker hantera Västra Götalandregionens allt sämre ekonomi.

5.2.7. Glappet mellan ideal styrning och verklighet

I en studie utförd av Brorström, Hallin & Leffler (1999) upplevde respondenterna att det fanns ett glapp mellan ideal styrning och verklighet. Även i vår studie hade många respondenter en önskan om en annorlunda styrning. Flera anställda ansåg till att börja med att SU-organisationen i sig är för stor, vilket menades göra den svår att styra och påverka. En läkare sa: *"En stor organisation är inte alltid en fördel. Ibland tror jag att det kostar mer än det smakar"*. Det fanns hos respondenterna önskemål om organisatoriska förändringar. Verksamhetschefen för BUP ansåg, vilket tidigare nämnts, till exempel att verksamhetsområdets organisation, med både centrala enheter på barnsjukhuset och lokala mottagningar, försvårade dess styrning. Andra anställda reagerade, som tidigare nämnts, starkt på att läkare organisatoriskt sett inte är underordnade enhetscheferna. Detta menades vara ett *"apartheidsystem"*, vilket försvårar samarbete mellan olika personalkategorier och styrningen av verksamheten. Många önskade att alla anställda skulle vara där på lika villkor, men flera respondenter trodde dock att detta var svårt att förändra eftersom det ansågs *"sitta inmurat i väggarna"*.

Ett flertal respondenter uttryckte vidare att de helst hade velat arbeta utan någon form av inblandning uppifrån. Inom båda verksamhetsområdena fanns en misstro gentemot politiker och sjukhusledning och deras skäl till utformningen av sjukvårdens styrning. En psykolog på BUP ansåg att ledningen idag tar små snabba förändringsbara beslut, vilka förvillar personalen. Respondenter menade att det vore bättre om ledningen kunde fatta beslut, som de sedan stod fast vid. Många anställda upplevde att det är tröttsamt med många förändringar och en psykolog betonade att medarbetarna behöver mer tid för att vänja sig vid förändringar. Flera respondenter ansåg vidare att deras möjligheter att påverka de beslut som fattades högt upp i organisationen var små eller obefintliga. En del respondenter ville utifrån detta ha mer information och större möjlighet att påverka, medan andra ansåg att de ibland får för mycket information om beslut eftersom de ändå inte kan påverka dem. En sjuksköterska, som betonade vikten av att de anställda får mer information, sa: *"Det är speciellt viktigt är att de får veta varför något sker och vart det leder!"* De respondenter som tyckte att det var svårt att påverka beslut i verksamheten trodde att det berodde på för många led mellan dem och politikerna. En läkare sa: *"De påverkar verksamheten, men vi påverkar inte dem"*.

För att bemöta misstron mot den högre ledningen och förbättra synen på styrningen ansåg många respondenter att politikernas och sjukhusledningens uppdrag, krav och beslut måste bli tydligare samt att dialogen mellan alla parter måste förbättras. En verksamhetschef menade att: *"Jag önskar att chefer högre upp och politiker vore mer insatta i de verksamheter de fattar beslut över. Det försvinner hundratals miljoner för att politiker inte vet vad SU-vård innebär"*. En läkare ansåg att det finns ett glapp mellan politikernas föreställningar om en hög standard på sjukvården och de resurser som politikerna tror att de behöver lägga ned på den. Detta tyckte respondenten var frustrerande eftersom det inte var något hon kan påverka samtidigt som det påverkar hennes arbete. Respondenten efterlyste därför en mer verklighetsbaserad syn hos politiker på relationen mellan god vård och resursbehov.

Många respondenter ansåg vidare att både ledning och politiker borde lyssna mer på dem och ta hänsyn till deras tankar om verksamheten. Ett flertal respondenter hävdade att politiker och ledning skulle ha en bättre förståelse för verksamheten om de arbetade närmre den. Verksam-



hetschefen på Barnonkologi trodde även att en bättre dialog med ledningen, men även inom verksamhetsområden och enheter, skulle förbättra medarbetarnas upplevelse av styrningen. Han berättade att det idag dock inte finns tillräckligt med tid för dialog inom hans verksamhetsområde. Två läkare inom Barnonkologi ansåg att medarbetarna skulle behöva få diskutera mer och bli mer insatta i enhetens mål. En av dessa läkare sa vidare att den högre ledningen idag visar för lite uppskattning för medarbetare och deras strävan mot målen. En sjuksköterska inom Barnonkologi tyckte också att det fanns behov av bättre och närmare samarbete även inom enheterna. Sjuksköterskan berättade att de idag arbetar i lag bestående av anställda från olika personalkategorier, men trodde att ett närmre samarbete inom lagen skulle förbättrade anställdas möjligheter att påverka arbetet inom enheten. Hon hävdade dock att den traditionella professionella hierarkin fungerar som ett hinder mot ett närmre samarbete mellan yrkesgrupper.

5.3. *Anställdas upplevelse av förändring*

5.3.1. Förändringströtthet

I kapitel 4 beskrevs hur trender inom styrning av hälso- och sjukvården har kommit och gått genom åren. Delar av tidigare trender lever kvar, vilket gör att den totala styrningen blir en blandning av de olika systemen. Detta skulle kunna ses som en bakgrund till den förändringströtthet som upplevs i de studerade enheterna. Att det fanns en förändringströtthet inom verksamheten var något respondenterna var överens om. Någon tydlig skillnad mellan personalgrupper eller verksamhetsområden kunde inte ses i denna fråga. Respondenter gav uttryck för likartade åsikter. En läkare sa: *”Vi är väldigt trötta på nya styrmedel, metoder och förändringar. Det är tydligt att när det gäller nya styrmedel så jobbar man med det just nu, sen glömmer man bort det.”* En sjuksköterska menade att nya styrmodeller bara tar tid från verksamhetsutvecklingen. En annan sjuksköterska sa att hon hellre ville utveckla sig i sitt arbete än att engagera sig i förändringar. Det verkade också finnas en utbredd misstro mot att de förändringar som initieras verkligen ska genomföras fullt ut. En socionom uttryckte det så här: *”Jag litar inte på ledningen. Det går inte att tro på att de ska genomföra de förändringar de säger. Tycker inte att något de försökt införa hittills har fungerat, så jag utgår från att nya saker inte heller ska göra det. Inget har förändrats med införda modeller. Man kan inte komma dragandes med en ny modell i månaden. Man får bestämma sig för en och köra på den.”* En psykolog upplevde att personalen blir motvilliga när det är tal om förändring, men menade att sjukvården själv orsakat denna motvillighet genom ständiga förändringar och omorganisationer. Hon uttryckte irritation över den senaste förändringen hon hört talas om. *”Nu ska man införa en datoriserad stämpelklocka! Kom och gå har någon kallat den, andra kallar den stick och brinn. Det är en kontrollmekanism till istället för att ge oss högre löner när allt fler ungdomar i samhället väljer bort vårddyrket bland annat på grund av ett uselt löneläge”*. Flera personer sa också att de upplever de ständiga förändringarna och införanden av nya styrmedel som en del av ett spel mellan sjukhusledning och politiker, där saker införs bara för att visa att något görs åt problemen med de stora budgetunderskotten.

En intervjuad ekonom höll inte med om att många förändringar genomförts inom organisationen. Respondenten hävdade att det inte alls införts många modeller, men att budgeteringen utökats och att de arbetat med kvalitet, vilket han menade inte alls var samma sak. Personalen verkade emellertid inte uppleva denna skillnad utan såg budget, styrmodeller och kvalitetssystem som samma sak. Som ännu ett styrmedel, ännu en förändring. Detta anser vi skulle kunna bero på att mycket av informationen runt styrningen stannar på verksamhetschefs- och vårdenhetschefs-nivå och att personalen inte upplever att informationen når ut till dem.



Från verksamhetschefer och i viss mån enhetschefer fanns en större förståelse för de förändringar som genomförs, vilket skulle kunna bero på att de i egenskap av chefer får mer information och är mer delaktiga. Personalen upplevde att det däremot endast levererades färdiga beslut till dem. En av enhetscheferna funderade kring svårigheterna med att införa nya system. Hon hävdade att ledningen vid varje ny förändring påstår att det nya är det rätta, vilket är svårt för anställda att förstå. Enhetschefen ansåg att personalen undrar varför något ska fungera när de upplever att inget annat har gjort det tidigare. En annan enhetschef hävdade att svårigheten är att tid och resurser för förändringar inte avsätts från ledningshåll.

Tolkning av de anställdas förändringströtthet

Scapens & Roberts (1993) menar att motstånd mot ekonomistyrningsförändringar bara kan förstås genom analys av den historiska och organisatoriska kontext som påverkar förändringen. I det här fallet menar vi att hänsyn måste tas till bland annat anställdas upplevelse av ständiga förändringar. Rombach (031211) menade att olika uppfattningar tenderar att sprida sig i en organisation och att personer ofta har en uppfattning om saker utan att egentligen ha erfarenhet från området. Vidare hävdade han att det inom en yrkesgrupp finns vissa uppfattningar som nya medarbetare upptäcker att de borde ha när de är en del av gruppen och att individer tar till sig gruppens åsikter utan att egentligen fundera över om de själva verkligen tycker så. Detta är i enlighet med Sandberg & Targamas (1998) resonemang om att människor genom en socialiseringsprocess tar till sig de uppfattningar som är gällande i en organisation och gör dem till sina egna. I vår studie upplever vi det vara intressant att ekonomerna menade att det inte alls har varit många förändringar och nya styrmedel, medan samtliga i personalen upplevde det som att verksamheten präglades av ständiga förändringar. Samstämmighet om detta gör att vi kan reflektera över om förändringströtthet är just en sådan uppfattning Rombach talade om, vilken har spridit sig i organisationen och blivit en åsikt som alla uttrycker utan att fundera över om det verkligen är så. En socionom som arbetat mindre än två år efter examen hävdade att han också var väldigt förändringstrött, trots att han rimligtvis inte kan ha hunnit uppleva så många förändringar i verksamheten. Intressant är också att en av verksamhetscheferna hävdade att de flesta förändringar och styrmodeller som initierats inte har kommit längre ned i organisationen än till hans nivå. Han menade att personalen ute i verksamheten därför inte bör ha känt av särskilt många förändringar. Utifrån vårt syfte anser vi dock att även om en rationell analys skulle visa att det inte varit många förändringar så är ändå medarbetarnas upplevelse det centrala i denna uppsats eftersom deras upplevelse påverkar deras tolkningar av verksamheten samt deras handlande.

Ekonomistyrningsförändringar som projekt

Blomquist & Packendorff (1998) visade i sin studie att ekonomistyrningsförändringar i praktiken ofta hanteras som projekt, vilket författarna menar bidrar till att en förenklad syn på styrmedlen sprider sig i organisationen. I vår studie har vi stött på en utbredd syn att tidigare styrmedel har varit aktuella en kort period och sedan försvunnit. Detta tror vi sannolikt beror på att ekonomistyrningsförändringar i enlighet med Blomquist & Packendorffs resonemang har hanterats som avskilda projekt. Upplevelsen av att förändringar aldrig får något egentligt genomslag och snabbt försvinner igen har troligtvis bidragit till den utbredda uppfattningen bland personalen att de utgår från att nya styrmodeller dels ska försvinna lika fort som de kom, dels att de inte ska göra någon nytta eftersom de tidigare modellerna inte har upplevts göra det.

Vid förändringar menar Brorström (1995) att hänsyn måste tas till de informella institutionella arrangemangen, vilka kan göra förändringar av de formella institutionerna verkningslösa. I



detta fall verkade de informella institutionerna innehålla en syn på förändringar att de är något som snabbt försvinner och som människor därför ignorerar. Detta resonemang anser vi kan bidra med en förklaring till det förändringsbeteende som finns hos respondenterna. Över tid har de lärt sig att förändringar inte upplevs få någon reell inverkan på organisationen och att de styrinitiativ som initieras snabbt faller i glömska. Detta kan tolkas som att förändringsbeteendet har institutionaliserats. Respondenterna har lärt sig att hantera förändringar på ett visst sätt, nämligen genom att utgå från att de snabbt kommer att försvinna igen. Brorström menar även att en förutsättning för styrning är att det institutionella arrangemanget är trovärdigt, vilket vi dock inte anser det vara i detta fall, då medarbetarna inte litar på att tagna beslut ligger fast och att förändringar kommer att genomföras fullt ut. Det diskuterade förändringsbeteendet menar vi kan leda till att formella ekonomistyrningssystem förblir vad Burns & Scapens (2000) benämner nya regler. Detta då ekonomistyrningsförändringar inte får någon reell påverkan på verksamheten eftersom rutinerna inte förändras. Formella ekonomistyrningsförändringar påverkar således inte anställdas beteende, vilket verkar vara fallet i vår studie.

5.3.2. Motstånd mot förändringar

I vår studie upplever vi att respondenterna gett en bild av ett kompakt motstånd mot förändringar. Motstånd mot ekonomistyrningsförändringar är enligt Scapens & Roberts (1993) inte irrationellt, utan bygger på verkliga orosmoment som kan förstås i termer av organisatorisk makt och politik. Exempelvis visade deras studie på hur en tvetydig form av decentralisering, där enheter som skulle vara autonoma i praktiken styrdes centralt i många frågor, vilket skapade frustration i den studerade organisationen. Detta upplevdes även vara ett problem i de verksamhetsområden vi har studerat. Enligt en ekonom har de inom fallorganisationen länge arbetat med decentraliserat budgetansvar, men många budgetansvariga bland våra respondenter upplevde en enorm detaljstyrning. En respondent sa exempelvis: *"Idag är det till och med detaljstyrning av tippexköp från Silvia håll."* Oro rörande förlust av inflytande och makt upplevdes tydligt.

Granlund (2001) visade i sin studie på vikten av mänskliga faktorer i förändringsprocesser och att stor uppmärksamhet bör ges sammansättning av utvecklingsteam. I vår studie har det tydligt framkommit att många ser det som en nackdel när administrativa modeller förs fram av ekonomer. Vi anser vidare att motståndet mot förändringar i vår studie utifrån Scapens & Roberts (1993) skulle kunna tolkas som en maktkamp om vilka värderingar som ska styra organisationen. De ekonomiska styrsystem som införts, till exempel BSC, syftar till en ökad administrativ kontroll. Motstånd mot dessa styrsystem menar vi skulle kunna uppkomma på grund av att anställda värjer sig mot en ökad kontroll över deras vardag, men också på grund av misstänksamhet mot systemen då dessa är ett uttryck för ett mer ekonomiskt språk och värderingssystem som inte riktigt går ihop med det verksamhetsinriktade språk och synsätt som återfanns hos flertalet respondenter. Detta ligger även i linje med de resultat som Brorström (2000) samt Brorström, Hallin & Leffler (1999) kommit fram till.

Flera respondenter nämnde att de känner sig maktlösa inför beslut och förändringar, att de inte har möjlighet att påverka och inte heller får veta vad som är på gång förrän beslut redan är tagna. En anställd sa: *"Om man fick vara med och påverka, inte bara ta färdiga beslut, så skulle man inte sätta klackarna i backen vid förändringar på samma sätt."* Ett flertal respondenter upplevde att de styrmodeller som används inte är anpassade till verksamheten. *"Det största problemet med styrmodeller uppifrån är att de inte är verklighetsförankrade. Man måste ljuga ihop verkligheten så den passar i modellen och då blir det inte bra."* Många reagerade på att styrmodeller utvecklade för den privata sektorn används inom hälso- och sjuk-



vården. De respondenterna ansåg att hälso- och sjukvården och deras egna enheter var så speciella att modeller från näringslivet inte menades vara användbara. Detta skulle kunna ha sin grund i de olika normsystemen som finns i hälso- och sjukvården. Det verksamhetsnära synsättet, som främst representeras ute i verksamheten, menar att det viktigaste är att vårda patienten. Modeller som används i den privata sektorn, där syftet är att maximera organisationens vinst, tror vi då kan upplevas som hotfulla av medarbetarna.

Vi har resonerat runt vad den tidigare nämnda förändringströttheten och motståndet mot förändringar kan bota i. Att anställda i vår fallorganisation inte ansåg sig vara delaktiga i beslutsprocesser och inte fick information förrän beslut är tagna tror vi bidrar till upplevelsen att färdiga beslut levereras utan att personalen ens vet vad som är på gång. En verksamhetschef hade lagt märke till detta problem: *"Det svåraste av allt är förändringsprocessen. Det finns en risk att man skyndar på när man själv tycker att man begripit något. Man kan då vara för långt före så att man får backa tillbaka. Det finns många medarbetare som har synpunkter som måste tas tillvara."* Även en av psykologerna nämnde problemet med att förändringar går för snabbt. *"Ingen av oss är särskilt förändringsbenägen. En förändring måste inarbetas och ställtid måste finnas vilket det inte gör. Tid finns inte och ges inte uppifrån för att sätta sig in i nya saker."* Problemet med för snabba förändringar har diskuterats av Sandberg & Targama (1998) som anser att människors förståelse av verkligheten växer fram över tid och därför är svår att överföra till andra. När chefer inom en organisation länge funderat och kommit fram till något för att sedan snabbt dra detta för personalen är det emellertid just överföra förståelse de försöker göra. De har efter en omfattande analys utvecklat en uppfattning om något och förväntar sig sedan att de anställda efter en snabb dragnings ska förstå och acceptera resonemanget. Författarna anser emellertid inte att människor fungerar på detta vis. Utifrån detta resonemang kan motståndet mot förändringar tolkas som att anställda har olika förståelse av verkligheten och att denna försvaras genom motstånd mot förändringar baserade på en annan förståelse. Detta resonemang stöds av Scapens & Roberts (1993) diskussion om hur nya ekonomisystem kan upplevas som övervakningsmekanismer som syftar till att ersätta det verksamhetsnära språket ute i organisationen med ett administrativt, ekonomiskt sådant genom att tvinga ledningens syn på vad som är relevant på enheterna. Ett flertal av våra respondenter har reagerat mycket negativt på ekonomiska modeller och begrepp och det har talats om kodord som inte har sin grund i sjukvården och som stänger ute många. Att många anställda har svårt för administrativ och ekonomisk styrning anser vi till stor del kan förklaras av att denna styrning försöker leda de anställda bort från en betoning på de verksamhetsnära värderingarna mot ett större omfamnande av och hänsyn till de administrativa värderingarna.

I Scapens & Roberts (1993) fall menades förändringsmotståndet grunda sig i en djupt rotad konflikt om vem som skulle kontrollera produktionen. I vårt fall skulle motståndet kunna ses som bottnande i en konflikt om vilka värderingar som ytterst ska få styra hälso- och sjukvården, de verksamhetsnära eller de ekonomiska. Detta kan tolkas ytterligare i ljuset av Giddens struktureringsteori (återgiven i Scapens & Roberts, 1993). Ekonomistyrningssystem kan enligt denna visa på vad som är viktigt i en organisation och ge legitimitet för handlingar som ligger i linje med det som ekonomistyrningen framhäver som betydelsefullt, vilket tillsammans påverkar maktstrukturen i en organisation. Motståndet mot att allt mer låta administrativa förändringar och värderingar påverka verksamheten kan ses som ett försök att bevara den egna maktpositionen utan att behöva förändras samtidigt som det kan ses som ett försök att skydda verksamheten mot vad som kan anses som olämpliga beslut om exempelvis besparingar legitimerade av administrativa värderingar och system. Brorström (2000) menade att en förklaring till de professionellas motstånd mot administrativa styrmodeller kan vara en



sammanblandning av modellerna och samtida ekonomiska besparingar. Detta upplever vi vara en del av förklaringen till våra respondenters motstånd mot nya modeller. Ett flertal beklagade sig över upplevelsen att det bara är ekonomi och besparingar som styr, vilket vi menar tyder på att de inte separerar effekterna av styrmodellerna i sig från konsekvenserna av besparingar inom hälso- och sjukvården.

5.4. Anställdas upplevelse av BSC

De två undersökta verksamhetsområdena Barnonkologi och BUP skiljer sig som tidigare nämnts åt i många avseenden. De båda enheterna har också enligt vår mening kommit olika långt i implementeringen av BSC varför vi i detta stycke inledningsvis valt att betrakta de två verksamhetsområdena var för sig.

5.4.1. Anställdas upplevelse av BSC inom Barnonkologi

Verksamhetschefens upplevelse av BSC

Inom Barnonkologi refererade verksamhetschefen, som är läkare, till BSC som *"kejsarens nya kläder"*. Detta då modellen upplevdes ha samma huvudinnehåll som tidigare styrmodeller fast i ny förpackning, en åsikt som uttrycktes av ett flertal respondenter. Att arbeta med mål och strategier var enligt verksamhetschefen inget nytt och vad gäller tillämpbarheten för BSC inom det egna verksamhetsområdet var dennes första reaktion att: *"Balanced Scorecard bara är en annan metod för målstyrning där man gjort en värdering att mål bör sättas i relation till olika delar av verksamheten"*. Till en början tyckte verksamhetschefen att det var väldigt roligt att arbeta med BSC. Numera upplevdes modellen mer som ett hinder i vägen, en form som de måste anpassa sig till.

När det gäller acceptans för BSC i verksamheten menade verksamhetschefen att många anställda reagerade starkt vid införandet av modellen. Han uttryckte det som att: *"De flesta här har ganska hög svansföring och tycker att vi klarar vår verksamhetsutveckling själva."* Detta uttalande kan tolkas som ett exempel på den motvilja hos professionella att bli styrda som framkommit bland annat i Brorström (1995, 2000) och som även visats ovan i vår egen studie. Verksamhetschefen upplevde emellertid att det blir positivt bemött när han istället pratar om mål då personalen tycker det är roligt att prata om patienter, arbete och målen med dessa. Han gav oss en tydlig bild av att BSC enligt hans mening spelat ut sin roll på verksamhetsområdet.

Enhetschefens upplevelse av BSC

Enhetschefen inom Barnonkologi hade en kritisk syn på BSC och uttryckte en trötthet över nya styrmodeller. Hon sa dock också att de arbetat med kvalitet så länge hon kan minnas, vilket tyder på att hon som många andra respondenter såg BSC som ett kvalitetssäkringsinstrument. Hon upplevde att det varit svårt för de anställda att förstå modellen och lära sig dess system. Enhetschefen hävdade att BSC är svår att förankra bland de anställda. Hon sa: *"Visst, man har förankrat det hos mig och medarbetarna, men det är ingen som köper det."* Hon tyckte inte att personalen fått förståelse för och användning av BSC eftersom hon menade att det mestadels är verksamhetschefen som arbetat med BSC och dess tillämpningar. Blomquist & Packendorff (1998) visade i sitt resonemang om ekonomistyrningsförändringar som projekt att chefer på enhetsnivå ofta inte tar med sin personal i processen runt nya styrsystem. Enligt författarna leder detta till att en förenklad bild av styrsystemen sprider sig i organisationen, vilket vi även upplever vara fallet i vår studie. Enhetschefen upplevde att hon är minst delaktig av chefsnivåerna i att få påverka och att hon tillsammans med personalen



tänker att: *"Låt honom (vår anmärkning: verksamhetschefen) göra det. Vi har våra egna mål."* Denna åsikt stärktes av de två intervjuade sjuksköterskorna, där en benämnde BSC som *"en pappersprodukt från ledningshåll."* Vi anser det vara intressant att verksamhetschefens syn var att de arbetat tillsammans med BSC, medan enhetschefen och sjuksköterskorna upplevde att de inte varit delaktiga. Enhetschefen hävdade vidare att anställda inte orkar engagera sig i BSC eftersom det tar tid från det dagliga arbetet samtidigt som det inte heller menades vara något som prioriteras. Aidemark (2001 b) visade i sin studie att personalen inom hälso- och sjukvården ansåg att BSC skulle fungera som ett hjälpmedel för mätning och inte som ett hierarkiskt kontrollinstrument. Enhetschefen såg emellertid BSC som ett kontrollsystem, där ledningen försöker styra uppifrån för att kontrollera de anställda, vilket tyder på liten acceptans för modellen. Detta resonemang ligger i linje med det som förts tidigare i uppsatsen utifrån Scapens & Roberts (1993) samt Giddens (återgiven i Scapens & Roberts, 1993) tankar om hur ekonomisystem kan ses som kontrollmekanismer genom vilka ledningen visar på vad som ska anses vara viktigt och vilka handlingar som utifrån dessa värderingar kan ses om lämpliga. Enhetschefen ansåg just att BSC kopplas till prioriteringar och att det försvårar utvecklande av aspekter utanför det som modellen uppmärksammar som viktigt.

För att BSC skulle kunna bidra med något menade enhetschefen att alla borde ha fått vara delaktiga i utvecklingen. Hon uttryckte irritation över att vissa högre ledningspersoner blivit uttagna till dyr utbildning på SPA-anläggning och menade att alla istället borde ha fått utbildning. Enhetschefen uttryckte en stark åsikt om att den enligt henne bristande förankringen av BSC hos de anställda i stor utsträckning beror på att bara ett fåtal fått utbildning om styrmodellen.

Läkarnas och sjuksköterskornas upplevelse av BSC

Av de tre läkare vi talade med på Barnonkologi uttryckte två likartade åsikter, medan den tredje till viss del hade en avvikande mening. Värt att notera är att de två läkarna med likartade åsikter bägge hade fått utbildning och varit engagerade i arbetet med BSC. Den ene utav dessa läkare menade att arbetet med BSC fått denne att se styrmodellen som synonymt med styrning. Till en början var han dock osäker: *"Min känsla var att nu har de hittat på något nytt, men när man lärde sig om innehållet och började arbeta med det nedifrån kändes det bra."* Han ansåg att BSC blivit allas angelägenhet på ett sätt som styrning inte brukar vara. Med detta hävdade han att tidigare styrmodeller inte direkt kommit in i verksamheten till skillnad från BSC som han menade känns användbar eftersom modellen gjorts konkret. Något vi reflekterat över utifrån detta och andra respondenters uttalande är att modellen verkar ha blivit konkret endast för en del men inte alla av dem som deltagit i utbildning om och arbete runt modellen. För de som inte deltagit i utbildning och arbete hade flertalet en svag förståelse för BSC. Något som den tidigare nämnda respondenten vidare uppfattade som nytt med BSC var att få börja från början och lysa igenom hela verksamheten gemensamt nedifrån och upp. Läkarens åsikt att de arbetat med modellen nedifrån och upp är intressant att jämföra med att enhetschefen och sjuksköterskorna upplevde att arbetet skett ovanför deras huvuden. Båda läkarna som varit engagerade i arbetet med BSC hade en positiv syn på styrmodellen. Deras syn på hur modellen förankrats hos de anställda skilde sig dock åt. Den ene läkaren ansåg att BSC har förankrats så bra som möjligt inom verksamhetsområdet, men berättade ändå att dåligt insatta medarbetare ofta frågar: *"Är styrkortet nedlagt nu eller gäller de här processerna istället?"* Den andra läkaren ansåg dock att även om BSC var något verkligt för henne på grund av utbildning om modellens syfte och användningsområde, så menade hon att modellen inte blivit verklig för många andra anställda. Detta trodde hon berodde på att arbetet med BSC inte i tillräcklig utsträckning skett nedifrån och upp, en åsikt som uttryckts av flera respondenter inom verksamhetsområdet. Hon menade att BSC bara ses som ett ytterligare



påtvingat styrmedel för dem som inte arbetat med det, vilket var i enlighet med det som enhetschefen tidigare uttryckt.

Precis som verksamhetschefen uttryckte de BSC-utbildade läkarna att det är tydligt för nya styrmedel och även för BSC att de är aktuella när de kommer, men att de sedan glöms bort. Detta kan tolkas som att implementeringen av BSC har hanterats som ett projekt enligt Blomquist & Packendorffs (1998) resonemang, vilket diskuterats tidigare i uppsatsen. Våra respondenter hävdade att de idag inte tänker så mycket på BSC, att diskussionerna har minskat betydligt och att modellen mer eller mindre försvunnit ur bilden. Detta bekräftades även av de intervjuade sjuksköterskorna. Detta trodde en läkare beror på att modellen antingen är väl integrerad och fungerande i organisationen eller att det inte finns något behov av den. En annan läkare nämnde dock att hon visste om att ledningen och verksamhetschefen försöker utforma redovisningen efter styrkortet, vilket tyder på medvetenhet hos denna läkare om att arbetet med BSC inte är helt nedlagt.

Den läkare vi intervjuat som inte arbetat med BSC var kritiskt inställd till modellen och inte minst till dess namn. Hon ansåg att namnet BSC känns fel för sjukvården och att det är ett nytt kodord som är svårt att ta till sig. Detta kan jämföras med Rombachs (031211) resonemang om olika språk som förts tidigare i uppsatsen. BSC kommer inte från den medicinska professionens språk utan från ekonomernas, vilket bidrar till att sjukvårdspersonal känner sig främmande inför uttrycken och upplever att modellen egentligen inte är utvecklad för deras verksamhet. Läkaren menade att det tar tid för människor att anpassa sig till nya begrepp och hon kände sig tveksam till om det kan ge något. Kodorden menades stänga ute många och få dem att känna sig dumma. Hon ansåg att det behövs mycket arbete för att förankra BSC bland de anställda och hävdade att resultat måste visa sig för att BSC ska kunna förankras. Förankring ansågs bero mycket på vem som för ut idén och om de anställda har förtroende för denna person. Hon hävdade att verksamhetschefen varit positiv till BSC men att de anställda idag frågar sig om det blir något av det, något som eventuellt kan bekräftas av verksamhetschefens egen åsikt att BSC visserligen varit bra men att modellen nu spelat ut sin roll. Läkaren trodde inte heller, till skillnad från exempelvis enhetschefen, att personalen hade velat få utbildning i BSC, utan att de hellre vill arbeta med ”den riktiga verksamheten”, en åsikt som även uttrycktes av en sjuksköterska.

De intervjuade sjuksköterskorna inom Barnonkologi hade överlag en kritisk inställning till BSC liknande den enhetschefen uttryckte. En sjuksköterska menade att de anställda funderat över vad BSC ska användas till då det ekonomiska enligt henne fortfarande dominerar i modellen. Sjuksköterskan trodde inte att alla medarbetarna har förstått vad BSC är till för. Hon tyckte själv att det i mångt och mycket är väldigt teoretiskt och hon ansåg att nya styrmodeller tar tid från verksamhetsutvecklingen. Detta upplever vi vara en intressant synpunkt, eftersom syftet med BSC och liknande modeller menas vara bland annat en hjälp för verksamhetsutveckling (se exempelvis Kaplan & Norton, 1999).

5.4.2. Anställdas upplevelse av BSC inom BUP

Verksamhetschefens upplevelse av BSC

Inom det mer innehållsmässigt och geografiskt spridda verksamhetsområdet BUP såg verksamhetschefen BSC som ett stort viktigt projekt för att ta in medarbetarnas synpunkter. Mycket tid hade enligt honom lagts ned på projektet, vilket precis som inom Barnonkologi startades upp för 2 år sedan. Från den nivån där de nu befinner sig, att BUP som verksamhetsområde har ett BSC, menade verksamhetschefen att det är nödvändigt att vidare utveckla styr-



kort på varje enhet. Alla enhetschefer hade därför fått utbildning om BSC. Verksamhetschefen trodde att enhetscheferna förstod BSC, men var däremot osäker på om medarbetarna alltid vet vad det handlar om. I vår studie visade åtminstone en enhetschef en dålig förståelse för och negativ inställning till modellen, vilket kommer att redogöras för längre fram i kapitlet.

Verksamhetschefen för BUP uttryckte till skillnad från Barnonkologis verksamhetschef en stor tilltro till BSC och han trodde att det vad gäller förankringen av modellen hos medarbetarna ska bli annorlunda än för tidigare modeller eftersom BSC ska användas i verksamhetsplaner och dylikt. Enligt respondenten har tidigare modeller inte trängt längre ned i organisationen än till verksamhetschefsnivå. Att de anställda kommer att acceptera BSC var dock inget verksamhetschefen tog för givet utan menade att det bland annat beror på hur mycket enhetscheferna vill lyssna på honom när han vidareförmedlar sparbeting från ovan, hur rekrytering går till och vilka personliga egenskaper enhetscheferna har.

Enhetschefers upplevelse av BSC

De tre enhetschefer vi intervjuade inom BUP, som alla tagit del i utbildning om BSC, uttryckte ganska varierande sätt att se på och känna för BSC. En enhetschef uttryckte starka åsikter om BSC. Precis som många respondenter inom Barnonkologi refererade hon och flera av hennes medarbetare till det ständigt återkommande begreppet förändringströtthet och sa så här om BSC: *"Jag väntar på att det ska gå över som allt annat. Jag kommer aldrig att kunna införa det på enheten. Jag försöker säga så lite som möjligt om det för det kommer att få negativa reaktioner. Det känns som att det inte förankrats på riktigt och det känns inte som att det är det som verkligen behövs. Jag tror att det kommer att själv dö."* Enhetschefen menade vidare att BSC inte kommer att kunna bidra med något och hon uttryckte till skillnad från verksamhetschefen åsikten att BSC eventuellt kan vara ett instrument på verksamhetsnivå men inte på enhetsnivå. Precis som många andra respondenter verkade enhetschefen ur vår synvinkel inte ha en fullständig förståelse för syftet med BSC eftersom hon tycktes uppfatta modellen endast som ett kvalitetssäkringsinstrument. Hon hävdade även att projektet har låg trovärdighet på grund av att modellen inte är utarbetad specifikt för sjukvården och på grund av själva namnet BSC, vilket många respondenter berättade. Precis som en av läkarna på Barnonkologi diskuterade hon runt nya begrepp och kodord som inte upplevdes passa in i sjukvården, i enlighet med det resonemang som förts tidigare i uppsatsen (jfr Rombach, 031211, Scapens & Roberts, 1993). Hon ansåg att språkbruket måste vara anpassad till verksamhet med människor. Ett begrepp som orsakat stor irritation är *"kund"*, något som flera respondenter inom bägge verksamhetsområden berättat. Respondenterna ville inte använda begreppet kund eftersom de inte tyckte att det fanns några kunder, utan endast patienter, inom hälso- och sjukvården.

En annan enhetschef hade en mer positiv inställning till BSC som modell och menade att modellens principer i praktiken redan tillämpas i den egna enheten fast utan att just de begreppen används. Detta gjorde att han inte såg BSC som meningsfull eftersom han inte trodde att modellen kommer att få så stora effekter för verksamheten. Utöver enhetschefens positiva inställning till BSC i sig ansåg han att modellen är malplacerad i sjukvården och inom psykiatrin. Vad gäller förankring av modellen bland de anställda menade enhetschefen att personalen inte har en aning om BSC, men han trodde att det kan vara möjligt att få acceptans för modellen bland de anställda om bara tid avsätts för det.

Den tredje enhetschefen vi intervjuat inom BUP hade en positiv syn på BSC som en process där verksamheten diskuteras och mål formuleras och korrigeras. Denna syn överensstämmer



med Aidemarks (2001 b) mening att styrmodellen idealt fungerar som ett gemensamt språk i en dialog som leder till enighet om målen. I den egna enheten, som var relativt nystartad, såg respondenten BSC som en hjälp att fokusera på mål och hon trodde att modellen kommer att kunna bli accepterad av de anställda. Precis som föregående enhetschef betonade hon avsättandet av tid som den stora svårigheten med implementering av BSC. Hon ansåg att mycket tid måste avsättas, men att det tyvärr inte alltid finns resurser för det. Enhetschefen hade en tydlig åsikt om att införandet av BSC är en utbildningsinsats och att alla anställda måste förstå vad BSC är, inte bara få det färdiga styrkortet presenterat för sig.

Psykologers, socionomers och sjuksköterskors upplevelse av BSC

Några socionomer och sjuksköterskor inom BUP kände inte till BSC. De övriga var överlag negativt inställda till modellen. En psykolog, som deltagit i utbildning om BSC, ansåg inte att implementeringen av modellen skulle lyckas eftersom hon inte trodde att det skulle komma att avsättas tillräckligt mycket tid. Förhoppningen hos flera respondenter inom BUP var att BSC skulle bli något passerande som de tills vidare försökte ignorera.

Vad gäller förändringsbenägenhet hävdade en yngre socionom att han var mera förändringsbenägen än sina äldre kollegor som arbetat längre på enheten. Han ansåg att förändringar inte alltid är "av ondo" vilket han menade att många från början ofta tror. Sjuksköterskorna vi intervjuat inom BUP uttryckte som en motpol en motvilja mot förändring och ointresse för BSC. Den ena menade att de inte vill satsa tid på saker som BSC eftersom de upplever en osäkerhet om huruvida det kommer att komma nya stora beslut från ledningen, som kastar om hela verksamheten. En socionom uttryckte samma skepsis inför BSC på grund av bristande förtroende för ledningen och för att hon inte litar på att de verkligen ska genomföra projektet. Hon tyckte inget ledningen infört hittills hade medfört några positiva förändringar och hon trodde därför inte heller att BSC kommer att fungera i verksamheten. Socionomen sa: "Vi tar för givet att det inte ska göra någon nytta för verksamheten. Det är bara att se till att det gör minsta möjliga skada". En annan socionom menade att de blir irriterade av sådana initiativ från ledningshåll eftersom det verkar som om ledningen inte förstår att de har patienter att ta hand om och inte hinner med fler uppgifter.

5.4.3. Tolkning av upplevelse av BSC inom Barnonkologi och BUP

Inom Barnonkologi anser vi att arbetet med BSC, som en gång varit ganska aktivt inom verksamhetsområdet, minskat. Detta tror vi i stor utsträckning kan bero på att verksamhetschefen ansåg att BSC i mångt och mycket spelat ut sin roll, vilket gör att arbetet med själva förankringen och skapandet av legitimitet för modellen bland de anställda avtagit. Vi anser att det fanns en tydlig tendens att de som fått utbildning hade en mer positiv inställning till BSC och en bättre förståelse för modellens syfte och användningsområden. På lägre nivåer sågs BSC av flera respondenter som ett kontrollsystem, där ledningen försöker övervaka och styra de anställda. Aidemark (2001 a) menar att BSC är en hierarkisk styrmodell och att den då enligt Ouchis (1979, 1980) resonemang borde möta motstånd bland de professionella. Aidemarks studie visade emellertid, i motsats till detta resonemang, att BSC var en attraktiv modell. Vi anser dock att fördelarna som respondenterna i det fallet såg med BSC tydde på att de inte upplevde modellen som ett hierarkiskt kontrollsystem. Att flera respondenter i vår studie uppfattade BSC som ett kontrollsystem anser vi kan vara en del av förklaringen till det motstånd mot modellen som uttryckts. Detta kan jämföras med Hallin & Kastbergs (2002) studie där BSC endast fungerade som hierarkiskt kontrollsystem i ett av de tre undersökta fallen. Liksom i Hallin & Kastbergs studie fanns det hos våra respondenter olika grader av acceptans för modellen. Vissa respondenter var positiva till BSC, men bara någon enstaka anställd var



positiv till att arbeta med modellen i verksamheten. Respondenterna hade olika åsikter om huruvida arbetet med BSC verkligen skett nedifrån och upp i organisationen. Flertalet respondenter inom Barnonkologi upplevde att processen mest styrts av verksamhetschefen och att de inte har kunnat påverka så mycket. Några respondenter uttryckte även att de inte heller har någon vilja att delta i arbetet med BSC utan att de hellre vill ägna sig åt den dagliga verksamheten. Enligt Kasurinen (2002) kan enskilda individer och ledare ha stor påverkan på en förändringsprocess. Utifrån författaren resonemang anser vi att chefers sätt att introducera BSC för sina anställda bör ha påverkat deras syn på modellen. Därför upplever vi det som intressant att de intervjuade sjuksköterskorna inom Barnonkologi i princip uttryckte samma åsikt som enhetschefen, medan läkarnas åsikter låg mer i linje med verksamhetschefen. Detta menar vi skulle kunna tyda på att respektive chef medvetet eller omedvetet har påverkat sina anställdas syn på BSC. Då verksamhetschefens uppfattning emellertid inte återspeglar sig i enhetschefens syn kan denna påverkan även tänkas bero på att verksamhetschefen och enhetschefen påverkat läkare respektive sjuksköterskor baserat på att de tillhör samma personalgrupp. En skillnad kan även ses i förståelse för modellen mellan de anställda inom verksamhetsområdet som fått utbildning i BSC samt aktivt deltagit i arbetet med BSC-projektet jämfört med dem som inte fått utbildning.

Inom BUP fanns genomgående en stark betoning på förändringströtthet, vilket tidigare diskuterats i uppsatsen. Verksamhetschefen för BUP uttryckte en större tilltro till modellen än vad verksamhetschefen för Barnonkologi gjorde, men trots det var inställningen till BSC mer negativ inom BUP. Vi anser att detta skulle kunna bero på att BUP är en mer utspridd enhet där lojaliteten med barnsjukhuset är mindre, men kanske även på att de anställda inom BUP uttryckte ett mindre förtroende för verksamhetschefen än de anställda inom Barnonkologi. Verksamhetschefen för BUP ansåg att det är nödvändigt att utveckla styrkort för varje enhet, vilket det hos de anställda fanns ett uppenbart motstånd mot. Detta ligger i linje med Aidemarks (2001 b) åsikt att BSC främst är ett användbart verktyg på klinisk nivå, det vill säga för verksamhetsområdet som helhet. Precis som inom Barnonkologi fanns dock en utbredd uppfattning att BSC är ett hierarkiskt kontrollsystem, vilket är något som Aidemarks studie visat att anställda inom hälso- och sjukvården inte ville ha. Vi upplever det som intressant då modellen enligt Kaplan & Norton (1999) är avsedd att vara en hierarkisk styrmodell. Respondenternas upplevelse av BSC som ett kontrollsystem kan då tyda på att det inte är helt lätt att modifiera modellen så att den i enlighet med Aidemarks (2001 b) resonemang inte uppfattas som ett kontrollinstrument. Den enhetschef som var mest positiv till BSC var också den som såg modellen som en hjälp att fokusera på mål och inte som ett system för kontroll.

En stor skillnad mellan verksamhetsområdena var att verksamhetschefen för BUP hade stor tilltro till modellen vilket inte avspeglade sig i medarbetarnas uppfattningar. Detta anser vi kan knytas till Brorströms (1995) resonemang om det institutionella arrangemanget och att en förutsättning för förändring av formella institutioner som styrmodeller är att de anställda upplever tagna beslut som trovärdiga och konsekventa över tid. Det bristande förtroendet för ledning och politiker som diskuterats tidigare i uppsatsen och den osäkerhet om hur länge fattade beslut kommer att gälla som många respondenter inom bägge verksamhetsområdena uttryckt skulle enligt Brorströms resonemang kunna vara en orsak till att BSC inte fått acceptans bland de anställda.

För att ytterligare analysera vad vi upplever vara en bristande legitimitet hos BSC i de två studerade verksamhetsområdena kan Kasurinsens (2002) resonemang om krafter som verkar för och emot förändring användas. Enligt författaren drivs förändringar på genom *motivators*, *catalysts* och *facilitators*. *Motivators* anser vi i vårt fall representeras av de förändrade förut-



sättningarna inom hälso- och sjukvården. Det ekonomiska utrymmet har minskat och kraven på besparingar och kontroll över verksamheten har ökat. *Catalysts* associeras direkt med förändringsbeslut, vilket är fallet med bland annat de konstanta underskotten i landstingets ekonomi och den ständiga debatten om krisen i vården. Det skapar ett behov från ledningshåll att införa modeller som dels hjälper dem att få kontroll över verksamheten, dels visar på handlingskraft utåt. Sjukhusledning och politiker tycks enligt respondenter känna att de behöver visa att de gör något åt de ökande kostnaderna och växande budgetunderskotten. Kunskap och intresse för BSC från ekonomer och ledning kan ses som *facilitators*, faktorer nödvändiga men inte tillräckliga för förändring. Dessa tre kategorier av faktorer skapar tillsammans med *momentum* och *leaders* förutsättningar för förändring. *Momentum* är något som enligt vårt tidigare resonemang kan anses saknas i detta fall. Det finns hos personalen en förväntan om att nya modeller som införs inte ska göra någon nytta och dessutom snabbt försvinna. Detta bidrar till att sänka engagemanget för förändringen, då personalen inte vill engagera sig i något som de ändå tror kommer att försvinna snart. *Leaders* syftar på den påverkan individer kan ha på förändringsprocessen. Det finns ett troligt mönster i personalens uppfattningar om att modellen påverkas av vad deras chef tycker om den.

Huruvida drivande faktorer kan åstadkomma förändring beror enligt Kasurinen (2002) på hur starka barriärer mot förändring som existerar i form av *confusers*, *frustrators* och *delayers*. I vår studie kan synen på styrmodeller som något som kommer och går tolkas som en *confuser*. Personalen tror helt enkelt inte att projektet kommer ha någon betydande roll och förmodligen inte ens existera i framtiden. Även osäkerhet om syftet med modellen, huruvida den är ett hierarkiskt kontrollsystem eller en hjälp för verksamhetsutveckling, kan ses som en barriär mot förändring. *Frustrators* kan i detta fall ses i den utbredda förändringströttheten och det verksamhetsnära synsättet. Personalen vill inte ha fler förändringar och är därför motsträviga till att ta till sig BSC. Ute i enheterna dominerar det verksamhetsnära normsystemet, vilket innebär att en modell som är framtagen för vinstdrivande företag kan kännas hotfull. Personalen ogillade själva namnet på modellen, vilket de menade låter konstigt och inte anpassat för sjukvården. *Delayers* kan i detta fall anses vara tidsbrist. Många enheter är överbelastade och patienter prioriteras före implementering av en ny styrmodell. Även brister i kommunikationen påverkar. Flera av de anställda har inte fått utbildning eller ens information om vad modellen innebär, vilket tycks leda till spekulationer och misstänksamhet.

Sammanfattningsvis upplever vi det som att legitimiteten hos BSC inom de två studerade verksamhetsområdena var bristande. Flertalet respondenter var kritiskt inställda till modellen medan några anställda uttryckte tilltro till BSC. Endast någon enstaka respondent ville dock arbeta modellen i den egna verksamheten. Detta anser vi, baserat på Aidemarks (2001 b) resonemang om att en bred förankring av modellen bland personalgrupperna är en förutsättning för en lyckad implementering, vara en kritisk faktor inom de studerade verksamhetsområdena. Enligt Mintzberg (1983) ligger makten att förändra en professionell organisation hos de professionella, vilka tenderar att vara konservativa. Det innebär att förändring måste accepteras av dessa för att kunna genomföras. Att legitimiteten för BSC är bristfällig till och med hos dem som fått utbildning om modellen anser vi i enlighet med Mintzbergs resonemang kan försvåra förankringen av modellen.

5.4.4. Ekonomers upplevelse av BSC

De två ekonomer vi intervjuat på barnsjukhuset uttryckte en syn på BSC och dess förankring bland de anställda som till viss del skilde sig från den hos övriga respondenter. En skillnad var att ekonomerna såg BSC som en relativt enkel och lättförståelig modell som kan implementeras i sjukvården. En ekonom menade att BSC är något alla egentligen borde "köpa" eftersom



modellen inte bara fokuserar på ekonomi utan även sätter medarbetaren i fokus. Så har emellertid inte de anställda sett på saken. En trolig förklaring till denna skillnad i synsätt är de skilda språk som Rombach (031211) talade om samt Sandberg & Targamas (1998) resonemang kring människors olika förståelse av verkligheten, vilket diskuterats tidigare i uppsatsen. För ekonomerna var BSC en lättförståelig modell som i deras ögon var precis vad medarbetarna borde vilja ha eftersom den inte bara fokuserar på ekonomi. Sett ur de anställdas synvinkel var BSC däremot en konstruktion av ekonomer som presenteras på ekonomspråk. Även Scapens & Roberts (1993) visade i sin studie hur implementering av en ny styrmodell misslyckades för att administratörer och operativ personal pratade olika språk, vilket ledde till motstånd mot förändringen. Enligt dessa författare samt Granlund (2001) var också en bidragande orsak till misslyckande i de studerade förändringsprocesserna att utvecklingsteamet dominerades av ekonomer. Att BSC skapats av ekonomer verkar vara en bidragande orsak till förändringsmotståndet även i detta fall.

Till skillnad från många andra respondenter som såg BSC som ett avslutat arbete framhöll en ekonom att meningen bakom BSC istället är att det ska handla om en ständig process. Ekonomerna betonade att verksamheten löpande ska redovisas och följas upp i form av de fem perspektiven. Denna skillnad i synsätt anser vi visar på att Blomquist & Packedorffs (1998) två normsystem vad gäller ekonomistyrningens roll fanns representerade bland våra respondenter. Vi har tidigare i uppsatsen konstaterat att det verksamhetsorienterade synsättet dominerar bland de professionella, vilket bidrar till att ekonomistyrningsförändringar sågs som projekt som ska utföras och sedan lämnas. Enligt Blomquist & Packedorff innebär det administrativa synsättet att de införda styrsystemen syftar till att få en långsiktig påverkan på hela organisationen, vilket också visades i de intervjuade ekonomernas ståndpunkter.

Bägge ekonomerna menade att de var medvetna om att förankringen av BSC i organisationen inte var fullständig. En ekonom sa: *"Det är hur enkelt som helst att göra ett balanserat styrkort. Det svåra är att den längst ned i organisationen ska förstå vad det handlar om. Jag tror att vi får hålla på med detta tills vi pensioneras och ändå inte gå i mål"*. Ekonomerna hävdade att införandet av BSC är en lång process, som har tagit mer tid än vad som från början räknades med: *"Man kan fråga sig om vi ska lägga mer tid och pengar på detta. Jag tror inte att man kommer att få alla att acceptera BSC. Om tio personer inom varje verksamhetsområde fortsätter att arbeta med styrkortet kan det vara värt det"*. Med de tio personerna syftade ekonomen på att de inledningsvis försökte engagera och utbilda tio personer inklusive verksamhetschefen inom varje verksamhetsområde. Respondenten ansåg att förankringen kommit långt om dessa tio i varje verksamhetsområde *"är med på tåget"*. Tveksamt anser vi det dock vara om dessa tio inom åtminstone de verksamhetsområden som vi studerat verkligen ser BSC som en legitim styrmodell. Bland våra respondenter har ett flertal varit med på utbildning och ingår i dessa tio personer per verksamhetsområde som ska fortsätta föra ut budskapet till övriga medarbetare. Emellertid tycktes dessa personer inte fullständigt ha accepterat modellen eller vilja arbeta aktivt med den. Ett flertal av dem menade att de inte längre arbetar med BSC över huvudtaget, vilket rimligtvis innebär att de inte heller för ut modellen till sina kollegor. En av de intervjuade ekonomerna menade att modellen vidare aldrig kommer att accepteras *"på golvet"* om det inte märks att dessa tio personer tror på den.

Ett kriterium för att implementeringen av BSC ska ses som lyckad menade en ekonom vara att de får ut styrkortet på enhetsnivå. Detta är något som ett flertal respondenter i vår studie var negativt inställda till, vilket vi diskuterat ovan. Ekonomen sa dock att det idag bara finns ett fåtal enheter ute i verksamheten som arbetar med modellen och att det huvudsakliga arbetet äger rum på verksamhetsområdesnivå. Att BSC fortfarande arbetas med var ekonomen över-



tygad om eftersom varje verksamhetsområdes styrkort skulle presenteras uppåt den 15:e december 2003. En av ekonomerna ansåg också att förankringsarbetet kommit olika långt på olika verksamhetsområden, vilket han i stor utsträckning ansåg berodde på hur verksamhetscheferna tagit BSC till sig och hur de uttryckt detta.

Båda ekonomerna hävdade att mycket tid och utvecklingskapital har satsats på BSC och att arbetet därför snart måste ge resultat. För att ge resultat menade en av ekonomerna att BSC måste fungera bra på alla nivåer, den övergripande nivån, verksamhetsområdesnivån och enhetsnivån, för att modellen ska ge något. För att BSC ska sprida sig nedåt ansåg ekonomerna att det är nödvändigt att modellen ger resultat på den övergripande nivån och på verksamhetsnivå. Med eftersträvat resultat syftade ekonomen här på att de exempelvis börjar ta upp strategiska frågor på bordet, att måluppfyllelse mäts och att det ur den enskilde medarbetarens synvinkel börjar hända något som inte hänt tidigare. Ett positivt resultat skulle alltså kunna vara ett gemensamt språk. Bägge ekonomerna gav dessutom bilden av att det som i slutändan spelar störst roll är att barnsjukhuset slutar överskrida budgeten.

5.5. Anställdas upplevelse av BSC:s påverkan

Vi kan inledningsvis konstatera att de inom Barnonkologi arbetat mer med BSC och vi upplever att det inom detta verksamhetsområde fanns en större förståelse för modellens innebörd än inom BUP. Verksamhetschefen inom Barnonkologi hade, som tidigare nämnts, dock numera ett synsätt att BSC spelat ut sin roll, vilket uttrycktes av ytterligare respondenter inom området. Detta skilde sig från BUP där verksamhetschefen hade en stor tilltro till att BSC i framtiden ska kunna förändra tänkande hos de anställda, något som emellertid inte underbyggdes av flertalet övriga respondenter från verksamhetsområdet.

Inom Barnonkologi menade verksamhetschefen att BSC inledningsvis har varit en bra hjälp för att gå igenom värderingar och mål. Han ansåg dock inte att modellen kan förändra värderingar och synsätt utan att den bara är en ny form av målstyrning. Verksamhetschefen framhävde att anställda emellertid upplever det som positivt att patienterna och de själva ”*kommit upp på kartan*” i och med BSC. Sammanfattningsvis ansåg verksamhetschefen att om BSC påverkat de anställda eller verksamheten på något sätt så var det förmodligen genom att modellen hjälpt till att sätta igång diskussioner.

En läkare inom Barnonkologi menade att utbildning gjort att denne numera såg BSC som synonymt med styrning, vilket uppfattades som ett relativt positivt begrepp. Vad gäller BSC:s påverkan på verksamheten så var denne dock osäker på om modellen haft någon inverkan, speciellt då styrkortet verkar ha fallit i glömska på sistone. Läkaren menade att de inte satsat så mycket på att följa upp BSC och att det till vardags inte fanns någon som driver arbetet med modellen. Precis som verksamhetschefen ansåg läkaren att det som modellen främst fört med sig för verksamheten är ökad kommunikation, vilket även ytterligare respondenter ansett. Läkaren var emellertid osäker på om BSC kommer att användas för uppföljning, vilket denne trodde berodde mycket på om tid avsätts för det.

En annan läkare menade att BSC inte förändrat hennes sätt att se på verksamheten. Detta trots att hon själv arbetat med modellen i verksamheten och upplevde att den blivit levande för henne. Hon ansåg inte heller att arbetsuppgifter eller arbetsklimat påverkats av BSC. Hon menade att de allra flesta upplever BSC som ytterligare en styrmodell som inte förändrat något och att intresset falnat precis som för tidigare införda styrmodeller. Övriga respondenter inom Barnonkologi uttryckte på likartade sätt att BSC varken påverkat de anställdas sätt att se



på eller utföra verksamheten. En sjuksköterska sa dock att hon fått användning av modellen en gång i ett projekt, men i övrigt ansågs det att nya styrmodeller tar tid från den ”riktiga” verksamheten.

Inom BUP anser vi att processen med införandet av BSC åtminstone från verksamhetschefens sida till stor del fortfarande upplevdes befinna sig i inledningsskedet. Verksamhetschefen trodde att BSC kommer att ge medarbetarna en möjlighet att känna sig delaktiga i styrningen och känna att de får en möjlighet att påverka. En övervägande majoritet av de anställda inom BUP uttryckte dock att de inte tyckte att modellen har fått någon betydelse för dem själva eller verksamheten. De trodde inte heller att BSC skulle få någon betydelse i framtiden. Det refererades till tidigare modeller och åsikten att de inte förändrat något. Många respondenter menade att de försökte undvika att arbeta med modellerna i syfte att de inte skulle skapa mer administrativt arbete. Enligt vår uppfattning hade många anställda inom BUP en svag kännedom om modellen och dess innebörd.

Vi anser att ett mönster kan urskiljas i respondenternas åsikter att BSC än så länge har haft en liten påverkan på de anställdas syn på verksamheten och på verksamhetens utförande inom de två undersökta verksamhetsområdena. Hallin & Kastberg (2002) menade att anställda sett effekter av användningen av BSC, exempelvis genom att modellen ansågs ha skapat ett ökat engagemang för verksamheten och bidragit till ett gemensamt språk. Dessa effekter upplever vi inte förekomma i samma utsträckning inom vår studie. Hallin & Kastbergs (2002) studie visade också att modifieringar av modellen oftast görs och att den istället fungerar som uppföljnings- och förbättringsinstrument samt som en plattform för dialog. I vår studie anser vi utifrån respondenternas svar att BSC varken fungerade som uppföljnings- eller förbättringsinstrument men att modellen eventuellt bidragit till ökad kommunikation. Inom Barnonkologi har de inom arbetsgrupper arbetat en del med styrmodellen, men det arbetet upplevdes av många respondenter ha varit för mycket styrt av ledningen. I princip alla respondenter inom verksamhetsområdet uttryckte också att de idag inte lägger någon energi på BSC och att det inte fanns någon som driver projektet till vardags. I den utsträckning de tyckte att modellen medfört någon positiv förändring för verksamheten var det främst ökad kommunikation som angavs. (När vi pratar om förändringar bortser vi huvudsakligen från de obligatoriska möten, arbetsgrupper och dylikt om BSC som anställda kallas till eller kommer att kallas till.) Inom BUP anser vi att BSC och diskussionerna runt modellen inte hade trängt lika långt in i verksamhetsområdet som inom Barnonkologi, vilket vi tror delvis kan bero på att BUP är ett splittrat verksamhetsområde där mottagningar och verksamhetschefen känner bristande lojalitet med varandra. En stor skillnad kunde ses inom BUP i verksamhetschefens tilltro till BSC:s förändringspotential och åsikten hos flertalet respondenter att modellen inte kommer att medföra några förändringar över huvudtaget.



6. SLUTDISKUSSION

I detta kapitel upprepas först syftet med vår uppsats och därefter redogörs för uppsatsens slutsatser samt egna reflektioner. Vi ger även förslag till fortsatt forskning.

6.1. Slutsatser

Vårt syfte med uppsatsen var att beskriva och göra en tolkning av hur anställda ur olika personalgrupper och på olika hierarkiska nivåer inom hälso- och sjukvården upplever styrning och försök till förändring av denna genom införande av nya formella styrmodeller, exempelvis BSC. Vi har därför genomfört en fallstudie på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Nedan kommer våra slutsatser att redovisas utifrån våra fyra frågeställningar.

Hur upplever anställda ur olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården styrning?

Våra respondenter uttryckte en motvilja mot att bli styrda och menade att de ville sköta sitt arbete själva utan inblandning uppifrån. Denna syn var tydligast hos läkarna. En verksamhetschef menade att den största svårigheten med styrning inom sjukvården är just att styra de professionella. Respondenter upplevde vidare att deras möjlighet att påverka styrningen inom barnsjukhuset komplicerades av vad de uppfattade som motsättningar mellan olika personalgrupper, i huvudsak mellan läkare och sjuksköterskor samt mellan sjuksköterskor. Psykologer och socionomer upplevde även att de ställdes utanför den medicinska hierarkin. Styrning inom hälso- och sjukvården ansågs av ett flertal respondenter kompliceras av svårigheterna att hitta relevanta mått, bland annat beroende på att så kallad tyst kunskap menades vara svår att fånga upp i mätbara mål och mått. Många respondenter uttryckte irritation över hierarkin inom fallorganisationen, där läkarna är placerade direkt under verksamhetschefen och ansåg att alla anställda därför inte arbetar i organisationen på lika villkor. Hierarkin tycktes till stor del bero på läkarnas motvilja mot att ha en chef som inte är läkare. Både de själva och andra personalgrupper menade att läkarna skulle ha svårt att arbeta under en chef från en annan personalgrupp.

I vår studie präglades anställdas upplevelser av styrning av att förtroendet för den administrativa ledningen genomgående var svagt. Majoriteten upplevde att ledarskap och styrning var bra på deras enhet, men däremot inte på högre nivåer. En skillnad mellan verksamhetsområdena var att flertalet respondenter inom Barnonkologi uttryckte förtroende för enhetschefen och verksamhetschefen, men dock inte för sjukhusledningen. Inom BUP hade majoriteten av respondenterna förtroende för enhetscheferna, men varken för verksamhetschefen eller för sjukhusledningen. En kritik gentemot den högre ledningen var att de menades detaljstyra verksamheten. Ett mönster kunde ses i att många respondenter ansåg att deras enheter var så unika att högre ledning inte förstod deras verksamhet, vilket till viss del torde kunna förklara det bristande förtroendet. Detta bör rimligtvis ha påverkat hur respondenterna upplevde den styrning som utövades.

Anställdas upplevelser av styrning inom de två verksamhetsområdena präglades även av två separata synsätt och värderingssystem, ett administrativt och ett verksamhetsnära. Det verksamhetsnära synsättet fanns främst representerat hos personalgrupperna som arbetade operativt med patienter, medan ekonomer och högre ledning i högre grad präglades av det administrativa synsättet. De två olika betraktelsesätten innebar att skilda grupper hade olika förstå-



else av verkligheten, vad som var viktigt och vilka värderingar som skulle styra. I vår studie upplevde chefer på enhets- och verksamhetsnivå att de klämdes mellan dessa två synsätt, där kraven från personalen att vårdbehov ska styra konfronterades med överordnades betoning på administrativa värderingar och krav på besparingar. Detta kan även ses som att det talades två språk i organisationen, ett medicinskt orienterat och ett ekonomiskt orienterat. Dessa grundades i olika förståelse av verksamheten och ledde till konflikter mellan anställda ur skilda personalgrupper och på olika hierarkiska positioner.

Den administrativa styrningen upplevdes av respondenter inom båda verksamhetsområdena i huvudsak bestå av ekonomiska begränsningar och sparbetning. Styrningen upplevdes av många som ineffektiv, då de menade att effektivitet och ekonomiskt tänkande inte uppmuntrades av exempelvis budgetprocessen och den interna resursfördelningen. Administrativa värderingar i form av kostnadsmedvetenhet fanns hos flertalet respondenter, men det upplevdes emellertid av många som påtvingat. Ju närmare patienterna respondenterna arbetade, desto mindre acceptans upplevde vi att det fanns för att de ekonomiska begränsningarna styr. På enhets- och verksamhetschefsnivå fanns en större acceptans för den ekonomiska situationen.

En viss skillnad i upplevelsen av politisk styrning kunde ses mellan anställda ur olika personalgrupper. Sjuksköterskorna och socionomerna funderade inte mycket över politisk styrning, medan läkarna hade en negativ syn på denna. De menade att politikerna inte var insatta i verksamheten och ogillade därför att de skulle styra. Enhetschefernas upplevelse av politisk styrning liknade läkarnas. Verksamhetscheferna hade dock en mer positiv inställning till politiker. Många respondenter upplevde avslutningsvis att det fanns ett glapp mellan hur de menade att styrning idealt borde ske och hur verkligheten såg ut. Åsikter som fördes fram var exempelvis att politiker och ledning borde arbeta närmare verksamheten, dialogen vara tydligare samt att ledningen skulle hålla fast vid tagna beslut. Det menades även att personalgrupper borde verka i organisationen på lika villkor.

Hur upplever anställda ur olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården förändring av styrning?

I vår studie fanns ett tydligt mönster i hur anställda inom de två verksamhetsområdena upplevde förändring av styrning. En majoritet av respondenterna uttryckte en trötthet och en motvilja inför vad de upplevde som ständiga förändringar. Respondenter kritiserade även att det vid förändringar inom organisationen inte ges vad en av psykologerna kallade ställtid. Någon markant skillnad i upplevelser mellan personalgrupper kunde i denna fråga inte urskiljas. Vad vi däremot uppmärksammade var att det hos verksamhetschefer och i viss mån enhetschefer fanns en större acceptans för förändringar, vilket vi förknippar med det faktum att verksamhetscheferna i högre grad än andra respondenter präglades av administrativa värderingar då de arbetar närmare sjukhusledning och politiker. Enhetscheferna däremot arbetar mer operativt och präglades därför främst av verksamhetsnära värderingar.

Upplevelsen av ständiga förändringar kommenterades av en ekonom som ansåg att det relativt sett införts få nya styrmodeller i organisationen. Han menade däremot att de i allt större utsträckning arbetade med budget och kvalitetssystem. Övriga respondenter verkade dock inte se denna skillnad. Hos våra respondenter fanns vidare en utbredd syn att tidigare styrmedel hade varit aktuella en kort period och sedan försvunnit, vilket tyder på att ekonomistyrningsförändringar i organisationen ofta har hanterats som avskilda projekt. Upplevelsen av att förändringar kommer och går utan att tillföra något stärktes av respondenters bristande tilltro till att beslutade förändringar ska genomföras fullt ut. Ett flertal anställda uttryckte att föränd-



ringströttheten hanteras genom ignorering av nya initiativ, vilket lett oss till att fundera över om detta förändringsbeteende blivit institutionaliserat i organisationen.

Det starka motstånd mot förändringar, som uttryckts av respondenter i vår studie, upplever vi kan ha sin grund i en konflikt och en maktkamp om huruvida administrativa eller verksamhetsnära värderingar ska få styra inom hälso- och sjukvården. Införda ekonomiska styrsystem syftar vanligtvis till ökad administrativ kontroll, vilket kan förklara det motstånd mot sådana system som respondenter ur alla personalgrupper uttryckte samt deras syn på sådana system som övervakningsmekanismer. Fientligheten mot ekonomiska styrsystem menar vi utifrån anställdas resonemang om kodord även kan baseras på förekomsten av skilda språk och olika förståelse av verksamheten. En ytterligare förklaring till förändringsmotståndet kan vara respondenters svårigheter att skilja mellan konsekvenserna av besparingar och effekterna av nya styrmodeller, vilket även skulle kunna bidra till respondenters syn på styrmodeller som ekonomiska kontrollinstrument.

Upplever anställda ur olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården den formella styrmodellen Balanced Scorecard som legitim?

Som vi tolkat respondenternas berättelser anser vi att legitimiteten hos BSC inom de två studerade verksamhetsområdena var bristande. Flertalet anställda var negativt inställda till modellen och endast någon enstaka respondent ville arbeta med BSC i den egna verksamheten. Många anställda ansåg att styrmodellen kändes malplacerad inom hälso- och sjukvården, då den ur deras synvinkel skapats endast för det privata näringslivet. Modellens namn och innehåll uppfattades som svårförståeliga eftersom de präglas av ett ekonomiskt språk. Flera respondenter talade om onödiga kodord, som upplevdes som svåra att ta till sig. En skillnad kunde här ses gentemot ekonomernas uppfattning av BSC, då de senare såg styrmodellen som relativt enkel och lättförståelig samt lämplig att använda inom sjukvården.

När det gäller upplevelsen av BSC kunde ingen markant skillnad mellan olika personalgrupper inom Barnkologi och BUP urskiljas. Inom Barnkologi fanns ett mönster i att de som fått utbildning om BSC och deltagit i det praktiska arbetet med modellen hade en mer positiv inställning till den och en bättre förståelse för modellens syfte och användningsområden. Bland dessa respondenter upplevde majoriteten dock BSC som överflödiga på de egna enheterna. Ett mönster inom båda verksamhetsområdena var att de anställdas upplevelser av BSC präglades av den närmaste chefens uppfattning om och engagemang i modellen. Inom Barnkologi exempelvis liknade sjuksköterskornas uppfattning om BSC den hos enhetschefen, medan läkarnas uppfattning låg mer i linje med verksamhetschefens. Då verksamhetschefens uppfattning emellertid inte återspeglade sig i enhetschefens syn kan denna påverkan även tänkas bero på att verksamhetschefen och enhetschefen påverkat läkare respektive sjuksköterskor baserat på att de tillhör samma personalgrupp.

Inom Barnkologi hade det en gång relativt aktiva arbetet med BSC avtagit. Detta tror vi i stor utsträckning kan bero på verksamhetschefens åsikt att modellen spelat ut sin roll i och med färdigställandet av verksamhetsområdets styrkort och att denne därför inte längre aktivt driver arbetet med BSC. På lägre nivåer uppfattades BSC av flera respondenter som ett kontrollsystem och inte som ett verktyg för verksamhetsutveckling, vilket även var fallet inom BUP. Inom BUP var inställningen till styrmodellen vad vi upplevde som än mer negativ än inom Barnkologi och det fanns inom verksamhetsområdet en stark betoning på förändringsströtthet. Verksamhetschefen för BUP hade dock en stor tilltro till modellen, en uppfattning som alltså inte återspeglades hos de övriga respondenterna inom verksamhetsområdet. Deras åsikter präglades istället i hög grad av inställningen till BSC hos respektive enhetschef.



Inom båda verksamhetsområdena såg flera respondenter BSC som *"kejsarens nya kläder"*, det vill säga som ytterligare en modell med gammalt innehåll i en ny förpackning. Vissa anställda uttryckte en förhoppning om att modellen skulle försvinna precis som de upplevde att de tidigare styrmodellerna hade gjort. Detta sätt att hantera förändringar tror vi bottnar i den tidigare nämnda förändringströttheten och att många förändringar inom organisationen har hanterats som projekt, vilket medfört en bristande tilltro till att nya styrmodeller som BSC ska bli ett bestående inslag i verksamheten. Detta bidrar till att sänka engagemanget för förändringen eftersom anställda inte vill engagera sig i något som de ändå tror kommer att försvinna. Vad vi alltså upplevt vara en bristande legitimitet för BSC bland de anställda i vår studie anser vi vidare kan knytas till det institutionella arrangemanget och att en förutsättning för förändring av formella institutioner, som styrmodeller, är att de anställda upplever tagna beslut som trovärdiga och konsekventa över tid. I vårt fall har det institutionella arrangemanget påverkats av bland annat förändringströtthet samt ett bristande förtroende för den administrativa och politiska ledningen, vilket vi anser vara en försvårande faktor vid införandet av nya styrmodeller.

Hur upplever anställda ur olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården att införandet av Balanced Scorecard har förändrat deras sätt att se på och bedriva verksamheten?

Ett mönster kan urskiljas i åsikten hos majoriteten respondenter att BSC än så länge har haft en ytterst begränsad påverkan på de anställdas syn på verksamheten och på bedrivandet av verksamheten inom Barnonkologi och BUP. Endast en respondent uttryckte att BSC förändrat dennes sätt att se på verksamheten, medan flera andra ansåg att en sådan styrmodell över huvudtaget inte kan förändra anställdas förståelse och värderingar. Inom Barnonkologi fanns det en större kunskap om BSC och dess innebörd än inom BUP, vilket kan förklaras av att de ur vår synvinkel upplevdes ha arbetat mer med modellen inom Barnonkologi, vilket är ett betydligt mindre och mer samlat verksamhetsområde än BUP. Anställda inom BUP hade överlag vad vi uppfattade som en svag kännedom om BSC.

I tidigare studier av implementering av BSC inom svensk hälso- och sjukvård menades anställda ha sett effekter av modellen i form av bland annat ett ökat engagemang för verksamheten och skapandet av ett gemensamt språk. I vår studie ansåg en stark majoritet respondenter att BSC inte påverkat verksamheten på något sätt. Några respondenter, främst en verksamhetschef och anställda som fått utbildning om BSC, menade att modellen bidragit till ökad kommunikation. En sjuksköterska angav att hon hade haft nytta av BSC i ett projekt och en enhetschef i en nystartad enhet trodde att modellen skulle bli användbar i den egna enheten i framtiden genom att fungera som en ram för målformuleringsprocessen. Styrmodellen sågs dock inte av flertalet respondenter som ett redskap för verksamhetsutveckling och vi anser utifrån respondenters berättelser att de inte heller såg på modellen som ett uppföljnings- eller förbättringsinstrument. Detta är något som inom Barnonkologi kan ha sin förklaring i verksamhetschefens åsikt att BSC spelat ut sin roll i och med färdigställandet av verksamhetsområdets styrkort. Respondenter inom området ansåg i enlighet med detta att det till vardags inte fanns någon som driver projektet. En del anställda inom verksamhetsområdet uttryckte även åsikten att arbetet med BSC styrts för mycket av verksamhetschefen, vilket även skulle kunna vara en förklaring till att modellen påverkat de anställda och verksamheten i så liten utsträckning. Inom BUP hade verksamhetschefen en stor tilltro till att BSC i framtiden ska kunna förändra tänkande hos de anställda, något som emellertid inte underbyggdes av flertalet övriga respondenterna från verksamhetsområdet.



Utifrån respondenternas berättelser anser vi oss kunna dra slutsatsen att BSC har blivit en formell regel inom Barnonkologi och BUP, men att denna regel sannolikt inte blivit till en rutin, som påverkar de anställda och den operativa verksamheten i någon större utsträckning.

6.2. *Egna reflektioner*

Vi har under vårt analysarbete reflekterat över den förändringströtthet, som uttrycktes av en majoritet av respondenterna inom både Barnonkologi och BUP. Detta har vi bland annat gjort utifrån en ekonoms åsikt att det inte har varit många förändringar i fallorganisationen samt utifrån en verksamhetschefs syn att nya styrmodeller som initierats inte spritt sig längre ned i organisationen än till verksamhetschefs nivå. Utifrån detta har vi fått uppfattningen att fenomenet förändringströtthet eventuellt kan vara vad Rombach (031211) kallade en "*institutionaliserad saga*". Detta skulle även kunna underbyggas av den förändringströtthet som uttrycktes av en relativt nyutexaminerad socionom, vilken rimligtvis inte kunde ha hunnit uppleva särskilt många förändringar.

Vad gäller det förändringsmotstånd som uttryckts anser vi att detta kan grundas i en maktkamp om vilka värderingar som ytterst ska få styra inom hälso- och sjukvården, de administrativa eller de verksamhetsnära. I och med allt större finansiella svårigheter har den medicinska professionen förlorat makt till administratörer och politiker, exempelvis genom införande av nya administrativa styrmodeller. Förändringsmotstånd kan då ses som ett försök att skydda verksamheten mot beslut baserade på vad anställda upplever som olämpliga normer och värderingar. Det kan också baseras på en rädsla från de anställda att förlora sin auktoritet och sitt inflytande i organisationen genom en högre värdering av andra kunskaper än de vilka den medicinska professionen besitter.

Vi har också reflekterat över huruvida det är realistiskt att förankra BSC hos anställda på alla nivåer inom vår fallorganisation. En ekonom menade att förankringen av styrmodellen är beroende av att de tio personer inom varje verksamhetsområde, som fått utbildning om modellen, fortsätter att driva arbetet i sina enheter. Inom de studerade enheterna har dock bara någon enstaka respondent som fått utbildning uttryckt en vilja att verkligen arbeta med BSC i praktiken. Detta menar vi tyder på att dessa personer inte heller för ut modellen till sina kollegor. För att förankras på enhetsnivå ansåg ekonomerna att BSC måste ge resultat både på verksamhetsområdesnivå och på sjukhusnivå. Vi undrar dock hur styrmodellen ska kunna ge några resultat innan den har förankrats bland dem som faktiskt ska arbeta med den, särskilt då en ekonom menade att modellen måste fungera bra på alla nivåer för att den ska bidra med något. Detta upplever vi tillsammans med beroendet av de tio förändringsagenterna inom varje verksamhetsområde som problematiskt vad gäller förankringen av BSC inom Barnonkologi och BUP. Bägge ekonomerna gav dessutom bilden av att det som i slutändan spelar störst roll är att barnsjukhuset slutar överskrida budgeten. Kanske kan det vara en bidragande orsak till den utbredda synen på BSC som ett kontrollinstrument. Utifrån respondenters uttalanden tror vi att anställda upplevde att ledningen lägger störst vikt vid att budgeten inte överskrids, vilket kan ha medfört att anställda per automatik tolkade den nya styrmodellen som ett medel för stramare styrning och ett försök att förbättra ekonomin.

De grundläggande problemen med att förankra nya styrmodeller i fallorganisationen anser vi ligger i det låga förtroendet för den administrativa och politiska ledningen samt i det förändringsmotstånd, som uttryckts av ett antal respondenter i de studerade enheterna. Förankringen av nya styrmodeller tror vi även kan försvåras av att det inom hälso- och sjukvården finns många gamla traditioner och institutioner, som påverkar upplevelser och styr beteende. Flera



av våra respondenter hade arbetat länge inom organisationen och ville inte förändra det arbetssätt som upplevdes ha fungerat bra hittills. Det ligger då nära till hands att fråga sig om det är praktiskt möjligt att förändra styrningen inom Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus samt påverka anställdas upplevelser av styrning? De svårigheter, som ovan diskuteras, tror vi inte att det finns någon enkel lösning på. Utifrån våra respondenter upplevelser anser vi dock att barnsjukhusets ledning skulle kunna förbättra förutsättningarna för styrning och förändring genom att bland annat översätta administrativa styrmodeller till ett verksamhetsnära språk. Vi är vidare medvetna om hur det politiska systemet påverkar beslutsfattande inom offentlig sektor, men vi tror ändå att politiker och sjukhusledning skulle vinna mycket på att ytterligare betona en långsiktighet i styrningen, för att skapa en ökad tilltro hos de anställda till att tagna beslut ligger fast. Detta tillsammans med en ökad tydlighet i krav och förväntningar samt en fördjupad dialog mellan ledning och personal tror vi skulle kunna förbättra de anställdas förtroende för den administrativa ledningen och således även förutsättningarna för styrning och förändring. En fördjupad dialog mellan parterna skulle kunna medföra en ökad förståelse för varandra samt motverka känslan hos de anställda att högre ledning och politiker inte är insatta i verksamheten.

6.3. Förslag till fortsatt forskning

Vi har under uppsatsarbetet stött på områden utanför vårt syfte som vore intressanta att undersöka närmare. Under ett flertal av våra intervjuer har respondenter talat om motsättningar mellan olika personalgrupper, inte minst mellan läkare och sjuksköterskor samt mellan sjuksköterskor. Detta antogs till största del bero på att sjuksköterskeutbildningen över tid förändrats och blivit mer akademisk. Genom denna förändrade utbildning menades nya sjuksköterskor vilja ha mer ansvar och en annan roll än den de i dagsläget erbjuds i verksamheten. En intressant studie vore därför att undersöka hur denna förändring har påverkat sjuksköterskans roll inom hälso- och sjukvården och relationerna mellan olika yrkesgrupper.

Det vore även intressant att göra en studie liknande vår på andra verksamhetsområden inom Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus samt en jämförande studie på ett annat sjukhus för att se om upplevelserna av styrning skiljer sig åt. Vad gäller arbetet med BSC inom vår fallorganisation så vore det spännande att göra en uppföljande studie om några år för att se om styrmodellen fullständigt har förankrats i verksamheten och hur anställda då upplever BSC. Vi menar också att det vore relevant att genomföra en liknande studie av hur styrning och förändring av styrning upplevs i hälso- och sjukvården där en styrmodell likartad BSC har införts. Detta skulle kunna ge en tydligare bild av om det är modellen i sig eller själva införandet av en ny styrmodell som framkallar reaktioner.



KÄLLFÖRTECKNING

Litteratur

Aartojärvi, K. (2003). *Att skapa en verksamhet med balanserad styrning - En handledning för arbetet med Balanserade Styrkort*. Göteborg: Västra Götalandsregionen.

Aidemark, L-G. (2001 b). *Balanced Scorecard i sjukvården - Erfarenheter från försöksverksamhet med Balanced Scorecard inom fem landsting*. Stockholm: Landstingsförbundet.

Alvesson, M. (1992). *Ledning av kunskapsföretag. Exemplet Enator*. Stockholm: Norstedts Juridikförlag.

Andersen, I. (1998). *Den uppenbara verkligheten. Val av samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Bishop, G., Doroshaw, A., Harper, K., High, B.T., Novak, B., Pille, R., O'Shea, J., Salinger, R., Spitzig, P. & Williams, C. (2003). *The leadership dilemma in a democratic society*. USDA: Graduate School.

Blomquist, T. & Packendorff, J. (1998). *Ekonomiskt styrning för förändring - En studie av ekonomiska styrinitiativ i hälso och sjukvården*. (Doktorsavhandling, Umeå Universitet).

Brorström, B. (1995). *Styrningens villkor och effekter i professionella organisationer - En studie av nya styrformer inom sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.

Brorström, B., Hallin, B., Leffler, M. (1999). *Organisationsideal och professionellas verklighet - en studie av sjukvård i förändring*. Göteborgs Universitet: Utvärderingsprogrammet Västra Götalandsregionen, rapport 2.

Brorström, B. (red). (2000). *Effektivitet, styrmodellens betydelse och institutioners betydelse - ett forskningsprogram om sjukvård i förändring*. Göteborgs Universitet: Utvärderingsprogrammet Västra Götalandsregionen, rapport 3.

Bryman, A. (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber Ekonomi.

Bryman, A. (1997). *Kvantitet och kvalitet i samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, L.T. & Wiedersheim-Paul, F. (2001). *Att utreda, forska och rapportera*. Malmö: Liber.

Falkman, P. & Siverbo, S. (2001). *Den ekonomiska styrmodellen i Västra Götaland - konstruktion, motiv och förväntade effekter*. Göteborgs Universitet: Utvärderingsprogrammet Västra Götalandsregionen, rapport 9.

Gustafsson, R. Å. (1987). *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv*. Falköping: Esselte Studium AB.



- Hallin, B. (2000). *Hela havet stormar – etablering av ledning inom ett sammanslaget universitetssjukhus*. Göteborgs Universitet: Utvärderingsprogrammet Västra Götalandsregionen, rapport 5.
- Hallin, B. & Kastberg, G. (2002). *Balanced Scorecard i teori och praktik - en flerdimensionell styrmodell i hälso- och sjukvården*. Göteborgs Universitet: Utvärderingsprogrammet Västra Götalandsregionen, rapport 14.
- Hallin, B. & Siverbo, S. (2003). *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hellberg, I. (1986). Professionaliseringsprocessens förutsättningar. I Broady, D. (Red.) (1986). *Professionaliseringsfällan*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Holme, I-M. & Solvang, B-K. (1997). *Forskningsmetodik- om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Jacobsson, B. (1994). *Organisationsexperiment i kommuner och landsting*. Stockholm : Nerenius & Santérus.
- Johansson, C. & Larsson, J., (2002). *Implementering av balanserat styrkort på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus*. (Kandidatuppsats i företagsekonomi, Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet).
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1996). *The Balanced Scorecard. Translating strategy into action*. Boston: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1999). *The Balanced Scorecard – Från strategi till handling*. Göteborg: ISL Förlag.
- Landstingsförbundet. (2002). *Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet – Utvecklingstrender 1992-2000*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Merriam, S. B. (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: designing effective organizations*. New Jersey: Prentice Hall.
- Patel, R. & Davidsson, B. (1994) *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Rombach, B. (1991). *Det går inte att styra med mål!* Lund: Studentlitteratur.
- Ryan, B., Scapens, R. W. & Theobald, M. (2002). *Research Method and Methodology in Finance and Accounting- Second Edition*. London: Thomson.
- Sahlin-Andersson, K. & Östergren, K. (1998). *Att hantera skilda världar – Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Stockholm: Landstingsförbundet.



Samuelson, L. A. (2001). Ekonomistyrning – en översikt. I Samuelson, L.A., (2001). *Controllerhandboken*. Stockholm: Industrilitteratur AB.

Sandberg, J. & Targama, A. (1998). *Ledning och förståelse – Ett kompetensperspektiv på organisationer*. Lund: Studentlitteratur.

Södergren, B. & Söderholm, J. (1999). Sifferledning eller kunskapsledarskap? I Sandberg, J., Tyrstrup, M. & Sjöstrand, S-E. *Osynlig företagsledning*. Lund: Studentlitteratur.

Yin, R .K. (1994). *Case study research. Design and methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Artiklar

Abernethy, M. A. & Stoelwinder, J. U. (1995). The role of professional control in the management of complex organizations. *Accounting, Organizations and Society*, vol 20, nr 1, s. 1-17.

Aidemark, L-G., (2001 a). The meaning of Balanced Scorecards in the health care organisation. *Financial Accountability & Management*, 17 (1), februari 2001, s. 23-40.

Askman, T. (2003 a). Cheferna som sänkte landstingen. *Affärsvärlden*, nr 48, 2003, s.16-18.

Askman, T. (2003 b). Småland bäst i klassen. *Affärsvärlden*, nr 48, 2003, s. 20-22.

Burns, J. & Scapens, R. W. (2000). Conceptualizing management accounting change: an institutional framework. *Management Accounting Research*, nr. 11, 2000, s. 3-25.

Coombs, R.W. (1987). Accounting for the control of doctors: management information systems in hospitals. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 12, nr. 4, s. 389-404.

Granlund, M. (2001). Towards explaining stability in and around management accounting systems. *Management Accounting Research*, nr 12, 2001, s. 141-166.

Kasurinen, T. (2002). Exploring management accounting change: the case of the balanced scorecard implementation. *Management Accounting Research*, nr. 13, 2002, s. 323-343.

Lassen-Nielsen, A. & Timoleon, J-V. (2003). Sjukvårdens kris är ledarskapets kris. *Dagens Industri*, 2003-10-11, s. 3.

Ouchi, W. G. (1979). A conceptual framework for design of organizational control mechanisms. *Management Science*, vol. 25, nr. 9, september 1979, s. 833-848.

Ouchi, W. G. (1980). Markets, bureaucraties and clans. *Administrative Science Quarterly*, vol. 25, nr 1, mars 1980, s. 129-141.

Rosenberg, G. (2002). Sjukvårdsindustrins ohållbara löften. *Dagens Nyheter* s. 13. 2002-08-13.



Scapens, R. W., Roberts, J. (1993) Accounting and control: a case study of resistance to accounting change, *Management Accounting Research*, 1993, vol.4, s. 1-32.

Elektroniska källor

www.sahlgrenska.se/var/utbud/barn/index.htm, 2003-11-20.

www.vgregion.se/ledningstod/, 2003-11-20.

www.vgregion.se/detta_ar_vgr/, 2003-11-21.

Övriga källor

Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus verksamhetsberättelse och bokslut (2002).

Insamlingsstiftelsen för Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus (2001). Informationsbroschyr.

Interna faktauppgifter från Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus (031125).



BILAGOR

Bilaga 1, Intervjuförteckning

Verksamhetsområde Barnonkologi:

Verksamhetschef	19/11
Enhetschef	26/11
Läkare	21/11
Läkare	25/11
Läkare	28/11
Sjuksköterska,	26/11
Sjuksköterska	26/11

Verksamhetsområde Barn- och Ungdomspsykiatri, BUP:

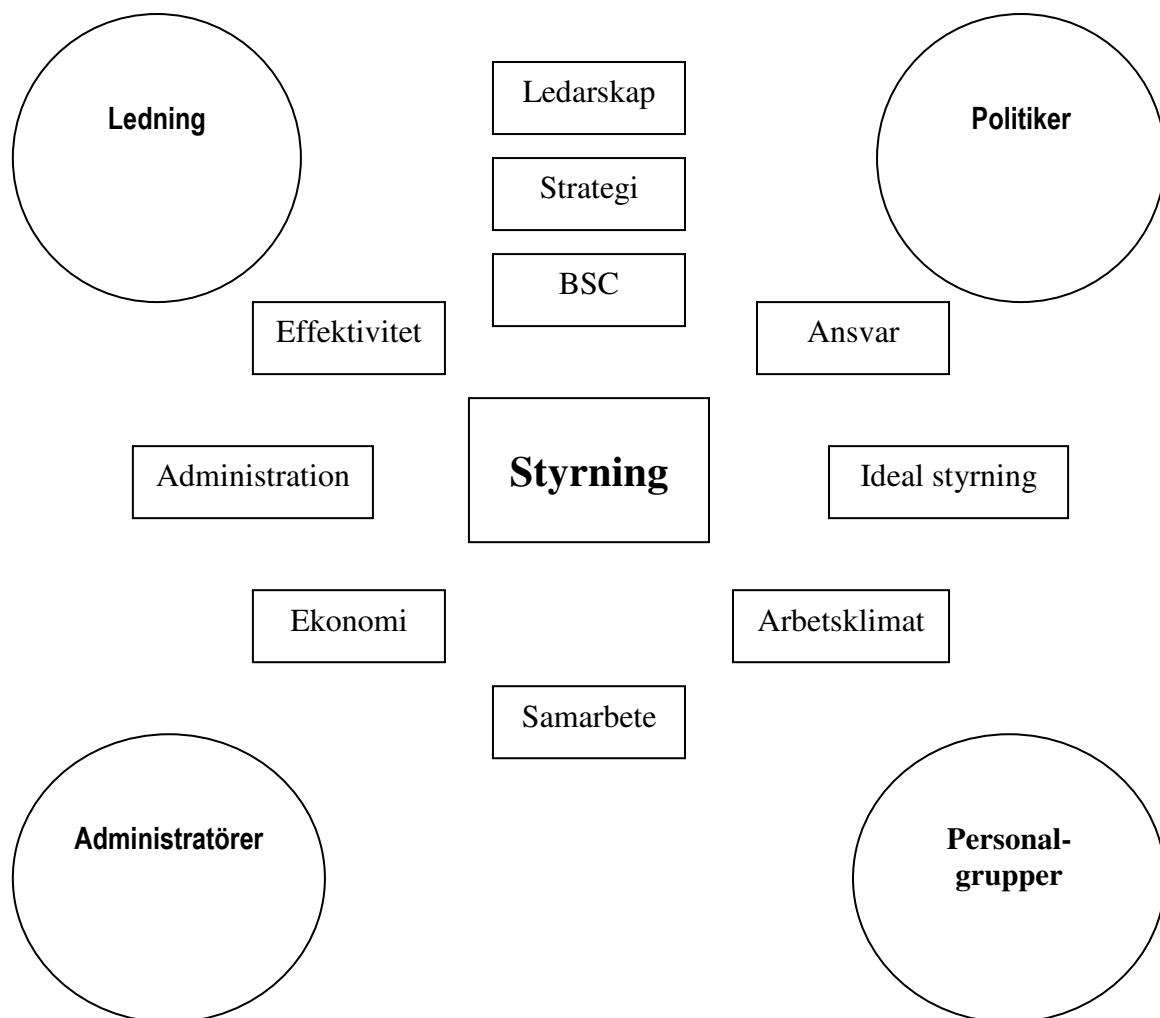
Verksamhetschef	24/11
Enhetschef	20/11
Enhetschef	24/11
Enhetschef	28/11
Psykolog	20/11
Psykolog	28/11
Socionom	20/11
Socionom	28/11
Sjuksköterska	20/11
Sjuksköterska	24/11

Övriga intervjuer:

Lars Rydhede, personalchef	31/10
Ekonom	25/11
Biträdande områdeschef, ekonom	27/11
Sven Siverbo, Ekon. Dr. Förvaltningshögskolan i Göteborg	9/12
Björn Rombach, Professor Förvaltningshögskolan i Göteborg	11/12

Bilaga 2, PM

Med styrning menar vi ledningens metoder internt i organisationen för att rikta de anställdas uppmärksamhet och arbetsinsatser mot organisationens mål. Exempel på sådana metoder är budgetering och mätning. I uppsatsen kommer ingen respondent namngivas utan alla svar, tankar och funderingar kring studien kommer att hållas anonyma.





Bilaga 3, Verksamhetsområden

Verksamhetsområden inom Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus

- Barnmedicin
- Barnonkologi/hematologi/immunologi/reumatologi
- Barnkardiologi/kirurgi
- Barnneurologi/barnneuropsykiatri/habilitering
- Neonatologi
- Barnkirurgi
- Akutmottagning, allmänna mottagningar och akut korttidsvård
- Barn- och ungdomspsykiatri
- Barnradiologi/barnfysiologi
- Barnanestesi/operation/intensivvård